



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Adoptivföräldrar till barn 0-6 år -upplevelser av hälso-och sjukvårdens stöd

Författare: Hanna Hallström

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Juni 2009

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Adoptivföräldrar till barn 0-6 år

- upplevelser av hälso-och sjukvårdens stöd

Författare: Hanna Hallström

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Juni 2009

Abstrakt

Syftet var att beskriva de upplevelser adoptivföräldrar till barn 0-6 år har av hälso- och sjukvårdens stöd. Metoden var kvalitativ innehållsanalys och 14 adoptivföräldrar intervjuades. Analysen gav huvudkategorin; Ambivalent stöd till ”nyfödda” barn. Det var en belastning att själva behöva ta alla kontakter med hälso- och sjukvården. Känslan var att inte bli bemött på samma sätt som biologiska föräldrar. Kategorierna blev stöd från barnsjukvården, stöd från barnhälsovården samt stöd utanför hälso- och sjukvården med subkategorier. Föräldrarna upplevde avståndstagande när personalen inom sjukvården var stressad och ointresserad samt kunskapen bristfällig. Närhet upplevdes när personalen var professionell och engagerade sig i familjens behov. Stödet från barnhälsovården upplevdes som att vara i ett sammanhang när föräldrarna välkomnades som nyblivna adoptivföräldrar medan utanförskap upplevdes när familjens behov inte tillfredsställdes. Specifikt adoptivföräldragruppstöd var tvetydigt. Önskan om fler träffar i föräldragruppen samt kompetenta ledare berördes av många. Personanpassat stöd utanför hälso- och sjukvården kompletterade bristerna på stöd.

Nyckelord

(adoptivföräldrar, barnsjukvård, barnhälsovård, stöd, upplevelser)

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	3
Adoptionsförekomst i Sverige	3
Adoptivbarnet och adoptivföräldrarna	4
Adoptivbarns rättigheter och hälso- och sjukvårdens skyldigheter	4
Adoptivföräldrars möte med hälso- och sjukvården.....	7
Syfte	9
Metod	9
Urval av undersökningsgrupp	10
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument.....	10
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Demografi.....	13
Ambivalent stöd till "nyfådda barn"	14
Stöd från barnsjukvården	15
Stöd från barnhälsovården.....	19
Stöd utanför hälso- och sjukvården.....	24
Diskussion.....	25
Diskussion av vald metod	25
Diskussion av framtaget resultat.....	27
Konklusion.....	31
Kliniska implikationer.....	32
Referenser	34
Bilaga 1	38
Bilaga 2	39
Bilaga 3	41

Problembeskrivning

Enligt uppgifter från Statens offentliga utredningar [SOU], 2003:49 ”Adoption till varje pris” upplever många adoptivföräldrar det svårt att få hjälp med adoptionsrelaterade hälso- och sjukvårdsproblem från den offentliga sjukvården. Specifik kunskap om adoption och adoptionsrelaterade problem förekommer idag inte i vare sig grundutbildningar eller specialistutbildningar för de olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med adoptivfamiljer. Risken med denna kunskapsbrist är att adopterade barn och deras familjer ej får det stöd och den behandling som de behöver samt den goda vård som de har rätt till (a.a.).

Bakgrund

Adoptionsförekomst i Sverige

Idag sker det över 30 000 internationella adoptioner per år i världen och mer än hundra länder berörs av dessa. Sverige är det näst största mottagarlandet för internationella adoptioner efter USA och det totala antalet adoptioner uppgår idag sammanlagt till 44 000. Majoriteten, cirka 2/3, av svenska adoptivbarn har adopterats före två års ålder och cirka 1/5 mellan två och fyra års ålder (Lindblad, 2004). I Sverige har antalet barn som adopteras per år mellan 2000-2006 varit mellan 879-1109 stycken (Tabell 1).

Tabell 1. Antalet adopterade barn i Sverige mellan år 2000-2006.

Plats/År	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Adoptioner i Skåne	-	-	107	129	133	133	96
Adoptioner i Sverige	981	1044	1107	1046	1109	1083	879

(Källa: Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, 2006)

Adoptivbarnet och adoptivföräldrarna

Adoption definieras som en permanent, legal placering av ett barn i en familj som det saknar släktband till (Johnson, 2002). Levnadsbakgrunden för de adopterade barnen kan skifta mellan individer och mellan adoptionsland. Faktorer såsom långvariga placeringar på barnhem, undernäring och traumatiska upplevelser kan på sikt påverka barnets utveckling mer än adoptionen och förhållanden i samband med denna. Dessa omständigheter kan leda till att adopterade barn avviker från den övriga befolkningen i en viss ålder men det behöver inte betyda att dessa avvikelser är bestående (Lindblad, 2004).

Adoptivbarn har ofta en fördel gentemot andra barn och det är att det inför varje adoption görs en noggrann utredning av adoptivföräldrarna för att säkerställa god ekonomi och goda familjeförhållanden (Johnson, 2002). Lindblad (2004) menar dock att en del adoptivföräldrar har ett svårare psykologiskt utgångsläge än biologiska föräldrar då många har genomgått år av ofrivillig barnlöshet, då de inte har den biologiska och psykologiska förberedelsen som en graviditet innebär och då anknytningen till barnet kan störas av olika orsaker (a.a.).

Adoptivföräldrar har i huvudsak två olika förhållningssätt till adoption ”förnekande av skillnad” och ”accepterande av skillnad” i en jämförelse med att vara biologisk förälder. Det som skiljer dessa två förhållningssätt åt är insikten att adoptivbarn är annorlunda och att de, även om de på många sätt påminner om biologiska barn, har särskilda behov (Lindblad, 2004).

Adoptivbarns rättigheter och hälso- och sjukvårdens skyldigheter

Barn som berövats sin familjemiljö ha rätt till alternativ omvårdnad såsom adoption och detta skall ske med beaktande av barnets bästa (FN:s barnkonvention, 1989). I Haag år 1993 antogs en konvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner med intentionen att barn bör växa upp i en familjemiljö genomsvad av lycka, kärlek och förståelse för att kunna uppnå en fullständig utveckling av sin personlighet. All adoption skall ske med beaktande av barnets bästa och med barnets grundläggande rättigheter som utgångspunkt (Haagkonventionen, 1993).

Socialstyrelsens allmänna råd [SOSFS],(1989:20) ”Om hälsoundersökning av utländska adoptivbarn” [tropikundersökning] omfattar att ”Barn, som kommer till Sverige från länder med ett annat sjukdomspanorama och andra miljömässiga förhållanden, bör erbjudas en hälsoundersökning som är anpassad till deras speciella behov. Detta gäller utländska adoptivbarn. Kroppundersökningen bör i synnerhet inriktas på barnets allmäntillstånd, näringsstillstånd och psykomotoriska utveckling. Läkaren bör också tänka på eventuella missbildningar och förlossningsskador, särskilt vid undersökning av spädbarn, liksom sjukdomar som mera sällan förekommer i vårt land, t.ex. malaria, lungtuberkulos, nutritionsrubbnings, thalassemi etc. Vidare är det väsentligt att uppmärksamma gulsot, hudutslag, hudinfektioner, sår, bett och ärr, lymfkörtelförstoringar, lever- och mjältoförstoring, rinnande öron, perforerade trumhinnor, hörselnedsättning och ögoninfektioner. Barnets längd, vikt och skallomfång bör registreras” (a.a.).

”Provtagningarna bör individualiseras med hänsyn till läkarens bedömning i det enskilda fallet. Exempel på undersökningar som ofta blir aktuella är följande: lungröntgen, tuberkulinprovning, hemoglobinvärde, vita blodkroppar och totaleosinofila i blod, lueserologi, HIV-antikroppar, malariaprover, hepatit diagnostik (S-ALAT och HBsAg), urinprov för bestämning av äggvita, socker (glukos), hemoglobin, avföringsprov för odling av Salmonella och Shigella samt undersökning på förekomst av cystor och maskäggar” (SOSFS 1989:20).

”Fynd vid kroppundersökningen eller resultat av provtagningen kan ibland leda till att en särskild kontroll eller behandling vid barnmedicinsk eller infektionsmedicinsk klinik blir nödvändig. HBsAg: Socialstyrelsen rekommenderar att alla utländska adoptivbarn undersöks på förekomst av HBsAg (gulsot). Barn kan ha smittats med HIV från en HIV-positiv moder under graviditeten eller vid förlossningen. Barn kan också ha smittats, om de tillförts blod eller blodprodukter från HIV- positiva givare eller om man använt orena kanyler i samband med provtagning, vaccination eller annan injektion. Det finns även en viss risk för smittöverföring via bröstmjölken vilket har beskrivits i enstaka fall” (SOSFS 1989:20).

Svenska hälso- och sjukvårdens mål är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen och vården skall ges med respekt för varje människas värdighet, självbestämmande och integritet samt hålla god kvalitet och utformas i samråd med patienten. På detta sätt främjas goda kontakter, kontinuitet och trygghet i vård och behandling [HSL]

(SFS, 1982:763 2§). Regeringen rekommenderar att det i varje landsting skall finnas tillgång till ett multidisciplinärt team med specialkunskaper om adoption och adoptionsrelaterade problem (SOU 2003:49). Socialstyrelsen (SOSFS 1989:20) lägger till att alla som i sitt yrke kommer i kontakt med adopterade bör känna till gruppens särskilda svårigheter så att eventuella problem kan uppmärksammas och behandlas snarast. BHV-sjuksköterskan har en viktig roll i omhändertagandet av adoptivbarnet och adoptivfamiljen. Rekommendationen är att BHV utformar ett särskilt program för omhändertagande av adoptivbarn för att ge föräldrarna stöd i sin nya livssituation och hjälpa dem i anknytningen till sitt nya barn (a.a). Socialnämnden ansvarar enligt socialtjänstlagen för hjälp och stöd till föräldrar i samband med adoption och samarbete mellan dess personal och sjuksköterskan på BHV krävs för att adoptivfamiljen skall få relevant stöd (Socialtjänstlagen [SFS], 2001:453).

