

geðvernd

Rit Geðverndarfélags Íslands | 1. tbl. 49. árgangur | 2020

Ólafur Grétar Gunnarsson

Fjölskylduvernd, feður og framtengsl §

Áslaug Felixdóttir og Snæbjörn Ómar Guðjónsson

Fjölskyldumiðuð þjónusta geðdeildar á Sjúkrahúsinu á Akureyri §

Ásta Bjarney Pétursdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir

Fjölskyldumiðuð stuðningsmeðferð í sérhæfðri líknarþjónustu §

Pistill formanns Geðverndarfélagsins 2021 § Fréttir af starfi félagsins §

Viðtal við Kristínu Gyðu Jónsdóttur, félagsráðgjafa

Samskipti og tengsl skipta mestu §

Viðtal við Önnu Karólínu Stefánsdóttur, félagsráðgjafa

Góð tilfinningatengsl undirstaða góðrar heilsu §



ATLANTSOLIA



BBA // FJELDCO



www.fit.is





gedvernd

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS
49. ÁRGANGUR - 2020

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

49. ÁRG. - 2020

RITSTJÓRI: EYDÍS KRISTÍN SVEINBJARNARDÓTTIR

RITNEFND: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, BRYNJAR EMILSSON, MARGRÉT ÓFEIGSDÓTTIR

ÚTGEFANDI: GEDVERNDARFÉLAG ÍSLANDS, UPPLAG: 2.500 EINTÖK

AÐSETUR: HÁTÚNI 6A, 105 REYKJAVÍK, SÍMI: 552 5508. NETFANG: gedvernd@gedvernd.is

UMBROT OG PRENTUN: PRENTMET ODDI

STJÓRN GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS:

GUNNLAUG THORLACIUS, FORMAÐUR – ANNA MARÍA JÓNSDÓTTIR, VARAFORMAÐUR – JÓN ÓLAFUR ÓLAFSSON, RITARI –

VÍÐIR ARNAR KRISTJÁNSSON, GJALDKERI – SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, BRÉFRITARI –

SÆUNN KJARTANSDÓTTIR, MEÐSTJÓRNANDI – EYDÍS KRISTÍN SVEINBJARNARDÓTTIR, MEÐSTJÓRNANDI

FRAMKVÆMDASTJÓRI: KJARTAN VALGARÐSSON



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



Efnisyfirlit

Frá ritstjóra	4
Ólafur Grétar Gunnarsson Fjölskylduvernd, feður og framtengsl.	6
Áslaug Felixdóttir og Snæbjörn Ómar Guðjónsson Fjölskyldumiðuð þjónusta geðdeildar á Sjúkrahúsinu á Akureyri	14
Ásta Bjarney Pétursdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir Fjölskyldumiðuð stuðningsmeðferð í sérhæfðri líknarþjónustu.	23
Fréttir af starfi félagsins.	31
Viðtal við Kristínu Gyðu Jónsdóttur, félagsráðgjafa Samskipti og tengsl skipta mestu	32
Viðtal við Önnu Karólínu Stefánsdóttur, félagsráðgjafa Góð tilfinningatengsl undirstaða góðrar heilsu.	34

Ýmsar tilkynningar

Minningarkort Geðverndarfélags Íslands
fást á skrifstofu félagsins og á gedvernd.is. Sími skrifstofunnar er 552 5508.
Félögum og öðrum, sem áhuga kunna að hafa, er bent á að eldri árgangar
af Geðvernd fást á skrifstofu félagsins í Hátúni 6A, 105 Reykjavík, og
á www.gedvernd.is.



Frá ritstjóra

Tímarit Geðverndarfélags Íslands 1. tbl. 49. árgangur 2020 kemur út í júlí 2021. COVID-19 heimsfaraldur hefur haft áhrif á útgáfu þessa tölublaðs sem átti að verða efnismikið tölublað um fjölskyldumiðaða geðheilbrigðis- og geðverndarþjónustu. Greinar skiluðu sér ekki eða illa til ritstjóra. Greinarhöfundar sem höfðu fyrirætlan að skrifa ritrýndar greinar fyrir blaðið báðu um frest á síðustu stundu og þess vegna eru færri ritrýndar greinar í þessu tölublaði en undanfarin nokkur ár.

Ólafur Grétar Gunnarsson segir frá eigin reynslu af sjálfböð- og hugsjónastarfi í tengslum við foreldra- og feðrafræðslu, í fræðslugrein sinni um fjölskylduvernd, feður og framtengsl. Hann lýsir áhugaverðu ferðalagi þar sem fjölskyldan er í fyrirrúmi. Það rímar vel við áherslur Geðverndarfélags Íslands um aukna fræðslu fyrir foreldra og fagfólk með áherslu á að styrkja tengslamyndun ungbarna og barna við foreldra sína með það að markmiði að styrkja undirstöðu geðheilbrigðis fjölskyldna. Norræna ráðherranefndin gaf út nýja skýrslu í júní 2021 um „Fyrstu 1000 dagana á Norðurlöndum“ sem tekur út meðferðarúrræði til að styrkja tengsl milli foreldra og barna – sérstaklega þá í tengslum við barnshafandi fjölskyldur og fyrstu æviárin. Um er að ræða vandaða gagnreynda úttekt þar sem bæði Solihull aðferðarfræðin og Tölum um börnin forvarnarstuðningurinn, sem við þekkjum á Íslandi, eru meðal þeirra úrræða sem fjallað er um og þau metin: <https://pub.norden.org/nord2021-037/nord2021-037.pdf>

Áslaug Felixdóttir hjúkrunarfræðingur og **Snæbjörn Ómar Guðjónsson** sérfræðingur í geðhjúkrun fjalla um í fræðslugrein sinni um geðheilbrigðis- og fjölskyldumiðaða þjónustu geðdeildarinnar á Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAK). Þau segja frá innleiðingu fjölskylduhjúkrunar og hóp fjölskyldumeðferðar á SAK. Bæði úrræðin eru hugsuð til að efla sálfélagslegar meðferðir og markmiðið segja þau vera að veita fjölskyldum sjúklinga aukinn stuðning í veikindum. Það er gert m.a. með góðri upplýsingasöfnun, nærgætni, virðingu og ígrunduðum meðferðarspurningum en Áslaug og Snæbjörn segja að það geti dregið úr þjáningu fjölskyldna og stuðlað að bata. Þau segja jafnframt það vera „mikilvægt í nútímasamfélagi að tengja geðheilbrigðiskerfið meira út í samfélagið og tryggja að aðstandendur hafi betra aðgengi að meðferðaraðilum.“

Dr. Ásta Bjarney Pétursdóttir sérfræðingur í líknarhjúkrun með áherslu á fjölskylduhjúkrun og **Dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir** prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands eru með ritrýnda grein um fjölskyldumiðaða stuðningsmeðferð í sérhæfðri líknarþjónustu. Það er mikilvægt að huga að aðstandendum þeirra sem eru að fást við lífsógnandi sjúkdóma. Alltaf ber að hafa í huga að veikindi hafa áhrif á alla í fjölskyldunni. Styrkleikamiðaðar meðferðarsamræður sem notaðar voru í rannsókn þeirra Ástu og Erlu Kolbrúnar, sem hafa verið þróaðar út frá Calgary fjölskyldumats- og meðferðarlíkaninu, hafa sýnt meðferðargildi sitt í tengslum við hina ýmsu sjúklingahópa og aðstandendur þeirra. Mörgum sjúkdómum fylgir óvissa sem mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk reyni að fást við með því

að veita stuðning til sjúklinga og aðstandenda. Ásta og Erla Kolbrún leggja áherslu á það að fjölskyldum „sé boðið að tjá reynslu sína af veikindaferlinu en með því megi draga úr neikvæðri tilfinningu sem fylgir óvissunni og e.t.v. hefur verið bæld og getur orðið viðvarandi þegar mikil óvissa er um framgang veikindaferlisins eða lokaferli þess.“ Rannsóknnum á þjónustu og umönnun við fjölskyldur í heilbrigðisþjónustu hefur fjölgað á Íslandi og alþjóðlega. Það má því segja að gagnreynd þekking sé smám saman að verða betri á því hvaða stuðningur er hjálplegur og líknandi bæði fyrir sjúklinga og fjölskyldur þeirra.

Viðtölin að þessu sinni eru við tvo félagsráðgjafa sem hafa látið af störfum. Það eru þær **Kristín Gyða Jónsdóttir og Anna Karólína Stefánsdóttir**. Kristín Gyða starfaði í stjórn Geðverndarfélags Íslands um árabíl og ásamt því að fást við fjölbreytt verkefni félagsstarfsins kom hún að stuðningi við íbúa áfangageimila á vegum GÍ. Henni eru þökkuð störf í þágu félagsins. Hún hefur alla tíð lagt áherslu á fjölskyldumiðaða þjónustu í geðheilbrigðisþjónustu og telur að það sé mikilvægt að heilsugæslan komi meira að snemmtækri íhlutun og fjölskylduvinnu. Anna Karólína var í forsvari fyrir forvarnar- og þróunarverkefni undir heitinu Nýja barnið við Heilsugæslu Akureyrar. Verkefnið þykir vera fyrirmynd í fjölskyldumiðaðri þjónustu og fékk viðurkenningu frá Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni (WHO). Í Nýja barninu var unnið með tilfinningar og tengslamyndun, áföll og áhættuþætti sem snúa að tengslamyndun foreldra og barna. Það sýnir sig að rannsóknir á fjölskyldumiðaðri nálgun og snemmihlutun í heilsugæslu eru að sýna fram árangur í betri geðheilsu og líðan fjölskyldna. Væri ekki nauðsynlegt, í því ljósi, að endurinnleiða verkefni í anda Nýja barnsins í heilsugæslur landsins?

Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir
ritstjóri Geðverndar

Ólafur Grétar Gunnarsson

Fjölskylduvernd, feður og framtengsl

Reynslusaga af sjálfboða- og hugsjónastarfi

Fræðslugrein

Inngangur

Árið 2000 fengu feður á Íslandi sjálfstæðan rétt til fæðingarorlofs. Sama rétt fengu feður í Svíþjóð árið 1974. Frá árinu 1997 hefur verið kallað eftir fræðslu fyrir verðandi feður og ljóst er að þörf er á fræðslu fyrir báða foreldra til að undirbúa þá fyrir foreldrahlutverkið.¹ Því miður hefur víða ekki tekist sem skyldi að byggja leikskólaþjónustu á menntuðum leikskólakennurum. Báðir þessir þættir auka álag og streitu á fyrstu 1001 degi barnsins. En ávinning nýrra laga af lengingu fæðingarorlofs og styttri vinnuviku, sem taka gildi árið 2021 má efla enn frekar með aukinni fræðslu fyrir verðandi foreldra.

Afleiðingar og eftirköst efnahagshrunsins voru m.a. fleiri léttburafæðingar og hærri blóðþrýstingur meðal barnshafandi kvenna. Landlæknir varaði við alvarlegum afleiðingum hrunsins á börn.² Afleiðingar streitu og álags á meðgöngu og í frumbersku vekja svipaðar áhyggjur nú vegna Covid-19 og eru tilefni til aðgerða.

Feðrafræðsla fyrir verðandi feður

Áhugi fræðimanna á umfangi og eðli sjálfboðastarfs hefur farið vaxandi það sem af er öldinni og endurspeglast m.a. í fjölda fræðigreina og bóka um viðfangsefnið (Musick og Wilson, 2008).

Hér á eftir segi ég frá mínu starfi á vettvangi sjálfboðins starfs með það í huga að sýna hversu mikill áhugi og þörf er á fræðslu um foreldra- og fjölskyldufærni og hve miklu væri hægt að koma til leiðar ef unnið væri eftir þeim lögum sem sett hafa verið á Alþingi, en eftirfarandi er úr þingsályktun sem Alþingi samþykkti 28. maí 1998:

1 122. löggjafarþing 1997–98. þskj. 649 – 376. mál, e.d.

2 Áhrif og afleiðingar kreppunnar á líðan og velferð barna, 2010



„Feðrafræðsla fyrir verðandi feður. Unnið verður að því að koma á sérstakri feðrafræðslu sem hluta af þeim undirbúningi sem verðandi foreldrum er boðið upp á. Unnið skal að því að foreldrum standi til boða uppeldisráðgjöf og þjálfun í foreldrafærni með sérstökum námskeiðum sem hæfi mismunandi æviskeiðum í lífi barnsins. Einkum skal leggja áherslu á fræðslu og ráðgjöf fyrir foreldra fyrsta barns.“

Í nýju ákalli Geðhjálpur um leiðir til að styrkja geðheilbrigðiskerfið er kallað eftir *stórauðslu fræðslu fyrir foreldra með áherslu á mikilvægi tengslamyndunnar fyrstu 1000 dagana í tilveru hvers barns*. Sama kom fram í ákalli 1001 dags hópsins til þingmanna árið 2017.

Geðverndarfélag Íslands hefur bent á mikilvægi aukins stuðnings við fjölskyldur á fyrstu 1001 dögum barnsins með margvíslegum hætti. Þörf er á öflugri fræðsluáttaki fyrir almennig um þennan mótunartíma í lífi barnsins. Búa þarf til aðgengilegt fræðsluefni sem byggja mætti m.a. á skrifum Önnu Maríu Jónsdóttur og Sæunnar Kjartansdóttur (Anna María Jónsdóttir, 2019; Sæunn Kjartansdóttir, 2009 og 2015). Leita má upplýsinga til ársins 2003 um ábendingu til valdhafa um fræðslu fyrir foreldra frá ÓB ráðgjöf (Ólafur Grétar Gunnarsson og Bjarni Þórarinnsson, 2003). Stjórnvöld hafa talað um mikilvægi snemmtækrar íhlutunar og látið í ljós vilja til verka (Ásmundur Einar Daðason, 2018). En það er of lítið um efndir. Starf mitt hefur að meirihluta verið unnið í eigin tíma með hvatningu og í samstarfi við metnaðarfullt starfsfólk í hinum ýmsu opinberu störfum með stuðningi og styrkjum frá atvinnulífínu.

Menntamálanefnd Alþingis hefur veitt verkefnum styrk að upphæð tveim til fimm milljónum á ári árin 2003–2010. Með námskeiðum sem



greinarhöfundur hefur átt þátt í að innleiða frá árinu 1998 hafa um sex þúsund Íslendinga hlotið grundvallarfræðslu og lært um viðkvæmar þarfir ungbarna og álag ungbarnaforeldra. Athyglivert er að þátttaka kynja er nálægt því jöfn og öll námskeiðin eru 18 kennslustundir eða lengri.

Eigið nám og reynsla

Mitt ferðalag á þessari vegferð hófst eftir að ég lauk þriggja ára námi í sálfræðilegri ráðgjöf við Spectrum Therapy í London árið 1999. Samhliða náminu sótti ég foreldranámskeið frá Family Caring Trust (FCT) fyrir foreldra leikskólubarna og kynntist starfi framsækings leikskóla. Þetta opnaði augu mín fyrir því hve illa undirbúinn ég hafði verið þegar ég varð faðir sjálfur, tíu árum áður. Á þessum 20 barna leikskóla sem ég vann á var annar karlmaður, Mike, sem fékk að hjálpa til í sjálfboðavinnu hluta úr degi nokkra daga í viku. Hann og kona hans voru búin að ákveða að eignast barn og vildi hann fyrst læra meira um börn svo að hann gæti öðlast aukið öryggi og jafnað stöðu sína í foreldrahlutverkinu gagnvart eiginkonu sinni sem hafði bæði menntun og reynslu sem studdi hana. Hann trúði því að hann myndi geta gert betur og liðið betur í föðurhlutverkinu með því að læra af starfsfólkinu og hjálpa til við að annast börnin. Saga Mike og á hvaða forsendum hann kom inn í leikskólastarfið hafði mikil áhrif á mig.

Foreldrafræðsla fyrir foreldra leikskólubarna

Eftir að mér fór að líða betur í foreldrahlutverkinu, meðal annars fyrir tilstilli fræðslu og meðferðar og þess að hafa starfað á leikskólanum, vaknaði löngun mín til að geta miðlað fræðslu og reynslu til feðra og síðar sérstaklega til verðandi feðra. Árið 1998 vann ég að þýðingu og útgáfu á áðurnefndu námskeiði FCT fyrir foreldra leikskólubarna með styrk frá atvinnulífinu. Í framhaldinu hélt ég námskeið ásamt fleirum í samstarfi við foreldra og starfsfólk á leikskólum í Hafnarfirði, Reykjanesbæ og Reykjavík. Á námsárunum kynntist ég bókum proskasálfræðingsins Dr. Jean Illsley Clarke og nýtti bækur hennar í minni eigin meðferðarvinnu sem var hluti af náminu. Hazelden stofnunina vantaði fræðsluefni til að vinna með aðstandendur alkahólista og skrifaði Jean bók sína *Að alast upp aftur: annast okkur sjálf og börnin?* (e. Growing

Up Again: Parenting Ourselves, Parenting Our Children), að ósk Hazelden í Minnesota. Bókin kom út fyrst árið 1989 og var svo uppfærð árið 1998. Elstu heimildir um foreldrafræðslu eru frá Minnesota frá árinu 1919 (Jónína S. Jónasdóttir, 2005). Tímamót í Evrópu voru þegar D.W. Winnicott flutti fyrirlesturinn *Talking to Parents* í BBC um 1950. Árið 2002 stóð ég að þýðingu og útgáfu á bókinni. Í tilefni af útgáfu bókarinnar var haldin ráðstefna um foreldrahæfni þar sem Dr. Jean Illsley Clarke var aðalfyrirlesari (Gunnar Hersveinn, 2002). Ráðstefnan var haldin í samstarfi við Barnaverndarstofu, Félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands, Heimili og skóla, Kennaraháskóla Íslands og Umboðsmann barna. Ráðstefna af þessu tagi um málefnið hafði ekki verið haldin áður. Hún vakti athygli og var umfjöllunarefni í Kastljósi á RÚV þann 21. nóvember 2002. Það varð til þess að Dr. Jean Illsley Clarke kom aftur næstu tvö árin og hélt 60 kennslustunda þjálfunarnámskeið fyrir fagfólk með samtals 48 þátttakendum. Í framhaldi voru haldin foreldranámskeið fyrir fagfólk og foreldra hjá sveitarfélögum Akureyrarbæ, Kópavogsbæ, Mosfellsbæ, Reykjavík, Reykjanesbæ, Vestmannaeyjum og víðar. Sum þessara sveitarfélaga voru að halda slík námskeið í fyrsta sinn (*Að alast upp aftur*, 2004).

Fjölskyldufræðsla í skólakerfinu

Árið 1996 heyrði ég af fræðsluverkefni frá Wisconsin um umönnun ungbarna fyrir unglinga með notkun ungbarnahermis. Árið 2004 lét ég verða af því að kynna efnið á fundi hjá Landlækni en verkefnið var þá í gangi í Noregi. Í umsögn Landlæknisembættisins um verkefnið kemur fram: „Landlæknisembættið mælir með þessu námsefni sem einni leið til að auka þekkingu og skilning ungs fólks á ábyrgðinni sem felst í foreldrahlutverki.³“

Í framhaldi voru haldin tvö 24 kennslustunda námskeið fyrir fagfólk um hvernig nota má ungbarnahermi til að gefa unglingum innsýn í kröfur ungbarnaumönnunar. Námskeiðið var haldið í samstarfi við Félags íslenskra Hjúkrunarfræðinga og sóttu alls 40 sérfræðingar námskeiðin. Á fimmta tug íslenskra grunn- og framhaldsskóla hafa tekið þátt í þessu frumkvöðlastarfi sem menntamálanefnd Alþingis studdi fram til ársins

3 Skjal í eigu greinarhöfundar, 2004

2010. Smáraskóli í Kópavogi var fyrsti skólinn á landinu til að bjóða nemendum fræðsluna í metnaðarfullu samstarfi starfsfólks skólans við heilsugæsluna. Cynthia Lisa Jeans skólafélagaráðgjafi stjórnaði verkefninu innan skólans í samstarfi við kennara unglingsdeildar með dyggum stuðningi og þátttöku Valgerðar Snæland Jónsdóttur skólustjóra. Fjöldi grunnskóla í Kópavogi og víðar fylgdi á eftir. Það að fjárstuðningi ríkisins var hætt hafði áhrif á starfið. Skólaárið 2019-2020 tóku átta skólar víða um land þátt. Óvissa er með starfið skólaárið 2020-2021 vegna Covid 19.

Fræðsla fyrir barnshafandi pör sem höfðar til þarfa foreldra óháð kyni

Ég kynntist fyrst fjölskyldufræðum Dr. John Gottman í námi árið 1999. Árið 2004 hóf ég að kynna þau hér á landi í samstarfi við þverfaglegan hóp sérfræðinga. Hið opinbera undir stjórn Félagsmálaráðuneytisins hélt ráðstefnu um foreldrahæfni árið 2008 þar sem ég flutti fyrirlestur um frumforvarnarfræðslu byggða á fjölskyldufræðum Gottman sem höfðar til þarfa foreldra óháð kyni. Í framhaldi var barnshafandi pörum og foreldrum ungbarna í Reykjavík, Kópavogi og Reykjanesbæ, í samstarfi við sveitarfélögin og heilsugæsluna boðið á Gottman námskeiðið *Bringing Baby Home* (BBH) sér að kostnaðarlausu (*Námskeið fyrir verðandi foreldra*, 2009). Fræðslan styður við geðheilbrigði foreldra óháð kyni og uppeldisaðstæðum með því að hjálpa þeim að takast á við streitu og álag sem fylgir meðgöngu og foreldrahlutverki og neikvæðum afleiðingum ójafnvægis milli vinnu og heimilis. Námskeiðið byggir á rannsóknarniðurstöðum John og Julie Gottman, oft nefnd þekktasta meðferðarparar heims. Þau eru viðurkennd fyrir vísindastörf sín og þróunarverkefni á sviði stöðugleika í hjóna- og parasamböndum og hvernig fyrirbyggja má að álag og ágreiningur valdi togstreitu í parasambandi og foreldrahlutverki (Shapiro og Gottman, 2005). Rannsóknir Gottman hafa sýnt að líkindi eru á að sjö af hverjum tíu foreldrum upplifi minni ánægju í parasambandinu fyrstu þrjú árin eftir fæðingu barns. Streitan og álagið veldur því að ágreiningur allt að áttfaldast.

Á því álagstímabili eru hvað mestar líkur á að barn þurfi að ganga í gegnum það mikla álag sem skilnaður foreldra er (Shapiro og Gottman, 2005). Efni námskeiðsins var í samræmi við áðurnefnd

lög frá árunum 1997 og 2007. Það bauðst foreldrum árin 2008-2009 og til stóð að bjóða það áfram en svo kom efnahagshrunið og þrátt fyrir augljósa þörf var þetta mikilvæga starf hjá sveitarfélögum lagt af. Starfið hélt þó áfram til ársins 2014, fyrst í samstarfi við Rauða Krossinn (*Barnið komið heim*, (e.d.)) og síðar í samstarfi við Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF) og Velferðarsjóð barna (*Að verða foreldri*, 2014).

