

**Umsögn frá A. Karólínu Stefánsdóttur  
yfir fjölskylduráðgjafa  
á Heilsugæslustöðinni á Akureyri  
um aðgerðaráætlun um geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn,  
unglinga og fjölskyldur þeirra**

**144. löggjafarþing 2014–2015 - þingskjal 52 - 52. mál**

Almennt vil ég benda á mikilvægi þess að líðan barns sé ætíð skoðuð í samhengi tengsla- og áfallasögu fjölskyldunnar þegar um kvíða, depurð eða erfitt hegðunarmunstur er að ræða. Í því samhengi vil ég hvetja til að ráðamenn skoði þau einstöku tækifæri til eflingar og varna sem felast í fjölskylduráðgjöf á heilsugæslustöð og þverfaglegu samstarfi. (Sjá viðhengi, kynning á fjölskylduráðgjöf). Vísa ég þar sérstaklega til **Nýja barnsins**, þess módelis sem hefur verið unnið eftir á HAK frá 1997 að undangengnu fimm ára þróunarferli með góðri handleiðslu og stuðningi Alþingis og Landlæknis. Verkefnið fékk sérstaka viðurkenningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) 1998. Ýmsar heilsugæslustöðvar hafa síðan að einhverju leyti þróað svipaða nálgun og ber þar sérstaklega að nefna Heilsugæslustöðina í Garðabæ. (Sjá viðhengi, Nýja barnið, þróunarverkefni Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri, hugmyndafræði, aðferðir, árangur – Landlæknisembættið 2000).

Hvað varðar reynslu notenda af þjónustu fjölskylduráðgjafar í heilsugæslu er vert að greina frá að í fyrra á 25. afmælisári fjölskylduráðgjafar á HAK kom út fyrsta rannsókn á gagnseminni að mati skjólstæðinga sem var unnin í samvinnu við félagsvísindadeild Háskólans á Akureyri. Helstu niðurstöður voru þær að 76% þátttakenda voru mjög eða frekar ánægðir með þá þjónustu og ráðgjöf sem þeir fengu og 78,4% hafa fundið fyrir jákvæðum breytingum í kjölfarið. Það sem þeir telja að helst þurfi að bæta er að stytta bið eftir tíma í fjölskylduráðgjöf og fjölga starfsfólki svo unnt sé að efla þjónustuna. Margt kemur fram í skýrslunni sem vekur áhyggjur ef ekkert er að gert. Fjölskylduráðgjöfin og samstarfshópur Nýja barnsins sendu ráðamönnum ákall um að efla þjónustuna með auknum mannafla í framhaldinu og er enn beðið eftir úrbótum. (Sjá viðhengi, nánari kynning á rannsókn).

Stöðugt er að koma fram meiri þekking og rannsóknir á mikilvægi frumtengslanna og tengsla yfirleitt og aukinn skilningur á þeim áhættuþáttum sem fagfólk á þessu sviði þarf að hlusta eftir og horfa saman á til að geta veitt raunhæfa aðstoð. Þar vil ég vísa sérstaklega á bókina **Árin sem enginn man, áhrif frumberskunnar á börn og fullorðna**, þar sem Sæunn Kjartansdóttir gerir góða grein fyrir nýrri þekkingu og rannsóknum á áhrifum tilfinningatengsla á vöxt heilans og hve hin fyrstu tengsl hafa gríðarmikil áhrif á þroska barnsins og framtíðarheilsu. Í bókinni kemur vel fram hvernig afneitun eða bæling innri sársauka veldur mestri hættu á að fólk komi illa fram við aðra eða meiði og því er góð tenging fólks við tilfinningar sínar öflugasta forvörnin gegn ofbeldi og vanrækslu sem til er. Sæunn leiðir að því gagnreyndum rökum að engin einstök forvörn sé jafn öflug og stuðningur við foreldra og hefur það góðan samhljóm með niðurlagi þessarar aðgerðaráætlunar.

Að þessu sögðu tel ég afar mikilvægt að vekja athygli Alþingis á hagkvæmni þess, bæði í velferðar- og þjóðhagslegu tilliti, að leggja rækt við fjölskylduforvarnir og geðvernd í heilsugæslu. Við sem vinnum með fjölskyldutengsl og forvarnir sjáum hve miklir möguleikar felast í að fólk horfi á líf sitt í samhengi tengsla og sögu og læri að hlusta eftir innri styrk og vitund um mátt tengslanna til að takast á við áföll, erfiðar tilfinningar og ótta. Forðast er að sjúkdómsgera tilfinningar og áföll eða horfa einangrað á vanda og líðan barna og talið að öllu jöfnu að foreldrarnir séu þeir mikilvægustu fyrir börn sín.

## **Athugasemdir við meginaðgerðaráætlun**

### **1. þáttur; forvarnir:**

Öllum verðandi foreldrum verði boðið námskeið til að efla skilning og innlifunarhæfni gagnvart þörfum og þroska barnsins og undirstöðum fjölskylduheilbrigðis. Ennfremur mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk sem vinnur við mæðra- og ungbarnavernd búi yfir þekkingu, þroska og hæfni til stuðnings og innlifunar til að mæta foreldrum og börnum þar sem þau eru stödd tilfinningalega og vitsmunalega. (Sjá kaflann um geðvernd og heilsuvernd eftir Huldu Guðmundsdóttur í bókinni um Nýja barnið).

### **3. þáttur; námskeið:**

Ég tel of mikla áherslu lagða á hugræna atferlismeðferð, sem getur verið góður kostur, en oft þarf aðra nálgun, svo sem námskeið sem efla sjálfstyrk og innlifunarhæfni. Vísa ég þar til bókar Guðbrands Árna Ísbergs sálfræðings Í **nándinni, innlifunarhæfni og umhyggja**.

Akureyri, 27. nóvember 2014

*A.Karólína Stefánsdóttir*  
*yfirfjölskylduráðgjafi/félagsráðgjafi*

*Sigurbjörg Haraldsdóttir*  
*heilsugæslufulltrúi/fulltrúi fjölskylduráðgjafar*

  
 Háskólinn  
 á Akureyri

**Hver eru viðhorf skjólstæðinga  
 Fjölskylduráðgjafar HAK til  
 þjónustunnar sem í boði er?**

Ásta Gísladóttir og  
 Linda Rún Traustadóttir

Ábyrgðaraðili: Kristín E. Viðarsdóttir

Ásta Gísladóttir & Linda Rún  
 Traustadóttir 2013

**Rannsóknin**

- ▶ Í úrtaki rannsóknarinnar voru skjólstæðingar Fjölskylduráðgjafar HAK á árunum 2011 og 2012 samtals 487 talsins
- ▶ Af þeim samþykktu 419 að fá sendan tölvupóst með tengli á könnunina
- ▶ Alls höfnuðu 35 skjólstæðingar strax þátttöku
- ▶ Heildarfjöldi þátttakenda sem luku þátttöku voru 250

Ásta Gísladóttir & Linda Rún  
 Traustadóttir 2013

**Þátttakendur**

- ▶ Kynjahlutfall skiptist svo; 68,8% (n = 172) konur og 26,4% (n = 66) karlar
- ▶ Rúmlega helmingur þátttakenda voru á aldrinum 30–41 árs
- ▶ Tæplega 70% þátttakenda voru í sambúð eða í hjónabandi
- ▶ Flestir þátttakendur höfðu lokið grunnháskólagráðu

Ásta Gísladóttir & Linda Rún  
 Traustadóttir 2013

**Almenn ánægja/óánægja með þjónustuna**

- ▶ 75% þátttakenda voru mjög eða frekar ánægðir með þjónustuna sem þeir fengu
- ▶ 6.6% voru mjög eða frekar óánægðir
- ▶ Konur voru mjög ánægðar með þjónustuna í tæplega helmingi tilfella
- ▶ Karlar voru mjög ánægðir með þjónustuna í tæplega 37% tilfella
- ▶ Hlutfallslega voru karlar óánægðari með þá þjónustu sem þeir fengu heldur en konur

Ásta Gísladóttir & Linda Rún  
 Traustadóttir 2013

## Ástæður þátttakenda fyrir komu í Fjölskylduráðgjöfina

- ▶ 36,4% - Tilfinningaleg vanlíðan svo sem kvíði, depurð eða sorg
- ▶ 33,6% - Vandamál tengd uppeldi barns eða áhyggjur af líðan barns
- ▶ 31,6% - Samskiptaörðugleikar í parsambandi
- ▶ 29% - Áhættuþættir, til dæmis vanlíðan, streita eða kvíði á meðgöngu og/eða eftir fæðingu barns
- ▶ 26,7% - Þörf til að vinna úr gömlum áföllum og erfiðleikum frá eigin bernsku eða eigin tenglasögu
- ▶ 22,8% - Þörf til að styrkja mig t.d. í foreldrahlutverki
- ▶ 17,2% - Áfall/áföll og afleiðingar þess
- ▶ 16,8% - Vanlíðan og erfiðleikar vegna skilnaðar
- ▶ 12% - Önnur vandamál
- ▶ 5,2% - Ófullnægjandi tengsl við eigið barn

Ásta Chráðsmá & Linda Rún  
Trúnaðarhlutverk 2013

3

## Ánægja með úrlausnir vandamála

- ▶ 72% þátttakendur mjög eða frekar ánægðir með þá hjálp sem þeir fengu, óháð eðli vandamáls
- ▶ Mest ánægja var með úrlausn vandamála vegna vanlíðanar eða erfiðleika tengdum skilnaði
- ▶ Næst mest ánægja var með úrlausnir vegna áfalls og afleiðinga þess
- ▶ Þriðja mesta ánægja var með úrlausnir tengdum uppeldi barns eða áhyggjum af líðan þess

Ásta Chráðsmá & Linda Rún  
Trúnaðarhlutverk 2013

4

## Óánægja með úrlausnir vandamála

- ▶ Mest óánægja með úrlausn vandamáls var vegna áhættuþátta, til dæmis vanlíðan, streitu eða kvíða á meðgöngu og/eða eftir fæðingu barns
- ▶ Næst mest óánægja var með úrlausnir vegna ófullnægjandi tengsla við eigið barn
- ▶ Þriðja mesta óánægjan var með úrlausnir vegna samskiptaörðugleika í parsambandi

Ásta Chráðsmá & Linda Rún  
Trúnaðarhlutverk 2013

5

## Hverjir benda á þjónustuna?

- ▶ 24,8% - Heimilislæknir
- ▶ 23,2% - Starfsmaður ungbarnaverndar/mæðraverndar
- ▶ 20,4% - Fjölskyldumeðlimur
- ▶ 20,4% - Fann sjálf/ur upplýsingar
- ▶ 12,0% - Vinur/vinkona
- ▶ 8,0% - Skólinn
- ▶ 8,0% - Annað

Ásta Chráðsmá & Linda Rún  
Trúnaðarhlutverk 2013

6

## Ábendingar frá þátttakendum

- Mjög áberandi var óánægja með langan biðtíma, bæði eftir viðtali og milli viðtala
- Mikilvægt að auka við starfsfólk með mismunandi sérhæfingu
- Margir tóku fram hversu mikilvægt væri að hafa þjónustuna gjaldfrjálsa
- Tekið var fram að lítið væri gert úr föðurhlutverkinu miðað við móðurhlutverkið

Ástu Císladóttir & Linda Bón  
Tærasúðóttir 2013

17

## Mikilvæg atriði

- Niðurstöður fyrri rannsókna sýna að snemmtæk inngríp skila mestum samfélagslegum hagnaði
- Fleiri viðtöl og betri meðferðarheldni skilar sér í ánægðari skjólstæðingum
- Tæplega 80% þátttakenda taldi sig hafa upplifað jákvæðar breytingar sem rekja mætti til viðtala í Fjölskylduráðgjöf HAK

Ástu Císladóttir & Linda Bón  
Tærasúðóttir 2013

18

## Mikilvæg atriði – framhald

- Ljóst er að skjólstæðingar skynja mikið álag á starfsfólki heilsugæslunnar
- Grundvallaratriði er að fjölga starfsfólki með mismunandi sérhæfingu að mati þátttakenda
- Einungis rétt rúmlega helmingur þátttakenda taldi upplýsingar um þjónustuna vera aðgengilegar

Ástu Císladóttir & Linda Bón  
Tærasúðóttir 2013

19

## Fjölskylduráðgjöf á Heilsugæslustöðinni á Akureyri

Á heilsugæslustöðinni er lögð áhersla á fjölskylduforvarnir og þá sérstaklega með þverfaglegri þjónustu við verðandi og nýorðna foreldra. Tilgangurinn er að hlúa að innviðum fjölskyldunnar, efla foreldrahæfni og fjölskylduheilbrigði. Lögð er áhersla á virðingu og skilning í viðhorfum og viðmóti, meta áhættuþætti í samráði og að mæta misjöfnum þörfum fólks fyrir stuðnings- og meðferðarúrræði. Byggt er á þeim viðhorfum að heilsuvandi og áhrif hans á einu æviskeiði verði vart skilið nema í tengslum við það sem á undan er gengið á lífsbrautinni og í fjölskyldusögunni. Fjölskylduráðgjöfin hefur umsjón með samhæfingu og þróun á þessari þjónustu í samvinnu við aðra faghópa HAK. Einnig er markviss samvinna við Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar, geddeild og fæðinga-deild FSA. Nú er hafin þróun með svipaða nálgun í skólaheilsugæslu sem gefur fjölskyldum skólabarna aukna þjónustumöguleika.

**Forgangshópar í fjölskylduráðgjöf á HAK eru verðandi foreldrar, foreldrar ungra barna, einstæðir foreldrar og fjölskyldur grunnskólabarna.**

**Öllum íbúum í umdæmi heilsugæslustöðvarinnar stendur þjónusta fjölskylduráðgjafar HAK til boða.** Hægt er að leita eftir þjónustunni með því að hringja í fjölskylduráðgjafa í símatíma eða panta tíma eftir milligöngu annarra fagaðila.

**Öll meðferð og nálgun miðar að því að efla sjálfsskilning og tilfinningatengsl og finna þannig leiðir til úrlausna.**

Í fjölskylduráðgjöfinni eru starfandi tveir fjölskylduráðgjafar og ritari sem gefur upplýsingar um þjónustuna. Opíð er daglega kl. 8-16. **Þjónustan er hluti af heilsuvernd heilsugæslunnar og gjaldfrjáls.**

### **Fjölskyldumeðferð og ráðgjöf til fjölskyldna og einstaklinga:**

Fjölskylduráðgjöf á **meðgöngu og eftir fæðingu** m.a.

- til að undirbúa sig fyrir foreldrahlutverk/tengslamyndun
- vegna erfiðrar fyrri fæðingarreynslu
- vegna kvíða, depurðar eða tilfinningalegrar vanlíðunar
- vegna erfiðleika eða áfalla í tengslum við eigin foreldra
- vegna fæðingarþunglyndis eða tengslaerfiðleika við barnið.

Fjölskylduráðgjöf vegna **sambúðarerfiðleika** m.a.

- til að efla eða styrkja hjónabandið
- vegna erfiðra samskipta í fjölskyldunni
- vegna trúnaðarbrests í makasambandinu
- vegna skilnaðarhugleiðinga.

Fjölskyldumeðferð vegna **samskipta- og tengslaerfiðleika** m.a.

- ef erfið líðan eða álag/áföll trufla tilfinningatengslin í fjölskyldunni
- til að efla sjálfstyrk og innlifunarhæfni foreldra og styrkja þá í uppeldishlutverki
- til að hjálpa foreldrum að styðja börn sín gegnum ýmiskonar áföll og erfiðleika
- fyrir fjölskyldur grunnskólabarna sem eru að takast á við áföll s.s. skilnað, veikindi, missi eða tilfinningalega vanlíðan hjá barni.



Fjölskylduráðgjöf vegna annarra mála svo sem

- þegar erfitt er að takast á við lífið eftir skilnað eða missi
- þegar þörf er á aðstoð vegna áfalla, streitu eða annarra erfiðleika
- þegar þörf er á upplýsingum/ráðgjöf um fjölskyldumál.

# Nýja barnið

*Þróunarverkefni  
Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri*



**Hugmyndafræði – aðferðir – árangur**



Landlæknisembættið 2000





# Nýja barnið

## Þróunarverkefni Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri

**Aðalhöfundar:** Anna Karólína Stefánsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson,  
Hulda Guðmundsdóttir.

**Meðhöfundar:** Björg Bjarnadóttir, Guðfinna Nývarðsdóttir,  
Magnús Skúlason, Pétur Pétursson,  
Sigfríður Inga Karlsdóttir, Sigmundur Sigfússon.

**Ritstjórn:**

Anna Karólína Stefánsdóttir og Hjálmar Freysteinnsson verkefnisstjórar,  
Hulda Guðmundsdóttir og Sigmundur Sigfússon handleiðendur

**Tölvuvinnsla og uppsetning:**

Sigurbjörg Haraldsdóttir

**Forsíða:**

Norðurmynd

**Ljósmyndir:**

Úr myndasafni starfsfólks Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri

**Teiknaðar myndir:**

Jim Rygh og fleiri

**Prentvinnsla:**

Ásprent/Pob ehf. Akureyri 2000

ISBN 9979-9485-0-7

Öll réttindi áskilin.

Rit þetta má ekki afrita með neinum hætti án leyfis höfunda.

# Efnisyfirlit

	<b>Bls.</b>
<b>Ávarp</b>	
Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir .....	7
<b>Formáli</b>	
Jóhann Ágúst Sigurðsson prófessor í heimilislækningum .....	9
<b>I. Kafi</b>	
<b>Inngangur</b>	
1.1.) Fjölskyldan og heilsugæslan .....	11
1.2.) Þróunarverkefnið .....	13
1.3.) Efni ritsins .....	15
1.4.) Þátttakendur og sviðsmynd .....	16
<b>2. Kafi</b>	
<b>Fræðilegur grunnur</b>	
<b>Geðvernd og heilsuvernd</b>	
Hulda Guðmundsdóttir	
2.1.) Hin sálræna meðganga .....	19
2.2.) Sálræn fæðing og tilfinningaþroski .....	22
2.3.) Að mæta skjólstæðingnum þar sem hann er staddur .....	25
2.3.1.) Innlifun meðferðaraðila .....	25
2.3.2.) Innlifun kornabarna .....	26
2.3.3.) Samspil foreldris og barns .....	26
2.4.) Áhættuþættir á meðgöngu og í frumbersku .....	27
<b>3. Kafi</b>	
<b>Verkefnisferlið</b>	
<b>Breytt heilsuvernd</b>	
3.1.) Aðferðir .....	31
3.1.1.) Fræðsla .....	31
3.1.2.) Handleiðsla .....	32
3.1.3.) Kynningar .....	33
3.1.4.) Kynnisferðir .....	33
3.1.5.) Upplýsingasöfnun og upplýsingamiðlun .....	34
3.1.6.) Samráð .....	38

3.1.7.) Ferli	38
3.1.7.1.) Flæðirit	39
3.1.7.2.) Dæmi um mat og ferli	40
3.2.) Árangur	41
3.2.1.) Breytt vinnubrögð og ný úrræði	41
3.2.1.1.) Nýja barnið í framkvæmd í mæðravernd	44
Sigfríður Inga Karlsdóttir yfirljósmóðir	
3.2.1.2.) Hlutur heimilislæknis í breyttri heilsuvernd	45
3.2.1.3.) Nýja barnið í framkvæmd í ungbarnavernd	46
Guðfinna Nývarðsdóttir deildarstýra	
3.2.2.) Hópastarf - meðferðarúrræði fyrir barnshafandi konur	47
Dr. Björg Bjarnadóttir forstöðusálfræðingur	
3.2.3.) Rannsóknir - niðurstöður upplýsingasöfnunar	52
<b>4. Kafi</b>	
<b>Mat á verkefninu</b>	
4.1.) Könnun meðal starfsmanna	59
4.2.) Neytendakannanir	59
4.3.) Mat á hópmeðferð – Dr. Björg Bjarnadóttir forstöðusálfræðingur	60
4.4.) Mat faghópa við verkefnislok	61
4.4.1.) Mat ljósmæðra í mæðravernd	61
Sigfríður Inga Karlsdóttir yfirljósmóðir	
4.4.2.) Mat heimilislækna	62
Pétur Pétursson yfirlæknir	
4.4.3.) Mat hjúkrunarfræðinga í ungbarnavernd	63
Guðfinna Nývarðsdóttir deildarstýra	
4.4.4.) Mat samstarfsaðila	63
4.4.5.) Mat verkefnisstjóra	64
<b>5. Kafi</b>	
<b>Lokaorð</b>	67
<b>Heimildir og ítarefni</b>	71

## Ávarp

Heilsugæsluverkefnið Nýja barnið á Akureyri fjallar um barnavernd. Í því eru metnir til jafns líkamlegir, tilfinningalegir og félagslegir þættir í heilsuvernd verðandi foreldra og nýfæddra barna. Þetta hefur ekki verið gert áður á svo kerfisbundinn hátt.

Meðal vestrænna menningarþjóða eykst framleiðni og hagsæld í kjölfar tækniframfara, og margir bera úr bótum áhyggjuminnna líf. Þversögnin er sú að samtímis fjórfaldast tíðni auðgunarbrota og ofbeldis meðal ungs fólks. Menn leita skýringa. Ýmsir rekja þessa þróun til þess að síðustu fjóra áratugi hefur verið sótt að kjarnafjölskyldunni úr ýmsum áttum. Tíðni hjónaskilnaða og sambúðarslita hefur fjórfaldast, tíðni barneigna einstæðra mæðra fimmfaldast. Samverutími foreldra með börnum sínum hefur dregist saman. Kjarnafjölskyldur sundrast oftast en áður, og börn standa mörg ein án fullnægjandi stuðnings og tilfinningalegs atlatís. Margir líta svo á að óáran meðal ungs fólks megi að verulegu leyti rekja til þessa.

Íslendingar hafa ekki farið varhluta af þessari þróun. Í þessu riti má til dæmis lesa að samkvæmt viðtölum við tæplega 700 barnshafandi konur á þriggja ára tímabili átti tæpur fjórðungur þeirra börn úr fyrri sambúð, 13% þeirra hafði húsnæðis- eða fjárhagsáhyggjur, rúmlega einn tíundi bjó á heimili foreldra eða tengdforeldra sinna, um 5% kvennanna hafði lítil tengsl við barnsföður og sama hlutfall upplifði ónógan stuðning frá umhverfi sínu. Ríflega 16% hinna barnshafandi kvenna voru aldar upp hjá öðru foreldri sínu eða hvorugu þeirra.

Nýmæli er að með vinnuáðferðum Nýja barnsins er leitast við að greina erfiðleika og óhagstæð skilyrði hjá verðandi foreldrum og ráða bót á þeim sem kostur er, í því skyni að bæta aðbúð og uppvaxtarskilyrði ófæddra barna þeirra. Ef ekkert væri að gert gætu erfiðar aðstæður hamlað þroska og heilbrigði.

Seint verður of mikil áhersla lögð á að skapa frið og ró í frumbersku, m.a. með því að tryggja að foreldrar geti sjálfir annast börn sín fyrstu æviár þeirra. Rétt væri því að þrefalda lengd fæðingarorlofs héraendis og eru lög um fæðingarorlof sem nýlega voru samþykkt á Alþingi aðeins skref í rétta átt.

Góð reynsla af Nýja barninu á Akureyri er ábending um að taka beri upp vinnubrögð af sama tagi um allt land.

Að lokum óska ég barninu langlífis.

*Ólafur Ólafsson,  
fyrirverandi landlæknir*



## Formáli

### Nýja barnið

#### – árangur starfsaðstöðu, samvinnu og hugsjóna

Þegar samstaða náðist meðal þings og þjóðar um að efla heilsugæsluna árið 1974 var lagður grunnur að þverfaglegu samstarfi heilbrigðisstarfsfólks í heilsugæslunni (síðar nefnt teymisvinna).

Fyrstu árin og áratuginir fóru þó í uppbyggingu heilsugæslustöðva um land allt, tækjavæðingu og menntun starfsfólks. Nú þegar þessi verkefni eru langt á veg komin hefur áhugafólk í heilsugæslunni byrjað að huga að næstu viðfangsefnum, verkefnum sem hafa alla tíð verið ofarlega á óskalistanum, en ekki hægt að sinna fyrr en grunnurinn var byggður. Þróunarverkefnið Nýja barnið á vegum starfsfólks Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri er ágætt dæmi um nýtt verkefni sem samtvinnar teymisvinnu og hugsjón. Megin tilgangur þess er að efla gæði mæðra- og ungbarnaverndar.

Á Akureyri hefur um árabil verið starfrækt öflug heilsugæslustöð með menntuðu og metnaðarfullu starfsfólki. Fjöldi stöðugilda virðist einnig vera í góðu samræmi við íbúafjölda á þjónustusvæðinu, svo að tími og aðstaða hefur gert það kleift að takast á við viðfangsefni sem þetta.

Michael og Enid Balint og félagar þeirra voru brautryðjendur í rannsóknum á mikilvægi viðtalsins og sambandi læknis og sjúklings (1). Þau benti meðal annars á mikilvægi þess að læknar þjálfuðu sig í því að fanga réttu teiknin (the flash technique) í samskiptum við skjólstæðinga sína. Sem dæmi má nefna að þegar einstaklingum eða sjúklingum liggur eitthvert vandamál þungt á hjarta, er ekki sjálfgefið að viðkomandi opinberi vandamál sín samstundis, heldur gefi í fyrstu ýmislegt til kynna með óbeinum hætti, stundum til að

kanna hvort viðmælandinn sé móttækilegur fyrir teiknum sínum eða skilaboðum og hvort það sé í lagi að viðra þau frekar. Slíkt atferli getur verið bæði meðvitað og ómeðvitað. Það er afar mikilvægt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að skynja og ná tökum á slíkum teiknum, þar eð það getur forðað skjólstæðingnum frá óþarfa töfum á úrlausn vandans, eða að læknirinn sendi skjólstæðing sinn í óþarfa rannsóknir eða meðferð. Heilbrigðisstarfsfólk þarf því stöðugt að skerpa skilningarvitin til þess að taka við slíkum skilaboðum. Lærifaðirinn McWhinney þróaði kenningar Balints og féлага áfram og kynnti síðar læknisviðmiðað og sjúklingsviðmiðað viðtal. Hann benti á þriðju víddina í þessum samskiptum sem var samspilið í viðtalinu sjálfu. Til þess að fanga réttu teiknin þarf samfellda læknisþjónustu og heilbrigðisstarfsmaðurinn að vera opinn fyrir því að takast á við sérhvert vandamál sem skjólstæðingurinn kann að bera upp. Þessi nálgun skapar heilsugæslunni mikla sérstöðu. Hún felst meðal annars í því að vinna með fjölskylduna sem einingu og skoða vandamál hennar jafnt í sálrænu, geðrænu, félagslegu og líkamlegu samhengi. Samfelld þjónusta fyrir þennan heilsuspegil leiðir til þess að hjá starfsfólki í heilsugæslunni skapast þekkingarbrunnur sem á sér fáar hliðstæður í heilbrigðisræðinu. Þróunarverkefnið Nýja barnið sam-einar ofanefnd tækifæri.

Jóhann Ágúst Sigurðsson  
prófessor í heimilislækningum  
Læknadeild Háskóla Íslands





# 1. Kafli

## Inngangur



..undir því hver rækt er sýnd börnum  
er komin velmegun hvers þjóðfélags  
og framtíð hvers ríkis.

Halldór Laxness

### 1.1. Fjölskyldan og heilsugæslan

Hin fyrstu tengsl, hin fyrstu spor eru þau afdrifaríkustu fyrir framtíðarheilsu okkar og hamingju. Fjölskyldan er sá tilfinningareitur sem við öll sprettum úr, en of margar fjölskyldur bera enn í dag ýmis alvarleg einkenni vanrækslu og kreppu þrátt fyrir vaxandi þekkingu nútímans á mikilvægi hennar fyrir heilsu og velferð bæði einstaklings og samfélags (35).

Það er því alvarlegt ef hefðbundin heilsuvernd leggur einhliða áherslu á líkamlega heilsu en vanrækir að efla fjölskylduheilbrigði og hlúa að mikilvægum tilfinningatengslum þrátt fyrir lagaákvæði þar um.

Móðir og barn eru samofin heild á meðgöngu og fyrsta lífsskeiði barnsins. Móðirin, eða staðgengill hennar, gegnir því lykilhlutverki í hinni fyrstu mikilvægu tengslamyndun eftir fæðingu og byggir þar meðal annars á því viðmóti sem mætti henni sjálfri í upphafi lífsins, þ.e. á eðli þeirra framtengsla og fjölskyldumynsturs sem hún fæddist inn í (6). Rannsóknir benda til að tilfinningaleg og geðræn vandamál og jafnvel sumir alvarlegir líkamlegir sjúkdómar eigi sér rætur í truflun á tilfinningatengslum móður og barns í frumbersku þótt samspil erfða og umhverfis á öllum æviskeiðum ráði miklu um líðan okkar og heilsu (sjá kafla 2).

