

Familiesentrert tilnærming

– når ideal møter realitet

Barnefysioterapeuter har som ideal å jobbe familiesentrert. Men er det i realiteten mulig i primærhelsetjenesten gitt de strukturelle og kontekstuelle vilkår tjenesten jobber innenfor? Med et økende antall barn i fulltidsbarnehage, stadig mer fokus på veiledning og mindre «hands-on-behandling», samt foreldre som ikke er til stede når fysioterapeuten møter barnet er det mange hindringer på veien om å nå det familiesentrerte idealet.

I Norge er fysioterapeuters samarbeid med foreldre i barnets første leveår lett tilgjengelig, da de fleste foreldre har fødselspermisjon som gir mulighet for å være til stede under fysioterapitimer. Etter hvert som barnet starter i barnehagen og foreldrene går tilbake i jobb, vil fysioterapiøkter typisk foregå i barnehagen uten tilstedeværelse av foreldre og med varierende rutiner for involvering av barnehagepersonell. Dermed er samarbeid og informasjonsutveksling mellom fysioterapeut og foreldre mindre tilgjengelig. Mange foreldre opplever at kommunikasjonen mellom de og fysioterapeut er begrenset, og fysioterapeuter bekrefter at det er vanskelig å finne gode arenaer for informasjonsutveksling og samarbeid med foreldre når barnet er i barnehage. Dette samsvarer med forskning på familiesentrerte tjenester for barn med nedsatt funksjonsevne, der knapphet på tid, mangel på rutiner og knapphet på ressurser beskrives som typiske barrierer for god tjenestelevering (1).

Familiesentrerte tjenester

Familiesentrert tilnærming har sitt utspring i en periode med flere langsgående paradigmeskifter for synet på utvikling, helse og funksjon. Der det tidligere har vært en individorientert forståelse av utvikling, har man etter hvert nå en sosial og relasjonell forståelse av fenomenet. Dette foregikk parallelt med en endring i synet på helse og funksjon fra en tydelig biomedisinsk forklaringsmodell over til en bio-psyko-sosial ramme. Samtidig pågikk det en endring fra et behandlingsparadigme som var preget av korrigerende tiltak over til et fokus på mestring og styrking av pasienten og omgivelsene. Mer utfyllende om fremveksten av familiesentrert tilnærming kan leses i en artikkel av Østensjø (2).

Bronfenbrenners bioøkologiske modell for utvikling er sentral i familiesentrert tilnærming. Familien utgjør det sentrale i mikrosystemet som er første laget rundt barnets system (3). Videre har man mesosystem, eksosystem og makrosystem som barnet utvikler seg i interaksjon med. Barnet er avhengig av en jevnlig og gjensidig interaksjon med disse systemene som omgir det for en god utvikling (3). Denne modellen for utvikling er sentral for vår forståelse av barns utvikling i dag. I dag anses sosial deltagelse og interaksjon med omgivelsene som avgjørende for utvikling (4). Familien har med dette blitt en viktig del av tjenestetilbudet til barn. De er sentrale i hverdagslivet barnet skal forme, bli formet av og utvikle aktiviteter og ferdigheter innen.

Relasjonell og deltagende praksis

Det er vanlig å dele inn en familiesentrert tilnærming i en relasjonell og en deltagende praksis (5). En relasjonell praksis forutsetter en samhandling med familien preget av empati, lytting og bruk av ferdigheter vi knytter til profesjonsrollen. Den deltagende praksis handler om å involvere familiene i beslutningstaking og aktiviteter som fremmer deres kompetanse og engasjement i tilbudet (1).

Forskning på familiesentrert tjenester til barn med nedsatt funksjonsevne i Norge viser at foreldretilfredsheten med de deltagende aspektene er langt lavere enn de relasjonelle aspektene ved tjenesten (6). Myrhaug et al (6) stiller spørsmål ved om foreldre får tilstrekkelig informasjon til å ta informerte beslutninger for barnet sitt og skriver at det er behov for mer kunnskap om tilretteleggere og barrierer for informasjonsutveksling og foreldremedvirkning. En nyere metaanalyse konkluderer også med at det er behov for forskning på deltagende aspekter, og at det mangler kvalitative studier på relasjonelle og deltagende prosesser i familiesentrert omsorg (7).

Familiens rolle

Familiens rolle i samfunnet har endret seg over tid. I dag har vi både kjernefamilien, stjernefamilien, regnbuefamilien og andre sammensetninger. Ett barn kan ha biologiske, juridiske eller sosiale foreldre (8). I Norge har vi samiske familier, familier med blandet kultur, familier med minoritetsbakgrunn og familier med innvandrerbakgrunn. Det sees også en økende prevalens av mennesker som får barn alene gjennom donor. I tillegg har vi en økende sosial ulikhet i samfunnet som kan spille inn på behovet for, og nyttegjøringen, av tjenestetilbud (9).