Varje enskild kommun är enligt socialstyrelsen (SOSFS 2008:8), Socialnämndens handläggning av ärenden om adoption) skyldig att stå för en förberedande föräldrautbildning för de som ansöker om adoptionsmedgivande. Utbildningen skall ledas av någon som har en beteendevetenskaplig utbildning, goda kunskaper i de områden som berörs i studiematerialet, kunskaper i hur en utredning om medgivande för adoption går till, erfarenheter av att leda grupper samt ha pedagogiska kunskaper. Kommunen ansvarar för att utbildaren följer föräldrautbildningsmaterialet samt kontinuerligt tar del av utveckling som sker på de områden som materialet berör (a.a.).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) skall sjuksköterskan arbeta efter att tillvarata det friska hos patienten, ge basal och specifik omvårdnad anpassad efter fysiska, psykiska, sociala och kulturella skillnader. Information skall ges på ett tydligt och empatiskt sätt och möjliggöra patienters och anhörigas delaktighet i vården samt vara individ- eller gruppbaserad efter behovet hos patient och anhörig. Sjuksköterskan bör kunna samarbeta med andra aktörer i vårdkedjan och verka för en adekvat överföring av information mellan olika enheter vilket i sin tur resulterar i en effektiv vård med kontinuitet och kvalitet för patienten (a.a.).

BHV har enligt lokala rekommendationer i ett sjukvårdsdistrikt i Skåne ansvar att bedöma barns tillväxt och hälsotillstånd ur fysiologisk, psykologisk och social aspekt (Månsson, 2006). BHV samarbetar inom samma sjukvårdsdistrikt med mödrahälsovård, perinatalvård, övrig primärvård, socialtjänst, skolhälsovård och barnmedicinsk enhet (Bergmark, 2005).

Enligt den nationella strategin för ”samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap” (SOU 2008:131) skall alla föräldrar erbjudas samma möjligheter till stöd och hjälp. Målet är att främja allas hälsa och positiva utveckling samt att ge alla ett så omfattande skydd som möjligt mot ohälsa och problem. I det arbetet skall inte någon enskild individ eller grupp väljas ut (a.a.). BHV i ett av de skånska sjukvårdsdistrikten erbjuder riktade föräldragrupper som komplement till de ordinarie föräldragrupperna. I en av dessa riktade föräldragrupper får adoptivföräldrar möjligheten att under ledning av barnhälsovårdspsykolog träffas fyra gånger och samtala kring barnens och familjernas speciella behov (Bergmark, 2006).

Adoptivföräldrars möte med hälso- och sjukvården

I en enkätstudie av Dhimi, Mandel & Sothmann (2007) utfördes en undersökning för att utvärdera ett adoptionsprogramms åtgärder av att stärka adoptivfamiljer, öka deras medvetenhet om adoptionsspörsmål och utveckla specialiserad service till familjerna. I studien ingick 43 adoptivföräldrar till 68 barn. Studien som genomfördes i Canada visade att föräldrar som adopterat spädbarn var mer trygga i sin föräldraroll medan föräldrar som adopterat äldre barn var mer otrygga och behövde mer uppföljning och stöd efter adoptionen. Cirka hälften av adoptivföräldrarna behövde mer hjälp och stöd i direkt samband med adoptionen. Ett fåtal föräldrar använde sig enbart av professionellt stöd medan hälften vände sig till professionellt stöd i kombination med stöd från familj och vänner. Majoriteten skulle använda sig av adoptionsstöd om de blev erbjudna detta men många saknade informationen om dess tillgänglighet och hur de skulle gå tillväga för att få detta stöd (a.a.). Liknande resultat visades i en norsk studie (Rykkje, 2007) med nio föräldrapar och fyra mammor som adopterat barn i åldrarna 18 månader till 14 år och tre distriktssköterskor varav två arbetade inom BHV och en inom skolhälsovården. Syftet var att utforska adoptivfamiljers utmaningar, hur de klarade av dessa och kontakten med distriktssköterskan samt behov av stöd efter adoption. Adoptivföräldrarna önskade extra stöd och uppföljning. Barnets fysiska hälsa tillgodosågs men distriktssköterskorna hade bristande kunskap om adoptivfamiljers speciella behov. Adoptivfamiljernas upplevelse var att de föll utanför ramarna i den vanliga BHV hälsoövervakningen och distriktssköterskan upplevdes ”normalisera” barnet i stället för att acceptera att det var annorlunda och hade andra behov. Distriktssköterskorna menade att adoptivfamiljernas upplevelse av bristande stöd berodde på att dessa inte själva efterfrågade

stöd i vardagliga problem och inte informerats om vilket stöd distriktssköterskan kan ge. Slutsatsen var att det bör finnas ett bättre postadoptiv stöd med ett speciellt uppföljningsprogram för adoptivföräldrar inom primärvården (a.a.).

Mc Donald, Propp och Murphy (2001) utforskade behovet av familjers stöd efter en adoption med enkät till 309 adoptivfamiljer varav 160 svarade. Cirka 1/3 av föräldrarna upplevde ett behov av en stödgrupp efter adoptionen, en del efterfrågade också stödgrupper för syskon. Dessutom önskades utökad service och mer resurser i form av stödgrupper samt bättre kontinuitet i mötet med personal från hälsovården och socialtjänsten (a.a.).

Smit, Delpier, Tarantino, Anderson (2006) undersökte adoptivföräldrars upplevelser när adoptivbarn vistades på sjukhus. De intervjuade 10 föräldrar till adopterade barn och 55 föräldrar till biologiska barn. Adoptivföräldrarna upplevde markant mer stress än de biologiska föräldrarna beroende på personalens kommunikation med adoptivföräldrarna om barnets sjukdom. Det största problemet för sjukvårdspersonalen var att adoptivföräldrarna hade bristande information om adoptivbarnets familj och medicinska historia. Slutledningen var att hälso- och sjukvårdspersonal bör bli bättre på att kommunicera med adoptivföräldrar utifrån det sjuka barnets behov (a.a.).

I en studie gjord av Linville och Prouty Lyness (2007) utfördes intervjuer med 20 adoptivfamiljer, som adopterat barn mellan 3-5 år från rumänska eller ryska barnhem. Man undersökte hur föräldrarna anpassat sig efter adoptionen och hur de upplevt adoptionsprocessen. Alla deltagare upplevde att deras familj genomgått en abrupt förvandling till följd av adoptionen. Utöver att vara förälder var de även lärare till sina barn och detta upplevdes som en extra roll utöver föräldrarollen. Adoptivföräldrarna var känslomässigt pressade, deprimerade och sjuka efter adoptionen. Stöd från familj och vänner och hur väl de själva förberett sig inför adoptionen var avgörande för förmågan att återhämta och anpassa sig. Dåliga upplevelser i kontakten med sjukvården eller skolan gjorde att de sökte sig till andra vårdgivare som bättre tillgodosåg deras behov. Ett stort problem var personalens oförmåga att tro på och bekräfta adoptivföräldrarnas upplevelser av sitt barn. Det fanns brist på kunskap om de behov som postinstitutionella barn har. Föräldrarna utvecklade en förmåga att läsa av om sjukvårdspersonalen var mottaglig för föräldrarnas behov av vård. Några föräldrar behöll den läkare de börjat vända sig till även om specifik adoptionskunskap saknades, om läkaren föreföll villig att tillmötesgå föräldrarnas behov. Ökad samordning

mellan olika instanser önskades tillika med lokala stödgrupper för familjer som adopterat internationellt (a.a.).

Atkinson och Gonet (2007) genomförde djupintervjuer med adoptivfamiljer för att beskriva de utmaningar adoptivfamiljer möter och vilken service de behövde. Det genomfördes 500 intervjuer med 406 olika adoptivfamiljer under åren 2003-2006. Viktigt var stödgrupper där adoptivföräldrar kunde utbyta erfarenheter och lära sig om områden och resurser som var av vikt för dem. Föräldrarna beskrev också behov av adoptionskunskap hos personal i skolor, sjukvård och socialtjänst samt att stöd från dessa behövdes för att adoptionen skulle bli lyckad. Föräldrarna upplevde att de genom stöd förstärkt sin coping-förmåga och kunde förstå och älska sina barn (a.a.)

Svenska studier kring adoptivföräldrars upplevelser av hälso- och sjukvården förefaller vara bristfälligt. Sverige ligger i täten för internationella adoptioner och detta ställer krav på att undersöka svenska föräldrars upplevelser av kontakten med hälso- och sjukvården.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva de upplevelser som adoptivföräldrar till barn i åldrarna 0-6 år har av hälso- och sjukvårdens stöd.

Metod

Studien är en kvalitativ empirisk studie. I kvalitativa undersökningar erhålls kunskap om människors upplevelser i vardagen. Den valda metoden är intervju i form av en dialog mellan två människor. En intervjuguide (bilaga 1) utvecklades med specifika områden som önskades få belysta utifrån syftet. För att intervjun skall vara framgångsrik krävs ett gott samarbetsklimat (Olsson & Sörensen, 2007). Enligt Polit och Hungler (1997) skall intervjuaren utöver att ställa frågor även vara en god lyssnare. Endast genom att noggrant lyssna på det informanten säger kan relevanta följdfrågor ställas och fördjupa innehållet i

intervjun (a.a.). Berättelserna som framkommer i intervjun skall ha relevans i förhållande till syfte och problemområde (Olsson & Sörensen, 2007).

Urval av undersökningsgrupp

Ett strategiskt urval gjordes där inklusionskriterier var att föräldern/föräldrarna skulle ha ett barn som adopterats från ett annat land än Sverige och som inte var en släkting och familjen skulle vara bosatt i södra Sverige. Barnet skulle vara mellan 0 – 6 år vid adoptionen. Adoptionen skulle ha inträffat från år 1995 och framåt. Detta för att begränsa antalet potentiella deltagare i studien samt för att få uppdaterad information som är relevant i dagens BHV och barnsjukvård. Föräldrarna skulle förstå och tala svenska. Exklusionskriterier var familjer som flyttat till södra Sverige efter det att barnet fyllt 6 år. Detta då barnet i sådana fall ej har kommit i kontakt med BHV i södra Sverige utan enbart skolhälsovården.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

En kvalitativ ansats valdes då studien ämnade studera helheter och inte isolerade fenomen. Då en beskrivning av insamlad data skulle ske valdes en induktiv utgångspunkt för studien. Den kvalitativa ansatsen används framförallt till att förklara, beskriva och fördjupa förståelsen av mänskliga uppfattningar och upplevelser. Detta innebär att upptäcka mönster och kännetecken i informanternas upplevelser och att beskriva dessa upplevelser (Willman, Stoltz, Bahtsevani, 2006).