Börn þurfa tvo fullorðna

Foreldrahlutverkið er verðmætt tækifæri sem fólk fær til þroska og sjálfsstyrkingar. Að vera góður uppalandi er ekki sjálfgefið eða meðfætt. Samband foreldra og barna er gagnvirkt og foreldrar þurfa að vera sem best búnir til að lesa í þarfir barnsins og mæta þeim. Þegar Hugó Þórisson var að kynna foreldranámskeið sem hann og Vilhelm Norðfjörð héldu saman sagði hann að við þyrftum að hætta að kenna foreldrum um og kenna þeim í staðinn. Í umræðu um foreldravald þarf að fylgja ábyrgð stjórnvalda. Sú ábyrgð felur í sér að tryggja foreldrum fræðslu svo þeir hafi betri forsendur til að standa undir kröfum og áhrifa-valdi foreldrahlutverksins. Þáttur sem ýtir undir að umönnun og uppeldi lendir meira á herðum mæðra (víðast hvar í heiminum) tengist skorti á löggjöf um að feður fái skipulega fræðslu og geðheilbrigðisþjónustu með tilkomu foreldrahlutverksins. Hér á landi líkt og á Norðurlöndum örlar þó á breytingu í þessum efnun sbr. áðurnefnda löggjöf. Reynslan sýnir að ungt fólk vill jafnari heim og að kynin taki jafnari ábyrgð í fjölskyldumyndun. Með lagabreytingum um fæðingarorlof hefur vaxandi fjöldi feðra tekið feðraorlof og vilja taka virkari þátt í uppeldinu. Nútíma karlmenn vilja byggja upp traust og mótandi samband við börnin sín, er umhugað um tengslamyndun og að taka virkan þátt í uppvexti þeirra og þroska. Þetta kemur fram m.a. í auknum áhuga feðra á jafnari ábyrgð á börnum sínum eftir skilnað. Það tengdist breyttum viðhorfum og löggjöf um sameiginlega forsjá, fyrst sem möguleika (1998) og síðan sem meginreglu (2006) (Sigrún Júlíusdóttir og Nanna K. Sigurðardóttir, 2000; Sigrún Júlíusdóttir og Sólveig Sigurðardóttir, 2013). En hvað þýðir það fyrir karlmenn? Hvar eru fyrirmyndirnar sem geta kennt nýjum feðrum hvernig það hlutverk virkar? Hvernig er maður góður pabbi árið 2020? Ef við lítum á hefðbundnar samfélagslegar væntingar til

karlmannna þá snúast þær mikið um líkamlegan styrk og að færa björg í bú. Hér er fátt um fína drætti hvað varðar bleyjuskipti, tilfinningalegan stuðning og skilning. Karlmenntu eru nú í miðjum klíðum að móta nýja nútímalega karlmennsku. Karlmennsku sem einkennist af tilfinningalegum styrk og jafnrétti innan sem utan heimilisins. Það að huga að undirbúningi fyrir föðurhlutverk er viðurkennd leið til að tryggja börnum allavega tvo fullorðna. Aðgerðarleysið leiðir oftast en ekki af sér að móðirin sér meira um umönnunina. Þannig má líta á aðgerðarleysi stjórnvalda í að veita feðrum aðstoð og fræðslu sem styðjandi afl við hefðbundið kynhlutverk mæðra og viðhorf eldri kynslóða en dragbít á kynjajöfnuð og framfarir.

Gedheilsa foreldra

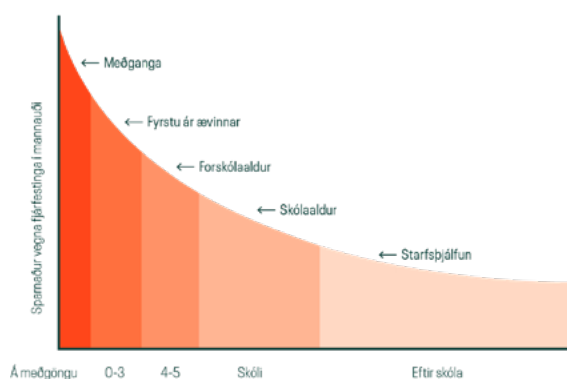
Árið 2021 styttist vinnudagurinn og fæðingarorlofið lengist. Ég minni aftur á að feður fengu ekki sjálfstæðan rétt til fæðingarorlofs fyrr en árið 2000. Sama rétt fengu feður í Svíþjóð árið 1974 (*State of Nordic Fathers*, 2019). Á Íslandi og í Svíþjóð taka feður um 30 prósent af heildarorlofsdögum. Í Danmörku og Finnlandi taka feður um 11 prósent af heildarorlofsdögum. Þetta er meðal þess sem kemur fram í nýrri norrænni skýrslu um feðraorlof þar sem byggt er á upplýsingum frá um 7.500 norrænum foreldrum og viðhorfi þeirra til fæðingarorlofsins (Guðrún Hálf-dánardóttir, 2019).

Rannsóknir sýna að feður eru nú jafn mikilvægir fyrir gedheilsu og persónustyrk barna og mæður. Sem dæmi þá hefur þunglyndi og kvíði hjá feðrum strax eftir fæðingu mikil áhrif á börnin. Þau eru í meiri áhættu fyrir tilfinninga- og hegðunarvanda síðar á ævinni, óháð heilsu móðurinnar. Að verða foreldri getur verið yfirþyrmandi upplifun. Vilja og þrá til að skila verkinu vel úr hendi lýstur saman við óvissu og hræðslu við nýtt verkefni, verkefni sem veldur stórfelldum breytingum á lífinu: vökunætur, hormónarússibani og fríar stundir sem teljast í sekúndum. Þetta tilfinningalega álag reynist mörgum erfitt. Um 14% mæðra þjást af fæðingarþunglyndi sem m.a. lýsir sér í þreytu og skömm yfir því að finna ekki betri tengingu við barnið. Minna þekkt er að um 10% feðra þjást einnig af fæðingarþunglyndi (Hólmfríður Dagný Friðjónsdóttir, 2019). Ingólfur V. Gíslason dósent í félagsfræði hefur bent á að á síðustu árum hefur þátttaka íslenskra feðra í um-

önnun barna sinna farið verulega vaxandi. Á sama tíma hefur lítið sem ekkert verið gert til að sinna þörfum þeirra fyrir fræðslu og aðstoð í hlutverki sem er töluvert annað en feðra þeirra. Aukin fræðsla, aðstoð og upplýsingar hafa sýnt sig hafa jákvæð áhrif á þessa feður og þar með börn þeirra og fjölskyldu alla. Fæðingarorlof feðra á Íslandi hefur valdið byltingarkenndum breytingum. Til að auka líkur föður á að hafa getu til að vernda börn og styðja viðkvæma móður þarf hann fræðslu og geðheilbrigðisþjónustu. Rannsóknir á áður nefndu Gottmannámskeiði (BBH) hafa sýnt að hjá þátttakendum dregur úr ágreiningi og streitu í parasambandinu sem m.a. gerir þá hæfari til að takast á við kröfur um samþættingu vinnu og heimils. Feður sögðust taka meiri þátt í foreldrahlutverkinu og fyndu meiri ánægju og upplifðu jákvæðara mat á framlagi sínu sem foreldrar. Einnig kom fram að þeir sýndu síður merki um depurð, kvíða og aðrar geðraskanir eftir að barnið fæddist (Shapiro og Gottman, 2005). Annar og þriðji aðili sem koma við sögu við umönnun og uppeldi barna eru mögulega amma og afi. Einn styrkleiki þjóðarinnar samkvæmt rannsóknum Dr. Sigrúnar Júlíusdóttur prófessors í félagsráðgjöf eru tíðari samskipti á milli kynslóða hér á landi heldur en á öðrum Norðurlöndum (Sigrún Júlíusdóttir, 2001). Hin mikilvæga þriðja manneskjan er leikskólinn sem gæti gripið barnið þegar foreldri eða foreldrar eru í viðkvæmri stöðu.

FJÁRFESTING Í ÞROSKA FERLI FYRSTU ÁRANNA ER SKYNSAMLEG FJÁRFESTING

Því fyrr sem fjárfest er snemmtækri íhlutun því meiri er sparnaðurinn



Tafla 1 Heckmankúrfan

Heckman kúrfan

James Heckman, Nóbelsverðlaunahafi í hagfræði, sýndi fram á með svokallaðri Heckman kúrfu

(The Heckman curve; sjá mynd) að því fyrr sem fjárfest er í ævi hvers og eins með snemmtækri íhlutum til stuðnings og þroska, því meiri verður sparnaður í kerfinu til langframa (Sólrún Erlingsdóttir og Anna María Jónsdóttir, 2020). Í breska þinginu hefur í nokkur ár verið rætt um nauðsyn þess að veita verðandi og nýbökudum feðrum og mæðrum og ungum börnum þeirra aukinn stuðning. Kostnaður vegna ýmissa geðrænna vandamála sem rekja má til áfalla í æsku hefur rokið upp þarlendis og í umræðum árið 2014 var því spáð að frá og með árinu 2024 geti sveitarfélög í Bretlandi ekki lengur staðið undir hefðbundinni þjónustu vegna aukins kostnaðar við einstök mál (*Early Childhood Development*, 2014). Í þeirri umræðu er gagnrýnt harðlega að sveitarfélög verji litlu sem engu fjármagni í stuðning og fræðslu á 1000 mikilvægustu ævidögum barnsins.

Fjárveiting per stöðugildi á leikskólum 15% af háskóla

Árið 2019 vörðu íslensk stjórnvöld 50 milljörðum króna í leikskólastarf og 126 milljörðum króna í háskólastarf (Hagstofan, 2019). Á eftirfarandi töflum sem finna má á vef Hagstofu Íslands má sjá fjölda nemenda í leikskólum annars vegar og háskólum hins vegar árið 2019.

Það þýðir að fjárveiting á bakvið hvert stöðugildi í leikskólum er minna en 15% af fjárveitingu á bak við hvert stöðugildi í háskólum. Þegar horft er á Heckmankúrfuna sést hvaða verk þarf að vinna á sviði mennta- og heilbrigðismála. Í tölum Hagstofunnar frá árinu 2009 var hlutfall menntaðra leikskólakennara 31% af starfsfólki leikskóla hjá Reykjavíkurborg. Í dag er hlutfallið 21%. Samkvæmt lögum um leikskóla eiga 67% starfsmanna að lágmarki að vera menntaðir leikskólakennarar. Horfast þarf í augu við að aðgerðir stjórnvalda skila ekki ásættanlegum forsendum fyrir leikskólastarf. Leita þarf leiða til að fylgja eftir stefnu Reykjavíkurborgar um hærra hlutfall fagmenntaðra (*Breyttur opnunartími leikskóla*, 2020). Þættir sem geta haft áhrif þar eru minnkun á álag með styttingu vinnuviku og innleiðingu handleiðslukerfis (Sigrún Júlíusdóttir, 2020). Foreldrum sem sækja jafnréttisfræðslu á meðgöngu og eftirfylgni gæti boðist að fá sjálf fjármagnið sem leikskólaláþjónusta kostar og annast barnið sjálf til tveggja ára aldurs. „Frá sjónarhóli barnsins er mjög margt sem mælir með að það sé sem

mest í umsjá foreldra sinna fyrstu tvö árin. Þetta er sá tími sem barnið er að kynnast sjálfu sér og umheiminum og þá þarf það fyrst og fremst öryggi sem fæst með ást og samfelldum tengslum við sama fólkið. Í þeim tengslum fer fram mikilvægasta nám barnsins því þar lærir það að þekkja sjálft sig. Með þessari stefnubreytingu væri verið að auka möguleika foreldra á að annast börnin sín meira sjálf og styrkja tengsl enn frekar sem er í anda þess sem foreldrar sækjast eftir í auknum mæli. Mikilvægur liður í þessari nýsköpun er að það skapast betri forsendur fyrir leikskólastarfsfólk að sinna börnum í viðkvæmum aðstæðum. Aðgerðin skilar sér í minni þörf fyrir starfsfólk og aukna möguleika fyrir menntaða leikskólakennara til að njóta sín í starfi. Þessir auknu og mikilvægu valmöguleikar þýða ekki kostnaðarauka í leikskólaláþjónustu.

Barnamálaráðherra veitir von

Hér er lag fyrir stjórnvöld að leggja hönd á plóg fyrir nýja foreldra og sérstaklega feður. Sá valdhafi sem getur haft áhrif og gefur von er Ásmundur Einar Daðason barnamálaráðherra. Hann sagði í viðtali um stöðu barna árið 2018: „Þetta er langtímaverkefni og ég er sannfærður um að ef við grípum þessi ungmenni snemma þá getum við gjörbreytt stöðu þeirra. En þetta er ekki gert á fjórum árum heldur miklu frekar á 10-15 árum (Guðrún Hálfánardóttir, 2018). Mánuði síðar gerði Barnaverndarnefnd Reykjanesbæjar bókun, sem óhætt er að telja til tímamóta, því þar var lagt til að bæjarstjórn Reykjanesbæjar legði til fjármagn sem næmi einu dýru barnaverndarmáli á ári í snemmtæka íhlutum (*249. fundur*, 2018). Í apríl á þessu ári innleiddi félags- og barnamálaráðherra sérhæfða skilnaðarráðgjöf að danskri fyrirmynd SES, Samvinna eftir skilnað – barnanna vegna. Hugmyndina og umsjón framkvæmdar eiga Dr. Sigrún Júlíusdóttir og Gyða Harðardóttir félagsráðgjafar. Fræðsluefnið og þjálfunin byggir á nýjustu þekkingu, á sannreyndum grunni rannsóknna og reynslu fagfólks. Með verkefninu er innleitt og þróað nýtt vinnulag í félagsþjónustu með markvissri félagslegri ráðgjöf í skilnaðarmálum og þannig unnið að virkara foreldrasamstarfi og órofum tengslum við báða foreldra, barnanna vegna (*Samvinna eftir skilnað - barnanna vegna*, 2020).



Ef við ætlum að ná markmiðum barnmálaráðherra á 10-15 árum þurfum við að hafa úthald og styrk til að horfast í augu við þá þætti sem þarf að breyta. Í framhaldi af sérhæfðri skilnaðarráðgjöf er kallað eftir sérhæfðri fræðslu og ráðgjöf til að fyrirbyggja skilnað hjá ungbarnaforeldrum.

200 milljarðar í menntakerfið

Á árinu 2021 mun hið opinbera verja meira en 200 milljörðum í leik-, grunn-, framhalds- og háskóla. Að auki verður mörgum tugum milljarða varið í hinar ýmsu aðgerðir vegna takmarkana sem núverandi kerfi hefur. Svo lítið sem 1% af þessum fjármunum gætu gjörbylt kerfinu þannig að mennta- og heilbrigðiskerfið gæti sinnt hlutverki sínu betur. Þekkingin sem þarf er til staðar, aðeins þarf pólitískt hugrekki til að ráðstafa fjármagninu á þann hátt að það hafi mest áhrif. Áætlun barnamálaráðherra í að gjörbreyta stöðu ungmenna varð hvati að smásögu sem ég skrifaði. Sagan heitir *Faðirinn* og gerist árið 2030 þegar erfiðum fjölskyldumálum hefur fækkað um meira en helming. Í sögunni er vitneskja 21. aldarinnar loksins nýtt um hvernig styrkja megi fjölskyldur. Þær aðgerðir ganga í fyrsta lagi út á fræðslu um fjölskyldumál í skólum, í öðru lagi fræðslu fyrir verðandi foreldra og fyrir foreldra fyrstu árin í nýju hlutverki sem þjónar þörfum beggja kynja og í þriðja lagi stuðning og ráðgjöf til foreldra, velji þeir að ala barnið upp á tveimur heimilum.

Lokaorð

Einu sinni snemma á 20. öldinni tók blaðamaður viðtal við merkisbónda í afskekktari sveit. Hann var þá miðaldra og bjó þökkalegu búi og átti mörg börn, eitthvað á annan tug, eins og þá gerðist ennþá. Sum þeirra voru enn mjög ung, svo líklega hefur hann átt fremur unga konu. Blaðamaðurinn spjallaði lengi við bónda um búskapinn, veðurfar og pólitík og varð bónda aldrei orða vant. Á meðan voru yngstu börnin á kreiki kringum þá, karlana, og það vakti athygi blaðamannsins að bóndi virtist lítið sem ekkert taka eftir þeim, hann sinnti þeim að minnsta kosti ekkert þótt þau væru nánast að klöngrast yfir hann stundum. Að lokum fór blaðamaðurinn að taka saman þjónkur sínar, en sagði að síðustu: „Ja, svo ertu greinilega mikill barnakarl, ha?“ Og bóndi smellti í góm, leit enn

ekki á börnin sín, en sagði eins og annars hugar: „Æjá, það er gaman að þessum litlu greyjum.“

Mér hefur alltaf fundist þessi saga merkilegt dæmi um það sinnuleysi og mér liggur við að segja áhugaleysi sem alltof lengi bar á hjá Íslendingum, auðvitað sérstaklega íslenskum feðrum, í garð barna sinna. Hvernig ætli börn þessa gamla bónda hafi minnst föður síns? Var hann bara einhver þúst í fjarska? Og ætli það hafi einhvern tíma runnið upp fyrir honum að hann hefði betur sýnt börnunum meiri eftirtekt og sinnt þörfum þeirra almennilega? En hann kunni það eflaust ekki. Á sínum tíma hneigðust menn til að fussa og sveia þegar minnst var á fræðslu fyrir foreldra og verðandi foreldra. Átti ekki öllum að bera í blóð borið hvernig ætti að hugsa um „þessi litlu grey“, eins og bóndinn komst að orði? En það er sannarlega ekki öllum í blóð borið, og sem betur fer erum við farin að átta okkur á því. Og áhuginn er fyrir hendi, og fólk er blessunarlega um það bil að hætta að skammast sín fyrir að þurfa og biðja um fræðslu.

Hér hef ég fjallað um móttökur unglinga og barnshafandi para við fræðslu, sem þessum hópum hafði ekki staðið til boða áður. Og þær móttökur sýna til dæmis að fólk hefur áhuga á grunnþekkingu á geðheilbrigði. Við þessu þurfa stjórnvöld að bregðast og meðtaka áhrif (e. *accepting influence*). Einn af styrkleikum velferðarkerfisins er að íslenskir feður taka nú sjálfstætt fæðingarorlof í sama mæli og feður í Svíþjóð þar sem orlofið hefur verið frá árinu 1974, eins og ég sagði í byrjun. Hugsuð ykkur, það tók okkur aldarfjórðung að ná þeim áfanga sem Svíar náðu 1974. Aldarfjórðung! Ímynduð ykkur öll þau sambönd feðra við börn sín sem fóru forgörðum á þeim tíma! En betra var seint en aldrei, og núna má tryggja ávinning samfélagsins af hinum nýju lögum sem taka gildi á þessu ári um lengingu fæðingarorlofs og styttri vinnuviku enn frekar. Og hvernig? Jú, með aukinni fræðslu fyrir foreldra. Umræða um mikilvægi þess að þör undirbúi sig vandlega fyrir barneignir, með því að afla sér fræðslu, var ekki til staðar árið 2008. Í undirbúningsfræðslu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH) í dag er fjallað um mikilvægi undirbúnings fyrir tilkomu barns. Allt í einu er nýr einstaklingur mættur í samband sem hingað til hefur byggst upp á tveimur einstaklingum. Auðvitað breytist allt, og auðvitað þarf fólk að vera mjög vel undir-

búið. Það segir sig kannski sjálft en samt er nú gott að hafa rannsóknir eins og þær sem Gottman gerði til að sýna okkur það svart á hvítu. Tala nú ekki um þegar börnunum fjölga kannski. Í framtíðaráætlunum HH er stefnt að fræðslu um parasambandið og ekki síst föðurhlutverkið (*Málþing um foreldra og ungbörn*, 2018). Hugsuð ykkur hvað gamli bóndinn hefði haft gott af því að líta á börnin sín sem sjálfstæða einstaklinga með þarfir og þrjár, en ekki bara sem einhver tilfallandi „grey“ sem þyrfti að umbera og mætti í mesta lagi hafa „gaman“ af. Ef hann hefði nú bara haft rænu á því eins og hann Mike vinur minn að taka sér frí frá bústörfunum og fá sér vinnu á barnaheimili um stund. Fyrir nú utan ef börnin, þessi „litlu grey“, hefðu skynjað að faðir þeirra vekti yfir velferð þeirra. Þetta eru mjög mikilvæg skref. Bent hefur verið á þörf fyrir uppstokkun á samstarfi ríkis og sveitarfélaga í mennta- og heilbrigðismálum. Og já, það er brýnt að sveitarfélög verji takmörkuðum fjármunum eftir bestu mögulegu vitund, sbr. Heckman kúrfuna, og endurskoði og efla þjónustu við börn á fyrstu æviárunum. Í krepnum og í kjölfar þeirra eru tækifæri til að breyta, og breyta rétt, og þá höfum tíma til að leiðrétta. Við Íslendingar erum nógu fá til að hanna heildræna og samræmda mennta- og heilbrigðisstefnu. Látum það verða gjöfina sem Covid 19 gefur okkur. Ég minntist í byrjun á að hrúnið 2008 hefði hefði haft slæm áhrif á börn og nýbura. Látum ekki einhvern standa í ræðustól eftir 10 ár og tala um slæm áhrif Covid 19 á börn og uppeldi. Grípum til aðgerða strax.

Heimildaskrá

Að alast upp aftur. (2004, 12. október). Akureyrarbær. <https://www.akureyri.is/is/frettir/ad-alast-upp-aftur>

Að verða foreldri. (2014, 20. nóvember). Háskóli Íslands – Rannsóknarstofnun í barna- og fjölskylduvernd. http://rbf.hi.is/ad_verda_foreldri

Áhrif og afleiðingar krepunnar á líðan og velferð barna. (2010, 23. febrúar). Stjórnarráð Íslands. <https://www.stjornarradid.is/verkefni/felags-og-fjolskyldumal/velferdarvaktin/fundargerdir/nanar/2010/02/23/Ahrif-og-afleiðingar-krepunnar-a-lidan-og-velferd-barna/>

Ásmundur Einar Daðason. (2018, 2. maí). *Börnin okkar – 8. maí*. Stjórnarráð Íslands. <https://www.stjornarradid.is/raduneyti/felagsmalaraduneytid/felags-og-barnamalaradherra/stok-raeda-felags-og-barnamalaradherra/2018/05/02/Bornin-okkar-8.-mai/>

Barnið komið heim. (e.d.). Rauðakrosshúsið. https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/velferdarvakt09/barnidkomiðheim_nov_09.pdf

Breyttur opnunartími leikskóla. (2020, 14. janúar). Reykjavík. <https://reykjavik.is/frettir/breyttur-opnunartimi-leikskola>

Early Childhood Development. (2014, 30. janúar). Parliament UK. https://publications.parliament.uk/pa/cm201314/cmhansrd/cm140130/halltext/140130h00_01.htm

Fjárlög fyrir árið 2021. (2020). Stjórnarráð Íslands. <https://www.stjornarradid.is/verkefni/efnahagsmal-og-opinberfjarmal/fjarlog/fjarlog-fyrir-arid-2021/>

Guðrún Hálfðánardóttir. (2018, 11. apríl). „Hvert barn er svo dýrmætt“. mbl.is. https://www.mbl.is/born/frettir/2018/04/11/hvert_barn_er_svo_dyrmaett/

Guðrún Hálfðánardóttir. (2019, 14. nóvember). *Óttast um starfsframa fari þeir í orlof*. mbl.is. https://www.mbl.is/frettir/innlent/2019/11/14/ottast_um_starfsframa_fari_their_i_orlof/

Gunnar Hersveinn. (2002, 12. desember). *Aðferð til að endurreisa sjálfan sig*. mbl.is. https://www.mbl.is/greinasafn/grein/703685/?fbclid=IwAR24t7-3mO1coXZpbYx6VUaz5_3bZ0naVRHxG4moAyHl1bTmvzPEHxxr7V4

Hólmfríður Dagný Friðjónsdóttir. (2019, 16. janúar). *Skima ætti fyrir fæðingarþunglyndi hjá feðrum*. RÚV. <https://www.ruv.is/frett/skima-aetti-fyrir-faedingarþunglyndi-hja-fedrum>

Jónína S. Jónasdóttir (2005). *Notagildi/árangur foreldra-fræðslunámskeiða: Könnun á sjónarhorni foreldra*. Óbirt lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði, Háskóli Íslands, Reykjavík.