Yfirlýst markmið heilsugæslunnar er að meta til jafns líkamlega, tilfinningalega og félagslega þætti heilsunnar, enda eru þeir órofa samofnir og verður að skoða að jöfnu og skilja út frá stöðu manneskjunnar í fjölskyldu og samfélagi. Viðfangsefni heilsugæslunnar eru því ekki aðeins sjúkdómar heldur fyrst og fremst lifandi manneskjur sem búa við misjafnar aðstæður, hafa fengið misjöfn þroska-skilyrði og hafa misjafnar forsendur til að takast á við sjúkdóma, þroskareppur og áföll sem á veginum verða. Til að ná árangri þarf heilbrigðisstarfsfólk að virða að hver einstaklingur er sérstakur og leitast við að skilja veikleika og styrkleika hvers og eins. Þannig komum við til móts við mismunandi þarfir og

### Úr 19. grein laga um heilbrigðisþjónustu

#### 5) Heilsuvernd.

Aðalgreinar heilsuverndar eru:

- 5.1. Heilbrigðisfræðsla í fyrirbyggjandi tilgangi.
- 5.2. Mæðravernd.
- 5.3. Ungbarna- og smábarnavernd.
- 5.4. Heilsugæsla í skólum.
- 5.5. Ónæmisvarnir.
- 5.6. Berklavarnir.
- 5.7. Kynsjúkdómavarnir.
- 5.8. Geðvernd, áfengis-, tóbaks- og fíkniefnavarnir.
- 5.9. Sjónvernd.
- 5.10. Heyrnarvernd.
- 5.11. Heilsuvernd aldraðra.
- 5.12. Hópskoðanir og skipulögð sjúkdómaleit.
- 5.13. Félagsráðgjöf, þ.m.t. fjölskyldu- og foreldraráðgjöf.
- 5.14. Umhverfisheilsuvernd.
- 5.15. Atvinnusjúkdómar, sbr. og lög nr. 46/1980.
- 5.16. Slysavarnir.

Lög nr. 97/1990

getum gripið inn í og fyrirbyggt þjáningar og sálfélagsleg vandkvæði (7). Heilsuvandi og áhrif hans á einu æviskeiði verður vart skilinn nema í tengslum við það sem á undan er gengið á lífsbrautinni og í fjölskyldusögunni. Árangursríkt heilsuverndarstarf hlýtur því að byggjast á þekkingu og skilningi fagfólks á þessu samhengi og á samfellu í þjónustunni.

Þessi grunnsjónarmið lágu að baki þeirri ákvörðun að koma á fót fjölskylduráðgjöf innan Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri (skammstafað HAK) árið 1986 í samræmi við ákvæði laga um heilbrigðisþjónustu (15). Frá upphafi var lögð áhersla á að nýta fjölskylduráðgjöfina til að þróa nýja vídd í heilsuverndarstarfi, sérstaklega í mæðra- og ungbarnavernd.

Heilsugæslustöðin á Akureyri er hin stærsta á landinu og sinnir bæði Akureyri og nærsveitum. Stærð hennar og deildaskipting starfseminnar gera miklar kröfur um þverfaglegt samstarf og samráð.

### Fjölskylduráðgjöfin á heilsugæslustöðinni felst fyrst og fremst í eftirfarandi þáttum:

1. Ráðgjöf og meðferð sem einstaklingar og fjölskyldur geta leitað eftir að ráði fagfólks eða að eigin frumkvæði.
2. Forvarnarstarfi í formi fræðslu og námskeiða.
3. Samstarfi/samráði við aðra faghópa innan stofnunar og utan.
4. Þróunarstarfi, samhæfingu, handleiðslu og rannsóknnum.

## Heilsugæslustöðin á Akureyri

- **Íbúafjöldi u.þ.b. 18.000**
  - Fjöldi starfsmanna er u.þ.b. 70 í 52 stöðugildum
  - þar af 11 stöður heilsugæslulækna

- **Deildaskipting:**
  - Læknisþjónusta
  - Mæðravernd
  - Ungbarnavernd
  - Heilsugæsla í skólum
  - Fjölskylduráðgjöf
  - Heimahjúkrun
  - Krabbameinsleit
  - Rannsóknarstofa
  - Aðgerða- og skiptistofa
  - Heilsugæslustöðin á Grenivík



Markvisst samstarf og samráð eflir bæði einstaklingana og heildina, eykur sérfræðilega þekkingu, víðsýni og innbyrðis stuðning og skilning. Utanaðkomandi handleiðsla,

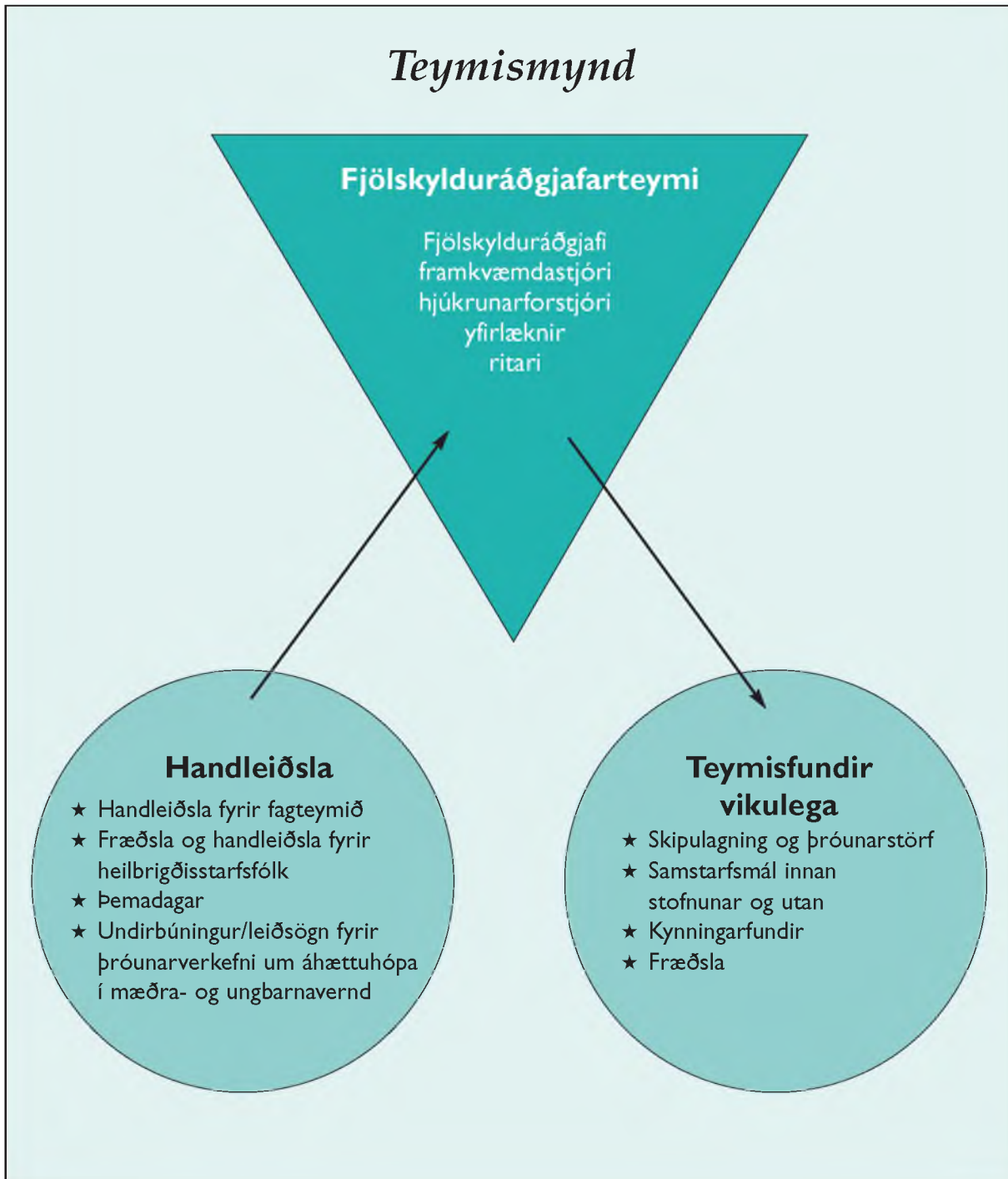
fræðsla, endurmat og rannsóknir eru nauðsynlegir þættir til að koma af stað og viðhalda slíku þróunarferli í gamalgrónu kerfi.

**1.2. Þróunarverkefnið**

Hugmyndir að þróunarverkefni sem stuðla ætti að bættum tengslum móður, föður og barns tóku að mótast í framhaldi af uppbyggingu fjölskylduráðgjafarinnar og samþættingu hennar við aðra þætti starfseminnar undir handleiðslu og hugmyndafræðilegri leiðsögn Huldu Guðmundsdóttur félagsráðgjafa sem er

með sérmenntun í sálalækningum, hópmeðferð og handleiðslu.

Í upphafi handleiðsluferilsins var komið á teymi þar sem sitja fjölskylduráðgjafi, yfirlæknir, hjúkrunarforstjóri og framkvæmdastjóri, sem sjá um skipulagningu, þróun og samhæfingu þessa innra starfs eins og kemur fram á skýringamynd.



Mótun hugmynda, gerð og þróun hjálpartækja og ákvarðanir um skipulagningu og framkvæmd fór fram á löngu undirbúnings tímabili.

### A. Undirbúningsferli nóvember 1988 - ágúst 1992

#### 1. Þrep

*Upphafid.*

Mótun hugmynda, markmiða og hjálpargagna. Hófst í nóvember 1988.

#### 2. Þrep

*Reynslutímabil.*

Þriggja mánaða reynslutímabil. Hófst 15. febrúar 1991.

#### 3. Þrep

*Ákvarðanataka, markmiðssetning, mótun verkefnisáætlunar, kynning og undirbúningur fjáröflunar.*

Hófst í maí 1991.

### B. Verkefnisferli

#### I. sept. 1992 - 31. des. 1997

#### 4. Þrep

*Verkefnið sjálft fór formlega í gang í september 1992.*

Það felur í sér kembileit, upplýsingamiðlun, fræðslu, handleiðslu og viðhorfsbreytingu.

#### 5. Þrep

*Gerð áfangaskýrslu og endurmat.*

#### 6. Þrep

*Framhald samkvæmt endurskoðuðu skipulagi.*

### C. Verkefnislok

#### I. janúar 1998

#### Lokaskýrsla - Kynningar

Hugmyndirnar voru kynntar í Heilbrigðismálaráðuneyti, fyrir landlækni og stjórn HAK. Landlæknir og ráðuneyti töldu þetta gott framtak sem bætt gæti heilbrigðisþjónustuna og stuðlað að sjúkdómavörnum til lengri tíma litið. Eindregin hvatning þessara aðila hafði úrslitaáhrif á að verkefninu var hrundið í framkvæmd. Verkefnið fór formlega af stað 1. september 1992 er samstaða um framkvæmd og markmið lá fyrir.

### Markmið

- ◆ Markmið verkefnisins er að þróa starfsaðferðir í heilsuverndarstarfi í þá átt að hugað sé að sálrænum og félagslegum áhættuþáttum ekki síður en líkamlegum.
- ◆ Ætlunin er að nýta tíð og reglubundin samskipti í mæðravernd og ungbarnavernd til að greina og skilja félagslega og tilfinningalega áhættuþætti og ná samvinnu við fjölskyldurnar um úrræði. Talið er að á þessu mótunarskeiði fjölskyldunnar sé auðveldara en ella að ná samstarfi um úrbætur.
- ◆ Áhersla verður lögð á þjálfun starfsmanna heilsugæslustöðvarinnar við öflun slíkra upplýsinga, miðlun þeirra milli starfshópa og sameiginlega nýtingu upplýsinganna til að skapa heilsuvernd sem fellur sem best að mismunandi þörfum neytendanna.

Okkur varð ljóst að til að geta breytt starfsaðferðum okkar og komast upp úr gömlum hjólförum yrðum við að byrja á okkur sjálfum (18). Mikil áhersla var annars vegar lögð á samstarf og samhæfingu í þessu þróunarferli og hins vegar á sameiginlega fræðslu faghópsins um eðli og grunnatriði tilfinningaþroska og hinnar sálrænu meðgöngu og leiðir til að fyrirbyggja sálfélagsleg vandamál. Reynsla okkar staðfestir mikilvægi slíks undirbúnings fyrir alla þá fagaðila sem vinna með tengsl móður og barns á meðgöngu, í fæðingu og á fyrstu æviskeiðum barnsins (sjá kafla 2).

Samkvæmt eðli þróunarverkefnis er óhjákvæmilegt að fram fari stöðugt endurmat og leit að nýjum og árangursríkari leiðum að settu marki. Hér var lögð áhersla á að efla skilning og þekkingu fagfólks á tilfinningalegum þörfum og sálfélagslegum áhættuþáttum og auka þannig hæfni þess til að hlúa að heilbrigði fjölskyldunnar og greiða fyrir eðlilegri tengslamyndun móður og barns (31, 33).

Árangur þróunarferlisins er sýnilegur í breyttum starfsaðferðum, viðhorfum, viðmóti og nýjum meðferðarúrræðum í þeim tilgangi að bæta uppeldis- og þroskaskilyrði barna og efla framtíðarheilbrigði.

Mikilvægur þáttur í þróunarferli er að takast á við og læra af þeirri mótstöðu sem alltaf fylgir breytingum og vexti (7). Óttinn við breytingar og nýjungar veldur oft mótstöðu, óttinn við hið óþekkta, óttinn við að valda ekki nýjum kröfum og auknu álagi. Það er líka erfitt að þurfa að axla þá ábyrgð að sjá annars konar vanda en við erum vön að sjá og leysa úr honum á nýjan hátt. Eðlileg mótstaða hjálpar okkur þannig til að takast á við andstæður eða sætta þær, sjá skýrar hin raunverulegu markmið og finna raunhæfar leiðir í átt að þeim.

*„Allt sem er nýtt mun mæta mótstöðu“*

*Lisbeth F. Brudal*

### 1.3. Efni ritsins

Tilgangur okkar með þessari handbók um Nýja barnið er að deila með öðru fagfólki hugmyndafræði okkar, reynslu og árangri á þann hátt að það geti nýst öðrum heilsugæslustöðvum og heilbrigðisstofnunum í eigin þróunarferli þótt við gerum okkur grein fyrir að aðstæður og möguleikar á hverjum stað séu mismunandi. Lokaskýrsla verkefnisins Nýja barnið er því hvort tveggja í senn, drög að hugmyndafræðilegum grunni og leiðsögn um þróunarferli.

Ritið er unnið sem heild og er ritstjórn í höndum Hjálmars Freysteinssonar, Önnu Karólínu Stefánsdóttur, Huldu Guðmundsdóttur og Sigmundar Sigfússonar. Margir fleiri hafa lagt hönd á plóginn og viljum við þar sérstaklega nefna Magnús Skúlason og Pétur Pétursson. Verkefnisstjórar eru aðalhöfundar texta nema þar sem annars er getið.

Með þessum inngangi reynum við að veita innsýn í hugmyndafræði og eðli Nýja barnsins og þær aðstæður og möguleika sem við búum við hér á HAK.

Í lok inngangsins gerum við grein fyrir þáttakendum verkefnisins og sýnum skipulag innra starfsins til að skapa meiri nánd við þann vettvang sem verkefnið hefur þróast á.

Í öðrum kaflanum, sem er unninn af aðalhandleiðanda verkefnisins, Huldu Guðmundsdóttur, með góðum tilstyrk geðlækn-

anna Magnúsar Skúlasonar og Sigmundar Sigfússonar, er gefin innsýn í þann fræðilega bakgrunn sem við byggjum á. Áætlað er að gefa síðar út í samvinnu við Landlæknisembættið fræðilegt rit með ítarlegri umfjöllun um efni þessa kafla ásamt umfjöllun um hópmeðferð í mæðravernd.

Í þriðja kafla förum við í gegnum verkefnisferlið, horfum á mismunandi þætti þess og skoðum hvernig árangur þróunarverkefnis birtist, sem er að ýmsu leyti á annan veg en í rannsóknarverkefni. Deildarstýrir í mæðra- og ungbarnavernd, Sigfríður Inga Karlsdóttir og Guðfinna Nývarðsdóttir, gefa stutta lýsingu á framkvæmdinni. Skoðuð er hönnun meðferðarúræða og fjallar dr. Björg Bjarnadóttir sálfræðingur sérstaklega um hópmeðferðarúræði fyrir konur með erfiða fæðingarreynslu.

Í fjórða kafla horfum við í ýmsa spegla og reynum að meta árangur út frá mismunandi sjónarhornum. Við greinum stuttlega frá könnun meðal starfsmanna og niðurstöðum af könnunum á upplifun mæðra og viðhorfum þeirra til þessara nýju vinnuaðferða í heilsuvernd. Hinir ýmsu faghópar gera síðan grein fyrir mati sínu á verkefninu. Í mati verkefnisstjóra reynum við að gefa innsýn í hvað hefur falist í því hlutverki og hvað það hefur kennt okkur í meginatriðum.

Í lokakaflanum draga höfundar ályktanir og horfa til framtíðar.

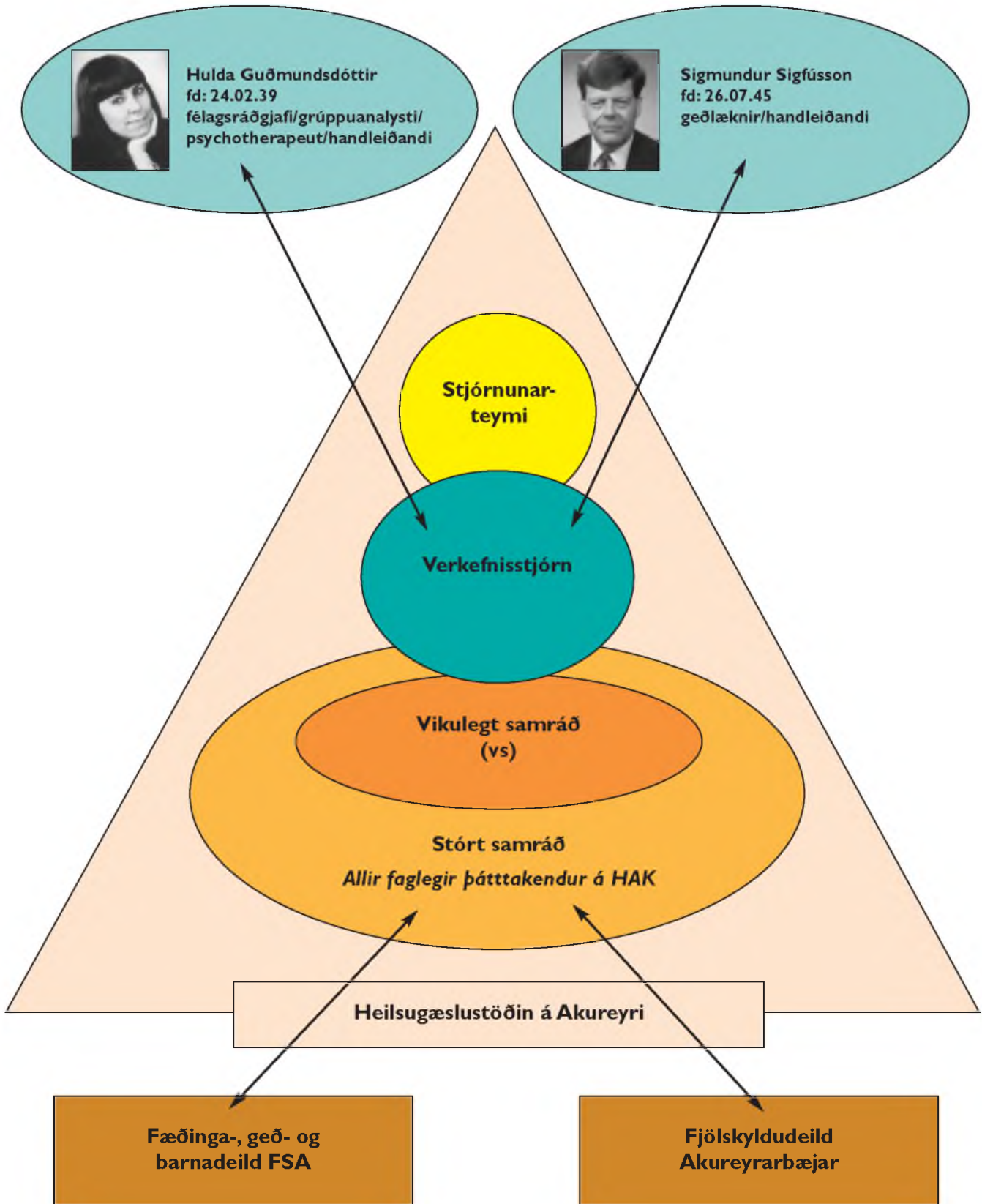


## I.4. Þátttakendur og sviðsmynd

*Þátttakendur og hlutverk í Nýja barninu í árslok 1997*Anna María Halldórsdóttir fd: 23.07.51  
læknaritari/ritari þróunarv. og samráðsAnna Karólína Stefánsdóttir fd: 15.12.49  
félagsrg./fjölskrgr./verkefnisst./hópmeðferð./vs\*Björg Bjarnadóttir fd: 10.11.52  
sálfræðingur/hópmeðferðBragi Sigurðsson fd: 12.03.61  
heilsugæslulæknirDagný Sigurgeirsdóttir fd: 23.05.35  
barnahjúkrunarfræðingur ungbarnav./vs\*Friðrik Vagn Guðjónsson fd: 23.12.50  
heilsugæslulæknirGuðfinna Nývarðsdóttir fd: 07.10.50  
heilsugæsluhjúkr.fr./deildarstýra ubv./vs\*Guðmundur Sigvaldason fd: 14.04.54  
framkvæmdastjóri/stjórnunarteymiHalla Jónsdóttir fd: 16.03.33  
ljósmóðir mæðravernd/vs\*Hilmir Jóhannsson fd: 05.01.49  
heilsugæslulæknirHjálmar Freysteinnsson fd: 18.05.43  
heilsugæslulæknir/verkefnisstjóri/vs\*Hlín Gunnarsdóttir fd: 08.12.33  
barnahjúkrunarfr. ungbarnav./vs\*Ingvar Þóroddsson fd: 16.06.52  
heilsugæslulæknirKonný K. Kristjánsdóttir fd: 01.07.37  
hjúkrunarforstjóri/stjórnunarteymiKristinn Eyjólfsson fd: 08.02.46  
heilsugæslulæknirMagnús Ólafsson fd: 03.04.50  
heilsugæslulæknirMargrét Bjarnadóttir fd: 22.09.59  
hjúkrunarfræðingur ubv HálsahreppiÓsk Geirsdóttir fd: 10.09.64  
hjúkrunarfræðingur ungbarnavernd/vs\*Pétur Pétursson fd: 02.02.47  
heilsug.læknir/yfirlæknir/stjórnunarteymiSesselja Bjarnadóttir fd: 08.03.61  
hjúkrunarfræðingur ubv GrenivíkSigfríður Inga Karlsdóttir fd: 15.06.63  
hjfr/ljósmóðir/deildarstýra mæðrav./vs\*Sigríður Þórðardóttir fd: 15.01.45  
móttökuritari mæðraverndSigrún Guðmundsdóttir fd: 17.09.50  
móttökuritari ungbarnaverndSigurbjörg Haraldsdóttir fd: 17.02.63  
læknaritari/ritari fjölskylduráðgjafa  
/ritari þróunarv.verkefnisst. og stjórnunart.Valþór Stefánsson fd: 02.12.57  
heilsugæslulæknir

\*) Vikulegir samráðsfundir

# Sviðsmynd







## 2. Kafli

### Fræðilegur grunnur. Geðvernd og heilsuvernd

Hulda Guðmundsdóttir



...veröld, lát vor þeirra lifa  
og vaxa í friði með þeim.

Jakobína Sigurðardóttir

Viðleitni og inngrip til forvarna geta aldrei hafist of snemma þegar um geðvernd og heilsuvernd manneskjunnar er að tefla. Í þessum kafla er fjallað um fræðilegan grunn geð- og heilsuverndar með sérstöku tilliti til mæðra- og ungbarnaverndar, í anda þessa þróunarverkefnis. Mjög er stiklað á stóru, en rauði þráðurinn er í anda máltækisins „lengi býr að fyrstu gerð“.

Hér verður gerð nokkur grein fyrir tilfinninga- og sálarlífi verðandi mæðra og helstu þróunarskeiðum meðgöngunnar. Fjallað er um sálræna þróun og þroskaskeið kornabarnsins, einkum með tilliti til tengslamyndunar og tilfinningalífs. Gerð verður stutt grein fyrir mikilvægi heilbrigðrar innlifunar (empathy). Drepið verður á afleiðingar þess er eitthvað fer úrskaiðis í eðlilegri þróun, helstu áhættuþætti og úrræði.

#### 2.1. Hin sálræna meðganga

**Nýtt barn leiðir ætíð til mikilla breytinga á sjálfssímynd móður og hlutverki foreldra og á fjölskyldutengslunum í heild.**

Á meðgönguskeiði hverrar verðandi móður gerast innra með henni breytingar á tilfinningalífi og upplifanir til aðlögunar og undirbúnings. Þetta hefur verið kallað *hin sálræna meðganga*. Ljóst er að verðandi feður og jafnvel ömmur og afar ganga líka í gegnum breytingar, eftir því hve mikla samkennd þau hafa með því sem í vændum er (6).

Til að öðlast skilning á breyttu tilfinningalífi og hugarheimi kvenna á meðgönguskeiði er nauðsynlegt að glöggva sig á sálrænu þáttunum í lífi verðandi móður. Það byggist á tilfinningalegum undirbúningi og aðlögun að móðurhlutverkinu hvernig til tekst að taka á móti nýju barni, nýrri manneskju í þennan heim.

Ef allt gengur eðlilega hjá hinni verðandi móður, þá á sér stað á þessu skeiði djúptæk tilfinningaleg breyting og þroski.



Nánd ófædda barnsins vekur sterkar kenndir, bæði af jákvæðum og neikvæðum toga, innra með hinni verðandi móður, og tilfinningalegt afturhvarf á sér stað, sem stuðlar að því að hún kemst á þessu tímabili í nánari snertingu við tilfinningar sínar og minningar. Þetta viðkvæma ástand gerir konuna næmari og um leið hæfari til að ráða við innri tilfinningalegar breytingar og þau viðbrögð og boð sem ófædda og síðan nýfædda barnið sendir frá sér til móður sinnar.

Á þessu tímabili myndast fyrstu tilfinningatengslin við barnið, og barnið verður að veruleika í huga móðurinnar og samvinnast henni. D. W. Winnicott tekur svo til orða, að barnið verði til í huga móðurinnar á þeirri stundu sem hún sér það fyrir sér hið innra, og þá eigi sér stað hin eiginlega *sálræna þungun* (37), (samsvörun við hugtakið *sálræn fæðing*, sjá kafla 2.2.).

### Hið raunverulega barn – hið ímyndaða barn

Móðirin skynjar hið ófædda barn á ýmsum „plönunum“ samtímis. Hún skynjar fóstrið sem hún ber með sér og síðan hreyfingar þess og nálægð sem hún upplifir sem persónuleika barnsins. Því nánar og raunverulegar sem hún skynjar barnið þeim mun fleiri persónueigindir eignar hún því. Móðir tileinkar oft barni sínu ákveðna persónugerð og talar um það sem ákveðið kyn áður en það er staðfest. Mæður hafa oft leyndar hugmyndir og væntingar um barnið sem þær ganga með án þess að ræða þær við aðra. Að geta í hugarheimi sínum skapað ímynd af barni sínu telja margir forsendu þess að geta myndað við það eðlileg tilfinningatengsl og samskipti. Reynsla konunnar af eigin móður og öðrum uppaldum skiptir hér miklu máli. Winnicott orðar þetta svo: „Góð framtengsl verðandi móður við móður sína eru henni dýrmæt hjálp til að skapa heilbrigt barn.“

„Hver þungun skapar ekki aðeins barn heldur einnig nýja mömmu“, segir Raphael hnyttilega í riti sínu 1982 (28). Til eru kenningar um sálrænt ferli þungaðra kvenna, þar sem meðgöngunni er skipt í þrjú skeið sem fylgja líkamlegum breytingum.

### Þrjú skeið meðgöngunnar:

#### 1. Einingarskeið

Móðirin gerir sér ljóst að barnið sem hún gengur með er hluti af henni, en er með byrjandi sjálfstæða líkamsstarfsemi.

#### 2. Aðgreiningarskeið

Móðirin finnur að barnið vex innra með henni og þróast og aðgreining þess eykst.

#### 3. Aðskilnaðarskeið

Undirbúningur móður fyrir líkamlegan aðskilnað við barnið.  
Lokakafli skeiðsins er sjálf fæðingin.

### Einingarskeiðið

Hin verðandi móðir vex á meðgönguskeiðinu sjálfkrafa inn í hlutverk sitt ef allt er með felldu. Hún notfærir sér meðal annars þá reynslu sem hún hefur áður öðlast af umhyggju móður sinnar og annarra uppaldenda. Fyrsta skref verðandi móður er að beina athyglinni inn á við og að fóstroinu og nálgast það tilfinningalega fremur en að líta á það sem framandi veru. Winnicott hefur orðað þetta svo: „Móðirin fer að upplifa að miðdepill alheimsins sé innra með henni sjálfri.“ Á þessu fyrsta skeiði meðgöngu verða flestar konur viðkvæmari en endranær og fá aukna þörf fyrir ástúð og vernd og hafa ríka þörf fyrir umhyggju og þátttöku kvenna sem eru þeim nánar og geta lifað sig inn í móðurhlutverkið. Félagsleg einangrun og tíð bústaðaskipti barnafjölskyldna valda því að margar konur sakna nákominna kvenna og ættingja. Hafi verðandi móðir verið mjög háð eigin móður verður öryggisþörf hennar meiri. Parsamband breytist nú í fjölskyldusamband með eðlilegu álagi, samkeppni og jafnvel afbrýðisemi, en einnig tilhlökkun og spennandi framtíðaráformum. Í hönd fer breytinga- og þróunarskeið sem getur veist hinum verðandi föður erfitt, og hafi hann ekki næga tilfinningalega innistæðu eða innlifunarhæfni til að styðja barnsmóður sína á þessu skeiði er hætt við að hann verði tvíátta gagnvart meðgöngunni og sambandið versni. En fyrir mörg þör getur

Þetta tímabil reynst sérstakt tækifæri til að verða nánari hvort öðru og auka hæfni sína og ábyrgð í foreldra- og fjölskylduhlutverki. Séu tilfinningar móðurinnar til barnsföðursins neikvæðar eða blendnar getur henni veist erfitt að fagna tilkomu barnsins. Ef konan er ósátt við meðgönguna skapast innri mótsögn og henni finnst barnið sem vex innra með henni þrengja að sér og vera í samkeppni við sig. Henni finnst tilvist barnsins vera frelsisskerðing og taka völdin í lífi hennar. Einnig getur afbrýðisemi föður verið álagspáttur, og ef þessar neikvæðu tilfinningar eru ráðandi og langvinnar getur það haft áhrif á meðgönguskeiðið og á tengslin við barnið eftir fæðinguna.

