

S T a D I a

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Pääkaupunkiseudun perhevalmennus vuonna 2015

Hoitotyön koulutusohjelma,
kättilö
Opinnäytetyö
16.4.2007

Emma Dufva
Tuula Koivisto



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Kättilö	
Tekijä/Tekijät			
Dufva, Emma ja Koivisto, Tuula			
Työn nimi			
Pääkaupunkiseudun perhevalmennus vuonna 2015			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2007	57 + 22	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata perhevalmennuksen ennakointia pääkaupunkiseudulla vuoteen 2015 ja kartoittaa siihen vaikuttavia tekijöitä APESTE-analyysin mukaan. Toinen tavoite on luoda visio perhevalmennuksesta vuonna 2015. Opinnäytetyö on rajattu koskemaan vain pääkaupunkiseutua.</p> <p>Opinnäytetyö mukailee delfoi-menetelmää. Työtä varten koottiin perhevalmennuksen asiantuntijaryhmä (n=9), jota ensimmäisellä kyselykierroksella haastateltiin APESTE-analyysin mukaan asiakkaaseen liittyvistä, poliittisista, taloudellisista, sosiaalisista, teknisistä ja ekologisista tekijöistä, jotka vaikuttavat perhevalmennukseen. Lisäksi he visioivat perhevalmennusta vuonna 2015. Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen. Toisella kierroksella asiantuntijaryhmä (n=3) vastasi sähköpostikyselyyn, jossa he saivat tarkentaa näkemyksiään. Haastattelut ja kyselyvastaukset muodostivat tutkimusaineiston. Lopullinen analyysi tehtiin kummankin kierroksen vastauksista.</p> <p>Perhevalmennuksen asiakaskunta polarisoituu ja monipuolistuu. Asiakkaiden koulutustaso nousee, mutta myös heikosti pärjäävien määrä lisääntyy. Asiakkaiden arvomaailmat kahtiajakautuvat, heidän tarpeidensa skaala laajenee ja terveysongelmansa lisääntyvät. Perheiden tukiverkot muuttuvat: perinteisten sukulaisyhteisöjen sijaan ihmiset saavat tukea verkostoitumalla samanhenkisten ihmisten kanssa. Yhteistyö julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin sekä eri hallinnonalojen välillä lisääntyy. Resurssit eivät lisäänty ja palveluita karsitaan. Ihmisten oma vastuu pärjäämisestään lisääntyy ja samalla kättilön työ muuttuu vaativammaksi. Internet tulee tärkeäksi osaksi perhevalmennusta. Uusien innovaatioiden käyttöönotto on hidasta. Eettiset kysymykset tulevat entistä tärkeämmiksi tekniikan kehittymisen suomien mahdollisuuksien myötä. Ihmisten ympäristötietoisuus lisääntyy ja ympäristökäyttäytyminen muuttuu.</p> <p>Äitiyshuolto on keskitetty osaamiskeskuksiin. Perhevalmennuksesta vastaa kättilö moniammatillisen tiimin kanssa. Kättilö organisoii perhevalmennusta muun äitiyneuvolatyön ohessa. Näin hän tuntee odottavat perheet ja osaa toteuttaa perhevalmennusta asiakaslähtöisesti, vaikka valmennuksella onkin yhtenäinen rakenne. Valmennus muuttuu toiminnallisemmaksi ja keskustelelevammaksi. Ryhmäkoot pienenevät hiukan ja puolisoidenkin toiveet otetaan paremmin huomioon. Perhevalmennus alkaa ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana ja jatkuu vielä vauvan syntymän jälkeen. Tärkeitä aiheita synnytykseen valmentautumisen, vauvanhoidon ja imetyksen ohella ovat parisuhde ja seksuaalisuus sekä psyykinen hyvinvointi.</p>			
Avainsanat			
perhevalmennus, ennakointi, APESTE-analyysi			





Degree Programme in Nursing		Degree Midwifery	
Author/Authors Dufva, Emma ja Koivisto, Tuula			
Title Parental Preparation in the Capital Region in 2015			
Type of Work Final Thesis	Date Spring 2007	Pages 57+22	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of the final thesis is to foresee the antenatal education in the capital region in the year 2015 and gather information of the affecting factors according to CPESTE-analysis. Another goal is to create a vision about antenatal education in 2015. The final thesis concentrates on the capital region.</p> <p>The final thesis contains elements from the Delphi-method. A group of professionals in antenatal education was chosen. Each one of them was interviewed about customer-related, political, economical, social, technical and ecological factors effecting antenatal education according to CPESTE-analysis. They were also creating visions about antenatal education in 2015. The interviews were processed using the content analysis. On the second round each member of the group was asked to answer an email-questionnaire to precise their views. The final analysis was made by combining the answers of the first and the second round.</p> <p>The differences between the tobecome parents will expand. The level of education will rise, but the amount of denuded and disadvantaged will increase too. The values and needs of people will expand and health problems will increase. There will be a shift in respect to family-networks towards support from people with same interests. Co-operations among the social- and heathservices increase, as well as among public- and privateservices and the third sector. Funding decreases or stays at current level which most likely leads to fewer services. Midwifery becomes more demanding. Internet becomes an important part of antenatal education. New innovations will be more than welcome but in reality development is slow. Ethical issues become more important while technical development creates new possibilities. Awareness about environmental questions arises.</p> <p>Maternity care is centralized to know-how-centers. Antenatal education is organized by midwives together with multi-professional teams. The midwife has the ability to adjust the classes to the needs of each group. Antenatal education has a standardized structure. Classes are more functional and conversational. Groups are smaller and classes begin during the first trimester and continue after the baby's birth. Relationship, sexuality and mental wellbeing are important issues along with preparations to delivery, nursing and breastfeeding the baby.</p>			
Keywords Antenatal Education, Foresight, PESTE-analysis			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA MENETELMÄT	3
2.1 Tavoitteet	3
2.2 Tutkimusmenetelmät	3
2.2.1 Tulevaisuudentutkimus ja delfoi	3
2.2.2 Teemahaastattelu	5
2.2.3 Sisällönanalyysi	6
2.3 Opinnäytetyöprosessi	7
3 PERHEVALMENNUS MENNEESTÄ TULEVAAN	11
3.1 Perhevalmennuksen historia	11
3.2 Perhevalmennus 2000-luvulla	14
3.3 Perhevalmennuksen kehittäminen Helsingissä: Lapaset Perheverkosto-hanke	17
4. ENNAKOINNIN KOHTEENA OLEVAT AIHEPIIRIT	19
4.1 Perhevalmennukseen vaikuttavat asiakkaaseen liittyvät tekijät	19
4.2 Perhevalmennukseen vaikuttavat poliittiset tekijät	21
4.3 Perhevalmennukseen vaikuttavat taloudelliset tekijät	24
4.4 Perhevalmennukseen vaikuttavat sosiaaliset tekijät	27
4.5 Perhevalmennukseen vaikuttavat tekniset tekijät	28
4.6 Perhevalmennukseen vaikuttavat ekologiset tekijät	30
5 ASiantuntijoiden ENNAKOINTIA PERHEVALMENNUKSEEN VAIKUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ JA TULEVAISUUDEN MUUTOSSUUNNISTA	32
5.1 Perhevalmennuksen asiakkaisiin liittyvien tekijöiden ennakointia	32
5.2 Perhevalmennukseen vaikuttavien poliittisten tekijöiden ennakointia	34
5.3 Perhevalmennukseen vaikuttavien taloudellisten tekijöiden ennakointia	35
5.4 Perhevalmennukseen vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden ennakointia	36
5.5 Perhevalmennukseen vaikuttavien teknisten tekijöiden ennakointia	38
5.6 Perhevalmennukseen vaikuttavien ekologisten tekijöiden ennakointia	39
6 VISIO PERHEVALMENNUKSEsta VUONNA 2015	40
7 POHDINTA	43
7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	43
7.2 Opinnäytetyön tulosten käyttökelpoisuus ja yleistettävyys	47
7.3 Eettiset näkökulmat	47
7.4 Opinnäytetyön luotettavuus	48
7.5 Jatkotutkimusehdotukset	50
LÄHTEET	52
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Perhevalmennus on 2000-luvulla voimakkaassa murrosvaiheessa. Se on erittäin suosittu terveydenhuollon palvelu: liki kaikki suomalaiset ensisynnyttäjät ja isistä noin 70 % osallistuu valmennukseen. Valmennuksessa saadaan tietoa ja välineitä valmistautua synnytykseen ja sen jälkeiseen aikaan. Perhevalmennukseen ollaan myös tyytymättömiä. Sieltä saatu tieto voi olla ristiriitaista ja vanhanaikaista, eikä se vastaa käytäntöä. Tulevat vanhemmat ottavat yhä enemmän itse selvää asioista, jolloin perhevalmennuksen kalvosulkeiset tuntuvat hyödyttömiltä. Valmennus ei myöskään nykyään kykene vastaamaan kaikkien perheiden tarpeisiin perhemuotojen monipuolistuessa moniarvoisessa yhteiskunnassa. (Haapio 2006: 10, 12.)

Tarvitaan uutta, paremmin tarpeisiin vastaavaa valmennusta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaista perhevalmennus voisi olla pääkaupunkiseudulla vuonna 2015 ja millaiset tekijät siihen vaikuttavat. Palvelujen, myös perhevalmennuksen, suunnittelussa tarvitaan tietoa, joka ulottuu nykyhetkeä pitemmälle. Tämä tieto toimii kehittämisen pohjana ja antaa mahdollisuuden varautua muutoksiin toimintaympäristössä ja asiakkaiden tarpeissa.

Perhevalmennusta on tutkittu paljon, mutta tulevaisuuteen suuntaavasta näkökulmasta tutkimusta on tehty hyvin vähän: Hyvää perhevalmennusta on määritelty ja sen laadunvarmistukseen on kehitetty mittari (Hovi 1998) ja aihetta on tutkittu moniammatillisen yhteistyön kehittämisen näkökulmasta. (Vehviläinen-Julkunen - Saarikoski 1994). Synnytysvalmennuksesta on kysytty synnyttäjien kokemuksia (Heickell 1998). Myös perhevalmennuksen kehittämistarpeita on arvioitu sekä ammattilaisten että vanhempien näkökulmasta (Litmanen 2002; Mikkanen 2000). Koko sosiaali- ja terveysalan tulevaisuudennäkymiä on tutkittu: Metsämuuronen (2000) on tutkinut sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristön muutoksia ja tulevaisuuden osaamistarpeita ja Nyman (2006) on tutkinut sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta pääkaupunkiseudulla. Myös neuvoloiden tulevaa tilannetta on kartoitettu (Cantell-Forsbom 2006; Viljamaa 2003).

Opinnäytetyön raportissa määritellään ensin tarkemmin opinnäytetyön tavoitteet ja esitellään lyhyesti delfoita tulevaisuudentutkimusmenetelmänä sekä teemahaastattelun

ja sisällönanalyysin ominaispiirteet. Lisäksi käydään läpi opinnäytetyöprosessi. Tämä opinnäytetyö on delfoita mukaileva, asiantuntijoiden näkemyksiin perustuva ennakointi. Ennakointi tapahtuu tarkastelemalla tulevaisuutta menneisyyden ja nykyhetken kautta. Raportissa kerrotaan perhevalmennuksen historiasta ja nykyisyydestä. Nykyisyyttä käsitellään Helsingin sosiaaliviraston ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Lapaset Perheverkosto-hankkeen perhevalmennuksen kehittämisprojektin avulla.

Perhevalmennukseen vaikuttavia tekijöitä kartoitetaan APESTE-analyysin avulla. Analyysissä selvitetään perhevalmennukseen vaikuttavia asiakkaaseen liittyviä, poliittisia, taloudellisia, sosiaalisia, teknisiä ja ekologisia tekijöitä. Ennakoinnin aiheesta johtuen jotkin aihealueet ovat painottuneet toisia enemmän. Esimerkiksi asiakkaaseen liittyvät ja sosiaaliset tekijät ovat enemmän esillä kuin ekologiset tai poliittiset, joiden vaikutus perhevalmennukseen on epäsuorempaa ja näkymättömämpää. Analyysin päätteeksi hahmotellaan visio perhevalmennuksesta pääkaupunkiseudulla vuonna 2015. Opinnäytetyön pohdinnassa arvioidaan saatuja tuloksia ja verrataan opinnäytetyön visiota Lapaset-hankkeen perhevalmennukseen. Lopuksi pohditaan opinnäytetyön luotettavuutta ja esitetään jatkotutkimusehdotuksia.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA MENETELMÄT

2.1 Tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on ennakoida ja kuvata perhevalmennukseen vaikuttavia asiakkaaseen liittyviä, poliittisia, taloudellisia, sosiaalisia, teknisiä sekä ekologisia tekijöitä. Tavoitteena on kuvata, millaista perhevalmennus on pääkaupunkiseudulla vuonna 2015 luomalla perhevalmennuksen tulevaisuusskenaario. Tavoitteena on tuoda uutta näkökulmaa perhevalmennuksen suunnittelua ja kehittämistä varten ja saattaa tulokset työelämän käyttöön.

2.2 Tutkimusmenetelmät

2.2.1 Tulevaisuudentutkimus ja delfoi

Opinnäytetyö on tulevaisuutta ennakoiva. Tulevaisuudentutkimuksessa ennakointiin kuuluu tulevaisuutta koskevan tiedon tuottaminen, hankinta, käsittely, muokkaus, analysointi ja raportointi. Tässä tutkimuksessa ennakointi on foresight-ajattelun mukaista, jonka mukaan nykyisyys ja tulevaisuus kytkeytyvät erottamattomasti toisiinsa ja tulevaisuudentutkiminen on myös tulevaisuuden tekemistä ja siihen vaikuttamista. (Rubin 2003: 890-891.)

Tiedonalana tulevaisuudentutkimus eli futurologia on monitieteistä ja tieteenrajoja ylittävää. Tutkimuskohteen tulevaisuuteen vaikuttavat myös monet sellaiset asiat, jotka eivät ole siihen välittömässä yhteydessä. Perhevalmennuksen tulevaisuuttakaan ennakoitaessa ei voida keskittyä yksinomaan hoitotieteelliseen tietoon, sillä sen kehittymiseen ja muutokseen vaikuttavat myös monet yhteiskunnalliset muutokset. Haasteena on löytää oleelliset muutokseen vaikuttavat voimat ja ennakoida niiden toimintaa. Tavoitetta ei voida ikinä täysin saavuttaa – tulevaisuus on aina luonteeltaan kontingenttia ja päätökset ja tapahtumat synnyttävät uusia tapahtumaketjuja, jotka ovat merkittäviä, mutta ennakoinnin saavuttamattomissa. (Malaska 1993: 7-8; Mannermaa 1993: 20-21.)

Tässä opinnäytetyössä riittävä laaja-alaisuus pyritään saavuttamaan käyttämällä APESTE-analyysiä. PESTE-analyysi on alun perin yritysfutureologiaan kuuluva menetelmä. Siinä etsitään ja analysoidaan tutkimuskohteen poliittisia (P), taloudellisia eli ekonomisia (E), sosiaalisia (S), teknisiä (T) ja ekologisia (E) muutostekijöitä (Rubin 2003: 897). Metsämuuronen (2000) on täydentänyt analyysia A:lla eli asiakkaalla. Ihmisen yksilönä huomioonottava APESTE-analyysi soveltuu perhevalmennusta käsittelevään tutkimukseen PESTEä paremmin.

Tulevaisuudentutkimuksen tehtävä on visioda tulevaisuuden kulkua ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Se haastaa myös kysymään, millaisen tulevaisuuden haluamme ja tekee ymmärrettäväksi sen, ettei tulevaisuutta ole ennalta määrätty vaan että siihen voidaan vaikuttaa tekojen ja toiminnan kautta. Se antaa myös käsityksen siitä, miten asioiden kulkuun voi vaikuttaa paljastamalla asioiden yhteyksiä ja riippuvuuksia. Tulevaisuudentutkimus pyrkii vaikuttamaan yhteiskunnalliseen kehitykseen ja hylkää arvoneutraaliuden. Sen piirissä arvokasta on se, mikä on hyvää, kaunista ja oikein. Arvot tehdään näkyviksi, eikä oleteta niiden olevan ulkoapäin annettuja ja kaikille samoja. (Malaska 1993: 6-9; Mannermaa 1993: 21.)

Delfoi-tekniikka on runsaasti käytetty tulevaisuudentutkimusmenetelmä. Delfoi-tutkimusta varten muodostetaan asiantuntijaryhmä. Asiantuntijat muotoilevat kantansa tutkittavasta asiasta kukin erikseen. Tiedonkeruumenetelmä voi olla kyselylomakkeesta aina esseeseen tai temahaastatteluun. Esitetyt mielipiteet ja niiden perustelut esitetään anonymisti kaikille ryhmän jäsenille, jonka jälkeen he voivat muuttaa vielä esittämiään kantoja tai perustella lisää omia näkemyksiään. Tarkistavia kierroksia voi olla periaatteessa vaikka kuinka monta, mutta kyselykierroksia pitäisi kuitenkin olla vähintään kaksi tai kolme. (Kuusi 1993:134-136; Metsämuuronen 2001: 27; Seppälä 1993:309.)

Delfoi-tekniikkaa kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Menetelmä vaatii paljon aikaa ja on raskas toteuttaa. Asiantuntijoiden yksimielisyys ei takaa sitä, että ennusteet olisivat paikkansapitäviä. Asiantuntijoiden näkökulma jää usein selvittämättä, mikä vaikuttaa tulosten tulkintaan ja arviointiin. Oikeiden kysymysten löytäminen on vaikeaa ja

sopuisuutta tavoitteleva asiantuntija voi luopua hyvin perustellusta kannastaan konsensuksen luomiseksi. Mitä kauemmaksi tulevaisuuteen pitäisi katsella, sitä todennäköisemmin arviot ovat harhaanjohtavia. Mitä järkevämmäksi tai taloudellisesti kannattavammaksi jokin idea mielletään, sitä aikaisemmin sen arvioidaan toteutuvan. Kaukana tulevaisuudessa tapahtuvia kriisejä ei koeta yhtä merkittäviksi kuin samanlaisia kriisejä lähitulevaisuudessa. Ihmiset tavoittelevat yleensä varmuutta ja turvallisuutta ja tulevaisuuden nähdään tapahtuvan nykyisen kaltaisessa ympäristössä. Asiantuntijat voivat myös sekoittaa toisiinsa tapahtumien toivottavuuden ja todennäköisyyden ja heidän arvionsa kuvastavat enemmän toivottavia kuin todennäköisiä tapahtumia. Asiantuntijaraadista tulee helposti liian kapea, kun asiantuntijuus määritellään turhan suppeasti, eikä oteta kylliksi huomioon ympäristöstä ja yhteiskunnasta johtuvia seikkoja. Hyvin valittuun raatiin kuuluu sekä tutkijoita ja kansalaisaktivisteja, jotka havaitsevat herkästi ilmassa leijuvat heikot signaalit sekä toimeenpanijoita, päättäjiä ja yrittäjiä, jotka saattavat tutkimuksen tulokset suuremman yleisön tietoisuuteen arvioitavaksi. (Kuusi 1993: 136,138-140.)

Tämä opinnäytetyö mukailee delfoita. Perhevalmennuksen tulevaisuutta arvioimaan koottiin asiantuntijaryhmä, jonka jäseniltä kerättiin arvioita kahdella kyselykierroksella. Asiantuntijoilla ei ollut mahdollisuutta tutustua toistensa arvioihin ja antaa ja saada palautetta esitetyistä tulevaisuuskuvista. He eivät myöskään arvioineet erilaisten tulevaisuuskuvien todennäköisyyttä tai toivottavuutta.

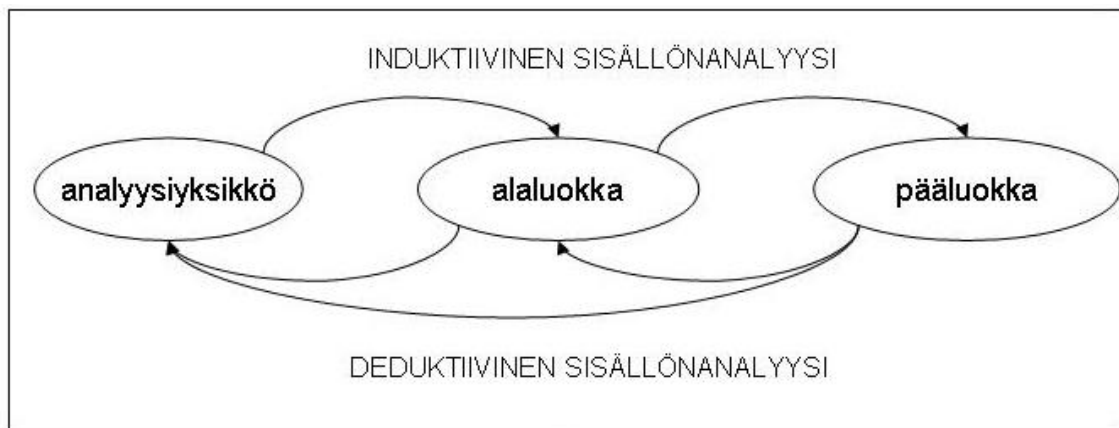
2.2.2 Teemahaastattelu

Ensimmäisellä kyselykierroksella tiedonkeruumuoto oli teemahaastattelu. Teemahaastattelu on mielekäs tiedonkeruumuoto, kun kyseessä on laaja aihe, josta etukäteen tiedetään vain vähän. Haastattelu antaa mahdollisuuden selventää ja syventää vastauksia - haastattelutilanteessa on mahdollista esittää lisäkysymyksiä ja pyytää perusteluja vastauksille. Haastattelussa voidaan säädellä myös aiheiden järjestystä ja toteuttaa tiedonkeruu joustavasti. Teemahaastattelussa haastattelu ei perustu yksittäisiin kysymyksiin vaan etukäteen määrättyihin teemoihin. Teemahaastattelu ottaa huomioon, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän niille antamat merkitykset ovat keskeisiä. Se ottaa huomioon myös, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa.

Teemahaastattelussa aihepiirit ovat kaikille haastateltaville samat. Kysymysten muodolla ja järjestyksellä ei sen sijaan ole määrättyä muotoa. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 35-36, 48.)

2.2.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla analysoidaan ja järjestetään, kuvaillaan ja kvantifioidaan tutkittavaa ilmiötä systemaattisesti. Se sopii hyvin jäsentymättömän, esimerkiksi haastattelemalla saadun, tutkimusaineiston analysointiin. Sen avulla pyritään kuvaamaan tutkimuskohdetta tiiviissä ja yleisessä muodossa, ilmiötä kuvaavien kategorioiden avulla. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 4-5.)

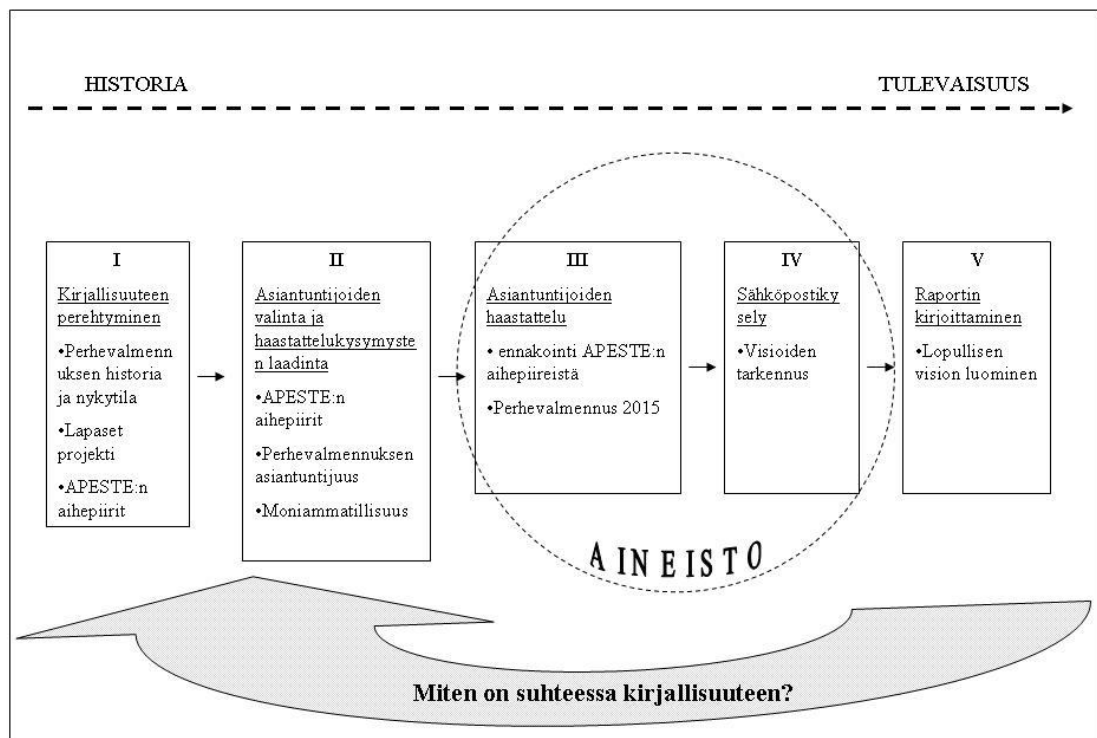


KUVIO 1. Induktiivisen ja deduktiivisen sisällönanalyysin muodostus.