Som nevnt er foreldrenes tilfredshet til deltagelsesaspektet i primærhelsetjenesten lav. I tillegg ser man at den oppleves ytterligere redusert for familier med minoritetsbakgrunn (10). Utover minoritetsbakgrunn finnes det lite kunnskap om hvordan ulike familieformer påvirker tilfredsheten med tjenesten. Det kan imidlertid tenkes at en familiesentrert tilnærming er mer utfordrende og har flere barrierer når det er flere kontekstuelle faktorer i spill mellom tjenesteyter og mottaker.

Uavhengig av familiens konstellasjon er det vanlig at omsorgspersonene i barnets liv er i jobb. Og det er ting som tyder på at tilbudet fra primærhelsetjeneste kan bli en salderingspost for travle og fulltidsarbeidende foreldre. Fysioterapi i kommunal regi er noe som nærmest «går av seg selv» mens foreldrene er på jobb. Det kan slik være lettere å nedprioritere å delta på timer med fysioterapeut da det oppleves ivaretatt av barnehagen. Denne påstanden samsvarer også med forskningen som viser at foreldre er mer tilfredse med sin deltagelse i spesialisthelsetjenesten (6). Dette kan handle om at foreldre prioriterer å delta på timeavtaler i spesialisthelsetjenesten på en annen måte enn primærhelsetjenesten. Det er uvanlig at barnehageansatte følger et barn til en avtale med spesialisthelsetjenesten, mens det er en utbredt praksis at det er barnehageansatte som til stede ved fysioterapiavtaler i primærhelsetjenesten.

Barnets og familiens hverdag

Stadig flere barn er i barnehagen og de begynner tidligere. I dag er det 93,4 % av barn mellom 1-5 år som går i barnehage (11). Dette er en økning av dekningsgrad på 2,4% fra de fem foregående år. Det

er også en økning av 0-åringer i barnehagen, med 460 flere barn i 2021 enn i 2020 i alderen 0-1 år (totalt 2600 0-åringer). Parallelt med økningen av andel barn som går i barnehage er det en sterk økning i antall barn som har gått fra deltids plass til heltids plass. Over 97% av barna er i fulltidsbarnehage (12). I år 2000 var det 63% av barna som hadde fulltids plass og 37% på deltid. Med denne høye andelen av barn i barnehage er det sannsynlig at flere barn med motoriske nedsettelser også går fulltid i barnehage.

Så til tross for dette økende søkelyset på familiens rolle så er familien stadig mindre til stede i fysioterapeutens møte med barnet. Foreldre er selv på jobb i fysioterapeutens arbeidstid, og fysioterapeuten er lite tilgjengelig når foreldrene har fri. I en presset hverdag med arbeidsliv og lange dager i barnehagen blir familietiden noe som må vernes om, og terapeuters inngripen i denne tiden kan oppleves problematisk sett i forhold til foreldrenes ønske om å ivareta tradisjonelle roller og aktiviteter som er viktig for dem som familie (1). Med den pressede tiden for å samhandle og i felleskap jobbe frem mål og tiltak i tråd med familiesentrert tilnærming kan det dermed oppleves negativt av familier når terapeuters tiltak, uten forankring i familiens liv, blir presset inn i deres dagligliv (13).

Organisatoriske vilkår

Fysioterapitilbudet til barn har også vært i endring. Det later til å være en utvikling fra hands-on teknikker til mer veiledning og tilrettelegging av miljø. En ser nå i praksis at veiledning fremstilles som «best-practice» og at hands-on teknikker får lite støtte i forskning (14). Det er i utgangspunktet utfordrende å veilede en familie man ikke har rammer for å møte.

Hands-on teknikker blir i dagens fysioterapi ofte ansett som mekanisk og passiverende for barnet (14). På den andre siden argumenterer Sjøvoll et al (15) for at hands-on teknikker har sin plass i barnefysioterapi og ivaretar samhandling gjennom terapeutisk håndtering som både sosialt og fysisk fenomen. De hevder at gjennom håndtering er terapeuten mer til stede i samhandlingen med barnet, i barnets bevegelser og intensjoner. Barn med motoriske utfordringer kan ha vanskeligere for å oppnå sitt potensial i et beriket miljø uten noe form for fysisk veiledning, guiding eller fasilitering. God bruk av hands-on teknikker kan dermed fremme barnets utvikling mer enn veiledning og tilrettelegging av miljø kan gjøre alene.