### Aðgreiningarskeiðið

Aðgreiningarskeiðið hefst með skynjun fósturhreyfinganna. Það að skynja lifandi veru inni í líkama sínum er vendipunktur og sterk upplifun, og hafi þungun ekki verið áformuð, sættir hin verðandi móðir sig nú oft betur við hana. Fóstrið verður raunverulegra og við fósturhreyfingarnar fer móðirin að skynja fóstrið sem aðgreindan einstakling. Með vissum hætti er hið tilfinningalega samtal (dialog) móður og



barns undirbúningur að tilveru barnsins eftir fæðinguna. Mörgum konum fer að þykja vænt um barnið á þessu skeiði meðgöngunnar og það fær jafnvel gælunafn. Þær fer oft að dreyma barnið og samveru við það. Þessar jákvæðu tilfinningar geta stuðlað að góðri tengslamyndun barnsins. Stundum eru þessar hugsanir samt uggvekjandi, til dæmis ótti við vansköpun, erfiða fæðingu og fleira. Séu þessar hugrenningar of sterkar geta þær truflað þennan undirbúning að góðri tengslamyndun.

Kvíði getur leitt til varnarviðbragða, svo sem afneitunar eða sjálfsskemmandi hegðunar, sem trufla undirbúninginn. Vitað er að tilfinningatengsl verðandi móður við eigin móður skipta miklu. Hvernig hin verðandi móðir tók sjálf á móti eigin brjóstgjöf og annarri næringu og atlæti hefur mikil áhrif á hennar eigin móðurímynd og varðar því miklu. Persónustyrkur, lífsreynsla, þekking og menntun skipta einnig máli. Hafi ekki verið unnið úr erfiðri lífsreynslu bitnar það á barninu og oft kynslóð fram af kynslóð ef ekkert er að gert. Dýrmæt tækifæri til úrvinnslu á tilfinningalegu álagi og áhyggjum geta gefist á meðgöngunni ef vel gengur og konan er tilbúin og innstillt á það sem framundan er og að vinna að innri breytingum og þroska.

### Nógu góð móðir

Á miðskeiði þungunar er eigið móðursamband hinnar verðandi móður mikilvægt stef sem konur fást við meðvitað eða ómeðvitað. Minningar, tilfinningar og óleystir árekstrar rifjast upp og tengjast spurningunni, „verð ég nógu góð móðir?“ Þetta getur orðið tími vaxtar, þroska og tækifæra til að aðgreina sig frá móður sinni og styrkja eigin sjálfsmynd og sjálfstæði. Sé verðandi móðir undir tilfinningalegu álagi er mjög mikilsvert að hún fái tækifæri til að vinna úr erfiðleikum sínum, einmitt á þessum vendipunkti á u.þ.b. 18.-20. viku meðgöngu.

Samband móður og dóttur er flókið. Aðskilnaður dóttur frá eigin móður og síðan þróun til þess að verða nógu góð móðir sjálf hefur stundum verið langvinn og sár og haft áhrif á



allan lífsvefinn. Hins vegar eflir jákvætt samband móður og dóttur hana verðandi móður í hlutverki sínu. Rannsóknir hafa sýnt að afstaða móðurinnar gagnvart barninu sem er í vændum skiptir miklu máli og að geta ekki sætt sig við barn sitt er alvarlegur áhættuþáttur sem hefur mikil áhrif á tengslin við barnið og geðheilsu þess í framtíðinni.

### Aðskilnaðarskeiðið

Ef allt er með felldu einkennist síðasta skeið meðgöngunnar af undirbúningi móður fyrir hinn líkamlega aðskilnað við barnið. Móðirin verður forvitin og óþreyjufull og hlakkar til þess að nýja barnið komi í þennan heim.

Hóflægur kvíði fyrir sjálfri fæðingunni er eðlilegur þáttur í undirbúningi og aðlögun að nýju þroskaferli móður og barns. Óleyst innri vandkvæði geta truflað fæðinguna eins og áður segir. Sömu leiðis getur lengd fæðingarinnar og hversu erfið hún er haft áhrif á hina fyrstu viðkvæmu tengslamyndun móður og barns. Ef allt gengur að óskum finnst móðurinni hún þekkja barnið sitt og fagnar komu þess í heiminn. Hún hefur hið tilfinningalega innsæi í barn sitt sem síðari tengsl þeirra byggjast á.

Þessi fyrrnefndu þróunarferli telur Raphael samsvara þeim skeiðum í þroska barnsins sem Mahler nefnir sameiningu, sundurgreiningu og aðgreiningu (28), (sjá 2.2.). Erfiðleikum við að takast á við sálræna þætti á þungunarskeiði geta fylgt hliðstæðir erfiðleikar í samskiptum við barnið í frumbersku þess.

Þær verðandi mæður sem eiga erfitt með að ráða við sameininguna við barnið á meðgöngu eru líklegar til að ráða illa við frumberskutengslin við nýfædda barnið sitt, þó að löngunin til þess sé fyrir hendi. Móðir sem bindst fóstri sínu á ófullkominn hátt veldur illa aðskilnaðinum á meðgöngunni eftir að fósturhreyfingar eru byrjaðar. Hún hefur einnig þá ómeðvituðu en óheppilegu tilhneigingu að tengja sig fósturinu um of og lengja sameininguna við kornabarnið síðar. Slík móðir mætir til dæmis minnstu þörfum barnsins áður en þær eru tjáðar. Þar með fyrirbyggir hún eðlilegt mótlæti og vinnur óviljandi á móti eðlilegum þroska og frumkvæði barnsins, sem lærir þá síður eða þorir að tjá sig um jákvæðar og neikvæðar þarfir sínar, sem er afar mikilvægur eiginleiki, einnig á síðari æviskeiðum.

## 2.2. Sálræn fæðing og tilfinningaþroski

**Hvað er átt við með sálrænni fæðingu og tilfinningaþroska og hvernig kemur það mannlegum tengslum við?**

Um þroskaferli barna og þróunarskeið eru til ýmsar kenningar. Sálkönnuðurinn Margaret Mahler var meðal brautryðjenda í rannsóknum á ungbörnum (23). Hún byggði kenningar sínar á miklu innsæi og reynslu af meðferð barna með sálræna erfiðleika. Eitt frægasta hugtak hennar og jafnframt nafn á einni bóka hennar er: „The Psychological Birth of the Human Infant“, *hin sálræna fæðing mannsbarnsins*.

Sálræn fæðing er þróunarsálfræðilegt hugtak sem tekur til þess ferlis þegar kornabarnið fer að vakna til vitundar um sjálft sig sem einstakling, aðgreindan og aðskilinn frá öðrum, og fer að stíga sín fyrstu skref í lífinu, þreifa fyrir sér, skynja mótsagnarkenndar þarfir sínar, reka sig á, læra af reynslunni, læra smám

saman að tjá sig, aðlagast öðrum og mynda tengsl á eðlilegan hátt. Skert hæfni foreldra til að tengjast barninu og lifa sig inn í hugarheim þess getur truflað eðlilegan þroska þess.

### Hvað telst eðlilegt og hvað telst frávik?

Þetta tvennt er ekki alltaf auðvelt að aðgreina þegar mannveran á í hlut, svo margbrotin sem hún er. Til að skilja hvað er afbrigðilegt eða sjúkt þarf að vita hvað er heilbrigt.

Mahler var brautryðjandi í rannsóknum á tilfinningatengslum og tjáskiptum kornabarna og mæðra og á þroskaferli barnanna, og höfundur fræðikenninga um þessi efni. Hún tók kvikmyndir af ungbörnum og mæðrum til að átta sig á samspili þeirra og eðli vandans. Þótt aðrir merkir fræðimenn hafi komið við sögu fær Mahler hér mesta umfjöllun vegna þess að hún setti niðurstöður sínar fram á svo einfaldan og aðgengilegan hátt.

Mahler skiptir frumberskunnunni fram að þriggja til fjögurra ára aldri í þrjú megin þróunarskeið:

#### Eðlileg þróun barna – sálræn fæðing

1. Sjálfhverft skeið u.þ.b. 0 – 2 mánaða.
2. Sameiningarskeið u.þ.b. 2 – 6 mánaða.
3. Aðskilnaðar- og sjálfsmýndunarskeið:
  - a) Sundurgreiningarskeið u.þ.b. 6–10 mán.
  - b) Þjálfunarskeið u.þ.b. 10–15 mán.
  - c) Endurnálgunarskeið u.þ.b. 15–25 mán.
  - d) Staðfestingarskeið u.þ.b. 25–36 mán.

Mahler tók fram að þessi uppröðun væri sveigjanlegri hvað varðar tímasetningar (sjá aldurskeið í ramma). Tilfinningaleg stöðnun á þessum skeiðum leiðir til mismunandi sálrænna vandkvæða og lífserfiðleika. Einstaklingurinn nær þá ekki því nauðsynlega sjálfstæði, þroska og innra frelsi sem hann þarfnast en verður bundinn og háður öðrum, einkum móður sinni, en óttast um leið tilfinningalega nálægð og höfnun. Afleiðingarnar geta meðal annars birst sem sálrænn vandi, vanhæfni í samskiptum, sjálfskemmandi hegðun og líkamlegir sjúkdómar.

Mikilvægt er að hvert skeið gangi vel fyrir sig, þar sem næsta skeið byggist á því sem á undan er gengið. Hvers konar þróunartöf eða stöðnun hefur alvarleg áhrif á sálræna þróun, jafnvel ævilangt.

Hér á eftir mun reynt að gera stuttlega grein fyrir hverju skeiði og draga fram kjarnann í kenningunni:

#### 1. Sjálfhverft skeið (0-2 mán.):

Þetta er fyrsta aðlögunin að hinum ytri heimi, utan líkama móður. Barnið gerir sér óljósa grein fyrir tilvist sinni í heiminum. Móðir og barn byrja að læra hvort á annað, og gagnkvæmt samspil hefst.

#### 2. Sameiningarskeið (2-6 mán.):

Barnið byrjar að þróast sem sjálfstæður persónuleiki, það skynjar móðurina, en mjög óskýrt aðgreinda frá sjálfu sér. Þetta er eðlilegt ástand á þessum aldri og mikilvægur grunnur fyrir framtíðarþroska barnsins að hafa góðan sameiningartíma með móðurinni. Barnið er mjög háð móðurinni og vernd hennar, hún hefur jafnvel verið kölluð „hjálparsjálfi“ fyrir barnið. Upp úr þessum jarðvegi sameiningarskeiðsins (symbiosunnar) hefst hin sálræna fæðing barnsins samkvæmt kenningum Mahlers, þ.e.a.s. tilurð og mótun sjálfsvitundar.

#### 3. Aðskilnaðar- og sjálfsmýndunarskeið (6-36 mán.):

Þetta skeið samsvarar því sem hefur verið kallað sálræn fæðing. Þá hefst fyrir alvöru upplifun barnsins á aðskilnaði sínum og sérstöðu. Eðlileg þróun á fyrri skeiðum er forsenda þess að hin sálræna fæðing geti hafist og gengið eðlilega. Grunnur persónuleikans og tilfinningalífsins er þannig talinn lagður á fyrstu mánuðunum og allt til fjögurra til fimm ára aldurs. Hvernig þetta tekst byggist að miklu leyti á tilfinningalega heilbrigðri nærveru og hæfilegum stuðningi foreldra og annarra uppálenda.

Aðskilnaðar- og sjálfsmýndunarskeiðinu skiptir Mahler í fjögur undirskeið:

a) Sundurgreiningarskeiðið (6-10 mán.) ein-kennist af aukinni sjálfsvitund og aðgreiningu. Barnið fer að þekkja aðra, það þekkir andlit og óttast breytingar. Skynjunin verður skýrari og viljinn gerir vart við sig. Það gætir ótta við ókunnuga, en um leið gerir barnið alls kyns nýjar tilraunir.

b) Þjálfunarskeiðið (10-15 mán.) einkennist af mikilli þróun. Barnið hefur tiltölulega mikið traust á móðurinni, öfugt við það sem síðar verður. Barnið upplifir framfarir, aukna getu, og er ánægt og glaðvært.

c) Endurnálgunarskeiðið (15-25 mán.) er tímabil mikilla átaka í lífi barnsins og það er örlagaríkt hvernig því reiðir af. Barnið byrjar í auknum mæli að finna fyrir þeirri togstreitu sem fylgir því að vera það sjálft, aðskilið frá öðrum og rekur sig í auknum mæli á vanmátt sinn og hindranir hins ytri veruleika, meðal annars það að foreldrið er ekki alltaf til staðar og öryggið því ófullnægjandi. Nú þarf barnið að hafa lært að festa móðurímyndina í vitund sinni og skynja tilveru hennar einnig þegar hún er fjarstödd. Barnið upplifir því oft bjargarleysi og hjálparþörf á þessu stigi. Áköf sjálfstæðisbarátta þess getur valdið misskilningi og reiði foreldranna sem líka kvíða oft aðskilnaðinum og finnst þau vera að missa stjórnina. Þeir geta þá neytt aflsmunar til að beygja barnið undir sinn vilja sem getur lamað ofangreinda sjálfstæðis- og sjálfsvitundaruppbyggingu barnsins, aukið því óöryggi og veikt traust þess. Barnið verður þá áfram ósjálfstætt og er oft hrætt. Sjálfsmynd þess skaddast. Barnið þarf mikið á öryggi að halda af hálfu móður og föður og að finna að það er viðurkennt og elskað þrátt fyrir allan sinn „mótþróa“ sem er því sjálfu ómeðvituð lífsnauðsyn. En barnið þarf að geta treyst foreldrnum og tilfinningum þeirra til sín til að geta byggt upp innra traust á sjálfu sér. Það trúir í frumbersku sinni enn á almætti þeirra, verndarkraft og góðvild. Hæfni foreldranna til að veita því öryggi er barninu lífsnauðsynleg.

Barnið þráir mest að deila allri reynslu sinni með móðurinni og óttast mest af öllu að missa ást hennar en óttast líka reiði hennar og höfnun. Sá ótti er jafnvel sterkari en beinn aðskilnaðarótti eða einveruótti. Barnið þarf aldrei fremur en nú öryggi og blíðlega festu og verður að geta leitað aftur í fyrra öryggi og traust þegar þess þarf.

Ef þetta átakasama þroskaskeið fer úrskaiðis mótast barnið af vanlíðan og aðlögunarerfiðleikum sem geta m.a. birst í jaðarpersónuleikatruflunum, ófullkominni sjálfsímynd, kvíða, depurð, óróleika, ofvirkni, skertri athygli og einbeitingu (22).

d) Staðfestingarskeiðið (25-36 mán.) hefst nú ef allt hefur gengið nógu vel og eðlilega. Persónuleikinn er að öðlast festu og barnið að fá varanlegt tilfinningatraust á móðurinni, á sjálfu sér og öðrum. Forvitni, könnun, nám og félagsleg samskipti dafna. Það hefur myndast góður grunnur að varanlegri sjálfsvirðingu, trausti og tilfinningastöðugleika í stað hinna frumlægu og sveiflóttu varnarviðbragða.

Út frá þessum skeiðum sem byggjast á kenningum Mahlers má gera sér mjög hagnýta mynd og öðlast aukinn skilning á tilfinningaþroska barna og í raun öllu tilfinningalífi þeirra síðar og þróun þess. Við stöðnun eða alvarlega þroskaskerðingu má eins og áður segir vænta einkenna í samræmi við það þroskaskeið sem viðkomandi er á, þegar skaðinn eða áföllin eiga sér stað. Auðvitað verður að vanda til slíks mats í hverju tilviki. Þessi fræðikenning hefur varpað ljósi á ýmis frávík og verið afar mikilvægt hjálpartæki, bæði til greininga, innsæis og úrræða.

Við eðlilegt atlæti og eðlilega þróun frumtengsla ná flest börn að feta hin vandasömu frumspor. Sameiningin leysist þá upp, börnin öðlast smám saman innra traust og næga hæfni til að mæta vissu óhjákvæmilegu óöryggi. Innri ímyndir þeirra af sjálfum sér og öðrum hafa orðið heilsteyptar og raunsæjar. Barnið lærir að treysta sjálfu sér og öðrum og þorir að efna til samskipta, tengsla og félagslega gefandi og skapandi þátttöku. Það lærir að þekkja og takast á við eigin tilfinningar og takmarkanir.

**Barn er oft sagt vera „gott“, „þægt“, „heilbrigt“, „frekt“ eða „latt“. Þeir „eiginleikar“ leiða af flóknu samspili barnsins við heiminn, samspili erfða og umhverfis. Gerðum við okkur þetta betur ljóst yrði varla neitt til sparað til að stuðla að góðum uppeldiskjörum og hlúa að frumberskunni, svo að grunnur að framtíðinni yrði vel lagður.**

## 2.3. Að mæta skjólstæðingnum þar sem hann er staddur

### 2.3.1. Innlifun meðferðaraðila

Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk sem vinnur að mæðra- og ungbarnavernd búi yfir þekkingu, þroska og hæfni til stuðnings og innlifunar til að mæta foreldrum og börnum þar sem þau eru stödd tilfinningalega og vitsmunalega.

Innlifunarhæfni eykur skilninginn á hugarheimi og líðan annarra og um leið hæfni til faglegs mats og meðferðartengsla. Lítum á eðli innlifunar og tveggja annarra hugtaka sem skarast við hana, en brýnt er þó að aðgreina.

- Innlifun:** Hún er fagleg og samofin úr tilfinningum og vitrænum þáttum.
- Innsæi:** Það tengist einkum vitsmunasviði sálarlífsins.
- Samúð:** Hún er hluttekning og hlýja, á tilfinningalegu og persónulegu sviði.

Innlifun er bæði vitsmunaleg og tilfinningaleg og tengist þeim hluta sálarlífsins sem kenndur er við forvitund. Innlifun liggur þannig á mörkum vitundar og undirvitundar og er spunnin úr þáttum skynjunar, minnis,



tilfinninga og vitrænnar hugsunar (17). Við hugleiðum í viðtalinu t.d. hvernig við hefðum sjálf brugðist við í svipuðum kringumstæðum, eða þá aðrir, kunningjar, vinir o.s.frv., ellegar látum hugann reika að sögunni, bókmenntum, kvikmyndum og leikritum.

Það að geta skilið tilfinningar annarra án tengsla við eigin þarfir er skilyrði innlifunar.

Meðferðaraðilinn þarf að valda þeim tilfinningum sem vakna með honum í tengslum við skjólstæðinginn (móðurina/foreldrana /barnið) og geta geymt þær með sjálfum sér í

### Þrjú megin skeið í innlifunarferli

1. Fyrsta skeiðið í þessu ferli er „empatískur“ skilningur, samofinn úr tveimur þáttum:
  - a) Skynjun og upplifun tilfinninga. b) Úrvinnslu viðtakandans á þessum tilfinningum.
 Í fyrri þættinum á sér stað nánast ómeðvituð endurómun tilfinninga. Stöðug víxlverkun er á milli tilfinningalegra og vitrænna þátta í úrvinnslunni. Innlifunarhæfni er komin undir sjálfstyrk sem þarf til þess að geta skynjað, skilið og aðgreint eigin tilfinningar og annarra og geta skipt á milli tilfinningalegrar og vitsmunalegrar stöðu.
2. Annað skeiðið í innlifunarferlinu er að láta í ljós skilning á faglegan hátt sem þarf að vera leiðarljósið í viðmóti við skjólstæðinginn. Þetta á ekki aðeins við um það sem við segjum með orðum. Innlifunarhæfni eykur getuna til að mæta erfiðum tilfinningum skjólstæðingsins, geyma þær og umbreyta í skilning og viðleitni til að styðja og verða þeim að liði sem hjálparinnar leita.
3. Þriðja skeiðið í innlifunarferlinu er niðurstaðan og greiningin sem byggð er á skilningi og ekki er nóg að styðjast við hvað meðferðaraðila finnst heldur verður að taka tillit til tilfinninga og mats skjólstæðingsins, hvernig honum líður og hvar hann er staddur í eigin lífsvef.

stað þess að bregðast strax við þeim, og hann þarf að geta nýtt þær til að skilja skjólstæðinga sína.

Hugtakið speglun er notað um það er meðferðaraðili endurspeglar skilning sinn á tilfinningum og líðan skjólstæðingsins, á þann hátt sem samsvarar samstillingu móður og barns, þ.e. endurspeglun móður á líðan barns síns. Þetta getur verið mikilvægur þáttur í því að hjálpa skjólstæðingnum að leiðrétta lífs- og tilfinningamynstur sitt.

Fræðsla, rannsóknir og handleiðsla eru mikilvægir þættir til að auka skilning og hæfni fagfólks til að greina eðli vandans og taka afstöðu til úrræða og meðferðarleiða. Við erum misjöfn að upplagi, bæði hvað varðar næmi og verndarþörf gagnvart álagi, ranglæti og tilfinningasveiflum og þannig geta svipuð ytri atriði haft ólík áhrif og afleiðingar fyrir tilfinningalega þróun okkar og þroska. Heilbrigðisfagfólki er mikilvægt að þekkja helstu skeiðin í innlifunarferlinu (sjá ramma bls. 25).

Einnig er mikilvægt að þekkja helstu hindranir í þessu ferli.

### Helstu hindranir meðferðaraðila í innlifunarferlinu

1. Brestir á frumberskuskeiði í þróun eigin sjálfsmýndar, tengslamyndunar við aðra og tilfinningaþroska.
2. Ómeðvitað innri togstreita sem veldur stífum varnarháttum og viðbrögðum.
3. Meðferðaraðilinn er ómeðvitaður um eigin tilfinningaboð vegna of lítillar þjálfunar í sjálfsskoðun og ónógrar þekkingar á því hvernig tilfinningar geta miðlað upplýsingum.
4. Skortur á vilja og áhuga.

### 2.3.2. Innlifun kornabarna

Daniel Stern hefur lagt áherslu á að barnið hafi sjálfsvitund allt frá fæðingu og að barnið sé strax þátttakandi í flóknu, jákvæðu og neikvæðu samspili við aðra, þar sem framlag barnsins mótast af erfðafræðilegu upplagi þess, auk tilfinningalegra og vitsmunalegra þátta (33). Því er mikilvægt að uppeldið mæti

þörf barnsins á skilningi og viðbrögðum frá upphafi. Hæfni foreldranna til að túlka tilfinningaviðbrögð barnsins og bregðast við þeim er mjög háð eigin reynslu þeirra á tilfinningasviðinu. Þau bregðast ekki aðeins beint við barni sínu og tilfinningum þess heldur einnig við tilfinningaástandi sem vaknar hjá þeim sjálfum. Hömlur og innri togstreita hafa neikvæð áhrif og draga úr getu þeirra til að skilja viðleitni barnsins til að tjá tilfinningar sínar. Þróun sjálfsupplifunar barnsins, þ.e. á eigin persónu, getur aðeins dafnað í nánnum mannlegum tengslum, fyrst og fremst við foreldrana.

Börn komast í uppnám strax eftir fæðingu þegar þau heyra annan hvítvoðung gráta. Þetta viðbragð telja sumir að sé fyrsta táknið eða athöfnin sem sýnir innlifun. Kornabörn bregðist við kvíða fólks, foreldra eða annarra sem gæta þeirra eða eru í návist þeirra, eins og kvíðatilfinningin búi innra með þeim sjálfum. Upp úr eins árs aldri fara þau að átta sig á því að það eru ekki þau sjálf sem finna til eða líður illa, heldur er það einhver annar, þótt þau kunni ekki að koma þessum skilaboðum frá sér. Til dæmis er athyglisvert hve sum börn lifa sig inn í líðan systkina sinna. Börn þroska með sér ákveðin viðbrögð sem verða til af innlifun þeirra og með því að líkja eftir því sem þau sjá í kringum sig. Eldra barn hleypur til og reynir að hugga yngra barn sem á erfitt eða líður illa.

#### Tvö dæmi um innlifun barna:

*Sigga var ekki nema 8 mánaða þegar augu hennar fylltust tárur við að litla frænka hennar á svipuðum aldri, sem var í heimsókn, datt á gólfid. Þá skreið hún til mömmu sinnar til að láta hana hugga sig, eins og það hefði verið hún sjálf sem meiddi sig.*

*Gunnar var 16 mánaða og jafnaldra hans sem var í heimsókn leið ekki vel á ókunnugum stað og fór að gráta. Hljóp Gunnar þá til og náði í bangsann sinn og fékk honum, og var þetta tilraun hans til að hugga félagan sinn.*

### 2.3.3. Samspil foreldris og barns

Margt bendir til að ýmis samskiptamynstur er virðast við fyrstu sýn léttvæg, geti haft afdrifaríkar afleiðingar fyrir sjálfsmýnd og



tilfinningaþroska barna. Patricia Crittenden og Daniel Stern eru meðal þeirra sem hafa rannsakað tengsl og samspil kornabarna og mæðra þeirra, m.a. með notkun myndbanda. Þau hafa einnig skoðað og lýst hvernig lítil börn leika sér saman og setja sig inn í hugarheim hvers annars. Áður höfðu Melanie Klein, Anna Freud og Margaret Mahler sett fram kenningar af svipuðum toga, byggðar á rannsóknum og klínískri reynslu.

#### Lærdómsríkt dæmi frá Daniel Stern:

*Þar segir frá 23 ára móður sem eignaðist tvöbura, Sigurð og Jón. Henni fannst Sigurður líkjast sér en Jón aftur á móti föðurnum. Slíkt getur haft meðvitund og ómeðvitund áhrif á hvernig móðirin eða foreldrar koma fram við börnin sín. Við 3-4 mánaða aldur drengjanna reyndi móðirin þrífaldlega að ná langvinnu augnsambandi við Jón, en hann leit að lokum alltaf undan. Þá reyndi móðirin enn ákafar að ná augnsambandi við hann, en þá brást hann við með því að hörfa frá henni. Hún fór þá sjálf að líta undan, en þá reyndi Jón aftur að ná augnsambandi við hana, og þarna myndaðist vítahringur af „haltu mér slepptu mér“-gerð. Jafnan endaði þetta með því að Jóni fannst sér vera hafnað og fór að gráta. Móðirin reyndi ekki að fá Sigurð til þess að horfast í augu við sig á þennan hátt. Hún leyfði Sigurði að ráða hvenær hann vildi mynda náið augnsamband og hvenær ekki. Þegar Jón var 14 mánaða var hann mun kvíðnari og ósjálfstæðari en Sigurður. Hann veigraði sér við að horfast í augu við móður sína og aðra. Hann snéri sér yfirleitt undan og vildi ekki hjala eða babbla við neinn og þetta einkenndi fyrstu mánuði hans. Sigurður varð upplitsdjarfur og leit beint framan í fólk þegar það hentadi honum. Svona var það líka í vöggunni er fólk kom að kjá framan í hann, þá reisti hann upp höfuðið, tjáði svipbrigði sín eða gleði og brosti gláðlega framan í það.*

Crittenden, Stern o.fl. telja að slík „lítil“ en endurtekin atriði í samspili foreldris og barns skipti sköpum fyrir það hvernig barninu tekst að þróa traust tilfinningalíf og persónuleika og hafi afgerandi áhrif á mótun hæfninnar til tengsla og mannlegra samskipta.

Kenning Stern er sú að grunnur eðlilegrar innlifunarhæfni og tilfinningasamskipts sé



lagður strax frá fæðingu. Ungbarnið þarfnast tilfinningalegrar staðfestingar á sjálfu sér. Það þarf að skynja að tilfinningar þess séu viðurkenndar og endurgoldnar. Stern notar um slíkt eðlilegt samspil hið lýsandi orð **samstilling** (attunement).

Heilbriggt samspil barns og móður er grunnur og uppspretta örvunar og öryggiskenndar, sem er forsenda eðlilegra tilfinningatengsla. Það er því brýnt að barnið finni að móðirin skynji og skilji líðan þess. Stern hefur sýnt fram á að þegar uppálag hafa verið mjög ósamkvæmir sjálfum sér í uppeldinu einkennast viðbrögð barna af óöryggi, angist og tortryggni. Hafi barninu ekki verið sýnd samkennd í samræmi við tilfinningalegar þarfir þess, hvort sem það er glatt eða sorgmætt eða þarfnast huggunar eða uppörvunar – þá hættir það smám saman að þora að láta slíkar þarfir í ljós og hættir jafnvel að finna fyrir þeim. Skortur á samstillingu og tilfinningaleg vanræksla veldur kornabörnum uppnámi og ótta og síðar tjáningarhindrun, þrengdu tilfinningasviði, sálrænni innilokun og einangrun.

#### 2.4. Áhættuþættir á meðgöngu og í frumbersku

Hið æskilega fyrir þroskaferli barnsins er að fæðast í heim þar sem hlýja og umhyggja ríkir. Þá upplifir barnið að þörfum þess sé fullnægt og ótta þess er breytt í öryggi og ró. Barnið öðlast grunntraust þar sem fyrstu tilfinningatengsl og umönnun endurspeglast, æfast og mótast.