Analyysi voidaan tehdä induktiivisesti tai deduktiivisesti. Kuviossa 1 on esitetty induktiivisen ja deduktiivisen sisällönanalyysin muodostus. Induktiivisessa sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle aineistosta. Aineisto pelkistetään analyysiyksiköiksi, joita ryhmittelemällä muodostetaan alaluokkia. Syntyneet luokat yhdistetään edelleen yläluokiksi ja pääluokiksi niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto analysoidaan valmista viitekehystä käyttäen, jolloin sitä ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva teema tai käsitelmä. Analyysirunko voi olla väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan induktiivisesti alakategorioita tai strukturoitu, jolloin koko analyysirunko on valmiina olemassa. Tällöin analyysiin otetaan mukaan vain runkoon sopivat asiat tai myös niitä asioita, jotka eivät sovi valmiiseen luokitusrunkoon. Näille asioille muodostetaan oma kategoria induktiivisesti. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 5-8.)

Ennen analyysiin ryhtymistä on päätettävä, otetaanko analyysiin mukaan vain selkeästi ilmaistut asiat (manifest content) vai pyritäänkö analyysissä tulkitsemaan myös piilossa olevia viestejä (latent content). Tämän jälkeen on päätettävä analyysiyksikkö, jonka määrittämistä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla kvalitatiivisessa tutkimuksessa esimerkiksi sana, sanayhdistelmä, lause tai ajatuskokonaisuus ja kvantitatiivisessa tutkimuksessa myös sanojen tai sivujen määrä, keskusteluun osallistujien määrä tai keskusteluun käytetty aika. Ennen käsitteellistämistä ja luokittelua aineisto luetaan useaan kertaan läpi. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 5.)

2.3 Opinnäytetyöprosessi



KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessin kuvaus.

Opinnäytetyöprosessi alkoi kirjallisuuteen perehtymisellä. Tietoa etsittiin perhe- ja synnytysvalmennuksesta, tutkimusenteosta, tulevaisuudentutkimuksesta sekä sosiaali- ja terveysalan tulevaisuudennäkymistä. Lisäksi avattiin APESTE-luokittelun avainsanoja kirjallisuuteen pohjautuen. Kirjallisuuteen tutustuminen auttoi rajaamaan

tutkimusaihetta. Opinnäytetyö rajattiin pääkaupunkiseudulle ja APESTE-analyysi määrittä aiheen lähestymistavan.

Asiantuntijoiden valintaan käytettiin runsaasti aikaa. Asiantuntijaryhmä pyrittiin muodostamaan siten, että ryhmällä olisi mahdollisimman monipuolista ja syvällistä tietoa ja näkemystä perhevalmennuksesta, nimenomaan APESTE-luokituksen eri osista. Asiantuntijoiksi pyydettiin poliitikkoja, tutkijoita, kättilöitä, terveydenhoitajia, lääkäreitä, yrittäjiä ja järjestöjen edustajia, joilla oli työnsä puolesta vahva linkki perhevalmennuksen tai sosiaali- ja terveysalan kehittämiseen tai jotka toteuttavat perhevalmennusta pääkaupunkiseudulla. Tarkoituksena oli, että he voisivat myös edesauttaa ennakoimansa muutoksen toteutumista omien vaikutusmahdollisuuksiensa puitteissa. Apuna käytettiin taulukkoa 1. Tavoitteena oli saada jokaiseen riviin ja jokaiseen sarakkeeseen ainakin yhden asiantuntijan nimi. Kaikissa soluissa ei kuitenkaan tarvinnut olla eri nimiä, vaan asiantuntijalla voi olla kompetenssia monessa eri kohdassa.

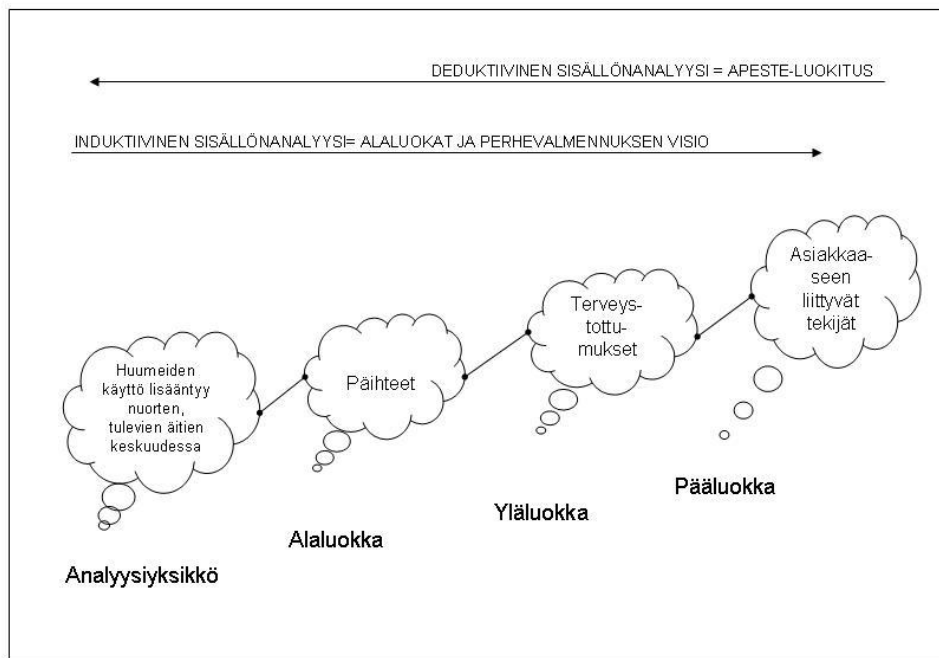
TAULUKKO 1. Asiantuntijoiden valintaperusteet.

	Poliitikko	Tutkija	Yrittäjä	Perhe- valmentaja	Kansalais- aktiivi	Muu asiantuntija
Asiakas	X	X	X	X	X	
Poliittinen	X	X			X	
Taloudellinen	X	X				X
Sosiaalinen	X	X	X	X		X
Tekninen				X	X	X
Ekologinen			X	X	X	X

Asiantuntijaehdokkaisiin otettiin yhteyttä sähköpostitse ja puhelimitse. Heidän suostumustaan pyydettiin ja heille kerrottiin tutkimuksen aiheesta, tarkoituksesta ja heidän osuudestaan siinä. Heille kerrottiin, että osallistuminen oli vapaaehtoista ja että he pysyvät anonyymeinä. Heille kerrottiin, että tutkimus koostuu kahdesta

kyselykierroksesta, joista ensimmäinen toteutuu henkilökohtaisena teemahaastatteluna ja toinen sähköpostikyselynä. Kaikkiin yhteydenottoihin ei saatu vastausta. Lopullisessa asiantuntijaryhmässä oli yhdeksän jäsentä. Ryhmästä puuttui yrittäjien ja kansalaisjärjestöjen edustus.

Haastattelukysymykset (liite 2) muodostettiin APESTE-luokittelun pohjalta. Jokaisesta luokasta tehtiin kysymyksiä kirjallisuudesta nousseisiin aiheisiin nojautuen. Jokaista asiantuntijaa haastateltiin 45-90 minuuttia. Haastattelut sovittiin kullekin haastateltavalle sopivaan paikkaan. Haastattelukysymykset painottuivat niihin aiheisiin, joista asiantuntijalla oli suurin asiantuntemus. Lisäksi jokaiselta asiantuntijalta pyydettiin omaa visiota perhevalmennuksesta vuonna 2015. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Yhden haastattelun nauhoitus oli teknisesti heikkolaatuinen ja yksi nauhoitus epäonnistui. Haastatteluja ei uusittu.



KUVIO 3. Sisällönanalyysiprosessi, esimerkkinä asiakkaaseen liittyvän tekijän analyysi.

Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen. Sisällönanalyysin avulla aineisto voidaan kuvata tiiviisti, yleisesti ja asioiden väliset suhteet paljastaen. (Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003: 23). Analyysi on osittain deduktiivinen ja osin induktiivinen. Deduktiivisessa analyysissä aineisto luokitellaan valmiin, jo olemassa

olevan käsitejärjestelmän mukaisesti. APESTE-luokittelu on tämän opinnäytetyön valmis käsitejärjestelmä ja sen osista muodostuivat analyysin pääluokat: asiakkaaseen liittyvät, poliittiset, taloudelliset, sosiaaliset, tekniset ja ekologiset tekijät. Aineistosta nostettiin mukaan myös APESTE:n ulkopuolisia asioita, jotka liittyivät oleellisesti tutkimusongelmaan. Erityisesti näistä asioista muodostui varsinainen visio, joka kuvaa perhevalmennuksen tilaa vuonna 2015. Visiota täydentävät APESTE:en sisältyvät vastaukset. Pääluokkien alapuolelle syntyi alaluokkia induktiivisesti, aineiston pohjalta. Analyysiyksikkö oli ajatus ja analyysiin on otettu vain selvästi ilmaistut ajatukset (manifest content), piilomerkityksiä ei ole lähdetty tulkitsemaan. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 8.)

Toisella kierroksella asiantuntijoille lähetettiin sähköpostitse kysymykset heidän asiantuntemustaan vastaavista aihepiireistä ensimmäisen kierroksen analyysin pohjalta. Kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, joihin toivottiin lyhyitä, vapaamuotoisia vastauksia. Vastauksia haettiin kysymyksiin, joista heillä oli eriäviä mielipiteitä ja asioihin, joita monet asiantuntijat käsitelivät ensimmäisellä kierroksella, mutta joista ei muodostunut selkeää kokonaisuutta. Toisella kierroksella haettiin vahvistusta ensimmäisellä kierroksella esiin tulleisiin ajatuksiin ja visioihin ja asiantuntijat saivat tarkentaa vastauksiaan. Asiantuntijoilla oli runsaasti vastausaikaa. Vastauksia pyydettiin kahteen otteeseen niiltä, joilta vastaukset vielä puuttuivat. Lopulta saimme vastaukset kolmannekselta informanteista.

Toisen kierroksen vastauksia verrattiin toisiinsa ja ensimmäisen kierroksen tuloksiin ja yhdistettiin aineiston lopulliseksi analyysiksi. Toisella kierroksella saatu aineisto oli niin pieni, ettei sen analysointi jonkun tietyn menetelmän mukaan ollut mielekästä. Analyysi kirjoitettiin puhtaaksi.

3 PERHEVALMENNUS MENNEESTÄ TULEVAAN

3.1 Perhevalmennuksen historia



KUVIO 4. Perhevalmennuksen historia.

Skotlantilainen tohtori Ballantyne on 1900-luvun alkupuolella vaikuttanut varsinaisen äitiyshuollon alulle panijana. Hän julkaisi kirjan ”Manual of antenatal pathology and hygiene”. Kirjassaan hän painotti erityisesti ennen synnytystä annettavan hoidon suurta merkitystä äidin ja lapsen terveydelle. Tämä oppi oli alku äitiyshuollon ja monien siihen liittyvien työmuotojen kehittymiselle useissa maissa. Suomessakin virisi keskustelu muun muassa äitiyslomasta ja raskaana olevien naisten asemasta. Kesti tosin pitkään ennen kuin ajatukset kulkeutuivat toteutuksen tasolle. (Hänninen 1965: 227-228).

Äitiyshuollosi käsitettiin toimet, jotka kohdistettiin äitien ja lasten hyvinvoinnin ja terveyden vaalimiseen (Hänninen 1965: 226). Haluttiin varmistua siitä, että raskausaika sujui mahdollisimman hyvin ja että äiti jaksoi kestää kaikki raskauden mukanaan tuomat rasitukset ja sai vaivoihinsa asiantuntevaa apua ajallaan. Myös syntyvän lapsen tarpeet ja terveys otettiin huomioon aivan sikiön kehityksen alkumetreiltä lähtien. Terveystieteellisten toimenpiteiden lisäksi äitiyshuolto oli paljon myös sosiaalisiin ongelmiin puuttumista sekä ennaltaehkäisevää valistustyötä. (Hänninen 1965: 226.)

Helsingin yliopiston naistentautien poliklinikan yhteyteen perustettiin vuonna 1926 Suomen ensimmäinen äitiysneuvola. Seuraava äitiysneuvola perustettiin Viipuriin ja toimintaa pyrittiin vähitellen laajentamaan myös maaseuduille. Valtio rahoitti äitiyshuoltotyötä jo varhain. (Hänninen 1965: 229)

Vuonna 1938 tuli voimaan laki kunnallisesta kättilöntoimen harjoittamisesta ja siihen liittyvä täytäntöönpanoasetus, jolla äitiyshuolto liitettiin lain mukaan kättilöiden tehtäviin. Äitiysavustuslaki velvoitti avustuksen saajat käyttämään neuvolapalveluja. Ratkaiseva muutos äitiyshuoltotyössä tapahtui vuonna 1944, jolloin annettiin laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista, laki kunnankättilöistä ja laki kunnallisista terveystarkastuksista. Näiden lakien myötä neuvolatoiminta ja äitiyshuolto Suomessa vakiintuivat ja niistä tuli vihdoinkin koko maan kattava toimintamuoto. (Hänninen 1965: 234-235; Laiho 1991: 55-56.)

” Kunnan kättilön tehtävänä on äitiyshuolto, jolla tarkoitetaan raskaana olevien naisten hoitoon sekä äitiysavustuksen hakemiseen ja sen tarkoituksenmukaiseen käyttöön kuuluvaa ohjausta ja neuvontaa [...]” (Laki kunnankättilöistä 1944)

Vuonna 1972 äitiyshuolto määritettiin kunnan tehtäväksi kansanterveyslaissa. Äitiyshuolto käsitti neuvolassa ja kodeissa tapahtuvat terveystarkastukset sekä yksilö- ja ryhmäneuvontana toteutettavan perhe- ja synnytysvalmennuksen. Terveystarkastaja tai erikoissairaanhoitaja-kättilö huolehtii palveluiden antamisesta yhdessä muiden terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa. (Lääkintöhallitus 1983: 3.)

Ensimmäiset äitiysvalmennukset järjestettiin Suomessa varhain 1940-luvulla. Ne pohjautuivat Dick Readin menetelmään, jonka ensisijaisena tarkoituksena oli poistaa äitien synnytyskipua. (Nummenmaa – Sepänniitty – Ylinen 1982:3). Äidit osallistuivat valmennukseen voimistelemalla ja opettelemalla tarkoituksenmukaisia hengitys- ja rentoutusharjoituksia. Ohjaajakeskeisyys oli valmennuksille tyypillistä. Readin mukaista valmennusta järjestettiin äitiysneuvoloissa 1960-luvulle saakka. Äitiysvalmennus kirjattiin ylös 1957 valtakunnalliseen työtilastoon ja 1964 nimi muutettiin synnytysvalmennukseksi. (Nummenmaa ym. 1982: 3).

Vuonna 1964 Roger Hersilie toi Suomeen psykoprofylaktisen synnytysvalmennusmenetelmän, jonka Fernand Lamaze kehitti Pavlovin työn pohjalta. Tämä synnytysvalmennusmenetelmä levisi kaikkialle Suomessa ja sitä käytettiin laajalti myös muualla maailmassa. (Lääkintöhallitus 1983:7.) Psykoprofylaktinen eli mukautumismenetelmä perustui oppiin hankituista reflekseistä, jotka aiheutuivat yksilön kokemuksista. Lamazen mukaan kohdun supistukset eivät sinänsä ollut kivulia, vaan synnytyskipu oli hankittu refleksi. Äitiä opetettiin toimimaan aktiivisesti omassa

synnytyksessään ja poistamaan kipua. Nimensä mukaisesti psykoprofylaktisella valmennuksella pyrittiin psyykkisesti ennaltaehkäisemään ja lievittämään synnytyskipuja. Avainasemassa oli rentoutuminen, jota harjoiteltiin valmennuskurssien aikana ja kotona valmennusten väliaikoina muun esimerkiksi autogeenisen harjoittelun ja suggestioiden avulla. Autogeenisessä rentoutumisessa harjoiteltiin huomaamaan omaa jännittyneisyyttä ja saavuttamaan rentoutuminen lihasaistia käyttäen. Jatkuvan harjoittelun avulla rentoutuminen automatisoitui. Suggestiiviseen rentoutumiseen päästiin harjoittelemalla toisen ihmisen antamien suggestioiden avulla. (Eskola – Hytönen 2002: 288-289; Lääkintöhallitus 1983; Peltonen 1982: 4, 25).

Lapsen syntymäkokemukseen alettiin kiinnittää huomiota vasta 1970-luvulla. Ranskalainen lääkäri Frederick Leboyer painotti synnytyksen lempeyden merkitystä syntyvälle lapselle. Lapsi reagoi ympäristön äänille, valoille, lämpötilan vaihteluille ja käsittelylle ja synnytyksenhoidon oli mahdollistettava lapsen vähittäinen sopeutuminen ulkomaailmaan. (Leboyer: 1980.)

Myös englantilaisen Sheila Kitzinger (1984: 209-215) kritisoi ajan synnytyskulttuuria keskittyen synnyttäjän kokemukseen. Synnytyksen on Kitzingerin mukaan mahdollista olla voimakas psykoseksuaalinen kokemus, jonka depersonalisoiva hoito sairaalassa kuitenkin estää. Synnytys on lääkärijohtoinen tapahtuma, jossa synnyttäjä on lähes ulkopuolinen. Naisten tulisi ottaa jälleen aktiivinen rooli omassa synnytyksessään ja perhe- ja synnytysvalmennuksen pitäisi epäluonnollisten hengitysharjoitusten sijaan antaa naiselle mahdollisuus löytää itselleen ominaisia tapoja toimia synnytyksen aikana, löytää hyvä liikkumistapa, asento ja hengitystapa.

1970-luvulla synnytysvalmennus muuttui perhevalmennukseksi. Samaan aikaan synnytystä alettiin pitää perhetapahtumana, jossa myös isien osallistuminen on tärkeää. Aihepiirit laajenivat käsittämään koko perheen valmentautumisen synnytykseen sekä lapsen tuomiin muutoksiin perhe-elämässä. Samalla käsiteltävien asioiden kirjo on kasvanut. Tämä on tuonut haasteita valmennuksen pitäjille. Erityisiä haasteita ovat perhevalmennuksen tavoitteiden määrittely sekä sisällön että menetelmien suhteen. Enää ulkomailta tulleet ideologiset menetelmät eivät ole ainut tyyli toteuttaa synnytys- ja perhevalmennusta Suomessa, vaikka edelleen sieltä tulevat vaikutteet muokkaavat perhevalmennusta. (Neuvolatoiminnan kehittämistyöryhmä 1984; Nummenmaa ym. 1982: 41; Viljamaa 2003: 38.)

3.2 Perhevalmennus 2000-luvulla

Synnytys- ja perhevalmennus on osa äitiyshuoltoa. Valmennuksen tarkoituksena on valmistaa koko perhettä raskauteen, synnytykseen sekä pienen vauvan hoitoon ja kasvatukseen. (Vehviläinen-Julkunen – Saarikoski – Marttinen 1995: 31; Viljamaa 2003: 38). Perhe- ja synnytysvalmennuksella pyritään tukemaan vanhemmuuteen kasvamista ja valmistamaan tulevia vanhempia synnytykseen. (Viisainen 1999:799).

Perhevalmennuksen toteuttaminen on julkisen sektorin vastuulla ja se on osallistujille maksutonta ja vapaaehtoista. Perhevalmennuksen järjestäminen ja sisällöt vaihtelevat kunnittain ja jopa kuntien sisällä. Neuvola vastaa pääosin perhevalmennuksen järjestämisestä. Synnytysairaaloitten kanssa tehdään yhteistyötä, vaikka yhteistyö ei näyttäyty vanhemmille kovinkaan selkeästi. Synnyttäjät tukihenkilöineen voivat käydä tutustumiskäynnillä synnytys- ja lapsivuodeosastoilla. Vanhemmat toivovat, että sairaalaan tutustumiskäynti olisi pitempi ja kokonaisvaltaisempi. Heille kätilön tapaaminen on merkittävä ja se herättää luottamusta kätilön ammattitaitoon ja siihen, että synnytyksen hoito on hyvissä käsissä. Sairaalaan saatu tieto koettiin myös ajantasaiseksi ja luotettavaksi. Haapion (2006) tutkimuksessa tuli esille, että synnytysaleissa olisi tärkeää pystyä tekemään rentouttavia mielikuvaharjoituksia ja kokeilemaan erilaisia synnytysasentoja ja hierontaotteita. (Haapio 2006: 11, 74, 77, 79, 81; Vehviläinen-Julkunen 1986: 1.)

Vanhemmat ovat tyytyväisiä neuvolan palveluihin. Ensisynnyttäjät ovat tyytyväisin asiakasryhmä ja he osallistuvat perhevalmennukseen lähes sataprosenttisesti. (Viljamaa 2003: 84.) Myös uudelleensynnyttäjät osallistuvat perhevalmennustilaisuuksiin, etenkin, jos aikaisemmasta raskaudesta ja synnytyksestä on kulunut kohtuullisen kauan tai he eivät ole olleet mukana esikoista odottaessa. (Leinonen ym. 1992: 2; Vehviläinen-Julkunen 1986:1). Isät ovat saaneet osallistua perhevalmennukseen vuodesta 1969 lähtien. Sairaaloitten mahdollisuuksien lisääntyessä hoitaa perhesynnytyksiä myös isien osallistuminen perhevalmennuksiin on lisääntynyt ja samalla valmennusryhmien koko on kasvanut jatkuvasti (Nummenmaa - Sepänniitty – Ylinen 1982: 3).

Perheet muuttuvat ja heidän tarpeensa ja odotuksensa muuttuvat perhevalmennuksen suhteen. Perhevalmennusryhmät ovat hyvin heterogeenisiä niin taustaltaan, tarpeiltaan kuin motivaatioiltaan. Koko äitiysneuvolatyö on joutunut kritiikin ja kehittämistyön kohteeksi. Viljamaan (2003) mukaan neuvoloiden asiakkaat suhtautuvat yhä kriittisemmin äitiysneuvolapalveluihin. Perhevalmennukseen osallistuvien perheiden odotukset ovat korkealla ja he ovat aktiivisia. He kaipaavat valmennukselta emotionaalista, tiedollista ja sosiaalista tukea sekä konkreettista apua ja lisätukea vanhemmuuteen, mielenterveyteen ja kasvatukseen sopivassa määrin. Vanhemmat eivät halua tietää yksityiskohtaisesti esimerkiksi synnytykseen liittyvistä komplikaatioista. Myös vertaistukea kaivataan. Henkinen valmentautuminen synnytykseen on vanhemmille tärkeää, koska se vahvistaa itseluottamusta ja uskoa synnytyksestä selviytymiseen sekä vähentää synnytyspelkoja. Miehet kokevat henkisen valmentautumisen kautta saavansa valmiuksia toimia puolisonsa tukihenkilönä synnytyksessä. (Haapio 2006: 12, 18, 74, 76 ; Leinonen ym. 1992:2; Viljamaa 2003: 36-39, 85.)

Äidit haluavat keskustella parisuhteeseen liittyvistä asioista ja saada siihen tukea. Seksuaalineuvonta on yksi keskeinen äitiyshuollon osa-alue ja tärkeä ehkäisevän terveydenhuollon toimintamuoto. Tällä hetkellä neuvolassa käsitellään puolisoitten välistä suhdetta ja seksuaalisuutta hyvin vähän, vaikka parisuhde on keskeinen voimavara vanhemmuuteen siirtymisessä. Vielä perhevalmennuksessa seksuaalisuutta ja parisuhdetta käsitellään jonkin verran, mutta vauvaperheet jäävät usein asian kanssa yksin. Vanhemmuus voi rasittaa parisuhdetta, mikä tekee sen käsittelemisestä entistä tärkeämpää. Vanhemmat toivovat, että myös isät otettaisiin paremmin huomioon. Valmennuksessa halutaan tilaa keskustelulle ja asioiden pohdiskelulle perinteisen luento-opetuksen sijaan. Vanhemmat kokevat, että keskustelu onnistuu hyvin vasta, kun ryhmäytymistä on tapahtunut ja toivovat, että ryhmä pysyisi koossa koko valmennuksen ajan. (Haapio 2006: 78; Leinonen ym. 1992: 2; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2006: 19; Viljamaa 2003: 36-39, 85.)

Haaasteita perhevalmennuksen kehittämiseksi ovat lisäkoulutuksen järjestäminen muun muassa opetusmenetelmistä. Lisäksi äitiyshuollon organisaatiota ja tehtävienjakoa tulisi selkeyttää. Perhevalmennus on ollut kehittämisen kohteena. Heimon (2002) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien taidot tukea ja kohdata erilaisia perheitä ovat parantuneet. Parhaiten he kokevat osavansa tukea yksinhuoltajaperheitä ja perheitä,

joissa on parisuhde- tai kasvatusongelmia. Haasteellisimmiksi terveydenhoitajat kokevat ulkomaalaiset sekä päihde- ja moniongelmaiset perheet. Terveydenhoitajat ovat onnistuneet luomaan keskustelulle avoimen ilmapiirin ja pystyvät kohottamaan vanhempien itsetuntoa sekä vahvistamaan heidän kasvattajataitojaan. (Haapio 2006: 80-81; Heimo 2002: 82-83, 92, 94-95.)

Terveydenhoitajilla on hyvin tietoa monimuotoisista psykososiaalisista palveluista ja auttamistahoista, mutta he kokevat, etteivät tiedä tarkalleen, mihin avun tarpeessa olevat perheet tulisi ohjata. Terveydenhoitajat kokevat kiireen ja ajanpuutteen vaikeuttavan psykososiaalisen tuen antamista. Ongelmien puheeksiottaminen koettiin vaikeaksi. Myös liian suuret asiakasmäärät ja neuvolapiirit, sijaisten ja työnohjauksen puute, ammattitaidon riittämättömyys ja jaksamisen ongelmat sekä väestövastuu vaikeuttavat työn hallintaa ja tuen antamista perheille. Työtä vaikeuttaa myös se, että usein perheillä ja ammattihenkilöillä on erilaiset käsitykset perheiden tilanteesta ja avun tarpeesta, jolloin perheet eivät motivoitu palvelujen käyttöön. (Heimo 2002: 82-83, 92, 94-95, 131.)