Studien genomfördes med intervjuer. Fördelen med kvalitativa intervjuer är enligt Kvale (1997) deras öppenhet. Intervjuaren är dock själv det viktigaste instrumentet för erhållandet av kunskap och är därför av stor betydelse under själva intervjun. Intervjuaren har ansvar dels för sin egen profession men även för sina undersökningspersoner (a.a.)

Genomförande av datainsamling

Tillstånd för studien inhämtades från den lokala ordföranden i Adoptivfamiljers förening [AFF] innan studien påbörjades (bilaga 3). Deltagarna rekryterades genom att ett informationsbrev om studien mailades till en mellanhand på AFF som i sin tur vidarebefordrade det till föreningens medlemmar i nordvästra Skåne samt via muntlig information av författaren på en öppen förskola för adoptivbarn. De som önskade delta i studien uppmanades meddela mellanhanden på AFF som i sin tur vidarebefordrade deltagarnas kontaktuppgifter till författaren alternativt kontakta författaren på den mailadress som nämns på informationsbladet. Författaren telefonkontaktade föräldrarna inom en vecka för att bestämma när och var intervjun kunde genomföras. I informationsbrevet (bilaga 2) informerades om frivilligheten att delta, konfidentialiteten, möjligheten att avbryta deltagande utan att ange orsak och att deltagandet inte kommer att påverka fortsatt kontakt med vårdinstanser. Informerat samtycke inhämtades före intervjuens genomförande. Samtliga föräldrar som anmält sitt intresse att delta i studien blev intervjuade och studien har inget bortfall.

AFF är en nationell förening vars uppgift är att bygga nätverk för adoptivfamiljer i Sverige. Den har funnits sedan år 2001. Enligt stadgarna är det en förening som aktivt stödjer och skapar kontakt mellan adoptivfamiljer, förbättrar villkoren för adoptivfamiljer i Sverige samt sprider kunskap och information om adoption och adoptivfamiljer. Föreningen bedriver inte förmedling av adoption. AFF använder internet för sin verksamhet och presenterar i första hand sin information på webbplatsen och sänder information till sina medlemmar per e-post (AFF, 2008)

Intervjuer genomfördes under sommaren och hösten 2008. Sammanlagt genomfördes 13 intervjuer varav åtta var mammor, två var föräldrapar som valde att bli intervjuade separat [dvs. fyra intervjuer] och ett föräldrapar som önskade bli intervjuade tillsammans. Plats och tid för intervjuerna bestämdes i samråd med föräldrarna. Två intervjuer genomfördes hemma hos författaren, tre genomfördes på allmänplats dvs. en förälders arbetsplats respektive en avskild hörna på ett lokalt café. Övriga intervjuer genomfördes hemma hos deltagarna. Intervjuerna inleddes med en ”lära-känna fas” som följdes av en öppen fråga ” Berätta fritt om dina/era upplevelser av dina/era kontakter med dels BVC men även med barnsjukvården efter

det att ni kom hem med ert adoptivbarn”. Därefter ställdes följdfrågor för att fördjupa innehållet och öka förståelsen. Intervjuguiden (bilaga 1) användes i slutet av intervjun för att se över att alla områden var berörda. Intervjuerna varade mellan 20 - 60 minuter och spelades in på bandspelare med deltagarnas samtycke. Efter intervjun gavs möjlighet till fortsatt samtal som avslutning.

En provintervju genomfördes innan studien påbörjades. Detta för att testa intervjuguidens relevans samt träna intervjuteknik. Deltagaren i provintervjun föll in under studiens inklusionskriterier men det material som framkom ingår inte i studiens resultat. Inga revideringar av intervjuguiden gjordes efter provintervjun.

Genomförande av databearbetning

Den insamlade informationen analyserades utifrån delar av Burnard's (1991) innehållsanalys enligt följande. Intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes därefter igenom upprepade gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Varje intervjutext delades upp i meningsenheter omfattande en sats eller ett kortare avsnitt där innehållet hörde samman. Nästa steg var att transformera texten och slutligen komma fram till koder. Koder med liknande innehåll fördes samman för att hitta subkategorier. Därefter lästes all intervjutext för att se att subkategorierna representerade all text. Text skrevs till subkategorierna och därefter formerades kategorier. Författaren genomförde analysen för alla intervjuerna och en erfaren forskare gjorde en oberoende analys av fem intervjutexter. Subkategorier och kategorier diskuterades tills samtycket uppnåddes.

Etisk avvägning

Den etiska avvägningen följer Declaration of Helsinki (The world medical association, 2008). Information till deltagarna i studien gavs såväl skriftligt som muntligt och informerat samtycke gavs innan intervjuerna genomfördes. Deltagarna informerades om möjligheten att när som helst under studiens gång avbryta sin medverkan utan att behöva ange skäl till detta. Intervjuerna gjordes på plats i samråd med föräldrarna. Tillstånd för genomförande av studien

inhämtades från den lokala ordföranden i AFF. Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) har gett ett rådgivande yttrande innan studien påbörjades (VEN A51-08). All information har efter deltagarnas godkännande spelats in på band. Informationen har kodats och avidentifierats i samband med transkriberingen, detta för att bevara deltagarnas konfidentialitet och identitet.

Resultat

Demografi

Sammanlagt genomförde föräldrarna 14 adoptioner mellan år 2004 och 2008. En av dessa adoptioner var en tvillingadoption, en var en adoption av ett barn med ”special needs” och två stycken var syskonadoptioner. En av familjerna hade ett biologiskt barn sedan tidigare och en familj hade tidigare genomfört en adoption i ett annat europeiskt land. Av de föräldrar som intervjuades hade två personer adopterat i egenskap av ensamstående förälder och resterande föräldrar levde i ett parförhållande då adoptionen genomfördes. Barnen som adopterades var mellan 8 veckor och 24 månader vid tidpunkten för adoptionen. Majoriteten, 11 stycken, av barnen adopterades från Asien och resterande tre från Afrika.

Resultatet redovisas utifrån den huvudkategori, kategorier och subkategorier som framkommit. Huvudkategorin blev Ambivalent stöd till ”nyfödda” barn. Kategorin: ”Stöd och råd från barnsjukvården” omfattar subkategorierna: avståndstagande, närhet och bristande kunskap. Kategorin ”Stöd och råd från barnhälsovården” omfattar subkategorierna: att vara i ett sammanhang, att vara utanför och tvetydigt adoptivföräldragruppstöd. Kategorin ”Stöd och råd utanför hälso- och sjukvården” omfattar subkategorin: personanpassat stöd (Figur, 1). Citat redovisas för varje subkategori för att belysa texten med intervjuinnehållet.

Figur1. Huvudkategori, kategorier och subkategorier.

Ambivalent stöd till "nyfådda" barn

<i>Stöd från Barnsjukvården</i>	<i>Stöd från barnhälsovården</i>	<i>Stöd utanför hälso- och sjukvården</i>
- avståndstagande	- att vara i ett sammanhang	- personanpassat stöd
- närhet	- att vara utanför	
- bristande kunskap	- tvetydigt adoptivföräldragrupsstöd	

Ambivalent stöd till "nyfådda" barn

Att ha ett "nyfått" barn istället för ett nyfött barn var en upplevelse och ett ord som användes av föräldrarna för att beskriva den utanförkänsla som alla på ett eller annat sätt upplevt. Det "nyfådda" barnet var en person som föräldrarna måste lära känna. Att lära känna barnet var något mer än att ta barnet till sitt hjärta. Barnet var en person som hade många upplevelser med sig som föräldrarna aldrig kommer att få ta del av men som det ändå måste tas hänsyn till då de varsamt möter sitt barn. Det fanns en känsla av att det "nyfådda" barnet inte var lika välkommet i det svenska samhället som ett nyfött barn. Föräldrarna inbjöds inte till att ta del av den samhällsliga omsorgen inom hälso- och sjukvården som biologiska föräldrar naturligt får ta del av och erbjuds utan att själva behöva söka sig till dessa institutioner. Adoptivföräldrar måste ta egna initiativ till kontakt med hälso- och sjukvården och detta upplevdes som en belastning. Föräldrarna behövde lugn och ro för att lära känna sitt barn samtidigt som de behövde stöd och råd för att göra så att barnet fick den bästa omsorgen när det gällde hälsan, speciella behov och utvecklingsmöjligheter.

"De [BVC personalen] sa för er är det här ett nyfått barn även om hon är 7 ½ månad som hon var när vi kom hem. Hon [BVC- sjuksköterska] brukar säga att de har två åldrar. En ålder de har från de kommer och en biologisk ålder. Så hon räknade dem från noll när de kom och det tycker jag är rätt vettigt". (010)

Stöd från barnsjukvården

Avståndstagande

Det stöd som föräldrarna upplevde i samband med tropikundersökningen var både avståndstagande och närhet. Så gott som lika många föräldrar hade upplevt antingen avståndstagande eller närhet.

Avståndstagandet präglades av att informationen inför tropikundersökningen var bristfällig och slentrianmässig. Föräldrarna var inte förberedda på det som väntade dem. Personalen var stressad och oengagerad och lokalerna undermåliga då det inte fanns några möbler mer än en stol, ingen utsmyckning och inga leksaker som kunde underlätta undersökning och provtagning. Föräldrarna fick ingen respons när de påtalade problem eller tog upp frågor de hade rörande sitt barns hälsa. Personalen föreföll helt ointresserad av att de hade med en nybliven adoptivfamilj att göra och den omställning som detta innebar. Det viktigaste var att få provtagning och undersökningar avklarade.