Með þetta í huga verður skiljanlegt hversu

mikilvægt en viðkvæmt þetta ferli er og hvernig margvíslegt ytra og innra álag eða mótlæti getur orðið að áhættuþáttum fyrir verðandi móður og foreldrana báða á leið þeirra inn í foreldrahlutverkið.

### Áhættuþættir í tengslum móður/fjölskyldu og barns meðganga – fæðing – frumberska

- ◆ Tilfinningalegir erfiðleikar móður á meðgönguskeiði, í fæðingu og eftir fæðingu.
- ◆ Langvinnur aðskilnaður móður og barns í frumbersku.
- ◆ Líkamleg veikindi barnsins í frumbersku.
- ◆ Fæðing fyrir tímann.
- ◆ Líkamlegir sjúkdómar móður á meðgöngu, í fæðingu eða skömmu síðar.
- ◆ Vandamál í sambandi foreldra.
- ◆ Áföll og kreppur.
- ◆ Misnotkun áfengis og annarra vímu- og fíkniefna.
- ◆ Kynferðisleg misnotkun.
- ◆ Átraskanir.
- ◆ Þungun gegn vilja.
- ◆ Truflun tengslamyndunar vegna álags eða erfiðleika með önnur börn.
- ◆ Vanræksla vegna skertrar getu foreldra til umönnunar (tilfinningalegur vandi, vanþroski, þroskahefting eða alvarleg geðröskun).
- ◆ Foreldrar vanræktir sem börn.
- ◆ Mjög erfið fæðing.

#### Grunnatriði í meðferð áhættuþátta

*Kornabarnið vísar veginn, ef því er veitt athygli.* Markmið meðferðar þegar um er að ræða trufluð tengsl í samspili móður og barns er að skapa aðstæður þar sem eðlileg og sjálfkrafa tengslamyndun getur átt sér stað. Í því skyni þarf móðirin að fá aðstoð í samverunni með barninu og eins þarf hún eða báðir foreldrar hjálpa til að ná hæfni í að opna sig og tjá sig í samspili við barnið og verða hæfari til að mynda eðlileg tilfinningatengsl. Foreldrar þurfa að geta valdið bæði nálægð og aðskil-

aði sem er skilyrði fyrir eðlilegum þroska barnsins. Mikið veltur á að konan í hinu sálræna þroskaferli á meðgöngu, í fæðingu og í tengslum við nýfætt barn hafi öðlast hæfni og tilfinningalegan undirbúning til að valda móðurhlutverkinu. Því er afar mikilvægt að greina stuðnings- og meðferðarþörf þegar á meðgöngu og bjóða upp á viðeigandi meðferðarúræði, einkum um miðbikið, á 18.-20. viku meðgöngu, til að hjálpa móðurinni að tengjast fóstroinu og síðar barninu og draga úr líkum á fæðingarþunglyndi.

#### Barnið þolir ekki bið

Ef heilbrigð tengsl og tjáskipti við barnið þróast ekki fyrsta æviárið getur það haft alvarlegar afleiðingar sem erfitt getur reynst að bæta úr, m.a. geðræn vandkvæði eins og áður segir. Frumatriði í meðferðarstarfinu er að vinna með:

- a) Tilfinningalega erfiðleika móður/föður sem oftast tengjast neikvæðri reynslu í þeirra eigin uppeldi.
- b) Samveru móður/föður og barns, þróun og styrkingu eðlilegra tengslamyndunar.

Jafnframt þarf að greina skýrt á milli þessara þátta: Annars vegar hefur barnið forgang, en hins vegar er kvíði, vanmetakennd og öryggisleysi foreldra tekin til meðferðar. Meðferð beinist að því að þroska tilfinninganæmi og hæfni þeirra til að gefa og þiggja, sem hefur afgerandi þýðingu fyrir barnið.

Meðgangan, fæðingin og frumberskan eru skeið mikilla sálrænna hræringa (sjá kafla 2.1.). Umhverfi og aðstæður gera því sérstakar kröfur til meðferðarinnar. **Grunnatriði er að hafa í huga að foreldrið ber ábyrgð á ungbarninu og fyrstu reynslu þess af lífinu.**

#### Sérstakar áherslur í meðferðinni eru:

- Meðferðin hefur sérstök markmið umfram almenn markmið viðtalsmeðferðar, þ.e. að auka foreldrahæfni.
- Barnið þarfnast foreldris sem er fært um að veita umhyggju, ást og öryggi, - næmrar og móttækilegrar móður (föður). Meðferðin þarf að örva þessa eiginleika sem best. Meðferðinni er þannig beint að ákveðnum þáttum og hún er hugsuð sem skammtímameðferð, en ef vandinn er í eðli



sínu dýpri og meiri er mikilvægt að beina meðferðinni í viðeigandi farveg áfram.

- Meðferðin tekur mið af mikilvægum þroskaskiðum móðurinnar í tengslum við meðgöngu, fæðingu og myndun sambands við nýtt barn og við móðurhlutverk-ið. Ekki má gleyma tilfinningasambandi hinna verðandi foreldra sem tekur breytingum. Aðstæðurnar kalla á ábyrgð sem

vekur margvíslegan kvíða og togstreitu. Fyrst og síðast þarf að þróa tilfinninga-næmi þeirra og innlifun gagnvart barninu.

- Skapgerðarvandkvæði og þroskaskerðing gera meðferðina stundum erfiða, t.d. þegar barninu eru eignaðar tilhneigingar sem spretta innra með móðurinni vegna óleystra vandamála hennar sjálfrar.

### Helstu úrræði:

- ◆ Fjölskylduráðgjöf:
  - Einstaklingsmeðferð móður.
  - Einstaklingsmeðferð föður.
  - Hjónameðferð, parmeðferð (bæði saman).
  - „Móður-barns“ viðtals- og stuðningsmeðferð.
- ◆ Uppeldismiðuð meðferð, jafnvel á heimilinu.
- ◆ „Móður-barns“ meðferð heima eða á sérhæfðri dagstofnun, framkvæmd eða handleidd af klínískum meðferðaraðila.
- ◆ Útvíkkuð heilsuvernd, aukinn stuðningur við tengslamyndun móður/föður og barns.
- ◆ Aukinn stuðningur ljósmóður/hjúkrunarfræðings.
- ◆ Aukinn stuðningur læknis.
- ◆ Aukin aðstoð og samhæfing stuðningsaðila frá félags- og heilbrigðisþjónustu.



## 3. Kafli

### Verkefnisferlið. Breytt heilsuvernd



*Sál vor breytist við hvert fótímál,  
sem vér stígum.*

*Þórbergur Þórðarson*

Í verkefnisferlinu var markvisst unnið að því að efla fræðilegan grunn og þverfaglegt innsæi allra þátttakenda verkefnisins og auka hæfni til að greina og takast á við sálfélagslega áhættuþætti.

Forsendur fyrir slíkri þróun eru annars vegar starfsumhverfi sem hlúir að innra vexti og samábyrgð, þ.e. grasrótastarfi, hins vegar vilji starfsfólks til virkrar þátttöku, vilji sem er yfirsterkari því ööryggi sem óhjákvæmilega fylgir öllum breytingum.

Drifkrafturinn í þróunarferli felst í sameiginlegri hugsjón samhliða trausti innan starfsþópsins og samstöðu um forystu.

Eðli þróunarverkefnis er stöðug samræða og endurmat á aðferðum og leiðum að settu marki.

#### 3.1. Aðferðir

Þær leiðir sem við nýttum til að þróa nýjar starfsaðferðir byggja annars vegar á sameiginlegri hugmyndafræði og ákveðinni fræðilegri þekkingu (sjá kafla 2) og hins vegar á að samnýta mismunandi þekkingu og reynslu hvers og eins að settu marki. Hér grípur hvað inn í annað, fræðsla, upplýsingasöfnun, handleiðsla og sameiginleg þverfagleg umfjöllun um sálfélagslegan vanda og úrræði.

##### 3.1.1. Fræðsla

Markmið hinnar sameiginlegu fræðslu var að auka þekkingu allra þátttakenda, stuðla að viðhorfsbreytingu og auka hæfni.

#### Fræðsla fyrir hópinn í heild:

- ◆ Fyrirlestrar handleiðenda.
- ◆ Samræður um hlutverk og stöðu.
- ◆ Aðfengnir fyrirlesarar.
- ◆ Fyrirlestrar verkefnisstjóra og annarra þátttakenda.
- ◆ Samlestur fræðigreina og rannsóknna.
- ◆ Umræður um mál með fræðilegum skírskotunum.

Fræðslan sem við nýttum okkur í þessu þróunarferli beindist annars vegar að sálfélagslegum þáttum (sjá kafla 2) og hins vegar, sérstaklega í upphafi, að því að auka þekkingu og skilning á mismunandi reynslu, hlutverkum og stöðu hvers og eins. Slík fræðsla er nauðsynlegur undanfari þróunarferlis til að þekkja betur þann raunveruleika sem við búum við, þroska hugsjónir og auka samstöðu og samábyrgð.

Fyrsta stóra fræðsluátakið var námsstefna sem fjölskylduráðgjafarteymið í samvinnu við Huldu Guðmundsdóttur handleiðanda stóð fyrir þann 20. maí 1989 undir yfirskriftinni „SÁLFRÆÐING – tilfinningaþroski/-tengsl/samstarf/fyrirbyggjandi starf/úrræði“ (16). Á námsstefnunni lögðum við annars vegar áherslu á að skilgreina betur stöðu og hlutverk hvers um sig til að efla samvinnu og samhæfingu og hins vegar á sameiginlega fræðslu um grundvallaratriði tilfinningaþroska og leiðir til að fyrirbyggja tilfinningaleg og félagsleg vandamál. (Námsstefna 1989 - rit Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri).

**Málþing haldið 13.03.93 á  
Hótel KEA Akureyri  
á vegum Heilsugæslustöðvarinnar  
á Akureyri og  
Héraðslæknisembættisins á  
Norðurlandi eystra:**

**Þema: HIÐ ÍMYNDAÐA BARN  
– HIÐ RAUNVERULEGA BARN**

Aðalfyrirlesari var Janna Strömberg sænskur sálfræðingur sem hefur um árabil unnið meðferðar- og handleiðslustörf við heilsugæsluþjónustuna í Stokkhólmi.

Fyrirlesturinn fjallaði um meðgöngusálarfræði og þróun tilfinningalífs hjá verðandi foreldrum.

Ólafur Ólafsson landlæknir fjallaði um uppeldisaðstæður barna á 20. öld.

Verkefnisstjórar kynntu Nýja barnið.

Síðan var framhaldsmálþing fyrir starfsmenn þróunarverkefnisins þar sem Janna hélt fyrirlestur um samspil móður og barns, hættumerki hjá ungarbarninu og fleira.

Sjá ársskýrslu HAK 1993, bls. 97

**Námsstefnan  
HUGUR OG HEILSA,  
– að virkja eigin bjargráð**

**Haldin föstudaginn 20.05.94  
að Hótel KEA.**

**Að henni stóðu Heilsugæslustöðin á  
Akureyri, geðdeild FSA og héraðs-  
læknirinn á Norðurlandi eystra.**

**Námsstefnan var fyrir starfsfólk  
í heilbrigðis- og félagsþjónustu.**

Fyrirlesarar voru dr. Lisbeth F. Brudal og Paul Jan Brudal sálfræðingar sem gerðu grein fyrir nýrri þekkingu og hugmyndum í heilsusálfræði og heilsuefingu og hvernig má nýta þær í nútíma heilsuvernd og forvarnarstarfi til að auka sjálfstyrk og samskiptahæfni bæði fagaðila og notenda þjónustunnar.

Sjá ársskýrslu HAK 1994, bls. 96

Eftir að verkefnisferlið fór í gang var sam-eiginlega fræðslan annars vegar fólgin í mán-aðarlegum fræðslufundum og hins vegar í stærri námsstefnum eða samstarfsfundum þar sem fræðslan var samofin hóphandleiðslu. Stór málþing voru tvisvar haldin í samfloti með öðrum stofnunum þar sem erlendir fyrir-lesarar voru fengnir til að miðla af nýrri þekkingu og rannsóknum og hvernig megi nýta þær í nútíma heilsuvernd til að geta betur mætt þörfum neytenda.

### 3.1.2. Handleiðsla

Aðfengin handleiðsla er ein meginforsenda þess að koma af stað og viðhalda þróunarferli. Slík handleiðsla gefur möguleika á að sjá viðfangsefni og samspil í nýju ljósi, verða betur meðvituð um innri og ytri styrk, mótstöðu og leiðir að settu marki.

Skipulagning og framkvæmd handleiðslunnar miðaðist við mismunandi þarfir og óskir einstakra faghópa.

#### Handleiðsla:

- ◆ Handleiðsla fyrir verkefnisstjóra.
- ◆ Handleiðsla fyrir fagteymið.
- ◆ Hóphandleiðsla fyrir fagaðila:
  - a) Um vinnuaðferðir.
  - b) Um einstök mál.

Handleiðslan fór fram á ýmsa vegu og þróaðist í takt við verkefnið sjálft.

Í upphafi ferlisins var áhersla lögð á handleiðslu fyrir fjölskylduráðgjafarteymið annars vegar og hins vegar fyrir starfshópinum í heild. Eftir að verkefnið fór formlega af stað og hlutverk verkefnisstjóra varð skýrara beindist utanaðkomandi handleiðsla fyrst og fremst að verksviði verkefnisstjóra og þeir fengu jafnframt ákveðið handleiðsluhlutverk innanhúss.

Hulda Guðmundsdóttir var handleiðandi verkefnisins allt frá undirbúningsferli þess. Handleiðsla hennar hefur þannig náð til mótunar hugmyndanna, framkvæmdar allrar, vinnuaðferða og einstakra mála.

Sigmundur Sigfússon annaðist handleiðslu fyrir heimilislækna í upphafi verkefnisferlisins þar sem athyglinni var sérstaklega beint að viðtalinu sjálfu sem liggur til grundvallar

útfyllingu matsblaðsins. Handleiðsla Sigmundar færðist síðar meira að verkefnisstjórninni og ákveðnum framkvæmdaþáttum.

### 3.1.3. Kynningar

Allt frá undirbúningstímanum var lögð áhersla á kynningar á hugmyndafræði og markmiðum verkefnisins sem hluta af þróunarferli þess. Í fyrstu var áherslan lögð á kynningar í samstarfshópnum og síðan gagnvart samstarfsaðilum á öðrum stofnunum, svo og ráðamönnum.

#### Kynningar:

- ◆ Fyrir samstarfsfólk innan stöðvar.
- ◆ Fyrir verðandi og nýorðna foreldra.
- ◆ Fyrir samstarfsaðila á öðrum stofnunum.
- ◆ Fyrir aðra fagaðila á málþingum og fundum.
- ◆ Fyrir aðrar heilsugæslustöðvar.
- ◆ Fyrir almenning í gegnum fjölmiðla og kynningarfundir.
- ◆ Fyrir stjórnáamenn og embættismenn á heilbrigðissviði.
- ◆ Í alþjóðlegu samhengi.

Megintilgangur kynninganna var að efla skilning á mikilvægi úrvinnslu tilfinningalegra og félagslegra vandkvæða fyrir heilbrigði og þar með að breyta ímynd hefðbundinnar heilsuverndar. Gagnvart skjólstaðingum stöðvarinnar er þessi kynning á hugmyndafræðinni að verulegu leyti samofin framkvæmdinni í mæðra- og ungbarnavernd.

Kynningar utan stöðvarinnar voru fyrst og fremst í höndum verkefnisstjóra og handleiðanda þótt aðrir þátttakendur verkefnisins hafi einnig átt þar stóran hlut.

Verðandi kynningu fyrir aðrar stofnanir höfum við reynt að verða við þeim óskum sem við höfum fengið en hins vegar skort tíma og fjármuni til að taka það frumkvæði sem æskilegt hefði verið.

Kynningar á hugmyndafræði og framkvæmd verkefnisins innanlands og utan hafa reynst okkur gagnlegur spegill og hvatning í þessu krefjandi þróunarferli.



### 3.1.4. Kynnisferðir

Í handleiðsluferlinu urðu verkefnisstjórar stöðugt betur meðvitaðir um nauðsyn þess að kynnast og tengjast forvarnarstarfi á þessu sviði meðal grannþjóða okkar. Mikilvægt upphaf slíkra tengsla voru málþingin okkar (sjá 3.1.1.) þar sem við fengum fyrirlesara úr hópi brautryðjenda á þessu sviði frá Svíþjóð og Noregi. Fyrir tilstuðlan Huldu Guðmundsdóttur og með einhuga stuðningi frá stjórnunarteyminu fóru verkefnisstjórar ásamt Huldu í tvær kynnisferðir til Norðurlanda á verkefnistímabilinu og nutu í Stokkhólmi leiðsagnar og fyrirgreiðslu Jönnu Strömberg en í Osló Lisbethar og Pauls Brudal. Í báðum borgunum heimsóttum við stofnanir þar sem fagfólk vann með mæður og foreldra ungbarna og megináhersla var lögð á að kanna og styrkja tengsl móður og barns. Ennfremur sóttum við ásamt fleirum úr faghópnum Evrópuþing um vanrækslu og illa meðferð á börnum í Osló undir yfirskriftinni „Fyrirbyggjum í dag, meðferð gæti reynst um seinan“. (The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect). Þar var lögð mikil áhersla á að



auka foreldrahæfni og auka meðvitund almennings um skaðann sem tilfinningaleg vanræksla á börnum veldur.

Síðari ferðina fóru verkefnisstjórar ásamt Huldu Guðmundsdóttur í nóvember 1997 til Evrópudeildar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) á fund dr. Viviana Mangiaterra, svæðisráðgjafa fyrir heilsuvernd kvenna og barna. Á þessum fundi gerðum við grein fyrir eðli og umfangi Nýja barnsins og meginmarkmiðum og fengum afar jákvæð viðbrögð og í raun staðfestingu á að ekki er vitað um neitt nákvæmlega sambærilegt verkefni annars staðar og ótvíræða yfirlýsingu um að það væri mjög í anda WHO að vinna á þennan hátt að forvörnum í mæðra- og ungbarnavernd.

Í sömu ferð sóttu verkefnisstjórar ásamt Huldu málþing NFSU (Nordiska föreningen för spädbarns utveckling) í Stokkhólmi, en Hulda er fulltrúi Íslands í þessum samtökum. Þar gerði aðalfyrirlesarinn, Ingela Josefsson dósent, meðal annars grein fyrir þróun akademískrar hugsunar og talaði um mikilvægi þess að byggja brú á milli þess sem hún kallaði „visku reynslunnar“ og vísinda. Hún lagði mikla áherslu á að við virðum og þróum inn-sæi og hlúum að auknum persónuþroska, náum í reynd að tengja saman og samþætta tilfinningar og hugsun á meðvitadan hátt, ekki síst í vinnu okkar með manneskjur.

### 3.1.5. Upplýsingasöfnun og upplýsingamiðlun

Á undirbúningstíma verkefnisins lögðum við áherslu á að þróa markvissa upplýsingasöfnun og leitunum fyrirmynda utan lands og innan (16). Í verkefnisferlinu sjálfu höfum við haldið áfram að þróa hjálpartæki okkar til greiningar og miðlunar upplýsinga.

Þótt reynt hafi verið að ná ákveðinni samræmingu í mati og skráningu áhættuþátta er ljóst að slíkt mat verður alltaf nokkuð mismunandi og ræðst af viðhorfi þess sem metur, þar sem þekking okkar, viðhorf og tilfinningaþroski ráða miklu um hvað við sjáum og hvernig við mætum því. Áhugi og möguleikar einstaklinga og stétta innan faghópsins á að tileinka sér hugmyndafræði Nýja barnsins gegnum fræðslu og handleiðslu hafa eðlilega verið mismunandi.

Í fyrsta viðtali verðandi móður (foreldra) í mæðravernd fær hún (þau) frumkynningu á hugmyndafræði Nýja barnsins og upplýsingablað um framkvæmd og þjónustutilboð (sjá ramma bls. 35). Þar fer einnig fram fyrsta upplýsingasöfnun og útfylling á hefðbundinni mæðraskrá ásamt frummati ljósmóður á líðan og aðstæðum móður.

Heimilislæknirinn hittir hina verðandi móður í annarri komu hennar í mæðravernd á 18. til 24. viku meðgöngu. Tilgangur viðtalsins er að kanna markvisst félagslega og tilfinningalega áhættuþætti og ná samvinnu við móður og fjölskyldu um úrræði eftir þörfum. Vegna fyrri kynna sinna býr heimilislæknirinn (fjölskyldulæknirinn) oftast yfir mikilvægri þekkingu á högum konunnar og fjölskyldu hennar, og ákveðið trúnaðarsamband og traust er oftast en ekki til staðar milli hans og fjölskyldunnar. Í þessu viðtali bætir hann svo við þessa vitneskju og fyllir í eyðurnar. Viðtalið eykur þannig á þekkingu og styrkir tengsl heimilislæknis við fjölskylduna, en jafnframt er mikilvægt að því sem máli skiptir fyrir tilfinningalega og líkamlega aðhlyningu konunnar og barnsins sé miðlað til annarra aðila er taka þátt í þessari umönnun. Í lok viðtals fyllir heimilislæknirinn í eftirfarandi eyðublöð (Mæðravernd – heilsufarsupplýsingar og fjölskylduvernd, sjá bls. 36 og 37).





## Nýja barnið

### MÆÐRAVERND – FJÖLSKYLDUVERND



#### Mikilvægar upplýsingar til verðandi foreldra

Það er meginmarkmið mæðraverndar að fylgjast með heilsu kvenna á meðgöngu, stuðla að vellíðan þeirra og búa þær sem best undir fæðinguna jafnt líkamlega sem tilfinningalega.

Líðan móður á meðgöngu og eftir fæðingu ræður mestu um hvernig til tekst að mæta þörfum ungbarnsins og skapa heilbrigð tilfinningatengsl. Hvernig þetta tekst er afdrifaríkt fyrir heilsu barnsins um alla framtíð. Við sem vinnum að forvörnum hljótum því að leggja okkur fram um að koma með öllum tiltækum ráðum til móts við þarfir verðandi mæðra/foreldra með fræðslu og stuðningi og stuðla þannig að öryggiskennd, vellíðan og bættum samskiptum í fjölskyldum.

En þarfirnar eru mismunandi. Það sem einum þykir auðvelt og lokkandi þykir öðrum erfitt og kvíðvænlegt. Þetta ræðst af ytri aðstæðum, fyrri reynslu og því við hvaða aðstæður við sjálf ólumst upp.

Til að starf okkar nýtist sem best og við getum komið til aðstoðar þar sem þörfin er mest þörfnumst við upplýsinga um mikilvægustu þætti varðandi heilsufar, líðan og aðstæður. Aðeins nánir samstarfsaðilar í mæðraverndinni, á fæðingadeild og í ungbarnavernd fá aðgang að þessum upplýsingum. Ætlunin er að allar konur fái viðtal við heimilislækni sinn snemma á meðgöngu þar sem athyglinni verður beint að þessum atriðum.

Ef viðtalið leiðir í ljós aukna þjónustubörf eða ef hin/hinir verðandi móðir/foreldrar finna þörf fyrir aukinn stuðning eða einhvers konar úrvinnslu, hvort heldur er á meðgöngu eða eftir fæðingu, leggjum við áherslu á að finna úrræði við hæfi hvers og eins.

#### Úrræðin geta verið:



**Aukinn stuðningur hjá ljósmóður og/eða heimilislækni og eftir fæðingu hjá hjúkrunarfræðingi í ungbarnavernd.**

**Stuðningsviðtöl hjá fjölskylduráðgjafa, sem gætu falist í úrvinnslu/meðferð á tilfinningalegum erfiðleikum, áföllum eða samskiptavanda og að efla foreldrahæfni.**

**Aðstoð við að leita meðferðarúrræða eða stuðnings utan heilsugæslustöðvarinnar, t.d. á fæðingadeild FSA.**

Eftir viðtalið leggja heimilislæknir og hin verðandi móðir mat á þörf hennar og fjölskyldunnar fyrir umhyggju, stuðning og meðferð (sjá ramma). Ætlast er til að heimilislæknir miðli til ljósmóður upplýsingum er máli skipta strax eftir viðtal, að minnsta kosti ef matið er að konan sé í umhyggjuhópi A eða B.



## Mat

**A:** Ótvíræð meðferðarþörf.

- Samráðsfundur – ráðgjöf.

**B:** Tilefni til sérstakrar athygli og/eða stuðnings í mæðra- og/eða ungbarnavernd umfram það sem venjulegt er.

- Samráð – upplýsingar.

**C:** Engir áhættuþættir eða sérþarfir.

## MÆÐRAVERND HEILSUFARSUPPLÝSINGAR

Nafn: Nanna Nikulásdóttir (NN)Dags: 27/12 '97Kennitala: 29.02.66 - 1239Læknir: HEFæðingar alls: 2Ljósin: Inga

JÁ	NEI	HEILSUSAGA
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Almenna heilsufari er ábótavant.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Saga um fyrri sjúkdóma (sjá mæðraskrá).
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Saga um kvensjúkdóma. Hverja? _____
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Saga um flogaveiki.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5. Saga um geðæði/tilfinningaleg vandamál.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Neytir áfengis á meðgöngu.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7. Reykir.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8. Langvinnu lyfjameðferð.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	9. Áhettueldur/margar fæðingar.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Albrigði í fyrri fæðingum/fósturlót (mæðraskrá).
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	11. Ófjösemisvandamál í sögu.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12. Ofnæmisstíðull > 2 (örugg atöpi).
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13. Ættarsaga um sykursykisáhrýsting/blóðstorkugalla, arfgeuga gulla eða fleirbura.

OFNÆMI:	Hjá	móður	faður	stólkinnur
Rhinokonjunctívítis allergía (0 - 1 - 2 stig)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eczema atopicum (0 - 1 - 2 stig)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiále (0 - 1 - 2 stig)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Urtívarla (0 - 1 stig)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

OFNÆMISSTUDULL BARNIS: \_\_\_\_\_ stig

(Lítleig atöpi = 1 stig, örugg atöpi = 2 stig)

ÁHÆTTUÞÆTTIR - JÁKVÆÐ SVÖR AF FJÓLSKYLDUVERNDARBLAÐI:

2 5 7 12 14 18 20

A B C Úrræði: (a b c d e)Dags.: 18/6 '98

**Blöðin útfyllast af heimilislækni við aðra eða þriðju heimsóku í mæðravernd:**

I. A B C - flokkun sem er heildarmat á umhyggju-, stuðnings- og meðferðarþörf færast á bæði blöðin. (Hið sama á báðum blöðum).

II. Undir "ÁHÆTTUÞÆTTIR - JÁKVÆÐ SVÖR AF FJÓLSKYLDUVERNDARBLAÐI" færast númer jákvæðra svara af fjólskylduverndarblaði.

**FJÖLSKYLDUVERND**

Kennitala: 29.02.66 - 1239 Daga: 22/12.97 Læknir: HP Ljósam.: Enga.

JÁ	NEI	FÉLAGSLEGAR AÐSTÆÐUR
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Býr hjá foreldrum/tengdforeldrum.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Fyrir sambúðir.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Lítil tengsl við barnafóður.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Óhágur stuðningur frá umhverfi.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Búen úr fyrri sambúð/stjúphöem.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Aldraðar/sjúkur settingi í umsjá fjölskyldunnar.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Áhyggjur vegna fjárhags/húsnæðis/avinnamála.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8. Alvarleg veikindi hjá maka/börnum.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	9. Áfengisvandi á heimili.
<b>YILFINNINGALEG LÍBAN</b>		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10. Erfiðleikar með svefni.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	11. Finnur fyrir miklum kvíða.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Erfið reynsla af fyrri fæðingum.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13. Ósatt við þessa meðgöngu.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Byrgir áhyggjur/tillíningar inni.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15. Finnur fyrir miklu ólagi.
<b>BAKGRUNNUR/BERNSKA</b>		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16. Aðrir uppi hjá öðru foreldri eða hvorugu.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17. Tíð bústaðaskipti (Hve oft? ____).
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Áfall í uppvekst (Ástvarðamisár? Skilnaður? Slys?).
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19. Sjúkrahústega í bernsku. Hvenær? _____
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Erfiðleikar foreldra (Veikindi? Áfengi? Fjárnál?).
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21. Grunnskóla ólokíð.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22. Aðrir erfðleikar á uppvaxarárum (Hvefur? _____).
A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		

III. "Áætluð úrræði" fyllist út á samráðsfundi á meðgöngu.

IV. "Úrræði" fyllist út á samráðsfundi eftir fæðingu barns.

V. Heilsufarsupplýsingablaðið fylgir mæðraskrá fram yfir fæðingu barns og kemur með fæðingartilkynningu til ungbarnaverndar.

VI. Fjölskylduverndarblaðið verður eftir í mæðravefnd og fer til samráðsfundar ef um úhættumál er að ræða (A eða B).



### 3.1.6. Samráð

Í hinu innra starfi hefur samráðið og teymisvinnan verið sá vettvangur og um leið það tæki sem við höfum nýtt til að samþætta þessa nýju hugmyndafræði hefðbundnu heilsvorndarstarfi.

Á vikulegum samráðsfundum (skammstafað vs, sjá sviðsmynd bls. 17) mæta reglulega verkefnisstjórar, þ.e. fulltrúi heimilislækna og fjölskylduráðgjafi, ljósmæður og hjúkrunarfræðingar í mæðra- og ungbarnavernd ásamt ritara sem skráir niður áhættuþætti og áætluð úrræði. Heimilislæknar koma á samráðsfundi til að ræða málefni eigin skjólstaðinga þegar þeim eða samstarfsaðilum þykir tilefni til. Á þessum fundum er farið markvisst yfir öll blöð sem eru flokkuð sem áhættumál (A, B) og úrræði áformuð. Þegar barnið er fætt og ungbarnaverndin kemur inn í þjónustu við fjölskylduna eru áhættumál rifjuð upp og endurmetin í þessu þverfaglega samráði og lögð áhersla á samráð heimilislæknis, hjúkrunarfræðings og fjölskylduráðgjafa í hinu daglega starfi.