Málþing um foreldra og ungbörn. (2018, 23. ágúst). Geðverndarfélag Íslands. <https://gedvernd.is/malthingum-foreldra-og-ungborn-myndbond-fra-erindum/>

Musick, M. A. og Wilson, J. (2008). *Volunteers. A Social profile*. Bloomington: Indiana University Press.

Námskeið fyrir verðandi foreldra. (2009, 12. mars). Barnaverndarstofa. <https://www.bvs.is/tolfraedi-og-utgefing-efni/frettir/frettasafn/nr/381>

Ólafur Grétar Gunnarsson og Bjarni Þórarinnsson. (2003). *Ósk um styrk vegna leiðbeinendanáms*. [Styrkumsókn] ÖB-ráðgjöf.

Ráðstefnubod – Efling foreldrahæfni. (2008). Barnaverndarstofa. <http://www.bvs.is/media/files/file637.pdf>

Samvinna eftir skilnað - barnanna vegna. (2020, 1. apríl). Stjórnarráð Íslands. <https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/2020/04/01/Samvinna-eftir-skilnad-barnanna-vegna/>

Shapiro, A. F. og Gottman, J. M. (2005). Effects on Marriage of a Psycho-Communicative- Educational Intervention With Couples Undergoing the Transition to Parenthood, Evaluation at 1-Year Post Intervention. *The Journal of Family Communication*, 5(1), 1- 24. <https://www.johngottman.net/wp-content/uploads/2011/05/Effects-on-marriage-of-a-psycho-communicative-educational-intervention-with-couples-undergoing-the-transition-to-parenthood-evaluation-at-1-year-post-intervention.pdf>

Sigrún Júlíusdóttir. (2001). *Fjölskyldur við aldahvörf*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Sigrún Júlíusdóttir. (2020). *Handleiðsla – Til eflingar í starfi*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Sigrún Júlíusdóttir og Nanna Sigurðardóttir. (2000). *Áfram foreldrar. Rannsókn um sameiginlega forsjá og velferð barna við skilnað foreldra*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Sigrún Júlíusdóttir og Sólveig Sigurðardóttir. (2013). *Eftir skilnað*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Sólrún Erlingsdóttir og Anna María Jónsdóttir. (2020, 31. mars). *Lengi býr að fyrstu gerð*. Geðverndarfélag Íslands. <https://gedvernd.is/blogg/lengi-byr-ad-fyrstu-gerd/>

State of Nordic Fathers. (2019, 14. nóvember). Norrænt samstarf. <https://www.norden.org/is/node/39193>

Sæunn Kjartansdóttir (2009). *Árin sem enginn man. Áhrif frumberskunnar á börn og fullorðna*. Mál og menning.

Sæunn Kjartansdóttir (2015). *Fyrstu 1000 dagarnir. Barn verður til*. Mál og menning.

Tillaga til þingsályktunar um aðgerðaáætlun til fjögurra ára til að styrkja stöðu barna og ungmenna. (2007). Stjórnarráðið.



https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti/media/media/acrobat-skjol/tal_um_adgerdaatlun_vegna_barna_og_ungmenna.pdf

Um verkefnið. (e.d.). Þorpið. http://tengslasetur.is/about/1001_dagur. (e.d.). Barnaheill. <https://www.barnaheill.is/is/starfid-okkar/samstarfshopar/1001-dagur>
122. löggjafarþing 1997–98. Pskj. 649 – 376. mál. (e.d.). Alþingi. <https://www.althingi.is/altext/122/s/0649.html>
249. fundur. (2018, 14. maí). Reykjanesbær. <https://www.reykjanesbaer.is/is/stjornsysla/stjornsyslan/fundargerdir/barnaverndarnefnd-249-fundur-3>
9 aðgerðir til að setja geðheilsu í forgang. (e.d.). 39.is. <https://39.is/>

Töfluskrá:

Tafla 1 Heckmankúrfan, bls 9

Um höfunda:

Ólafur Grétar Gunnarsson, fjölskyldu- og hjónaráðgjafi

Útdráttur

Í greininni er fjallað um fjölskylduvernd og gildi aðkomu beggja foreldra að tengslamyndun, umönnun og umsjá ungra barna ásamt jafnari ábyrgð kynjanna. Athygli er beint að sjálfböðnu starfi í formi forvarnarverkefna og annars framlags þriðja geirans. Þá er lögð áhersla á ábyrgð stjórnvalda í að fylgja eftir settum lögum með áætlun um framkvæmd og eftirfylgd.

Með lagabreytingum um fæðingarorlof með sjálfstæðum rétti feðra hefur vaxandi fjöldi tekið feðraorlof og virkari þátt í uppeldinu. Þetta kemur m.a. fram í auknum áhuga feðra á samvistum og jafnari ábyrgð á börnum sínum eftir skilnað.

Jafnframt sýna rannsóknir að feður eru nú jafn mikilvægir fyrir geðheilsu og persónustyrk barna og mæður.

Í umræðu um foreldrahlutverk þarf að huga bæði að valdi og ábyrgð. Sú ábyrgð felur í sér að tryggja foreldrum, óháð kyni, fræðslu svo báðir hafi betri forsendur til að standa undir kröfum og áhrifavaldi foreldrahlutverksins. Með skipulegri geðheilbrigðisþjónustu og fræðslu um foreldrahlutverk fyrir feður má draga úr einhliða ábyrgð, þunga umönnunar og uppeldis á herðum mæðra.

Framlag þriðja geirans hefur beinst að fræðslu í heilbrigðis- og skólakerfi um foreldrahlutverkið og frumforvarnarfræðslu fyrir barnshafandi pör. Rannsóknir á gagnsemi hafa sýnt að hjá þátttakendum dregur úr ágreiningi, óvild og streitu í parasambandinu sem m.a. auðveldar að takast á við samræmingu vinnu og heimils. Þessir feður sögðust taka meiri þátt í foreldrahlutverkinu og fyndu meiri ánægju og jákvæðara mat á framlagi sínu sem foreldrar.

Færð eru rök fyrir því að ávinning samfélagsins af lögum sem taka gildi árið 2021 um lengingu fæðingarorlofs og styttri vinnuviku, þurfi að nýta enn frekar með aukinni fræðslu fyrir foreldra. Í ljósi mikilvægis þess að fyrirbyggja streitu á fyrstu 1000 dögum barnsins á heimilum og í leikskólum þurfa sveitarfélög að móta stefnu um framlag og þátttöku. Einnig er þörf á liðstyrk frá sérfræðingum innan og utan þriðja geirans.

Fjölskyldumiðuð þjónusta geðdeildar á Sjúkrahúsinu á Akureyri

Fræðslugrein

Sjúkrahúsið á Akureyri

Sjúkrahúsið á Akureyri (SAK) sinnir almennri og sérhæfðri heilbrigðisþjónustu ásamt bráðaþjónustu. SAK er miðstöð sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu á Norður- og Austurlandi og áhersla er lögð á samvinnu við heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni og uppbyggingu heilbrigðisþjónustu á landsvísi (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2019a).

Í heilbrigðisstefnu til ársins 2030 er bent á að auka þurfi kröfur um gæði og öryggi í heilbrigðisþjónustunni (Heilbrigðisráðuneytið, 2019). Undanfarnir ár hafa verið innleiddar markvissar aðferðir gæðastjórnunar á SAK til að tryggja gæði og öryggi í allri starfsemi. SAK hefur hlotið alþjóðlega gæðavottun á heilbrigðisþjónustu og er fyrsta heilbrigðisstofnunin á Norðurlöndum til að hljóta vottun Det Norske Veritas (DNV-GL) en það er eitt öflugasta fyrirtækið á sínu sviði í heiminum. Jafnframt er til staðar vottun á allri starfsemi SAK samkvæmt ISO 9001:2015 (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2019a). Báðar vottanir taka til gæðakerfis og gæðastjórnunar, áhættustýringar og áhættumats, skipulags allrar klínískrar þjónustu, starfsaðstöðu, húsnæðis og réttindi sjúklinga (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2019b).

SAK er kennslusjúkrahús Háskólans á Akureyri (HA) og sameiginlegur vettvangur er Heilbrigðisvísindastofnun Háskólans á Akureyri (HHA) (Háskólinn á Akureyri, e.d.). SAK er skilgreint sem kennslusjúkrahús og er stefna sjúkrahússins að vera háskólasjúkrahús (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2020). Heilbrigðisþjónustan á SAK er skipt upp í þrjú klínísk svið: Bráða- og þróunarsvið, handlækningasvið og lyflækningasvið auk fjármála-sviðs. Geðdeild SAK heyrir undir lyflækningasvið (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2018a).



Geðheilbrigðisþjónusta

Undanfarna áratugi hefur orðið mikil breyting á geðheilbrigðiskerfinu á Vesturlöndum. Opinber stefna hefur verið að minnka vægi geðsjúkrahúsa og efla þjónustu í nærsamfélaginu, til að mynda innan heilsugæslu (Capdevielle and Ritchie, 2008; Heilbrigðisráðuneytið, 2019; Preti o.fl., 2009). Meginmarkmið geðheilbrigðismála skv. stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til ársins 2020, sem Alþingi samþykkti í apríl 2016, tilgreinir að góð geðheilsa og andlegt heilbrigði stuðli að því að einstaklingar geti tekið fullan þátt í samfélaginu, nýtt hæfileika sína og lagt sitt af mörkum. Andlegt heilbrigði stuðlar að virkri þátttöku í samfélaginu, góð geðheilsa er undirstaða lífsgæða sem gerir fólk fært um að finna tilgang með lífinu (Heilbrigðis- og Tryggingarmálaráðuneytið, 2001; Heilbrigðisráðuneytið, 2019; Þingskjal nr. 1217/2015-2016). Mikilvægt er að einstaklingum og aðstandendum þeirra, sem glíma við geðraskanir, sé boðið að hafa áhrif á meðferðarúrræði (World Health Organisation, 2005). Meginmarkmið geðheilbrigðisþjónustu eru að bæta geðheilbrigði og auka lífsgæði.

Geðheilbrigðisþjónusta á SAK

Á SAK er eina sérhæfða geðdeildarþjónustan utan höfuðborgarsvæðisins hér á landi. Geðdeild SAK skiptist í legudeild og dag- og göngu-deild sem veitir sjúklingum, 18 ára og eldri sem glíma við geðraskanir, alhliða meðferðarþjónustu. Meðferðaraðilar sem starfa á geðdeild SAK eru í nánú samstarfi við annað starfsfólk SAK, starfsfólk heilsugæslustöðva og félagsþjónustu sveitarfélaga. Legudeild geðdeildar SAK veitir sólarhrings- og dagsþjónustu. Að hámarki er hægt að veita tíu sjúklingum sólarhringsmeðferð og tveimur í dagsþjónustu. Forgangsverkefni eru bráð-



veikir sjúklingar með geðrofseinkenni og þeir sem eru metnir í sjálfsvígshættu. Flestar innlagnir eru bráðainnlagnir sem koma í gegnum bráðamóttöku SAK, aðrar eru af biðlista samkvæmt tilvísunum sem berast frá heilbrigðisstarfsfólki. Áhersla er lögð á reglubundið mat fagaðila á sjúkdóms-einkennum og sjúklingum er tryggð viðeigandi meðferð. Ávallt er tekið mið af sjúkdómsástandi þegar unnið er að meðferðaráætlun en mikilvægt er að fræða sjúklinga um hlutverk þeirra í bataferlinu. Þekking meðferðaraðila tryggir viðeigandi stuðning, meðferð í bráðafasa veikinda og skapar grundvöll fyrir einstaklingsmiðað meðferðarstarf. Starfsemi dag- og göngudeildar geðdeildar SAK er m.a. fólgin í viðurkenndri samtalsmeðferð, iðjuhópum og grunnámskeiðum í hugrænni atferlismeðferð. Langveikum sjúklingum með alvarlegar geðraskanir (e. Serious Mental Illness, SMI) er veitt þjónusta á deildinni, m.a. með stuðningsviðtölum og lyfjameðferð. Sjúklingahópar í forgangi eru einstaklingar með geðrof, þeir sem eru metnir í sjálfsvígshættu, sjúklingar með börn á heimili eða barn í vændum eða yfirvofandi brotthvarf frá námi/vinnu. Heilsugæslan tekur við eftirfylgd sjúklinga eftir að meðferð á dag- og göngudeild lýkur. Umfjöllun um geðheilbrigðisþjónustu á SAK kemur fram í gæðahandbók SAK (2020), nánar tiltekið í stefnumótun geðdeildar SAK.

Tvær heilbrigðisstofnanir starfa í heilbrigðisumdæmi SAK, en þær eru Heilbrigðisstofnun Norðurlands (HSN) og Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA). Mikilvægt er að góð samvinna og samfella sé á milli þjónustustiga og heilbrigðisstofnana á upptökusvæði SAK.

Fjölskylduhjúkrun

Mikilvægt er að sú meðferðarvinna sem fer fram á geðdeildum sé eftir bestu þekkingu á hverjum tíma til að hámarka mögulegan meðferðarangur á sjúkdómum sem hafa mikil áhrif á samfélagið. Viðurkenning og þekking á að félagslegt heilbrigði er mikilvægur hluti af heilsu hefur aukist undanfarin ár. Jafnframt eru fjölskylda og vinir mikilvægir hlekkir í félagslegu heilbrigði (Deatríck, 2017). Sýnt hefur verið fram á með kenningum, störfum og rannsóknum á sviði hjúkrunar að fjölskyldan hefur umtalsverð áhrif á heilbrigði og vellíðan innan hennar (Shajani og Snell, 2019). Veikindi fjölskyldumeðlims er viðfangsefni allrar fjölskyldunnar þar sem veikindi auka oft álag á

fjölskylduna og geta haft áhrif á viðhorf og samskipti innan hennar. Fjölskylduhjúkrun byggir á því að horft er á einstaklinginn innan fjölskyldunnar og fjölskylduna sem eina heild (Saveman, 2010; Shajani og Snell, 2019). Fjölskylduhjúkrun getur bætt samskipti og stuðlað að því að fjölskyldur séu betur undirbúnar að taka þátt í meðferðarferlinu og byrji fyrir að undirbúa útskriftir (Blöndal o.fl., 2014; Deatríck, 2017). Legutími sjúklinga á sjúkrahúsum hefur verið að stytta og auknar kröfur um að fjölskyldur aðstoði sjúklinga og sinni umönnun þeirra heima. Fjölskyldur eru því í aukinni þörf fyrir stuðning og fræðslu (Blöndal o.fl., 2014).

Calgary fjölskyldumats- og meðferðarlíkanið byggir á hugmyndafræði hjúkrunarfræðinganna dr. Lorraine M. Wright og dr. Maureen Leahey. Líkanið hefur verið í þróun frá árinu 1980 en fjölmargar rannsóknir á því hafa skapað gagnreynda þekkingu í fjölskylduhjúkrun (Leahey og Wright, 2016). Calgary fjölskyldumatslíkanið samanstendur af þremur meginflokkum: Formgerð, þroska og virkni. Flokkarnir þrír geta auðveldað hjúkrunarfræðingi að greina styrkleika, veikleika, vanda og finna hvaða þætti þarf að vinna með (Shajani og Snell, 2019; Svavarsdóttir, Sigurdardóttir og Tryggvadóttir, 2014). Til að draga upp mynd af fjölskyldu og meta eru fjölskyldutré og tengslakort mikilvæg verkfæri. Fjölskyldutré er skýringarmynd af samsetningu fjölskyldunnar en tengslakort er mynd sem skýrir tengsl fjölskyldunnar við aðila utan hennar. Hjúkrunarfræðingar sem átta sig á heildarmynd fjölskyldunnar geta notað þekkinguna til að valdefla fjölskylduna (Shajani og Snell, 2019; Svavarsdóttir o.fl., 2014; Sveinbjarnardóttir, Svavarsdóttir og Wright, 2013). Fjölskyldumeðferðarlíkanið leggur áherslu á að gefa fjölskyldunni tækifæri til að tjá sig um reynslu sína af veikindum. Í stað þess að einblína á vandamál fjölskyldunnar er lagt upp úr því að fjölskyldan finni hvar styrkleikar liggja. Markmiðið er að veita fjölskyldum sjúklinga aukinn stuðning í veikindum. Með góðri upplýsingasöfnun, nærgætni, virðingu og ígrunduðum meðferðarspurningum geta hjúkrunarfræðingar dregið úr þjáningu fjölskyldna og stuðlað að bata (Shajani og Snell, 2019).

Samkvæmt rannsókn Sveinbjarnardóttir o.fl. (2013) sem gerð var á geðdeild LSH geta styrkleikamiðuð meðferðarsamtöl við fjölskyldur, líkt

og notuð eru í Calgary líkaninu, aukið upplifun fjölskyldumeðlima á hugrænum- og tífingalegum stuðningi. Stutt meðferðarsamtal við fjölskyldu þar sem hjúkrunarfræðingur leggur áherslu á að heyra hvaða áhyggjur fjölskyldan hefur og svarar spurningum fjölskyldumeðlima getur komið í veg fyrir eða minnkað þjáningu í fjölskyldunni (Benzein, Johansson og Saveman, 2004; Svavarsdóttir o.fl., 2015; Svavarsdóttir, Tryggvadóttir og Sigurdardóttir, 2012; Sveinbjarnardóttir o.fl. 2013). Í samtalinu aðstoðar hjúkrunarfræðingurinn fjölskyldu við að sjá styrkleika sína, leiðbeinir fjölskyldunni hvernig hún getur tekist á við þjáningar og þar með stuðlað að og viðhaldið árangursríkri virkni innan hennar (Svavarsdóttir o.fl., 2014). Rannsóknir hafa sýnt að Calgary fjölskyldumats- og meðferðarlíkanið eykur gæði hjúkrunar sjúklings og fjölskyldu og eykur árangur meðferðar. Meðferðarheldni eykst þegar fjölskyldur og sjúklingar hjálpast við að muna hvað fer fram í meðferðarsamtölum við heilbrigðisstarfsmenn (Sveinbjarnardóttir o.fl., 2013; Sveinbjarnardóttir og Svavarsdóttir, 2019; Østergaard o.fl., 2020).

Innleiðing fjölskylduhjúkrunar á SAK

Framkvæmdastjórn tók ákvörðun um að innleiða Calgary fjölskylduhjúkrun á átta deildum SAK. Stefna og framtíðarsýn SAK sem gildir til ársins 2021 tilgreinir að einn af lykilmáttum í þjónustunni sé innleiðing fjölskylduhjúkrunar (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2018b).

Í stefnumótun fjölskylduhjúkrunar kemur fram í gæðahandbók SAK (2020) að markmiðið sé að efla samvinnu við sjúklinga og fjölskyldur þeirra svo skjólstæðingar SAK fái framúrskarandi þjónustu.

Innleiðing fjölskylduhjúkrunar á SAK byggir á þekkingargrunni sem er til staðar innan Landspítalans (LSH). Óskað var eftir samráði Fagráðs fjölskylduhjúkrunar og leiðsögn frá sérfræðingum á LSH. Í upphafi var skipaður verkefnastjóri en hann ásamt forstöðuhjúkrunarfræðingum innleiðingardeilda tilnefndu 15 tengiliði fjölskylduhjúkrunar. Tengiliðir fengu skýrt hlutverk samkvæmt starfslýsingu og unnu sameiginlega að gerðarætlun á undirbúningstímabilinu. Á hverri deild voru í upphafi skilgreindir markhópar. Markmiðið í nánustu framtíð er að bjóða fleiri sjúklingahópum og aðstandendum þeirra upp á fjölskyldu-

hjúkrun eftir því sem meðferðarúrræðið þróast. Hugmyndin er sú að starfsfólk tileinki sér og læri að notast við verklagið áður en það verður viðtækara.

Áður en innleiðing fjölskylduhjúkrunar hófst var stefnumótun og miðlægt verklag tilbúið. Verklagsregla fjallar um fjölskyldumats- og meðferðarlíkanið, uppbyggingu meðferðarsamtala, upplýsingasöfnun, skráningu og leiðbeiningar til að teikna fjölskyldutrú/tengslakort. Útbúin voru vasaspjöld með leiðbeiningum fyrir starfsfólk í gerð fjölskyldutrjáa, tengslakorta og með leiðbeinandi spurningum sem stuðst er við í meðferðarsamtölum. Fjölskyldutrú veitir heilmiklar upplýsingar og gefa sjónræna heildarmynd af fjölskyldunni. Hjúkrunarfræðingur sem sinnir fjölskylduhjúkrun gerir fjölskyldutrú til að kanna innri og ytri uppbyggingu fjölskyldunnar og samhengi/aðstæður hennar, skilgreinir forgangspatriði og hjálpar meðferðaraðilum að hugsa um sjúklinginn sem hluta af fjölskyldu.

Upplýsingum um fjölskylduhjúkrun sem er veitt á SAK tilheyrir sjúkraskrá sjúklings. Heilbrigðisstarfsfólk á SAK getur fylgt eftir þeirri fjölskylduhjúkrun sem veitt hefur verið á öðrum deildum SAK í sömu og/eða í fyrri legum sjúklinga. Með þessum hætti er meiri samfella til staðar í stuðningi við sjúklinga og aðstandendur þeirra.

Fjölskylduhjúkrun á geðdeild SAK

Sjúklingar sem glíma við geðraskanir geta átt í erfiðleikum með að viðhalda eðlilegum fjölskyldutengslum. Meðferðaraðilar geta haft áhrif á viðhorf fjölskyldunnar með fræðslu og stuðningi og á þann hátt stuðlað að jákvæðum samskiptum (Radfar, Ahmadi og Khoshknab, 2014; Shajani og Snell, 2019; Sveinbjarnardóttir og Svavarsdóttir, 2019). Það skiptir máli að kynna fyrir og fræða sjúklinga og aðstandendur um þætti sem tengjast sjúkdómum. Fjölskyldur eru oft fyrsta hjálp sjúklinga, talsmenn og ráðgjafar. Fjölskyldustuðningur er samstarfsverkefni þar sem meðferðaraðili, sjúklingur og aðstandendur eru beinir þátttakendur. Óformlegur fjölskyldustuðningur hefur lengi verið til staðar en eftir innleiðingu fjölskylduhjúkrunar á SAK er það orðið almennt verklag að bjóða fjölskylduhjúkrun á legudeild geðdeildar SAK. Aðstandendum stendur til boða að vera með sjúklingum í viðtölum á dag- og göngudeildinni sé þess óskað og það samþykkt



af sjúklingi. Megintilgangur er að aðstandendur standi sjúklingum nærri í meðferðinni. Hjúkrunarfræðingar eru mikilvæg starfstétt á geðdeildum þar sem þeir eru í mikilli nálægð við sjúklinga og aðstandendur þeirra. Hjúkrunarfræðingar eru í kjöraðstæðum til að fylgjast með framvindu og líðan sjúklinga þar sem þeir eru til staðar allan sólarhringinn, alla daga ársins.