Koski on tutkinut somalinaisten perhevalmennukseen liittyviä toiveita ja tarpeita. He toivovat valmennukselta samoja asiiasältöjä kuin suomalaiset perheet ja lisäksi tietoa raskaudenajan terveydenhuollosta. Valmennuksen tavoitteena on mahdollistaa onnistunut synnytyskokemus kulttuurieroista huolimatta. Kulttuuriset ja uskonnolliset erot korostuvat muun muassa parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Tyypillisesti somalinnaiset puhuvat näistä asioista vain puolisonsa tai naisystävien kanssa. He kokevatkin, etteivät saa neuvolasta tarpeeksi tukea näiden ongelmien käsittelyyn elleivät itse ota asiaa puheeksi. Terveydenhoitajat kokevat, että hoitosuhde somalien kanssa jää etäiseksi. Syitä tähän ovat muun muassa kieliongelmat ja omat ennakkoluulot. Somaliasiakkaat kokevat neuvolasta saatujen ohjeiden soveltamisen vaikeaksi kieliongelman ja kulttuurierojen vuoksi. (Koski 2007: 22; Koski 2002: 67, 111.)

Somalinnaiset toivoisivat neuvolalta asiakaslähtöistä otetta paljon henkilökohtaisemmalla tasolla ja ilman henkilökunnan ennakkoluuloja. He toivovat neuvolan työntekijän ottavan puheeksi erityisesti perheväkivallan, päihteiden käytön sekä lapsiin liittyvät ongelmat. Tärkeää olisi saada tilaa puhua luottamuksellisesti ja ilman naurunalaiseksi joutumisen pelkoa. Tämän pitäisi toteutua jo hoitotyötä ohjaavien eettisten periaatteiden

nojalla, tasa-arvoisuuden ja solidaarisuuden nimissä. (Koski 2007:22; Koski 2002: 66, 111-112,114; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2006:21.)

Kuopiossa toimii synnytyssairaalan ja neuvoloiden yhteistyönä kummineuvolatoiminta. Jokaisella neuvolalla on sairaalassa oma kummikätilö, joka osallistuu neuvolan perhevalmennuksiin ja huolehtii perheiden sairaalaantutustumiskäynneistä. Kummikätilöt ja terveydenhoitajat antavat myös henkilökohtaista valmennusta synnytyspelkoisille asiakkaille. Kummikätilöiden ja neuvoloiden välisestä yhteistyöstä on saatu positiivista palautetta ja toimintaa kehitetään edelleen. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2006: liite 11.)

3.3 Perhevalmennuksen kehittäminen Helsingissä: Lapaset Perheverkosto-hanke

Lapaset Perheverkosto-hanke on Helsingin sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen yhteinen kehittämishanke vuosina 2005-2007. Sen tavoitteena on kehittää perhepalveluita ja varhaisen tuen työmuotoja sekä uudistaa perhevalmennusta ja rakentaa alueellisia perheverkostoja perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Hanke on osa valtakunnallista, Stakesin koordinoimaa Perhe-hanketta, jonka rahoittajana on Sosiaali- ja terveysministeriö. (Klen 2007; Lapaset Perheverkosto-hanke; Monitoimijaisesta perhevalmennuksesta Perheverkostoksi.)

Lapaset-hankkeen taustalla on ollut vaikuttamassa ruotsalainen Leksandin malli, jota kokeillaan Espoossa. Leksandin mallin ajatuksena on lasten hyvinvoinnin edistäminen tukemalla vanhemmuutta, parisuhdetta ja luomalla vanhempien vertaisryhmätoimintaa (Paavola 2004: 9). Perhekeskeisyys on Lapaset-hankkeen keskeinen toimintaperiaate. Hanke tuo yhteen eri toimijat yli hallintorajojen yhteisen intressin äärelle: perhe asiakkaana. Yhteistyökumppaneina ovat muun muassa Mannerheimin lastensuojeluliitto, Väestöliitto ynnä muut perhepalveluita tuottavat tahot. Tavoitteena on saada yhteistyöstä pysyvä toimintamalli. (Klen 2007; Lapaset Perheverkosto-hanke.)

Lapaset-perhevalmennus koostuu kolmesta ennen synnytystä tapahtuvasta ryhmävalmennuksesta, sairaalan perhekierrosta ja kolmesta tai neljästä vauvan syntymän jälkeisestä tapaamisesta. Ensimmäisistä kolmesta kerrasta vastaavat kaksi neuvoloiden terveydenhoitajaa työparina. Neljäs valmennuskerta on perhekierto synnytyssairaalassa. Perhekierron toteuttavat kätilöt synnytyssalissa ja

lapsivuodeosastolta. Vauvan syntymän jälkeen valmennukset toteutetaan neuvoloiden ulkopuolella yhteistyössä perhekeskusten kanssa esimerkiksi alueen leikkipuistoissa. Ensimmäisen syntymän jälkeisen perhevalmennuksen ohjaa terveydenhoitaja yhdessä perhekeskuksen työntekijän, esimerkiksi sosiaalihoitajan tai sosiaalityöntekijän, kanssa. Lopuista valmennuskerroista vastaa perhekeskuksen työntekijä yhdessä muiden toimijoiden kanssa. (Klen 2007; Lapaset Perheverkosto-hanke; Monitoimijaisesta perhevalmennuksesta Perheverkostoksi.)

Lapaset-hankkeen perhevalmennus alkaa jo raskausviikoilla 20-22. Tällöin luodaan mielikuvaa vauvasta uutena perheenjäsenenä ja vahvistetaan kiintymyssuhteen syntymistä vanhempi-lapsi-suhteessa. Tähän ajankohtaan ajoittuvat vauvan liikkeitten tunteminen ensi kertaa ja sitä kautta vauvan olemassaolo konkretisoituu vanhemmille. Toisella valmennuskerralla paneudutaan parisuhteeseen, vanhemmuuteen ja vauvan hoitoon, kolmannella kerralla synnytykseen ja lapsivuodeaikaan. Ensimmäisellä kerralla synnytyksen jälkeen käsitellään vauvaperheen arkea sekä lapsiperheille suunnattuja palveluita. Erityisesti vauvaperheaikaan sijoittuvassa perhevalmennuksessa perheillä on mahdollisuus vaikuttaa käsiteltäviin asioihin. Näihin kertoihin voidaan myös kutsua vierailevia asiantuntijoita puhumaan perheiden tärkeiksi kokemista aiheista. (Klen 2007; Lapaset Perheverkosto-hanke; Monitoimijaisesta perhevalmennuksesta Perheverkostoksi.)

Perhevalmennuksen aiheita käsitellään toiminnallisilla menetelmillä ja vertaisnäkökulmasta tulevana vanhempina. Isillä ja äideillä on myös erillisiä ryhmähetkiä valmennuksen kuluessa. Kaksi uutta menetelmää ovat toiminnalliset kysymyskortit ja Vanhemmaksi-työkirja. Väestöliiton tuottamien kysymyskorttien avulla pyritään laajentamaan ja syventämään keskustelua sekä antamaan lupa puhua vaikeistakin asioista. Työkirjaa vanhemmat käyttävät valmennuksen ohessa. Se sisältää sekä tietoiskuja että tehtäviä valmennuksen aiheista. (Klen 2007; Lapaset Perheverkosto-hanke.)

Terveydenhoitajia ja perhekeskuksen työntekijöitä on koulutettu yhteisin ryhmäohjaajakoulutuksin toteuttamaan Lapaset-hankkeen mukaista perhevalmennusta. Eri virastojen työntekijät ovat tutustuneet toisiinsa koulutuspäivillä ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa on helpottunut. Tavoitteena on ottaa Lapaset-perhevalmennusmalli käyttöön koko Helsingissä. Tämä edesauttaisi perheiden mukaan saamista samassa

rytmissä ympäri Helsinkiä ja helpottaisi perhevalmennuksen jatkamista toiseen kaupunginosaan muuttamisesta huolimatta. Helsingissä muuttoliike on voimakasta – on tyypillistä, että ensimmäistä lastaan odottavat perheet muuttavat pois entisistä, ahtaista asunnoista vauvaperheelle sopivampiin kaupunginosiin. (Klen 2007.)

Lapaset-hankkeella on myös sivuprojekteja, jotka tukevat muun muassa nuorten äitien vanhemmaksi kasvua yhteistyössä Tyttöjen Talon kanssa sekä somaliperheiden osallistumista perhevalmennukseen omien valmennusryhmien kautta yhdessä Kontulan vauvaperhehankkeen kanssa. Kontulan valmennuksissa paikalla on tulkki, joka mahdollistaa asioista keskustelun perheiden omalla kielellä. Kehitteillä on myös päihdeperheprojekti, jonka kautta Lapaset-hanke pyrkii vaikuttamaan raskaana olevien naisten päihdekäyttäytymiseen. (Klen 2007.)

4. ENNAKOINNIN KOHTEENA OLEVAT AIHEPIIRIT

4.1 Perhevalmennukseen vaikuttavat asiakkaaseen liittyvät tekijät

Synnyttäjien keski-ikä ei ole noussut viime vuosina. Vuonna 2015 ensisynnyttäjien keski-ään ennakoidaan olevan 28,5 vuotta ja kaikkien synnyttäjien vajaa 31 vuotta. 20% naisista ei synnytä. Toisaalta lapsia hankkivilla on keskimäärin suurempi lapsiluku kuin muissa Pohjoismaissa, pois lukien Islanti. Tällä hetkellä hedelmöityshoitojen kautta syntyy 5% lapsista, eikä osuus tule jatkossa ainakaan pienenemään. Synnyttäjillä on 2015 enemmän hoitoa vaativia kroonisia sairauksia. Myös paino-ongelmien ennakoidaan lisääntyvän merkittävästi. (Gissler 2007.)

Vanhemmiksi tulevilta puuttuu usein aikaisempi kokemus pikkuvauvoista ja lapsista sekä niiden hoidosta. Heillä ei välttämättä ole sosiaalisia turvaverkkoja tukeaan hoito- ja kasvatustyössä, kun sukulaiset asuvat kaukana eikä heidän apuaan ole saatavilla. (Vehviläinen-Julkunen 1990:115.)

Helsingissä asui vuonna 2006 hiukan yli 3000 ulkomaan kansalaista, mikä oli 5,4 % helsinkiläisistä. Suurimmat ryhmät kansalaisuuksittain olivat venäläiset, virolaiset,

somalialaiset ja vietnamilaiset. Maahanmuuttajista entisen Neuvostoliiton alueella syntyneet olivat korkeimmin koulutettuja. Matalin koulutustaso oli pakolaisstatuksella maahan tulleilla. Maahanmuuttajat eivät muodostaneet yhtenäistä ryhmää, vaan eri kulttuurien ja alakulttuurien kirjo oli laaja. Noin puolet maahanmuuttajista kuului työvoimaan. Maahanmuuttajat olivat keskimäärin nuorempia ja useammin naimisissa muuhun Helsingin väestöön verrattuna. He hankkivat enemmän lapsia ja 2007 noin 5 % on maahanmuuttajien lapsia. Prosenttiosuus kaksinkertaistuu 2010-luvulla. Maahanmuuttajanaisten on todettu integroituvan nopeasti suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään raskauden aikana. Väestöliiton Kotipuu-palvelu kouluttaa ja neuvoo sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia monikulttuuristen perheiden hoitoon liittyvissä kysymyksissä. (Gissler 2007; Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2006: 9-10; Hemminki - Gissler 2007: 58; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2006: 21.)

Ulkomaisten tutkimusten mukaan seksuaalivähemmistöt käyttävät tällä hetkellä julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja tavallista vähemmän, koska he kokevat ne syrjiviksi tai epätyytyttäväiksi. Suomessa vastaavaa tutkimusta ei olla tehty. Seksuaalivähemmistöille suunnatuista erityispalveluista vastaa kolmas sektori, pääasiassa Seta ja Sexpo. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2006: 20-21.)

Väestön ja siten myös perhevalmennuksen asiakkaiden koulutustaso nousee. Ihmiset tietävät asioista enemmän ja osaavat hakea tietoa. Lisääntyneen tietotason myötä ihmiset haluavat päättää yhä enemmän itseään koskevista asioista myös terveydenhuollossa. He vaativat yhä laadukkaampia, yksilöllisempiä ja joustavampia palveluja ja mieltävät itsensä yhä enemmän asiakkaiksi potilaiden sijaan. Vaihtoehtoisten synnytystapojen ennakoitaan kasvattavan suosiotaan tulevaisuudessa. (Gissler 2007; Metsämuuronen 2000: 35; Mikkanen 2000: 18; Vehviläinen-Julkunen 1990: 115.)

Ihmisten arvot ovat jakaantuneet kahtia ja sama kehitys on havaittavissa tulevaisuuden ennakoinnissa. Perinteiset, yhteisölliset arvot nousevat tärkeämmiksi. Perhettä, rakkautta ja ystäviä arvostetaan ja lähiyhteisöistä haetaan turvallisuudentunnetta. Ulkomaalaisiin suurin osa suhtautuu myönteisesti, noin joka kymmenes ei haluaisi ulkomaalaista naapurikseen. Seksuaalivähemmistöihin ihmiset suhtautuvat

negatiivisemmin – viidesosa toivoisi heidän pysyvän poissa naapurustostaan. (Metsämuuronen 2000: 18, 32-33; Vuori - Gissler 2005: 42-45.)

Miehet ovat ottamassa yhä näkyvämmän roolin isinä yhteiskunnassa. Mitä nuoremmista miehistä on kyse, sitä enemmän heille rooli isänä merkitsee. Vuonna 2005 julkaistun Eurooppalaisen arvotutkimuksen mukaan 70% lapsiperheiden isistä osallistuu lastenhoitoon päivittäin (Vuori - Gissler 2005: 80, 87).

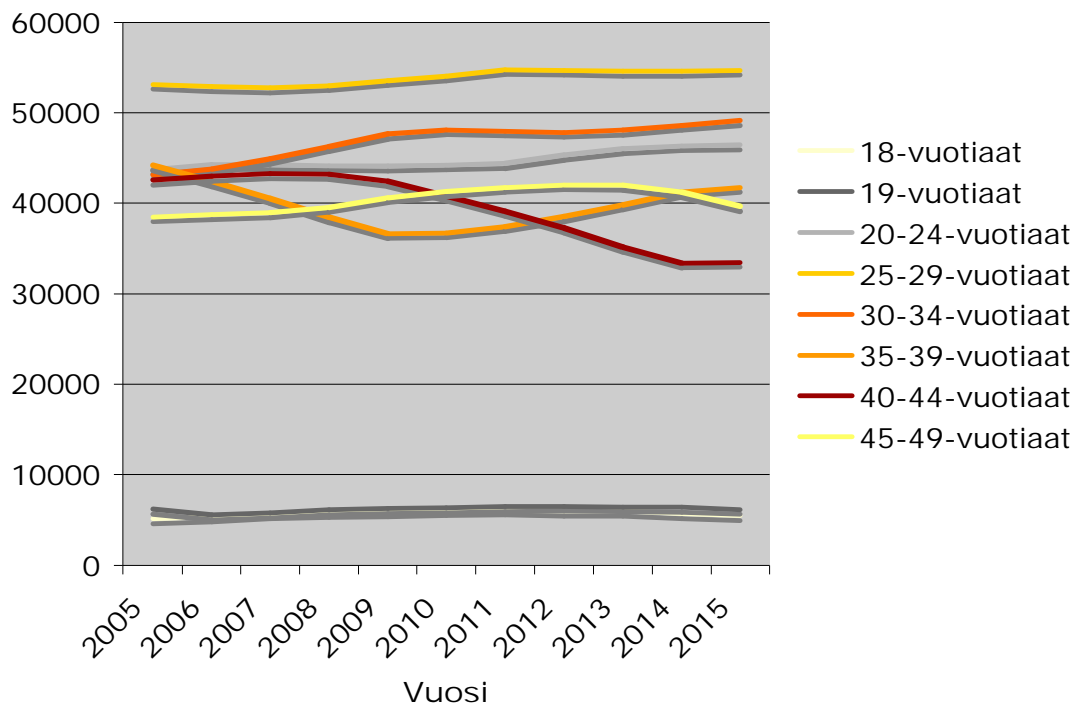
Perustoimeentulo säilyttää arvonsa, mutta vapaa-aika nousee sen rinnalle yhtä tärkeänä. Vuoren ja Gisslerin mukaan (2005) lähes puolet suomalaisista on valmiita maksamaan enemmän veroja, jos sillä parannettaisiin köyhien asemaa. Melkein kolme neljästä olisi valmiita tekemään vanhusten, sairaiden ja vammaisten hyväksi jotakin ja vain kolme prosenttia kansalaisista on sitä mieltä, ettei muiden auttaminen ja heidän hyvinvoinnistaan huolehtiminen ole tärkeää. Maahanmuuttajien aseman parantamiseksi valmiita toimimaan olisi vajaa neljännes. (Metsämuuronen 2000: 18; Vuori - Gissler 2005: 42-45.) Nymanin (2006:79) tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalan asiantuntijat arvioivat nykyisen asenneilmaston armottomaksi. He katsoivat, ettei huonosti toimeen tulevista ihmisistä, sairaista, syrjäytyneistä tai ulkomaalaisista, välitetä. Arvojen kovenemisessä nähtiin yhteys väestön kahtiajakautumiseen.

Yksilölliset arvot pitävät myös puolensa ja vielä lisääntyvät ja yhteisöllisyyden ja muiden auttamisen merkitys muuttuu. Muiden auttaminen ei ole pyyteetöntä, vaan auttajalle on yhä tärkeämpää saada auttamisprosessista jotain myös itselleen. Ei välttämättä taloudellista hyötyä, mutta onnistumisen kokemuksia ja hyvää mieltä, tunnetta hyvänä ihmisenä olemisesta. Köyhät auttavat muita ihmisiä kaikkein eniten. (Vuori - Gissler 2005: 46.)

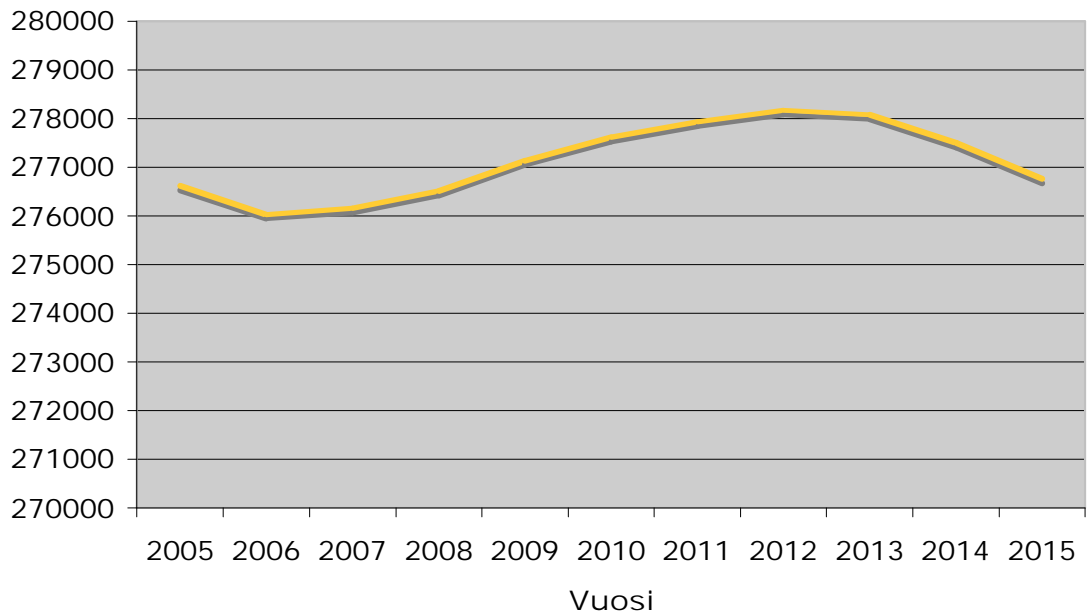
4.2 Perhevalmennukseen vaikuttavat poliittiset tekijät

Väestö lisääntyy pääkaupunkiseudulla vuoteen 2015 noin 80 000 henkilöllä (Tilastokeskus 2004). Väestö on sekoitus kantaväestöä, maalta muuttaneita ja maahanmuuttajia. Synnytysikäisissä eli 18-49-vuotiaissa lisäystä tapahtuu vuosien 2005-2013 välillä 16 923 henkilöä (Kuvio 2). Kuviossa 1 muutokset näkyvät ikäryhmittäin. 18- ja 19-vuotiaat ovat yhden ikävuoden ryhmissä, siitä ylöspäin

ikäryhmät ovat viiden vuoden laajuisia. Luvussa ovat mukana kummatkin sukupuolet. (Helsingin seudun aluesarjat 2006.) Suuri osa väestön lisäyksestä johtuu pääkaupunkiseudulle suuntautuvasta muuttoliikkeestä – syntyvyyden lisääntyminen ei ole arvioiden mukaan todennäköistä. Muuttajista ylivoimaisesti suurin osa on 18-29-vuotiaita. Perhevalmennukselle siis on tarvetta tulevaisuudessakin, mutta kovin suurta nousua ei asiakasmäärään tule. Huomattavaa on myös se, että suurimmat Helsingistä pois muuttavat ikäryhmät ovat 20-44-vuotiaat sekä 0-6-vuotiaat. Lapsiperheet muuttavat pois Helsingistä, eniten kuitenkin muualle pääkaupunkiseudulle. (Nyman 2006: 28, 79, 82.)



KUVIO 1. Helsingin synnytysikäinen väestö ikäryhmittäin. Ennuste vuoteen 2015. (Helsingin seudun aluesarjat 2006)



KUVIO 2. Helsingin synnytysikäinen väestö. Ennuste vuoteen 2015.
(Helsingin seudun aluesarjat 2006)

Terveyspolitiikan suurista linjoista päätetään Suomen hallituksessa ja eduskunnassa, mutta palveluiden järjestämisvelvollisuus on kunnilla. Valtio ohjaa kuntia myös antamalla tietoa, ohjausta, suosituksia ja normeja. Ohjaus on vähentynyt 1990-luvulta alkaen ja nykyään pääasiallinen ohjausmuoto on informaatio-ohjaus. Nykyinen ohjaus on kuitenkin ristiriitaista, eikä kaikkia tavoitteita voida tästäkään johtuen terveysalalla toteuttaa. (Nyman 2006:35.) Palvelujärjestelmän osittainen hajanaisuus sekä työnjakokysymykset niin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon, julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kuin eri ammattiryhmien välillä ovat kysymyksiä, jotka vaatisivat pohdintaa paikallisella ja valtakunnallisella tasolla (Sihvo - Koponen 1998.)

Hyvinvointipolitiikka on selkeän kehittämis- ja uudistustyön alla. Nykyinen palvelurakenne ei takaa kustannustehokkainta tai edes laadukkainta hoitoa. Palvelurakenteiden muuttaminen on kuitenkin vaikeaa, sillä eri ammattiryhmien sekä kuntien palveluyksiköiden intressit eivät useinkaan kohtaa. Myös tästä johtuen hallinnonuudistusten toimeenpano on hidasta. Useat valtakunnalliset sosiaali- ja terveysohjelmat ja -hankkeet päättyivät vuonna 2007, jonka jälkeen luodaan uusia toimintalinjoja tulevaisuuteen. Kunta- ja palvelurakenteiden uudistus vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen. Myös perhepoliittiset muutokset vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuoltoon muun muassa pyrkimyksenä parantaa

äitiysneuvolatoiminnan järjestämistapaa ja sisältöjä. Intoa ja tietoa äitiyshuollon kehittämiseksi on paljon, mutta tällä hetkellä ei ole keinoja äitiyshuollon yhtenäistämiseksi valtakunnallisella tasolla. (Heikkilä - Lahti 2007: 3; Hemminki - Gissler 2007: 64; Parpo - Kautto 2007: 216.)

Kuntapäätäjillä on terveydestä erilainen kuva kuin terveydenhuollossa työskentelevillä. Päätäjät näkevät terveyden sairauden puuttumisena ja ovat taipuvaisia vierittämään vastuun terveydestä yksilöille ja terveydenhuololle. He eivät miellä terveyttä hyvinvoinniksi ja elämänhallinnaksi, johon vaikuttaa ympäristön ja yksilön tasapaino. Tällöin he eivät ymmärrä omaa vastuutaan kansalaisten terveydestä. (Nyman 2006:35.)

Suomessa tapahtunut nopea yhteiskunnallinen rakennemuutos on lisännyt vaatimuksia perheiden parissa työtä tekeville organisaatioille. Terveydenhuollon kehittämistarpeet syntyvät näistä yhteiskunnassa, perhe-elämässä ja väestön tiedontasossa tapahtuneista muutoksista. Terveydenhuolto ei kuitenkaan pysty yksin vastaamaan muutoksiin. Toimeentulo-ongelmat aiheuttavat perheissä pahoinvointia ja huono-osaisuutta, mutta yhteiskunnallisesta tulonjaosta ei haluta keskustella. (Partanen-Björk 1997: 1, 85.)