Í samráðinu fer einnig fram miðlun upplýsinga um innra starf, fræðslu, handleiðslu, klínísku fundi o.s.fr. Megináherslan er lögð á að skoða saman einstök áhættumál, hvaða tilboð hin verðandi móðir eða foreldrar hafa fengið

eða hvað okkur virðist hún eða þau þyrftu að fá, hverja þarf að styrkja og hvetja ef okkur sýnist tilfinningaleg lokun eða kvíði hindra viðkomandi í að leita sér aðstoðar eða þiggja stuðning og hjálp við úrvinnslu.

Hvenær sem er í þjónustuferlinu við móður, barn og fjölskyldu geta komið fram upplýsingar eða breyttar aðstæður sem breyta fyrri mati og er þá sá fagaðili sem verður þess áskynja ábyrgur fyrir að taka það upp á samráðsfundi. Samráðið er því einskonar miðja í vef þar sem við höldum þráðunum saman og skoðum og endurmetum hvernig kerfisbundnar heimsóknir verðandi og síðan nýbakaðra foreldra í mæðra- og ungbarnavernd og hin ýmsu úrræði koma til móts við mismunandi þarfir mæðra og foreldra.

### Stuðnings- og meðferðarúrræði:

1. Fyrirbyggjandi fræðsla á námskeiðum og í viðtölum fagfólks við verðandi foreldra sem miða að því að auka foreldrahæfni og efla alhliða heilbrigði fjölskyldunnar.
2. Aukinn stuðningur ljósmóður, hjúkrunarfræðings eða heimilislæknis.
3. Tilfinningaleg úrvinnsla, sjálfsstyrking eða meðferð hjá fjölskylduráðgjafa.
4. Hópmeðferð á fjölskylduráðgjafardeild þar sem félagsráðgjafi og sálfræðingur vinna saman með hóp kvenna sem eru að glíma við svipaðan vanda.
5. Tilvísun eða samstarf við aðrar stofnanir eða fagaðila s.s. fæðingadeild og barnadeild FSA og Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar.

### 3.1.7. Ferli

Flæðiritið hér á eftir skýrir verkefnisferlið og hvernig það birtist notendum þjónustunnar. Dæmisaga um mat og ferli lýsir hvernig hugmyndafræðin er útfærð í reynd í samráði og teymisvinnu. Í framhaldinu er fjallað nánar um hvernig árangurinn birtist í breyttum vinnuáðferðum.

### 3.1.7.1. Flæðirit

**1) Fyrsta heimsókn verðandi móður í mæðravernd:**

Ljós móðir kynnir starfsaðferðir Nýja barnsins, afhendir kynningarblöð og spurningablöð og undirbýr þannig viðtalið við heimilislækninn í næstu heimsókn (sjá 3.2.1.1).

**2) Langt viðtal heimilislæknis við verðandi móður:**

Rætt er um heilsufar og félagslegar aðstæður. Fjallað um tilfinningalega liðan, bakgrunn og bernsku. Læknir styðst við spurningablöðin og útfyllir þau (sjá 3.1.5. og 3.2.1.2).

**3) Mat – A. B. C mál:**

Mat á þörf fyrir umhyggju, stuðning og meðferð (sjá 3.1.5.).

A – mál   B – mál   C – mál



Upplýsingar frá ljósmóður konunnar.

Fyrri kynni heimilislæknis af konunni, aðstæðum hennar og fjölskylduhögum.

„Hefðbundin“ heilsuvernd áfram.

**4) Samráðsfundur:**

Sameiginlega farið yfir mál. Áformuð úrræði við hæfi. Lögð á ráð um hver er aðal stuðningsaðili (sjá 3.1.6. og 3.2.1.1.).

- Úrræði:**
- a) Aukin athygli.
  - b) Aukinn stuðningur ljósmóður eða heimilislæknis.
  - c) Samráð með heimilislækni.
  - d) Samráð við aðrar stofnanir.
  - e) Fjölskylduráðgjöf.
  - f) Meðferð óviðkomandi meðgöngu.
  - g) Önnur úrræði (sjá 3.2.1.).

Endurmat vegna nýrra upplýsinga eða breyttra aðstæðna (sjá 3.2.1.).

**5) Samráðsfundur eftir að barn er fætt:**

Farið yfir hvað hefur verið gert og hvernig mál hefur þróast. Áframhaldandi úrræði áformuð (sjá 3.1.6. og 3.2.1.3.).

- Úrræði:**
- a) Aukin athygli.
  - b) Aukinn stuðningur hjúkrunarfræðings í ungbarnavernd eða heimilislæknis.
  - c) Samráðsfundur með heimilislækni.
  - d) Samráð við aðrar stofnanir.
  - e) Fjölskylduráðgjöf.
  - f) Meðferð óviðkomandi síðustu meðgöngu.
  - g) Önnur úrræði (sjá 3.2.1.).

**6) Upplýsingamiðlun** hjúkrunarfræðings í ung- og smábarnavernd til skólahjúkrunarfræðings við upphaf skólagöngu barns.

### 3.1.7.2. Dæmi um mat og ferli

#### Nanna Nikulásdóttir: Tilbúin saga til útskýringar.

Á samráðsfundi 08.01.98 kynna heimilislæknir og ljósmóðir í mæðravernd eftirfarandi B-mál um leið og farið er yfir svör af heilsufars- og fjölskylduverndarblaði.

Nanna er tæplega 32 ára, er á fjórða mánuði meðgöngu og gengur með sitt þriðja barn. Hún hefur sögu um migreni en telur það ekki stórt vandamál í dag. Fyrsta fæðing var afar langdregin og endaði með sogklukku og talsverðum blóðmissi.

Nanna hóf sambúð með fyrri manni 17 ára gömul og eignaðist sitt fyrsta barn sama ár. Þau slitu sambúð tveimur árum síðar.

Hún hefur búið í 4 ár með núverandi manni og á með honum tveggja ára barn. Þau búa í húsnæði sem hún telur of lítið fyrir stækkandi fjölskyldu og hefur talsverðar áhyggjur af skuldabyrði, sérstaklega nú þegar hún þarf að minnka við sig vinnu. Sjálf gerir hún frekar lítið úr erfiðri fæðingarreynslu og telur sig ekki kviða komandi fæðingu verulega. Hún viðurkennir þó að finna fyrir verulegu álagi og heimilislæknirinn sem þekkir hana vel telur hana byrgja tilfinningar og áhyggjur inni. Nanna er dugleg kona sem reynir í lengstu lög að bera sig vel. Uppvaxtarár hennar voru á margan hátt erfið. Faðir hennar misnotaði áfengi og foreldrar skildu þegar hún var 9 ára og hún þurfti snemma að bera ábyrgð á yngri systkinum.

Í viðtalinu við heimilislækninn opnar Nanna í fyrsta skipti fyrir að ýmislegt var erfitt í bernskunni og að fyrri sambýlismaður misnotaði áfengi og átti það til að vera ofsafenginn. Hún lætur hins vegar vel af núverandi sambúð.

Heimilislæknir merkir þetta sem B-mál (sjá 3.1.5.) og þegar málið er rætt á samráðsfundi kemur fram að ljósmóðir upplifir hana verðandi móður þreytulega og lokaða.

Eftir umræður og vangaveltur í samráðinu er ákveðið að ljósmóðir hvetji hana til að nýta sér þjónustu fjölskylduráðgjafarinnar til að vinna úr erfiðri fyrri reynslu og öðlast meiri sjálfsstyrk. Jafnframt að hún fái aukna umhyggju, stuðning og fræðslu hjá ljósmóður og heimilislækni. Einnig er ákveðið að ljósmóðir fái samþykki Nönnu til að ræða við yfirljósmóður á fæðingadeild um hina erfiðu fæðingarreynslu og til að undirbúa næstu fæðingu. Áætluð úrræði eru því; a, b, c, d og e (sjá 3.2.1., áætluð úrræði - úrræði).

Raddir heyrðust á samráðsfundinum um að þetta hefði átt að meta sem A-mál. Heimilislæknir var því að vissu leyti sammála, telur málið á mörkunum. Sá eiginleiki Nönnu að bera sig vel og það að hún lætur vel af núverandi fjölskylduáðstæðum hafi ráðið mati hans. **HVAÐ FINNST ÞÉR LESANDI GÓÐUR?**

\*\*\*\*\*

#### Á samráðsfundi 18.06.98 kemur í ljós að fæðingin hjá Nönnu gekk þokkalega.

Hún hafði í fyrstu tekið því fálega að leita aðstoðar fjölskylduráðgjafa en eftir endurtekna hvatningu og aukinn trúnað í tengslunum við ljósmóður þáði hún að ljósmóðir pantaði fyrir hana viðtal. Þá var talsvert líðið á meðgönguna og Nanna farin að ræða meira opinskátt um eigin líðan og erfiða drauma.

Nanna kom tvisvar ein og einu sinni með eiginmanni í viðtöl hjá fjölskylduráðgjafa. Áhersla var lögð á að vinna með erfiðu draumana og líðan Nönnu í dag, hjálpa henni að skilja betur og virða eigin tilfinningar og síðan búa foreldrana undir komu nýja barnsins og hina viðkæmu tengslamyndun. Lögð var áhersla á að auka innlifunarhæfni og sjálfsstyrk.

Þau voru hvött til að hafa samband aftur eftir fæðingu ef þau fyndu þörf fyrir.

Hjúkrunarfræðingur í ungbarnavernd hefur heimsótt Nönnu eftir heimkomu. Henni finnst hún svolítið þreytuleg og jafnvel döpur en barnið er vært og brjóstgjöf gengur vel. Samráðið telur mikilvægt að hjúkrunarfræðingurinn í ungbarnaverndinni sé í góðum tengslum við Nönnu áfram og gefi henni eftir þörfum leiðbeiningar og stuðning bæði varðandi sjálfsmynd og tengslamyndun við barnið. Hjúkrunarfræðingurinn mun hvetja Nönnu til að hafa aftur samband við fjölskylduráðgjafann, þar sem hún er álitin þarfnast hvatningar til að nýta sér frekari meðferð.



## 3.2. Árangur

**Árangur þróunarferlisins er sýnilegur í breyttum starfsaðferðum, viðhorfum, viðmóti og nýjum meðferðarúrræðum í þeim tilgangi að bæta uppeldis- og þroskaskilyrði barna og efla framtíðarheilbrigði.**

### 3.2.1. Breytt vinnubrögð og ný úrræði

Við formleg verkefnislok er ljóst að orðið hefur grundvallarbreyting á starfsaðferðum í heilsvörnd á HAK.

**Sameiginleg ákvörðun þátttakenda um að vinna áfram samkvæmt hugmyndafræði og aðferðum Nýja barnsins staðfestir varanlegan árangur í formi breyttrar heilsværndar.**

Kjarninn í breyttum starfsaðferðum er samstaða um hugmyndafræði og sameiginlegur skilningur starfsfólks á leiðum að markmiðum. Þessi nýi skilningur krafðist nýrra spurninga og aukinnar náandar bæði í innra samstarfi og gagnvart skjólstæðingum. Aukið samráð og möguleikar á g a g n k v æ m u m stuðningi og speglun hefur bæði eflt okkur sem einstaklinga og sem hóp og er þannig þungamiðjan í breyttum starfsaðferðum.

Skipulögð og markviss greining og úrlausnir á tilfinningalegum og félagslegum áhættuþáttum er beinn árangur þess-

ara breyttu aðferða. Í allri vinnu með greiningu og úrvinnslu eða meðferð er lögð áhersla á gagnkvæma virðingu og viðleitni fagfólks til að laða fram og skilja hina tilfinningalegu upplifun skjólstæðingsins (sjá kafla 2.3.). Greiningin felst því ekki í að sjúkdómsgera heldur að skilja vandann í víðara samhengi út frá innri og ytri aðstæðum hvers og eins með áherslu á að finna færar úrvinnsluleiðir.

Í öllu þróunarferlinu vorum við stöðugt að endurskoða, breyta og bæta starfsaðferðir og þróa úrræði.

**Markviss skráning, rannsóknir og stöðugt endurmat eru grunnþættir þróunarferlisins.**

Dæmi um breyttar starfsaðferðir er A B C - flokkunin sem er mat á þjónustu- eða umhyggjuþörf og reyndist nauðsynlegt hjálpartæki til að hægt væri að vinna markvisst í samráðinu (sjá 3.1.5.). Þessi breyting kom til þegar á fyrsta ári verkefnisins og gerði okkur betur meðvituð um hlutverk og ábyrgð hvers og eins í faghópnum að meta stuðnings- eða úrvinnsluþörf og miðla áfram til samstarfsaðila.

Mun síðar í verkefnisferlinu byrjuðum við

### Breytt áhættumat/umhyggja

Nafn: \_\_\_\_\_ Kt: \_\_\_\_\_

Fæðingardagur/vætanl. fæðingardagur: \_\_\_\_\_

Heimilislæknir: \_\_\_\_\_ Ljós móðir/hjúkrunarfr.: \_\_\_\_\_

Ástæða fyrir breyttu mati: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nafn fagaðila: \_\_\_\_\_ Staða: \_\_\_\_\_

Tekið fyrir á samráðsfundi: \_\_\_\_\_

Áætluð úrræði: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

að skrá á markvissan hátt breytingar á áhættumati ef breyttar aðstæður eða dýpri skilningur á líðan eða högum konunnar og fjölskyldunnar gáfu tilefni til. Sá fagaðili sem verður þessa áskynja tekur ábyrgð á endurmatinu og miðlar til samráðsins.

Eftir því sem reynsla okkar á viðfangsefninu óx og með auknum skilningi á eðli og umfangi vandans og úrræðamiðuðum greiningum tókst okkur smám saman betur að átta okkur á hvernig við gætum þróað úrræði og meðferðartilboð sem tækju annars vegar mið af okkar eigin aðstæðum og möguleikum og hins vegar af mismunandi þörfum skjólstaðinganna.

Fljótlega eftir að A B C - flokkunin komst í gagnið fengu samráðsfundirnir það hlutverk að áætla um úrræði við hæfi í öllum A og B málum. Eftir fæðingu barnsins er farið yfir málið að nýju á samráðsfundi, skoðað hvaða úrræði nýttust og lögð á ráðin um framhaldið.

### Áætluð úrræði - Úrræði:

- a) Aukin athygli í mæðra- og ungbarnavernd.
- b) Aukinn stuðningur ljósmóður, hjúkrunarfræðings eða heimilislæknis.
- c) Samráð með heimilislækni fjölskyldunnar.
- d) Samráð við aðrar stofnanir.
- e) Fjölskylduráðgjöf.
- f) Meðferð og eftirlit óviðkomandi meðgöngu.
- g) Annað.

#### a) Aukin athygli í mæðra- og ungbarnavernd

Hér er um að ræða tilvik þar sem ekki er ljóst í upphafi hvort þörf er fyrir aukinn stuðning eða meðferð, eða hvort hin verðandi móðir er tilbúin til samvinnu. Við eigum að sjálf-sögðu misjafnlega auðvelt með að ræða opin-skátt um viðkvæm mál og stundum er óljóst að hve miklu leyti hin verðandi móðir/faðir hefur þegar unnið úr áföllum og erfiðleikum. Þá er mikilvægt að hlusta og vera opin fyrir skilaboðum og teiknum um tilfinningalega vanlíðan t.d. í formi líkamlegra kvartana og reyna að nýta tilefni sem gefast til að vinna traust og nálgast vandann sem að baki býr (sjá kafla 2.3. og 2.4.).

#### b) Aukinn stuðningur ljósmóður, hjúkrunarfræðings eða heimilislæknis

Algengustu úrræðin eru aukinn tilfinningalegur stuðningur ljósmæðra á meðgöngu og hjúkrunarfræðinga í ungbarnavernd eftir fæðingu. Þar er lögð áhersla á að veita verðandi og nýorðnum foreldrum einstaklingshæfða þjónustu þar sem reynt er að koma til móts við þarfir og óskir hvers og eins og stuðla þannig að auknu heilbrigði. Einnig er lögð áhersla á að kynna önnur þjónustutilboð og leiðbeina og hvetja foreldra til að nýta sér mismunandi úrvinnsluleiðir eftir forsendum hvers og eins.

Í sumum tilfellum er heimilislæknir meginstuðningsaðili og getur þá byggt á fyrri tengslum og skilningi á heilsu og högum fjölskyldunnar. Ætíð er lögð rík áhersla á samvinnu fagaðila og greiðar samskiptaleiðir.

#### c) Samráð með heimilislækni fjölskyldunnar

Heimilislæknir fjölskyldunnar tekur þátt í samráðsfundum þegar hann eða aðrir fagaðilar telja ástæðu til svo og ætíð þegar um A - mál er að ræða (sjá kafla 3.1.6.).

Alltaf er þó lögð áhersla á óformlegt samráð heimilislæknis við aðra þá fagaðila sem koma að þjónustu við fjölskylduna (sjá kafla 3.1.5.).

#### d) Samráð við aðrar stofnanir

Mikil áhersla hefur verið lögð á markvisst samráð og samvinnu við fæðingadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA) og hefur fagfólk þar tileinkað sér í auknum mæli hugmyndafræði og aðferðir Nýja barnsins (sjá einnig 3.2.1.1. og 3.2.1.3.).

Þegar kona kemur til fæðingar fylgir heilsufarsblaðið mæðraskránni og þar með upplýsingar um áhættuþætti og mat á stuðningsþörf. Í samráði við verðandi móður er í mörgum tilfellum miðlað upplýsingum til fæðingadeildar um álags- og kvíðaefni svo sem erfiða reynslu af fyrri fæðingum. Þetta er gert annars vegar á mánaðarlegum samráðsfundum í fjölskylduráðgjöf heilsugæslunnar þar sem sitja ljósmæður og hjúkrunarfræðingar í mæðra- og ungbarnavernd með félagsráðgjafa og stundum ljósmóður frá fæðingadeild FSA. Einnig er markvisst samráð milli ljósmæðra í mæðravernd og ljósmæðra og sérfræðinga á FSA.

Þegar um er að ræða alvarleg geðræn eða félagsleg vandamál er leitað eftir samráði við





fagaðila á öðrum stofnunum til að samhæfa og styrkja stuðningsnet fjölskyldunnar. Oftast fer það samráð fram á mánaðarlegum fundum með fulltrúum þeirra stofnana, s.s. Fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar eða geðdeildar FSA. Alltaf er lögð mikil áhersla á trúnað og þagnarskyldu um viðkvæmar upplýsingar um einstaklinga og fjölskyldur.

#### e) Fjölskylduráðgjöf

Verðandi og nýorðnir foreldrar hafa forgang að þjónustu fjölskylduráðgjafarinnar án endurgjalds. Þessi forgangsröðun endurspeglar þá sannfæringu okkar að það sé afar mikilvæg heilsuvernd að auðvelda verðandi og nýorðnum foreldrum að takast á við og vinna úr sálfélagslegum vanda.

Á síðasta ári verkefnisins (1997) nýttu 67 eða u.þ.b. 22% verðandi eða nýbakaðra mæðra og fjölskyldna þeirra sér meðferðartilboð fjölskylduráðgjafarinnar í einstaklings-, hjóna- eða hópmeðferð (sjá kafla 3.2.2.).

Margir þessarra foreldra eru að vinna með kvíða, depurð eða lélegt sjálfsmat sem oft tengist fyrri áföllum eða erfiðum uppvaxtar-skilyrðum. Áfallareynsla sem ekki hefur verið unnið úr og óleystur sársauki bernskunnar skapa aukið álag á þessum viðkvæma tíma

meðgöngu og fæðingar og truflar eðlilega tengslamyndun við barnið (sjá kafla 2.4.).

Aukin meðvitund um mikilvægi stuðnings og meðferðar á áhættuþáttum á þessu viðkvæma skeiði kemur fram í sívaxandi eftirspurn, ekki síst meðal vel menntaðra/þroskaðra foreldra.

Nálgunarleiðir og sjónarhorn fjölskylduráðgjafa nýtist jafnframt öðrum faghópum í gegnum samráð og handleiðslu og er sterkur þáttur við mótun breyttra starfsaðferða og úrræða.

#### f) Meðferð og eftirlit óviðkomandi meðgöngu

Ef hin verðandi móðir var, áður en meðgangan hófst, í meðferðarsambandi við aðila utan stofnunarinnar, er að öllu jöfnu eðlilegast að það samband haldist áfram. Samráðið ákveður hvaða fagaðili hefur samband við þann meðferðaraðila til að tryggja samfelli í þjónustunni og að ráð og upplýsingar berist.

#### g) Annað

Þessi flokkur var í upphafi hugsaður fyrir ný meðferðarúrræði s.s. hópastarf eða hópmeðferð. Í kynnisferð verkefnisstjóra og handleiðanda til Svíþjóðar vorið 1995 kynntumst við sérhannaðri hópmeðferð fyrir konur með



sérstaka fæðingarreynslu (bráður keisarskurður) sem gefið hafði mjög góða raun.

Við fengum dr. Björgu Bjarnadóttur sálfræðing í lið með okkur við að hanna svipað hópmeðferðartilboð fyrir konur með erfiða fæðingarreynslu (spurning 12 á fjölskylduverndarblaði) í samvinnu við fjölskylduráðgjafa stöðvarinnar (sjá kafla 3.2.2.).

Vegna skorts á mannafla, sérstaklega í fjölskylduráðgjöfinni, hefur að öðru leyti ekki tekist að þróa og bjóða upp á aðrar nýjungar í hópmeðferð, eða önnur sértæk meðferðarúrræði, sem þó væri afar brýnt (sjá kafla 4.4.5.).

**Menntasmiðja kvenna á Akureyri** er dæmi um mikilvægt úrræði utan heilsugæslu þar sem við höfum verið í mjög gefandi og gagnlegri samvinnu sem fyrst og fremst hefur verið í höndum fjölskylduráðgjafa stöðvarinnar (24). Þar er lögð áhersla á að auka almenna lífshæfni og sjálfstyrk kvenna og hafa ungar og verðandi mæður svo og nýbúar verið forgangshópar.

### 3.2.1.1. Nýja barnið í framkvæmd í mæðravernd

**Sigfríður Inga Karlsdóttir yfirljósmóðir mæðraverndar**

Hugmyndafræði Nýja barnsins byggir á því að veita sem besta þjónustu með heildræna sýn á skjólstæðinga okkar, þarfir þeirra og aðstæður. Þannig hefur Nýja barnið haft áhrif á alla okkar þjónustu, strax frá því að verðandi foreldrar koma til okkar í mæðraverndina í fyrsta skiptið. Aukin áhersla er lögð á tilfinningalega og félagslega þætti en ekki bara þá líkamlegu sem tíundaðir eru í mæðraskránni. Þessir tilfinningalegu og félagslegu þættir eru nú skoðaðir á skipulagðan hátt en ekki tilviljunarkenndan eins og áður var.

♦ **Fyrsta koma:** Ljósmóðir kynnir vinnulag Nýja barnsins fyrir verðandi foreldrum, afhendir kynningarblað og oft er farið yfir helstu úrræði sem boðið er upp á meðan á meðgöngunni stendur. Stefnt er að því að

sama ljósmóðir sinni konunni í hverri komu út meðgöngutímann.

- ◆ **Önnur til þriðja koma:** Verðandi móður er boðið upp á ítarlegt viðtal við heimilislækni fjölskyldunnar. Að viðtali loknu ræðir heimilislæknir við ljósmóður konunnar ef hann telur hina verðandi foreldra þurfa aukna þjónustu.
- ◆ **Samráðsfundur:** Á vikulegum fundum hittast ljósmæður í mæðravernd, hjúkrunarfræðingar í ungbarnavernd, fjölskylduráðgjafi og fulltrúi heimilislækna. Þar er farið yfir heilsufarsblöð þeirra kvenna sem taldar eru þurfa eða sækjast eftir aukinni þjónustu. Ef heimilislæknir hefur metið í viðtalinu að veruleg þörf væri fyrir aukin þjónustutilboð er hann boðaður á samráðsfundinn.
- ◆ **Næsta koma eftir að viðtalið við heimilislækni hefur farið fram:** Ljósmóðir konunnar ræðir við hana um viðtalið og ræðir úrræði ef þurfa þykir. Þá festa ljósmæður fyrra heilsufarsblaðið við mæðraskrá konunnar þannig að sú ljósmóðir sem tekur á móti konunni á fæðingadeild sjái strax ef fjölskyldan hefur einhverja sérstaka áhættuþætti sem taka þarf tillit til í fæðingu eða sængurlegu.
- ◆ **Stöðugt endurmat:** Í hverri komu á heilsugæslustöðina er skoðað hvort eitthvað hafi breyst í sambandi við þarfir fjölskyldunnar og þjónustutilboðum breytt ef þurfa þykir. Bæði ljósmóðir fjölskyldunnar og heimilislæknir hennar geta alltaf breytt matinu á þörf fyrir aukna þjónustu.
- ◆ **Samráð við ljósmæður og félagsráðgjafa á fæðingadeild:** Á mánaðarlegum fundum með fæðingadeild mæta ljósmæður í mæðravernd, hjúkrunarfræðingar í ungbarnavernd og fjölskylduráðgjafi HAK ásamt yfirljósmóður og félagsráðgjafa fæðingadeildar FSA. Á þessum fundum er fjallað um sérstakar þarfir ákveðinna einstaklinga og þannig er fæðingin og sængurlegan undirbúin með tilliti til þjónustuþarfa fjölskyldunnar.



### Hverju hefur Nýja barnið breytt í mæðraverndinni?

- ◆ Verkefnið hefur útvíkkað það mat sem lagt er til grundvallar þjónustunni sem verðandi foreldrum er boðið upp á í tengslum við mæðraverndina.
- ◆ Verkefnið hefur stuðlað að því að veita verðandi foreldrum einstaklingshæfða þjónustu, þjónustu þar sem reynt er að koma til móts við þarfir og óskir þeirra og stuðla þannig að auknu heilbrigði.
- ◆ Nýja barnið hefur einnig stuðlað að meiri samvinnu fagstétta og vikkað sjóndeildarhring okkar allra sem sinnum verðandi foreldrum. Einnig hefur verkefnið aukið samvinnu milli starfsfólks HAK og fæðingadeildar FSA sem skilar markvissari og betri stuðningi til skjólstæðinga okkar.
- ◆ Þessi aukna samvinna hefur stuðlað að því að fagstéttirnar eru ekki allar hver í sínu horni að fást við mál sem þarf að leysa, heldur er nú á skipulagðan hátt reynt að finna bestu lausnina til þess að styðja sem best við bakið á skjólstæðingum okkar.

### 3.2.1.2. Hlutur heimilislæknis í breyttri heilsuvernd

Fyrir utan beina þátttöku í heilsuvernd hafa heimilislæknar fjölþætt samskipti við einstaklinga og fjölskyldur þegar veikindi ber að garði. Þeir hafa því oft innsýn í vanda sem ella myndi ekki vera þekktur í heilsuverndarstarfinu. Til að stuðla að því að þekking heimilislækna og viðhorf þeirra komi fram situr einn fulltrúi þeirra alla samráðsfundi.

Þátttaka heimilislækna í breyttri heilsuvernd er annars sem hér segir:

- ◆ Langt viðtal við verðandi móður snemma á meðgöngu (2.–3. heimsókn í mæðravernd). Mælt er með að nota spurningablöðin til stuðnings en spyrja opið og gefa tíma til að ræða vel það sem upp kemur. Áhersla er lögð á innlifun, stuðning og að kynna úrræði.



### 3.2.1.3. Nýja barnið í framkvæmd í ungbarnavernd

#### Guðfinna Nývarðsdóttir deildarstýra ungbarnaverndar

Tíð og reglubundin samskipti í hefðbundinni mæðra- og ungbarnavernd skapa grundvöll fyrir markvissari þjónustu, ekki síst vegna þess að skjólstaðingurinn er í tengslum við sama starfsfólk í flest skipti sem hann kemur á heilsugæslustöðina. Sama ljósmóðir og heimilislæknir sinna fjölskyldunni í mæðra- vernd og sami hjúkrunarfræðingur og heimilislæknir í ungbarnavernd. Þessi reglubundnu samskipti eru síðan nýtt til að greina og skilja tilfinningalega og félagslega áhættuþætti og ná samvinnu við fjölskyldurnar um úrræði og hefur reynsla okkar staðfest að á þessu mótunarskeiði fjölskyldunnar er auðveldara en ella að ná samstarfi um úrbætur.