”Och då kom det liksom in en sjuksköterska på provtagningen, ja det är så svårt att sticka bruna barn. Då tänkte jag, det är tur för dig att detta är mitt tredje barn och mitt andra bruna barn för det är inte kul att sitta med ditt lilla, lilla barn och de inte vet hur man skall göra”. (010)

”Och jag tyckte att det kändes jättekonstigt. Min mamma [som var med som stöd] stod bara rätt upp och ned och jag satt i den här enda stolen med henne i knäet. Sjuksköterskan låg och kröp på golvet och hade ingenstans att lägga grejorna, ” ... och läkaren blev ju också stressad för hon hade ju inte då, det var inget förberett, hon hade inte alla grejor där och det blev lite spring fram och tillbaka” . (01)

”De står där i fulla masker och det är ändå första kontakten man får så det tyckte jag var lite jobbigt”. (03)

Ibland var det som att personalen var rädd för att bli smittad och osäker på omhändertagandet för att förhindra detta. Vissa undersökningar hade skjutits upp till följd av MRSA [multiresistenta staphylococcus aureus] hos barnet och föräldrarna hade i dessa fall känt sig nonchalerade och oroliga samt upplevt det som slarvigt från sjukvårdens sida. Personalen på infektionskliniken var kompetenta när det gällde omhändertagandet men annars var det problematiskt med MRSA-smittan.

”Då var det lite sådär som att han vore pestsmittad och de ville först inte liksom, och det kändes jobbigt så att det här är mitt lilla barn”. (09)

”Han hade ju ett hjärtfel när vi fick honom eller i papperna, han är ju född med ett hjärtfel. Och det sa’ vi på en gång att vi ville snabbt, snabbt, snabbt ha kollat detta då och denna MRSA gjorde ju att ingenting hände. Jag tror inte det hände någonting, vi kom hem i början av mars och det hände ingenting förrän i slutet av juni”.(06)

I den fortsatta kontakten med sjukvården kring tropikundersökningen centrerades allt runt de uppgifter som personalen var där för att utföra. Föräldrar berättade att de fick hålla fast sina barn med våld under tiden som vårdpersonalen upprepade gånger försökte ta blodprov utan lyckat resultat. Föräldrarna ville att barnet skulle träffa så få människor som möjligt i början av sin vistelse hos familjen och därför var det frustrerande för dem att personal utan någon direkt funktion fanns med vid undersökningar och provtagning. Om föräldrarna gav personalen tips om hur deras barn skulle kunna medverka till att undersökningen blev genomförd togs detta inte emot utan undersökningen genomfördes på ett sätt som gjorde att barnet mådde dåligt.

”Jo då, men där fick de inget blod förstår du. Så säger sjuksköterskan ”Jag har aldrig misslyckats”. Efter tre timmar sa’ jag, ”ja nu har du misslyckats nu gör vi inte detta mer”. (010)

”Så ett av barnen hyperventilerade och var helt, så vi låg ju och klämde fast dem och höll och stack ju på den ena tre gånger innan det kom något blod tror jag”. (05)

”Det kändes som folk kom in bara för att liksom titta och sedan skrek vårt barn jättemycket och så kände jag att det var fel det de gjorde när de höll på med speldosor och sådant men de höll på i alla fall trots att jag sa’ till dem”. (08)

Eftersom det var många provtagningar och undersökningar som ingick i tropikundersökningen upplevdes det som svårt att ta till sig den information som gavs kring vad det var för prover och undersökningar som utfördes. Föräldrarna räknade med att de automatiskt skulle få information om resultatet var bra eller dåligt eftersom det var viktigt att få hälsoundersökningen genomförd så fort barnet hade kommit. Så var det emellertid inte alltid utan det var problem med uppföljningen av undersökningarna antingen p.g.a. svårigheter med barnens provisoriska personnummer eller p.g.a. att de blev bortglömda. Föräldrarna blev oroliga och fick själva ringa och efterfråga svaren vilket ingav en känsla av att inte bli tagen på allvar.

”Det hade kanske inte varit så dumt med någon skriftlig sammanställning på vad de egentligen tänkte kolla och sedan då resultatet på det”. (04)

Närhet

Närhet upplevdes när känslan var att personalen bedömdes göra vad de kunde utifrån de dåliga miljöförutsättningar som fanns. Personalen upplevdes som professionell om blodprovstagningen gick bra, barnets behov tillgodosågs och personalen visade intresse för och en vilja till att sätta sig in i adoptivfamiljernas situation. Ett lugnt systematiskt tillvägagångssätt vid undersökningar och provtagningar där barnets behov sattes i centrum gjorde att föräldrarna kände sig trygga och att barnet var i goda händer. Det var ett gott stöd att snabbt via telefon få provtagningsresultaten och råd om den fortsatta handläggningen.

”Sedan fick vi telefonsamtal om resultatet och gick igenom lite att allt såg bra ut och det var inget konstigt där eller där”. (01)

”Ja, allt det där med prover, sedan kom personal från barn och tog prover och det gick bra. Det var jättebra alltså de är ju kanonbra på barn”. (06)

Det stöd som upplevdes som en vilja från personalen till att närma sig föräldrarna och se deras och barnets behov kunde handla om att personalen visade att de hade ett intresse för adoptionsproblematiken medicinskt och som företeelse. Den personalen visade förståelse och var lyhörd för det som föräldrarna oroade sig för. Föräldrarna behövde inte kämpa för sitt barn utan kunde i lugn och ro ta till sig information samtidigt som deras barn bekräftades.

”Vi behövde liksom inte kämpa, nej vaddå. Så tittade hon igenom alla papper och sedan sa’ hon ”det står ju klart och tydligt här [att barnet har dålig viktuppgång och matproblem]” (010).

”Det är väldigt personrelaterat, vad de har för intresse och hur de är som personer så är det ju alltid” . (03)

Bristande kunskap

Det var som att sjukvården inte var insatt i att adoptivbarn har andra behov, både fysiskt och psykiskt, än svenska barn. Föräldrarna var oroliga för sina barn när barnet visade symtom som de inte kunde tolka. De fick höra att alla barn är lika och att de bara var oroliga föräldrar. Ofta fick föräldrarna själva informera och utbilda personalen om vad som var speciellt med adoptivbarn. Det kunde vara att adoptivbarn bör hanteras varsamt då deras bakgrund till viss del är okänd men det var inget som personalen visade förståelse för.

”Till 99 % är det ju som vilket barn som helst, kanske inte precis i början men sedan är det ju det. Där finns ändå en dimension till, att man ja jag kan känna att man ibland får lite stämpel att man är nojig förälder och så och jag tycker inte om mig själv att jag är det”. (03)

Det fanns också en känsla hos föräldrarna av att inte bli bemött på samma sätt som biologiska föräldrar. Upplevelsen var att personalen tyckte att föräldrarna var besvärliga när deras barn inte utvecklades som personalen förväntade. Personalen blev samtidigt osäker på hur de skulle handla för att klara ut problemet som fanns. I dessa sammanhang tillfrågades inte föräldrarna om vad de själva tänkte kring problemet.

”Men då tycker folk att ja, ja men de är små i Asien. Men vaddå, alla hans lands barn är inte lika små som honom. Man kan ju inte bara säga så”. (03)

Avsaknaden av information om barnets medicinska och sociala bakgrund berördes av flera föräldrar och ansågs vara något som det var viktigt att ta hänsyn till. Föräldrarna kände inte till barnets tidigare upplevelser av sjukvård eller vilka fysiska och psykiska förutsättningar barnen hade haft den första tiden i sina liv. Att det är barn med en annan och okänd bakgrund och därmed andra förutsättningar än barn födda av biologiska föräldrar var det viktigt att sjukvårdspersonalen var medveten om. De föräldrar som var ensamstående upplevde speciellt att de fick för lite stöd från sjukvården när de hade funderingar kring barnets hälsotillstånd. Det var svårt att inte bli tagen på allvar eftersom de var ensamma om att kämpa för sitt barn. Liknande upplevelser fanns hos de familjer som fått barn som visat sig ha ”special needs” och när föräldrarna adopterat sitt första barn.

”Då hade man tappat hela, då kändes det som att då körde man bara enligt det som är gängse norm nu för samtliga familjer och där man då har tappat den här adoptionsaspekten”. (01)

”Men det är ju ingen diagnos att vara adopterad så jag kan ju förstå det på ett sätt men samtidigt är det ju en grupp med andra förutsättningar och annan bakgrund. Och det är känt att det är vanligt med svårigheter i denna grupp så det finns ingen ursäkt för det”. (08)

Stöd från barnhälsovården

BHV är en instans som de flesta föräldrar använder sig av i Sverige för att få stöd och råd när det gäller barns utveckling och välbefinnande. Föräldrarna visste att BHV automatiskt får meddelande när det fötts ett barn i området och att sjuksköterskan kontaktar föräldrarna när barnet kommit hem. Detta saknade adoptivföräldrarna. Upplevelserna av stödet och de råden som BHV – sjuksköterskan gav fanns det delade upplevelser av.

Att vara i ett sammanhang

Efter att föräldrarna fått besked från adoptionsorganisationen om att hämta sitt efterlängtrade barn tog de flesta kontakt med BHV. Alla upplevde denna kontakt som positiv. Det var kontakten i sig och inte informationen de fick som var positiv. Det ingav trygghet att BHV-sjuksköterskan visste att det skulle komma ett adoptivbarn i deras område. En del BHV-sjuksköterskor gav konkreta råd och tips inför barnets ankomst medan andra enbart uppmanade föräldrarna till ny kontakt vid hemkomst. Föräldrarna upplevde ett behov av information om grundläggande barnvård samt om mat, D-vitaminer, vaccinationer etc. från BHV, framför allt om det var deras första barn.