4.3 Perhevalmennukseen vaikuttavat taloudelliset tekijät

”Lainsäädännössä kunnat veloitetaan järjestämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, mutta ei säännellä yksityiskohtaisesti palveluiden järjestämistapaa. Kunnat voivat järjestää palvelut itse, olla kuntayhtymässä tai sairaanhoitopiirissä osana laajempaa palveluiden tuottajien verkostoa tai ostaa palvelut muilta kunnilta tai kuntayhtymiltä, valtioilta, järjestöiltä tai yrityksiltä. Mikäli kunta ostaa palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta, tulee palveluiden vastata sitä tasoa, mitä edellytetään vastaavilta kunnallisilta palveluilta.” (Parpo - Kautto 2007: 206.)

Työn- ja resurssienjako terveydenhoidossa julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä on haaste. Tulevaisuudessakin terveystaloudet rahoitetaan pääasiassa verotuloin. Kunnat saavat valtionapua lakimääräisten terveystalouksien järjestämiseen, mutta EMU:n vakauttamissopimuksen seurauksena julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollossa ei ainakaan lisäännä lähivuosina, vaikka terveydenhuollon kokonaismenot kasvavatkin. Kaikissa länsimaissa on ennakoitavissa samansuuntainen trendi. Julkisen sektorin rahoitusongelmat lisäävät ostopalvelujen hankkimista yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Erilaiset vakuutukset lisääntyvät tulevaisuudessa, mikä voi vaikuttaa palveluiden järjestämiseen. Myös asiakasmaksut lisääntyvät

suhteessa kokonaisrahoitukseen samalla kun palvelusetelijärjestelmä laajenee koskemaan suurempaa osaa terveystalouksista. Palvelusetelijärjestelmässä kunnan osuus palvelun maksusta on vakio ja laadukkaampaa palvelua halutessaan asiakas maksaa erotuksen itse. Kolmas sektori ja yksityiset palvelut saattavat laajentaa toimintaansa ja niiden merkitys korostuu palvelujen monipuolisuuden takaajina. (Metsämuuronen 2000:26-27; Nyman 2006: 50, 105; Parpo - Kautto 2007: 206, 212; Vuori - Gissler 2005: 78, 87.)

Kuntien heikko taloustilanne edesauttaa sosiaali- ja terveydenhuollon lähentymistä. Pienemmissä kunnissa alat voivat jopa yhdistyä, pääkaupunkiseudulla tämä ei kuitenkaan ole kovin todennäköistä virastojen suuren koon vuoksi. Yhteisiä yksiköitä sen sijaan saatetaan perustaa jommankumman viraston alaisuuteen. Aloja kehitettäessä huomiota tulee kiinnittää palvelujen tehokkuuteen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimivaan yhteistyöhön ja yksityispalveluiden toiminnan ehtoihin. Yhteistyön parantaminen auttaa asiakasta palvelevien hoitoketjujen muodostumisesta ja voimavarojen tehokasta käyttöä. Alojen kilpailu resursseista ja tulosajattelu kuitenkin estää yhteistyön kehittymistä. Oman yksikön etu on ensisijaista ja kustannukset pyritään vierittämään muiden harteille. Toimintakulttuureissa on myös perustavanlaatuisia eroja. (Metsämuuronen 2000:26-27; Nyman 2006: 50, 86, 103; Vuori - Gissler 2005: 87.)

Julkisella sektorilla terveystalouksien kohdalla viitataan kuntiin tai kuntayhtymiin palvelujen järjestäjänä. Yksityinen sektori koostuu voittoa tavoittelevista yrityksistä ja kolmas sektori julkisesta hallinnosta riippumattomista, voittoa tuottamattomista yhdistyksistä ja järjestöistä. Rajanveto eri sektoreiden välillä on vaikeaa, sillä esimerkiksi monet yhdistykset ja järjestöt saavat valtionapua ja ev.lut. kirkolla on Suomessa veronkanto-oikeus. (Lindström 2003:3-4.)

Tähän saakka yksityisillä palveluilla on ollut julkista terveydenhuoltoa täydentävä rooli. Yksityisten palveluiden ennakoidaan suhteellisesti lisääntyvän markkinaehtoisena toimintatavan yleistyessä, koska kysynnän arvellaan muuttuvan entistä laatu- ja palvelutietoisemmaksi ja asiakaskunnan koulutetummaksi. On arveltu, että julkinen sektori ei vastaisi muuttuneeseen ja lisääntyneeseen terveystalouksien kysyntään, vaan kasvava kysyntä jää kokonaan yksityissektorin vastattavaksi. (Nyman 2006: 49-50, 99.)

Yhdistysten palveluntuotanto on ongelmallista niiden perusluonteen vuoksi. Verottaja katsoo palvelutoiminnan elinkeinotoiminnaksi, jolloin se on arvonlisäveron alaista toimintaa. Kilpailutukseen osallistuessaan yhdistys toteuttaa täten elinkeinotoimintaa ja kuuluu ALV:n piiriin. Ratkaisuksi on ehdotettu järjestöjen palveluntuotannon yhtiöittämistä ja näin eristämistä muusta yhdistystoiminnasta. Tämä mahdollistaisi avustusten saannin entiseen tapaan ja voisi lisätä palvelujen jakaantumista eri väestöryhmien kesken. (Nyman 2006: 59.)

Nymanin (2006: 101-102, 120) tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalan asiantuntijat näkevät kolmannen sektorin roolin vertaistuen tarjoajana, foorumien järjestäjänä ja kansalaiskeskustelun herättäjänä, ehkäisevien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana ja sopeutumisvalmennuksen järjestäjänä. Se täydentää julkisia palveluja ja tuottaa niitä sellaisille erityisryhmille, jotka eivät saa niitä muilta palveluntuottajilta esimerkiksi silloin, kun palvelun vaikuttavuudesta ei ole näyttöä tai se on niin uusi, ettei siitä ole laajaa kokemusta. Tärkeä kolmannen sektorin tehtävä on tunnistaa yhteiskunnassa tapahtuvia tarpeiden muutoksia ja kehittää tapoja vastata näihin muutoksiin. Palvelutuotanto keskittyy niille alueille, jossa kilpailua ei ole.

Helsinkiläiset tekevät enemmän yksityislääkärikäyntejä kuin terveyskeskuskäyntejä ja maksukykyisten joukko on suurempi kuin muualla maassa. Noin 40 % asukkaista käyttää terveyskeskusten palveluja ja noin 30 % yksityisiä lääkäripalveluja. On tavallista, että ihmiset käyttävät ristiin niin terveyskeskusten, yksityislääkärien kuin HUS:n eri yksiköiden palveluja. Yksityisille markkinoille on olemassa pääkaupunkiseudulla tilausta. Sosioekonomisella taustalla on vaikutusta yksityispalvelujen käyttöön - toimihenkilöt käyttävät niitä muita enemmän. On ennakoitu, että hyvätuloiset eivät koe saavansa palveluita julkiselta sektorilta tulevaisuudessa ja siirtyvät yhä enemmän yksityispalveluiden käyttäjiksi. Palveluita voidaan hakea myös maan rajojen ulkopuolelta. Tämä voi johtaa julkisten palvelujen kohdistumiseen muihin kuin hyvätuloisiin, terveyspalvelujen saatavuuden epätasa-arvoistumiseen eri väestöryhmien välillä ja muuttuneeseen verojenmaksuhalukkuuteen. (Nyman 2006: 46, 82, 92-96.)

4.4 Perhevalmennukseen vaikuttavat sosiaaliset tekijät

Suomalainen yhteiskunta jakaantuu yhä selvemmin kahtia. Sosiaaliturvasta huolimatta ja sen puutteista sekä verotuksen ongelmallisuudesta johtuen kuilu köyhien ja rikkaiden välillä on laman jälkeen kasvanut. Työmarkkinoiden ulkopuolella olevien (esim. työttömät, opiskelijat) kulutus on laskenut jatkuvasti 1990-luvun alusta saakka ollen vuonna 2002 65 % työssäkävien perheiden kulutuksesta. Selkeästi suurempi osa kulutuksesta menee peruselinkuluihin, kuten asumiseen ja ruokaan. Sosiaalietuuksien suuruus ei ole seurannut yleistä hintakehitystä. Myös sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet. Hyvinvointivaltion olemassaolo onkin kyseenalaistettu. Nykyisessä yhteiskuntamallissa hyvinvointivaltioon on sekoittunut elementtejä taloudellisesta liberalismista. Hyvinvointivaltion on kuvattu muuttuvan vastuunoton yhteiskunnaksi, jossa julkista vastuuta rajataan ja ihmisille jää suurempi vastuu toimeentulostaan ja hoivapalveluista. (Muuri 2007: 231; Nyman 2006:38; Vuori – Gissler 2005: 19,21.)

Eurooppalaisen arvotutkimuksen mukaan yli kolmannes suomalaisista katsoo syrjäytymisen johtuvan ensisijaisesti modernista kehityksestä, kun vain vajaa viidennes piti tärkeimpänä syynä yhteiskunnallista epäoikeudenmukaisuutta. Lähes yhtä suuri osa pitää tärkeimpänä syynä laiskuutta tai heikkotahtoisuutta. Suomalaiset pitävät yhteiskuntaansa varsin tasa-arvoisena. Päätöstentekijöiden, suuryritysten ja kansalaisten intressit ovat ajautumassa yhä kauemmas toisistaan, mikä saattaa lisätä vieraantumisen tunnetta ja -muotoja yhteiskunnassa (Vuori - Gissler 2005: 45, 88).

Myös lapsiperheiden asema on viime vuosina heikentynyt. On taloudellisia vaikeuksia, työttömyyttä ja vanhempien sosiaalista syrjäytymistä. Joidenkin vanhempien työ on epävakaa, jotkut taas yrittävät ratkaista ristiriitaa kiristyvän työelämän tahdin sekä perhe-elämän, vanhemmuuden ja lasten hyvinvoinnin välillä. Yhteisöllisyys ja onnistunut perheen ja työn yhteensovittaminen edistävät ja ylläpitävät terveyttä. Vanhempien mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet 1990-luvulla. Lisäksi joka toinen 1990-luvulla solmituista avo- tai avioliitoista purkautuu. Tämä on merkinnyt yksinhuoltaja- ja uusperheiden lisääntymistä Suomessa. Perheen käsite on muuttumassa. Ydinperheen ja vanhempien uusien kumppanien lisäksi se voi sisältää myös ystäviä ja läheisiä sukulaisia. (Pelkonen - Löthman-Kilpeläinen 2000; Vuori - Gissler 2005: 32, 80, 87.)

Perinteisten arvojen ja yhteisöön kuulumisen tunteen puuttuminen sekä arkielämän vaativuus vie vanhemmilta kykyjä ja voimia tukea lastensa kasvua ja kehitystä. On todettu yhteys sosiaalisella pahoinvoinnilla ja sairauksien ilmaantuvuudella. Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä ei kuitenkaan voi merkittävästi vaikuttaa sairauksiin johtavan tilan kehittymiseen, eikä voida yksiselitteisesti sanoa, mistä tietty sairaus on kulloinkin saanut alkunsa. (Nyman 2006: 71; Pelkonen - Löthman-Kilpeläinen 2000; Vuori - Gissler 2005: 32, 80, 87.)

Suomalaisten keskimääräinen koulutustaso on jatkuvasti noussut ja tulee vielä nousemaan iäkkäämmän väestönosan poistuessa työmarkkinoilta. Korkeakoulutus ei kuitenkaan enää ole samanlainen tae ammatillisesta asemasta kuin aiemmin, vaan se on kärsinyt inflaation Suomessa. Eniten ovat kärsineet keskiasteen tutkinnot. Samaan aikaan alkaa olla pulaa koulutetuista, ammattitaitoisista työntekijöistä. (Vuori - Gissler 2005: 39.)

4.5 Perhevalmennukseen vaikuttavat tekniset tekijät

Toukokuussa 2004 Internetin kattavuus Suomessa oli 67 % ja osuus kasvaa nopeasti edelleen. Mitä nuoremasta ihmisestä on kyse, sitä todennäköisemmin hän käyttää tietokonetta säännöllisesti. Alle 20-vuotiaista vain murto-osalla ei ole tietokonetta käytettävissään. Kaikissa kirjastoissa on jo pitkään ollut verkkoyhteydet, jotka ovat myös asiakkaiden käytettävissä. Lisäksi ilmaisia verkkoyhteyksiä tarjoavia kahviloita ynnä muita julkisia paikkoja on koko ajan enemmän. (Vuori - Gissler 2005: 71-72.) Nuoret perheet käyttävät tietokonetta ja tietoverkkoja osana arkipäiväistä toimintaa. On ilmeistä, että informaatioteknologian käyttö laajenee ja muuttuu läpäisevämmäksi eri elämänaalueilla. Ohjelmistot kehittyvät entistä älykkäämmiksi, tietoisemmiksi, vuorovaikutuksellisemmiksi ja kompleksisemmiksi. Tämän seurauksena tietokoneet voivat aistia ja olla tietoisia omasta tilastaan. (Metsämuuronen 2000: 36; Nyman 2006: 64-66).

Teknisten laitteiden koko pienenee ja informaatioteknologia kehittyy edelleen. Teknologian kehittymistä voidaan hyödyntää terveydenhuollon tuotantoprosesseissa, vaikkakin niistä koituva hyöty jää vähäisemmäksi aiempaan verrattuna. Aina uudet

menetelmät eivät ole lainkaan entisiä parempia. (Hemminki - Vuorenkoski - Mäkelä 2007: 246; Parpo - Kautto 2007: 214.)

Vuori ja Gissler (2005: 80-81) suhtautuvat positiivisesti informaatioteknologian kehitykseen. Heidän mukaansa informaatioteknologialla voi olla positiivisia vaikutuksia sosiaaliseen osallistumiseen. Tietokoneen kautta tapahtuva viestiminen madaltaa ihmisten kynnystä osallistua sosiaaliseen elämään ja muihin toimintoihin. Teknologia on myös keino säilyttää palvelut harvaan asutuilla seuduilla. Tietoverkot auttavat myös syrjäseutujen ihmisiä osallistumaan, saamaan tietoa ja parantamaan elämänlaatua. Nyman (2006: 139) huomauttaa, että teknologian käytön lisääntyminen saattaa johtaa myös lisääntyneeseen epätasa-arvoon, jos kaikilla ei ole pääsyä verkkoon palveluiden ääreen. Verkkopalvelut eivät saa olla ainoa vaihtoehto tai sitten saatavilla on oltava julkisia verkkopalveluita.

Ihmiset kokevat vielä uusien mahdollisuuksien käyttämisen hankalaksi. Tämä näkyy myös terveysalalla, jossa suuri teknologian käyttöönottoa hidastava tekijä on työntekijöiden suhtautuminen uuteen tekniikkaan ja tietojärjestelmiin. Vaikka suuri osa työntekijöistä kokee tietoteknisen muutoksen työtä rikastavana, aiheuttaa se myös stressiä. Uusien taitojen opettelemiseen ei ole aikaa eikä taitoja, eikä työn organisointi anna mahdollisuuksia riittävään perehtymiseen. Käyttäjäportaassa ei myöskään vielä osata hyödyntää kaikkia teknologian mahdollisuuksia. Tarvitaan koulutusta ja mielekkäitä sisältöjä palveluihin, ennen kuin informaatioteknologiaa käytetään laajamittaisesti hyväksi. (Metsämuuronen 2000: 36-37; Saranto 2005: 310-312; Vuori – Gissler 2005: 80-81.)

Informaatioteknologia on haaste terveydenhoitajille perhevalmennuksen toteuttamisessa. Sen avulla kohderyhmä on hyvin saavutettavissa ja uusi teknologia mahdollistaa erilaisten neuvontaohjelmien kehittämisen ja neuvontamateriaalin tekemisen. (Mikkanen 2000: 33.) Jo nyt 75 %:lla terveyskeskuksista on asiakkaalle suunnattuja web-sivustoja (Nyman 2006: 65), eikä uusien palvelujen luominen sivuille ole ylivoimainen tehtävä kunnille.

Kuopiossa toteutettiin vuosituhanen vaihteessa Nettineuvola-hanke, jonka tarkoituksena oli luoda verkkoon uudenlainen neuvolapalvelu. Nettineuvolasta oli mahdollista hakea tietoa raskaudesta, synnytyksestä ja vauvan hoidosta. Perheillä oli

myös mahdollisuus kysyä yksityisesti suoraan asiantuntijalta mieltä painavista ongelmista. Palveluun kuului myös keskustelufoorumi, jossa oli mahdollista keskustella muiden samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. (Kouri – Antikainen – Saarikoski, – Wuorisalo 2001.) Perheiden mielestä Kotineuvola-tietokoneohjelma täydentää terveydenhoitajan antamaa neuvontaa ja ohjausta sekä tarjoaa tiedollista tukea (Mikkanen 2000: 34). Kuopiossa on myös mahdollista tutustua synnytyssairaalaan ja sen toimintaan internetissä. Lisäksi internet-sivuilta saa tietoa siitä, koska on syytä lähteä synnyttämään. Sivuilla on myös videoita, jotka ohjaavat perheitä sairaalaan tulossa ja kertovat synnytyksen kulusta. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2006: 32.)

4.6 Perhevalmennukseen vaikuttavat ekologiset tekijät

Nykyisessä kielenkäytössä ympäristö-sanalla viitataan kaikkiin yhteiskunnan olemassaoloon vaikuttaviin tekijöihin, inhimillisen olemassaolon aineelliseen perustaan. Merkitys riippuu kontekstista, jossa sitä käytetään – koetusta elinympäristöstä aina koko planeettaa käsittävään merkitykseen saakka. Ympäristö on osa kaikkea inhimillistä ja kulttuurista toimintaa. (Haila – Jokinen 2001: 9-10, 40-41; Vidor 1993: 7.)

Tässä työssä ekologisia tekijöitä lähestytään kuluttamisen ja ympäristönsuojelun kautta. Niitä on vaikea arvioida, sillä ne vaikuttavat epäsuorasti ja näkymättömästi. Ympäristöllä on kuitenkin suuri vaikutus ihmisten terveyteen (Nyman 2006: 34).

Ympäristön kannalta kehittyneen teknologian valitseminen on välttämätöntä. Sitä voi luonnehtia luonnon omia erityispiirteitä jäljittäväksi, kestäväksi, turvalliseen ja uusiutuvaan energiaan perustuvaksi, energia- ja raaka-ainetehokkaaksi, älykkääksi ja eläväksi. Ominaista on myös kierrätyksen ja sivutuotteiden hyödyntämisen tehokkuus. Teknologian ohella tapahtuu myös kulttuurin ja elämäntapojen muutoksia, esimerkiksi vapaaehtoista elintasosta tinkimistä. Tällaisia koko elämää koskevia muutoksia on vaivalloista tehdä (Heinonen 1993: 110). Perhevalmennuksessa ollaan kahden identiteetin ja kulttuurin rajapinnalla, mikä on oiva tilaisuus vaikuttaa tulevan elämäntavan valintoihin.

1970-luvulta lähtien ekologiset kysymykset ovat politisoituneet yhä enemmän. Yhteiskunnan eri toimijoiden edut joutuvat jatkuvasti ristiriitaan ympäristön suhteen ja asioita laitetaan erilaiseen tärkeysjärjestykseen arvojen mukaan. Tulevaisuutta koskevilla kysymyksillä problematiikka korostuu, täytyyhän ottaa huomioon vielä tulevat sukupolvet ja yhteiskunnan laajemmat muutokset. (Haila – Jokinen 2001: 11, Vidor 1993: 9.)

Tutkimuksessa helsinkiläisten ympäristöarvoista ja -käyttäytymisestä vuonna 2005 selviää helsinkiläisten pitävän ympäristönsuojelua tärkeänä arvona. Lähes puolet pitää ympäristönsuojelua ja talouskasvua samanaikaisesti mahdollisena ja 40 %:n mielestä ympäristönsuojelu on tärkeämpää kuin talouskasvu. Vastakkaista mieltä oli 6 % vastaajista. (Lankinen 2005: 14, 20.)

Jätteiden säännöllinen lajittelu on lisääntynyt kaikkien kotitalousjätteiden osalta. Paperia kierrätetään lähes kaikissa kotitalouksissa aina. Muutenkin lajittelusta on tulossa yhä enemmän rutiinia niissä talouksissa, joissa sitä harrastetaan. Lajittelusta ja jätteiden kierrätyksestä piittaamattomien osuus ei ole silti laskenut. (Lankinen 2005: 37, 53.)

Kulutus päätöksiä tehdessä helsinkiläiset arvostavat vähempää pakkaamista ja ympäristökuormitusta. Myös ympäristömerkintä koetaan tärkeäksi. Luomu- ja Reilun kaupan tuotteet jakavat helsinkiläisiä kahtia, puolet vastanneista pitää niitä tärkeinä. Ne koetaan erityistuotteiksi, jotka valitaan tietoisesti ja joista maksetaan tietoisesti enemmän. Ympäristömerkinnät ja säästäväinen paketointi edustavat yleisiä, helpommin vastaanotettavia asioita. Ympäristönsuojeluun myönteisesti suhtautuvat pitävät myös ympäristötietoista kuluttamista keskimääräistä tärkeämpänä. (Lankinen 2005: 41.)

Koulutustaso korreloi ympäristötietoisuuden kanssa, mutta niin päin, että perusasteen koulutuksen omaavat ovat ympäristömyönteisempiä kuin alemman keskiasteen tutkinnon suorittaneet. Vastaavasti ylemmän keskiasteen edustajat antavat ympäristömyönteisempiä vastauksia kuin korkeasti koulutetut. Käytännössä tämä ilmenee esimerkiksi kierrätyksen ja jätteiden lajittelun harrastamisessa. Vain luomun kohdalla korkeakoulututkinnon suorittaneet menevät kärkeen. Iän osalta ympäristökielteisimpiä ovat 35-44-vuotiaat. Sekä sitä nuoremmat että vanhemmat ikäluokat ovat kulutuksessaan ympäristömyönteisempiä. (Lankinen 2005: 42-43, 47.)

Naisia ja miehiä vertailtaessa ilmenee naisten olevan asenteiltaan miehiä ympäristömyönteisempiä. Naisilla myönteisyys myös kanavoituu toiminnaksi miehiä tehokkaammin. Myös vain naisia tarkasteltaessa 35-45 vuoden iässä on lasku ympäristötoiminnassa, esimerkiksi kierrätyksessä ja lajittelussa. Naisilla tämän lasku on silti miehiä loivempi ja naiset ovat myös tässä ikäluokassa miehiä ympäristömyönteisempiä. Ympäristötietoisuus ei ole lisääntynyt vuodesta 2000 huolimatta lisääntyneestä keskustelusta ilmastomuutoksesta (Lankinen 2005: 46-49.)

5 ASiantuntijoiden ENNAKOINTIA PERHEVALMENNUKSEEN VAIKUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ JA TULEVAISUUDEN MUUTOSSUUNNISTA

5.1 Perhevalmennuksen asiakkaisiin liittyvien tekijöiden ennakointia

Asiakkaiden tarpeet eivät muutu paljon vuoteen 2015 mennessä, raskauden ja synnytyksen kulku ovat samanlaisia silloinkin. Tarpeiden skaala sen sijaan laajenee eri asiakkaiden välillä. Osa perheistä selviää hyvin vähällä tuella, kun taas osa tarvitsee hyvinkin paljon yksilöllistä tukea raskauteen. Perheet tarvitsevat paljon tietoa. Vanhemmat tarvitsevat varmistusta myös siitä, että heidän oma raskautensa etenee normaalisti. On olemassa myös riippumattomuutta haluavien asiakkaiden joukko, joka ei halua lainkaan omien tarpeidensa arviointia.

Arvojen osalta asiantuntijat antoivat hyvin kaksijakoisia vastauksia. Sekä yksilöllisyyden että yhteisöllisyyden arvostus kasvaa. Asiakkaat polarisoituvat arvojen osalta yhteisöllisyyttä arvostaviin ja individualisteihin, joille oman itsen toteuttaminen on tärkeintä. Myös perhekeskeisyys arvona nousee. Suhtautuminen ympäristöön ja kuluttamiseen polarisoituu: osa haluaa tehdä työtä ympäristön eteen ja tekee kuluttamisessa luontoa säästäviä valintoja, kun taas materialisteille kuluttaminen on tärkeää muista arvoista riippumatta. Arvoihin vaikuttaa myös globalisaatio: maailmanlaajuinen näkökulma asioihin lisää inhimillisiä arvoja. Rahan valta ja arvostus ei kuitenkaan vähene seuraavien vuosien aikana.

Asiakkaiden keskimääräinen sivistystaso nousee ja heillä on vakaa taloudellinen tilanne perhettä perustettaessa. Asiakaskunta polarisoituu voimakkaasti pärjäämisen osalta. Asiakkaat jakautuvat niin aktiivisuuden, tiedon kuin terveydenkin osalta voimakkaasti kahteen kastiin. Usein eri tekijät vahvistavat toisiaan - hyvin koulutetut ovat rikkaampia, terveempiä, tiedostavampia ja aktiivisempia oman hoitonsa suhteen kuin matalasti koulutetut. Heikon koulutustason ihmisillä on epäterveellisemmät elintavat eivätkä he osallistu yhtä paljon itseään koskevaan päätöksentekoon. Kaikki eivät myöskään tiedä oikeuksiaan eivätkä osaa hakeutua kaikkien heille kuuluvien palveluiden piiriin. Onkin paradoksaalista, että palveluita käyttävät tehokkaimmin hyvin pärjäävät ja vähällä tuella selviytyvät eivätkä ne, jotka palveluja todella tarvitsisivat ja jotka niistä eniten hyötyisivät.