#### Samráð vegna Nýja barnsins í ungbarnavernd

- ◆ Færa númer já-svara af fjölskylduverndarblaði á heilsufarsblað og öfugt.
  - ◆ Gera ABC-mat sem byggist bæði á því sem fram kom í viðtalinu og á fyrri kynnum af konunni og fjölskyldu hennar og færa á bæði blöðin (sama matið).
  - ◆ Heilsufarsblað fylgir mæðraskrá en læknir heldur fjölskylduverndarblaði eftir og afhendir ljósmóður konunnar ásamt munnlegum upplýsingum a.m.k. ef um A eða B-mál er að ræða.
  - ◆ Í öllum A-málum og mörgum B-málum mætir heimilislæknir síðan á samráðsfund (vs) til að ræða og greina nánar áhættuþætti og taka þátt í ákvörðun um úrræði við hæfi. Fulltrúi heimilislækna situr alla samráðsfundi.
  - ◆ Í mörgum A og B-málum er æskilegt að heimilislæknir fylgi fyrsta viðtali eftir með sérstöku viðtali síðar á meðgöngu. Þetta verður þó að metast í hverju tilviki fyrir sig.
  - ◆ Eftir að barn er fætt ræða heimilislæknir og sá hjúkrunarfræðingur sem annast fjölskylduna í ungbarnavernd um öll A og B-mál og í einstöku tilfelli kemur heimilislæknir þá að nýju á samráðsfund þegar málið er þar til umfjöllunar.
- 1) **Samráð** hjúkrunarfræðinga í ungbarnavernd, ljósmæðra í mæðra- vernd, fjölskylduráðgjafa og heimilislækna meðan á meðgöngu stendur á vikulegum samráðsfundum (vs).
  - 2) **Samráð** hjúkrunarfræðinga í ungbarnavernd og ljósmæðra á fæðingadeild FSA tvisvar í viku um nýútskrifaðar mæður og börn.
  - 3) **Samráð** hjúkrunarfræðinga í ungbarnavernd, ljósmæðra í mæðra- vernd, fjölskylduráðgjafa og heimilislækna eftir fæðingu og áfram þar sem sérstaks stuðnings er þörf (vs).
  - 4) **Samráð** hjúkrunarfræðinga í ungbarnavernd og hjúkrunarfræðinga á barnadeild FSA eftir þörfum þegar veikindi barna eru til staðar.

Samráðsfundir samstarfsaðila innan HAK eru einu sinni í viku. Þeir eru nýttir sem vettvangur til að miðla hagnýtum upplýsingum milli fagfólks. Í framhaldi af því er fjallað um úrræði í formi stuðnings í ýmsum myndum, allt eftir þörfum og vilja skjólstaðinganna.

Á vikulegum samráðsfundum (vs) geta hjúkrunarfræðingar ungbarnaverndar borið

upp áhyggjur sínar varðandi skjólstæðing og fengið þverfaglegar umræður og stuðning í sínu starfi sem hefur reynst okkur ómetanlegt. Við að ræða áhyggjuefnin opnast oft nýjar leiðir og fagfólk með önnur sjónarhorn víkka sjóndeildarhringinn. Af þessu leiðir að þjónustan við skjólstæðingana verður samfelldari og heildstæðari.

### Nýja barns vinnulagið í ungbarnavernd gerir þjónustuna markvissari

- ◆ Meiri möguleikar á að veita þeim þjónustu sem þörf hafa fyrir hana og hlúa að tengslamyndun móður og barns.
- ◆ Skjólstæðingarnir fá samfelldari þjónustu en áður og frá sama hjúkrunarfræðingi eins og kostur er.
- ◆ Aukin þekking hjúkrunarfræðings á högum og líðan skjólstæðingsins leiðir til bættrar þjónustu.
- ◆ Stöðugt endurmat er gegnumgangandi allt ferlið.

### Hverju hefur Nýja barnið breytt í ungbarnavernd?

#### Það hefur:

- Aukið samstarf.
- Opnað huga starfsfólks.
- Aukið ánægju í starfi.
- Skapað meiri skilning á tilfinningalegri líðan og högum skjólstæðinga.
- Bætt þjónustuna.
- Aukið þjónustu á tilfinningalega og félagslega sviðinu.
- Aukið áherslu á góða tengslamyndun móður/foreldra og barns.
- Stuðlað að meiri stuðningi við foreldra.

Litið er á fjölskylduna sem eina heild. Tekið er á málum skjólstæðingsins á fleiri sviðum, tilfinningalegum, félagslegum, líkamlegum og andlegum.

Foreldrarnir fá hvatningu til sjálfshjálpar sem leiðir til aukinnar hæfni þeirra.

### 3.2.2. Hópastarf - meðferðarúrræði fyrir barnshafandi konur

#### Dr. Björg Bjarnadóttir forstöðusálfræðingur

Í lok nóvember 1995 fór af stað hópastarf á vegum þróunarverkefnisins Nýja barnið á HAK sem fólst í því að bjóða barnshafandi konum með erfiða fæðingarreynslu aðstoð við að vinna úr kreppuviðbrögðum, kvíða og öðrum erfiðum tilfinningum, reynslu og minningum af fyrri fæðingu.

**Hópastarfið var hugsað sem fyrirbyggjandi stuðningur við næstu fæðingu og aðstoð við konurnar að ná auknum sjálfstyrk og jafnvægi og vera betur í stakk búnað að annast nýja barnið og byggja upp tengsl (sjá 3.2.1).**

Alls hafa sex kvannahópar notið aðstoðar í hópavinnunni frá því þetta þróunarstarf hófst og hafa Anna Karólína Stefánsdóttir fjölskylduráðgjafi á HAK og Björg Bjarnadóttir forstöðusálfræðingur á dagdeild fyrir geðsjúka á FSA leitt hópana. Algengast hefur verið að þrjár til fjórar konur hafi verið í hverjum hópi og hefur meðferðarstuðningurinn og umræðan tekið um 3-4 klukkustundir, meðalaldur hefur verið 28 ár. Hafa 22 konur notið stuðnings af þessu hópastarfi. Samkvæmt könnun sem lögð hefur verið fyrir í lok hoptímans hafa allar konurnar talið þá fræðslu, skoðanaskipti og þann stuðning sem boðinn er mjög styrkjandi fyrir sig, fyrirbyggja kvíða og vera góður undirbúningur fyrir væntanlega fæðingu.

Upplýsingar um kvíða og erfiða fyrri fæðingarreynslu koma fram í viðtali við heimilislækni kvennanna eins og fyrr er nefnt (sjá 3.1.5.). Er það u.þ.b. ein kona af hverjum fimm sem þar greinist með erfiða fæðingarreynslu (um 50 konur á ári). Urðu þær fyrir valinu við hönnun meðferðarúrræðis enda vitað af aukinni þörf þeirra fyrir meðferðarstuðning á núverandi meðgöngu og stuðning fyrir næstu fæðingu. Ákveðið var að gera tilraun sem stæði í tvö ár a.m.k. og afmarka sig við þennan hóp kvenna en eins hefði vissulega verið hægt að einskorða sig við mæður sem átt höfðu við önnur vandamál að stríða, svo sem

áfengisvanda eða mjög ungar mæður. Vert er að taka fram að konurnar í þessu úrtaki höfðu mjög ólíkan bakgrunn með tilliti til þátta eins og aldurs, menntunar, atvinnu og hjúskaparstöðu. Hins vegar var mjög algengt að þær ættu að baki erfiða bernskureynslu þar sem komið höfðu fyrir alvarleg slys eða sjúkdómar hjá barni eða foreldrum eða þær höfðu gengið í gegnum skilnað, upplifað áfengisvanda, misnotkun eða jafnvel orðið fyrir ástvinamissi.

### Meðferðarúrræði byggð á hópmeðferð

Aðalaðferðin í hópavinnunni var að virkja tengslin á milli kvennanna út frá sameiginlegri reynslu þrátt fyrir mjög ólíkan bakgrunn þeirra. Áherslan var á kvenlega innlifun, virka hlustun, óskilyrtan stuðning fagaðila, gagnkvæma virðingu og hóflega fjarlægð til fagkvennanna sem þó miðluðu af eigin reynslu og notuðu hana til að styðja við tjáningu og úrvinnslu í hópnum.

Gengið var út frá að tengsl konunnar við eigin persónu, hið ytra umhverfi, aðrar persónur og eigin lífsgildi geta breyst eða raskast á meðgöngu og við fæðingu (2, 9, 20, 34, 36).

#### Fjórir megin tengslaflokkar:

- ◆ Tengsl við eigin persónu.
- ◆ Tengsl við aðrar persónur.
- ◆ Tengsl við umhverfið.
- ◆ Tengsl við andlegan þátt tilverunnar.

Þekkt kvíðaviðbrögð við erfiðri reynslu á meðgöngu og í fæðingu eru sjálfsefi, neikvætt sjálfsviðhorf og minnkuð aðlögunarhæfni. Oft er samfara þessu léleg líkamsmynd og mikil streita. Fyrstu einkenni þunglyndis koma fram í æ lélegra sjálfsmati konunnar (2, 9, 14, 34, 36).

#### Lélegt sjálfsmat birtist í:

- ◆ Hvernig konan sér sjálfa sig.
- ◆ Hve óvirk og frumkvæðislaus hún verður.
- ◆ Hve lítið sjálfstraust hún hefur.
- ◆ Hve henni finnst hún ófullkomin og vanhæf.
- ◆ Hve full af sjálfsásökun hún er.
- ◆ Hve stutt er í grátinn hjá henni.

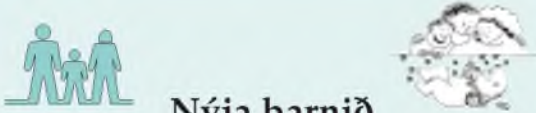


Teikning eftir móður með fæðingarþunglyndi á Dagdeild geðdeildar FSA

Hefð er orðin fyrir hópmeðferðarstarfi við lausn á margvíslegum vanda. Hópmeðferð telst þó nýmæli hér á landi fyrir konur í mæðravernd. Sú meðferðarálgun sem byggt var á í hópavinnunni var **tjáning** og viðrun kvennanna á eigin upplifunum og vanda. Hlustað var eftir upplýsingum kvennanna um þær sjálfar án þess að sjúkdómssgera eða leita að sjúkdómseinkennum. Fremur var hlustað á hugmyndir þeirra um orsakaþætti í sálfélagslegri upplifun sinni og mat þeirra á því samhengi sem reynsla þeirra af erfiðu fæðingunni gerðist í (2, 9, 34, 36).

#### Hópmeðferðin:

- ◆ Trúnaður, tjáning, speglun, samsömun.
- ◆ Úrvinnsla, sjálfsstyrkur.
- ◆ Bætt líðan, bætt hæfni til tengsla, bætt heilsa.



**Nýja barnið**


**Fundur með barnshafandi konum um erfiða fæðingarreynslu**

**Ráðgjafar:**

Dr. Björg Bjarnadóttir, sálfræðingur  
Anna Karólína Stefánsdóttir, fjölskylduráðgjafi

**Markmið:**

- Bæta líðan
- Auka sjálfsstyrk
- Auðvelda fæðingarferlið
- Bæta tengsl móður og barns



KYNNING – FRÆÐSLA – ÚRVINNSLA – MAT

Konurnar fengu í upphafi kynningarblöð þar sem fjögur markmið með hópmeðferðinni voru talin upp: *Að bæta líðan, auka sjálfsstyrk, auðvelda fæðingarferlið og bæta tengsl móður og barns* (sjá kynningarblað í ramma).

Fjögur þrep voru í meðferðarferlinu:

#### Meðferðarferlið:

1. Kynning.
2. Fræðsla.
3. Úrvinnsla.
4. Mat.

Hópastarfið fór fram í viðtalsherbergi fjölskylduráðgjafa á HAK. Í fyrsta þrepi meðferðarferlisins fór fram **kynning**. Fagkonurnar og konurnar kynntu sig, töluðu um fjölskylduhagi sína og sögðu frá störfum utan heimilis eða hvort þær væru heimavinnandi og jafn-

framt hvenær þær ættu von á sér. Sagt var frá markmiðum hópastarfsins (sjá kynningarblað). **Fræðsla** tók við á öðru þrepi meðferðarferlisins og fólst í stuttu innleggi út frá kynningarblöðum sem konurnar fengu um samspil þarfa, breytinga og tilfinninga út frá þarfaþýramíða Maslows og hugmyndum um samspil sjálfsstyrks, sjálfstrausts og samskipta (sjá tilgátur Maslows á bls. 50). Hin eiginlega **úrvinnsla** kvennanna tók við er þær segja frá reynslu sinni af erfiðri fæðingu og bera hana saman. Lögð er áhersla á að styrkja konurnar til að geta tjáð sig opið um tilfinningalega upplifun sína af sársaukafullum þáttum í fæðingarferlinu, - þann stuðning eða stuðningsleysi sem þær hafa upplifað og þær vitundarbreytingar sem þær telja sig hafa orðið fyrir. **Matið** felst í að konurnar ræða tillögur til úrbóta og segja þá frá því hvernig þær meta þörf sína fyrir hjálp, helstu kvíðapunkta fyrir komandi fæðingu, hvers þær óska sjálfar og hverju þær vilja að miðlað sé áfram. Könnun er í lokin lögð fyrir þar sem konurnar krossa við spurningar um gagnsemi hópavinnunnar (sjá könnunarblað í ramma á bls. 50).

#### Sálfélagslegir þættir í frásögnum kvennanna

Konurnar voru hvattar til þess að tjá sig um allt ferlið, mæðravernd, fæðingu, heimkomu og ungbarnavernd og þannig reyna að lýsa upplifun sinni á samfelldri þjónustu eða ósamfelldri eftir því hvernig þær höfðu upplifað hana. Aðaláherslan var þó á fæðingarreynsluna sjálfa. Reynt var að vinna með viðhorf og möguleika kvennanna á jákvæðum lausnum fyrir næstu fæðingu í gegnum þessa tjáningu.

Í meðferðarvinnunni var reynt að skapa skilyrði til þess að konurnar gætu óhræddar tjáð sig um sterkar og erfiðar tilfinningar sínar frá fyrri fæðingu, um upplifun sína á viðmóti annarra (persónulegra stuðningsaðila og fagfólks), um eigin hegðun og viðbrögð í fyrri fæðingu, um kvíða og öryggisleysi fyrir væntanlegri fæðingu, og um óskir um viðeigandi stuðning í næstu fæðingu. Konurnar voru studdar til þess að tjá skoðun sína á öllu umönnunarferlinu frá því í mæðravernd til fæðingar og síðan útskriftar og heimkomu, segja frá sálrænni upplifun sinni á þeim gildum sem þeim þóttu ráðandi og þeirri niðurlægingu sem þeim fannst þær

## Tilgátur Maslows um þarfir hvers einstaklings

Persónuleiki er meðal annars háður því í hve miklum mæli einstaklingurinn fær þörfum sínum fullnægt.

Samkvæmt tilgátu Maslows þarf að fullnægja neðstu þörfum í pýramídanum áður en næstu þarfir gera vart við sig.



Heilsugæslustöðin á Akureyri, 30.11.1995

Fundur með barnshafandi konum.

Ráðgjafar: Anna Karólína Stefánsdóttir og Björg Bjarnadóttir



### Nýja Barnið

Erfið fæðingarreynsla?

Vinsamlega krossið við eftirfarandi spurningar:

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Umræða um lífshringinn, breytingar og þarfir.                        | <u>mjög gagnleg</u>      | <u>gagnleg</u>           | <u>lítt gagnleg</u>      |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Umræða um erfiða fæðingarreynslu.                                    | <u>mjög gagnleg</u>      | <u>gagnleg</u>           | <u>lítt gagnleg</u>      |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Umræða um fyrri áföll, tilfinningar og kreppur.                      | <u>mjög gagnleg</u>      | <u>gagnleg</u>           | <u>lítt gagnleg</u>      |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Umræða um stuðning við núverandi meðgöngu og við væntanlega fæðingu. | <u>mjög gagnleg</u>      | <u>gagnleg</u>           | <u>lítt gagnleg</u>      |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Annað: Skrifðu ykkar athugasemdir hér fyrir neðan:                   |                          |                          |                          |

---



---



---



á beinan eða óbeinan hátt verða fyrir. Jafnframt var reynt að tengja þessa reynslu þeirra við skynjun þeirra á innri þörfum sínum og innri tilfinningum og á hvern hátt þær teldu að rask hefði orðið á tilfinningum og þörfum og hvernig þær sjálfar gætu betur unnið með þetta og orðið meðvitaðri og ábyrgari. Svipaðar sársaukafullar upplifanir hafa komið fram í öllum sex hópunum:

### Upplifun kvennanna – sálfélagslegir þættir:

- ◆ Truflandi ytri aðstæður við fæðingu.
- ◆ Erfið mannleg samskipti við fæðingu.
- ◆ Persónulegt niðurbrot, sársauki og vonbrigði.
- ◆ Kvíði fyrir aðstæðum þegar heim er komið.
- ◆ Ótti og öryggisleysi fyrir næstu fæðingu.

Flestar konurnar hafa upplifað þá erfiðu reynslu að missa alla stjórn sjálfar, hafnandi viðmót fagfólks, stuðningsleysi, skort á umhyggju og skilningi, hjálparvana reiði og sálrænt niðurbrot þannig að þær hafa í sumum tilvikum átt í vanda við að byggja sig upp að fæðingu lokinni og halda heilsu og þrótti til að annast tilfinningaleg tengsl við nýja barnið. Það sem þeim öllum fannst þó erfiðast var sá skortur sem þær upplifðu á skilningi og virðingu fyrir tilfinningalegri líðan þeirra og þörfum. Þegar ákveðinn tími hefur verið liðinn frá fæðingunni hafa þær þó náð að jafna sig talsvert og getað aðlagast daglegu lífi, a.m.k. á yfirborðinu, en þegar dregur að nýrri fæðingu hefur mikill kvíði gert vart við sig á ný og erfið innri líðan. Reynsla hvernar konu hafði sinn sérstæða, persónulega blæ og var vissulega mis alvarlegt í hve mikilli hættu konurnar voru eða hve sár reynslan var.



Teikning eftir móður með fæðingarþunglyndi á Dagdeildar FSA

### Flestar konurnar höfðu upplifað:

- ◆ Mikinn sársauka.
- ◆ Að missa sjálfar alla stjórn.
- ◆ Hafnandi viðmót fagfólks.
- ◆ Stuðningsleysi.
- ◆ Kvíða og ótta.
- ◆ Hjálparvana reiði og lokun.
- ◆ Sálrænt niðurbrot.
- ◆ Líkamlegt niðurbrot.

### 3.2.3. Rannsóknir - niðurstöður upplýsingasöfnunar

Rannsóknarþáttur verkefnisins beindist annars vegar að markvissri skráningu áhættuþátta og mati á þeim og hins vegar að könnunum á viðhorfum þátttakenda verkefnisins og notenda þjónustunnar. Skráningin og matið á áhættuþáttum endurspeglar að nokkru þróun viðhorfa og vinnuaðferða og var jafnframt nauðsynlegur liður í símati (sjá kafla 3.2.1.).

Hér á eftir verður gerð nokkur grein fyrir niðurstöðum upplýsingasöfnunar, mati og meðferð þeirra upplýsinga. Ekki er ætlunin að gefa tæmandi upplýsingar eða heildarniðurstöður, en frekar lögð áhersla á að gefa innsýn í ákveðna þætti og reynt að draga fram hvernig þróun vinnulagsins hafði áhrif á þessar upplýsingar og upplýsingarnar á vinnulagið.

Tafla 1 sýnir heildartíðni já-svara við einstökum spurningum á fjölskylduverndarblaði á árabílinu '95 til '97. Í grófum dráttum má skipta spurningunum í tvennt. Annars vegar eru spurningar um staðreyndir og svörin þá skiljanlega svipuð frá ári til árs. Hins vegar eru spurningar sem fela í sér huglægt mat bæði spyrjandans og hinnar verðandi móður, þar sem niðurstaðan getur að nokkru oltið á því trausti og trúnaði sem ríkir í samtalinu. Hér er fyrst og fremst um að ræða spurningar um tilfinningalega líðan svo sem um mikinn kvíða, mikið álag eða svefnerfiðleika. Tíðni já-svara við þessum spurningum fer greinilega vaxandi samfara aukinni reynslu og þjálfun í að nálgast tilfinningalegan vanda (sjá kafla 2.3.).

Í Töflu 2 er yfirlit yfir tíðni já-svara af heilsufarsblaði frá árunum 1996 og 1997. Hér er um að ræða hefðbundnar heilsufarsupplýsingar sem eru mikilvægur grundvallarþáttur í upplýsingasöfnuninni. Mat á þeim endurspeglar þó í minna mæli breyttar vinnuaðferðir og niðurstöður svipaðar frá ári til árs. Þessar upplýsingar eru tölvuskráðar eftir fæðingu barns og heimtur á heilsufarsblöðum eru ekki alveg fullkomnar en þó á milli 80 og 90% bæði árin '96 og '97. Tíðni þeirra atriða sem skráð eru er mjög svipuð bæði árin og ætti að gefa nokkuð ábyggilegar upplýsingar um algengi heilsufarsvandamála sem þarna er leitað eftir. Það kann að vekja athygli að samkvæmt þessum upplýsingum neytti engin af þessum tæplaega 400 konum áfengis á meðgöngu. Ljóst er



að hér er um mjög viðkvæmt mál að ræða og upplýsingar um slíkt myndu trúlega í fæstum tilfellum koma fram. Að lækurinn spyrji um áfengisneyslu á meðgöngu svo og um reykingar og miðli fræðslu samtímis um skaðsemi hefur hins vegar án efa forvarngildi í sjálfu sér og því hefur verið talin ástæða til að láta spurningu sem þessa haldast.

Töflur 3 til 5 sýna A B C - flokkun, það er mat á umhyggju-, stuðnings- og meðferðarþörf á árunum '95 til '97. Öll þessi ár er verulegur mismunur á milli lækna með tilliti til þess hversu oft þeir meta þörf fyrir aukna umhyggju, stuðning eða meðferðarúrræði. Á árunum 1995 og 1996 urðu umræður í samstarfshópnum um þennan mikla mismun í kjölfar endurmats og *Áfangaskýrslu* (16). Í þessum umræðum tókst að skilgreina skýrar hvað lægi að baki matinu og þannig reynt að samræma matsaðferðirnar betur. Þessi sameiginlega umræða skilaði sér í því að allir lækur greina fleiri A og B mál en áður en innbyrðis mismunur milli lækna er eftir sem áður mikill. Hér kemur það skýrt fram að öll erum við mismunandi einstaklingar og starfsaðferðir okkar og hugmyndir móta niðurstöðuna. Það ber þannig að líta á A B C - flokkunina fyrst og fremst sem nauðsynlegt vinnutæki sem hjálpar okkur við að koma til móts við mismunandi þarfir en ekki sem staðlað mælitæki né sjúkdómsgreiningar.

Tafla I

## Fjölskylduvernd - Samantekt

Spurningar:	1995		1996		1997		ALLS	
	Já	%	Já	%	Já	%	Já	%
<b>Félagslegar aðstæður:</b>								
1. Býr hjá foreldrum/tengdaforeldrum.	23	9,7	22	11,2	32	12,5	77	11,2
2. Fyrri sambúðir.	62	26,2	37	18,8	61	23,9	160	23,2
3. Lítil tengsl við barnsföður.	17	7,2	6	3,0	13	5,1	36	5,2
4. Ónógur stuðningur frá umhverfi.	12	5,1	9	4,6	12	4,7	33	4,8
5. Börn úr fyrri sambúð/stjúpbörn.	67	28,3	44	22,3	57	22,4	168	24,4
6. Aldraður/sjúkur ættingi í umsjá fjölskyldunnar.	6	2,5	6	3,0	7	2,7	19	2,8
7. Áhyggjur vegna fjárhags/húsnæðis/atvinnumála.	32	13,5	24	12,2	34	13,3	90	13,1
8. Alvarleg veikindi hjá maka/börnum.	12	5,1	9	4,6	15	5,9	36	5,2
9. Áfengisvandi á heimili.	8	3,4	8	4,1	12	4,7	28	4,1
<b>Tilfinningaleg líðan:</b>								
10. Erfiðleikar með svefn.	25	10,5	24	12,2	41	16,1	90	13,1
11. Finnur fyrir miklum kvíða.	26	11,0	18	9,1	44	17,3	88	12,8
12. Erfið reynsla af fyrri fæðingum.	44	18,6	41	20,8	52	20,4	137	19,9
13. Ósátt við þessa meðgöngu.	6	2,5	9	4,6	11	4,3	26	3,8
14. Byrgir áhyggjur/tilfinningar inni.	20	8,4	18	9,1	35	13,7	73	10,6
15. Finnur fyrir miklu álagi.	32	13,5	33	16,8	54	21,2	119	17,3
<b>Bakgrunnur/bernska:</b>								
16. Alin upp hjá öðru foreldri eða hvorugu.	34	14,3	37	18,8	42	16,5	113	16,4
17. Tíð bústaðaskipti (Hve oft?).	30	12,7	17	8,6	28	11,0	75	10,9
18. Áfall í uppvexti (Ástvinamissir? Skilnaður? Slys?).	50	21,1	53	26,9	60	23,5	163	23,7
19. Sjúkrahúslega í bernsku. Hvenær?	45	19,0	38	19,3	61	23,9	144	20,9
20. Erfiðleikar foreldra (Veikindi? Áfengi? Fjármál?).	65	27,4	68	34,5	79	31,0	212	30,8
21. Grunnskóla ólokið.	5	2,1	5	2,5	2	0,8	12	1,7
22. Aðrir erfiðleikar á uppvaxtarárum (Hverjir?).	29	12,2	21	10,7	29	11,4	79	11,5
<b>Fjöldi viðtala:</b>	<b>237</b>		<b>197</b>		<b>255</b>		<b>689</b>	

Tafla 2

**Heilsufarsupplýsingar - Samantekt**

Spurningar:	1996		1997		ALLS	
	Já	%	Já	%	Já	%
Frumbyrja	56	32,2	86	40,8	142	36,9
<b>Heilsusaga:</b>						
1. Almennu heilsufari er ábótavant.	19	10,9	22	10,4	41	10,6
2. Saga um fyrri sjúkdóma (sjá mæðraskrá).	31	17,8	35	16,6	66	17,1
3. Saga um kvensjúkdóma. Hverja?	25	14,4	32	15,2	57	14,8
4. Saga um flogaveiki.	1	0,6	0	0,0	1	0,3
5. Saga um geðræn/tilfinningaleg vandamál.	17	9,8	18	8,5	35	9,1
6. Neytir áfengis á meðgöngu.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7. Reykir.	22	12,6	41	19,4	63	16,4
8. Langvinn lyfjameðferð.	9	5,2	11	5,2	20	5,2
9. Áhættualdur/margar fæðingar.	27	15,5	20	9,5	47	12,2
10. Afbrigði í fyrri fæðingum/fósturlát (mæðraskrá).	63	36,2	72	34,1	135	35,1
11. Ófrjósemisvandamál í sögu.	16	9,2	20	9,5	36	9,4
12. Ofnæmisstuðull > 2 (örugg atopi).	32	18,4	38	18,0	70	18,2
13. Ættarsaga um sykursýki/háþrýsting/blóðstorkugalla, arfgenga galla eða fleirbura.	49	28,2	70	33,2	119	30,9
<b>Fjöldi viðtala:</b>	<b>174</b>		<b>211</b>		<b>385</b>	

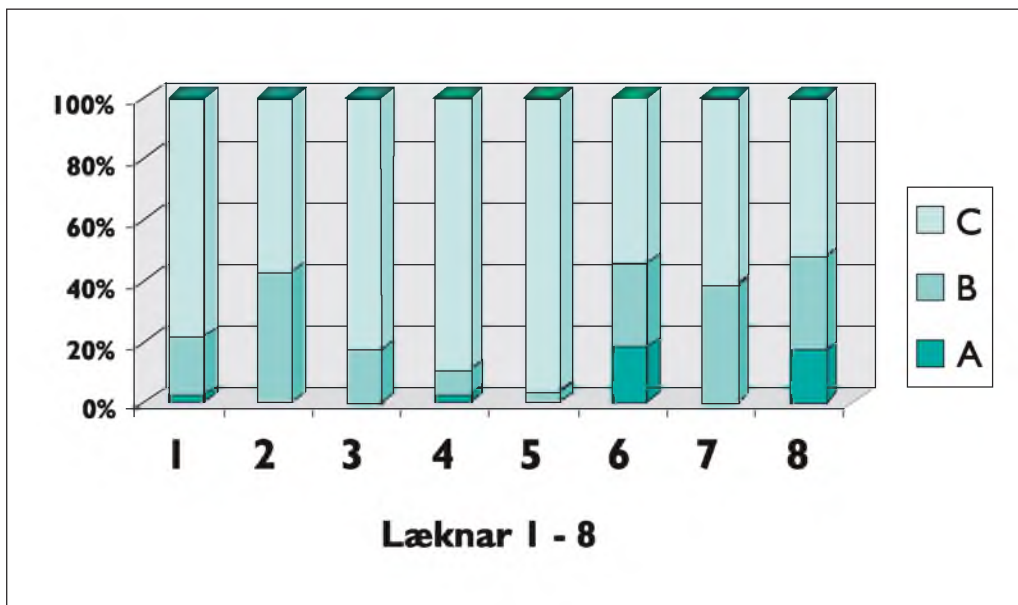
**Tafla 3**

**ABC-flokkun heimilislækna**

**Árið 1995**

Læknir	A	B	C	Samtals	A&B %
Læknir 1	1	8	33	42	21,4%
Læknir 2	0	12	16	28	42,9%
Læknir 3	0	3	14	17	17,6%
Læknir 4	1	3	33	37	10,8%
Læknir 5	1	0	25	26	3,8%
Læknir 6	6	9	18	33	45,5%
Læknir 7	0	12	19	31	38,7%
Læknir 8	4	7	12	23	47,8%
Samtals	13	54	170	237	
%	5,5	22,8	71,7	100	