Tilgangur meistararannsóknar sem gerð var á geðdeild SAK var að staðfæra og þróa spurningalista um skjólstæðingsmiðaða þjónustu og kanna upplifun skjólstæðinga af þjónustu geðdeildar. Meginniðurstaðan rannsóknarinnar er að geðdeild SAK eigi að bjóða upp á markvissa þátttöku fjölskyldunnar (Sólrún Óladóttir, 2012). Önnur meistararannsókn, sem var framkvæmd árið 2014 á geðdeild SAK, fól í sér að rannsaka breytingar á þunglyndi, kvíða, streitu og heilsutengdum lífsgæðum vegna innlagnar við alvarlegu þunglyndi og kanna fjölskyldustuðning í meðferðinni. Skv. niðurstöðum spurningarlistans Stuðningur og fræðsla við fjölskyldur (e. *The Iceland-Family Perceived Support Questionnaire*; ICE-FPSQ), sem metur upplifaðan hugrænan og tilfinningalegan stuðning, kom fram að þátttakendur mátu hugrænan stuðning og fræðslu mun hærri en tilfinningalegan stuðning. Hugrænn stuðningur mældist í efri mörkum en tilfinningalegur stuðningur mun lægri. Þetta styður tilgátuna um að fjölskyldustuðningur sé að einhverju leyti til staðar, en ljóst er að hægt væri að gera mun betur hvað varðar þennan þátt þjónustunnar (Gudjonsson, Sveinbjarnardóttir og Arnardóttir, 2020).

Í upphafi innleiðingar fjölskylduhjúkrunar á legudeild geðdeildar var markhópurinn sem veita átti fjölskylduhjúkrun sjúklingar með þunglyndi og kvíða sem dvöldu fimm daga eða lengur á deildinni. Viðmiðið var að sjúklingum og aðstandendum þeirra væri boðið a.m.k tvö fjölskylduhjúkrunarviðtöl á innlagnartíma. Ástæða þess að markhópurinn var valinn er að um er að ræða yfir helming þess sjúklingahóps sem veitt er meðferð allajafna. Viðmiðin hafa verið uppfærð og eru þau nú að fjölskyldutré er gert hjá öllum sjúklingum sem eru inniliggjandi í fimm daga eða lengur og einnig hjá þeim sem eru í endurinnlögnum innan sex mánaða og að veitt sé fjölskylduhjúkrunarviðtal tvisvar á þjónustutímanum. Þrátt fyrir þessa skilgreiningu er öðrum sjúklingahópum veitt fjölskylduhjúkrun eftir þörfum. Markmið deildarinnar

er að veita fjölskyldustuðning og skipulögð fjölskylduhjúkrunarviðtöl.

Einn tengiliður fjölskylduhjúkrunar var til staðar í upphafi en öðrum hefur verið bætt við. Tengiliðir fjölskylduhjúkrunar eru ábyrgir fyrir að vinna eftir stefnu SAK varðandi fjölskylduhjúkrun á geðdeildinni. Helstu þættir í starfi tengiliðaliða skv. gæðahandbók SAK (2020) eru að skipuleggja með forstöðuhjúkrunarfræðingi umsaminn tíma fyrir fjölskylduhjúkrun í meðferðarstarfi, vinna að fræðslu og kennslu fyrir hjúkrunarfræðinga á sínum deildum, greina forstöðuhjúkrunarfræðingi frá framvindu ásamt því að vera öðrum hjúkrunarfræðingum til leiðsagnar um hugmyndafræði og notkun fjölskylduhjúkrunar.

Stefnan er að allir hjúkrunarfræðingar/sjúkra- liðar á legudeildinni taki þátt í að veita fjölskylduhjúkrun og því hafa allir fengið fræðslu um fjölskylduhjúkrun. Fjölskylduhjúkrun er kynnt sjúklingum og aðstandendum eftir fremsta megni. Unnið er að því kynna fjölskylduhjúkrun með markvissari hætti á deildinni og gera hana sýnilegri fyrir sjúklinga og aðstandendur þeirra. Almenn hefur gengið vel að setja fram fjölskyldutré hjá sjúklingum sem tilheyra markhópnum og stöðluð hjúkrunargreining sem notast er við varðandi skráningu fjölskylduhjúkrunar hefur náð að festa sig í sessi. Óformleg úttekt sem gerð var af tengiliðum fjölskylduhjúkrunar á legudeild geðdeildar í mars 2019 sýndi að fjölskyldutré var gert í 74% tilfella og í annarri úttekt var fjölskyldutré gert í 83% tilfella.

Viðhorf hjúkrunarfræðinga getur haft áhrif á það hvort og hvernig þeir veita fjölskylduhjúkrun. Hjúkrunarfræðingar sem eru þeirrar skoðunar að veikindi séu fjölskyldumál geta náð góðum árangri í að tileinka sér þekkingu og klínísku færni í að veita fjölskylduhjúkrun (Arna Skúladóttir, Auður Ragnarsdóttir og Elísabet Konráðsdóttir, 2005; Coyne og Dieperink, 2017; Shajani og Snell, 2019; Svavarsdóttir o.fl., 2015). Í meistararannsókn sem var framkvæmd á SAK var viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar kannað með spurningarlistanum Families Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA). Niðurstöður gáfu til kynna að viðhorf hjúkrunarfræðinga á geðdeild SAK til fjölskylduhjúkrunar var almennt jákvætt (Áslaug Felixdóttir, 2019; Benzein o.fl., 2008).

Hópfjölskyldumeðferð á SAK

Ein af stærstu áskorunum stofnana sem vinna í geðheilbrigðiskerfinu er að takast á við kröfur um sálfélagslegar meðferðir og veita þjónustu sem er rekstrarlega hagkvæm. Geðdeild SAK hefur undanfarin ár unnið að innleiðingu hópfjölskyldumeðferðar (e. *Multifamily Group Therapy*; MFGT) en meðferðarúrræðið miðar að auknum stuðningi við aðstandendur þeirra sem glíma við geðraskanir. Það er mikilvægt í nútímasamfélagi að tengja geðheilbrigðiskerfið meira út í samfélagið og tryggja að aðstandendur hafi betra aðgengi að meðferðaraðilum.

Geðdeild SAK tekur þátt í evrópska Erasmus verkefninu „*Digitalising a network for peer collaboration and learning in family and community resources for workers in the social, educational and mental health sectors*“. Verkefnið er unnið með stofnunum og fagaðilum í geðheilbrigðismálum frá Spáni, Belgíu, Englandi, Finnlandi, Rúmeníu og Grikklandi. Verkefnið er framhaldsverkefni af öðru Evrópuverkefni sem geðdeild SAK tók þátt í árunum 2012 – 2014 sem kallaðist „*Family: Its role in the empowerment of patient*“. Samstarfsverkefnið miðar að því að styðja meðferðaraðila í þáttökulöndunum að vinna með bjargráð í nærumhverfi samfélagsins. Samstarfið snýr að því að skapa sameiginlegan rafrænan gagnagrunn þar sem hægt verður að nálgast fræðsluefni, verklag og upplýsingar um úrræði sem gagnast sjúklingum og fjölskyldum þeirra sem glíma við geðraskanir. Í tengslum við verkefnið er fyrirhuguð útgáfa bókar (umfjöllun um ýmis meðferðarúrræði) og samstarfsrannsókn sem verður fjallað um í stuttu máli hér í framhaldi.

Innleiðing hópfjölskyldumeðferðar á geðdeild SAK er ein af afurðum þessa samstarfsverkefnis. Hópfjölskyldumeðferð byggir á og sameinar einstaklings-, fjölskyldu og hópmeðferðir. Meðferðarúrræðið vísar til þess að margar ólíkar fjölskyldur og meðferðaraðilar með ýmsa sérþekkingu vinna saman á hverjum tíma. Með þessu móti er hægt að vinna með samskiptavanda innan margra fjölskyldna á hverjum tíma. Unnið er eftir blönduðum meðferðarnálgunum og sérþekkingu þeirra fagstétta sem koma að meðferðinni. Hlutverk meðferðaraðila er að leiðbeina um samskipti, fræða og skapa jákvæð tengsl milli fjölskyldumeðlima. Hugmyndafræði hópfjölskyldumeðferðar snýr að því að þátttakendur eru að einhverju leyti sínir

eigin meðferðaraðilar. Tilgangur meðferðar er að deila og læra af reynslu annarra að takast á við geðraskanir, greina óæskileg samskipti og auka samskiptafærni. Það getur haft jákvæð áhrif að heyra sögur annarra til að átta sig á eigin vandamálum. Þátttakendur meta sjálfir hver viðfangsefnin eru á hverjum tíma, en með þeim hætti er unnið að því að efla færni og auka ábyrgð þeirra sem veitt er geðheilbrigðisþjónusta.

Eitt af markmiðum hópfjölskyldumeðferðar er að takast á við einangrun, draga úr álagi hjá fjölskyldum þeirra sjúklinga sem glíma við alvarlegar geðraskanir, auka þátttöku fjölskyldunnar í virkri meðferð og draga úr hættu á kulnun hjá meðferðaraðilum með því að dreifa ábyrgð. Þessu er hægt að ná fram með eftirfarandi hætti: Stuðla að því að fjölskyldur nýti og hámarki bjargráð í nærumhverfi, stuðla að virkri þátttöku til að ná samstöðu og bæta samskipti og í þriðja lagi að virkja þátttakendur í meðferðarlegum tilgangi fyrir aðra þátttakendur (Sempere og Fuenzalida, 2013).

Fyrsti hópfjölskyldumeðferðarhópurinn tók til starfa í Elche (Spánn) í lok ársins 2005. Frumkvöðlar að tilurð samstarfsverkefnisins eru Javier Sempere (geðlæknir) og Claudio Fuenzalida (sálfræðingur), en þeir starfa á CTI í Elche (Centre de Terapia interfamiliar, e.d.). Sempere og Fuenzalida hafa séð um handleiðslu og skipulag meðferðarteyma í þáttökulöndunum sem sinna hópfjölskyldumeðferð, m.a. komu þeir snemma árs 2014 til Íslands og leiðbeindu meðferðaraðilum á geðdeild SAK. Meðferðaraðilar frá SAK hafa einnig farið til Elche og Namur (Centre-Neuro-Psychiatrique-Saint-Martin-dave-Namur, Belgía) og tekið þátt í hópfjölskyldumeðferð og fengið leiðbeiningar/kennslu.

Í mars 2014 fór fyrsti meðferðarhópurinn af stað á geðdeild SAK. Ákveðið var að bjóða fimm sjúklingum og fjölskyldum þeirra þátttöku í hópnunum. Allir sjúklingarnir höfðu lengi þegið þjónustu á geðdeild SAK og talin var þörf á stuðningi við fjölskyldur þeirra. Gerð var athugun þar sem leitast var við að fá dýpri innsýn í viðfangsefnið til að meðferðaraðilar áttuðu sig betur á þörfum skjólstaðingshópsins þar sem nýtt meðferðarúrræði er í mótun. Grófar athuganir gáfu til kynna að sjálfsmat og lífsgæði þátttakenda virtust aukast á meðferðartímabilinu. Fram kom hjá þátttakendum í nafnlausri viðhorfskönnun að þeir fundu



fyrir meiri skilningi á veikindum og auknu umburðarlyndi. Allir upplifðu betri samskipti heima og opnari umræður. Í einum af níu meðferðartímum tóku Sempere og Fuenzalida þátt ásamt því að leiðbeina meðferðaraðilum.

Haustið 2019 var sex sjúklingum og aðstandendum þeirra boðin þátttaka í öðrum lokuðum hópi sem var veitt meðferð. Annar hópurinn lauk meðferðinni í desember 2019. Þriðji hópurinn hóf meðferð í janúar 2020 en ekki reyndist unnt að klára hann vegna Covid-19. Ákveðið var í upphafi að leggja mælitæki fyrir þátttakendur í meðferðarhópnum í þeim tilgangi að undirbúa forrannsókn fyrir alþjóðlega samanburðarrannsókn í samstarfi við fagaðila í geðheilbrigðiskerfinu í Namur og Elche. Það verklag sem unnið hefur verið að í forrannsókn á geðdeild SAK verður yfirfært og stefnt að framkvæma á árinu 2021. Siðanefnd heilbrigðisrannsókna á SAK hefur veitt öll tilskilin leyfi fyrir fyrrgreindum rannsóknum.

Lokaorð

Framkvæmdastjórn tók ákvörðun um að innleiða Calgary fjölskylduhjúkrun á SAK en verkefnið er hluti af stefnumótun SAK sem gildir til ársins 2021. Margir þættir hafa haft mikið að segja um velgengi innleiðingarinnar og framtíðarhorfur fjölskylduhjúkrunar á SAK. Innleiðing fjölskylduhjúkrunar á LSH á árunum 2007 – 2011 hefur rutt brautina þar sem margt hefur verið hægt að staðfæra á SAK. Reynsla og kunnátta sérfræðinga á LSH hefur verið dýrmætur þekkingarbrunnur fyrir verkefnahóp fjölskylduhjúkrunar á SAK að leita í.

Framkvæmdastjórn og verkefnahópur fjölskylduhjúkrunar á SAK hóf undirbúning og innleiðingarferli fjölskylduhjúkrunar með metnaði og verkefninu hefur verið fylgt vel eftir. Á innleiðingartímabilinu voru framkvæmdar tvær meistararannsóknir sem fjölluðu um viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar sem er almennt jákvætt (Áslaug Felixdóttir, 2019; Gunnhildur Ósk Sæbjörnsdóttir, 2018). Niðurstöður rannsókna voru kynntar á alþjóðlegri fjölskylduhjúkrunarráðstefnu í Washington D.C. árið 2018 og á ráðstefnu Hjúkrunar 2019. Innleiðing fjölskylduhjúkrunar á SAK hefur verið kynnt á ýmsum vettvangi, þ.m.t. Norðurlandaráðstefnu svæfinga- og gjörgæsluhjúkrunarfræðinga 2019, hjúkrunarþingi 2016, Vísindadögum geðhjúkrunar 2017 og 2020, Vísindadögum SAK og HHA 2018

og 2019. Símenntun HA í samstarfi við Heilbrigðisvísindasvið HA og SAK héldu vinnustofu í fjölskylduhjúkrun í október 2018 með dr. Lorraine M. Wright og dr. Janice M. Bell. Með stuðningi stjórnenda tóku fimmtán tengiliðir á SAK þátt í vinnustofunni sem reyndist þeim mikil hvatning til að efla sig í hlutverki tengiliða í innleiðingarferli fjölskylduhjúkrunar. Stefnt er að framhaldsnámskeiði með Lorraine M. Wright að vori 2021 í samstarfi við sömu stofnanir og eru tilgreindar hér að ofan.

Markviss fjölskylduhjúkrun er mikilvægur þáttur í að efla þverfaglega teymisvinnu á geðdeild SAK. Fjölskylduhjúkrun hefur áhrif á daglega vinnu á deildinni (gæði hjúkrunar aukast) og aukin samvinna við fjölskyldur sjúklinga leiðir til markvissari útskrifta. Samræmt verklag og skráning hjúkrunar gerir það að verkum að meðferðaraðilar á geðdeild SAK sem sinna sjúklingum geta með auðveldum hætti séð hvað hjúkrun hefur unnið með, t.a.m. greiningu vandamála, markmiðssetningu og meðferðaráætlanir. Með samræmdu verklagi fjölskylduhjúkrunar á SAK eiga heilbrigðisstarfsmenn á öðrum deildum SAK með einföldum hætti að geta fylgt eftir þeim þáttum sem hjúkrun á geðdeild hefur unnið með. Það sama gildir um aðra heilbrigðisstarfsmenn sem starfa á öðrum heilbrigðisstofnunum á upp-tökusvæði SAK.

Stefna hjúkrunar á geðdeild SAK er að hefja innleiðingu fjölskylduhjúkrunar á göngudeild geðdeildar SAK og að efla fjölskylduhjúkrunarviðtöl skv. skipulagsramma Calgary við aðstandendur sjúklinga á legudeildinni. Í því felst m.a. að auka sýnileika og vægi fjölskylduhjúkrunar. Í upphafi var lögð áhersla á að aðstandendur kæmu á deildina og fái viðtöl við hjúkrunarfræðinga ásamt sjúklingi. Alheimsfaraldur Covid-19 hafði þau áhrif að heimsóknir aðstandenda voru takmarkaðar og á tímabilum gildi heimsóknarbann. Til þess að bregðast við breyttu ástandi var ákveðið að útbúa verklag (samráð við LSH) til þess að sinna fjölskylduhjúkrun einnig utan deildar. Markmiðið verður áfram að veita faglega fjölskylduhjúkrun þrátt fyrir takmarkanir á heimsóknum. Áhersla verður lögð á að aðstandendur geti nýtt tækni (símtal eða myndsamtal) í samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk. Ávinningur þess getur verið að auðvelda samskipti við aðstandendur sem ekki eiga heimangengt á geðdeild SAK. Mikilvægt er að

geta sinnt fjölskylduhjúkrun í dreifðari byggðum landsins.

Formlegt samtal hefur átt sér stað milli framkvæmdastjóra hjúkrunar á SAK, framkvæmdastjóra hjúkrunar á HSN, framkvæmdastjóra hjúkrunar á HSA og verkefnastjóra fjölskylduhjúkrunar á SAK varðandi verklag fjölskylduhjúkrunar á SAK. Fjölskylduhjúkrun hefur verið kynnt framkvæmdastjórunum og heilbrigðisstofnunum HSN og HSA hefur verið boðið að notast við verklag fjölskylduhjúkrunar á SAK. Samræmt verklag getur aukið samfellu í fjölskyldustuðningi hjá sjúklingum sem fá þjónustu á mismunandi stigum heilbrigðisþjónustunnar.

Afar mikilvægt er að kanna upplifun þjónustuþega (sjúklinga og aðstandenda) af þeirri þjónustu sem SAK veitir og meta gæði heilbrigðisþjónustunnar. Stefnt er að því að hefja rannsókn á árinu 2021 í samstarfi við HA þar sem þjónustuþegum á SAK verður boðið að taka þátt og greina frá reynslu sinni af fjölskylduhjúkrun á SAK, þ.m.t. geðdeildinni.

Hópfjölskyldumeðferð býður upp á breytingar frá sjúkrahúsmiðaðri til samfélagslegrar nálgunar og getur aukið líkur á almennri jákvæðri vitund samfélagsins um geðheilbrigðismál. Með því að geðdeild SAK bjóði upp á hópfjölskyldumeðferð er verið að auka fjölbreytni meðferðarúrræða á Eyjafjarðarsvæðinu og geðheilbrigðiskerfið er fært nær samfélaginu.

Heimildir

- Arna Skúladóttir, Auður Ragnarsdóttir og Elísabet Konráðsdóttir (2005). *Erum við föst í viðjum vanans – getum við veitt betri fjölskylduhjúkrun?* Tímarit hjúkrunarfræðinga, 81(4), 34-37.
- Áslaug Felixdóttir (2019). *Mikilvægi fjölskyldna við hjúkrun: Viðhorf hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAK)*. [Meistararitgerð, Háskólinn á Akureyri]. Skemman. <https://skemman.is/handle/1946/33792>
- Benzein, E., Johansson, B. og Saveman, B. I. (2004). Families in home care – a resource or a burden? District nurses' beliefs. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 867-875. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01024.x
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F. og Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. doi:10.1177/1074840708317058
- Blöndal, K., Zoëga, S., Hafsteinsdóttir, J. E., Olafsdóttir, O. A., Thorvardardóttir, A. B., Hafsteinsdóttir, S. A. og Sveinsdóttir, H. (2014). Attitudes of registered and licensed practical nurses about the importance of families in surgical hospital units: Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 355-375. doi:10.1177/1074840714542875
- Capdevielle, D. og Ritchie, K. (2008). The long and the short of it: Are shorter periods of hospitalization benefi-

- cial? *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 164-165. doi:10.1192/bjp.bp.107.044719
- Centre de Terapia inter-familiar (e.d.). *Centre de Terapia inter-familiar*. <https://www.cti-udac.com>
- Coyne, E. og Dieperink, K. (2017). A qualitative exploration of oncology nurses' family assessment practices in Denmark and Australia. *Supportive Care in Cancer*, 25(2), 559-566. doi:10.1007/s00520-016-3438-1
- Deatrick, J. A. (2017). Where is "Family" in the social determinants of health? Implications for family nursing practice, research, education, and policy. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 423-433. doi:10.1177/1074840717735287
- Háskólinn á Akureyri (e.d.). *Heilbrigðisvísindastofnun Háskólans á Akureyri*. <https://www.unak.is/is/rannsóknir/heilbrigðisvísindastofnun>
- Heilbrigðis- og Tryggingamálaráðuneytið (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 Langtímamarkmið í heilbrigðismálum*. <https://www.stjornarradid.is/media/velferðarraduneytimedia/media/Skyrslur/htr2010.pdf>
- Heilbrigðisráðuneytið (2019). *Heilbrigðisstefna Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030*. <https://www.stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=879dd726-9e80-11e9-9443-005056bc4d74>
- Gudjonsson, S. O., Sveinbjarnardóttir, E. K. og Arnardóttir, R. H. (2019). Recovery of patients with severe depression in inpatient rural psychiatry: a descriptive clinical study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-8.
- Gunnhildur Ósk Sæbjörnsdóttir (2018). *Mikilvægi fjölskyldna við hjúkrun: Viðhorf hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAK)*. [Meistararitgerð, Háskólinn á Akureyri]. Skemman. <https://skemman.is/handle/1946/31908>
- Leahy, M. og Wright, L. M. (2016). Application of the Calgary family assessment and intervention models: Reflections on the reciprocity between the personal and the professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450-459.
- Preti, A., Rucci, P., Gigantesco, A., Santone, G., Picardi, A., Miglio, R ... Zecca, L. (2009). Patterns of care in patients discharged from acute psychiatric inpatient facilities: A national survey in Italy. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 44(9), 767-776. doi:10.1007/s00127-009-0498-2
- Radfar, M., Ahmadi, F. og Fallahi Khoshknab, M. (2014). Turbulent life: The experiences of the family members of patients suffering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(3), 249-256. doi:http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12077
- Saveman, B. I. (2010). Family nursing research for practice: The Swedish perspective. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 26-44. doi:10.1177/1074840709360314
- Sempere, J. og Fuenzalida, C. (2013). Terapia inter-familiar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". *Revista Psicoterapia y Psicodrama*, 2(1), 88-105.
- Shajani, Z. og Snell, D. (2019). *Wright & Leahy's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia FA Davis.
- Sjúkrahúsið á Akureyri, (2018a). *Skipulag og stjórnnun*. <https://www.sak.is/is/um-fsa/skipulag-og-stjornun>
- Sjúkrahúsið á Akureyri (2018b). *Ársskýrsla 2017*. <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/arsskyrsla-sak-2017-02-del.pdf>
- Sjúkrahúsið á Akureyri (2019a). *Um Sjúkrahúsið á Akureyri*. <https://www.sak.is/is/um-fsa>
- Sjúkrahúsið á Akureyri (2019b). *Alþjóðleg gæðavottun – aukið öryggi og þjónusta*. <https://www.sak.is/is/um-fsa/althjodleg-gaedavottun>
- Sjúkrahúsið á Akureyri (2020). *Ársrit 2019*. <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/2019/arsrit-fyrsti-hluti-spread.pdf>
- Sólrún Óladóttir (2012). *Skjólstæðingsmiðuð þjónusta. Þróun matstækis og starfsemi á geðdeild FSA*. [Meistararitgerð, Háskólinn á Akureyri]. Skemman. <https://skemman.is/handle/1946/12477>



- Svavarsdóttir, E. K., Sigurdardóttir, A. O., Konradsdóttir, E., Stefansdóttir, A., Sveinbjarnardóttir, E. K., Ketilsdóttir, A., . . . Guðmundsdóttir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 5-15. doi:10.1111/jnu.12108
- Svavarsdóttir, E. K., Sigurdardóttir, A. O. og Tryggvadóttir, G. B. (2014). Strengths-oriented therapeutic conversations for families of children with chronic illnesses: findings from the Landspítali University hospital family nursing implementation project. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 13-50. doi:10.1177/1074840713520345
- Svavarsdóttir, E. K., Tryggvadóttir, G. B. og Sigurdardóttir, A. O. (2012). Knowledge translation in family nursing: Does a short-term therapeutic conversation intervention benefit families of children and adolescents in a hospital setting? Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 303-327. doi:10.1177/1074840712449202
- Sveinbjarnardóttir, E. K. og Svavarsdóttir, E. K. (2019). Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective. *Perspectives in psychiatric care*, 55(1), 126-132.
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K. og Wright, L. M. (2013). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 593-602. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.009
- World Health Organisation (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions*. Kaupmannahöfn: World Health Organisation.
- Þingskjal nr. 1217/2015-2016. Þingsályktun um stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára.
- Østergaard, B., Clausen, A. M., Agerskov, H., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B., Funderskov, K. F., ... og Konradsen, H. (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1290-1301

Um höfundu:

Áslaug Felixdóttir, hjúkrunarfræðingur M.Sc. og tengiliður fjölskylduhjúkrunar á SAK
Snæbjörn Ómar Guðjónsson, sérfræðingur í geðhjúkrun og tengiliður fjölskylduhjúkrunar á SAK

Tengiliðir greinar: Áslaug Felixdóttir aslaug@sak.is og Snæbjörn Ómar Guðjónsson snæbjorn@sak.is

Útdráttur

Á SAK er eina sérhæfða geðdeildarþjónustan utan höfuðborgarsvæðisins en hún skiptist í legudeild og dag- og göngudeild geðdeildar. Mikilvægt er að hafa meðferðarstarf á geðdeildum í samræmi við bestu þekkingu til að hámarka mögulegan meðferðarárangur á geðsjúkdómum en geðraskanir hafa mikil áhrif á samfélagið. Sjúklingar sem glíma við geðraskanir geta átt í erfiðleikum með að viðhalda eðlilegum fjölskyldutengslum. Sýnt hefur verið fram á með kenningum, störfum og rannsóknum á sviði hjúkrunar, að fjölskyldan hefur umtalsverð áhrif á heilbrigði og vellíðan innan hennar. Framkvæmdastjórn SAK tók ákvörðun um að innleiða Calgary fjölskyldu-

hjúkrun á átta deildum. Óformlegur fjölskyldu- stuðningur hefur lengi verið til staðar á geðdeild SAK. Eftir innleiðingu fjölskylduhjúkrunar er það orðið almennt verklag að bjóða fjölskylduhjúkrun. Markviss fjölskylduhjúkrun er mikilvægur þáttur í að efla þverfaglega teymisvinnu á geðdeild SAK. Fjölskylduhjúkrun hefur áhrif á daglega vinnu á deildinni og aukin samvinna við fjölskyldur sjúklunga leiðir til markvissari útskrifta.