Kaikissa asioissa korkeasti koulutetut ihmiset eivät ole välttämättä vahvoilla: heillä on vaikeuksia osata olla lapsen kanssa arjessa ja antautua leikkiin tämän kanssa. Nuorten perheiden on helpompaa sopeutua uuteen, muuttuneeseen elämäntilanteeseen ja sen vaatimuksiin.

Asiakkaiden terveydentilassa ei tapahdu muutoksia parempaan. Ylipaino lisääntyy tulevien äitien keskuudessa samaan aikaan ortoreksian kanssa. Ortoreksia nervosa tarkoittaa terveellisen ruokavalion noudattamista pakkomielteenomaisesti. Huumeiden käyttö lisääntyy. Alkoholin käyttö lisääntyy tai pysyy ennallaan, vain tupakoinnin määrä pysyy ennallaan tai laskee. 2015 synnyttävillä ikäluokilla on huomattavassa määrin klamydiaa ja siitä johtuvia lapsettomuusongelmia.

Ihmiset haluavat panostaa raskauteen, synnytykseen ja perheeseen. Perheet ovat pieniä ja synnytykset harvinaisia tai ainutkertaisia. Vanhemmilla ei itsellään ole välttämättä ollut sisaruksia eikä aiempaa kokemusta lastenhoidosta. He asettavat perhevalmennuksellekin suuria odotuksia. He ovat pitkälle opiskelleita, tietävät paljon myös raskaudesta ja synnytyksestä ja osaavat kyseenalaistaa annetun informaation.

Perhemuodot monipuolistuvat. Sateenkaariperheiden määrä lisääntyy ja sinkkunaiset perheellistyvät aiempaa enemmän. Myös adoptioperheiden ja uusperheiden määrä lisääntyy. Työnjako perheiden sisällä muuttuu. Isät ottavat suuremman roolin perheen sisällä ja käyttävät aiempaa enemmän hoitovapaita. Heidät tulee ottaa aiempaa paremmin huomioon lapsen vanhempana jo perhevalmennuksen aikana.

Perhevalmennukseen vaikuttavien asiakkaiiin liittyvien tekijöiden sisällönanalyysi on kuvattu liitteessä 3.

5.2 Perhevalmennukseen vaikuttavien poliittisten tekijöiden ennakoitua

Hallinnossa muutokset tapahtuvat hitaasti ja kymmenen vuoden kuluttua tilanne ei suuresti poikkea nykyisestä. Eri hallinnonalojen yhteistyö lisääntyy ja sosiaali- ja terveysvirastot toimivat tiiviimmin yhdessä, mutta esimerkiksi yhtä suurta ”hyvinvointisektoria” nykyisten terveys- ja sosiaalivirastojen tilalle ei tule. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset muurit sen sijaan saatetaan purkaa ja vuonna 2015 terveystieteet ovat olemassa.

Äitiyshuoltoa voidaan toteuttaa suurissa tai pienissä yksiköissä, väestövastuista tai äitiyshuolloksi eriyttynä. Väestövastuimallissa riittävän ammattitaidon hankkiminen ja ylläpito on vaikeaa, eikä mahdollisuuksia asiantuntemuksen syventämiseen ole. Eriytettyjä äitiysneuvolapisteitä ei voisi olla yhtä tiheässä kuin nykyisiä neuvoloita. Vaihtoehtona voisivat olla äitiyshuollon osaamiskeskukset, josta saisi kaikki lisääntymiseen liittyvät palvelut perhesuunnittelusta lastenhoitoon. Asiantuntijoiden kesken oli erimielisyyttä siitä, millainen malli äitiyshuoltoon olisi paras.

Valtion, kuntien ja kolmannen sektorin vastualueet tulevat lähivuosina keskustelun kohteeksi. Kuntauudistuksen jälkeen kunnat voivat näyttää hyvin toisenlaisilta kuin nykyään ja niiden tehtävät ja hallinto voivat poiketa paljonkin nykyisestä.

Palveluita ei tarjota kaikille enää samassa laajuudessa kuin hyvinvointivaltion kulta-aikoina. Palveluita voidaan tarjota niille, jotka niistä eniten hyötyvät tai koettaa saada budjetin rajoissa mahdollisimman hyviä palveluita mahdollisimman suurelle joukolle. Yksi asiantuntija ennusti terveyskeskusten muuttuvan yhä enemmän ongelmahoidon päiväkodeiksi.

Työntekijöiden työolot muuttuvat kymmenessä vuodessa. Suuri osa hoitajista ja kättilöistä jää eläkkeelle. Työmäärä lisääntyy, eikä mahdollisuuksia erikoistumiseen juuri ole. Sekä lääkäreiden että hoitajien työaika joustaa enemmän. Työ muuttuu vaativammaksi pääkaupunkiseudulla eikä määrällisistä laatuavoitteista ole viisasta pitää kiinni. Kättilöiden tarve pienenee ja koulutusmääriä pienennetään.

Tulevaisuudessakin tarvitaan pitkäjänteistä ja tasapainoista rakennus- ja kaupunkisuunnittelupolitiikkaa. Se edesauttaa sosiaalista segregatiota, mikä taas ehkäisee ongelmien kasautumista tietyille alueille, tiettyihin lähiöihin. Myös ympäristöasiat pitäisi ottaa suunnittelussa huomioon. Oikeanlainen fyysinen ympäristö edesauttaa henkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Poliittisen tahdon ympäristöasioiden huomiointiin pitäisi nousta. Pitäisi nähdä myös kuluva vaalikautta ja budjettia pidemmälle. Nykyinen poliittinen käytäntö estää pitkällä tähtäimellä fiksujen ratkaisujen tekemisen.

Yhteiskunnassa korostuu rahan ja talouden valta. Se määrää valtarakenteet - rikkailla, joilla on rahaa, on myös valtaa. Ihmisten vastuu omasta pärjäämisestään lisääntyy myös. Kansalaiset eivät välttämättä vallitsevaa arvomaailmaa hyväksy. Voidaankin kysyä, pitäisikö kansantalouden mittareita muuttaa ihmisten ja ympäristön hyvinvoinnin huomioonottavammaksi niin, että niillekin annettaisiin jokin arvo.

Suomi muuttuu yhä monikulttuurisemmaksi yhteiskunnaksi. Sopeutumisen lisäksi myös oman alkuperäisen kulttuurin säilyttäminen on tärkeää maahanmuuttajien hyvinvoinnin kannalta. Omakulttuuristen kättilöiden ja hoitajien kouluttaminen ja alalla työskentely takaa erikulttuurisille arvokkaan ja soveliaan hoidon. On olemassa myös pelko, että täysin omat palvelut eristävät muusta väestöstä ja integroituminen yhteiskuntaan kärsii. Äitien hyvä hoitaminen on kuitenkin hyvin tärkeää. Kun äiti voi hyvin, koko perhe voi hyvin ja perheiden myötä koko yhteisö on hyvinvoiva. On kuitenkin keskusteltava siitä, mitä kulttuurin suojissa saa ja ei saa tehdä. Esimerkiksi tyttöjen ympärileikkaukset rikkovat ihmisoikeuksia eikä niitä tule hyväksyä. Pelkästään maahanmuuttajien koulutuksen ja rekrytoinnin varaan ei voi laskea, vaan koko hoitohenkilökunnan kulttuurientuntemusta tulee lisätä. Perhevalmennukseen vaikuttavien poliittisten tekijöiden sisällönanalyysi on kuvattu liitteessä 4.

5.3 Perhevalmennukseen vaikuttavien taloudellisten tekijöiden ennakoitua

Terveystalouden resurssit eivät lisäänty tulevaisuudessa. Julkisen sektorin varoista kilpailevat kolme isoa sektoria: vanhustenhuolto, terveydenhoito ja koulutus. Äitiyshuollon resurssit eivät ainakaan suurene tulevaisuudessa, vaan ne joko pysyvät

ennallaan tai pienenevät. Vanhustenhuolto vie yhä enemmän varoja, ehkäpä ennaltaehkäisevän työn kustannuksella.

Vanhemmuuden kustannusten jakamisesta käydään keskustelua. Kustannukset jaetaan tasa-arvoisemmin vanhempien välillä ja lapsiperheiden sosiaaliuudet kehittyvät yksilöllisempään suuntaan. Nykyisellään äitiys tuo mukanaan taloudellisesti heikomman aseman.

Perhevalmennusta voi järjestää julkinen, yksityinen tai kolmas sektori, joko erikseen tai yhteistyössä. Järjestävästä tahosta oli vastaajien kesken erilaisia näkemyksiä. Kaikki olivat yhtä mieltä siitä, että vuonna 2015 julkinen sektori järjestää yhä perhevalmennusta. Osa on sitä mieltä, että muita toimijoita perhevalmennuksen kentällä ei ole, kun toiset näkevät yksityisten toimijoiden järjestävän valmennusta. Esille tuli visio perhevalmennuksen brändäämisestä ja ylellisten luksuskurssien järjestämisestä varakkaille perheille, jotka yleensäkin valikoituvat yksityisten palveluiden käyttäjiksi. Välttämättä yksityistä valmennusta ei nähty hyvänä kehityssuuntana, sillä se ehkäisee perheiden verkostoitumista. Toisaalta yksityisten valmennusten perheet voivat verkostoitua keskenään.

Kolmannen sektorin ennakoitiin nousevan valmennuksen järjestäjänä. Useimmiten yhdistysten ja järjestöjen rooli nähtiin muuta perhevalmennusta täydentävänä eikä niinkään koko perhevalmennusta järjestävänä tahona. Eri sektoreiden nähtiin tekevän tiiviimpää ja toimivampaa yhteistyötä keskenään. Perhevalmennukseen vaikuttavien taloudellisten tekijöiden sisällönanalyysi on kuvattu liitteessä 4.

5.4 Perhevalmennukseen vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden ennakointia

Perhevalmennus voidaan nähdä varhaisen tuen muotona. Äitiysneuvoissa voidaan tunnistaa perheiden erityistarpeita ja ohjata heitä yksilöllisesti. Pääkaupunkiseudulla perheillä on muusta maasta poikkeavia sosiaalisia erityistarpeita. Pääkaupunkiseudulle muutetaan muualta opiskelemaan ja töihin. Usein nuorten perheiden omat perheet ja suvut ovat muualla, jolloin heillä ei ole valmiita turvaverkkoja eikä yhteisöjä. Omaan sukuun ja sen apuun ei siten voi luonnollisesti turvata.

Ihmiset verkostoituvat uudella tavalla. Sukulaisten sijaan verkostoja luodaan samanhenkisten ihmisten kanssa, joilla on samanlaiset mielenkiinnon kohteet tai harrastukset. Myös naapurustoissa voi muodostua yhteisöllisyyttä. Neuvoloiden pitäisikin tukea verkostojen syntymistä, koska perhevalmennus on yksi väline samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten kanssa verkostoitumiseen. Perheillä pitäisi olla myös yhteisiä paikkoja, jonne voisi kokoontua iltaisin vaihtamaan ajatuksia ja viettämään aikaa yhdessä.

Perhemuodot monipuolistuvat entisestään. Uusperheiden määrä lisääntyy, samoin sinkku- ja sateenkaariperheiden. Kahden eri sukupuolta olevan vanhemman ja lasten muodostamien ydinperheiden suhteellinen osuus kaikista perheistä vähenee. Lisäksi suomalainen yhteiskunta muuttuu yhä monikulttuurisemmaksi. Maahanmuuttajaperheiden ja monikulttuuristen perheiden määrä lisääntyy. Samalla on tärkeää, että he voivat säilyttää oman kulttuurisen identiteettinsä. Terveystieteissä pitäisi tukea erikulttuuristen hoitohenkilökunnan saatavuutta ja mahdollistaa ihmisten sairastaminen, perheellistyminen ja synnyttäminen oman kulttuurin mukaan.

Maahanmuuttajanaiset synnyttävät Suomessa yleensä vähemmän lapsia kuin lähtömaassa, koska tytötkin haluavat kouluttautua ja hankkia ammatin. Esimerkiksi somaliväestöstä suuri osa puhuu jo hyvin suomea. Erikulttuuristen terveystyöntekijöiden kouluttamiselle onkin olemassa edellytykset jo nyt.

Pääkaupunkiseudun ihmiset polarisoituvat voimakkaasti yhteiskunnan muutosten myötä. On enemmän erittäin hyvin pärjääviä ja erittäin huonosti pärjääviä. Polarisaatiota tapahtuu monessa suhteessa, niin taloudellisesti, henkisesti kuin arvojenkin osalta. Usein eri poolit yhdistyvät ja vahvistavat polarisaatiota, ei kuitenkaan aina. Taloudellisesti huonompiosaiset voivat pärjätä hyvin ja toisin päin. Kulutusyhteiskunnasta poisjättäytyminen voi olla myös arvovalinta. Perhevalmennukseen vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden sisällönanalyysi on kuvattu liitteessä 6.

5.5 Perhevalmennukseen vaikuttavien teknisten tekijöiden ennakoitua

Internetillä on suuri osuus tulevaisuuden perhevalmennuksessa. Sieltä haetaan tietoa ja sen kautta voidaan ilmoittautua ja osallistua valmennusryhmiin. Se voi olla myös markkinointikanava. Tekniikan avulla mahdollistuu muun muassa palvelujen siirtyminen Internetiin joko osittain tai kokonaan, etävalmennus, erilaiset vanhemmille tarkoitettut foorumit ja niiden kautta keskustelu Internetissä. Verkostoituminen käy helposti Internetin välityksellä ja apua tarjoavat tahot löytyvät sieltä vaivatta. Ihmisillä on myös enemmän halua surffailla Internetissä, etsiä tietoa ja tukea ja linkittyä muiden samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa. Tiedon saanti on helppoa ja sitä on saatavilla ylitarjontaan asti. Tietosuojan merkitys korostuu lisääntyneen tiedon saannin myötä.

Tekniikan kehityksen myötä tekniset innovaatiot tekevät läpimurron. Näitä ovat nanotietokoneet, tekniset vaipat, jotka analysoivat eritteet ja puhdistavat itse itsensä, sekä erilaiset synnytystuolit ja -sängyt. Niitä ei kuitenkaan odotettavissa vielä vuoteen 2015 mennessä. Tekniikan käyttöönotto tulee olemaan hidasta. Kuvantamismenetelmät kehittyvät ja tarkentuvat. Ihmiseen voidaan istuttaa elektronisia implantteja ja tiedon kerääminen ja monitorointi helpottuvat. Terveystieteiden henkilökunnan pitäisi tehdä yhteistyötä eri tekniikan asiantuntijoiden kanssa uusien innovaatioiden kehittämiseksi ja tuomiseksi käytäntöön. Ennakkoluulottomuus ja rohkeus sekä usko toisen osaamiseen edistävät innovaatioiden käyttöönottoa perhevalmennuksessa, jaksamisen rajat ja uupumus estävät. Erityisen tärkeää innovaatioiden käyttöönotolle on johdon tuki ja mahdollisuus kokeilla ja arvioida niiden käyttökelpoisuutta.

“Hoitohenkilökunnan konservatismi on suurin hidaste [uusien innovaatioiden käyttöönotolle]. Myös eturistiriidat eri ammattiryhmien välillä saattavat johtaa rahoituksen puutteeseen. Hidaste voi olla myös se, että hoitotieteelliset innovaatiot ovat vähän liian “pehmeitä” saadakseen kunnolla rahoitusta – pitäisi ehdottomasti yhdistää voimia teknisen alan AMK- tai yliopistoalojen kanssa. Lääketieteellisen teknologian eteenpäin meno vienee tätäkin sektoria eteenpäin.”

Perinnöllisyyslääketiede ja -teknologia kehittyvät ja lapsettomia ihmisiä voidaan auttaa yhä paremmin. Eettiset kysymykset nousevat yhä tärkeämmiksi teknisen avun

saatavuuden myötä. Perheet joutuvat miettimään, mitä tietoa he haluavat saada kaikesta saatavilla olevasta tiedosta ja mitä keinoja he haluavat käyttää perheensä perustamiseen. Perhevalmennukseen vaikuttavien teknisten tekijöiden sisällönanalyysi on kuvattu liitteessä 7.

5.6 Perhevalmennukseen vaikuttavien ekologisten tekijöiden ennakoitua

Ihmisten ympäristötietoisuus syvenee sukupolvenvaihdoksen ja ilmastonmuutoksen kiihtymisen myötä. Ympäristöasioita mietitään ja laitetaan tärkeysjärjestykseen ja kestotuotteiden käyttö tulee terveydenhuollossakin suositeltavammaksi kuin se tähän asti on ollut. Ihmiset ovat tietoisempia myös ympäristöturvallisuudesta ilmastonmuutoksen ja eksoottisten tautien leviämisen myötä. Ympäristöasioilla on myös yhteys ihmisten hyvinvointiin.

Päästökauppa ja kasvihuonekaasujen käytössä tapahtuvat muutokset ja rajoitukset asettavat yhä enemmän pakotteita myös terveydenhuoltoon. Terveydenhuollon tuotteilta vaaditaan ympäristöystävällisyyttä ja ympäristöstandardien noudattamista valvotaan tiukemmin. Jätteenkeräykseen ja pakkausmateriaaleihin kiinnitetään enemmän huomiota ja kertakäyttötuoite tulee olla biohajoavia. Kemikaalivalvonta tiukkee. Kaikkein vaarallisimmat kemikaalit ja lääkkeet poistuvat avoterveydenhuollon käytöstä. Liikenteen määrää pitäisi vähentää ja joukkoliikennettä tukea muun muassa työmatkan teossa.

Jätemyllyt otetaan uudelleen käyttöön lähitulevaisuudessa. Viemärointiä koskevat rajoitukset uudistuvat. Jätteitä ruvetaan polttamaan energiataloudellisista syistä, tosin silloin raaka-aineita ei saada takaisin ekosysteemiin kiertämään. Lajittelu ja kierrätys lisääntyvät tulevaisuudessa, vaikka vaatteiden kierrätys on vaikeaa niiden huonon laadun takia. Materiaalikoostumuksiin kiinnitetään yhä enenevässä määrin huomiota, jotta tuotetta voisi kierrättää.

Ympäristöystävällisyys koskee myös vaippoja sekä kestävästä kuluttamista. Kestovaippon käyttöä saadut vastaukset hajautuivat. Osa asiantuntijoista ennakoivat kestävävaippon käytön vähenevän, osan mielestä käyttö taas lisääntyy. Kertakäyttövaipat ovat yhä halvempia ja yhä helpompia käyttää, mikä vähentää

kestovaippon suosiota, ekologiset arvot ja elämäntavat taas puoltavat kestovaippon käyttöä. Mahdollisia vaippainnovaatioita ovat monikäyttövaipat ja turvepohjaiset vaipat.

Luomutuotteiden käytöstä asiantuntijoilla oli kaksijakoisia mielipiteitä. Osa mielestä luomun käyttö lisääntyy tulevaisuudessa, osa katsoi sen pysyvän vain ääriyhmien käytössä. Asiantuntijat olivat erimielisiä myös siitä, kasvaako yhteiskunnan tuki luomutuotteiden käytön lisäämiseksi. Perhevalmennukseen vaikuttavien ekologisten tekijöiden sisällönanalyysi on kuvattu liitteessä 8.

6 VISIO PERHEVALMENNUKSESTA VUONNA 2015

Kunnat ovat perhevalmennuksen pääasiallisia järjestäjiä ja sitä järjestetään äitiyshuollon osaamiskeskuksissa. Yhteistyö avoterveydenhuollon ja synnytyssairaaloiden välillä on tiivistä ja osa valmennuksesta tapahtuu sairaaloissa.

Perhevalmennusta koordinoi kättilö ja valmennus toteutuu moniammatillisessa yhteistyössä. Valmennuskoordinaattori on pääasiallisessa vastuussa perhevalmennuksen järjestämisestä ja hänellä on tiiviit yhteydet valmennuksen toteuttamiseen osallistuvien ammattiryhmien edustajiin. Moniammatillisiin tiimeihin kuuluu mm. sosiaalityöntekijöitä, perhetyöntekijöitä, kuraattoreita, psykologeja tai psykiatrisia sairaanhoitajia, ravitsemusterapeutteja sekä fysioterapeutteja. Vahvaa erityisosaamista tarvitaan, jotta perheiden kasvaviin odotuksiin ja tarpeisiin kyetään vastaamaan. Yhteistyötä tehdään myös perhevalmennuksen ulkopuolella, erityisesti sosiaalityöntekijöiden ja psykiatrisen avohuollon kanssa. Pysyvissä tiimeissä, joissa kaikki jäsenet tuntevat toisensa, yhteistyö on sujuvaa ja perhevalmennusta kehitetään luontevasti osana työtä.

Valmennuskoordinaattorilta vaaditaan hyviä organisointi- ja yhteistyötaitoja sekä tietoteknistä osaamista. Hän kokoaa valmennusryhmät, suunnittelee valmennuksen sisällöt yhdessä osallistujien ja muun valmennustiimin kanssa ja aikatauluttaa ja tiedottaa valmennuksesta. Koordinoiva kättilö tekee myös

äitiysneuvolavastaanottotyötä, joka auttaa häntä tunnistamaan paremmin alueen perheiden tarpeita ja vastaamaan niihin. Koska äitiysneuvolatyö on eriytetty omaksi alueekseen, on luontevaa, että työntekijöillä on kättilön koulutus. Tämä on suotavaa, koska äitiysneuvolan työntekijältä vaaditaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijuutta ja imetysohjaajan taitoja.

Perhevalmentajat kunnioittavat perheiden omia valintoja. He osaavat neuvoa ja ohjata perheitä siten, että heidän omat arvokäsityksensä eivät vaikuta annettavaan ohjaukseen. Valmennuksen pitäjille järjestetään täydennyskoulutusta, joka sisältää myös pedagogisten valmiuksien haltuunottoa.

Perhevalmennuksessa on yhtenäinen rakenne, jota muokataan ryhmän tarpeiden mukaan. Valmennus alkaa jo toisen raskauskolmanneksen aikana ja jatkuu synnytyksen jälkeen. Valmennus on asiakaslähtöistä ja voimavara- ja perhekeskeistä. Siinä annetaan keinoja ja työkaluja selviytyä vanhemmuuden asettamista haasteista. Aiheitten käsittelyssä korostuu toiminnallisuus ja keskustelevuus. Perhevalmennus on foorumi, jossa voidaan rikkoa raskauteen, synnytykseen ja vanhemmuuteen liittyviä tabuja. Siellä keskustellaan raskauteen, synnytykseen ja lapsivuodeaikaan liittyvistä häiriöistä ja ongelmista ja psyykinen hyvinvointi otetaan tärkeänä asiana esille. Parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen ja niiden muutoksiin raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana paneudutaan. Imetys on tärkeä aihe ja imetysongelmiin tarjotaan ratkaisuja. Vauvan kanssa oleminen ja arjessa selviytyminen saavat myös tilaa.

Perhevalmennuksen toteuttaminen tapahtuu osin Internetissä. Pelkkiä Internetvalmennuksia ei ole, mutta internetissä voidaan ilmoittautua sekä osallistua kursseille. Sieltä haetaan myös valmennuksen aiheista paljon tietoa.

Perhevalmennusryhmät ovat 5-8 parin ryhmiä. Näin ryhmissä on tilaa erilaisuudelle ja valmennuksen asiakaslähtöiseen toteuttamiseen. Myös isien toiveet ja tarpeet huomioidaan. Vähemmistöt ovat integroituneina ryhmiin, mutta lisäksi kolmas sektori järjestää heille vielä omaa toimintaa.

Äitiyshuollossa ja perhevalmennuksessa puututaan herkästi orastaviin ongelmiin. Henkilökohtainen neuvonta ja mahdollisen erityisavun piiriin ohjaus tapahtuu äitiysneuvolan yksilökäynneillä. Perhevalmennus antaa vanhemmille mahdollisuuden

verkostoitua samassa elämäntilanteessa olevien perheiden kanssa. Vanhemmille tarkoitettuja vertais- ja oma-apuryhmiä on paljon ympäri pääkaupunkiseutua.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata perhevalmennukseen vaikuttavia tekijöitä sekä niiden muuttumista ja vaikutusta perhevalmennukseen vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteena oli tuottaa visio perhevalmennuksesta vuonna 2015. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ja näkemystä, joita perhevalmennuksen järjestäjät voisivat käyttää hyväksi perhevalmennusta kehittäessään ja sitä suunnitellessaan.

Asiantuntijoiden vastauksissa vahvimmin esiintynyt piirre oli yhteiskunnan polarisaatio. Yleinen pärjääminen jakaantuu kahtia, arvot eriytyvät, vauvaperheen hoito onnistuu tai ei onnistu. Hoitoa halutaan oman epävarmuuden lievittämiseksi ilman lääketieteellistä syytä tai hoidosta kieltäydytään kokonaan. Samalla yksilöiden oma vastuu pärjäämisestään lisääntyy, kun hyvinvointipalveluja karsitaan resurssien vähetessä. Kirjallisuudessa tuli esille, että yleinen asenneilmapiiri vähäosaisia ja heikommin pärjääviä ihmisiä kohtaan on hyvin negatiivinen (Vuori - Gissler 2005:42-45). On haasteellista tavoittaa eniten palveluiden tarpeessa olevat ihmiset ja motivoida heitä käyttämään tarjolla olevia palveluja. Ei ole vaaratonta resurssipulasta huolimatta supistaa äitiyshuollon ja lastenneuvoloiden toimintaa. Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon intervention puute näkyy tulevaisuudessa ongelmien lisääntymisenä. Ammattihenkilöiden tulisi pitää voimakkaammin koko yhteiskunnan puolta terveyspalvelujen saatavuuden ja niiden laadun ylläpitämiseksi. Sosiaali- ja terveyspalvelujen alasajon seuraukset tulee tuoda julkiseen keskusteluun painokkaasti ja riittävän aikaisin. Asiakaskunnan muuttuminen yhä vaativammaksi ja moniongelmaiseksi lisää myös perhevalmennuksen pitäjien työn kuormittavuutta. Siksi heille tulisi tarjota säännöllistä ryhmämuotoista työnohjausta sekä täydennyskoulutusta.