”Och hon tog emot oss för en timmes samtal några veckor innan vi åkte och hämtade tjejerna. Ja, hon hade själv ett adopterat barn och hon mötte oss på ett väldigt bra sätt och visste vad vi var ute efter för det var mycket det här att man skulle ha reda på vad äter de, hur ska man byta blöja, om de är undernärda vad ska vi göra”. (05)

”Ja, det var ju skönt på sätt och vis att få kontakt med BHV, det kändes jätteskönt för man kände sig helt ”out”. Det var ju ingen MHV och ingenting, den här normala varianten. Man var ju helt ute i det blå och bara hängde löst i luften”. (06)

Föräldrarna fick ett individuellt anpassat BHV-program varav vissa gavs möjligheten att gå på täta kontroller den första tiden efter barnets ankomst. Det upplevdes exempelvis tryggt att få väga och mäta barnet precis som om det varit nyfött. BHV-sjuksköterskor med egen erfarenhet av adoption upplevdes som ett utmärkt stöd. Föräldrarna kände det som att sjuksköterskan verkligen hade insikt i hur det var att vara nybliven adoptivförälder. Några av de sjuksköterskor som saknade kunskap om adoptivbarn skaffade information om detta då de kom i kontakt med familjerna. Att sjuksköterskan lyssnade och hade en vilja att sätta sig in i föräldrarnas upplevda problem var det bästa stödet. Vid behov hade föräldrarna fått goda konkreta råd, framför allt råd om viktproblem som var ett vanligt förekommande problem. Ett annat viktigt stöd var att föräldrarna uppmuntrades att ringa till BHV när de hade frågor eller funderingar som de ville diskutera. .

”... och då var det så här; det är lugnt kom och väg henne om ni vill. Så att det var bra råd av henne och att man fick lov att komma när man ville. ...”Sedan fick vi ju, vårt första besök var ett hembesök det glömde jag att säga. Hon kom och det var bara så där avslappnat”. (05)

”Sedan sa’ hon väl inte direkt hur jag skulle göra men hon lyssnade och förstod”. (08)

Att vara utanför

Ett par föräldrar vars barn var bärare av resistent bakterier upplevde kontakten med BHV, den första tiden, som problematisk. Detta då sjuksköterskorna saknade kunskap om hur de skulle förhålla sig till smittorisken.

”Hon [BHV-sjuksköterskan] var så nervös[över att vårt barn var MRSA positiv] att hon knappt lyssnade på vad vi hade att säga. Hon var helt upptagen med det och att allting var jobbigt, Man kände att hon skulle få städa det och så skulle hon få städa det”. (06).

När BHV- sjuksköterskor upplevdes ha svårt att förhålla sig till det faktum att föräldrarna var nyblivna föräldrar trots att barnet inte var nyfött upplevde föräldrarna sig som ovälkomna till BHV. Detta väckte känslor som att vara utanför ett sammanhang den första tiden för de fick inte det stöd och den hjälp de tyckte sig behöva.

”... då hade grannarna här fått ett nyfött barn och då ringde jag till BVC för jag hade ju läst att ja de kommer ju på hembesök till adoptivfamiljer också men nej se det gjorde man inte för det barnet var ju stort och grannen hade fått en nyfödd men hon kunde inte ta sig därifrån och hit in”. (010).

Föräldrarna fick inte komma till BHV lika ofta som föräldrar till nyfödda barn. Detta var ett hårt slag och utanförskapet blev påtagligt och förtroendet för sjuksköterskan minskade. En möjlighet för regelbunden kontakt med BHV önskades t.ex. att få väga och mäta sina barn och att få ventilera sina funderingar. BHV – sjuksköterskorna hade ingen förståelse för vad en

adoption innebar för föräldrar och vilka speciella behov adoptivbarn har. Ibland var det föräldrarna som fick informera och undervisa sjuksköterskan i stället för tvärtom.

”Det känns ju alltid jobbigt när man som förälder vet mer kanske än vad då den som är BHV-sköterska eller läkare eller vad det nu är för någonting”. (03).

I och med att det inte fanns någon kontinuitet i BHV – besöken blev adoptivfamiljen utanför den naturliga gemenskapen med andra föräldrar med jämnåriga barn som de hade hoppats på.

” Han kom ju då vid 14 månader ungefär sedan var vi där när han var två år och sedan på treårskontroll så det är ju liksom vad vi har varit där”. (09).

”Vi kommer ju utanför. Många [biologiska föräldrar] som då är föräldralediga samtidigt som oss de har ju de här småbebisarna och då kanske man behöver komma i kontakt med andra som då också har en tvååring hemma”. (03)

Ibland upplevdes bemötandet fel då sjuksköterskans fördomar om barn från vissa länder kom till uttryck på ett något kränkande sätt. Sjuksköterskans avsikt var nog inte att kränka föräldrarna men det visade på okunskapen om hur det är att vara adoptivförälder.

”Så träffade vi BHV och det var väl så, jag tror att vi har haft otur med sköterskan för hon var väldigt tafatt och visste inte vad hon skulle göra med oss och där kom jag med en 11 månaders bebis och jag var ny förälder och hon visste inte vad hon skulle göra med mig för jag passade ju inte in i några mallar. ... ”Så då sa’ hon flera gånger när vi var nere och mätte, åh de är så små och behändiga de här små kinesiska flickorna”. (011).

Det är ett stressmoment att tvingas ta tag i kontakten med BHV på egen hand. En automatisk kontakt från BHV då de fått sitt barnbesked hade enligt föräldrarna underlättat mycket och gett en känsla av att de var välkomna in i samhället. Att själva vara ansvariga för upprättandet av alla kontakter med hälso- och sjukvården ledde till att en del föräldrar kände sig oroliga för att de skulle missa något viktigt och att deras barn inte skulle få samma vård som andra barn. Föräldrarna önskade även att det skulle ske en överlämning av information mellan de olika

enheterna de var i kontakt med såsom sjukhus, vårdcentral och BHV . Detta för att personalen skulle kunna vara påläst när de kom dit.

”Just att man fått lite mer serverat för som adoptivförälder så är det att man har nästan ingenting gratis utan alla kontakter måste man själv ligga på och dra i och sådär och ja det kan bli rätt jobbigt i längden”. (03)

”Att man hade kunnat önska att socialtjänsten, det är ju de som ger ett medgivande för adoption, att de kanske kunde förvarnat BVC när vi hade fått barnbesked så att BVC hade kunnat kontakta oss”. (04)

Tvetydigt adoptivföräldragrupsstöd

Föräldrar gavs möjligheten att medverka i en föräldragrupp för adoptivföräldrar. Detta upplevdes vara ett gott initiativ då föräldrarna kände att de trots olika familjesammansättningar i gruppen hade grunden i hur de fått sitt barn gemensamt. Föräldrarna hade uppskattat att bli kallade till adoptivföräldragruppen istället för att behöva ta kontakten själva. Informationen som togs upp i gruppen rörde mycket adoptionsfrågor medan det var brist på basal information rörande barns behov och utveckling. Antalet träffar var begränsat till fyra vilket till viss del ifrågasattes med en önskan om fler organiserade träffar. Majoriteten av föräldrarna ansåg att gruppen var nätverksbildande och att det i sin tur gav dem en social trygghet.

”Men visst skulle man kunna lägga in bitar om barn i allmänhet, om barnsjukdomar, barnsäkerheten och det här vanliga som de andra [biologiska föräldrar] får. Det tycker jag, speciellt inför första barnet”. (011)

Ledarnas kunskap om barn generellt upplevdes som god och ledarna som lyhörda och intresserade medan andra upplevde att ledarna inte hade tillräcklig adoptionskunskap. De upplevde det som att föräldrarna utbildade ledarna istället för tvärtom. I de fall där anknytningsprocessen berördes i adoptivföräldragruppen upplevdes detta som positivt, speciellt när psykolog fanns med. Många föräldrar kände stor press rörande anknytningen till sitt barn. Det fanns en osäkerhet i hur de skulle vara i kontakten med människor utanför den

närmsta familjen och vilka som skulle få visa barnen omsorg. Anknätningsproblem skulle behövt beröras mer i gruppen.

”Den gruppen gav mycket och trevliga diskussioner och jag tror även att psykologen som var med lärde sig väldigt mycket för det är hon som är riktad emot adoptivbarn ifrån den stad vi kommer från”. (05)

”[Adoptiv]föräldragruppen var ju skit rent ut sagt. Det är som om jag skulle hålla en grupp för nyförlösta mammor och säga att jag har läst en broschyr om förlossningar, så håller jag i detta”. (08).

Stöd utanför hälso- och sjukvården

Personanpassat stöd

Stöd från familj och vänner var viktigt och ett par föräldrar upplevde att de hade fått mer stöd och hjälp från sina anhöriga än från BHV. Ideella stödgrupper som drivs av adoptivföräldrar ansågs också vara ett bra stöd och kunskapsforum för såväl föräldrar som barn.

”Jag kände att min mamma tog det för hon är väldigt duktig på barn min mamma så det har ju varit ett stöd på så vis att prata med henne hur har hennes, ja det har varit jätteskönt”. (06)

”Jag har en väninna som jag jobbar ihop med, hon är undersköterska, och hon har ju en son med samma åkomma som vår son då och när jag har haft frågor om just det så har hon kunnat berätta att nämen så var det och så är det och det är lugnt och så vidare” (07)

Genom den öppna förskolan och Dynamis [lokal verksamhet som riktar sig till föräldrar som har barn mellan 0-20 år] kom många föräldrar i kontakt med personal som var kunniga dels om barn i allmänhet men även om specifikt adoptivbarn. Den öppna förskolan gav föräldrarna möjligheten att få träffa och ställa frågor till personer med adoptionskunskap på regelbunden basis. Skapandet av sociala kontakter sågs också som något positivt. Att från Dynamis kunna

få en kommentar till samspelet med sitt barn gjorde att föräldrarna kände sig bekräftade och trygga i sin föräldraroll.