Ein af áskorunum stofnana sem vinna að geðheilbrigði er að takast á við kröfur um sálfélagslega meðferð og veita þjónustu sem er rekstrarlega hagkvæm. Geðdeild SAK hefur undanfarin ár unnið að innleiðingu hóp fjölskyldumeðferðar (e. Multifamily Group Therapy, MFGT) en meðferðarúræðið miðar að auknum stuðningi við aðstandendur þeirra sem glíma við geðraskanir. Hópfjölskyldumeðferð byggir á og sameinar einstaklings-, fjölskyldu- og hópmeðferðir. Meðferðarúræðið vísar til þess að margar ólíkar fjölskyldur og meðferðaraðilar með margvíslega sérþekkingu vinna saman á hverjum tíma. Með þessu móti er hægt að vinna með samskiptavanda innan margra fjölskyldna á hverjum tíma. Hópfjölskyldumeðferð býður upp á breytingar frá sjúkrahúsmiðaðri nálgun til samfélagslegrar og getur aukið líkur á almennri jákvæðri vitund um geðheilbrigðismál. Með því að geðdeild SAK bjóði upp á hópfjölskyldumeðferð er verið að auka fjölbreytni meðferðarúræða á Eyjafjarðarsvæðinu og geðheilbrigðiskerfið er fært nær samfélaginu.

Abstract

Akureyri Hospital (SAK) has the only specialized psychiatric ward outside the capital, it is divided into an inpatient and a day- and outpatient ward. It is important that psychiatric wards practice evidence based treatment in order to maximize the possible treatment success, mental illness have a great impact on the society. Patients with mental disorders may have difficulty maintaining normal family relationships. Theories, experiences and researches in the field of nursing have shown that the family has a significant impact on the health and well-being of individuals within the family. The Board of Chief Executives at SAK decided to implement Calgary Family Nursing in eight wards. Informal family support has long been provided at SAK's psychiatric ward. Following the implementation of family nursing, it has become



a common practice to provide. Efficient family nursing is an important part of strengthening interdisciplinary teamwork at SAK's psychiatric ward. Family nursing affects the work process and increases collaboration with the patients' families and leads to a more efficient discharge. One of the challenges for institutions working in the mental health system is to address the demands for psychosocial treatments and provide cost-effective services. In recent years, SAK's psychiatry department is implementing MultiFamily Group Therapy (MFGT), the treatment aims to increase support for families of those who suffer from

mental disorders. MFGT combines individual, family and group therapies. MFGT refers to the fact that different families and therapists with different expertise collaborate. In this way, it is possible to work with communication problems within many families at once. MFGT offers changes from a hospital-oriented to a societal approach and can increase the likelihood of the community's general positive awareness of mental health issues. With SAK's psychiatric ward offering MFGT, the variety of treatment options in the Eyjafjörður area is being increased and the mental health system is being brought closer to the community.

Fjölskyldumiðuð stuðningsmeðferð í sérhæfðri líknarþjónustu

Ritrýnd grein

Inngangur

Það er vel þekkt að nánir ættingjar sjúklinga með lífsógnandi krabbamein þurfa á sérhæfðum stuðningi að halda, vegna þess mikla álags sem getur fylgt veikindaferlinu og afleiðingum þess (Kent o.fl., 2016). Sýnt hefur verið fram á að veittur stuðningur í formi meðferðarsamræðna getur styrkt aðstandendur í að vera betur í stakk búna til að takast á við þær erfiðu upplifanir sem geta fylgt sjúkdómsferlinu (Pétursdóttir og Svavarsdóttir, 2019) og einnig í sorgarferlinu eftir andlát sjúklingsins (Pétursdóttir o.fl., 2020). Fáar alþjóðlegar rannsóknir innan hjúkrunar hafa verið gerðar á áhrifum þess að veita fjölskyldum sem eru að takast á við lífsógnandi krabbamein sérhæfðan stuðning (Becqué o.fl., 2019). Í fræðilegri samantekt á rannsóknum á hjúkrunarmeðferðum til stuðnings aðstandendum sjúklinga í líknarheimþjónustu, voru einungis átta rannsóknir sem uppfylltu viðmið samantektarinnar (Becqué, o.fl., 2019). Í einungis einni af þeim rannsóknum sýndu niðurstöður fram á marktækan mun á andlegri líðan hjá meðferðarhópnum samanborið við samanburðarhópinn (Leow o.fl., 2015).

Engar slíkar rannsóknir hafa verið gerðar hérlandis og eru allar þrjár rannsóknirnar sem hér verða kynntar þær fyrstu til að kanna áhrif sérhæfðs stuðnings handa fjölskyldum í þessum flóknu aðstæðum. Um er að ræða doktorsverkefni í hjúkrunarfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og leiðbeinandi var Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor. Markmið verkefnisins var að þróa, innleiða og meta árangur íhlutunar sem felur í sér styrkleikamiðaðar meðferðarsamræður (FAM-SOTC) fyrir nána aðstandendur sjúklinga með lífsógnandi krabbamein (Pétursdóttir og Svavarsdóttir, 2019; Pétursdóttir, 2020).



Hér verður farið yfir helstu niðurstöður þriggja rannsókna af fjórum sem doktorsverkefnið samanstendur af. Kenningarfræðilegir grunnar rannsókna voru annars vegar Calgary fjölskyldumats- og meðferðarlíkönin (Shajani og Snell, 2019; Wright og Leahey, 2013), sem Lorraine M. Wright og Maurice Leahey eru frumkvöðlar að og hins vegar líkanið um viðbrögð við missi; Range of Response to Loss Model (Machin, 2001).

Meðferðarsamræður veittar í líknarmeðferð fyrir og eftir andlát náins fjölskyldumeðlims – (FAM-SOTC Pre- and Post-Loss)

Við þróun styrkleikamiðaðra meðferðarsamræðna (Family Strengths Oriented Therapeutic Conversation Pre- and Post-Loss) sem veittar eru til stuðnings fjölskyldum sem eru að takast á við lífsógnandi krabbamein, lífslokaferlið og tímabilið eftir missinn, var lögð áhersla á sértækar stuðningsþarfir þeirra (Lambert o.fl., 2012; Osse o.fl., 2006). Um er að ræða styrkleikamiðaða nálgun fjölskylduhjúkrunar (Feeley og Gottlieb, 2000; Gottlieb, 2013; Gottlieb, 2014; Gottlieb og Gottlieb, 2017; Wright, 2015) sem er virkjuð samkvæmt gagnreyndum niðurstöðum rannsókna (Bryant, 2009; Duhamel og Talbot, 2004; Eisma o.fl., 2017; Huges o.fl., 2015; Nielsen o.fl., 2017; Rempel o.fl., 2007; Rumpold, o.fl., 2017; Shipley, 2010; Trevino o.fl., 2017; Watanuki o.fl., 2006) og þær hafðar að leiðarljósi við gerð klínískra leiðbeininga meðferðarinnar. Grunnþættir FAM-SOTC meðferðarsamræðnanna eru virkjaðir með tilliti til sértækra stuðningsþarfa þessara fjölskyldna með áherslu á gagnreyndar niðurstöður rannsókna innan líknarmeðferðar. Í því sambandi má nefna niðurstöður nýlegrar rannsóknar tengt óvissu um framgang veikindaferlisins þ.e. lífs-

ógnandi krabbameins og hvaða áhrif slík upplifun hefur á aðstandendur (Arias-Rojas o.fl., 2019). Niðurstöður sýndu fram á að þessi upplifun hafði veruleg áhrif á hátt hlutfall aðstandenda sjúklinga í líknarmeðferð. Bent hefur verið á hvaða þætti megi virkja gegnum styrkleikamiðaða nálgun til að draga úr þeirri neikvæðu tilfinningu sem fylgir þessari óvissu sem einkennir lífsógnandi veikindi. Það að fjölskyldumeðlimum sé boðið að tjá reynslu sína af veikindaferlinu er einn af grunnþáttum meðferðarinnar og má virkja í samræðunum í þeim tilgangi að veita þátttakendum tækifæri til að setja þessa reynslu í orð og gera hana opinbera öðrum í fjölskyldunni (Shajani og Snell, 2019; Wright og Leahey, 2013). Sýnt hefur verið fram á að með því megi draga úr neikvæðri tilfinningu sem fylgir óvissunni og e.t.v. hefur verið bæld og getur orðið viðvarandi þegar mikil óvissa er um framgang veikindaferlisins eða lokaferli þess. Það eru einnig þættir sem geta aukið á þessa neikvæðu tilfinningu og hjúkrunarfræðingurinn sem stýrir samræðunum þarf að vera vakandi fyrir og varast. Í því sambandi hefur verið bent á hversu mikilvægt er að upplýsingar um einkennameðferð tengt framgangi sjúkdómsins séu gefnar með mjög skýrum en jafnframt varfærum hætti (Arias-Rojas o.fl., 2019). Niðurstöður nýlegrar rannsóknar hafa sýnt fram á að upplifun aðstandenda af auknum stuðningi frá heilbrigðisstarfsfólki getur dregið úr neikvæðri tilfinningu tengt óvissu (Arias-Rojas o.fl., 2019). Þessar gagnreyndu niðurstöður hafa ekki verið staðfestar fyrir með vísindalegum hætti innan líknarmeðferðar.

Fáar rannsóknir eru til varðandi þær áhyggjur sem helst sækja á aðstandendur við þessar streituskapandi aðstæður (Zavagli o.fl., 2015). Það hefur hins vegar verið sýnt fram á að áhyggjur eru oft viðvarandi í daglegu lífi aðstandenda sem eru að annast um náinn ættingja með lífsógnandi krabbamein (Zavagli o.fl., 2012). Niðurstöður rannsókna hafa leitt í ljós að það eru dæmigerðar sértækar áhyggjur sem helst leita á þennan markhóp en það eru áhyggjur tengt „fram tíð án tilgangs“ og sýnt hefur verið fram á tengsl við sálræna líðan með marktækum hætti (Zavagli o.fl., 2015). Í þessu sambandi má nefna annan grunnþátt meðferðarsamræðnanna sem felst í að hvetja einstaklinga að tjá áhyggjur sínar. Einnig er lögð áhersla á að benda einstaklingum á

eigin styrkleika og hvernig hægt er að nýta þá við þessar aðstæður.

Hér að ofan hafa einungis verið nefndir örfáir þættir tengt þróun meðferðarsamræðna til að veita fjölskyldum stuðning og gefin nokkur dæmi um hvernig meðferðin er aðlöguð sértækum stuðningsþörfum þeirra sem eru að takast við lífsógnandi krabbamein. Í útgefnu doktorsverkefni (Pétursdóttir, 2020) og í greinum í ritrýndum tímaritum (Pétursdóttir o.fl., 2020; Pétursdóttir og Svavarsdóttir, 2019) má finna ítarlega umfjöllun um klínískar leiðbeiningar meðferðarinnar bæði fyrir og eftir andlát sjúklingsins. Hverjum einstökum þætti meðferðarinnar er lýst í doktorsverkefninu og einnig rökstuðningi ásamt tilvitnun í heimildir. Ítarleg lýsing kemur auk þess fram með hvaða hætti hver aðgerð er virkjuð og tilgreint ef hjúkrunarfræðingurinn þarf sérstaklega að gæta að ákveðnum þáttum tengt viðkomandi aðgerð og með hvaða hætti hún er virkjuð (Pétursdóttir, 2020).

Rannsókn I

Fyrsta rannsóknin fólst í því að meta árangur þess að bjóða nánnum aðstandendum (N=48) sjúklinga með lífsógnandi krabbamein í sérhæfðri líknarþjónustu (sjá flæðirit bls. 27), þátttöku í styrkleika miðuðum meðferðarsamræðum (FAM-SOTC Pre-Loss). Samræðurnar byggjast á Calgary fjölskylduhjúkrun með áherslu á ígrundaðar samræður, skipulögðu mati á stuðningsþörfum til að hjálpa fjölskyldum að átta sig á styrkleika sínum við að takast á við oft erfiðar aðstæður og þegar lífslok nálgast (Pétursdóttir og Svavarsdóttir, 2019). Styrkleikamiðuð nálgun samræðnanna er virkjuð gegnum ýmsar aðferðir til að mæta sértækum stuðningsþörfum þeirra og með því að benda fjölskyldumeðlimum á þá styrkleika sem þeir hafi til að bera.

Aðferðir

Markmið með rannsókn I var að leggja mat á árangur af þátttöku í meðferðarsamræðunum með því að meta upplifun þátttakenda af fjölskyldustuðningi, áhrifum á andlega líðan og á huglæga byrði umönnunar. Spurningalistinn Fræðsla og stuðningur hjúkrunarfræðinga við fjölskyldur (ICE-Family Perceived Support Questionnaire; Svavarsdóttir og Sveinbjarnardóttir, 2009) var notaður til að meta upplifun af fjölskyldustuðn-



ingi. Þunglyndis, kvíða og streitu kvarðinn (Depression, Anxiety, Stress Scales, DASS; Lovibond og Lovibond, 1995) var notaður til að meta sálræna líðan og kvarðinn Brief Assessment Scale for Caregivers (Glajchen o.fl., 2005) var notaður til að meta huglæga byrði vegna umönnunar.

Niðurstöður og umræður

Þátttakendur í rannsókn I voru 48 aðstandendur og 60.4% af þeim voru konur, 80.8% voru makar, 11.5% dóttir eða sonur og 3.8% foreldri eða systkini. Flestir þátttakenda voru eiginkonur, eldri en 60 ára (77.1%) sem önnuðust veika eiginmenn sína. Niðurstöður dreifigreiningar fyrir endurtekna mælingar sýndu að nánustu aðstandendur upplifðu marktækt meiri stuðning veittan af hjúkrunarfræðingi, bæði tilfinningalegan ($p < 0.001$) og hugrænan ($p < 0.001$) í formi fræðslu og ábendingum um úrræði 2-4 vikum eftir þátttöku í tvö skipti, samanborið við fyrir þátttökuna. Einnig upplifðu þeir minni einkenni streitu ($p = 0.029$) og huglæga byrði vegna umönnunar ($p = 0.012$) eftir þátttöku í meðferðarsamræðunum. Það voru ekki marktækar breytingar á einkennum kvíða eða þunglyndis eftir þátttökuna. Það hefur komið fram í fræðilegri umfjöllun um meðferðir til stuðnings aðstandendum, að nauðsynlegt gæti reynst að hafa meðferðarstundir fleiri til að þær hafi áhrif á ákveðna þætti eins og m.a. einkenni þunglyndis. Hjúkrunarfræðingar sem sinna sérhæfðri líknarþjónustu eru í miklum og nánum samskiptum við sjúklinginn og fjölskyldu hans. Með því að bjóða til þátttöku í meðferðarsamræðum gefst þeim tækifæri til að tjá sig í viðkvæmum aðstæðum sem geta dregið úr upplifun á erfiðum tilfinningum.

Niðurstöður gáfu til kynna að fjölskyldan upplifir meiri stuðning þar sem markvisst er unnið með sérhæfða fjölskylduhjúkrun í formi meðferðarsamræðna. Þessar niðurstöður eru í takt við rannsóknir á gildi meðferðarsamræðna á geðsviði Landspítala (Gisladóttir o.fl., 2016; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2013)

Rannsókn II

Rannsókn II var byggð á aðstandendum ($n=51$) eftir andlát sjúklingsins (sjá flæðirit bls. 27), 26 aðstandendur voru í meðferðarhópi (aðstandendur sem tóku þátt í rannsókn I og höfðu tekið þátt í tveimur meðferðarsamræðum, var boðin

áframhaldandi þátttaka í rannsókn II) og 25 í samanburðarhópi (aðstandendur sem höfðu ekki tekið þátt í rannsókn I en notið hefðbundinnar líknarþjónustu) (Pétursdóttir o.fl., 2020). Fleiri konur voru þátttakendur í samanburðarhópnum (84%) en í meðferðarhópnum (54%) og það reyndist vera marktækur munur á milli hópanna eftir kyni ($p = 0.02$). Flestir voru 60 ára og eldri (63%) og 80% þátttakenda voru maki hins látna.

Aðferðir

Markmið með rannsókn II var að veita aðstandendum stuðning í sorgarferlinu með því að bjóða þeim til þátttöku í þriðju meðferðarsamræðunum (FAM-SOTC Post-Loss) eftir andlát sjúklingsins. Eins og fyrr segir er hverjum þætti meðferðarsamtalsins sem í boði er fyrir og eftir andlát gerð ítarleg skil í doktorsverkefningu (Pétursdóttir, 2020). Þunglyndis, kvíða og streitu kvarðinn (Depression, Anxiety, Stress Scales, DASS; Lovibond og Lovibond, 1995) DASS var einnig notaður í þessari rannsókn til að meta áhrifin af þátttöku á sálræna líðan ásamt sorgarferliskvarðanum Adult Attitude to Grief Scale (AAG; Machin, 2001) til að meta viðbrögð við missi. Samanburðarhópurinn fékk hefðbundna eftirfylgd frá líknarþjónustunni. Um er að ræða eina heimsókn hjúkrunarfræðings til aðstandanda, sem m.a. veitir upplýsingar um stuðning sem er í boði fyrir syrgjendur á vegum samfélagsins.

Niðurstöður og umræður

Við greiningu gagna voru notuð blönduð líkön (mixed models). Niðurstöður samkvæmt mælingum DASS kvarðans sýndu fram á að einkenni kvíða ($p = 0.048$) væru marktækt minni 3, 5 og 6 mánuðum eftir andlát sjúklingsins, hjá aðstandendum sem fengu íhlutunina en þeirra sem fengu hefðbundna eftirfylgd frá sérhæfðri líknarþjónustu. Einkenni kvíða voru minni sex mánuðum eftir andlát sjúklingsins samanborið við bæði þremur ($p = 0.0048$) svo og fimm mánuðum ($p = 0.0034$) eftir andlátið. Það var ekki marktækur munur á einkennum streitu eða þunglyndis hjá aðstandendum sem fengu íhlutunina og samanburðarhópsins. Meðaltal streitueinkenna aðstandenda mælt sex mánuðum eftir andlát sjúklingsins var lægra en meðaltal streitueinkenna bæði 3 og 5 mánuðum ($p = 0.037$ og $p = 0.025$) eftir missinn. Niðurstöður sýndu einnig fram á að þung-

lyndiseinkenni meðal þátttakenda í báðum hóp-unum voru hærrí samkvæmt DASS kvarðanum fimm mánuðum eftir andlát sjúklingsins heldur en sex mánuðum eftir missinn.

Ferli sorgarviðbragða reyndist vera með öðrum hætti hjá meðferðarhópnum en hjá samanburðarhópnum. Niðurstöður sýndu fram á marktækan mun á hópunum hvað varðar ákveðin ferli sorgarviðbragða. Samkvæmt sorgarferliskvarðanum AAG er einkennum sorgarviðbragða raðað saman í ákveðin mynstur og samanburðarhópurinn skor-aði marktækt hærra tengt því mynstri sem sýnir að viðkomandi sé líklegri til að afneita eða bæla tilfinningalegri líðan sinni.

Rannsókn III

Rannsókn III var byggð á þátttöku aðstandenda (n=24) sem höfðu tekið þátt í rannsóknunum fyrir og eftir andlát sjúklingsins og svarað spurninga-listum á öllum tímápunktum áður en sjúklingur lést. 54% af þátttakendum voru konur eldri en 60 ára (79%) (Petursdóttir o.fl., 2021).

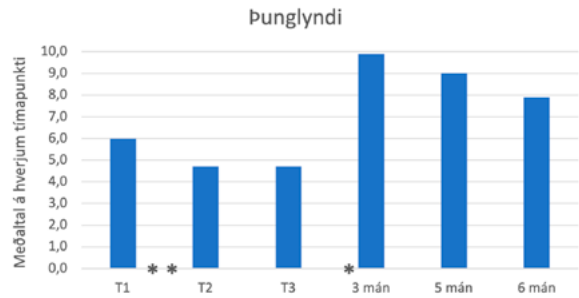
Aðferðir

Markmiðið með þriðju rannsókninni var að meta skammtíma- og langtímaáhrif þess að hafa tekið þátt í meðferðarsamræðum (á tímabilinu fyrir og eftir andlát sjúklingsins) á sálræna líðan. Niðurstöður gagnagreiningar á þunglyndis, kvíða og streitu kvarðanum; DASS (Lovibond og Lovibond, 1995) frá rannsókn I og II, voru notaðar til að skoða skammtíma- og langtímaáhrifin (sjá myndir 1, 2 og 3).