Isien osallisuutta vauvan hoitoon on tutkittu. Tänä päivänä isä-rooli on yhä tärkeämpi osa nuorten miesten identiteettiä ja isistä 70 % osallistuukin päivittäin lasten hoitoon (Vuori - Gissler 2005: 80, 87). Tämän suuntaista kehitystä pitäisi yhteiskunnallisesti

tukea enemmän perhe-etuuksia kehittämällä ja jakamalla vanhemmuuden kustannukset tasapuolisesti kaikkien työnantajien kesken.

Sosiaaliset verkostot muuttavat luonnettaan. Pääkaupunkiseudulle muutetaan opiskelemaan ja töihin ja sukulaisverkostot jäävät entisille kotipaikkakunnille. Konkreettista apua vauvan hoitoon ei useinkaan saa sukulaisilta. Nuorilta perheiltä puuttuu oma kokemus vauvan hoitoon liittyvistä asioista, koska useat heistä ovat itse jo yksilapsisista perheistä. Verkostoja luodaan esimerkiksi työ- ja harrastuskavereiden kanssa. Yhteiset kiinnostuksenkohteet ovat yhdistävä tekijä. Internet on tärkeä verkostoitumisväylä sijainnista riippumatta.

Kirjallisuuden mukaan lapsiperheiden asema on yhteiskunnassa heikentynyt. (Muuri 2007: 231; Nyman 2006: 38; Vuori - Gissler 2005: 19-21). Lapsiperheiden sosiaalista asemaa heikentää perhe-etuksien jälkeenyttäminen yleisestä elinkustannusten noususta. Perheillä on lisääntyvästi taloudellisia vaikeuksia ja työttömyyttä. Lisäksi perhe-elämän ja työn yhteensovittaminen aiheuttaa ristiriitoja. Myös vanhempien mielenterveyden ongelmat ja sosiaalinen syrjäytyminen kasvavat. Näihin ongelmiin ei riitä ainoastaan perhevalmennuksen keinoin puuttuminen. Tarvitaan yhteiskunnallista keskustelua ja päätöksentekoa siitä, että mikä on tärkeää ja mihin voidaan panostaa.

Perheet ovat yhä erilaisempia niin kulttuurinsa puolesta kuin perhemuodoltaan. Maahanmuuttajien määrä lisääntyy samoin kuin uus- ja sateenkaariperheiden määrä. Perhevalmentajan pitää osata ottaa erilaisuus huomioon ja tarjota tasapuolista ja käypää valmennusta perheiden taustasta riippumatta. Valmennusta ei voi rakentaa yksinomaan kahden suomalaisen heterovanhemman muodostaman ydinperheen lähtökohdista käsin.

Tekninen ja lääketieteellinen kehitys jatkaa kulkuaan. On kuitenkin hyvä muistaa, että ennakoinnissa useimmin toistuva virhe on teknologian kehityksen aliarviointi (Nyman 2006: 64.) Tietokoneet ovat jo nykyään osa nuorten päivittäistä elämää. Internetpalvelut edesauttavat harvaanasutuilla seuduilla olevien ihmisten tiedonsaantia ja osallistumista yhteiskunnallisiin asioihin, tosin Internetin käyttö ei ole vielä kaikkien saatavilla. Tämä voi johtaa epätasa-arvoisuuteen, ellei lisätä verkon käytön mahdollisuuksia. Internet on haaste perhevalmennuksen pitäjille. Heidän tulee osata hyödyntää informaatioteknologiaa. Netteuvolapalvelu voisi levitä laajempaan käyttöön valtakunnallisesti.

Mullistavia innovaatioita ei vielä vuoteen 2015 mennessä nähdä, mutta visio uusien innovaatioiden läpimurrosta on olemassa myöhemmin tulevaisuudessa. Kuvantamismenetelmät ja lapsettomuushoidot kehittyvät edelleen. Yhä suurempi osa syntyvistä lapsista onkin onnistuneiden hedelmöityshoitojen tulosta. Eettiset kysymykset nousevat yhä tärkeämmiksi punnittaessa oikeaa ja toivottavaa toimintaa ja ratkaisuja sekä lääketieteellisen auttamisen ja puuttumisen rajoja.

Ympäristöasenteet muuttuvat ja yleensä ihmiset pääkaupunkiseudulla ovat tiedostavampia ympäristöasioiden suhteen. Myös ympäristölainsäädäntö ja asetukset tiukentuvat. Tosin ympäristökäyttäytymisen osalta ihmiset ovat erilaisia. Toiset pääkaupunkiseudun asukkaista ovat hyvin valveutuneita ympäristöasioissa, mutta toiset eivät piittaa, vaikka tiedostavatkin ekologisuuden merkityksen.

Perhevalmennukseen on saatu luotua yhtenäinen rakenne, jota voidaan muokata kunkin ryhmän tarpeisiin ja toiveisiin sopiviksi. Valmennus on keskustelevaa ja toiminnallista ja sen toteuttamiseen osallistuu monen ammattiryhmän edustajia tarpeen mukaan. Ryhmät ovat heterogeenisiä ja niissä on mahdollista solmia uusia tuttavuuksia samanlaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten kanssa.

Tämän opinnäytetyön visio on monin kohdin yhtenevä jo kehitteillä olevan Helsingin alueen perhevalmennusta uudistavan Lapaset-hankkeen kanssa. Samansuuntaisia tuloksia opinnäytteessä saatiin valmennuksen järjestämisestä moniammatillisessa ja tiiviissä yhteistyössä eri toimijoiden kanssa sekä valmennuksen alkamisesta varhain ja varhaisen puuttumisen paremmasta mahdollisuudesta orastaviin ongelmiin raskauden aikana ja vauvaperheissä (Klen 2007; Lapaset Perheverkosto-hanke.) Opinnäytetyön asiantuntijat arvioivat, että valmennusta olisi tarpeen jatkaa vielä vauvan syntymän jälkeen. Lapaset-hankkeen perhevalmennusrunkoa on myös suunniteltu vastaavanlaiseksi.

Opinnäytetyössä visioidaan perhevalmennusryhmien koon pienenevän nykyisestä, jotta saadaan yksilöidympää ohjausta. Lapaset-perhevalmennuksessa on kuitenkin jopa kahdeksasta kuuteentoista henkeä ryhmää kohden. Ryhmien pienentäminen on aina resurssikysymys. Opinnäytetyössä ennakoitu valmennusosien siirtyminen nettiin ja muiden sähköisten asiointimenetelmien lisääntyminen vapauttaa resursseja. Tähän

pyrkii myös Lapaset-perhevalmennus. Valmennusten intensiivisyyttä lisäävät myös valmennuksessa käytettävät eri aihepiireistä käsittelevät toiminnalliset kysymyskortit sekä Vanhemmaksi-työkirja, jonka avulla perheet voivat soveltaa valmennuksen täysin omaan elämäntilanteeseen. (Klen 2007; Lapaset Perheverkosto-hanke.)

Opinnäytetyön visiossa kuvattiin naisten terveydenhuoltoon keskittyvien osaamiskeskusten syntyminen, jotka sijaitsevat kauempana perheistä, kuin nykyiset neuvolat. Näissä keskuksissa työskentelevät kätilöt vastaavat myös perhevalmennuksen järjestämisestä. Koko perhevalmennus tapahtuu osaamiskeskuksissa synnytysairaalaan tutustumisen pois lukien. Lapaset-perhevalmennuksessa järjestäjänä toimivat neuvoloiden terveydenhoitajat työpareina neuvoloiden mahdollistamissa tiloissa ennen vauvan syntymää. Mukaan tulevat ohjaamaan valmennusta syntymän jälkeen perhekeskuksen työntekijä, ja valmennus toteutetaan siitä lähtien perheiden arkiympäristöissä esimerkiksi leikkipuistoissa. Perheet voivat leikkipuistoissa ystävystyä paremmin samassa tilanteessa olevien alueen muiden vanhempien kanssa ja jatkaa tapaamisia vertaisryhmänä omasta aktiivisuudesta riippuen. Vertaistuki- ja oma-apuryhmien aktiivisuuden merkitys korostui vanhempien hyvinvoinnin tukijana myös opinnäytetyössä. Asiantuntijat ennakoivat näiden ryhmien määrän lisääntyvän ja monipuolistuvan. Yhteisöllisyyttä ei kuitenkaan voida tuoda ulkoapäin, vaan keskeistä on ihmisten oma motiivi ja toiminta. (Klen 2007; Lapaset Perheverkosto-hanke.)

Opinnäytetyössä visioitiin maahanmuuttajataustaisten ja muiden erityisryhmien osallistuvan jatkossakin yhteisiin perhevalmennuksiin. Vähemmistöryhmille ei toteuteta omia erillisiä perhevalmennuksia, mutta kolmannen sektorin ennakoitiin panostavan siihen, että myös heidän erityistuen tarpeisiin vastataan. Yhteisiin perhevalmennuksiin osallistuminen edistää maahanmuuttajien integroitumista yhteiskuntaan ja vuoropuhelun syntymistä erikulttuuristen ihmisten kanssa. Yhtenä ongelmana on kielimuuri (vrt. Koski 2001). Lapaset-hankkeen sivuprojekti, Kontulan vauvaperhe-hanke, kokoaakin somaliperheet omaksi ryhmäksi ja tarjoaa keskustelun tueksi tulkkipalveluita ja siten pyrkii ratkaisemaan tiedostetun kieliongelman, joka on estänyt somaliperheiden osallistumisen nykyisiin yhteisiin perhevalmennusryhmiin. Opinnäytetyön visiossa kieliongelman ratkaiseminen jäi vähälle huomiolle. Lisäksi on huomioitava, että valmennusryhmistä poisjäänti voi johtua esimerkiksi mielenterveysongelmista kuten pelko- tai paniikkioireista. Pitäisi miettiä miten heidän perhevalmennuksensa tulisi järjestää. Yhteistyötä voisi parantaa esimerkiksi synnytyspelkopoliklinikoiden,

psykiatrisen avoterveydenhuollon ja synnytyssairaaloiden kanssa. (Klen 2007; Lapaset Perheverkosto-hanke.)

Uusien innovaatioiden prosessointi ja käyttöönotto sekä eri hallintoalojen välinen yhteistyö sekä päätöksen teko voi olla hidasta. Uusien toimintamallien omaksuminen vie aikaa ja erilaisten toimintakulttuurien yhteensovittaminen sekä muutosvastarinta hidastavat prosessien etenemistä. Tarvittaisiin vahvaa ja joustavaa johtamista sekä päättäväisyyttä asioiden läpi viemisessä.

7.2 Opinnäytetyön tulosten käyttökelpoisuus ja yleistettävyys

Opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä koko Suomeen, mutta tulokset palvelevat hyvin pääkaupunkiseudun perhevalmennuksen tarpeita ja niitä voidaan yleistää hyvin tällä alueella. Opinnäytetyössä on otettu huomioon juuri pääkaupunkiseudun erityispiirteet, joita ovat muun muassa erot väestön ikäryhmissä ja koulutustasossa sekä maahanmuuttajien suuri osuus koko Suomen väestöön verrattuna. Pääkaupunkiseudulla perheille suunnatut hyvinvointipalvelut ovat lyhyiden välimatkojen päässä.

Opinnäytetyö on käytettävissä työelämäntarpeisiin koko pääkaupunkiseudulla. Opinnäytetyö antaa tietoa perhevalmennuksen eri toimijoille perhevalmennukseen vaikuttavien tekijöiden kautta, millaisessa toimintaympäristössä, millaisin resurssein ja millaiselle asiakaskunnalle perhevalmennusta järjestetään vuonna 2015. Opinnäytetyön visio antaa perhevalmennuksesta päättävälle ja sitä järjestäville työntekijöille valistuneita ajatuksia pohjaksi, mihin suuntaan perhevalmennusta voitaisiin kehittää ja näkemystä sille, millaisia haasteita tulevaisuus tuo tullessaan pääkaupunkiseudun perhevalmennukselle.

7.3 Eettiset näkökulmat

Tulevaisuudentutkimus ja ennakointi eivät pyri vain tulevaisuuden tutkimiseen vaan myös sen tekemiseen. Tärkeää on niin sanotun arvoneutraalin tiedon lisäksi myös se, mikä on hyvää ja toivottavaa (Malaska 1993: 8-9). Tämän opinnäytetyön visio on koostettu asiantuntijoiden näkemyksistä niin, että on painotettu seikkoja, joista oli

eniten yksimielisyyttä. Näkökulma on ollut kuitenkin se, miten saataisiin tarjottua odottaville perheille mahdollisimman hyvää perhevalmennusta. Asiantuntijoilta kysyttiin halukkuutta osallistua opinnäytetyöhön ja he osallistuivat siihen anonymeinä. Heidän anonymiteettinsä säilytettiin koko prosessin ajan, eikä heidän henkilöllisyyttään julkisteta prosessin päättyessäkään.

7.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Perinteisessä tutkimuksessa tutkimus on validi, jos se mittaa juuri sitä asiaa, mitä on tarkoitus tutkia. Tulevaisuudentutkimuksessa validiteetin arvioiminen ei käy perinteisellä tavalla – silloin tutkimus olisi validi, jos tulevaisuus toteutuu sellaisena kuin tutkimus on sen ennakoanut. (Metsämuuronen 2001: 97; Valpola 2000: 1005.) Tämä lähestymistapa tekisi ennakointitutkimukset arvottomiksi, sillä kun validiteetti käy ilmeiseksi, tutkimuksen tarjoama tieto on käynyt merkityksettömäksi. Kuitenkin ennakointia tehdään ja sitä pidetään hyödyllisenä. Ennakoinnin validiteetti tulee muista seikoista kuin sen ennakoiman tulevaisuuskuvan paikkansapitävyydestä. Ennakointitutkimus on arvokas, jos se on vaikuttava ja kiinnostava. (Metsämuuronen 2001: 97.) Tällöin sitä todennäköisemmin käytetään myös tulevaisuudentekemisen välineenä, mikä on yksi tulevaisuudentutkimuksen perustarkoituksista.

Validiteettikysymystä voidaan lähestyä myös tutkimusmenetelmiä ja tutkimusprosessia tarkastelemalla. Asiantuntijaryhmän pätevyys oli keskeinen kriteeri tutkimuksen onnistumiselle. Monipuolinen ja eri tahoja edustava ryhmä antaa tulevaisuudesta monipuolisen ja rikkaan kuvan – jos ryhmä on yksipuolinen, myös mielipiteet ovat. (Kuusi 2002: 210-212.) Tässä opinnäytetyössä asiantuntijoissa ei ollut yhtäkään yrittäjää eikä kansalaisaktivistia, mikä on saattanut kaventaa tulevaisuuskuvien kirjoa. Asiantuntijoilla, jotka osallistuivat opinnäytetyöhön edustivat monipuolisesti niin lainsäädäntövaltaa, käytännön politiikan ohjausta kuin sosiaali- ja terveysalan ennakoinnin tutkimuksen kärkeä. Lisäksi ryhmässä oli asiantuntijuutta perhevalmennuksen ja äitiyshuollon kehittämisessä ja käytännön kenttätyössä.

Asiantuntijan vilpittömyyteen ja subjektiivisuuteen liittyy myös kysymyksiä. Asiantuntija ei aina välttämättä muodosta vastauksia parhaan tietämyksensä pohjalta. Hän saattaa esittää kantoja, jotka noudattelevat hänen toiveitaan asioiden kulusta. Näkökulman valinta ei välttämättä ole tietoista. Valittu asiantuntija ei välttämättä

myöskään katso omaavansa sitä asiantuntijuutta, jonka perusteella hänet on valittu mukaan ryhmään. (Kuusi 2003: 210-212.)

Haastatteluun liittyy useita luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Asiantuntijoiden pitäisi saada muodostaa näkemyksensä perhevalmennuksen muutostekijöistä melko vapaasti. Kysymystenasettelu ei saisi olla esteenä todellisten näkemysten esiin tulemiselle. Kysymykset pitää muotoilla niin, etteivät ne ole johdattelevia ja sulje oleellisia asioita tarkastelun ulkopuolelle. Vastausten osalta täytyy pitää huoli siitä, että ne vastaavat itse kysymykseen eivätkä asian vierestä. (Nieminen 1998: 215, 217.) Opinnäytetyössä pyrittiin löytämään keskeiset haastattelukysymykset seulomalla ennakoinnin aihepiirit kirjallisuudesta ja aikaisemmista sosiaali- ja terveysalan ennakoinneista, sillä APESTE-analyysi itsessään ei rajannut aihepiirejä kyllin tarkasti. On mahdollista, että myös itse haastattelutilanne ja vuorovaikutus vaikuttivat vastauksiin. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, johon sisältyy myös asenteita ja tunteita välittävä ei-kielellinen kommunikaatio. Molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 41-42.) On kuitenkin hyvin vaikeaa todentaa tilanteen vaikutus saatuihin tuloksiin.

Opinnäytetyön toisella kierroksella kysymyksissä olleet käsitteet olisi voinut määrittellä yksiselitteisemmin. Asiantuntijat olivat ymmärtäneet kysymykset eri tavalla ja vastanneet niihin ottaen toisistaan täysin eri näkökulman. Toisen kierroksen alhainen vastausprosentti vaikutti tuloksiin. Kaikista ennakoinnin aihepiireistä ei saatu tarkentavia näkemyksiä.

Haastattelussa saadaan oleellisten tulosten lisäksi hyvin paljon jäsentymätöntä, irrelevanttia aineistoa, jota on raskas käsitellä ja erotella oleellisesta materiaalista (Hirsjärvi - Hurme 2000: 36). On mahdollista, että analyysivaiheessa osa tärkeistä tuloksista jäi huomioimatta. Aineisto kuitenkin analysoitiin valmiin luokitusrungon mukaan, mikä auttoi löytämään oleelliset seikat. Analyysi perustuu kuitenkin subjektiiviseen näkemykseen. Koska analyysiin otettiin vain aineistossa olevien ajatusten ilmisällöt, subjektiivisuutta ei pidetä validiteettiongelmana. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 10.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta siinä merkityksessä, että se voidaan luotettavasti toistaa (Valpola 2000: 1247). Opinnäytetyö ei ole toistettavissa,

sillä haastateltavat olivat anonyymejä eikä samaa asiantuntijaryhmää voida siten myöhemmin muodostaa uudelleen. Toisella asiantuntijaryhmällä saatettaisiin päätyä toisenlaisiin tuloksiin. Lisäksi ajan kuluessa samankin ryhmän vastaukset todennäköisesti muuttuisivat. Asiantuntijoiden näkemysten ja ennakkoinnin muutokset näkyvät jo opinnäytetyön toisella kierroksella.

Reliabiliteettia voisi mitata siten, että asiantuntijaryhmän jakaisi kahtia, jolloin vastauksista muodostuisi kaksi toisistaan riippumatonta tulevaisuuskuva. Jos kuvat vastaisivat toisiaan, tutkimusta voisi pitää luotettavana. (Metsämuuronen 2001: 96-97.) Opinnäytetyön asiantuntijaryhmä oli kuitenkin niin pieni, ettei sitä voinut tyydyttävästi jakaa kahteen ryhmään, joiden tulevaisuuskuvioiden samanlaisuutta voisi verrata.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Kun perhevalmennuksen sisältöjä ja opetusmenetelmiä yhdenmukaistetaan ja pilotoidaan hankkein, olisi niiden vaikuttavuutta ja hyödyllisyyttä arvioitava. Myös sitä olisi tutkittava, miten APESTE-tekijöiden muutoksiin on reagoitu tulevaisuuden perhevalmennuksessa. Ammattihenkilöiden valmiuksia vastata muuttuvan asiakaskunnan tarpeisiin olisi hyvä tutkia, samoin moniammatillisen tiimin yhteistyön sekä eri hallintoalojen rajat ylittävän yhteistyön sujuvuutta.

Uusien käytänteiden ja toimintamallien myötä tarvitaan perhevalmennuksen mittaamiseen uusi tämänhetkisen tilanteen paremmin huomioiva mittari esimerkiksi siitä, kuinka tyytyväisiä perheet ovat heille suunnattuihin palveluihin. Mittarin tulisi myös ottaa huomioon erityisryhmien toiveet sekä perheiden monimuotoisuuden tutkimuskysymyksissään. Perhevalmennus on nykyisellään murrosvaiheessa ja siihen tulee koko ajan elementtejä, joita aikaisempi Hovin (1998) Hyvä perhevalmennuslaatumittari ei kykene sellaisenaan mittaamaan. Perhevalmennuksen kehittämiseksi tarvitaan työelämälähtöistä tutkimusta, miten varhaista puuttumista ja yhteistyötä esimerkiksi lastensuojelun kanssa voisi parantaa väestön hyvinvoinnin turvaamiseksi.

Koski (2002) tuo esiin, että tulevaisuuden perhevalmennuksen kehittämisen haasteita olisi tutkia, millaisia valmiuksia perhevalmennuksen vetäjillä on kohdata ja hoitaa

perheitä vieraista kulttuureista. Kosken mukaan olisi myös tärkeää tutkia, kuinka monikulttuurisen kohtaamisen ja hoidon valmiustasoa voisi nostaa ja kuinka saada monikulttuurinen näkemys esille ohjauksen ja neuvonnan tarpeista. Olisi ideaalia, jos voitaisiin toteuttaa seurantalutkimus, millainen vaikutus nykyisellä perhevalmennuksella todellisuudessa on sosiaalisten verkostojen vahvistamisessa sekä miten perhevalmennus auttaa vauvaperheiden arjen sujumisessa. Yhdeksi jatkotutkimusehdotukseksi kävisi arvioida ja kuvata, millainen vaikutus imetysohjauksen tehostumisella perhevalmennuksessa on imetyksen onnistumiselle. Olisi mielenkiintoista tutkia, miten perhevalmennuksen aikainen aloitus auttaa varhaisen vuorovaikutussuhteen syntymistä ja kiintymyssuhdetta isä-lapsi ja äiti-lapsi suhteissa.

LÄHTEET

- Aakula, Terhi – Parviainen, Satu 1991: Isien synnytyksen aikainen ohjaus ja sen vastaavuus perhevalmennuksessa. Päättötyö. Sairaanhoidtajien erikoiskoulutus. Kätilöopisto.
- Cantell-Forsbom, Anna 2006: Neuvolan perhetyön kehittäminen. Arviointihankkeen loppuraportti. Vantaa: Vantaan kaupunki.
- Andersson, Harri 1993: Kaupunkikehitys, kaupunkikeskusta ja kaupunkilainen. Teoksessa Haverinen, Riitta (toim.): Ihminen, elinympäristö ja sosiaali- ja terveyspolitiikka – mitä tiedämme yhteyksistä? Raportteja 91. Helsinki: Stakes.
- Eskola, Kaarina - Hytönen, Eeva 2002: Naisen elämä ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Gissler, Mika 2007. Kehittämispäällikkö, dosentti. Stakes. Sähköinen tiedonanto. 14.3.
- Haapio, Sari 2006: Synnytysvalmennus sairaalassa. Pro gradu. Tampereen yliopisto: hoitotieteen laitos.
- Haila, Yrjö – Jokinen, Pekka (toim.) 2001: Ympäristöpolitiikka. Mikä ympäristö, kenen politiikka. Tampere: Vastapaino.
- Heickell, Kaisa 1998: Ensisynnyttäjien kokemukset synnytyksestä ja synnytysvalmennuksesta. Pro gradu. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Heikkilä, Matti - Lahti Tuukka (toim.) 2007: Sosiaali- ja terveyspolitiikan palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes.
- Heinonen, Sirkka 1993: Edeltäkävijäanalyysi ja kansainväliset kulttuurimuutokset. Teoksessa: Vapaavuori, Matti (toim.): Miten tutkimme tulevaisuutta? Kommunikatiivinen tulevaisuudentutkimus Suomessa. Helsinki: Tulevaisuudentutkimuksen seura.
- Helsingin seudun aluesarjat 2006. Verkkodokumentti. URL: <<http://www.aluesarjat.fi/>>. Luettu 23.2.2006.
- Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2006: Terveyskeskuksen strategian 2007-2009 valmistelun pohjaksi. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2006:1.
- Hemminki, Elina - Gissler, Mika 2007: Äitiysneuvolat - naistenneuvoloiksi vai hyvinvointineuvoloiksi? Teoksessa: Heikkilä, Matti - Lahti Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveyspolitiikan palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes. 55-65.
- Hemminki, Elina - Vuorenkoski, Lauri - Mäkelä, Marjukka 2007: Teknologian säätely terveydenhuollossa. Teoksessa: Heikkilä, Matti - Lahti Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveyspolitiikan palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes. 246-257.