”Det är ju som hon sa’ på Dynamis, det är att lära känna sitt barn och det är ingen människa som har uttryckt det på det viset utan då tar man liksom själva ordet anknytning och så slår man det i huvudet på folk” (06).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Syftet med studien var att beskriva den upplevelse som adoptivföräldrar till barn 0-6 år har av hälso- och sjukvårdens stöd. Då det förefaller att vara en brist på svensk forskning inom detta område valdes det att göra en empirisk studie för att få en så bred bild som möjligt av föräldrarnas upplevelser. En kvalitativ innehållsanalys valdes då detta är en relevant väg för att få fram varje enskild förälders berättelse om sina upplevelser av att vårda barnet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Urvalet är strategiskt i den mening att informanterna skall ha varit med om den händelse som ämnas undersökas (Forssén & Carlstedt, 2008). I föreliggande studie skulle de ha adopterat ett utländskt barn. I kvalitativa studier är variationen hos informanterna av betydelse (a.a.). Variationen när det gäller barnen är åldrar när adoptionerna inträffade (8 veckor till 24 månader), att adoptionerna sträcker sig mellan år 2004-2008 samt att barnen kommer från olika länder. Föräldrarna har olika levnadsförhållanden, såväl ensamstående föräldrar som par deltog i studien och adoption genomfördes av såväl tvillingar, syskon och barn med ”special needs”. Trots dessa olika kontexter går det ändå att finna likheter och mönster i deras upplevelser av stöd. En brist kan vara att det endast är föräldrar som bor inom ett litet geografiskt område vilket gör att de alla kommit i kontakt med liknande hälso- och sjukvårdsorganisation. Föräldrarnas upplevelser av stödet från hälso- och sjukvården skiljer

sig ändå åt till viss del. Detta kan tyda på att det inte är så mycket organisationen i sig som spelar roll för upplevelserna utan mer de personer de möter inom hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att förbereda sig inför intervjuer (Kvale, 1997). Författaren gjorde en provintervju för att testa intervjuguiden och träna intervjuteknik. Det blev inga förändringar i intervjuguiden men provintervjun var ett gott stöd innan intervjuerna påbörjades. Att ha gjort en intervju tidigare innebär att känslan av osäkerhet minskar och lyhördheten och nyfikenheten inför det som informanterna berättar om blir naturlig. Kvale tar också upp "förutsättningsmedvetande" som en av den kvalitativa intervjuens förståelseform. Det innebär att intervjuaren inte så mycket skall presentera på förhand formulerade frågor utan istället vara nyfiken och lyhörd för det som berättas (sid. 37). I intervjusituationen ombads informanterna berätta fritt om sina upplevelser av hälso- och sjukvården rörande sitt adoptivbarn. Deras spontana och rika berättelser om sina upplevelser gjorde att följdfrågorna endast användes för att förtydliga och fördjupa innehållet och förståelsen i berättelserna. Intervjuguiden användes på slutet för att se att de planerade områdena var berörda vilket de så gott som var i alla intervjuer.

Intervjuns kvalitet vilar enligt Kvale (1997) på intervjuarens kunnighet, känslighet och empati. Valet av intervjuplats har betydelse för känsligheten dvs. tillmötesgåendet av informanterna när dessa avsätter tid för att bli intervjuade (sid. 101). Platsen för intervjun gjordes i samråd med informanterna varvid några informanter valde att bli intervjuade i författarens hem och några på café. Detta berodde bl.a. på att de arbetade på annan ort och önskade genomföra intervjun innan de hämtade sitt barn från barnomsorgen. Ingen av informanterna var i beroendeställning till författaren.

Pålitligheten i intervjustudier handlar om att ordagrant skriva ut intervjuerna vilket har gjorts. Det är författaren själv som skrivit ut samtliga intervjuer. I utskriften kan känslan förloras då en utskrift är en tolkande konstruktion av det som ursprungligen sagts. Trovärdigheten kan stärkas genom att skriva in när informanten ger uttryck för någon känsla (Kvale, 1997). Detta har gjorts och de känslouttryck som kom till uttryck var förvåning, glädje och vrede.

Innehållsanalysen utifrån Burnard's (1991) metod används för att identifiera framträdande kategorier och mönster bland teman som framkommer under analysen. Stegen i denna modell är tydligt beskrivna. Analysen går fram och tillbaka i de olika stegen tills tolkningen når ett

djupare plan (a.a.). Trovärdigheten i analysen stärks genom att en utomstående forskare läste all intervjutext och genomförde analys av fem intervjutexter oberoende av författaren. Resultaten jämfördes varvid noggrannheten i analysen ökade och diskussion fördes tills ömsesidig förståelse för texten och analysen erhöles (Carlsson, 2008). Pålitligheten i analysen visas genom att analysen är tydligt beskriven för att vara möjlig att följa (a.a.). Samtliga steg i analysen har försökts att tydligt beskrivas för att studien skall kunna upprepas och på det sättet kanske samla ytterligare kunskap inom området och nå längre. Kvale (1997) menar att i och med att tolkningen startar redan under intervjun i mötet mellan informanterna och intervjuaren och detta är unikt, är det inte troligt att resultatkategorierna skulle bli de samma om studien upprepades. Pålitligheten ligger i att slutsatsen blir liknande (a.a.). Direkta citat från intervjutexten visas i resultatbeskrivningen.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet visar att adoptivföräldrarna har både positiva och negativa erfarenheter av det stöd de får från hälso- och sjukvården. En av anledningarna till missnöjet är att de upplever att de inte tas på allvar och att barnets behov inte i tillräcklig utsträckning tillgodoses. Att det är så här kopplar föräldrarna till att de har ett adoptivbarn och inte ett biologiskt barn. Detta är en sanning med modifikation då även biologiska mödrar har goda och dåliga upplevelser av hälso- och sjukvårdens stöd. När det gäller barnhälsovården studerade Örténstrand och Waldenström (2005) 2415 kvinnors möte med BHV med hjälp av ett frågeformulär. Det visas att kvinnornas oro för sitt nyfödda barn inte tas på allvar och uppfödningssystem ignoreras. Dessutom upplever en av tre kvinnor att deras egna problem som nybliven mamma inte ges tillräcklig uppmärksamhet. Fägerskiöld, Timka och Ek (2003) visar att biologiska föräldrar inte känner sig välkomna med sina problem inom BHV. Författarna utforskade mödrars upplevelser av möten med sjuksköterskan på BHV bland 200 mödrar som fick skriva ner kritiska händelser de upplevt inom BHV. Totalt erhöles 60 händelser varav 30 visar på brist på stöd från sjuksköterskan. Händelserna handlar om misstänkt sjukdom, uppfödning och tillväxt samt utveckling. Speciellt är det förstagångsmammorna som lider brist på stöd och de som inte har anhöriga i närheten av där de bor (a.a.).

Ambivalent stöd till "nyfådda" barn

Många adoptivföräldrar har ett svårare psykologiskt utgångsläge än biologiska föräldrar. De har ofta genomgått år av ofrivillig barnlöshet och har inte den psykologiska och biologiska förberedelsen som en graviditet innebär (Lindblad, 2004). Utöver detta speciella utgångsläge tillkommer det faktum att det "nyfådda" barnet till skillnad från det nyfödda barnet är en individ med en bakgrund och upplevelser som föräldrarna inte känner till. I SOU 2003:49 framkommer det att BVC-sjuksköterskan har en viktig roll i omhändertagandet av adoptivfamiljen dvs. hjälpa föräldrarna att knyta an till sitt barn (a.a.). Trots detta är det föräldrar som upplever att deras barn inte välkomnas in i samhället av hälso- och sjukvården på samma sätt som ett biologiskt barn. Att vara förälder till ett "nyfått" barn är utmanande för föräldrarna då de inte vet vad de har att vänta. Vem är barnet som plötsligt är en del familjen och hur transformeras man från främling till förälder? Föräldrarna behöver lugn och ro för att kunna knyta an till sin nya, okända familjemedlem. En grundläggande förutsättning för att detta skall kunna ske är att vårdpersonal ger dem aktivt och konkret stöd genom att exempelvis vara initiativtagare i kontakten mellan familj och hälso- och sjukvård.

Stöd från barnsjukvården

Lokalerna för tropikundersökningen anses vara undermåliga. Föräldrarna upplever sjukvårdspersonalen som ointresserade av att de har med en nybliven adoptivfamilj att göra samt att de nonchaleras som föräldrar då de försöker förklara hur de önskar att barnets kontakt med sjukvården skall vara. De får ingen respons då de tar upp problem som rör deras barns hälsa. Personalen saknar också kunskap om de speciella förutsättningar och behov som adoptivbarn har. Detta resultat överensstämmer med det som framkommer i en studie av Linville och Prouty Lyness (2007) där adoptivföräldrar upplevde att sjukvårdspersonalen saknade kunskap om postinstitutionella barns behov samt att personalen var oförmögna att tro på och bekräfta deras upplevelse av sitt barn. Även Smit et al. (2006) menar att sjukvårdspersonalen bör bli bättre på att kommunicera med adoptivföräldrar utifrån barnets behov, detta trots att det saknas information om adoptivfamiljen och barnets medicinska historia (a.a.).

Bemötandet inom sjukvården anses vara personrelaterat och baserat på personalens eget intresse för adoptivbarn och deras vård och behandling. Detta intresse är avgörande för att

bemötandet skall präglas av närhet. I likhet med detta resultat menar föräldrarna i en studie av Linville och Prouty Lyness (2007) att de har utvecklat en förmåga att läsa av om sjukvårdspersonalen är mottaglig för deras behov och vissa av dem valde att stanna hos en läkare utan specifik adoptionskunskap då han kunde tillmötesgå de behov de hade i egenskap av adoptivföräldrar. I de fall de hade dåliga upplevelser av kontakten med sjukvården valde föräldrarna att söka sig till en annan vårdgivare (a.a.).

Det saknas kunskap i sjukvården om adopterade barn och deras behov enligt föräldrarna. Föräldrarna får ofta själva informera personalen om vad som är speciellt med adoptivbarn då denna kunskap inte finns. De upplever att de anses som besvärliga då de avviker från gängse rutiner och normer. De önskar i likhet med föräldrarna i en studie av Atkinson och Gonet (2007) att adoptionskunskapen skulle öka i sjukvården och att de skulle få ökat stöd. SOU 2004:49 konstaterar att specifik kunskap om adoption och adoptionsrelaterade problem inte finns i grund- eller specialistutbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta är ett konstaterande som måste tas på allvar och åtgärdas. Hur detta skall göras ligger utanför ramen för denna studie men ett krav är att sprida resultatet till olika yrkeskategorier.

De föräldrar som har barn med multiresistenta bakterier upplever problem i sjukvårdskontakten p.g.a. detta. Personalen är osäker på omhändertagandet och vissa undersökningar skjuts upp till följd av MRSA, föräldrarna känner sig då nonchalerade och oroliga. Liknande resultat som detta har ej framkommit i någon av de andra studierna vilket möjligtvis kan bero på att det är ett förhållandevis nytt fenomen och att alla länder har olika riktlinjer rörande dessa patienter. Föräldrarnas upplevelse av att det är svårt att ta till sig all information som ges på tropikundersökningen har ej heller detta återfunnits i någon tidigare studie. Orsaken till detta kan vara att Sverige möjligtvis har andra riktlinjer rörande de hälsoundersökningar (SOSFS 1989:20) som skall göras på internationellt adopterade barn än de länder där tidigare studier utförts.