Niðurstöður og umræður

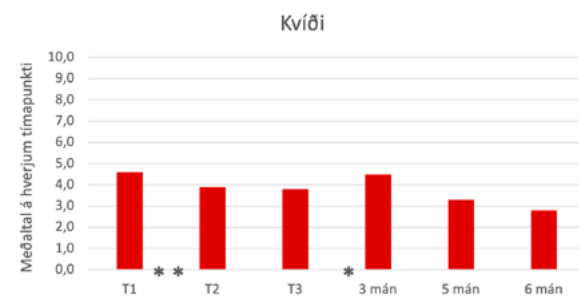
Við greiningu gagna í þriðju rannsókninni voru notuð blönduð líkön (mixed models), sem sýndu marktækar skammtíma og langtíma breytingar á einkennum kvíða og streitu hjá aðstandendum eftir þátttöku í meðferðarsamræðunum.

Við fyrstu mælingu samkvæmt DASS kvarðanum þ.e. þremur mánuðum eftir missinn, höfðu einkenni þunglyndis, kvíða og streitu aukist hjá aðstandendum frá því fyrir andlát sjúklingsins (sjá myndir 1, 2 og 3). Þriðju meðferðarsamræðurnar fóru fram á sama tímápunkti og þessi fyrsta mæling eftir missinn átti sér stað. Niðurstöður rannsóknar Jho og félaga (2016) á sorgarviðbrögðum við missi sýndu fram á háa tíðni bæði kvíða- (48.0%) og þunglyndiseinkenna (57.6%)



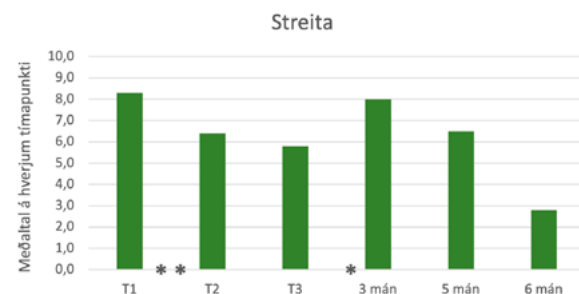
Mynd 1. Meðaltal á skorun þunglyndiseinkenna á DASS kvarðanum á hverjum tímápunkti, bæði fyrir og eftir andlát sjúklingsins

** Tvær meðferðarsamræður veittar með viku millibili
* Þriðju meðferðarsamræðurnar veittar 3 mánuðum eftir andlát sjúklingsins



Mynd 2. Meðaltal á skorun kvíðaeinkenna á DASS kvarðanum á hverjum tímápunkti, bæði fyrir og eftir andlát sjúklingsins

** Tvær meðferðarsamræður veittar með viku millibili
* Þriðju meðferðarsamræðurnar veittar 3 mánuðum eftir andlát sjúklingsins

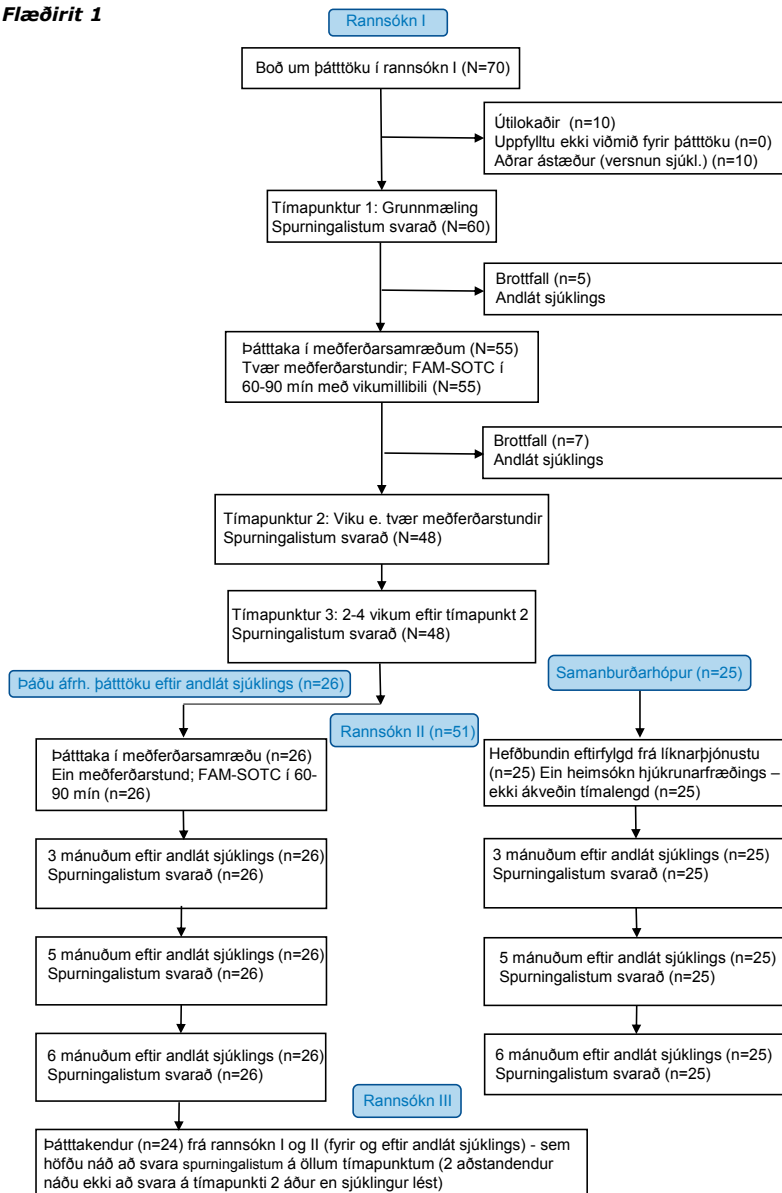


Mynd 3. Meðaltal á skorun á streitueinkennum á DASS kvarðanum á hverjum tímápunkti, bæði fyrir og eftir andlát sjúklingsins

** Tvær meðferðarsamræður veittar með viku millibili
* Þriðju meðferðarsamræðurnar veittar 3 mánuðum eftir andlát sjúklingsins

meðal aðstandenda krabbameinssjúklinga á tíma-bilinu tveimur til sex mánuðum eftir missinn. Það hefur jafnframt verið sýnt fram á að sálræn ein-kenni eins og kvíði, streita og þunglyndi eru hvað mest áberandi í byrjun sorgarferlisins og síðan dregur smá saman úr þessum einkennum þegar líður á þetta ferli (Stroebe o.fl., 2007; Taylor o.fl., 2008). Þessi birtingamynd er í samræmi við þær niðurstöður sem fram koma í þessari rannsókn. Einkenni streitu (sjá mynd 3) samkvæmt niður-

Flæðirit 1



stöðum DASS kvarðans mælt sex mánuðum eftir andlátið reyndist marktækt lægra samanborið við einkenni streitu við fyrstu mælingu (T1 grunnmæling í rannsókn I) áður en þátttaka í meðferðarsamræðunum hófst ($p = 0.018$). Einnig reyndust einkenni streitu samkvæmt DASS kvarðanum, mælt sex mánuðum eftir andlát sjúklingsins lægri samanborið við bæði 3ja mánaða og 5 mánaða mælinguna eftir missinn ($p = 0.041$, og $p = 0.039$). Heildar meðaltalsskorun kvíðaeinkenna (sjá mynd 2) reyndist marktækt herra við 3ja mánaða mælinguna samkvæmt DASS eftir andlát sjúklings, en heildar meðaltalsskorun kvíðaeinkenna mælt 5 og sex mánuðum eftir missinn ($p = 0.016$, og $p = 0.0063$). Meðaltalsskorun þunglyndiseinkenna (sjá mynd 1) reyndist vera

marktækt lægra yfir heildar tímabilið fyrir andlát sjúklings samanborið við meðaltalsskorun þunglyndiseinkenna fyrir heildar tímabilið eftir missinn ($p = 0.016$).

Samantekt

Niðurstöður doktorsverkefnisins gáfu vísbendingar um það með hvaða hætti heilbrigðisstarfsfólk getur veitt aðstandendum sjúklinga með lífsógnandi krabbamein sértækan stuðning við að takast á við veikinda- og lífslokaferlið. Rannsóknirnar eru því mikilvægt framlag til fjölskylduhjúkrunar innan líknarmeðferðar

Það er ekki algengt að aðstandendur í þessum aðstæðum láti í ljós þörf fyrir stuðning frá heilbrigðisstarfsfólki sér til handa sem og annarra fjölskyldumeðlima. Rannsóknir hafa eins og fyrr segir (Kent o.fl., 2016), leitt í ljós að heilsu þeirra geti verið hætta búin og mikilvægt sé að fylgjast með líðan þeirra. Með auknum skilningi og þekkingu á sértækum stuðningsþörfum

gefst kostur á að bæta gæði þeirrar þjónustu sem sérhæfð líknarþjónusta veitir fjölskyldum fyrir og eftir lífslok. Er það einkum fólgið í því að hjálpa aðstandendum og öðrum fjölskyldumeðlimum, sem oft upplifa hjálpar- og öryggisleysi, að gera sér grein fyrir eigin styrkleika til að takast á við erfiðar og flóknar aðstæður. Hjúkrunarfræðingar sem sinna sérhæfðri líknarþjónustu eru í lykilstöðu að fylgjast með líðan aðstandenda sem eru að takast á við lífsógnandi sjúkdóma fjölskyldumeðlims og að bjóða þeim sérhæfðan stuðning. Mikilvægt er að styðja aðstandendur í því að átta sig á eigin líðan sem og annarra fjölskyldumeðlima tengt óvissu og áhyggjum (Eisma o.fl., 2017) í daglegu lífi (Zavagli o.fl., 2012) og fyrir framtíðinni, sem geta orðið viðvarandi (Zavagli

o.fl., 2015). Niðurstöður rannsóknanna gefa vís-
bendingar um að þessi bættu gæði endurspeglit
í upplifun aðstandenda á því að vera betur studd í
þessum aðstæðum, sem og betri andlegri líðan er
þeir upplifa minni streitu þegar lífslok nálgast og
jafnframt minni kvíða eftir missinn.

Heimildaskrá

- Arias-Rojas, M., Carreno-Morena, S., & Posada-López, C. (2019). Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3200. Epub October 14, 2019. <https://doi.org/19.1590/1518-8345.3185.3200>
- Beccuqué, Y.N., Rietjens, J.A., van Driel A.G., van der Heide, A., & Witkamp, E. (2019). Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.011>
- Bryant, L. (2009). The art of active listening. *Practice Nurse*, 37(6), 49-52. <https://doi.org/10.1080/09540120600578409>
- Duhamel, F., & Talbot, L.R. (2004). A constructivist evaluation of family systems nursing interventions with families experiencing cardiovascular and cerebrovascular illness. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 12-32. <https://doi.org/10.1177/1074840703260906>
- Eisma, M.C., Boelen, P.A., Schut, H.A., & Stroebe, M.S. (2017). Does worry affect adjustment to bereavement? A longitudinal investigation. *Anxiety Stress & Coping*, 30(3), 243-252. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1229464>
- Feeley, N., & Gottlieb, L.N. (2000). Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing*, 6, 9-24. <https://doi.org/10.1177/19748407000600102>
- Gisladdottir, M., Treasure, J., & Svavarsdóttir, E. K. (2016). The effectiveness of therapeutic conversation intervention among caregivers of people with eating disorders: Quasi experimental design. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 735-750. <http://doi.org/10.1111/jocn.13412>
- Glajchen, M., Kornblith, A., Homel, P., Fraidin, L., Mauskop, A., & Portenoy, R. K. (2005). Development of a brief assessment scale for caregivers of the medically ill. *Journal of Pain Symptom Management*, 29(3), 245-254. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.06.017>
- Gottlieb, L.N. (2013). Strengths-based nursing care: *Health and healing for person and family*. Springer.
- Gottlieb, L.N. (2014). CE: Strengths-based nursing. *American Journal of Nursing*, 114(8)24-32. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000453039.70629.e2>
- Gottlieb, L.N., & Gottlieb, B. (2017). *Strengths-based nursing: A process for implementing a philosophy into practice*. *Journal of Family Nursing*, 23(3), 319-340. <https://doi.org/10.1177/1074840717717731>
- Hughes, C.R., van Heugten, K., & Keeling, S. (2015). Cultural meaning-making in the journey diagnosis to end of life. *Australian Social Work*, 68(2), 169-183. <https://doi.org/10.1080/031240X.2014.939668>
- Jho, H.J., Choi, J.Y., Kwak, K.S., Chang, Y.J., Park, E.J., Paek, S.J., Kim, K.M., & Kim, S.H. (2016). Prevalence and associated factors of anxiety and depressive symptoms among bereaved family members of cancer patients in Korea. *Medicine*, 95(22), e3716. <https://doi.org/10.1097/MD00000000000003716>
- Kent, E.E., Rowland, J.H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W.-Y.S., Shelburne, N., Timura, C., O'Mara, A., & Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13), 1987-1995. <https://doi.org/10.1002/cncr.29939>
- Lambert, S., Harrison, J., Smith, B., Bonevski, B., Carey, M., Laws, C., Paul, C., & Girgis, A. (2012). The unmet needs of partners and caregivers of adults diagnosed with cancer: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(3), 224-230. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000226>
- Leow, M., Chan, S., & Chan, M. F. (2015). A pilot randomized, controlled trial of the effectiveness of psychoeducational intervention on family caregivers of patients with advanced cancer. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), E63-E72. <https://doi.org/10.1188/15.ONF.E63-E72>
- Lovibond, S. H., Lovibond, P. F. (1995). *Manual for Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed). Psychology Foundation.
- Machin L. (2001). *Exploring a framework for understanding the range of response to loss: a study of clients receiving bereavement counselling*. Unpublished PhD thesis. Keele University.
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F., & Guldin, M. B. (2017). Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: a nationwide prospective cohort study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 540-550. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013>
- Osse, B., Vernooij-Dassen, M., Schadé, E., & Grol, R. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing*, 29(5), 378-388. <https://doi.org/10.1097/00002820-200609000-00005>
- Petursdóttir, A.B., Rayens, M.K., Sigurdardóttir, V., & Svavarsdóttir, E.K. (2021). Long-term effect of receiving a family strengths-oriented intervention on family cancer caregiver stress, anxiety, and depression symptoms: a longitudinal quasi-experimental study. *Journal of Family Nursing*, 27(2), 114-123. <https://doi.org/10.1177/1074840721994332>
- Petursdóttir, A., Sigurdardóttir, V., Rayens, M.K., & Svavarsdóttir, E.K. (2020). The impact of receiving a family-oriented therapeutic conversation intervention before and during bereavement among family cancer caregivers: a nonrandomized trial. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 22(5), 383-391. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000679>
- Petursdóttir, A., & Svavardóttir, E.K. (2019). The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care. *Journal of Advanced Nursing*, 75(6), 3018-3031. <https://doi.org/10.1111/jan.14089>
- Pétursdóttir, Á.B. (2020). *Family Nursing Strengths-Oriented Supportive Interventions in Specialized Palliative Home Care*. Thesis for a doctoral degree at the University of Iceland. ISBN 978-9935-9313-82
- Rempel, G.R., Neufeld, A., & Kushner, K.E. (2007). Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research. *Journal of Family Nursing*, 13(4), 403-419. <https://doi.org/10.1177/1074840707307917>
- Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Ebert-Vogel, A., Kirchheiner, K., Masel, E., Watzke, H., & Schrank, B. (2017). Hope as determinant for psychiatric morbidity in family caregivers of advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(5), 672-678. <https://doi.org/10.1002/pon.4205>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright and Leahey's Nurses & families: A guide to family assessment & intervention* (7th ed). Philadelphia: F.A. Davis.
- Shiple, S.D. (2010). Listening: A concept analysis. *Nursing Forum*, 45(2)125-134. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00174.x>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcome of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Svavarsdóttir, E.K., & Sveinbjarnardóttir. (2009). *Ice-Family Perceived Support Questionnaire. A 14-item instrument*



- (pp. 1-4). Faculty of Nursing. University of Iceland. Retrieved from <https://uni.hi.is/eks/en/instruments/ice-fpsq/>
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K., & Wright, L. M. (2013). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 593-602. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.009>
- Taylor, D.H., Kuchibhatla, M., Östbye, T., Plassman, B.L., & Clipp, E.C. (2008). The effect of spousal caregiving and bereavement on depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 12(1), 100-107. <https://doi.org/10.1080/13607860801936631>
- Trevino, K. M., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2017). Advanced cancer caregiving as a risk for major depressive episodes and generalized anxiety disorder. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1080-1087. <https://doi.org/10.1002/pon.3722>
- Watanuki, M. F., Tracy, R., & Lindquist, R. (2006). Therapeutic listening. In R. Tracy, & R. Lindquist. *Complementary alternative therapies in nursing* (pp. 45-55). Springer.
- Wright, L. M. (2015). Brain science and illness beliefs: an unexpected explanation of the healing power of therapeutic conversations and the family interventions that matter. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 186-205. <https://doi.org/10.1177/1074840715575822>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F.A. Davis.
- Zavagli, V., Miglietta, E., Varani, S., Pannuti, R., Brighetti, G., & Panutti, F. (2015). Associations between caregiving worries and psychophysical well-being. An investigation on home-cared cancer patients' family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 24, 857-863. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2854-y>
- Zavagli, V., Varani, S., Samolsky-Dekel, A.R., Brighetti, G., & Pannuti, F. (2012). Worry as a risk factor for mental and somatic diseases. A research on home-cared cancer patients family caregivers. *Giornale Italiano Di Medicina Del Lavoro Ed Ergonomia*, 34(2): B17-B22. Retrieved from: <http://gimle.fsm.it>

Um höfunda:

Dr. Ásta Bjarney Pétursdóttir er sérfræðingur í líknarhjúkrun með áherslu á fjölskylduhjúkrun.

Ásta Bjarney er gestalektor við framhaldsnámsdeild Háskólans á Akureyri.

Dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir er prófessor við hjúkrunarfræðideild á Heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands. Hún er formaður fagráðs í fjölskylduhjúkrun LSH og við HÍ.

Útdráttur

Nánir ættingjar sjúklunga með lífsógnandi krabbamein þurfa á sérhæfðum stuðningi að halda, vegna þess mikla álags sem getur fylgt sjúkdómsferlinu. Markmið þessarar rannsóknar var að þróa, innleiða og meta árangur íhlutunar sem felur í sér styrkleikamiðaðar meðferðarsamræður (FAM-SOTC) fyrir nána aðstandendur sjúklunga með lífsógnandi krabbamein.

Aðferð

Rannsókn I fólst í því að meta árangur þess að bjóða nánnum aðstandendum (N=48) sjúklunga með lífsógnandi krabbamein þátttöku í styrkleikamiððuðum meðferðarsamræðum (FAM-SOTC Pre-Loss/fyrir missinn). Rannsókn II var byggð á aðstandendum (n=51) eftir andlát sjúklingsins, 26 aðstandendur sem höfðu tekið þátt í rannsókn I voru í meðferðarhópi. Þessum aðstandendum var boðin áframhaldandi þátttaka eftir að sjúklingurinn lést. Í samanburðarhópi voru 25 aðstandendur sem var boðin þátttaka eftir andlát sjúklings sem hafði fengið hefðbundna líknarþjónustu. Rannsókn III var byggð á þátttöku aðstandenda (n=24) sem höfðu tekið þátt í rannsóknunum fyrir og eftir andlát sjúklingsins og náð að svara spurningalistum á öllum tímarpunktum áður en sjúklingur lést.

Niðurstöður

Niðurstöður dreifigreiningar fyrir endurtekna mælingar sýndu að nánustu aðstandendur upplifðu marktækt meiri stuðning veittan af hjúkrunarfræðingi, bæði tilfinningalegan og hugrænan í formi fræðslu og ábendingum um úrræði 2-4 vikum eftir þátttöku í tvö skipti, samanborið við fyrir þátttökuna. Einnig upplifðu þeir minni einkenni streitu og huglæga byrði vegna umönnunar eftir þátttöku í meðferðarsamræðunum. Niðurstöður samkvæmt blönduðum líkönum (mixed models) sýndu að einkenni kvíða væru marktækt minni 3, 5 og 6 mánuðum eftir andlát sjúklingsins, hjá aðstandendum sem fengu íhlutunina en þeirra sem fengu hefðbundna eftirfylgd. Einkenni kvíða voru minni 6 mánuðum eftir andlát sjúklingsins samanborið við bæði 3 svo og 5 mánuðum eftir andlát. Það var ekki marktækur munur á einkennum streitu eða þunglyndis hjá aðstandendum sem fengu íhlutunina og hjá þátttakendum í samanburðarhópnum. Meðaltal streitueinkenna aðstandenda mælt sex mánuðum eftir andlát sjúklingsins var lægra en meðaltal streitueinkenna bæði 3 og 5 mánuðum eftir andlát. Niðurstöður sýndu einnig fram á að þunglyndiseinkenni meðal þátttakenda í báðum hópnum væru hærri samkvæmt DASS kvarðanum fimm mánuðum eftir andlát sjúklingsins heldur en sex mánuðum eftir missinn.

Ferli sorgarviðbragða reyndist vera með öðrum hætti en hjá samanburðarhópnum sem skoraði

marktækt hærra tengt því mynstri sem sýnir að viðkomandi sé líklegri til að afneita eða bæla tilfinningalegri líðan sinni. Við greiningu gagna í þriðju rannsókninni voru notuð blönduð líkön sem sýndu marktækar skammtíma og langtíma breytingar á einkennum kvíða og streitu fyrir og eftir andlát sjúklingsins. Einkenni streitu reyndist marktækt lægra 6 mánuðum eftir andlátið sam- anborið við einkenni streitu við fyrstu mælingu áður en þátttaka í meðferðarsamræðunum hófst. Þunglyndiseinkenni reyndust hins vegar marktækt hærra yfir tímabilið 3 til 6 mánuðum eftir andlát sjúklingsins en yfir tímabilið fyrir missinn.

Ályktanir

Niðurstöður verkefnisins má nýta til frekari þróunar og rannsókna á meðferðarsamræðum til stuðnings fjölskyldum í líknarþjónustu og þá með stærra þýði. Helstu takmarkanir þessara rannsókna eru hversu fáir einstaklingar eru í rannsóknarúrtökum og því ekki hægt að alhæfa út frá niðurstöðum. Skortur á rannsóknum almennt á áhrifum fjölskylduhjúkrunarmeðferðar í líknarhjúkrun kemur í veg fyrir samanburð á niðurstöðum.

Niðurstöður doktorsverkefnisins gáfu vísbendingar um það með hvaða hætti heilbrigðisstarfsfólk getur veitt aðstandendum sjúklinga með lífsógnandi krabbamein sértækan stuðning og eftir þar með styrk og þolgæði þeirra við að takast á við veikinda- og lífslokaferlið. Með því að bjóða fjölskyldum að taka þátt í fjölskyldumiðuðum meðferðarsamræðum gefst kostur á að bæta gæði þeirrar þjónustu sem sérhæfð líknarþjónusta veitir fjölskyldum fyrir og eftir lífslok vegna ólæknandi krabbameins.

Lykilorð: Fjölskylduhjúkrun, klínísk hjúkrunarrannsókn, kennsla – þjálfun, lífsógnandi krabbamein, nánir aðstandendur, sérhæfð líknarþjónusta.

Abstract

Family caregivers of patients with advanced cancer are known to experience distress when dealing with advanced stages of the illness, and after the loss. The aim of the studies were to develop, implement and evaluate the effectiveness of a family strengths-oriented therapeutic conversation intervention (FAM-SOTC) for family caregivers of patients with advanced cancer.