Áhættumál (A + B) = 28%



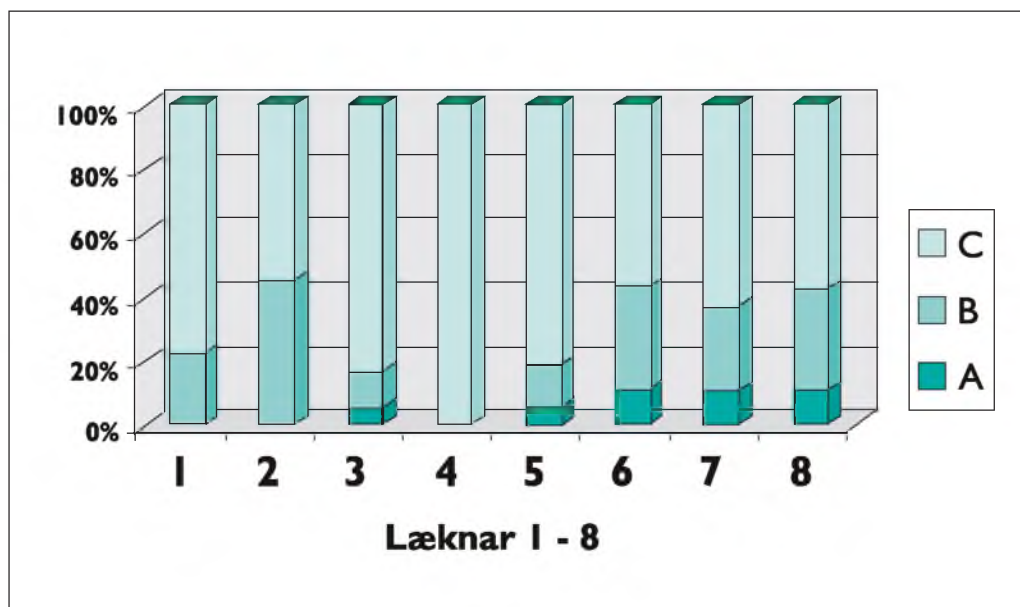
Tafla 4

## ABC-flokkun heimilislækna

Árið 1996

Læknir	A	B	C	Samtals	A&B %
Læknir 1	0	8	28	36	22,2%
Læknir 2	0	9	11	20	45,0%
Læknir 3	1	2	15	18	16,7%
Læknir 4	0	0	32	32	0,0%
Læknir 5	1	2	13	16	18,8%
Læknir 6	4	12	21	37	43,2%
Læknir 7	2	5	12	19	36,8%
Læknir 8	2	6	11	19	14,8%
Samtals	10	44	143	197	
%	5,1	22,3	72,6	100	

Áhættumál (A + B) = 27%



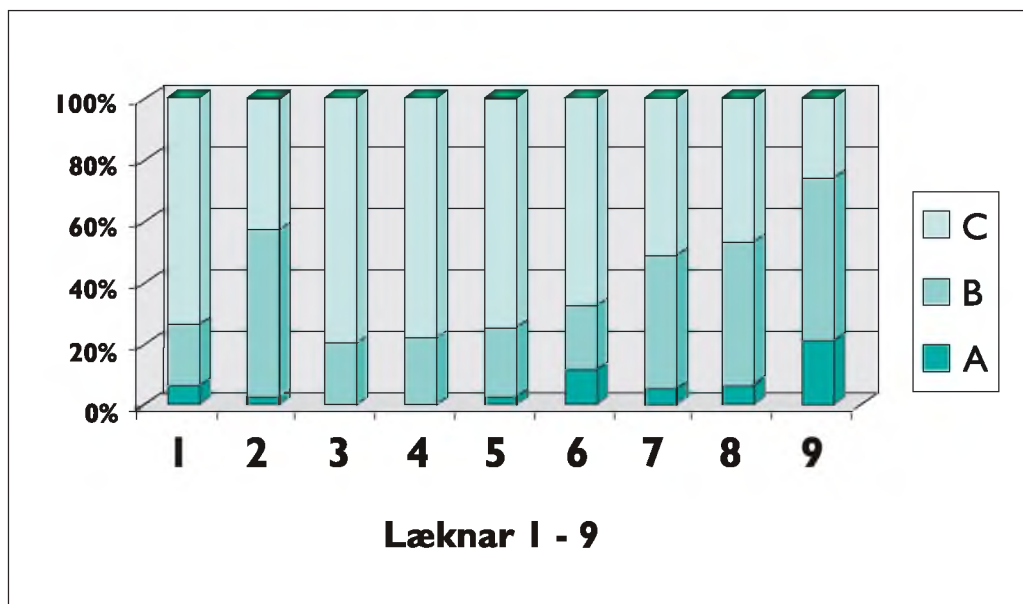
Tafla 5

## ABC-flokkun heimilislækna

Árið 1997

Læknir	A	B	C	Samtals	A&B %
Læknir 1	2	7	25	34	26,5%
Læknir 2	1	18	14	33	57,6%
Læknir 3	0	4	16	20	20,0%
Læknir 4	0	3	11	14	21,4%
Læknir 5	1	7	24	32	25,0%
Læknir 6	4	7	23	34	32,4%
Læknir 7	2	17	20	39	48,7%
Læknir 8	2	14	14	30	53,3%
Læknir 9	4	10	5	19	73,7%
Samtals	16	87	152	255	
%	6,3	34,1	59,6	100	

Áhættumál (A + B) = 40%



## Könnun

Læknar: 8 Hjúkrunarfræðingar: 6 Ljósmeður: 3

	Alveg sammála	Nokkuð sammála	Veit ekki/hlutlaus	Frekar ósammála	Alveg ósammála
1) Mikilvægur ávinningur af viðtali heimilislæknis og verðandi móður er meiri þekking á högum og sálfélagsgögnum þörfum skjólstæðinga.	14	3	0	0	0
2) Mikilvægur ávinningur af viðtali heimilislæknis og verðandi móður er aukinn trúnaður og bætt tengsl.	12	5	0	0	0
3) Fræðsla í tengslum við Nýja barnið hefur aukið hæfni mína til að greina/skilja vanda skjólstæðinga.	8	7	1	0	1
4) Handleiðsla í tengslum við Nýja barnið hefur aukið hæfni mína í samskiptum við skjólstæðinga.	7	6	1	1	2
5) Þátttaka í samráðsfundum (fimmtudagshádegi) hefur:					
a. Aukið hæfni mína til að greina/skilja vanda skjólstæðinga.	8	5	1	2	1
b. Aukið hæfni mína í samskiptum.	5	7	2	2	1
6) Samráðið hefur gert þjónustu mæðra- og ungbarnaverndar heilsteypari og betri.	12	3	2	0	0
7) Mikilvægur ávinningur Nýja barnsins er:					
a. Breytt starfsskipulag.	7	5	4	1	0
b. Aukin hæfni og breytt viðhorf starfsmanna.	10	5	2	0	0
c. Ný meðferðarúrræði.	7	7	3	0	0
8) Ég finn mótstöðu hjá sjálfum/sjálfri mér við þátttöku í verkefninu vegna:					
a. Það eykur vinnuálag hjá mér.	2	3	2	5	5
b. Ég upplifi vanmat/skilningsskort stjórnenda HAK/yfirvalda.	1	4	2	5	4
c. Ég efast um að það skili árangri.	0	1	2	4	10
d. Mér finnst erfitt að spyrja um eða ræða tilfinningalegan vanda.	0	2	2	3	10
e. Ég óttast trúnaðarþrest.	1	3	1	3	9
9) Nýja barnið hefur gjörbreytt heilsuverndarstarfi á HAK.	6	8	2	0	1



## 4. Kafli

### Mat á verkefninu



*Mikið geta ljós heimsins*

*fæðst lítil*

*verið þó ljós heimsins um leið.*

*Nína Björk Árnadóttir*

Hér á eftir verður greint frá mati á verkefninu út frá mismunandi sjónarhornum. Hvað varðar frekari rannsóknir er þegar hafin samvinna við Heilbrigðisdeild Háskólans á Akureyri þar sem ætlunin er að skoða nánar mælanlegan árangur.

#### 4.1. Könnun meðal starfsmanna

Könnun meðal starfsmanna var lögð fyrir í byrjun árs '98 eftir formleg verkefnislok.

Hafa verður í huga að mismunandi niðurstöður bæði milli faghópa og innan faghópa endurspeгла að einhverju leyti mismunandi hlutverk og virkni þátttakenda í verkefninu (sjá 1.4. um hlutverk þátttakenda og innra samstarf).

Þannig hefur handleiðsla verið meiri og með öðrum hætti fyrir ljósmæður og hjúkrunarfræðinga en fyrir lækna og í ríkara mæli skil að sér í upplifun á aukinni hæfni. Þeir starfsmenn sem taka mestan þátt í samráðsfundum meta jákvæð áhrif þeirra á eigin hæfni eðlilega meiri en aðrir.

Meginniðurstöður eru þær að nær allir telja að þátttaka í verkefninu hafi aukið eigin hæfni og breytt viðhorfum og um leið gjörbreytt heilsuverndarstarfi á HAK.

Án undantekninga eru allir sammála um að þessar nýju starfsaðferðir skili mikilvægum ávinningi bæði með aukinni þekkingu á högum og sálfélagslegum þörfum verðandi foreldra og með auknum trúnaði og bættum tengslum þeirra við heimilislækninn.

#### 4.2. Neytendakannanir

Til að reyna að kanna að nokkru ánægju eða óánægju mæðra með þá nýbreytni í heilsuverndarstarfi sem þróunarverkið Nýja barnið hefur í för með sér hafa tvívegis verið gerðar neytendakannanir. Báðar beindust kannanirnar að upplifun kvennanna á viðtalinu við heimilislækninn snemma á meðgöngu. Þetta viðtal er sú nýbreytni sem konurnar verða hvað mest varar við og fá reynslu af. Í viðtölunum koma glöggt í ljós þær nýju áherslur og viðhorfsbreytingar sem verkefnið snýst um. Þótt spurningar í könnuninni snúi þannig eingöngu að viðtalinu má álykta að niðurstöðurnar endurspegli að nokkru viðhorf kvennanna til þessara breyttu vinnuaðferða og hugmyndafræðinnar í heild. Niðurstöður þessara neytendakannana eru hins vegar ekki neinn heildardómur um ánægju með breyttar vinnuaðferðir eða árangur.

Kannanirnar voru lagðar fyrir mæður þegar þær komu með börn sín í ungbarnavernd á fyrsta ári. Annars vegar voru spurðar konur sem höfðu verið í viðtali í mæðravernd 1995 og hins vegar 1997.

Í könnununum fengust svör frá u.þ.b. 80% af þeim konum sem höfðu farið í viðtöl á báðum þessum árum. Tilgangurinn með að endurtaka könnunina með tveggja ára millibili var fyrst og fremst að reyna að sjá hvort nýjar áherslur og viðleitni til að bæta framkvæmdina hefði skilað sér í aukinni ánægju. Þegar borin eru saman svör þessara tveggja hópa kemur fram að þau svör sem endurspeglu fyrst og fremst almennt viðhorf eru að heita má nákvæmlega eins en hins vegar hefur orðið

nokkur breyting í þá átt að ánægja sé meiri þar sem um er að ræða atriði sem varða framkvæmd viðtalsins svo sem hvort tími hafi verið nægur, hvort konunum hafi gefist færi á að útskýra nægilega vel umfjöllunarefnið og ræða það sem þeim lá mest á hjarta. Ennfremur hefur kynning á þjónustutilboðum tekist betur árið 1997.

### Helstu ályktanir

- ◆ Konurnar eru almennt ánægðar samkvæmt heildarniðurstöðum.
- ◆ Vel yfir 90% telja tímann sem varið var í viðtalið hafa verið nægjanlega langan.
- ◆ Meira en 80% kvennanna telja viðtalið hafa fjallað um mikilvæg efni fyrir verðandi mæður.
- ◆ 12-15% kvennanna taka að einhverju leyti undir að um sé að ræða óþarfa forvitni um einkalíf.
- ◆ U.þ.b. þriðjungur telur viðtalið hafa auðveldað umræður um viðkvæm mál við starfsfólk í mæðra- og ungbarna-vernd.
- ◆ U.þ.b. helmingur telur viðtalið hafa bætt samband sitt við heimilislækninn.
- ◆ 50-60% telja sig þekkja betur þjónustutilboð á HAK eftir viðtalið.

### Bætt úrræði:

- ◆ Stórbæta aðbúnað og fjölga valkostum í fæðingunni.
- ◆ Sama ljósmóðir fylgi konunum allt fæðingarferlið.
- ◆ Samfelld þjónusta verði aukin og eflð við barnshafandi og fæðandi konur og nýbakaða foreldra.
- ◆ Aukin umhyggja og stuðningur við tilfinningalegar þarfir.
- ◆ Samfella verði í langtíma tilfinninga-stuðningi og tilfinningaúrvinnslu.

Í samræðum við fagfólk og ljósmæður á fæðingadeild og í mæðravernd hefur ótvírætt komið fram að hópmeðferðin skilar jákvæðum árangri. Upplýsingum hefur verið miðlað áfram um líðan og óskir kvennanna, bæði á formlegan og óformlegan hátt og alltaf í fullu samráði við þær sjálfar. Þá hefur einnig verið reynt að vinna með konurnar á einstaklingsgrundvelli ef þær hafa óskað þess og hefur sú meðferðarvinna aðallega átt sér stað hjá fjölskylduráðgjafa, Önnu Karólínu Stefánsdóttur. Hún hefur jafnframt miðlað til ljósmæðra í mæðravernd, lækna og til fæðingadeildar þeim upplýsingum og tillögum til úrbóta fyrir næstu fæðingu sem konurnar hafa kosið og óskað eftir að rætt yrði um. Í sumum tilvikum hefur verið komið á fundum fyrir þær með ljósmóður og fæðingarlækni til þess að undirbúa þær enn betur.

### 4.3. Mat á hópmeðferð

#### Dr. Björg Bjarnadóttir forstöðusálfræðingur

Mat kvennanna á hópmeðferðinni bendir til að hún hafi verið þeim til raunverulegs gagns. Samkvæmt nafnlausri könnun sem lögð var fyrir í lok hópavinnunnar þar sem spurt var um gagnsemi hennar höfðu allar konurnar talið þá fræðslu, úrvinnslu og þann stuðning sem boðinn var mjög gagnlegan eða gagnlegan fyrir sig og fyrirbyggjandi varðandi kvíða og góðan undirbúning fyrir væntanlega fæðingu. Könnunin beindist að þeim fjórum meginþrepum sem meðferðarferlið skiptist í (sjá kafla 3.2.2, könnunarblað bls. 50). Konurnar komu fram með ýmsar hugmyndir varðandi bæði mæðravernd og fæðingarhjálp. Í stuttu máli eru þessar helstar:

#### Til framtíðar

Vitað er að alvarlegt rask á tilfinningalífi manneskju getur haft miklar afleiðingar, bæði fyrir aðlögunarhæfni hennar og heilsu, svo og hæfni hennar til þess að vera í nánnum tengslum við sjálfa sig og aðra. Erfið fæðingarreynsla veldur oft slíku raski á tilfinningalífi (2, 9, 10, 20, 34, 36).

Það er því sjálfsagður réttur fæðandi kvenna að þeim sé tryggður sá faglegi stuðningur sem nauðsynlegur er til að þær nái að vinna úr erfiðri reynslu af fæðingu og byggja upp góð tengsl við nýja barnið.

Nauðsyn samfelldrar þjónustu mæðraverndar, fæðingadeilda og ungbarna-verndar

er það sem konurnar leggja mikla áherslu á. Það er mjög mikilvægt að mæta þörfum kvenna með erfiða fæðingarreynslu strax í mæðravernd með einstaklingsstuðningi eða hópstuðningi. Fæðingadeildir þyrftu einnig að hafa mannafla og tíma til að veita konum slíkan stuðning fyrir fæðingu, á meðan á dvöl stendur og við útskrift. Samfella þarf einnig að vera við þá þjónustu sem ungbarnavernd veitir síðan.

Það er ljóst af hópavinnunni að saman skila fræðsla og persónuleg ráðgjöf árangri. Þá þarf einnig að vera hægt að kalla til fagmenn sem geta sinnt viðeigandi meðferð þegar og þar sem hún á við. Koma þarf á sérhæfðum tey- um í tengslum við fæðingadeildir sem tækju við erfiðustu úrlausnarmálunum. Leggja þarf kapp á að þjálfa fagfólk innan heilbrigðisstét- anna, sem vinnur að mæðravernd, fæðingar- hjálp og ungbarnavernd. Kenna þarf virka hlustun og auka stórlega handleiðslu til þessa fagfólks.

#### 4.4. Mat faghópa við verkefnislok

Verkefnisstjórar sendu mæðravernd, ungbarnavernd og heimilislæknum eftirfarandi spurningar fyrir lokamat og óskuðu eftir að yfirmenn faghópa stjórnunni umræðum og tækju saman skriflegar niðurstöður.

##### Mat faghópa

- ☞ **Hvað er gott að mati deildarinnar í þróunarferli Nýja barnsins?**
- ☞ **Hvað hefur borið mestan árangur? (Fræðsla/handleiðsla/samráð/upplýsingasöfnun/kynningar).**
- ☞ **Hvað má/mátti vera betra? (Skipulag/framkvæmd).**
- ☞ **Hvað er/var erfiðast? (Álag/tilfinningar).**
- ☞ **Hvaða úrræði vantar eða þarf að efla?**
- ☞ **Hvernig hefur deildinni/faghópnum gengið að takast á við álag/mótstöðu sem hefur fylgt þessari þróun?**
- ☞ **Annað?**

#### 4.4.1. Mat ljósmæðra í mæðravernd Sigfríður Inga Karlsdóttir yfirljósmóðir

☞ Það er álit okkar ljósmæðra í mæðravernd að verkefnið Nýja barnið hafi breytt mjög miklu varðandi vinnulag á HAK. Aukin áhersla á tilfinningalega og félagslega þætti hafa gert okkur meðvitaðri um mikilvægi stuðnings við þá verðandi foreldra sem þurfa aukna þjónustu í mæðravernd.

Verkefnið hefur stuðlað að því að veita verðandi foreldrum einstaklingshæfða þjónustu, þar sem reynt er að koma til móts við mismunandi þarfir og óskir fólksins og stuðla þannig að auknu heilbrigði, á mun víðari grundvelli heldur en venja hefur verið.

☞ Mjög erfitt er að draga eitthvað eitt út úr sem hefur borið mestan árangur heldur hefur allt ferlið stuðlað að góðum árangri. Fræðslan og handleiðslan hefur aukið færni okkar í starfi og gert okkur kleift að þróa starfsaðferðir og beina þeim til betri vegar.

Verkefnið hefur aukið samvinnu milli faghópa og þannig stuðlað að markvissari þjónustu til handa skjólstæðingum okkar. Með verkefninu hefur þeim úrræðum sem hægt er að bjóða upp á einnig fjölgað og það teljum við hafa skilað miklum árangri.

☞ Hvað varðar viðtölin sem heimilislæknar taka við konur í mæðraverndinni þá teljum við að skipuleg viðtöl síðar á meðgöngunni væru mjög gagnleg, sérstaklega fyrir konur sem þurfa á aukinni þjónustu að halda á meðan á meðgöngunni stendur og væri skref fram á við í því að þróa Nýja barnið enn meir. Einnig teljum við að gott væri ef matið væri oftast sameiginlegt mat ljósmóður og heimilislæknis en ekki eins og nú er að það sé annað hvort.

☞ Tímaleysið var eitt það erfiðasta í framkvæmd verkefnisins því það jók álagið mjög mikið. Að vita af verðandi foreldrum sem við gætum sinnt mun betur ef við fengjum meiri tíma er eitt af því sem ekki er nógu gott í núverandi aðstæðum.

☞ Það sem aðallega hefur vantað í sambandi við Nýja barnið er meiri tími til þess að sinna skjólstæðingum okkar. Algengasta

úrræðið sem boðið er upp á er aukinn stuðningur frá ljósmóður eða lækni og því brýnt að hægt sé að fylgja þessu úrræði betur eftir.

Einnig teljum við nauðsynlegt að allir heimilislæknar taki þátt í verkefninu. Verðandi foreldrar hafa tekið verkefninu fagnandi og fram hefur komið í niðurstöðum könnunar sem gerð var, að fólki líkar þessar starfsaðferðir vel. Við höfum fengið athugasemdir frá verðandi foreldrum sem ekki hafa fengið viðtal við heimilislækni og detta því út úr þjónustuferlinu sem fylgir Nýja barninu.

- ☞ Eitt helsta úrræði sem þarf að efla hvað varðar okkur ljósmæðurnar og stuðning okkar við skjólstæðingana er að við þurfum meiri tíma fyrir hverja heimsókn. Haustið 1998 jukum við tíma fyrir hverja komu en hefðum þurft að auka hann enn meir.

Mjög brýnt er að efla fjölskylduráðgjöf þannig að biðlisti myndist ekki og fólk geti komist að sem allra fyrst eftir að það ákveður að nýta sér þjónustu fjölskylduráðgjafa. Einnig væri þá hægt að bjóða fólki að koma oftár í viðtöl en nú er og efla hópmeðferðarúrræði.

Meðal þeirra úrræða sem þyrfti að auka til muna er námskeiðahald í tengslum við meðgönguna. Sem dæmi um þetta væru námskeið um bætt samskipti, námskeið um mataræði á meðgöngu, mæðraleikfimi, námskeið fyrir verðandi feður og námskeið fyrir konur sem hafa upplifað brjóstagjöf eldra barns erfiða og jóganámskeið fyrir verðandi mæður.

Hópmeðferð fyrir konur á meðgöngu sem hafa upplifað slæma fæðingar-reynslu hefur verið beitt á HAK í nokkur ár í umsjón fjölskylduráðgjafarinnar og hefur skilað miklum árangri að okkar mati og stuðlað að auknu heilbrigði og ekki er vafi að annað hópastarf myndi gera það einnig.

- ☞ Að vinna að erfiðum málum skapar alltaf álag en starfsfólkið fær meira til baka og þannig er álagið vel þess virði hvað starfs-ánægjuna varðar.



#### 4.4.2. Mat heimilislækna

##### Pétur Pétursson yfirlæknir

Heimilislæknar á HAK hafa á allmörgum fundum sínum rætt og reynt að leggja mat á þróunarverkefnið Nýja barnið. Í afar stuttu máli eru niðurstöður þessar.

- ☞ Eitt hið jákvæðasta í þróunarferli verkefnisins eru hin þverfaglegu áhrif sem það hefur haft. Það hefur skapað grundvöll til skoðanaskipta, gagnkvæms skilnings og uppbyggilegrar samvinnu einstaklinga úr mismunandi starfsstéttum.
- ☞ Þær aðferðir sem árangursríkastar hafa verið til að nálgast markmið verkefnisins og bæta heilsuverndina á HAK hafa verið upplýsingasöfnunin í mæðravernd og samráð fagfólks. Læknar fagna þeim tækifærum sem gefist hafa til uppbyggilegra tjáskipta sem aukið hafa skilning og bætt tengsl.
- ☞ Æskilegt hefði verið að geta haft fleiri sérhæfð úrræði að grípa til í áhættutilvikum, svo sem meiri möguleika til samtalsmeðferðar. Kynning til annarra heilsugæslustöðva hefði mátt vera öflugri þótt verkefninu væri ekki lokið, því ávinningur virtist strax nokkuð ljós.
- ☞ Sumum læknum hafa þótt hinir fjölmörgu samráðs- og vinnufundir þreytandi. Þau sjónarmið komu fram að nokkur ókostur væri að læknar hittu samlagskonur sínar

sjaldnar í mæðravernd þar sem löngum tíma er eytt í upphafsviðtal. Þá þykja læknum samráðsfundir fjölmennir og taka sumir það nærri sér að þurfa að deila viðkvæmum upplýsingum með öðrum til að samráðið geti orðið einhvers virði.

- ☞ Flestir læknar telja þörf fyrir fleiri fagmenntaða starfsmenn innan HAK með reynslu og sérþjálfun í sálalækningum og hópameðferð. Verulega þýðingarmikið er að þessir starfsmenn gangi inn í teymisvinnunna undir merkjum þeirrar hugmyndafræði er hér ríkir.
- ☞ Læknum hefur gengið afar vel og með léttu geði að takast á við allt álag og mótstöðu gegn þróuninni innan hósins að því undanskildu að einn heimilislæknir hefur ekki tileinkað sér þetta vinnulag.

#### 4.4.3. Mat hjúkrunarfræðinga í ungbarnavernd

##### Guðfinna Nývarðsdóttir deildarstýra

- ☞ Nýja barnið veitir mjög góða möguleika á að greina og mæta félagslegum og sálrænum áhættuþáttum hjá skjólstæðingum okkar. Verkefnið hefur aukið þverfaglegt samstarf á HAK og í framhaldi af því höfum við starfsfólkið öðlast smátt og smátt heildrænni sýn á skjólstæðinga okkar, aðstæður þeirra, bakgrunn, líðan og vandamál.
- ☞ Samráðsfundir, handleiðsla, fræðsla, -þessi atriði tengjast öll mikið hvert öðru og hafa borið árangur til bættrar þjónustu. Þau eru í raun nauðsynlegt ferli til að mögulegt sé að veita þá þjónustu sem við stefnum að í verkefninu. Upplýsingasöfnun tengist beint inn á samráðið og er órjúfanlegur þáttur í því. Það er mikill styrkur fyrir starfsmenn að fá tilfinningu fyrir félagslegum og tilfinningalegum erfiðleikum skjólstæðinga sinna strax í upphafi og möguleikar okkar á að veita góða þjónustu aukast.
- ☞ Æskilegt hefði verið að geta boðið ennþá markvissara samstarf innan heilsugæslustöðvarinnar og við aðila utan HAK sem tengjast verkefninu s.s. fæðinga- og barnadeild FSA og fleiri.



- ☞ Erfiðast var að setja sjálfa sig í stellingar fyrir nýjan þankagang, þessa heildrænu sýn sem skyggist líka undir ystu skelina. Álagið og vinnan varð eðlilega meiri en ella vegna breytinga á vinnutilhögun og aukinnar umhyggju í starfi.
- ☞ Helstu úrræði sem þarf að efla eru annars vegar tengsl ungbarnaverndar við fæðinga- og barnadeild FSA í formi upplýsingamiðlunar á báða bóga. Hins vegar vantar líka sárlega úrræði fyrir félagslega illa settar fjölskyldur, ungar óþroskaðar mæður, þroskahefta foreldra og fleiri sem standa höllum fæti í samfélaginu.
- ☞ Við erum stöðugt að læra, bæta og færa til betri vegar. Verkefnin eru óþrjótandi og það eru miklir möguleikar í forvörnum á sviði tilfinningalegra og félagslegra erfiðleika og vandamála. Enn er mikill skortur á sértækum úrræðum. Stöðugur skortur er á tíma (vinnuafli) vegna fjárskorts.

#### 4.4.4. Mat samstarfsaðila

Í kjölfar kynningar okkar á Nýja barninu á málþingi Landssamtaka heilsugæslustöðva í Reykjavík í nóvember '97 var haldið stórt málþing á heimaslóðum á vordögum '98 þar sem verkefnið og hugmyndafræðin voru enn kynnt og leitað eftir mati samstarfsaðila og viðhorfum stjórnvalda til þessa framlags okkar til fjölskylduheilbrigðis. Til þessa

málþings var boðið þátttakendum þróunarverkefnisins á HAK, samstarfsaðilum á fæðingadeild, barnadeild og geðdeild FSA og Ráðgjafardeild Akureyrarbæjar (Fjölskyldudeild), ennfremur stjórnnum þessara stofnana, þáverandi og verðandi bæjarfulltrúum Akureyrar og fulltrúum frá heilbrigðisdeild Háskólans á Akureyri. Þátttaka frá öllum þessum aðilum var góð.

Eftir kynningu á verkefninu í heild og þeim árangri, sem það hefur skilað á mismunandi vettvangi (mæðravernd, hópmeðferð, fæðingadeild og ungbarnavernd) var þátttakendum skipt í tvenns konar hópa. Annars vegar faghópa þar sem samstarfsaðilar skiptust eftir vinnustöðum og hins vegar samræðuhópa milli starfsfólks heilsugæslunnar og bæjarfulltrúa.

Viðbrögð samstarfsaðila og stjórnenda voru í heild mjög jákvæð varðandi gildi verkefnisins, sem þótti gefa mikla möguleika og efla heildræn sjónarmið. Ljóst þótti að ekki yrði aftur snúið í gamla farið eins og meðal annars kom fram í mati Ráðgjafardeildar Akureyrarbæjar. Lögð var áhersla á mikilvægi samráðs og samræðu milli stofnana. Sér í lagi kom fram að fæðingadeild hefði þegar nýtt og vildi nýta betur þekkingu og reynslu Nýja barnsins. Bent var á nauðsyn þess að skoða hvernig barn er statt, ekki bara foreldrar, og bent var á þörf á að taka feðurna eða jafnvel fjölskylduna alla meira með inn í myndina. **Mikilvægt var talið að vera opin fyrir nýjum viðhorfum og byggja upp traust í samstarfi milli stofnana.**

Í samræðuhópum starfsfólks HAK, bæjarfulltrúa og frambjóðenda komu fram þau sjónarmið að efla bæri fjölskylduráðgjöf í heilsugæslu, meðal annars til að unnt sé að fylgja hugmyndum verkefnisins eftir inn í skólaheilsugæslu. Nálægðin við fjölskylduráðgjöfina væri heilsugæslufólki og skjólstaðingum þeirra mikils virði.

Í hópunum kom fram sannfæring um **mikilvægi rannsókna** til að staðfesta betur gagnsemi verkefnisins og rökstyðja þannig þörfina á auknu fjármagni til slíkrar þjónustu. Í þessari umræðu um rannsóknir kom þó skýrt fram að ekki mætti vanmeta reynslu og mat starfsmanna og jákvæð viðbrögð neytenda.

#### 4.4.5. Mat verkefnisstjóra

*Drifkrafturinn í þróunarferli felst í sameiginlegri hugsjón samhliða trausti innan starfshópsins og samstöðu um forystu.*

Að mati verkefnisstjóra voru grundvallarforsendur vaxtar fyrir hendi í starfsumhverfi HAK ekki síst vegna þess að við höfðum áður náð að glæða vaxtarandann með auknu samráði, fræðslu og handleiðslu (sjá 1.2.).