Stöd från barnhälsovården

Föräldrarna upplever att det är kontakten i sig och inte informationen de får som är det positiva i mötet med barnhälsovården. Det faktum att BHV- sjuksköterskan vet att det skall komma ett adoptivbarn till hennes område inger föräldrarna trygghet. Denna kontakt måste föräldrarna själva ta. I en studie av Rykkje (2007) framkommer att adoptivföräldrar önskar extra stöd och uppföljning efter adoptionen. De ansåg att barnens fysiska hälsa tillgodosågs

men att sjuksköterskorna hade en bristande kunskap om adoptivfamiljers speciella behov. De upplevde även att de föll utanför ramarna i den vanliga hälsoövervakningen på BHV. Även i en studie av Mc Donald et al. (2001) framkommer det att adoptivföräldrar önskar en bättre kontinuitet och ökad service från hälsovården. Dessa resultat överensstämmer med det resultat som framkommit i föreliggande studie. Föräldrarna anser att det saknas en regelbunden BHV-kontakt då de inte får lov att komma till BHV lika ofta som biologiska föräldrar. Detta är en sanning med modifikation då biologiska föräldrar i Sverige har de tätaste besöken under de första sex månaderna av barnets liv (Growing people, 2008). Önskan är att alla adoptivföräldrar får ett speciellt program där barnen får komma tätare i början även om det är äldre och att de inte ska följa det allmänna programmet. Upplevelsen är också att BHV-sjuksköterskorna har en bristande kunskap om adoptivbarns behov och att de som föräldrar i många fall får undervisa sjuksköterskan istället för tvärtom. Detta är ett problem som även finns för biologiska föräldrar till svenskfödda barn. Fägerskiöld et al. (2003) visar att mödrarna till biologiska barn även anser att BHV – sjuksköterskan har bristande kunskaper och inte är intresserad av att sätta sig in i mammornas perspektiv och möta deras behov. Ibland kan behoven tillfredsställas ändå med hjälp av något skriftligt informationsmaterial enligt mammorna i studien (a.a.). Ingen av föräldrarna i föreliggande studie berättar något om att de fått någon skriftlig information kring adoptivbarns hälsa och utveckling etc. Detta kräver fortsatt efterforskning och skulle kanske vara ett bra stöd för både föräldrar och personal.

Det är ett stressmoment för föräldrarna att själva behöva ta alla kontakter med hälso- och sjukvården och det ger en oro över att de skall missas något viktigt. Vissa föräldrar upplever att de får det stöd de behöver från BHV. De får ett individuellt anpassat BHV- program och kommer i kontakt med sjuksköterskor som antingen har personlig erfarenhet av adoption eller som söker information då de kommer i kontakt med familjen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763 2§) skall ovanstående beskrivna bemötande vara lika för alla för att främja goda kontakter, kontinuitet och ge trygghet i vård och behandling.

Att få medverka i föräldragrupp för adoptivföräldrar var ett gott initiativ från barnhälsovården och majoriteten av föräldrarna anser att gruppen är nätverksbildande och ger en social trygghet. En del föräldrar önskar ett ökat antal träffar och det råder delade meningar om ledarnas adoptionskunskap. Detta visas även i studier av Mc Donald, Propp och Murphy (2001), Linville och Prouty Lyness (2007) och Atkinson och Gonet (2007) där det framkom

att stödgrupper är av stor vikt för adoptivföräldrar då detta ger dem en möjlighet att möta likasinnade. Dhami, Mandel och Sothmann (2007) menar att majoriteten av adoptivföräldrar skulle använda sig av adoptionsstöd om de blev erbjudna detta, men många saknar information om hur de skall gå tillväga för att få detta stöd. Detta framkommer även i intervjuerna där föräldrarna påpekar att de hade uppskattat att bli kallade till gruppen istället för att själva behöva ta kontakt. Risken för utanförskap anses vara stor då det är svårt att komma i kontakt med andra föräldrar med barn i samma ålder.

Stöd utanför hälso- och sjukvården

Familjerna upplevde det som en stor omställning när det efterlängttade barnet kom till dem. Detta visades även i Linville och Prouty Lyness (2007) där det beskrivs att föräldrarna var känslomässigt pressade, deprimerade och sjuka efter adoptionen. I föreliggande studie är det tydligt att föräldrarna upplever sig pressade i sin nya livssituation och hälso- och sjukvårdsstödet som de till viss del sätter sitt hopp till ger inte det stöd som de önskar. För dem som har anhöriga att vända sig till blir detta räddningen. Det förefaller som att andra adoptivföräldrar också har upplevt behov av mer stöd och då bildat ideella föreningar där adoptivföräldrarna stödjer varandra. Detta visar att adoptivföräldrarna inte ger upp utan hittar det individuella stöd som de behöver för att den nya familjen skall må bra och barnets behov tillfredsställas

Konklusion

Det råder delade meningar bland föräldrarna om hur mötet med såväl sjukvården som BHV har varit. En del av föräldrarna upplever att personalen är stressad och oengagerad och att de inte reflekterar över att de har att göra med en nyss hemkommen adoptivfamilj. De uppfattar det som att personalen enbart är fokuserad på den uppgift de är där för att utföra och att ingen hänsyn tas till föräldrarnas åsikt. En del av föräldrarna upplever däremot att personalen gör sitt bästa utifrån givna förutsättningar och att de visar intresse för och kunskap om barnet och familjen. Bemötandet inom sjukvården är ibland personrelaterat och baserat på personalens eget intresse för adoptivbarn. Informationen inför tropikundersökningen är bristfällig och undersökningslokalerna undermåliga då där inte finns några möbler och ingen utsmyckning för att underlätta undersökningarna av barnen. En del av de föräldrar vars barn hade multiresistenta bakterier upplever en osäkerhet från personalen om hur detta skulle hanteras

och då undersökningar sköts upp till följd av osäkerheten känner sig föräldrarna nonchalerade och oroliga och upplever sjukvården som slarvig. Majoriteten av föräldrarna tycker att det är svårt att ta till sig informationen som ges på tropikundersökningen då denna är extensiv och de önskar en skriftlig sammanställning av allt som görs. I både barnhälsovården och barnsjukvården upplevs att personalen saknar kunskap om adoptivfamiljens speciella behov. Föräldrarna upplever sig som besvärliga då de avviker från gängse normer och rutiner. De vill att personalen skall vara medvetna om att barnen har en annan bakgrund och andra förutsättningar än biologiska barn och ta hänsyn till detta i bemötandet. De BVC-sköterskor som har personlig erfarenhet av adoption upplevdes kunna ge gott stöd då de förstår den verklighet som föräldrarna lever i. En sjuksköterska som lyssnar och är förstående ger det bästa stödet. Många upplever att BHV- sjuksköterskan har svårt att förhålla sig till ett ”nyfått” barn och dess familj. Det eftersöker också regelbunden BHV- kontakt då barnen faller utanför det vanliga BHV- programmet. Adoptivföräldragruppen är ett bra initiativ då den är nätverksbildande. Däremot råder det delade meningar om antalet träffar, innehållet i kursen samt ledarnas kompetens. Stöd utanför hälso- och sjukvården söker föräldrarna sig till när de inte får tillräckligt med stöd och då är det stödet från familj, vänner, ideella stödgrupper, öppna förskolan och Dynamis som visar sig ge trygghet.

Det finns mycket för såväl arbetsgivare som enskild arbetstagare att arbeta med för att förbättra stödet för adoptivföräldrarna och vården av de adopterade barnen och mer forskning skulle behövas på detta område då bristerna i vården verkar vara extensiva. Ytterligare studier behövs för att belysa vilka insikter och inställningar som hälso- och sjukvårdspersonalen har när det gäller vården av adoptivföräldrar och deras barn.

Kliniska implikationer

Studien visar på några viktiga faktorer som behöver inkluderas i det praktiska vårdarbetet för att adoptivföräldrar och barn skall känna att de får det stöd de har rätt till och behöver.

Initiativ bör tas till ett samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten så BHV i familjens område via socialtjänsten underrättas om att en familj i deras område står i stånd att adoptera. Adoptivföräldrarna kan då i likhet med biologiska föräldrar kontaktas av BVC-sköterskan och bli välkomnade in i barnhälsovården.

För den kliniska vården behövs checklistor och personalvägledningsmaterial för att personalen skall veta hur de skall arbeta med adoptivföräldrar och deras barn. Den största utmaningen är att ta fram detta material så att personalen förstår föräldrarnas problem och behov. Individuellt anpassat stöd för varje adoptivförälders och barns behov inom hälso- och sjukvården bör vara en självklarhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).

Skriftligt informationsmaterial kring vad som ingår i tropikundersökningen, var den skall utföras och handläggningen av svaren samt eventuell behandling behöver utvecklas och ges till föräldrarna innan de skall hämta sitt barn.

Det undersökningsrum som barnen kommer till i samband med tropikundersökningen behöver ses över så att miljön görs barncentrerad utan att göra avkall på hygieniska principer. Information om handhavande av MRSA risk patienter och smittade patienter behöver uppdateras kontinuerligt för personal.

Personalen som möter barnet i dess första sjukvårdskontakt behöver få stöd i hur barnsjukvården arbetar med barn och föräldrar med ett familjecentrerat förhållningssätt så att barnen inte blir skrämda inför fortsatt sjukhuskontakt.

Referenser

Adoptivfamiljers förening (AFF). Hämtad 24 februari, 2008 från: www.svensk-adoption.net

Atkinson, A., & Gonet, P.(2007). Strengthening adoption practice, listening to adoptive families. *Child Welfare*, 86(2), 87-104.