Methods

The first study was based on family caregivers (N=48) of patients with advanced cancer; the second study, was based on bereaved family caregivers (n=51); the third study, was based on family caregivers (n=24) who had taken part in the studies both before and after the patients death and had been able to answer all the questionnaires before the patient died.

Results

Study I revealed significant improvement in the family caregivers perceived cognitive and emotional support and decrease in stress symptoms and caregiver burden after receiving the intervention. Study II revealed significant decrease in bereaved family caregivers' anxiety symptoms 3, 5 and six months after the patient had died and differences in grief reactions when compared to bereaved family caregivers receiving traditional care. There was not observed a significant decrease in stress and depression symptoms in the intervention group compared with the control group. Study III revealed short- and long-term significant decrease in stress and anxiety symptoms. There was however not observed long-term significant decrease in depression symptoms.

Conclusion

The results of these studies reveal how family caregivers of patients with advanced cancer receiving strengths-oriented therapeutic conversations show significantly less distress when dealing with the challenges they face in the advanced and final stages of cancer and how participation might lessen the consequences of this complicated experience.

Key words: Advanced cancer, bereavement, clinical practice nursing research, education, coaching, family caregivers, family nursing, palliative home care unit.

Fréttir af starfi félagsins

Í framhaldi af samstarfssamningi Geðverndarfélags Íslands við Solihull Approach í Birmingham í Englandi hefur starfsemi félagsins að miklu leyti snúist um Solihull. Mikil breyting hefur orðið á almennu viðhorfi til geðheilbrigðismála undanfarin ár, og sú breyting auðveldar að koma hugmyndafræði Solihull á framfæri.

Við höfum unnið að því að kynna Solihull fyrir starfsfólki heilsugæslu, sveitarfélaga, barnaverndanefnda og annarra sem vinna með börn og með börnum. Á covid19 tímum hafa kynningarnar aðallega farið fram gegnum Zoom og Teams. Kynningarnar hafa gengið mjög vel og óhætt er að segja að okkur hafi tekist að vekja áhuga fagfólks á því kynningar- og fræðsluefni sem Solihull býður upp á. Covid19 faraldurinn og þær takmarkanir á samkomum hans vegna hafa tafið útbreiðslustarf Solihull um meir en ár, en ný hyllir undir að hægt verði að fara á fullt með útbreiðslu- og kynningarstarfið. Við erum byrjuð að bjóða upp á grunnnámskeið Solihull sem er tveggja daga námskeið með hálfmánaðar millibili. Við verðum vör við mikinn áhuga á að tileinka sér Solihull hugmyndafræðina meðal fagfólks.



Solihull námskeiðin eru í grunninn þannig að allir sækja fyrst tveggja daga grunnnámskeið en geta síðar farið dýpra í ákveðið efni, s.s. áföll, starfsemi heilans og Tengslamyndun. Nýlokið er við að þýða kennsluefni um Allan skólann, námskeið og fræðsluefni fyrir allt starfsfólk eins grunnskóla.

Vert er að benda á að sveitarfélög og heilsgæstustöðvar geta sent einn eða fleiri starfsmenn á leiðbeinendanámskeið, sem gerir þau sjálfbjarga með námskeið. Þannig geta starfsmenn sveitarfélags haldið Solihull námskeið í samvinnu við Geðverndarfélagið og þurfa því ekki að kaupa námskeiðin af félaginu. Hlutverk Geðverndarfélagsins mun því breytast smátt og smátt frá því að vera mest með námskeiðin yfir í að tryggja þróun og framfarir í Solihull hugmyndafræðinni með því að halda árlegar Solihull ráðstefnur þar sem lögð verður áhersla á að fagfólk komi saman og miðli af reynslu sinni og rannsóknum ásamt því að fá ný sjónarhorn frá starfsfólki Solihull í Birmingham á Englandi.



Viðtal við Kristínu Gyðu Jónsdóttur, félagsráðgjafa

Samskipti og tengsl skipta mestu



Texti og mynd: Kjartan Valgarðsson

„Ég útskrifaðist úr Fósturskóla Sumargjafar 1963. Ég vann í framhaldinu sem leikskólakennari, fyrst hér á Íslandi og síðan í Danmörku og síðan varð ég forstöðukona í eitt sumar í Hveragerði og svo í Hafnarfirði. Síðan kenndi ég í Fósturskólanum og var með verklega námið.

Þú sagðir mér að þið hefðuð fengið kynningu á sálfræði í Fósturskólanum.

Já, það var 1962, þá var ég í grunnnáminu og þá kom m.a. Matthías Jónasson sálfræðingur og kenndi okkur, og kynnti Geðverndarfélagið fyrir okkur. Þannig tengdist ég félaginu upphaflega. En varðandi sálfræðina sjálfa, þá var á þessum tíma varla nokkrar bækur til um sálfræði, þetta var óttalegt basl, þannig séð. Svo kom Gylfi Ásmundsson sálfræðingur til sögunnar og allt vakti þetta áhuga minn meir á sálfræði. Sigurjón Björnsson kenndi okkur líka.

Þú vannst þá sem fóstura, sem starfið var kallað þá 1962 og 1963. Hvað varð til þess að þú fórst að læra félagsráðgjöf?

Það gerðist smátt og smátt, en aðallega eftir framhaldsnám í stjórnun í Fósturskólanum, með mörgum metnaðarfullum konum. Þetta var eins árs nám. Við ýttum á að það sem hafði áður verið kennt á námskeiðum var breytt í fullt tveggja missera nám. Þá fannst mér svo gaman í skóla að ég innritaði mig í Háskólann í sálfræði. Ég lauk BA prófi í sálfræði með félagsráðgjöf og síðan tók ég starfsréttindanám í félagsráðgjöf.

Þannig að þú ferð í Háskólann í sálfræði og kemur þaðan út félagsráðgjafi?

Já, ég var orðin fertug þegar ég byrjaði í háskólanum og hefði ég viljað halda áfram í sálfræði

þá var ekki boðið upp á framhaldsnám hér, ég hefði þurft að fara utan til þess og það stóð aldræi til að taka fjölskylduna upp og flytja til útlanda. Ég tók hins vegar nokkur námskeið í Danmörku, samhliða því þegar ég vann þar á leikskóla. Ég hafði sem sagt unnið í um 20 ár sem fóstura áður en ég hóf nám í sálfræði. Það var góður grunnur.

Ég hóf störf á Landspítalanum eftir að ég útskrifaðist sem félagsráðgjafi, á geðdeildinni. Ég fór að vinna á Kleppi þar sem geðklofasjúklingarnir eru. Ég hafði ekki sérhæft mig neitt í náminu í félagsráðgjöf, ég einfaldlega vildi fara að vinna með sjúklingum með geðsjúkdóma. Ég vann á Landspítalanum þar sem eftir var af mínum starfsaldri.

Þú nefndir að Matthías hefði vakið áhuga þinn á Geðverndarfélaginu. Hvernig kom það til?

Það var þannig að alltaf þegar við þurfum að skila ritgerð eða verkefnum þá var auðvelt að leita fanga í Tímaritinu Geðvernd, sem þá kom út allt að fjórum sinnum árlega. Tímaritið var eins konar haldreipi fyrir mig því bókakosturinn í sálfræði og geðlæknisfræði á íslensku var fátæklegur, það var erfitt að nálgast lesefni. Síðan þegar ég var farin að vinna á Kleppi þá var alltaf auðvelt að nálgast tímaritið, því Tómas Helgason var þar yfirlæknir og forystumaður Geðverndarfélagsins í marga áratugi. Ég skráði mig strax í félagið, um leið og ég hóf störf á Kleppi. Það tengdist m.a. því að mér var falið verkefnið að hafa umsjón með vernduðum heimilum sem Geðverndarfélagið rak. Ég get nefnt verndað heimili í Ásholti, í íbúð sem félagið átti, ég hafði umsjón með því allan tímann sem það var í umsjón Geðverndarfélagsins. Þannig að það kom eiginlega af sjálfu sér að ég gekk í félagið, gerðist félagi, og síðar tók ég sæti í



Kristín Gyða Jónsdóttir, félagsráðgjafi

stjórn þess og var þar í mörg ár. Eitt leiddi af öðru og áður en varir var ég farin að hafa umsjón með áfangaheimili sem Geðverndarfélagið rak að Álfalandi 15, í stóru húsi þar sem við gátum verið með 8 skjólstæðinga. Við vorum reyndar tvær sem sáum saman um það, það var ekki eins manns verk.

Hvernig mótaðist áhugi þinn á fjölskyldumiðaðri nálgun við meðferð geðsjúkra?

Það kom eiginlega af sjálfu sér á löngum tíma, manni varð ljóst að það var ekki hægt að einangra börnin frá foreldrunum, það verður að hafa þetta saman. Síðan með geðklofasjúklingana, þetta er svo mikið á fjölskylduna lagt, hún oft reið og varnarlaus og ræður illa við aðstæður, algerlega vanmáttug. Eftir að hafa unnið með þetta, þá fórum við tvær, Margrét Jónsdóttir, félagsráðgjafi, og ég, á námskeið í London, fórum reyndar tvisvar, þar sem við fræddumst um geðklofasjúklinga og við héldum svo námskeið heima þar sem við komum því sem við kynntumst á framfæri. Þetta námskeið var þannig að það var horft á geðsjúk-

dóma út frá sjónarmiði barnsins. Það er ekki hægt að undanskilja börnin frá veikum foreldrum.

Hvað finnst þér skipta mestu máli við að tryggja fjölskyldum gagnreynda þjónustu?

Samskipti og tengsl skipta mestu máli, samskipti innan fjölskyldna. Og það þarf að leiðbeina fjölskyldum með þessi samskipti. Það var hlegið að okkur í byrjun, „ætlíð þið að safna þessu fólki saman? Það fer allt í bál og brand, eruð þið brjáláðar?“ var sjónarmið sem við urðum varar við. Svo kom auðvitað í ljós að sjúklingurinn og fjölskylda hans var bara ljúft og gott fólk þegar maður talaði við það. Það hafa alltaf verið ákveðnir fordómar gagnvart geðveikum þó þeir hafi minnkað með árunum, en við urðum varar við fordóma gagnvart okkar fjölskyldumiðuðu nálgun, t.d. vegna þess að hún er tímafrek. Það er þægilegra að vera bara með sjúklinginn einan, en það er ekki hægt. Mömmurnar eru þær sem verða helst veikar, og þær eru oft ekki þægilegar, og því er auðveldast að ýta þeim frá. Þær kröfðust tíma og þolinmæði.

Hefur þjónsustu við geðsjúka farið fram, eða réttara sagt: hversu mikið hefur henni farið fram?

Ég vona það að minnsta kosti. Varðandi þessa nálgun okkar sem ég talaði um, þá eru svo mikil gæði fólgin í því að leiða alla fjölskylduna saman, það er bara allt annað mál. Þannig að kannski eigum við frekar að segja að gæðin í þjónustunni hafi aukist.

Nú er lögð meiri áhersla á nærþjónustu, 1. stigs þjónustu og heilsugæsluþjónustu. Hvernig á heilsugæslan að koma að þessum málaflokki?

Ég held að heilsugæslan eigi að koma meir að þessu en var, það er af því góða. Þetta á ekki að vera bara spítalaþjónusta, hún er dýr og hún á að vera skammvinn. Heilsugæsluþjónustan hins vegar tekur yfir lengra tímabil og varir lengur, og hentar þessum sjúkdómi betur, það þarf langtímahugsun. Og eins og ég sagði áðan þá þarf öll meðferð að vera fjölskyldumiðuð og þannig starfsemi hentar miklu betur í heilsugæslunni heldur en á spítala. Heilsugæslan nýtist einnig betur við að grípa snemma inn í, snemmtæk íhlutun hentar heilsugæslunni. Fólk kemur á heilsugæslustöðina og hittir bæði lækni, hjúkrunarfræðinga og fólk með annars konar menntun, s.s. félagsráð-

gjafa og sálfræðinga. Ungbarnameðferðin er gott dæmi. En ég held að það þurfi meiri fjölskylduvinnu þarna.

Er nógu mikið á leiðinni út af spítölum og inn í heilsugæsluna?

Já, það hefur orðið stefnubreyting. Erfiðustu tilfelling fer inn á spítala og hægt er að grípa snemma inn í á heilsugæslunni. Og þetta hefur verið að gerast á löngum tíma. Það eru mörg veikindi, ýmsar gerðir eða tegundir af geðrænum veikingum, sem eiga ekkert erindi inn á spítala. Þegar fólk og stofnanir vinna vel saman þá er hægt að koma í veg fyrir að vísað sé á spítalann þegar engin ástæða er til þess.

...og svo er auðveldara að vera með fjölskyldumiðaða nálgun á heilsugæslunni heldur en á spítalanum?

Heilsugæslan er að öllu leyti heppilegur fyrsti viðkomustaður, hægt að grípa fyrir inn í og hún er nær fólki en spítalinn. Og svo má bæta við að félagsþjónusta sveitarfélaga og skólinn skipta einnig miklu máli. Samvinnan þarna á milli skiptir öllu máli.

Viðtal við Önnu Karólínu Stefánsdóttur, félagsráðgjafa

Góð tilfinningatengsl undirstaða góðrar heilsu

Texti: Kjartan Valgarðsson



Anna Karólína Stefánsdóttir, félagsráðgjafi

„Ég heyrði á tal tveggja kvenna og önnur var að segja hinni frá námi í félagsráðgjöf í Danmörku. Ég heillaðist svo af lýsingunni. Þetta nám var ekki til hér þá, en ég heillaðist af tilhugsuninni um að fara að læra um samskipti

og samspil einstaklings, fjölskyldu og samfélags. Það höfðaði mjög sterkt til mín, að vinna með samskipti og tengsl.“

Þannig lýsir **Anna Karólína Stefánsdóttir**, félagsráðgjafi, ástæðunni fyrir því að hún fór að læra félagsráðgjöf. Karólína, eins og hún er alltaf kölluð, starfaði lengst af við heilsugæsluna á Akureyri og hafði þar forystu um að koma á fót fjölskylduráðgjöf, nýrri hugsun og ferskri nálgun við forvarnir og að styðja við fjölskyldur í vanda. Hún hætti störfum árið 2016.

Karólína, hafði hafið nám í íslensku við Háskóla Íslands áður en hún heyrði á tal kvennanna. „Ég breytti um kúrs, en það var erfitt að komast inn í námið, ég þurfti að útvega mér einhvern praxis og fékk vinnu sem aðstoðarmaður félagsráðgjafa á Kleppi. Maður varð að hafa innsýn í námið og hafa unnið á þessu sviði, þannig voru inntökuskilyrðin. Ég vann á Kleppi í rúmt ár. Þá var þar í forsvari Sigrún Júlíusdóttir, félagsráðgjafi og núverandi professor emeritus við Félagsráðgjafadeild HÍ, og mikið og spennandi starf í gangi. Ég vann m.a. á deildinni hans Jakobs Jónassonar, en hann var yndislegur geðlæknir. Hann var þekktu fyrir að nýta dáleislu í meðferð sjúklunga og var duglegur að víða að sér nýrri



þekkingu og miðla henni. Einhvern tíma kom hann frá Bretlandi og kynnti þá fyrir okkur, sem unnum við hans deild, transactions analýsu (samvirknigreiningu), nýja nálgun í tengslavinnu. Og þar varð ég ástfangin af henni. Svo fékk ég að fylgjast með fjölskyldumeðferð bakvið spegilglær, þegar Kristín Gústavsdóttir, félagsráðgjafi og fjölskyldumeðferðarfræðingur í Svíþjóð, kom og kenndi okkur. Þangað kom líka þennan vetur Virginia Satir, stórstjarna í fjölskyldumeðferð á þeim tíma.“

Hvenær útskrifaðist þú úr félagsráðgjöf?

„Ég útskrifaðist úr félagsráðgjöf 1977, frá Sosialskolan í Þrándheimi í Noregi. Í náminu var ég mjög heppin með praxis. Fyrst vann ég á barna- og unglíngageðdeild þar sem ég vann með foreldrum og í teymi með alla fjölskylduna. Seinni hluti verklega námsins var á sviði fjölskyldumeðferðar og fjölskylduráðgjafar. Þar starfaði ég meðfram náminu síðasta árið og þar kynntist ég því hvernig fjölskylduráðgjöf getur gagnast í heilsugæslu.“

Já, einmitt.

„Ég miðaði allt mitt nám og hinn verklega hluta þess við að læra og þjálfast í fjölskyldumeðferð. Eftir námið fékk ég starf í Bergen, þar sem maðurinn minn var við nám, og þar fékk ég vinnu í klínískri félagsráðgjöf, með mjög margþættri handleiðslu frá ýmsum fagaðilum, í mikilli teymisvinnu við stórt geðsjúkrahús. Þar var ég í tvö ár og lærði margt.“

„Þegar heim kom sótti ég um og fékk vinnu á BUGL, Barna- og unglíngageðdeild Landspítalans. Þar kynntist ég Huldu Guðmundsdóttur, þerapista. Hún var þá yfir félagaráðgjöfinni, með mikla reynslu og menntun á þessu sviði. Ég var svo heppin að komast í handleiðslu hjá henni, og

þar hófst farsælt samstarf okkar og vinátta. Ég vann þó bara í eitt ár á Bugl og flutti þá norður til Akureyrar, maðurinn minn fékk vinnu þar og ég eignaðist mitt annað barn.“

Í vinnunni á Bugl vaknaði sú hugmynd, eða draumur, um hve frábært það væri að hafa fjölskylduráðgjöf innan heilsugæslunnar. Hugmyndin þróaðist í þessu skapandi handleiðsluferli með Huldu. Þá var hún byrjuð að miðla til mín ýmsum nýjum hugmyndum og kenningum sem hún hafði kynnst erlendis. Hún var þá sú sem ég tel að hafi vitað mest á Íslandi í þessum fræðum og ég var full af áhuga.

Og þú fórst að vinna á Akureyri?

„Já, við fluttum norður, ég eignaðist mitt barn númer tvö og ég var mjög reið í þeirri fæðingu, reið vegna þess sem mér fannst vera neikvætt viðmót gagnvart konum. Og ég hugsaði: Vá, hvað það er lítil vitund um þetta, hvað það skiptir miklu máli hvernig komið er fram við fæðandi konur. Sú reynsla hafði mikil áhrif á mig og var síðar hvatning til dáða í starfinu á heilsugæslunni.“

Eftir fæðingarorlof fór ég að vinna á ráðgjafar- og sálfræðiþjónustu skóla, á fræðsluskrifstofunni á Akureyri, við fjölskyldumeðferð og handleiðslu. Þegar hér að komið sögu buðum við konur fram við bæjarstjórnarkosningarnar á Akureyri, Kvænnaframboðið. Þar, í framboðinu, kynnti ég drauminn minn um fjölskylduráðgjöf í heilsugæslunni. Við komumst í meirihlutasamstarf og í framhaldinu var stofnuð staða í fjölskylduráðgjöf við Heilsugæsluna á Akureyri. Bæjarstjórnin samþykkti það árið 1985, með stöð í 19.gr. þágildandi heilbrigðislagi. Þetta ferli tók þó sinn tíma, bæði innan kerfisins og svo var þetta árið sem ég fæddi dóttur, yngsta barnið, þannig að ég var ekkert að hlaupa af stað.“

Kvænnaframboðið á Akureyri var þá örlagavaldur?

„Já. Það sameinaðist tvennt: Konur og og góður yfirlæknir á Heilsugæslunni, Hjálmar Freysteinnsson. Valgerður H Bjarnadóttir var forseti bæjarstjórnar og fulltrúi bæjarins í stjórn heilsugæslunnar. Hún kynnti hugmyndirnar um fjölskylduráðgjöf fyrir stjórninni og Hjálmari, allt í róleghitunum. Heilsugæslan var ný stofnun og fólk ekki alveg tilbúið að hoppa á nýjar og framandi hugmyndir. Vorið 1987, kom Valgerður Magnúsdóttir sálfræðingur úr námi og við lögðum saman krafta okkar

og buðum fram okkar starfskrafta við að móta starf fjölskylduráðgjafa í samvinnu við aðra faghópa í heilsugæslunni. Þeim leist vel á hugmyndir okkar, við kynntum hugmyndafræðina og nálgunina og lögðum grunn að teymisvinnu. Samþykkt var að Hulda Guðmundsdóttir yrði handleiðandi fyrir hópinn. Þetta meðgönguferli var 9 mánuðir. Í framhaldinu skrifuðum við Valgerður skýrslu sem leiddi til þess að staða fjölskylduráðgjafa var stofnuð, ég sótti um og fékk. Fjölskylduráðgjöf við Heilsugæslustöðina á Akureyri fór formlega af stað árið 1988.“

Var þverfagleg vinna hluti af þessu verkefni frá upphafi?

„Já, alltaf. Við byrjuðum þannig, einmitt til þess að þetta yrði ekki eins og aðskotahlutur heldur sem partur af þeirri heild sem heilsugæslan er. Við byrjuðum mjög snemma að setja fókussinn á mæðra- og ungbarnavernd. Margir komu að þessari vinnu frá upphafi, Hulda kom reglulega norður með handleiðslu og Sigmundur Sigfússon, geðlæknir sinnti handleiðslu fyrir læknanum á stöðinni og síðar við verkefnisstjórn. Við kynntum okkur slíka starfsemi erlendis og stóðum fyrir málþingum og ráðstefnum og fengum m.a. fyrirlesara úr fremstu röð, eins og Kari Killén, Lisbet Brudal og Lynn Getz. Við nutum stuðnings Ólafs Ólafssonar landlæknis, fólk úr ráðuneytinu studdi okkur. Við fundum fyrir miklum áhuga í mæðra- og ungbarnaverndinni og hjá stórum hluta lækna; þeir voru ekki allir jafn hrifnir, sumir vildu bara fá að vera í friði með sína skjólstaðinga og vera ekki „að eyða tíma í þessa fundi.“

Formlegt þróunarverkefni undir heitinu Nýja barnið hefst 1992 og stendur í fimm ár. Hjálmar Freysteinnsson, læknir, var í forsvari ásamt mér og sífellt endurmat á sér stað allan þennan tíma. Eftir það er það innleitt sem fast verklag á HAK og lokaskýrsla þróunarverkefnisins er gefin út sem handbók árið 2000. Í bókinni **Nýja barnið** eru hugmyndirnar teknar saman og sýna vel hugmyndafræðilega grunninn, en eru um leið leiðsögn um þróunarferli. Hún er fyrst og fremst hugsuð fyrir fagfólk, en getur líka verið til gagns fyrir almennig. Bókin sýnir hve margir komu að verkefninu. Hún er aðgengileg á vefsíðu HSN, hér https://www.hsn.is/static/files/Utgefid_efni/NyjaBarnid/nyja-barnid.pdf. “



Og verkefnið hélt áfram og allir ánægðir?

„Já, þetta var gullöld. Við vorum komin með tvær stöður og vorum að undirbúa stórsókn haustið 2008. Það þurfti fleira fólk inn í fjölskylduráðgjöfina, og við búin að fara og kynna þetta fyrir Guðlaugi Þór heilbrigðisráðherra, og hann var á leið norður á ráðstefnuna „Máttur tengslanna“, fyrstu helgina í október. Ráðstefnan tókst glimrandi vel, en þessa helgi skall á eitt stykki hrun, ráðherrann komst ekki norður og allar vonir um aukinn stuðning brustu. En við héldum þó ótrauð áfram.“

Á árinu 2014 var öll heilsugæslan sameinuð í norðaustri og það reyndist mjög slæmt fyrir forvarnir. Þarna komu inn nýir stjórnendur sem ekki þekktu til og skildu ekki þessa nálgun, vildu bara fá inn sálfræðinga til að hjálpa læknumum, trúðu á HAM (hugræna atferlismeðferð) og töldu að okkar starf væri allt of flókið og erfitt. Þeir vildu samt að einhverju leyti halda Nýja Barninu inni, en höfðu ekki skilning á hvað það þýddi að fara eftir hugmyndafræðinni sem þar var boðuð. Það var svo mikið áfall að sjá, eftir að ég hætti, að nokkrir menn gætu rústað þjónustu sem hafði verið búin að þróast í áratugi.“

Tekurðu svo sterkt til orða, að þjónustunni hafi verið rústað?