- Hirsjärvi, Sirkka - Hurme, Helena 2000: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hovi, Anne-Marie 1998: Perhevalmennuksen laadunvarmistus: "Hyvä perhevalmennus" -laatumittarin kehittäminen ja kuvaus. Helsinki: Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen laitos.
- Hänninen, Sisko-Liisa 1965: Kätilötyön vaihteita. Helsinki: Otava.
- Kitzinger, Sheila 1984: Naisen seksuaalisuus. Helsinki: Tammi.
- Kivistö, Torsti 1993: Taloudellinen yhdyskuntarakente. Teoksessa Haverinen, Riitta (toim.): Ihminen, elinympäristö ja sosiaali- ja terveyspolitiikka – mitä tiedämme yhteiskunnasta? Raportteja 91. Helsinki: Stakes.
- Klen, Inga 2007. Projektipäällikkö. Lapaset perheverkosto –hanke. Helsinki. Haastattelu 29.3.
- Koponen, Päivikki 1993: Monimerkityksinen väestövastuu. Tutkimus terveydenhoitajien työn muutossuunnista väestövastuun perusterveydenhuollon kokeilujen aikana. Licensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Koski, Pirjo (toim.) 2007: Monikulttuurinen perhevalmennus. Helsinki: Edita.
- Koski, Pirjo 2002: Somalinaisen terveysneuvonta äitiysneuvolassa. Pro gradu. Oulun yliopisto: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Kouri Pirkko – Antikainen, Ingrid – Saarikoski, Seppo – Wuorisalo Jyri 2001: Elämisen alkuun projekti. Äitiyshuollon joustavan verkkopalvelun, Nettineuvolan, kehittäminen Internetissä. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:10. Luettu verkkodokumenttina 20.2.2007. URL<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/taosisallys61.htm>>. Päivitetty 5.7.2001.
- Kuusi, Osmo 2003: Delfoi –menetelmä. Teoksessa: Kamppinen, Matti – Kuusi, Osmo – Söderlund, Sari (toim.): Tulevaisuudentutkimus. Perusteet ja sovellukset. 2., korjattu painos. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura. 204-225.
- Kuusi, Osmo 1993: Delfoi-tekniikka tulevaisuuden tekemisen välineenä. Teoksessa: Vapaavuori, Matti (toim.): Miten tutkimme tulevaisuutta? Kommunikatiivinen tulevaisuudentutkimus Suomessa. Acta Futura Fennica no 5. Helsinki: Tulevaisuudentutkimuksen seura.
- Kyngäs, Helvi - Vanhanen Liisa 1999: Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-11.
- Laiho, Arja (toim.) 1991: Viisaista vaimoista nykyajan kätilöiksi: kätilökoulutus Suomessa 175 vuotta. Helsinki: Kätilöopisto.
- Lankinen, Markku 2005: Helsingin kaupunkien ympäristöasenteet ja ympäristökäyttäytyminen vuonna 2005. Tutkimuksia 2005/5. Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Lapaset Perheverkosto –hanke 2007. Työpaperi. Julkaisematon lähde.

- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY. 21-43.
- Leboyer, Frederick 1980: Lempeä syntymä. Helsinki: Tammi.
- Leinonen, Elisabeth – Sjögren, Auli – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1992: Perhevalmennuksen opetuskäytäntö. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Helsinki.
- Lindström, Niina 2003: Kolmannen sektorin rooli julkishallinnon yhteispalveluissa. Kartoitusta järjestöjen osallistumisesta yhteispalvelupisteisiin. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Verkkojulkaisu. URL: <<http://www.stkl.fi/ypp%20.pdf>>. Päivitetty 23.3.2007. Luettu 14.4.2007.
- Litmanen, Anna 2002: Perhevalmennuksen kehittäminen vanhempien näkökulmasta. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Lääkintöhallitus 1983: Synnytysvalmennus osana perhevalmennusta. Opetuspaketti valmentajien avuksi ja psykoprofylaksiaa synnytysten hoidossa soveltavien käyttöön. Lääkintöhallituksen äitiyshuollon asiantuntijatyöryhmä. Lääkintöhallituksen julkaisu ja nro 26. Valtion painatuskeskus: Helsinki
- Malaska, Pentti 1993: Tulevaisuustietoisuus ja tulevaisuuteen tunkeutuminen. Teoksessa: Vapaavuori, Matti (toim.): Miten tutkimme tulevaisuutta? Kommunikatiivinen tulevaisuudentutkimus Suomessa. Acta Futura Fennica no 5. Helsinki: Tulevaisuudentutkimuksen seura.
- Mannermaa, Mika 1993: Tulevaisuudentutkimus tieteellisenä tutkimusalana. Teoksessa: Vapaavuori, Matti (toim.): Miten tutkimme tulevaisuutta? Kommunikatiivinen tulevaisuudentutkimus Suomessa. Acta Futura Fennica no 5. Helsinki: Tulevaisuudentutkimuksen seura.
- Metsämuuronen, Jari 2000: Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. 2. painos. Helsinki: Työministeriö.
- Metsämuuronen, Jari 2001: Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. Helsinki: International Methelp ky.
- Miettinen, Seija - Töyry, Eeva - Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.) 1996: Huolenpito ja hoitotyö. Johtava ylihoitaja Marja Seppäselle omistettu juhla- ja pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu. Kuopion yliopistollinen sairaala: Kuopio.
- Mikkanen, Pirkko 2000: Perhevalmennuksen nykytila ja kehittämistarpeet: Kyselytutkimus terveydenhoitajille. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Monitoimijaisesta perhevalmennuksesta Perheverkostoksi 2007. Esite. Helsingin kaupunki.
- Montonen, Elisabeth 1996: Perhevalmennus opetustapahtumana. Teoksessa: Perhevalmennusohjelma. Pieniin päin. Perhevalmennuksen ohjaajan kansio. Suomen kättilöliiton Perhevalmennustyöryhmä. (Parviainen, Mervi – Kumpula, Merja -

Montonen, Elisabeth – Nieminen, Pirkko – Rissanen, Tiina) Suomen Kätilöliitto: Helsinki.

Muuri, Anu 2007: Sukupuolittuneet sosiaalipalvelut - asiakkuus, työyhteisö ja arjen verkostot. Teoksessa: Heikkilä, Matti - Lahti Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportit 2007. 220-233. Helsinki: Stakes.

Neuvolatoiminnan kehittämistyöryhmän muistio 1984: Suomen sosiaali- ja terveysministeriö.

Nieminen, Heli 1998: Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.– 2. painos. Juva: WSOY.

Nissinen, Aulikki – Korpela, Heikki 1993: Elinympäristö ja terveys. Teoksessa Haverinen, Riitta (toim.): Ihminen, elinympäristö ja sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportit – mitä tiedämme yhteyksistä? Raportteja 91. Helsinki: Stakes.

Nummenmaa, Raija – Sepänniitty, Leila – Ylinen Raili 1982: Perhevalmennuksen hyöty synnytyksessä. Tutkimus ensi- ja uudelleensynnyttäjien synnytyskäyttäytymisestä ja kokemuksista. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia: Tampere.

Nykysuomen etymologinen sanakirja 2004. 1. ja 2. painos. Juva: WSOY.

Nyman, Juha 2006: Metropoliluotain. Sosiaali- ja terveyspalvelut pääkaupunkiseudulla vuonna 2015. Tutkimuksia 1. Helsingin kaupungin tietokeskus.

Paavola, Auli 2004: Leksandin Perhekeskuksen toimintamalli. Teoksessa: Paavola, Auli (toim.): Perhe keskiössä. 8-23. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Pakarinen, Terttu 1993: Suunnittelu ja yhdyskuntien uudelleen muotoutuminen. Teoksessa Haverinen, Riitta (toim.): Ihminen, elinympäristö ja sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportit – mitä tiedämme yhteyksistä? Raportteja 91. Helsinki: Stakes.

Parpo, Antti - Kautto, Mikko 2007: Sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon taloudellinen kestävyys tulevaisuudessa. Teoksessa: Heikkilä, Matti - Lahti Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportit 2007. 206-219. Helsinki: Stakes.

Partanen-Björk, Minna 1997: Äitiysneuvolan perhevalmennuskursseille osallistuneiden äitien käsitys valmennuksen tarpeesta ja saamastaan valmennuksesta. Pro Gradu tutkielma. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Helsingin yliopisto.

Pelkonen, Marjaana - Löthman-Kilpeläinen. Leeni 2000: Neuvola lapsiperheiden tukena: Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Peltonen, Raili 1982: Rentoutuminen raskauden ja synnytyksen aikana. Suomen kätilöliitto.

Perälä – Pelkonen - Vehviläinen-Julkunen - Viisainen - Räikkönen 1998: 33-48: Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Teoksessa Sihvo, Sinikka - Koponen, Päivikki (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Helsinki: Stakes raportteja 220.

- Rautava, Päivi 1989: Health education in the Finnish maternity health care system: evaluation of effectiveness. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyden edistäminen, sarja. Helsinki: Turun yliopisto.
- Rubin, Anita 2003: tulevisuudentutkimuksen käsitteitä. Teoksessa: Kamppinen, Matti – Kuusi, Osmo – Söderlund, Sari (toim.) 2003: Tulevaisuudentutkimus. Perusteet ja sovellukset. 2., korjattu painos. 887-906. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Saranto, Kaija 2005: Tietojärjestelmät terveydenhuollon muutoksen johtamisessa. Teoksessa: Vuori, Jari (toim.): Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki: WSOY.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 83. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö.
- Seppälä, Yrjö 1993: Tulevaisuudentutkimuksen keskeisiä käsitteitä. Teoksessa: Vapaavuori, Matti (toim.): Miten tutkimme tulevaisuutta? Kommunikatiivinen tulevaisuudentutkimus Suomessa. Acta Futura Fennica no 5. Helsinki: Tulevaisuudentutkimuksen seura.
- Sihvo, Sinikka - Koponen, Päivikki (toim.) 1998: Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Helsinki: Stakes.
- Suuri sivistyssanakirja 2000. Helsinki: WSOY.
- Tilastokeskus 2004: Väestöennuste kunnittain ja maakunnittain vuoteen 2040 - Muuttoliikkeen sisältävä laskelma. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.9.2004. URL: <http://www.stat.fi/til/vaenn/2004/vaenn_2004_2004-09-20_tau_002.html>. Luettu 23.2.2006
- Uusi sivistyssanakirja 1997. 16. painos. Helsinki: Otava.
- Uusitalo, Hannu 1995: Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1994: Miksi kehittää perhevalmennusta? Teoksessa: Vehviläinen-Julkunen, Katri - Saarikoski, Seppo (toim.): Synnytys- ja perhevalmennuksen kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Kuopion läänin projektin väliraportti. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 15.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1987: Perhevalmennuksen kehittäminen. Ensisynnyttäjien pienryhmävalmennuskokeilu neljässä äitiysneuvolassa. Lääkintöhallituksen julkaisuja.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1990: Pienryhmämuotoinen perhevalmennus. Teoksessa: Vienonen, Mikko (toim.) Äitiyshuollon käsikirja. Lääkintöhallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri – Saarikoski, Seppo – Marttinen, Pirjo 1995: Lapsen syntymä muutoksena äidin ja isän elämässä – asiakkaiden arviointeja perhevalmennuksesta

perheiden tukena. Teoksessa: Perhevalmennus perheiden tukena. Tutkimus asiakasarvioinneista ja neuvoloiden työntekijöiden työorientaatiosta. Kuopion yliopiston hoitotieteen laitos.

Vidor, Ferenc 1993: Elinympäristö ja ihminen – millaisia valintoja me teemme? Teoksessa Haverinen, Riitta (toim.): Ihminen, elinympäristö ja sosiaali- ja terveystieteet – mitä tiedämme yhteyksistä? Raportteja 91. Helsinki: Stakes.

Viisainen, Kirsi (toim.) 1999: Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Oppaita 34. Helsinki: Stakes.

Viljamaa, Marja-Leena 2003: Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto.

Vuori, Mika - Gissler, Mika 2005: Sosiaalisen laadun indikaattorit. Suomen kansallinen raportti. Stakes & kansallinen asiantuntijaryhmä. Tilastoraportti 3/2005. Helsinki: Stakes.

Emma Dufva ja Tuula Koivisto
Sofianlehdonkatu 5B
00610 Helsinki
emma.kriikku@edu.stadia.fi
050 304 3299
tuula.koivisto@edu.stadia.fi
050 544 3457

4.9.2005

Vastaanottaja

KUTSU ASiantuntijaryhmään

Olemme Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian kättilöopiskelijoita. Teemme opinnäytetyömme perhevalmennuksesta. Etsimme perhevalmennukseen vaikuttavia muutostekijöitä ja ennakoimme perhevalmennuksen tilaa kymmenen vuoden aikajänteellä. Tutkielman työnimi on Pääkaupunkiseudun perhevalmennus vuonna 2015.

Tutkielmaa varten olemme kokoamassa asiantuntijaryhmää. Ryhmän jäseniltä keräämme näkemyksiä perhevalmennuksen tulevaisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä haastattelemalla heitä erikseen. Myöhemmin asiantuntijajäsenet vastaavat vielä erilliseen kyselyyn. Asiantuntijoiden henkilöllisyys ei käy opinnäytetyössä ilmi, eivätkä ryhmän jäsenet saa tietoonsa muiden jäsenten henkilöllisyyttä.

Toivomme, että Te voisitte osallistua opinnäytetyömme asiantuntijaryhmään. Suostuessanne haastattelemme Teitä tämän syksyn aikana n. 45-60 minuutin ajan. Nauhoitamme haastattelun. Voimme sopia tarkemman haastatteluajan ja -paikan yhdessä. Lisäksi lähetämme tulevan talven aikana kyselyn, johon toivomme vastaustanne.

Haastattelussa käsittelemme seuraavia kysymyksiä: Miten poliittinen päätöksenteko ja lainsäädäntö sekä julkisen talouden ja hyvinvointiyhteiskunnan muutokset tulevat vaikuttamaan perhevalmennuksen saatavuuteen ja toteutumiseen? Miten väestörakenteen ja synnyttäjien koulutustason muutokset vaikuttavat perhevalmennukseen? Miten tekniikan kehittyminen vaikuttaa

perhevalmennuksen sisältöön? Millaisia erityisvaatimuksia tai -mahdollisuuksia pääkaupunkiseutu asettaa perhevalmennukselle?

Pyydämme Teitä kertomaan Tuula Koivistolle osallistumisestanne ryhmään xx.x.2005 mennessä. Liitteenä on opinnäytetyömme tutkimussuunnitelma.

Vastaamme molemmat mielellämme kysymyksiinne.

Kiitos ajastanne jo etukäteen,

LIITE 3

Perhevalmennukseen vaikuttavien asiakkaaseen liittyvien tekijöiden sisällönanalyysi.

ANALYYSIYKSIKKÖ	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Rahan valta ja arvostus säilyy	materialismi	ARVOT
Rinnalla pysyy myös ryhmä, joka rahaa ei arvosta	inhimillisyys	
Yhteisöllisyys arvona nousee	yhteisöllisyys	
Arvot muuttuvat vähemmän itsekeskeisiksi ja materialistisiksi		
Sosiaalisuus ei nouse	individualismi	
Ultraindividualismi elämänsenteenä jatkuu ja voimistuu		
Perhekeskeisyys arvona	perhekeskeisyys	
inhimilliset arvot lisääntyvät globaalin ajattelun kautta	inhimillisyys	
Perheet polarisoituvat myös arvojen osalta - osa on ekologisia ja tekee työtä maapallon eteen,	ekologisuus	
Ympäristötietoisuus ja eettiset valinnat kuluttamisessa lisääntyvät sitten on se toinen ääripää	materialismi	
Tarve saada tieto siitä, että kaikki on hyvin	tiedon tarve	TARPEET
Osa ei halua omien tarpeidensa arviointia	tarve riippumattomuuteen	
Asiakkaiden tarpeet erilaistuvat entisestään	erilaisuus	
Yksilölliset tarpeet paljon tarvitsevien ryhmässä		
Tarpeiden skaala suurenee		
Tarpeet eivät muutu hirveästi	samanlaisuus	
Tarpeet eivät kovin erilaisia		
Asiakaskunnan polarisaatio syvenee hyvin pärjäävien ja heikommin pärjäävien välillä	kahtiajakautuneisuus	POLARISAATIO
Rikkaat rikastuu ja köyhät köyhtyy		
Asiakaskunta polarisoituu hyvin pärjääviin ja moniongelmaisiin		
Asiakaskunta polarisoituu myös aktiivisuudessa - aktiiviset ovat joka paikassa mukana, epäaktiiviset perheet eivät ole missään, käy missään	Aktiivisuus	
Asiakkaiden oman aktiivisuuden merkitys äitiyshuollossa korostuu, jopa niin, että ilman omaa aktiivisuutta palveluja ei saa ainakaan täysimääräisinä		

Asiakaskunta tietävämpää ja sivistyneempää	Tieto	
Ihmisten tietomäärä lisääntyy		
Vanhemmat hakevat aktiivisemmin itse tietoa		
Paljon tietämättömiä, jotka eivät tiedä mistä ja miten hakea palveluita, mihin heillä on oikeus		
Asiakkaat ylipainoisia	Terveys	
Ylitterveellisesti syövien, kontrollifriikkien määrä lisääntyy		
Hyvinkoulutetut terveempiä kuin vähemmän koulutetut		
Asiakaskunta koulutetumpaa ja vanhempaa	Hyvin pärjäävät	
Varallisuutta, kun lapsia hankitaan		
Korkeasti koulutetut ja varakkaat käyttävät yksityisiä palveluja		
Yhteiskunnan palveluja käyttävät ne, jotka pärjäävät hyvin, vaikka niitä tarvitsevat ne, joita ei kiinnosta itsestä tai lapsesta huolehtiminen		
Korkeasti koulutetuissa perheissä osaamattomuutta olla arjessa ja leikkiä lapsen kanssa	Heikosti pärjäävät	
Moniongelmaisuus lisääntyy		
Heikosti pärjäävät eivät ole kiinnostuneita omasta ja vauvan terveydestä		
Moniongelmaisten hakeutuminen perhevalmennukseen kyseenalaista	Päihteet	TERVEYSTOTTU- MUKSET
Huumeiden käyttö lisääntyy nuorten, tulevien äitien keskuudessa		
Tupakointi vähenee, alkon ja huumeiden käyttö pysyy ennallaan tai lisääntyy		
Äidit polttavat tupakkaa ja juovat alkoholia. Silloin tulevien äitien ikäluokassa tupakan ja alkon käyttö on vähäisempää		
Synnytysikäisillä mielettömässä määrin klamydiaa ja sitä myöten lapsettomuusongelmia	Seksuaaliterveys	
2015 vanhemmat saaneet koulussa terveystiedon opetusta	Opetus	
Nuoria äitejä on yhä silloinkin.	Nuoret perheet	PERHE
Vanhemmilla ei itsellään ole sisaruksia ja siten kokemuksia pienistä lapsista ja niiden hoidosta	Pienet perheet	
Ihmiset haluavat panostaa enemmän perheeseen ja synnytykseen, kun perheet ovat pienempiä ja synnytykset harvinaisempia		

Perhemuodot monipuolistuu - homoparit, kolme/useampi vanhempi, sinkkuäidit	Sateenkaariperheet	
Isien rooli korostuu	Isien rooli	
Isien määrä llisääntyy, kun he käyttävät enemmän hoitovapaita		
PK-seudulla enemmän vaativia perheitä asiakkaina	odotukset	VAATIVUUS
Vaatimustaso valmennuksen suhteen korkea		
Ihmiset koulutetumpia ja tiedostavampia, vaativampia	tiedostavuus	
Asiakkaat kyseenalaistavat enemmän annetun informaation	kyseenalaistaminen	
Asiakkaat vaativia, lukevat paljon ja kyseenalaistavat asioita	lukeneisuus	

Perhevalmennukseen vaikuttavien poliittisten tekijöiden sisällönanalyysi.

ANALYYSIYKSIKKÖ	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Terveydenhuollossa muutokset tapahtuvat hitaasti	Muutosten hitaus	HALLINTO
Eri hallintoalojen yhteistyö lisääntyy	hallintoalojen välinen yhteistyö	
Sosiaali- ja Terveyslautakuntien yhdistäminen vähentäisi demokratiaa, koska lautakunnan jäsenien aika/ resurssit eivät riittäisi valvomaan virkamiesten toimia	demokratian väheneminen	
Sosiaali- ja terveysalat eivät tule yhdistymään Helsingissä, joskin on paineita tarkistaa rajanvetoja hallinnonalojen välillä	hallintoalojen rajanveto	
Terveyspiirit perusterveydenhuolto/erikoissairaanhoidon jaottelun sijaan	terveyspiirit	
Sosiaali- ja terveysaloilla on samat hallintoalueet eli asiakaspohja on sama	hallintoalueet	
Kunnan, valtion ja kolmannen sektorin vastuualueet tapetille lähiaikoina	vastuualueet	
Resurssienjako kunnat-valtio-akselilla akuutti asia	resurssit	
Millaisia kunnat ovat v. 2015?	kuntauudistus	
Palvelut pitäisi kohdistaa niille, jotka niistä eniten hyötyvät	eniten hyötyvä	
Terveyskeskukset muuttuvat enemmän ja enemmän ongelmaihmisten päiväkodeiksi	ongelmaiset	
Päämääränä saada mahdollisimman hyviä palveluja mahdollisimman suurelle joukolla	mahdollisimman monet	
Äitiyshuollossa muutamia osaamiskeskuksia, josta saisi kaikki palvelut: lisääntymiseen, raskauteen, synnyttämiseen, lapsenhoitoon, imettämiseen liittyvää palvelua	suuret yksiköt	ÄITIYSHUOLLON ORGANISAATIO
Ihmiset vaoivat itse valita hoitoyksikkönsä, joita ympäri Helsinkiä, mutta ei niin tiheästi kuin nykyään		
Suurempia terveysasemayksiköitä harvemmassa. Sen lisäksi ehkä pienempiä neuvolapisteitä		
Pienet, hajautetut yksiköt parempia kuin suuret keskusneuvolat	pienet yksiköt	
Väestövastuinen terveydenhuolto ja terveydenhoitajat neuvolassa → riittävän ammattitaidon hankkiminen ja ylläpito vaikeaa	Äitiyshuolto/ Väestövastuu	
Äitiyshuollon eriyttäminen omaksi alakseen → mahdollisuus kehittää riittävää asiantuntemusta		TYÖOLOJEN MUUTOS
Hoitajista iso osa siirtyy eläkkeelle	eläköityminen	
Kätilöiden työmäärä lisääntyy	työmäärän lisääntyminen	
Erikoistumismahdollisuuksia ei juuri ole	erikoistuminen	

Lääkäreiden ja muun henkilökunnan työaika alkaa joustaa enemmän	työaika	
Terveystenhoitajien määrää ei ole syytä vähentää/työtä lisätä, vaikka suositusten mukaiset lapsimäärät eivät täytyisi ÷ vaativia perheitä	työn vaativuus	
Kätilöiden koulutusta vähennetään	koulutus	
Perhevalmennuksen järjestäminen resurssikysymys	perhevalmennuksen resurssit	RESURSSIT
Perhevalmennuksen resurssoinnista päätetään terveyskeskustasolla ÷ poliittinen ohjaus vähäistä		
Politiikan tasolla siirrettävä painopiste ohjelmien tekemisestä niiden toteuttamiseen	ohjelmien toteuttaminen	PAINOPISTE
Poliittinen tahto ottaa ympäristöasiat huomioon pitäisi nousta	ympäristöasiat päätöksenteossa	YMPÄRISTÖSUUNNITTELU
Tarvitaan tasapainoista rakennus- ja kaupunkisuunnittelupolitiikkaa, jotta ongelmat eivät kasaudu tietyille alueille	kaupunkisuunnittelupolitiikka	
Poliittinen sykli on niin lyhyt, että se estää pitkällä tähtäimellä halvemaksi tulevien (ympäristö)investointien tekemisen	lyhytnäköisyys	
Valtarakenteet määräytyvät taloudellisen rikkauten ja vaikutusvallan mukaan, jolla on rahaa, on myös valtaa	talouden valta	TALOUDEN YLIVALTA
Yhteiskunta elää ekonomian vallassa, vaikka kaikki kansalaiset eivät sitä arvosta		
Ihmisten oma vastuu pärjäämisestään lisääntyy	taloudellinen vastuu	
Pitäisikö kansantaloudellisia mittareita/ maailman tilinpittoa muuttaa niin, että pehmeät arvot tulevat myös huomioiduksi?	kansantalouden mittarit	
Omilla neuvoloilla/ valmennuksilla eristetään muusta väestöstä?	oma äitiyshuolto	MONIKULTTUURISUUS
Miten taata hyvä palvelu omalla kielellä?	palvelut äidinkielellä	
Äideistä huolehtiminen tärkeää: kun äidit voivat hyvin, koko perhe ja yhteisö voi hyvin	perheen ja yhteisön hyvinvointi	
Eri kulttuuristen yhteiskuntaan sopeutuminen tärkeää yhteiskuntarauhan kannalta.	yhteiskuntaan sopeutuminen	
Oman kulttuurin säilyttäminen on tärkeää.	kulttuurin säilyttäminen	
Pitäisi keskustella siitä, mitä hyväksytään kulttuurin nimissä ja mitä ei	suvaitsevaisuuden rajat	
Omakulttuuriset kätilöt käyttöön, joilla on kuitenkin Suomeen soveltuva koulutus	erikulttuuristen koulutus	
Maahanmuuttajien koulutus alalle		
Rekrytoimalla ulkomaalaisia ja maahanmuuttajataustaisia työntekijöitä voidaan ottaa valmennuksessa maahanmuuttajat paremmin huomioon		
Työntekijöiden valmiuksia kohdata erikulttuurisia lisäävä	kulttuurientuntemuksen lisääminen	
lisäkoulutusta henkilökunnalle erikulttuurisesta hoitotyöstä		
Rekrytoimalla ulkomaalaisia ja maahanmuuttajataustaisia työntekijöitä voidaan ottaa valmennuksessa maahanmuuttajat paremmin huomioon		

Uusi kansanterveyslaki täsmentää kunnan velvollisuuksia koskien lapsiperheitä, laissa uusi ote näihin asioihin	kansanterveyslaki	LAINSÄÄDÄNTÖ
EU:n päätöksiä tulkittava järkevään suuntaan aina, kun siihen on tilaa. Pitäisi miettiä, mikä on järkevää, eikä toteuttaa direktiivejä mekaanisesti. Esim. kilpailuttaminen	EU-direktiivit	
Hankintalaki vaikeuttaa järjestöjen mukaantuloa markkinoille, kilpailutusrajat ovat aivan liian alhaisia	hankintalaki	
On uudistettava sekä kansallista että EU:n lainsäädäntöä, jotta asioista saadaan järkeviä	lainsäädännön uudistaminen	
Tarvitaan ympäristölainsäädäntöä koskien terveydenhuoltoa (esim. ympäristökoordinaattorit)		
Suomeen tulossa englantilasytyyppinen case-law-lainsäädäntö	case-law-lainsäädäntö	
Korostuu ristiriita aikuisen yksilön oikeuksien ja syntymättömän lapsen oikeuksien välillä, koskien elintapoja, työtä ym.	lainsäädännön ristiriitaisuus	

Perhevalmennukseen vaikuttavien taloudellisten tekijöiden sisällönanalyysi.