Bergmark, K.(2005). *BVC*. Hämtad den 15/1-08, från:

<http://www.helsingborgslasarett.se/patienterochanhoriga/sjukdomarradgivning/barnhalsovard/bvc.4.2ac9829d108e7756ad580009802.html>

Bergmark, K.(2006). *Föräldrautbildning*. Hämtad 15 januari, 2008, från:

<http://www.helsingborgslasarett.se/patienterochanhoriga/sjukdomarradgivning/barnhalsovard/bvc/basprogram/foraldrutbildning.4.2ac9829d108e7756ad5800012147.html>

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-6

Carlsson, G. (2008). Critical incident. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B.(Red).

Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur.

The world Medical Association (2008). *Declaration of Helsinki*. Hämtad 14 maj, 2009, från: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

Dhami, M.K., Mandel, D.R., & Sothmann, K.(2007). An evaluation of post-adoption services. *Children and Youth Services Review*, 29, 162-179.

Förenta Nationerna. (1989). *FN:s konvention om barnets rättigheter*. Hämtade 10 januari, 2008, från: www.rb.se

- Forssén, A., Carlstedt, G. (2008). Feminism. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red)., *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Fägerskiöld, A., Timpka, T., Ek, AC. (2003). The view of the child health nurse among mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 160 – 169.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red), (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Growing People (2008). *Nationell handbok i barnhälsovård* Hämtad 14 maj, 2009, från Growing people's hemsida, <http://www.growingpeople.se/>
- Haagkonventionen.(1993). *Konvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner*. Hämtad 3 januari, 2008, från: www.mia.se
- Johnson, D.E. (2002). Adoption and the effect on children's development. *Early Human Development*, 68, 39-54.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindblad, F.(2004). *Adoption*. Lund: Studentlitteratur.
- Linville, D., & Prouty Lyness, A.(2007). Twenty american families' stories of adaption: adoption of children from russian and romanian institutions. *Journal of Maritaland Family Therapy*, 33(1), 77-93
- Mc Donald, T.P., Propp, J.R., Murphy, K.C.(2001). The postadoption experience: child, parent and family predictors of family adjustment to adoption. *Child Welfare*, 80(1), 71-94
- Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.(2006). *Anlända utomnordiska adoptivbarn år 2000-2006 (ålder 0-10 år) - länsvis*. Hämtad 7 januari, 2008, från: www.mia.se/statistik/lans2007.pdf

- Månsson, M.(2006). *Basprogram för hälsoövervakning inom barnhälsovården*. Hämtad 15 januari, 2008, från:
<http://www.helsingborgslasarett.se/patienterochanhoriga/sjukdomarradgivning/barnhalsovard/bvc/basprogram.4.2ac9829d108e7756ad5800011707.html>
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Essentials of nursing research-methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott
- Rykkje, L.(2007). Intercountry adoption and nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 507-514.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Riksdagen
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen
- Smit, EM., Delpier, T., Tarantino, SL., Andersson, ML. (2006). Caring for adoptive families: lessons in communication. *Pediatric Nursing*, 32(2),136-43.
- Socialstyrelsen.(2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 23 februari, 2008, från: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/31113/20051052.pdf>
- SOSFS 1989:20. *Socialstyrelsens allmänna råd om hälsoundersökning av utländska adoptivbarn*. Hämtad den 29 april, 2009 från
http://www.sos.se/sosfs/1989_20/1989_20.htm
- SOSFS 2008:8. *Socialnämndens handläggning av ärenden om adoption*. Hämtade den 23 mars,2009, från: http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/73E7BE8B-1AC9-4278-9D33-DEF042E7177C/11889/2008_8_rev.pdf

SOU 2008:131. *Föräldrastöd - en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap.* Hämtad 12 april, 2009, från:
<http://www.regeringen.se/sb/d/10057/a/118980>

SOU 2003:49. *Adoption - till vilket pris?* Hämtad 23 januari, 2008, från:
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2681>

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Örtenstrand A, Waldenström U. (2005). Mothers' experiences of child health clinic services in Sweden. *Acta Paediatrica*, 94(9), 1285-1294.



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

INFORMATIONSBREV

2010-02-08 Bilaga 1(3)
Bilaga 2(3)

Intervjuguide

Berätta fritt om dina upplevelser av kontakten med barnhälsovården och barnsjukvården

Vilket stöd har varit mest betydelsefullt?

Vilka råd har varit mest betydelsefulla?

Vad har ni saknat i kontakten med barnhälsovården och barnsjukvården?

Hur skulle ni vilja att personalen möter era behov?

Vilka förväntningar hade ni på barnhälsovården och barnsjukvården?

Upplevelser av barnhälsovården och barnsjukvårdens förståelse för era problem?

Bakgrundsfrågor

Vilket land är ert barn adopterat från?

Vilket år skedde adoptionen?

Hur gammalt var ert barn då han/hon adopterades?

Hur såg din/er familjesammansättning ut vid tidpunkten för adoptionen (Barn, make/maka m.m.)?

Till adoptivförälder/föräldrar

Adoptivföräldrar till barn 0-6 år -upplevelser av hälso- och sjukvårdens stöd och råd

Jag är student på specialistutbildningen till barnsjuksköterska, Lunds Universitet, som under våren och hösten 2008 ska skriva mitt examensarbete, 10 p/15 hp. Jag har fått Ditt namn från en kontakt person i Adoptivfamiljers förening, AFF.

Sverige är det näst största mottagarlandet för internationella adoptioner. Majoriteten av svenska adoptivbarn har adopterats före två års ålder och mellan två och fyra år. Syftet med studien är att undersöka adoptivföräldrars upplevelse av och tillfredsställelse med barnhälsovårdens stödjande och rådgivande funktion för adoptivbarn 0 – 6 år. Nyttan med studien är att öka kunskapen om adoptivföräldrars upplevelser för att kunna bemöta dessa familjers behov inom barnhälsovården.

Metoden är intervju. Intervjun beräknas ta cirka 1 timme och genomförs av Hanna Hallström. Du kan själv välja plats t ex i ditt hem eller på annat lämpligt ställe.

Med Din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts kommer insamlat material att förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din behandling/kontakt med barnhälsovården. Resultatet av studien kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber jag Dig att skicka den undertecknade samtyckesblanketten till mig (se adress nedan). Därefter kontakter jag Dig via e-post alternativt telefon, för att bestämma tidpunkt och plats för intervjun samt vid behov ge ytterligare information om studien.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig, Hanna Hallström eller min handledare Anita Lundqvist.

Med vänlig hälsning

Hanna Hallström
Bjäregatan 4
25248 Helsingborg
0703-248348
hannah.hallstrom.705@student.lu.se

Anita Lundqvist (dr med vet)
Inst för hälsa vård och smh
Box 157, 221 00 Lund
046-222 1813
anita.lundqvist@med.lu.se

Samtyckesblankett

Adoptivföräldrar till barn 0-6 år -upplevelser av hälso- och sjukvårdens stöd och råd

Jag har tagit del av informationen om studien: adoptivföräldrars upplevelse av hälso- och sjukvårdens stöd- och rådgivande funktion

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student:

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

INFORMATIONSBREV

2010-02-08

Bilaga 3(3)

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till ordförande Adoptivfamiljers förening, Nordvästra Skåne

Adoptivföräldrar till barn 0-6 år -upplevelser av hälso- och sjukvårdens stöd och råd

Jag är student på specialistutbildningen till barnsjuksköterska, Lunds Universitet, som under våren och hösten 2008 ska skriva mitt examensarbete, 10 p/15 hp

Sverige är det näst största mottagarlandet för internationella adoptioner. Majoriteten av svenska adoptivbarn har adopterats före två års ålder och mellan två och fyra år. Syftet med studien är att undersöka adoptivföräldrars upplevelse av och tillfredsställelse med barnhälsovårdens stödjande och rådgivande funktion för adoptivbarn 0 - 6 år. Nyttan med studien är att öka kunskapen om adoptivföräldrars upplevelser för att kunna bemöta dessa familjers behov inom barnhälsovården.

Metoden som kommer att användas är intervjuer. Intervjuerna beräknas ta c:a 1 timme och kommer efter samtycke från deltagarna att spelas in på band och sedan skrivas ut ordagrant. Inklusionskriterier är att föräldrarna skall ha ett barn som är adopterat från ett annat land än Sverige och som inte är en släkting. Adoptionen skall ha skett från år 1995 och framåt och familjen skall vara bosatt i nordvästra Skåne. Exklusionskriterier är familjer som flyttat till nordvästra Skåne efter det att barnet fyllt 6 år. Önskat antal deltagare i studien är 10-12 föräldrar. Intervjutexten kommer att bearbetas med innehållsanalys.

Jag anhåller om tillstånd att använda en kontaktperson från AFF för att rekrytera deltagare till studien. Planeringen är att presumtiva deltagare informeras om studien via en kontaktperson på Adoptivfamiljers förening [AFF]. Kontaktpersonen informeras via telefonkontakt och ett informationsbrev om studien som skickas via e-post. Därefter informerar kontaktpersonen via mail presumtiva deltagare utifrån inklusionskriterierna. De föräldrar som väljer att delta kontaktar kontaktpersonen som vidarebefordrar deras kontaktinformation till Hanna Hallström. Därefter skickar författaren ut informationsbrev med samtyckesblankett till berörda deltagare. I informationsbrevet finns information om att deltagandet är helt frivilligt och deltagarna kan avbryta sin medverkan när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för deras behandling/kontakt med barnhälsovården och sjukvården. Inom en vecka telefonkontaktas deltagarna för att bestämma när och var intervjun kan äga rum. Samtycke hämtas före intervjuens genomförande. Resultatet av studien redovisas så att deltagarna inte kan identifieras.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig, Hanna Hallström eller till min handledare Anita Lundqvist

Med vänlig hälsning

Hanna Hallström
Bjäregratan 4

Anita Lundqvist (dr med vet)
Inst för hälsa vård och smh

25248 Helsingborg
0703-248348
hannah.hallstrom.705@student.lu.se

Box 157, 221 00 Lund
046-222 1813
anita.lundqvist@med.lu.se

Adoptivföräldrar till barn 0-6 år
- upplevelser av hälso- och sjukvårdens stöd och råd

Er anhöllan

Medgives
Medgives ej

Ort

Datum

Namn

Underskrift