Håkstad et al (16) har gjennom et kvalitativt observasjonsstudie sett på bruken av terapeutisk håndtering. De finner at ved hensiktsmessig bruk av terapeutisk håndtering kan det støtte opp under barnets bevegelser og bidra til utvikling av ferdigheter og realisere en større utnyttelse av det berikede miljøet rundt barnet. Dette kan tale for at terapeutisk håndtering fortjener en mer nyansert representasjon i barnefysioterapien enn det svart-hvitt bildet som er malt, der terapeutisk håndtering er synonymt med passivt og terapeutstyrt.

Hovedpoenget med å problematisere manglende hands-on behandling i barnefysioterapien er at det blir nok en barriere for familiesentrert tilnærming. Hvordan skal man veilede en familie om hvordan de best skal stimulere til barnets utvikling når man ikke har skapt denne felles opplevelsen av

bevegelsesintensjon med barnet? Jeg vil argumentere for at vi reduserer faget vårt med å være restriktiv i bruken av terapeutisk håndtering. Faget vårt foregår i ansiktsnære og kroppsnære relasjoner der vi har best forutsetninger for å lære videre det vi selv har erfart gjennom eget kroppslig samspill med barnet.

Forskningsprosjekt

Basert på disse strukturelle og kontekstuelle vilkårene er det ikke uproblematisk å jobbe familiesentrert i dagens fysioterapitjeneste. Noen familier opplever fortsatt at de har en fysioterapeut som jobber familiesentrert. Hva er det disse fysioterapeutene mestrer? Hvordan blir disse familiene inkludert i en familiesentrert tilnærming? Det ønsker vi å finne ut mer om gjennom vårt nye forskningsprosjekt «Collaboration with parents during the day care years». Jeg håper denne studien kan vekke interesse hos barnefysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Målet er å få tak i deres erfaringer og suksesser så det kan gagne flere i å realisere familiesentrert fysioterapi til barn med motoriske utfordringer i barnehageårene.

Referanser

1. Cameron, D. L. (2018). Barriers to parental empowerment in the context of multidisciplinary collaboration on behalf of preschool children with disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20(1), 277-285. doi:10.16993/sjdr.65
2. Østensjø, S. (2017). Familiesentrerte tjenester for barn med funksjonsnedsettelse fra ideal til konkrete praksiser. *Fysioterapeuten* (9).
3. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press.
4. Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. Oxford University Press.
5. Dempsey, & Dunst, C. J. (2004). Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(1), 40–51. <https://doi.org/10.1080/13668250410001662874>
6. Myrhaug, Jahnsen, R., & Østensjø, S. (2016). Family-centred practices in the provision of interventions and services in primary health care. *Journal of Child Health Care*, 20(1), 109–119. <https://doi.org/10.1177/1367493514551312>
7. Almasri, N. A., An, M., & Palisano, R. J. (2018). Parents' Perception of Receiving Family-Centered Care for Their Children with Physical Disabilities: A Meta-Analysis. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 38(4), 427-443. doi:10.1080/01942638.2017.1337664
8. Meld.st. 24 (2015-2016). *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*. Oslo: Barne og likestillingsdepartementet; 2016.
9. Helsedirektoratet (2018) Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd. [internett] Oslo [Publisert 30.08.2018; hentet 07.12.2022]. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>
10. Demiri A. S. & Gundersen T. (2016) Tjenestetilbud til familier med barn med funksjonsnedsettelse, NOVA rapport 7:2016
11. Bjørkli, E.S. (2022) Færre barnehagebarn siste 8 år. [Internett] Oslo: Statistisk sentralbyrå. [Publisert 03.03.2022; hentet 07.12.22]

<https://www.ssb.no/utdanning/barnehager/statistikk/barnehager/artikler/faerre-barnehagebarn-siste-8-ar>

12. Stabell, C. (2017) Barnehagedekning før og nå. [Internett] Oslo: Statistisk sentralbyrå. [Publisert 14.09.2017; hentet 07.12.22]. <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/barnehagedekning-for-og-na>
13. Bruder, & Dunst, C. J. (2005). Personnel Preparation in Recommended Early Intervention Practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(1), 25–33. <https://doi.org/10.1177/02711214050250010301>
14. Morgan C, Fetters L, Adde L, Badawi N, Bancale A, Boyd RN, et al. (2021) Early intervention for children aged 0 to 2 years with or at high risk of cerebral palsy: international clinical practice guideline based on systematic reviews. *JAMA Pediatr.* (2021) 175(8):846–58. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.0878
15. Sørvoll, Øberg, G. K., & Girolami, G. L. (2022). The Significance of Touch in Pediatric Physiotherapy. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 893551–893551. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.893551>
16. Håkstad, Øberg, G. K., Girolami, G. L., & Dusing, S. C. (2022). Enactive explorations of children's sensory-motor play and therapeutic handling in physical therapy. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 994804–994804. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.994804>

Artikkelen er publisert her:

<https://www.fysioterapeuten.no/familiesentrert-tilnaerming-nar-ideal-moter-realitet/146524>