Okkur hefur þótt ánægjulegt og gefandi að fá að vinna að markmiðum sem við höfum trú á og að hafa í verkefnisferlinu stöðugt fengið staðfestingu á mikilvægi þessa starfs og hvatningu til áframhaldandi þróunar. Þessi jákvæðu viðbrögð hafa komið úr ýmsum áttum, frá notendum þjónustunnar, samstarfsfólki, fagfólki og ráðamönnum innan lands og utan.

Það sem við teljum að hafi borið hvað mestan árangur í þessu þróunarstarfi er samráð og samþætting mismunandi reynslu og þekkingar ólíkra faghópa samhliða sameiginlegri fræðslu og handleiðslu. Í samráðinu náðum við að nýta þessa þætti með markvissari og heildstæðari vinnubrögðum en áður og þróa nýtt vinnulag (sjá 3.1.6.). Mikilvægur árangur samráðsins er einnig að þar náum við að nýta hópinn til að vaxa eilítið saman, losa um álag og fá hvert og eitt nýjar víddir og ný sjónarhorn á það sem við erum að gera. Þetta vaxtarferli hefur aukið traust og virðingu innan starfshópsins og eflt sjálfsstyrk hvers og eins (sjá 4.1.).

#### Fimm þrep til aukins sjálfsstyrks:

1. Sjálfsskoðun.
2. Sjálfsþekking.
3. Sjálfsvirðing.
4. Sjálfsábyrgð.
5. Samskiptahæfni.

Sjálfsþekking og virðing fyrir því að öll erum við mismunandi í styrkleika og veikleika hafa aukið samskiptahæfni okkar og þar með gert okkur að hæfara heilbrigðisstarfsfólki (sjá 2.3.). Þessi aukni sjálfsstyrkur og traust innan starfshópsins opnaði okkur meðal annars möguleika á að skoða, ræða og virða mismunandi forsendur, aðferðir og mat í nálgun og flokkun áhættumála. Við teljum að slíkur mismunur á því hvað við sjáum og hvað við skráum sé jafnan til staðar þótt oftast en ekki sé horft fram hjá honum. Við lítum á það sem nauðsynlegan þátt í þróunarferlinu að innra starfið rúmi slíka sjálfsskoðun þar sem hún er forsenda þess að geta gert betur.

**Breytingarferli sem byrjar með auknum sjálfsstyrk og breyttum viðhorfum og áherslum faghópsins hefur áhrif á upplifun og úrvinnslumöguleika notenda þjónustunnar og leiðir síðan til breyttrar ímyndar heilsugæslunnar.**

Við teljum okkur merkja að Nýja barnið hafi þegar breytt ímynd HAK meðal íbúanna á svæðinu. Við sjáum hvernig aukinn skilningur og virðing fyrir tilfinningalegum þörfum og vitneskjan um ný úrræði og úrvinnslumöguleika breiðist út smám saman og auðvelda skjólstaðingum að leita aðstoðar með tilfinningalegan vanda.

Opin umræða um tilfinningalega líðan hinnar verðandi móður eða foreldra í viðtali heimilislæknis og ljósmóður og upplýsingar um úrvinnsluleiðir verða oft til þess að móðir eða foreldrar saman leita frekari aðstoðar í fjölskylduráðgjöf síðar, þegar hún eða þau eru tilbúin til þess.

Í ungbarnaverndinni er athyglinni í vaxandi mæli beint að hinni afdrifaríku tengslamyndun móður og barns (sjá 2.2.). Nýja barnið hefur ótvírætt auðveldað nýorðnum mæðrum að leita til heilsugæslunnar með tilfinningalegan vanda, svo sem kvíða og depurð (sjá 4.2.). Að mati verkefnisstjóra erum við þar komin að kjarna málsins. **Aukin meðvitund starfsfólks og innlifunarhæfni (empathy), markvissari aðferðir og árangursríkari**

**stuðningur við foreldra skila sér í aukinni foreldrahæfni og er þannig fyrsta stigs forvörn til að stuðla að framtíðarheilbrigði barna (sjá kafla 5.).**

Mikil vinna var lögð í *Áfangaskýrslu* sem kom út í ársbyrjun 1995 (16). Þar voru dregnar fram skýrar niðurstöður og úrbótatillögur bæði um breytingar á innra starfi og aukinn mannafla í fjölskylduráðgjöf og mæðravernd. Þessi endurskoðun nýttist okkur afar vel hvað varðar innra starfið, en enginn aukinn mannafla fékkst þrátt fyrir augljósa þörf.

**Löngu var ljóst að veikasti hlekkurinn bæði í greiningar- og samráðsvinnunni og í meðferðartilboðum er vöntun á sérhæfðum sálfræðingi í greiningu og klínískri vinnu með börn og fjölskyldur.**

Við höfum reynt að vera sem best meðvituð um hina margþættu mótstöðu sem óhjákvæmilega fylgir öllum breytingum og höfum meðal annars nýtt okkur handleiðsluna til þess. Við finnum að sameiginleg handleiðsla, fræðsla og samráð gerir mótstöðu og hindranir meðferðaraðila meðvitaðri og opnari og þar með auðveldari viðfangs en á meðan hún er ómeðvituð og dulin (sjá 2.3.). Þátttaka í samráðinu, sem er sá vettvangur sem eflir samstöðuna öðru fremur, er mismikil eftir hlutverki hvers og eins í heilsuverndarstarfinu og í þróunarverkefninu (sjá 1.4.).

Samstaðan er þannig eðlilega mismunandi sterk eftir hlutverkum og virkni hvers og eins, og mótstaðan því misvirk. Samstaðan og sú öryggiskennd sem hún veitir gerir mótstöðuna að jákvæðu viðfangsefni í þróunarferlinu, dýpkar skilninginn á okkur sjálfum og hvert á öðru, sem aftur gerir okkur hæfari til að skilja og takast á við mótstöðu og kvíða skjólstaðinganna. Til að skapa samstöðu þarf þó einingu um markmið, en þá mótstöðu sem byggist á grundvallarágreiningu um markmið er hins vegar nánast ógerlegt að vinna með.

Það að einn úr faghópi stöðvarinnar ákvað að standa utan þróunarverkefnisins stafaði að okkar mati að nokkru leyti af slíkum grundvallarágreiningu um markmið. Meðan á verkefnisferlinu stóð var það þó að ýmsu leyti lærdómsríkur spegill á mismunandi viðhorf og aðferðir í heilsuverndarstarfi og gaf stöðugt tilefni til úrvinnslu og skoðanaskipta.

**Við teljum að einhugur þátttakenda verkefnisins og ákvörðun stjórnenda stöðvarinnar um að það vinnulag sem mótað var í þróunarferlinu haldist áfram í heilsuverndarstarfinu sé mikilvægasti árangur verkefnisins og ætti að hafa afgerandi áhrif á alla stefnumótun í framtíðinni, vinnulag nýs starfsfólks, starfsanda og gæði þjónustunnar.**

Yfirleitt teljum við að samstarfið meðal þátttakenda hafi verið gott og gefandi og einkennst fyrst og fremst af gagnkvæmri virðingu, einlægum skoðanaskiptum og umhyggju innan hópsins. Álagstímar voru okkur þó stundum erfiðir sem gat bitnað á samvinnu og eftirfylgd mála. Sérstaklega á þó þetta við um sumarleyfistímamann.

Við verkefnisstjórar lögðum mikla áherslu á náðið samstarf við bæði stjórnunarteymi og deildarstýrur í mæðra- og ungbarnavernd og litum á það samstarf sem eins konar burðarás í skipulagningu og þróun hins innra starfs.

Við teljum það algjört grundvallaratriði að okkur tókst þrátt fyrir annríki allra að halda hálfsmánaðarlegum fundum með stjórnunarteyminu þar sem við ræddum öll viðfangsefni verkefnisstjórnarinnar og tókum ákvarðanir um næstu skref. Ritari fjölskylduráðgjafa sat fundina og skráði í fundargerð allar ákvarðanir, en það finnum við að skiptir miklu máli til að halda samhengi í starfinu og gera það markvissara.

Traust og nán samvinna okkar við deildarstýrur í mæðra- og ungbarnavernd um hina faglegu þætti verkefnisins teljum við að verði vart of metin. Þessi góða samvinna hefur auðveldað okkur að nýta mismunandi þekkingu og reynslu faghópanna til að byggja upp bættu þjónustu. Okkur hefur orðið betur og betur ljóst að á tímum samkeppni, stéttarígs og afbrýðisemi er slík samvinna ekki sjálfgefin. Hinn góða samstarfsanda sem hér ríkir má svo aftur líta á sem einn meginárangur þróunarverkefnisins.



Við teljum mikilvægt að hafa verið tvö í hlutverki verkefnisstjóra, með mismunandi bakgrunn hvað varðar menntun, reynslu, starfssvið og kyn, en samhljóma hugmyndafræði og markmið. Okkur þykir afar þýðingarmikið að vera meðvituð um mismunandi reynsluheim og stöðu kynja til að geta í reynd stuðlað að auknu fjölskylduheilbrigði.

Fyrir okkur hefur handleiðslan verið ómetanlegur spegill og aflgjafi, meðal annars til að geta séð hlutina frá ýmsum sjónarhornum, sjá skýrar eigið hlutverk, vinna með mótstöðu, sætta andstæð sjónarmið og koma auga á nýja vaxtarmöguleika. Okkur er vel ljóst að engan veginn er sjálfgefið að það jákvæða vaxtarferli sem hér hefur skapast fái að þróast áfram.

**Við þurfum stöðugt að hlúa að hinu innra starfi og berjast fyrir að tryggja því skilyrði til vaxtar ella stöðnum við sem stofnun, brennum út sem einstaklingar og missum hæfni sem heilbrigðisstarfsfólk.**



## 5. Kafli

### Lokaorð



*Það er svo bággt að standa í stað,  
og mönnunum munar  
annaðhvort aftur á bak  
ellegar nokkuð á leið.*

*Jónas Hallgrímsson*

Nýjungar í þróunarstarfinu tengjast því meðal annars að Nýja barnið er um þessar mundir að komast á skólaaldur. Undirbúningur er hafinn að upplýsingamiðlun og samráði hjúkrunarfræðinga í ungbarnavernd, skólahjúkrunarfræðinga, heimilislækna, skólalækna og fjölskylduráðgjafa í upphafi skólagöngu, þannig að nýta megi verklag og reynslu Nýja barnsins til að efla heilsugæslu í skólum. Gera þarf ráð fyrir tíma, handleiðslu og mannafla í þessa þróun. Í **framtíðarsýn Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri** er lögð áhersla á að afar brýnt er að fá sérhæfða sálfræðinga og félagsráðgjafa til starfa við fjölskylduráðgjöf heilsugæslunnar til að hægt sé að byggja upp og þróa þjónustuna áfram, eins og fram kemur í *Framtíðarsýn HAK – skýrslu starfshóps Félagsmálaráðs Akureyrarbæjar frá maí '99*, bls. 12.

Einnig er afar brýnt að **auka stöðugildi ljósmæðra í mæðravernd** bæði til að auka stuðning og fjölga úrræðum við verðandi mæður og að sniða þjónustutilboð mæðraverndarinnar í auknum mæli einnig að þörfum feðranna og fjölskyldnanna (sjá 3.2.1.1.).

Víða erlendis eru heilbrigðisstéttir og rannsóknaraðilar í vaxandi mæli að verða sér meðvitaðir um mikilvægi og áhrif sálfélagslegra þátta á þróun og þroska ungbarna. Þetta á við um heilsu, líðan, þroska og félagslegar aðstæður foreldra, einkum móður, með tilliti til hinnar viðkvæmu tengslamyndunar við kornabarnið, að ógleymdum fjölþættum áhrifum sem gildismat samfélagsins hefur á hverjum tíma (6, 12, 13, 33). Mikilvægt er að við í heilsugæslunni reynum að fylgjast vel með á þessu sviði bæði almennt og með rannsóknnum. Hér er um að ræða áhrifaþætti og

orsakaþætti sem varða mjög miklu um þróun geðheilsu, almennt heilsufar og meðferð barna og fjölskyldna þeirra. Efla þarf skilning á þýðingu þess að grípa inn í þessi mál og ná aukinni samvinnu mismunandi faghópa í heilsugæslu til að fyrirbyggja vandkvæði á sálfélagslegu og geðrænu sviði (19, 22, 34).

Reynslan af því að skoða og vinna markvisst með áhættuþætti í fjölskyldum hefur dregið fram í dagsljósið brýna þörf fyrir fjölþætt stuðnings- og meðferðarúrræði í samfélaginu fyrir þann hóp sem verst er í stakk búinn til að axla foreldrahlutverk og getur takmarkað nýtt sér úrræði heilsugæslunnar. Hér er einkum um að ræða óþroskaða eða greindarskerta foreldra eða foreldra með alvarlegar geðraskanir eða fíkniefnavanda sem oft hafa búið við mikla tilfinningalega vanrækslu í eigin uppvexti (sjá kafla 2.4.).

Í skýrslunni *Stefnumótun í málefnum geðsjúkra* frá október '98 er sérstaklega horft til reynslu okkar á HAK af fjölskylduráðgjöfinni og þróunarverkefninu Nýja barnið, þegar settar eru fram tillögur til að bæta forvarnir á vegum heilsugæslunnar í landinu (32).

Nýja barnið felur í sér fyrsta-, annars- og þriðjastigs forvarnir, það er grunnaðgerðir, úrlausnaraðgerðir og endurhæfingu/aðlögun/meðferð.

Hið markvissa þróunarstarf sem nú á sér stað á HAK skilar sér á ýmsan hátt sem grunnaðgerðir fyrir skólabörn og bætir framtíðarhorfur til lengri tíma litið. Við teljum þó afar mikilvægt að fylgja þeirri vinnu eftir inn í skólana og auka þannig möguleika á markvissum forvörnum þar, skapa aukna samfellu fyrir barnið og fjölskyldu þess og samhæfingu

## Þríþætt forvarnargildi Nýja barnsins

### 1. Grunnaðgerðir (fyrsta stig):

- ☞ Grunnaðgerðir felast fyrst og síðast í bættri nýtingu á heilsuverndarkerfinu sjálfu þar sem nánast allar verðandi mæður og nýorðnir foreldrar með barn sitt koma reglubundið í mæðra- og ungbarnavernd sem gefur einstæða möguleika á markvissum forvörnum.
- ☞ Grunnaðgerðir Nýja barnsins beinast að verðandi og nýorðnum foreldrum og barni þeirra. Lögð er áhersla á fræðslu og stuðning sem miðar að því að efla tilfinningaþroska og auka foreldrahæfni.
- ☞ Bætt þjónusta sem miðar að því að mæta mismunandi þörfum fólks. Áhersla er lögð á að auka hæfni fagfólks til að greina og skilja tilfinningalegan vanda og tilfinningalega líðan.

### 2. Úrlausnaraðgerðir (annað stig):

- ☞ Ítarlegt viðtal heimilislæknis við verðandi mæður í mæðravernd snemma á meðgöngu og reglubundin viðtöl við ljósmóður og síðan hjúkrunarfræðing í ungbarnavernd sem og samráð og stuðningsviðtöl við fjölskylduráðgjafa miða að því að greina vanda sem fyrst, auka umhyggju og skapa traust til að auðvelda verðandi og nýorðnum foreldrum að nýta sér þjónustutilboð eftir þörfum.
- ☞ Aukin samvinna við fæðingadeild og eftirfylgd í ungbarnavernd, samráð og þverfagleg nálgun skapa samfellu og opna möguleika á að grípa fljótt inn í og vinna úr vanda eða kreppum sem annars gætu þróast í meiriháttar erfiðleika og skaðað viðkvæma tengslamyndun við barnið. Ljóst er að óleyst áföll og tilfinningakreppur skapa vanda í fjölskyldutengslum og hafa áhrif á tilfinningalíf og hegðun barns á seinni stigum t.d. við upphaf skólagöngu eða á unglingsaldri.

### 3. Endurhæfing/aðlögun/meðferð (þriðja stig):

- ☞ Hér er um að ræða að vinna úr skilgreindum eða djúpstæðum vanda, svo sem þroskaheftingu foreldris, alvarlegum geðrænum, félagslegum eða líkamlegum áhættuþáttum, oft í samvinnu við aðrar stofnanir.
- ☞ Stór hluti þessara mála eru þó verðandi og nýorðnir foreldrar sem eru að glíma við djúpstæða tilfinningalega erfiðleika eða áfallakreppur sem koma aftur upp á yfirboðið þegar barn er í vændum (sjá 2.1.).
- ☞ Miklu máli skiptir að hægt sé að bjóða upp á fjölskylduráðgjöf og meðferð innan heilsugæslunnar sem eðlilegan hluta af forvarnarstarfi. Það auðveldar fólki að þiggja eða nýta sér slíka þjónustu, eflir aðra þætti heilsuverndarinnar, er hagkvæmt og í takt við óskir neytenda.

við skóla- og félagsþjónustu. Sálræn þróun og þroski gerist stig af stigi og hér á það við líkt og á þróunarskeiðum meðgöngu og frumbersku að góður grunnur á einu stigi skilar sér yfir á hið næsta.

Við höfum heyrt þær skoðanir að á tímum aðhalds og sparnaðar í opinberum rekstri sé óraunhæft að byggja upp fjölskylduráðgjöf, jafnvel við stærstu heilsugæslustöðvarnar. Við teljum hins vegar að reynsla okkar sanni að fjölskylduráðgjöf og markviss fjölskylduvernd innan heilsugæslunnar sé í raun virk-

asta leiðin til forvarna, þar sem það nýtir og styrkir enn frekar þá sérstæðu möguleika til eflingar fjölskylduheilbrigðis sem heilsugæslan býr yfir. Slík uppbygging mun leiða til sparnaðar þegar til lengri tíma er litið. Við teljum því brýnt að félagsráðgjafar, sálfræðingar og aðrir fagmenntaðir sem sinna ráðgjöf og viðtalsmeðferð verði í vaxandi mæli ráðnir að heilsugæslustöðvum eins og einnig kemur fram í tillögum til úrbóta í fyrrnefndri *Skýrslu um stefnumótun í málefnum geðsjúkra*. Ný lög um fæðingar- og foreldraorlof hljóta einnig að



hafa í för með sér stórauðna þörf fyrir foreldra- og fjölskylduráðgjöf, þar sem þau fela í sér miklar breytingar sem gera auknar kröfur til samvinnu og innlifunarhæfni foreldra. Í þessum nýju lögum, sem að mörgu leyti eru framsækin og góð, er eingöngu tryggt að móðir sé heima hjá nýfæddu barni sínu fyrstu 2 vikurnar (sjá lög um fæðingar- og foreldraorlof nr. 95/2000).

### Framtíðarsýn

**Framtíðarsýn okkar er sú að með auknum skilningi á mikilvægi góðra tilfinningatengsla fyrir heilsu okkar og þroska takist okkur að þróa heildstæða og samhæfða heilsugæslu í góðri samvinnu heilbrigðis-, félags- og menntakerfis, - heilsugæslu sem leggur áherslu á að hlúa að innviðum fjölskyldunnar, efla sjálfsstyrk og foreldrahæfni og mæta misjöfnum þörfum fólks fyrir stuðnings- og meðferðarúrræði.**

Margir hafa komið að þessari bókargerð og lagt okkur lið bæði á beinan og óbeinan hátt.

Við þökkum þar sérstaklega Pétri Péturssyni yfirlækni, stjórnunarteymi HAK og hinu vikulega samráði sem hefur verið okkur ómetanlegur stuðningur á álagstímum og komið með gagnlegar ábendingar og lagt sitt að mörkum við lýsingu og mat á framkvæmdinni.

Sérstakar þakkir eru færðar Landlæknisembættinu sem á margvíslegan hátt studdi þróunarstarfið og gefur nú út bókina um Nýja barnið. Einnig þökkum við Heilbrigðisráðuneyti og Alþingi, en án fjárframlaga þeirra hefði þetta verk aldrei getað orðið að veruleika. Þá þökkum við Jafnréttisnefnd Akureyrarbæjar og Vísindasjóði Félags íslenskra heimilislækna fyrir þeirra fjárframlög.

Það varð okkur mikil hvatning þegar Heilbrigðisráðuneytið valdi Nýja barnið sem framlag Íslands í samkeppni þróunarverkefna sem efnt var til í tilefni 50 ára afmælis Evrópu-deildar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar árið 1998, þar sem verkefni okkar fékk sérstaka viðurkenningu. Viljum við þakka Vilborgu Ingólfssdóttur yfirhjúkrunarfræðingi Landlæknisembættisins fyrir aðstoð og undirbúning að þátttöku okkar í samkeppninni. Einnig þakkir til dr. Guðjóns Magnússonar rektors fyrir dýrmæta ráðgjöf og stuðning á undirbúningsstigum verkefnisins.

Sérstakar þakkir færur við prófessorunum

Jóhanni Ágústi Sigurðssyni og Reyni Tómasi Geirssyni sem báðir hafa sýnt þessu riti mikinn áhuga.

Þá viljum við þakka Magnúsi Skúlasyni geðlækni fyrir gefandi samstarf, Kolbrúnu Pálsdóttur uppeldisfræðingi og heimspekingi fyrir gagnlegar ábendingar og Guðrúnu Jóhannesdóttur læknafulltrúa á Geðdeild FSA fyrir mikla aðstoð við tölvuvinnslu.

Einnig bestu þakkir til samstarfsaðila á HAK, á fæðingadeild og geðdeild FSA, til Heilbrigðisdeildar Háskólans á Akureyri, Fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar og fleiri og fleiri.

Síðast en ekki síst þökkum við notendum

þjónustunnar sem hafa fært okkur ómetanlega vitneskju og staðfestingu á að við séum á réttri leið.

Við lítum á þessa bók sem framlag í mikilvægu breytingarferli innan heilbrigðiskerfisins sem felur í sér nýja sýn og nýja nálgun og forgangsröðun. Við teljum afar brýnt að heilbrigðisyfirvöld nái að útfæra markmið um heildarsýn í heilbrigðismálum og lítum á stuðning þeirra við Nýja barnið og útgáfu þessa rits sem skref á þeirri leið. Niðurstöður okkar eru þær að neytandinn sé tilbúinn, mótstaðan sé okkar megin og þá kannski fyrst og síðast í áherslum og forgangsröðun.

## Til að efla framtíðarheilbrigði þarf:

- Aukinn skilning á mikilvægi fjölskyldunnar fyrir heilbrigði og þroska manneskjunnar.
- Aukna þekkingu og innsæi í mikilvægi heilbrigðra tilfinningatengsla.
- Aukna sjálfsstyrkingu verðandi foreldra til að efla foreldrahæfni.
- Aukið fjármagn og fleiri stöðugildi til heilsuverndarinnar (fjölskyldu-, mæðra- og ungbarnaverndar).
- Þjálfun og stórauðsla handleiðslu fyrir fagfólk.
- Aukið samráð hjálparaðila í hinu stærra samhengi fjölskylduverndar.
- Aukin sérhæfð meðferðarúrræði.
- Símenntun og endurhæfingu fagfólks.



## Heimildir og ítarefni

1. Balint, M. (1972). *Läkaren, patienten och sjukdomen*. Stockholm: Natur och Kultur.
2. Ball, I.A. (1994). *Reactions to Motherhood. The role of postnatal care*. England: Books for Midwives Press.
3. Berg, et al. (1991). *Familjebehandling. Lösningfocuserad arbete med utsatta familjer*. Stockholm: Mareld.
4. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume I Attachment*. London: Tavistock.
5. Brodén, M.B. (1991). *Mor och barn i ingenmansland*. Värnamo, Sweden: Fälths Tryckeri AB.
6. Brudal, L.F. (1983). *Fødselens psykologi*. Oslo: Aschehoug.
7. Brudal, L.F. (1993). *Helsepsykologi*. Oslo: Tano A. S.
8. Cullberg, J. (1978). *Kreppa og þroski*. Akureyri: Bókaförlag Odds Björnssonar.
9. Enkin, M., et al. (1995). *A Guide to effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 2<sup>nd</sup> edn. Oxford: Oxford University Press.
10. Forth Valley Health Board (1996). *Falkirk Mental Health Review Seminar Report*. Stirling: Forth Valley Health Board.
11. Goleman, D. (1995, þýð. 2000). *Tilfinningagreind*. Reykjavík: Iðunn.
12. Hansen, B.R. (1991). *Den første dialogen*. Oslo: Solum Forlag A/S.
13. Havnesköld, L., Mothander, P.R. (1995). *Utvecklings psykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Sweden: Liber Utbildning AB.
14. Health Education Board for Scotland (1996). *Talking about Postnatal Depression*. Edinburgh: Health Education Board for Scotland.
15. Heilsugæslustöðin á Akureyri, heimasíða: <http://www.akureyri.is/stjorn/svid/hak/>
16. Hjálmar Freysteinnsson og Anna Karólína Stefánsdóttir (1995). *Nýja barnið, áfangaskýrsla*. Akureyri: Heilsugæslustöðin á Akureyri.
17. Holm, U. (1991). *Empati*. Finland: Natur och Kultur.
18. James, M., Jongeward, D. (1971). *Born to Win*. USA: Addison-Wesley.
19. Killén, K. (1991). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
20. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press. Sv övers: *Att bygga upp självet*. Stockholm: Natur och Kultur, 1986.
21. Little, M. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 32.
22. Magnús Skúlason (1996). Um borderline hugtakið og brotalamir hið innra. *Bók Davíðs, fyrri hluti*. 395-434. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
23. Mahler, M.S., Pine F., Bergman A. (1975). *The psychological birth of the human infant. Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
24. Menntasmiðja kvenna, heimasíða: <http://www.menntasmidjan.is/>
25. Ogden, J. (1996). *Health Psychology*. Philadelphia: Open University Press.
26. Olden, C. (1953). On adult empathy with children. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 8,111.
27. Osofsky, J. (1997). *Infant Mental Health Journal, Vol. 6*. Sussex: Wiley & Sons.
28. Raphael-Leff, J. (1982). Therapeutic Needs of Mothers-To-Be. *Journal of Child Psychotherapy*. 8, s 3-13.
29. Raphael-Leff, J. (1983). Facilitators and regulators: Two approaches to mothering. *British Journal of Medical Psychology*. 56, 379-390.
30. Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological Processes of Childbearing*. London: Chapman and Hall.
31. Satir, V. (1988). *The New Peoplemaking*. California: Mountain View.

32. Stefnumótun í málefnum geðsjúkra (1998). Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
33. Stern, D. (1977). *The First Relationship. Infant and Mother*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
34. Thome, M. (1999). *Geðheilsuvernd mæðra eftir fæðingu*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði.
35. Ýmsir höfundar (1994). *Fjölskyldan, upp-  
spretta lífsgilda*. Reykjavík: Félagsmálaráðuneytið.
36. Wickberg, B. (1996). *Postnatal Depression*. Sweden: Department of Psychology Göteborg University.
37. Winnicott, D.W. (1988). *Babies and their Mothers*. London: Free Association Books.
38. Winnicott, D.W. (1981). *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur och Kultur.



# V

Útgáfa þessarar bókar um þróunarverkefnið Nýja barnið er nýjög kærkomin. Þér er ljóst merkri hugmyndafræði og kenningum um þróun barnsins og tengsl þess við móður sína og föður, hvornig grunnurinn að heilsu og velferð hvorrar manneskju er lagður á fósturskeiði og fyrsta æviskeiði. Ánægjulegt er að þetta verkefni varð til í íslenskri heilsugæslu og er þetta framtak Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri nýjög lofsvert. Forvarnir á Íslandi þarf að efla. Mæðra- og ungbarnavernd er með þó besta sem gert er hérlandis á þeim vettvangi. Því er vel að sú sýn að forvarnir eigi að hefja strax í móðurkviði komi þaðan.

Verkefnið hefur hlotið viðurkenningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, WHO.

Sigurður Guðmundsson, landlæknir

# V

Verkefnið Nýja barnið á Akureyri hefur vakið verðskuldaða athygli allra heilbrigðisstarfsmanna sem vinna við faglega umönnun þungadra kvenna, barna þeirra og fjölskyldna. Þér er komið fram með nýja nálgun og ný viðhorf sem byggjast á samþættingu faglegrar þekkingar mismunandi umönnunaraðila, sem allir koma jafni rétt háir og með jafn mikilvægum hætti að samstarfi um velferð fjölskyldna. Mæðra- og ungbarnavernd þarf að hefjast snemma á meðgöngu og ná til ekki aðeins hinnar þunguðu konu, heldur einnig til hennar nánasta umhverfis. Tengja þarf saman skilningsríkt viðmót, faglega þekkingu, skynsamlega nýtingu tækni og ráðgjöf sem byggir á virðingu fyrir mannlegum samskiptum. Við upphaf nýrrar aldar þarf endurnýjun í mæðra- og ungbarnaverndinni. Þetta verkefni er þar mikilvægt framlag og útgáfa þessarar bókar er þar ánægjulefni.

Reynir Tómas Geirsson  
prófessor í fæðinga- og kvensjúkdómfræði Háskóla Íslands.

# F

Á lífsleiðinni er fútt sem veitir meiri gleði og hamingju en nýtt barn. Það skiptir þó nýjög miklu máli að leggja grunn að gæfúríku og þroskandi lífi barnsins með þó að undirbúa komu þess sem best. Þessi bók er afar fróðlegt og mikilvægt innlegg fyrir þennan undirbúning.

Hildur Kristjánsdóttir ljósmóðir við Heilsugæsluna Sólvangi Kláfnarfirði.



Heilsugæslustöðin á Akureyri



Landlækniseimbættið

ISBN 9979-9485-0-7



9 789979 948506