„Já, henni var rústað. Það var aldrei auglýst eftir eftirmanni mínum, eins og búin var að semja um. Ég lýsti yfir áhyggjum af starfsemi þessarar viðkvæmu þjónustu þegar ljóst var að það átti að steypa öllu saman í eina stofnun. Þáverandi bæjarstjóri sagðist taka það að sér að standa vörð um fjölskylduráðgjöfina, hún væri svo sannarlega búin að sanna sig í áratugi. Hann reyndi sitt en komst svo að því að þetta var vilji stjórnendanna. Fjölskylduráðgjöfin var lögð niður eftir mikil átök og við tók HAM trúboð. Ég er enn reið.“

Þetta er aldeilis saga. Það er skiljanlegt að þú sért vonsvikin. ▶

Að umræðuefninu sjálfu: Hvenær fórstu að einbeita þér að tilfinningabætti í samskiptum foreldra og barna?

„Mér finnst að það hafi alltaf verið mitt hjartans mál. Alltaf þegar við vinnum með áföll þurfum við að hlusta eftir tilfinningum, hlusta með hjartanu. Það er svo stór partur af þessari fjölskyldunálgun, fjölskylduvinnu. Það skiptir mestu máli að hlusta, sá eða sú sem sinnir þessu starfi þarf að kunna að

hlusta, sjá samhengi hlutanna og miðla og hjálpa fólki að læra að hlusta og skynja samhengið og eigin fjölskyldusögu. Í samskiptum foreldra og barna er það ástin sem skiptir mestu máli, og úrvinnsla úr áföllum. Það er svo mikilvægt. Þetta er hægt að þjálfa og kenna. Þetta er alltaf samskiptum, allir sem að þjónustunni koma þurfa að ganga í takt. Við þurfum að mæta hvert öðru og þeim sem til okkar leita, með virðingu og hlusta vel.“

Hvernig getur heilsugæslan komið inn þegar fjölskyldur eiga við geðræn vandamál að etja?

„Allar verðandi mæður og stundum báðir foreldrar fara í skönnunarviðtal, eins og lýst er í Nýja barninu, heimilislæknirinn og ljósmóðir leita eftir áhættuþáttum og styrkleikum, heimilislæknirinn hefur aðgang að sögunni. Við lögðum áherslu á að spyrja konur um kynbundið ofbeldi, sem mögulegan áhættuþátt. Það tók langan tíma að venja fólk við það, það var svo mikil bannhelgi yfir því en okkur fannst mikilvægt að aflétta þeirri þöggun. Þegar um geðræn vandamál var að etja þá kom geðlæknirinn inn, Sigmundur Sigfússon sem var mikilvægur hlekkur í þessu starfi. Hann var yfir-læknir geðlækninga á Sjúkrahúsinu á Akureyri og sú tenging var mikilvæg. Ég er svo þakklát fyrir hans þátt í Nýja barninu og stuðning í þessu starfi öllu, en hann lést núna í janúar, 75 ára að aldri. Í fjölskylduráðgjöfinni vorum við fyrst og fremst að vinna með tilfinningar og tengslamyndun, áföll og áhættuþætti sem snúa að tengslamyndun foreldra og barna, og það var mikilvægt að geðlæknar kæmu að starfinu einnig.“

Finnst þér heilsugæslan standa sig nógu vel í snemmtækum inngrípum, ræður hún við þau?

„Ég tel að verklag okkar og ekki síst teymisvinnan hafi verið vel til þess fallin, enda stóð til, skv. tillögu landlæknis (sjá formála Nýja barnsins) að innleiða þetta verklag um allt land. Við höfðum fengið viðurkenningu Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar WHO og við Hjálmar vorum fengin til að fræða aðra víða um landið. Sambærilegri þjónustu var komið á fót m.a. í Heilsugæslunni í Garðabæ þar sem Helga Ágústsdóttir var fjölskylduráðgjafi.“

*Hversu miklu máli skipta þessi snemmtæku inn-
grip?*

„Þau skipta öllu máli. Við vitum það ef við hlustum inn á við, en auk þess gerðum við reglulega mat á því hvernig þjónustan nýttist þeim sem hennar nutu, og fengum staðfestingu á mikilvægi þessa stuðnings. Það skiptir miklu máli að byrja stuðninginn strax á meðgöngu barns. Það þarf að

hlusta eftir líðan foreldranna, hvernig líður þeim, hvernig eru þeirra tengsl, hvernig hefur lífið farið með þau, hvar eru þau stödd í dag, hafa þau unnið úr áföllum, sem allir lenda í. Þegar foreldrar fá hjálp og finna styrkinn í því að læra að hlusta inn á við og tjá sig, þá ná þau að hlusta betur eftir börnum sínum og hlúa að sjálfu lífstrénu.“

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Reykjavík

A. Margeirsson ehf, Flúðaseli 48
 Aðalvík ehf, Síðumúla 13
 Arkþing Nordic ehf, Hallarmúla 4
 ASK Arkitektar ehf, Geirsgötu 9
 Auglýsingastofan ENNEMM, Skeifunni 10
 Á.K. Sjúkraþjálfun ehf, Þverholti 18
 B M Vallá ehf, Bildshöfða 7
 B&B gluggatjaldahreinsun ehf, Grandagarði 16
 Bella Donna ehf - verslun, Skeifunni 8
 Berserkir ehf, Heiðargerði 16
 BGI málarar ehf, Brekkubæ 17
 Bifreiðaverkstæðið Armur, Skeifunni 5
 Bílasalan Heimsbílar ehf, Kletthálsi 2
 Bílasmiðurinn hf, Bildshöfða 16
 Blaðmannafélag Íslands, Síðumúla 23
 Bor ehf, Eldshöfða 23
 Borg fasteignasala ehf, Síðumúla 23
 Bókabúðin Sjónarlind, Bergstaðastræti 7
 Brauðhúsið ehf, Efstalandi 26
 Brúnás innréttingar, Ármúla 17a
 BSRB, Grettisgötu 89
 Dansrækt JSB ehf, Lágmúla 9
 Drífa efnalaug og þvottahús, Hringbraut 119
 Efling stéttarfélag, Guðrúnartúni 1
 Fastus ehf, Síðumúla 16
 Ferðafélag Íslands, Mörkinni 6
 Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, Suðurlandsbraut 22
 Fiskkaup hf, Fiskislöð 34
 Fríkirkjan í Reykjavík, Laufásvegi 13
 Garðs Apótek, Sogavegi 108
 Gastec ehf, Vagnhöfða 9
 Gjögur hf, Kringlunni 7
 Gott aðgengi, Kleppsvégi 92 b
 Grundarheimili
 Gullsmiðurinn í Mjódd, Álfabakka 14b
 Hagvangur ehf, Skógarhlíð 12
 Helgason og Co ehf, Gylfaflöt 24-30
 Herrafataverslun Birgis ehf, Fákafeni 11
 Hið íslenska bókmenntafélag, Hagatorgi Hljóðbók slf, Ármúla 7b
 Húsaklæðning ehf-www.husco.is, Kaplaskjólsvégi 93
 Höfðakaffi ehf, Vagnhöfða 11
 Iclean ehf, Skútuvogi 10D
 Innlifun ehf, Suðurlandsbraut 26
 Jónatansson & Co lögfræðistofa ehf, Suðurlandsbraut 6
 K. H. G. Þjónustan ehf, Eirhöfða 14
 K.F.O. ehf, Grundargerði 8
 Kanon arkitektar, Laugavegi 26
 Kemi ehf-www.kemi.is, Tunguhálsi 10
 Kjöthöllin ehf, Skipholti 70 og Háaleitisbraut
 Klettur-Skipaafgreiðsla ehf, Korngörðum 5
 KOM almannatengsl, Kalkofnsvegi 2
 Kristján Þ. Haraldsson, Jakaseli 19
 Kurt og Pi ehf, Skólavörðustíg 2
 Kvika banki hf, Katrínartúni 2
 Landsbréf hf, Borgartúni 33
 Landsnet hf-www.landsnet.is, Gylfaflöt 9
 Lands samband lögreglumanna, Grettisgötu 89
 Landsamtök lífeyrissjóða, Guðrúnartúni 1
 Lifandi vísindi, Klapparstíg 25
 Meba- úr og skart, Kringlunni og Smáralind
 Motus ehf, Katrínartúni 4
 Múrarmeistarafélag Reykjavíkur, Borgartúni 35
 Nýja sendibilastöðin hf, Knarrarvogi 2
 Nýsköpunarsjóður atvinnulífsins, Kringlunni 7
 Ó. Johnson & Kaaber ehf, Tunguhálsi 1
 Ólafur Þorsteinsson ehf, Vatnagörðum 4
 Ósal ehf, Tangarhöfða 4
 Pfaff hf, Grensásvegi 13
 Premis ehf, Skútuvogi 2

Rafstjórnhvolf ehf, Stangarhyl 1a
 Rafsvið sf, Viðarhöfða 6
 Rannsókn- og háskólanet Íslands, Dunhaga 5
 Rarik ehf, Dvergshöfða 2
 Reykjavíkurborg, Ráðhúsinu
 Rima Apótek, Langaríma 21-23
 Rolf Johansen & Co ehf, Skútuvogi 10a
 Rýni endurskoðun ehf, Suðurlandsbraut 18
 Sameyki stéttarfélag í almannapjónustu, Grettisgötu 89
 Samtök starfsmanna fjármálaframtækja-SSF, Nethyl 2e
 Sjómannafélag Íslands, Skipholti 50d
 Skorri ehf, Bildshöfða 12
 SM kvótaping ehf, Tryggvagötu 11
 Smith og Norland hf, Nótúni 4
 Sportis ehf, Skeifunni 11
 Stilling ehf, Kletthálsi 5
 Stjá, sjúkraþjálfun, Hátúni 12
 Stólpi, Klettagörðum 5
 Tannréttingar sf, Snorrabraut 29
 Tannval Kristínar Gígju, Grensásvegi 13
 Tónastöðin ehf, Skipholti 50d
 Útfarapjónusta Rúnars Geirmundssonar, Þverholti 30
 VDO ehf, Tunguhálsi 19
 Verslunarskóli Íslands, Ofanleiti 1
 Verslunin Álfheimar, Álfheimum 2
 Verslunin Brynja ehf, Laugavegi 29
 Við og Við sf, Gylfaflöt 3
 Vörku ehf, heildverslun, Lambhagavegi 5
 Wurth á Íslandi ehf, Norðlingabraut 8
 Örk bygg ehf, Suðurlandsbraut 22

Kópavogur

Arnardalur sf, Þinghólsbraut 58
 Birtingaholt ehf, Gulapíngi 66
 Bílstál ehf, Askalind 3
 Blikksmiðjan Vik ehf, Skemmuvegi 42
 Domusnova fasteignasala, Nýbýlavegi 8
 Elva Björk Sigurðardóttir, tannlæknir, Hlíðasmára 14
 Fríkirkjan Kefas, Fagraþingi 2a
 Hefilverk ehf, Jörfalind 20
 Hellur og garðar ehf, Kjarrhólma 34
 Hvammshólar ehf, Hlíðarhvammi 2
 Hvísil ehf, Löngubrekku 29
 Iðnaðarlausnir ehf, Akralind 7
 Íshúsið ehf, Smiðjuvegi 4a
 Lín design, Smáratorgi
 Línan ehf, Bæjarlind 14-16
 Loft og raftæki ehf, Hjallabrekku 1
 mammaveitbest.is, Dalbrekku 30 og Njálsgötu 1
 Málarameistarar ehf, Sunnsmára 21
 Rakarastofan Herramenn, Hamraborg 9
 Suðurverk hf, Hlíðasmára 6
 Tengi ehf, Smiðjuvegi 76
 Útfararstofa Íslands ehf, Auðbrekku 1
 Zenus - sófar & gluggatjöld, Víkurharfi 2

Garðabær

66° Norður, Miðhrauni 11
 AH Pípulagnir ehf, Suðurhrauni 12c
 Fagval ehf, Smiðsbúð 4
 Garðabær, Garðatorgi 7
 Hagráð ehf, Hofslundi 8
 Hannes Arnórsson ehf, Móafliot 41
 Ingi hópferðir ehf, Ásbúð 50
 Nýþrif - ræstingaverktaki ehf, Garðatorgi 2b
 Pípulagnaverktakar ehf, Miðhrauni 18
 S.S. Gólf ehf, Miðhrauni 22b
 Val - Ás ehf, Suðurhrauni 2
 Öryggisgirðingar ehf, Suðurhrauni 2

Hafnarfjörður

AC-Raf ehf, Lækjargötu 30
 Afhlutir ehf, Drangahrauni 14
 Bergplast ehf, Breiðhelli 2
 Betri Bygging ehf, Reykjavíkurvegi 24
 Bilaverk ehf bílamálun og réttingar, Kaplahrauni 10
 Bókhaldsstofan ehf, Bæjarhrauni 10
 Byggingafélagið Sandfell ehf, Reykjavíkurvegi 66
 Eiríkur og Einar Valur ehf, Norðurbakka 17b
 Fjarðarmót ehf, Melabraut 29
 Hafnarfjarðarbær
 Hafnarfjarðarhöfn, Óseyrarbraut 4
 Hlaðbær-Colas hf, malbikunarstöð, Gullhelli 1
 Hvalur hf, Reykjavíkurvegi 48
 Markus Lifenet, björgunarbúnaður, Hvaleyrarbraut 27
 Netorka hf, Bæjarhrauni 14
 Rennillist, Eyrartröð 8
 Snittvélin ehf, Brekkutröð 3
 Suðulist ehf, Lónsbraut 2
 Terra - efnaeyðing, Berghelli 1
 Úthafsskip ehf, Fjarðargötu 13-15
 Verkalýðsfélagið Hlíf, Reykjavíkurvegi 64
 Víðir og Alda ehf, Reykjavíkurvegi 52a
 Víðistaðakirkja
 Þaktak ehf, Grandatröð 3
 Þvottahúsið Faghreinsun, Reykjavíkurvegi 68

Reykjanesbær

algalif.com
 Allt Hreint ræstingar ehf, Holtsgötu 56
 Bílrúðupjónustan ehf, Grófinni 15c
 Brunavarnir Suðurnesja, Hringbraut 125
 DMM Lausnir ehf, Hafnargötu 91
 Fjölbrautaskóli Suðurnesja, Sunnubraut 36
 Maron ehf, Kópabraut 22
 Nesraf ehf, Grófinni 18a
 OSN Iagnir ehf, Iðavöllum 7b
 Rafiðn ehf, Víkurbraut 1
 Skipasmíðastöð Njarðvíkur hf, Sjávargötu 6-12
 Starfsmannafélag Suðurnesja, Krossmóum 4a
 Visir, félag skipstjórnarmanna á Suðurnesjum, Hafnargötu 90

Grindavík

Einhamar Seafood ehf, Verbraut 3a
 Grindavíkurbær, Víkurbraut 62
 Lagnaþjónusta Þorsteins ehf, Tangasundi 3
 Staðarbúið ehf, Skipastíg 1
 Stakkavík ehf, Bakklág 15b
 Þorbjörn hf, Hafnargötu 12

Mosfellsbær

Elektrus ehf - löggiltur rafverktaki, Bröttuhlíð 1
 Ísfugl ehf, Reykjavegi 36
 Mosfellsbakarí, Háholti 13-15
 Nonni litli ehf, Þverholti 8
 Vélsmiðjan Sveinn ehf, Flugumýri 6

Akranes

Bilver, bílaverkstæði ehf, Innnesvegi 1
 Bókasafn Akranes, Dalbraut 1
 Hvalfjarðarsveit
 PÍPÓ ehf, Kalmansvöllum 4a

Borgarnes

Bifreiðaverkstæðið Hvannnes ehf, Sólbakki 3
 Samtök sveitarfélaga á Vesturlandi, Bjarnarbraut 8
 Sprautu- og bifreiðaverkstæðið Borgarness sf, Sólbakka 5

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Stykkishólmur

Stykkishólmsbær, Hafnargötu 3

Grundarfjörður

Þjónustustofan ehf, Grundargötu 30

Ólafsvík

Ingibjörg ehf, Grundarbraut 22
Útgerðarfélagið Guðmundur ehf,
Brautarholti 18

Hellissandur

Skarðsvík ehf, Helluhóli 1

Reykhólahreppur

Þörungaverksmiðjan hf

Ísafjörður

GG málningarþjónusta ehf, Aðalstræti 26
Massi þríf ehf, Seljalandsvegi 70
Orkubú Vestfjarða ohf, Stakkanesi 1
Verkalýðsfélag Vestfirðinga, Hafnarstræti 9

Bolungarvík

Bolungarvíkurkaupstaður
Sigurgeir G. Jóhannsson ehf,
Hafnargötu 17

Súðavík

Súðavíkurhreppur, Grundarstræti 1

Patreksfjörður

Einherji ehf, Mýrum 15
Oddi hf, fiskvinnsla-útgerð, Eyrargötu 1

Hvammstangi

Húnaþing vestra, Hvammstangabraut 5

Blönduós

Húnavatnshreppur, Húnavöllum
Stéttarfélagið Samstaða, Þverbraut 1

Sauðárkrókur

Dögun ehf, Hesteyri 1
Fjölbrautaskóli Norðurlands vestra,
Bóknámshúsinu
Lykill sf, Lerkihlíð 3
Steinull hf, Skarðseyri 5

Varmahlíð

Akrahreppur Skagafirði

Siglufjörður

Fjallabyggð, Gránugötu 24

Akureyri

Baugsbót ehf, bifreiðaverkstæði,
Frostagötu 1b
Bíla-leiga Akureyrar
Bílapartasalan Austurhlíð, Austurhlíð
Bílasala Akureyrar ehf, Freyjunesi 2
Blikkrás ehf, Óseyri 16
Efling sjúkraþjálfun ehf, Hafnarstræti 97
Fasteignasalan Byggð, Skipagötu 16

Gisli Einar Árnason, tannréttingar,
Gleráreyrum 1 - Glerártorgi
Hlíð hf, Kotárgerði 30
Húsprýði sf, Múlasíðu 48
Hvítasunnukirkjan Akureyri
Kollgáta Arkitektúr, Kaupvangsstræti 29
Norðlenska ehf, Grímseyjargötu
Pípulagningaþjónusta Bjarna F Jónassonar
ehf, Melateigi 31
Raftákn ehf - Verkfræðistofa,
Glerárgötu 34
Samherji ehf, Glerárgötu 30
Sjúkrahúsið á Akureyri, Eyrarlandsvegi
Steypusögum Norðurlands ehf,
Viðivöllum 22
Tannlæknastofa Árna Páls,
Kaupangi við Mýrarveg

Grímsey

Sæbjörg ehf, Öldutúni 3

Dalvík

Dalvíkurbyggð, Ráðhúsi
EB ehf, Gunnarsbraut 6
Flæðipípulagnir ehf, Svæði

Ólafsfjörður

Árni Helgason ehf, vélaverkstæði,
Hlíðarvegi 54

Hrísey

Hríseyjarkirkja

Húsavík

Tjörneshreppur, Ketilsstöðum
Trésmiðjan Rein ehf, Viðimóum 14

Mývatn

Vogar ferðaþjónusta, Vogum

Kópasker

Eyjafjarðar- og Þingeyjarprófastsdæmi,
Skinnastað

Þórshöfn

Langanesbyggð, Fjarðarvegi 3

Egilsstaðir

Bókráð, bókhald og ráðgjöf ehf,
Miðvangi 2-4
Gunnarsstofnun, Skriðuklaustri
Héraðsprent ehf, Miðvangi 1
Klausturkaffi ehf, Skriðuklaustri
Menntaskólinn á Egilsstöðum,
Tjarnarbraut 25
Rafey ehf, Miðási 11

Reyðarfjörður

Launafi ehf, Hrauni 3

Eskifjörður

Egersund Ísland ehf, Hafnargötu 2
H.S. Lækning ehf, Bleiksárhlið 38
Tandrabergh ehf, Strandgötu 8
Tandrabretti ehf, Strandgötu 8

Neskaupstaður

Síldarvinnslan hf, Hafnarbraut 6

Fáskrúðsfjörður

Loðnuvinnslan hf, Skólavegi 59

Höfn í Hornafirði

Króm og hvítt ehf, Álaleiru 7
Rósaberg ehf, Háhóli
Þingvað ehf, byggingaverktakar,
Tjarnarbrú 3

Selfoss

Bifreiðaverkstæðið Klettur ehf, Hrísmýri 3
Bílverk BÁ ehf, bílamálun og bílaréttingar,
Gagnheiði 3
Búhnykkur sf, Stóru-Sandvík
Eðalbyggingar ehf, Háheiði 3
Flóahreppur, Þingborg
Jáverk ehf, Gagnheiði 28
Málarinn Selfossi ehf, Keldulandi 19
Mömmumatur Selfossi
Pylsuvagninn Selfossi við brúarendann
Reykhóll ehf, Reykhóli

Hveragerði

Heilsustofnun NLFÍ - heilsustofnun.is,
Grænumörk 10
IP-lagnir slf, Borgarheiði 35
Kjörís ehf, Austurmörk 15
Norbygg ehf, Borgarhraun 32

Þorlákshöfn

Járnkarlinn ehf, Unubakka 12

Stokkseyri

Bjartás slf, Heiðarbrún 20

Laugarvatn

Ásvélar ehf, Hrísholti 11
Menntaskólinn að Laugarvatni

Flúðir

Hrunamannahreppur

Hella

Stracta Hotels, Gaddstaðaflötum 4
Trésmiðjan Ingólfs ehf, Freyvangi 16

Hvolsvöllur

Ferðaþjónusta bænda Stóru-Mörk,
Stóru-Mörk 3

Vík

RafSuð ehf, Sannubraut 17
Reynissókn

Vestmannaeyjar

Hárstofa Viktors, Vestmannabraut 35
Íþróttabandalag Vestmannaeyja
Lífeyrissjóður Vestmannaeyja, Skólavegi 2
Ós ehf, Strandvegi 30
Suðurprófastdæmi, Skólavegi 7

Nýtt bragð

Nicorette® QuickMist Cool Berry

Slær á reyklöngun eftir 30 sekúndur



 **nicorette**
gerðu eitthvað magnað



VM
Félag vélstjóra
og máltæknimanna



Rekstrarvörur
- fyrir þig og þinn vinnustað

Réttarhálsi 2 • 110 Reykjavík
Sími: 520 6666 • sala@rv.is • rv.is



BYKO



NEYTENDASTOFA



ÍSLENSK
ERFÐAGREINING



netto

AFMÆLISRIT TIL HEIÐURS DR. SIGRÚNU JÚLÍUSDÓTTUR

AF NEISTA VERÐUR GLÓÐ

VÍSINDI OG VETTVANGUR Í FÉLAGSRÁÐGJÖF



RITSTJÓRAR:

Halldór S. Guðmundsson og Sigrún Harðardóttir



Alþýðusamband Íslands