ANALYYSIYKSIKKÖ	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Perhevalmennus turvataan antamalla peruspalveluille rahaa	Priorisointi	TERVEYDENHUOLLON RESURSSIT
vanhukset syövät terveydenhuollon resurssit	Vanhustenhuolto	
Vanhustenhuolto on se, mihin panostetaan		
Ennaltaehkäisyyn käytetään liian vähän resursseja	ennaltaehkäisy	
koulutusmenot suurenevat ja yhteiskunnan varoista kilpailevat vanhushuolto, koulutus ja terveydenhuolto	Julksen sektorin eri alojen kilpailu	
Perhevalmennus ensimmäisiä, mistä luovutaan	resurssien väheneminen	
Synnytyspuolen rahoitus vähenee synnytysten vähetessä		
Rahoitus lakkaa/tulee vähenemään		
Terveysala ei mene enää alaspäin eikä koko terveysalan resurssit pienene	resurssit eivät vähene	
Perhevalmennusta vähennetään rahapulan iskiessä. Tosin resurssit jo nyt leikattu minimiin, enää ei voi karsia		
Vanhemmuuden kustannusten jakaminen tulee tapetille	vanhemmuuden kustannusten jakaminen	VANHEMMUUDEN KUSTANNUKSET
Ongelmana äitiyden tuoma taloudellisesti heikko asema, esim. äitiysraha työttömyyskorvausta pienempi	äitiyden taloudellinen heikko-osaisuus	
Epätodennäköistä, että muut kuin kunnallinen ja yksityinen sektori järjestää	julkinen sektori	PERHEVALMENNUKSEN JÄRJESTÄMINEN
Perhevalmennuksen järjestäminen hallinnollinen kysymys. Se on neuvolan vastuulla, siihen ei ole erikseen korvamerkittyä rahaa.		
Julkinen sektori pysyy perhevalmennuksen järjestäjänä.		
Perhevalmennus edelleen kuntien tehtävä		
2015 sairaalan ja avopuolen yhteistyö toimii		
Sairaalan ja avopuolen yhteistyö auttaa pitämään valmennusta ajantasalla ja realistisena ja antaa sairaalalle tietoa tulevista synnyttävistä perheistä		
Yksityissektorin käyttö lisääntyy	yksityinen sektori	
Yksityisiä perhevalmennuksen tuottajia saattaa tulla, mutta sellainen kehitys ei ole toivottavaa		
Yksityinen sektori nousee perhevalmennuksen järjestäjänä		
Hyväosaiset voivat hakeutua yksityiselle sektorille		
Perhevalmennus yksityistetään, tulee luksuskursseja.		

Perhevalmennus brändätään ja siitä tulee maksupalvelutuote		
Kolmas sektori tukee kunnallista perhevalmennusta	kolmas sektori	
Kolmas sektori nousee perhevalmennuksen järjestäjänä		
Ravitsemuspuolen osaaja voisi olla kolmannelta sektorilta, esim. Martta-liitosta		
Mannerheimin lastensuojeluliitto voisi järjestää		
Perhevalmennuksessa tukeuduttava enemmän kolmanteen sektoriin		
Järjestöillä rooli myös hyvien käytänteiden ja esimerkkien luojana		
Hyväosaiset voivar hakeutua kolmannelle sektorille		
Ei ole toivottavaa, että kolmas sektori ja yksityiset ajettaisiin alas ja kunnan työntekijöiden määrää kasvatetaan. Ei siihen ole rahaa		sektoreiden välinen yhteistyö
Kunnat ostavat valmennusta heikommin pärjääville perheille		
2015 julkinen, yksityinen ja kolmas sektori järjestää saumattomassa yhteistyössä perhevalmennusta. Kokonaisuus toimii etenkin palvelunkäyttäjän kannalta		
2015 Kolmas sektori tekee yhteistyötä julkisen puolen kanssa perhevalmennusten järjestämisessä		

Perhevalmennukseen vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden sisällönanalyysi..

ANALYYSIYKSIKKÖ	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Perheiden perinteinen tukiverkko puuttuu pk-seudulla	turvaverkon puuttuminen	JUURETTOMUUS
Pk-seudulla paljon juurettomuutta		
Perinteisiä turvaverkkoja ei ole eikä tieto ja taito siirry luontevasti sukupolvelta toiselle		
Pk-seudun ihmisillä ei ole kiinnekohtaa, yhteisöä		
Sukulaisyhteisöt puuttuvat	Suvun puuttuminen	
Urbanisoituminen jatkuu, parit erossa suvuistaan		
Polarisoitunut asiakaskunta pk-seudulla	asiakaskunnan polarisaatio	POLARISAATIO
Yhteiskunnan polarisaatio syvenee	yhteiskunnan polarisaatio	
Kahtiajakautuneisuus myös rahankäytössä ja elintavoissa yhtä varakkailla ihmisillä(esim. ostaako valmisruokia vai opetteleeko tekemään itse halvalla hyvää ja terveellistä ruokaa	elintapojen polarisaatio	
Monikulttuuristen perheiden määrä lisääntyy	monikulttuurisuus lisääntyy	MONIKULTTUURISUUS
Tärkeää, ettei maahanmuuttajia lokeroida ja eristetä muusta väestöstä	integraatio	
Kulttuurinen kestävyys: esim. mieshoitajat ja musliminaiset, oman kulttuurin viittekehysten huomioiminen ja hyödyntäminen	kulttuurinen kestävyys	
Erikulttuurisille annettava mahdollisuus olla raskaana ja synnyttää oman kulttuurinsa tapojen mukaisesti		
Maahanmuuttajaperheet eivät synnytä niin montaa lasta Suomessa	maahanmuuttajien synnyttävyys	
.Maahanmuuttajaperheiden tytöt haluavat kouluttautua	maahanmuuttajien kouluttautuminen	
Maahanmuuttajaperheet osaavat hyvin suomea	maahanmuuttajien kielitaito	
Adoptioperheiden määrä lisääntyy	adoptioperheet	
Yhä enemmän sateenkaariperheitä	sateenkaariperheet	PERHEMUODOT
Homoparit saavat lapsia ja tulevat valmennukseen		
naisparien määrä lisääntyy	sinkkuperheet	
Sinkut saavat lapsia ja tulevat valmennukseen		
Sinkkuäitien määrä lisääntyy		
Vertaisverkostojen ja yhteishengen syntymistä pitäisi tukea	verkostoitumisen tukeminen	VERKOSTOITUMINEN
Neuvolat huolehtivat verkostojen		

luomisesta		
Ihmiset verkostoituvat mielenkiinnonkohteiden mukaan entisten sukulaisyhteisöjen sijaan	yhteiset mielenkiinnon kohteet	
Yhteisöllisyys tulee lähiöiden yhteisöllisyydestä	lähiöiden yhteisöllisyys	
Yksityisissä valmennuksissa käyvät voivat löytää tukiverkon omista porukoistaan	yhtenäiset porukat	
Perheillä pitäisi olla paikka, jonne kokoontua iltaisin vaihtamaan ajatuksia	fyysiset puitteet	

Perhevalmennukseen vaikuttavien teknisten tekijöiden sisällönanalyysi.

ANALYYSIYKSIKKÖ	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Tekniikan avulla mahdollistuu etävalmennus ja sen myötä valmennus harvaanasutuilla laueilla	etävalmennus	INTERNET
Palveluita siirtyy nettiin. Pahimmassa tapauksessa valmennus on pelkästään netin kautta tapahtuvaa	nettivalmennus	
Vanhemmat hyödyntävät nettiä ja muuta teknologiaa enemmän valmennuksessa, mutta arvostavat myös livekontakteja		
Aktiivisista nettikeskusteluista hyötyvät myös passiivisemmat perheet, jotka voivat käydä lukemassa toisten tuotoksia foorumeilla	nettifoorumit	
Nettifoorumit pysyvät epävirallisina		
Sähköpostilistat, foorumit		
Nettifoorumeiden avulla perheet/aktiiviset äidit saavat äänensä kuuluviin		
Netin keskustelupalstat ja tukiverkostot?		
Tietoa haetaan netistä ja sen keskustelupalstoilta	tiedonhaku	
Netissä toimiminen mahdollistaa ideoiden esiintuomisen myös alueellisesti ja niistä keskustelemisen	keskustelu	
Perheet saadaan aktivoitua viemällä toimintaa ja keskustelua nettiin		
Ihmisillä enemmän halua käyttää nettiä	motivaatio	
ihmiset verkostoituvat netin kautta	verkostoituminen	
Netti on isille hyvä apuväline ja kohtaamispaikka		
Nettineuvolat ja auttavat puhelimet tulevat. Ne auttavat ottamaan esille arkoja aiheita ja mahdollistavat tiedon/avun saamisen vuorokauden ajasta riippumatta	auttava taho	
Tietokoneet joka paikassa, esim. kynässä, silmälasissa, ikkunoissa..	nanotietokoneet	INNOVAATIOT
Tekniset vaipat, jotka analysoivat eritteet tai kertovat merkkiäänellä, mitä vaippaan tuli tai puhdistavat itse itsensä	tekniset vaipat	
Synnytystuolit, joihin integroitu esim. uä	synnytystuolit	
Älysängyt	älysängyt	
Ihmiseen istutettavat sirut tulevat käyttöön ja ihmisestä kerättävän tiedon määrä lisääntyy. Tiedon kerääminen ja monitorointi vaivatonta	implantit	
Hoitohenkilökunnan yhteistyö insinööritoimistojen kanssa uusien innovaatioiden kehittämiseksi	innovaatioyhteistyö	
Tekniikan kehittyminen tulee perässä	tekninen kehitys	SYNNYTYSTEKNOLOGIA
Kuvantamismenetelmät kehittyvät ja sikiöstä saadaan tarkempaa ja tarkempaa tietoa	kuvantamismenetelmät	
Tekniikka ei tule valtaamaan synnytyssaleja	epäteknisyys	
Tiedon saanti erittäin helppoa	tiedon saatavuus	TIEDON SAANTI
Toisaalta teoriatietoa on valtavasti	informaatiotulva	

Tiedonkeräys ja tiedonvälitys lisääntyy		
Tiedon saaminen lisääntyy valtavasti		
Perinnöllisyyslääketiede ja -teknologia kehittyy siten, että yhä useampia lapsettomia pareja voidaan auttaa	tieteen kehitys	PERINNÖLLISY YSLÄÄKETIEDE
Geenikarttoja on olemassa, eettiset kysymykset nopusevat yhä tärkeämmiksi	eettiset kysymykset	
Perheet eivät halua kaikkea mahdollista saatavilla olevaa geenitietoa		
Perheen perustaminen pysyy luonnollisena	luonnollinen lisääntyminen	
Henkilöturvan vaatimukset otettava tiukasti huomioon uuden teknologian käyttöönottamisen myötä (Esim. elektroniset implantit)	henkilöturva	TIETOSUOJA

Perhevalmennukseen vaikuttavien ekologisten tekijöiden sisällönanalyysi.

ANALYYSIYKSIKKÖ	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kaiken kaikkiaan ihmiset ovat ympäristötietoisempia	ihmisten ympäristötietoisuus	YMPÄRISTÖTIETOISUUS
Asiakkaat kokevat ympäristöasiat yhä tärkeämmiksi	ympäristöasioiden tärkeys	
Ympäristötietoisuus ja eettiset valinnat kuluttamisessa lisäänty	ympäristötietoisuus kuluttamisessa	
Materiaalinen ympäristö edistää henkistä hyvinvointia	ympäristön vaikutus hyvinvointiin	
Kestotuotteiden käyttö vaatii 'pieni on kaunista' - ajattelua, mitä terveydenhuolto ei taas suosi	kestotuotteet terveydenhuollossa	
Vaippakysymykset	kestovaipat	VAIPAT
Kestovaippojen käyttö vähenee koko ajan		
Kestovaippojen käyttö on lisääntymässä		
Ihmisten voimakas erilainen identiteetti tukee kestovaippojen käyttöä		
Kestovaipat ja kestävä kuluttaminen vauvanhoidossa aiheena valmennuksessa	kestävä kuluttaminen	
Monikäyttövaipat, jotka ovat kalliita, mutta kestävätkö koko lapsuusiän	monikäyttövaipat	
Turvepohjaiset vaipat	turvevaipat	
Kertakäyttövaippojen käyttö helpompaa ja ne tulevat suhteessa koko ajan halvemmiksi	kertakäyttövaipat	
Kemikaalivalvonta tiukkenee	kemikaalivalvonta	KEMIKAALIT
Vaarallisia kemikaaleja sisältävät lääkkeet jäävät pois avopuolen käytöstä	lääkkeet	
Päästökauppa asettaa pakotteita yhä enemmän myös terveydenhuoltoon	päästökauppa	PÄÄSTÖT
Kasvihuonekaasujen käyttöön muutoksia/ rajoituksia	kasvihuonekaasut	
Liikenteen minimoiminen tärkeää	liikenteen minimointi	LIIKENNE
Työsuhdematkalippuja kaupungin työntekijöille ja joukkoliikenteen kehittyminen ja ylläpito	joukkoliikenne	
Jätemyyllyt tekevät uuden tulemisen	jätemyyllyt	JÄTTEET
Nesteiden viemärointiin tulee rajoituksia ja yleensäkin viemärointiin	viemärointi	
Kertakäyttötuotteista tulee biohajoavia/veteenliukenevia ja voidaan hävittää biojätteenä/ viemärin kautta	biohajoavat kertakäyttötuotteet	
Jätteiden polttaminen huono vaihtoehto, koska raaka-aineet pitäisi saada takaisin ekosysteemiin kiertämään	jätteiden poltto	
Lajittelu lisääntyy	lajittelu	KIERRÄTYS
Kestävän kehityksen ajatus mennyt eteenpäin ja		

silloiset vanhemmat tottuneet lajittelemaan jo koulusta lähtien		
Kierrätys lisääntyy	kierrätys	
Vaatteiden kierrätys kysymysmerkillä vaatteiden huonon laadun takia		
Materiaalikoostumuksiin kiinnitetään yhä enemmän huomiota ⇒ loppukäyttäjän helpompi kierrättää ja lajitella tuote käytön jälkeen	kierrätettävät materiaalit	
Yhteiskunta tukee luomua	yhteiskunnan tuki	LUOMU
Yhteiskunta ei tue luomua ja terveellistä ravitsemusta		
Tiedostava ruoan ostaminen lisääntyy, luomu, lähiruoka	kulutus kasvaa	
Luomuruoka ääriyhmän käytettävissä	ääriyhmät	
te voitte olla provovoimassa perhevalmennuksessa tämmöisiä luonnonmukaisia, luonnonläheisiä luonnon tuotteita.	markkinointi	

Sisällönanalyysi perhevalmennuksen visiosta 2015.

ANALYYSIYKSIKKÖ	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Yhteistyö sairaalan ja avoterveydenhuollon välillä lisääntyy	yksiköiden välinen	YHTEISTYÖ
Järjestetään neuvoloissa ja osin sairaaloissa		
Sairaalan ja avopuolen yhteistyö antaa asiakkaalle tunteen jatkuvuudesta, vaikka hoitavat henkilöt vaihtuisivatkin		
Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon limittyminen valmennuksessa ja äitiyshuollossa		
Ultrakäynteihin erilaisia sisältöjä, perheen valmistaminen ja yhteisön luominen sairaalaympäristöön	työnjako	
Perhevalmennuksessa sairaala keskittyy synnytysvalmennukseen, ensimmäisten päivien tärkeyteen, varhaisen vuorovaikutuksen havainnointiin, oman kehon käyttöön synnytyksessä ja voimaantumiseen		
Synnytysvalmennus sairaalassa		
Valmentaja oma neuvolan terveydenhoitaja, jolloin mahdollistuu asiakaslähtöinen valmennus	oma terveydenhoitaja	VALMENTAJA
Moniammatillinen yhteistyö, terveydenhoitajat, kätilöt, fysioterapeutit, suuhygienistit	moniammatillinen tiimi	
Perhevalmennusta järjestää moniammatillinen tiimi, jossa on neuvolan terveydenhoitajan (kätilö-terveydenhoitajan) lisäksi sosiaalipuolen perhetyöntekijä, psykologipuolen osaaja, ehkä psykiatrinen sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti, parisuhdeammattilainen, sairaalan puolelta kätilö		
Seksuaali- ja parisuhdeasioista kertova voisi olla kolmannelta sektorilta, esim. kirkosta/srk.sta tai järjestöstä		
Moniammatillinen yhteistyö: fysioterapeutit, psykologit, perheneuvojat		
Moniammatillinen yhteistyö: mukaan sosiaalipuolen ammattilaiset		
Moniammatillisen tiimin seurauksena sosiaalipuoli tulee tutuksi, eikä ole enää pelottava huostaanottoa tarkoittava mörkö, vaan arjen pärjäämistä tukeva instanssi		
Äitiyshuollossa terveydenhoitajan kyettävä antamaan tasapuolista ja neutraalia tietoa esim. sikiöseulonnoista, niin, että perheillä säilyy todellinen valinnanvapaus eivätkä ne tule painostetuiksi/ koe tulevaisuutta painostetuiksi	tasapuolisen ja neutraalin tiedon antaminen	
Valmentajalla oltava laaja osaaminen, jotta jokaiselle sopiva valmennus on mahdollista	laaja osaaminen	
erityisosaamista valmentamiseen	valmennusosaaminen	

Nuorilla (korvaavilla) hoitajilla oltava opetusvalmiutta ja kykyä, karismaa	opetusvalmius		
Valmentajat tarvitsevat enemmän tietotekniikan osaamista	tietotekniikkaosaaminen		
Valmentajat tarvitsevat enemmän ryhmävetotaitoa	ryhmävetotaito		
Perhevalmentajien ymmärrettävä perhedynamiikkaa	perhedynamiikan ymmärtäminen		
Jos halutaan ylitää valmennettavien tietotaso, pitää valmentajien tietää valtavasti	Teoriatieto		
Valmennuksen vaatimustaso ja valmentajien osaamisvaatimustaso nousee vanhempien tietomäärän lisääntyessä			
Tarvitaan paljon ennakkotietoa valmennettavista perheistä	ennakkotieto valmennettavista		
Työnohjauksessa ja koulutuksessa huomioitava kansainvälistyminen	kulttuuriosaaminen		
Perhevalmennuksessa annettava tukea vanhemmuuteen	vanhemmuuden tukeminen		SISÄLTÖ
Perhevalmennuksessa ei puhuta, mitä tarvikkeita vauva tarvitsee, vaan siitä miten satsataan itseän, miten suunnitella ajankäyttöä, millaiset voimavarat on, mistä saa apua ja verkostoitumisen eduista jne.	Arjessa selviytyminen		
Imetysohjaus kuuluu valmennukseen	imetysohjaus		
Valmennetaan äitiä (henkisesti, fyysisesti ja psyykkisesti) itse synnyttämään sen sijaan, että kerrotaan mitä synnytysalissa tehdään	aktiivinen synnyttäminen		
Valmennuksessa keskeistä parisuhteeseen liittyvät asiat	parisuhde		
Valmennuksessa keskeistä seksuaalisuuteen liittyvät asiat	seksuaalisuus		
Valmennuksessa keskeistä vanhemmuuteen liittyvät asiat	vanhemmuus		
Tarvetta antaa opetusta lapsen ravitsemuksesta ja ruoanlaitosta	ravitseminen		
Perheet tarvitsevat kaikki tiedot perheen ja vauvan hoitamisesta, koska vanhemmilla ei itsellään kokemusta pienistä lapsista	vauvan hoitaminen		
Valmennukseen vanhempien väliset keskustelut omasta lapsuudesta ja siitä mitä haluaa antaa tulevalle lapselle	keskustelu omasta lapsuudesta		
Sama valmis paketti kaikille - yksilöllisyys neuvolakäynneillä	yhdenmukainen		
Kunkin ryhmän tarpeesta lähtevät sisällöt	ryhmän tarpeista lähtevä		
Valmennuksessa oltava perheiden tarpeet huomioonottavaa, yksilöllistä (niin paljon kuin ryhmätilanteissa voi olla) ja tasapuolista	perheiden tarpeista lähtevä		
Yhdessä suunniteltu paketti, jonka ajanmukaisuutta ja paikkaansapitävyyttä seurataan tiheästi	yhdessä suunniteltu		
Perhevalmennus ja muu neuvonta keskustelevammaksi	keskusteleva		
Ei enää yhteistä kalvosulkeissabluunaa	yksilöllisistä tarpeista lähtevä		
Yleisestä tiedonjakamisesta siirrytään yksilölliseen tietoon			

Tarjottava enemmän psyykkistä ja sosiaalista tukea	psyykkinen ja sosiaalinen tuki	ONGELMIEN ENNALTA-EHKÄISY
Perhevalmennuksessa ja äitiyshuollossa puututtava herkästi ja voimakkaasti orastaviin ongelmiin	varhainen puuttuminen	
Ongelmiin puututtava siinä vaiheessa, kun perhe vasta aloittaa yhteistä taivaltaan, ongelmien ilmetessä, kun eivät ole vielä ehtineet paheta		
Ryhmäytyminen valmennuksessa tärkeää - tukiverkoston luominen	tukiverkoston luominen	
Koko perheen, ei vain äidin ja vauvan tukeminen	perheen vahvistaminen	
Isien ja perheiden mukaanottaminen valmennukseen tärkeää		
Sisarusvalmennus?		
Palveluita siirtyy nettiin. Pahimmassa tapauksessa valmennus on pelkästään netin kautta tapahtuvaa	palveluiden siirtyminen nettiin	NETTI-VALMENNUS
Vanhemmat hyödyntää nettiä + muuta teknologiaa enemmän valmennuksessa, mutta arvostavat myös livekontakteja		
Tekniikan avulla mahdollistuu etävalmennus ja sen myötä valmennus harvaanasutuilla alueilla		
Kunnalliselle puolelle myös nettijuttu perheille		
Ei etävalmennusta	ei etäpalveluita	VALMENNUS-RYHMÄT
Maahanmuuttajille erilliset ryhmät ehkä hyvä asia	maahanmuuttajaryhmät	
Maahanmuuttajille oma ryhmä, jossa kolmas sektori mukana		
Somaliperheet voivat osallistua tavallisiin ryhmiin eivätkä välttämättä tarvitse omia ryhmiä		
Omia ryhmiä & valmentajia erikulttuurisille		
Myös kieltä osaavat maahanmuuttajaisät voivat osallistua valmennukseen ainakin ensimmäisen lapsen kohdalla		
Sinkkiäitikirssit	sinkkuvalmennukset	
Spesiaalikirssit eri ryhmille, high society vs. ruohonjuuri	erityisvalmennukset	
Perhevalmennukseen tulee äidin kanssa joku muu, kuin toinen vanhempi, esim. ystävä, isoäiti	muut kuin perheenjäsenet valmennuksessa	
Synnytysvalmennukseen mennään kaveriporukalla		
Adoptioperheet otetaan mukaan perhevalmennukseen ja heidän tarpeensa huomioidaan	adoptioperheet	
Romaaniperheiden perhevalmennus	romaaniperheet	
Erilliset isäryhmät	isäryhmät	
Ryhmät pienempiä ja niissä on tilaa keskusteluille	Pienet ryhmät	RYHMÄMUOTO
5 pariskuntaa/6-12 henkilöä ihannekoko		
Ryhmävalmennuksille ei enää niin suurta tilausta, ne koetaan turhiksi	yksilövalmennus	
Ihmiset haluavat enemmän yksilöllistä ohjausta		
Personal trainerit perhevalmennukseen. Henkilökohtainen valmennus		
Personal trainer tyyppinen henkilökohtainen valmennus		
Yksittäisten pariin valmennukseen ei mennä, eikä se olisi toivottavaa (synnyttäminen universaali tapahtuma)	ryhmävalmennus	

Ryhmävalmennukset tulevat säilymään, osa valmennuksista siirtyy neuvolakäynteihin		
Jaksotus niin, että 4 x ennen synnytystä ja 3 x syntymän jälkeen	valmennus määrät	AJALLINEN PAINOTUS
Pitäisi painottua nykyistä enemmän syntymän jälkeiseen aikaan	syntymän jälkeinen valmennus	
Tuen painotettava myös syntymän jälkeiseen aikaan		
Enemmän valmennusta lapsen syntymän jälkeen		
Valmennus jatkuu vielä synnytyksen jälkeen		