

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 2. tbl. 85. árg. desember 2007
- Journal of the Icelandic Midwives Association -

Ljósmóðir í Hong Kong

Mjaðmagrindarverkir á meðgöngu

Vímuefnaneysla á meðgöngu

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ 85 ÁRA

Verkir spyrja ekki um aldur

Barnshafandi konur og konur með barn á brjósti



Að öllu jöfnu eiga barnshafandi konur og konur með barn á brjósti ekki að taka verkjastillandi lyf nema í samráði við lækni. Ef ekki verður hjá því komist er *Paratabs*[®] (parasetamól) ráðlagt því engin þekkt áhætta er af notkun lyfsins á meðgöngu eða við brjóstagjöf þegar lyfið er tekið í ráðlögðum skömmtum. Ekki skal taka *Íbúfen*[®] eða *Naproxen* á meðgöngu eða samtímis brjóstagjöf nema í samráði við lækni.



Börn

Verkir spyrja ekki um aldur og því geta börn haft verki rétt eins og fullorðnir þótt þeir séu oftast af öðrum toga. Verkir vegna eyrnabólgu og tanntöku eru algengir hjá ungum börnum og geta valdið andvökunóttum hjá börnum og foreldrum þeirra.

Hiti er algengur fylgikvilli influensu og annarra umgangsesta sem ráðlegt er að meðhöndla hjá börnum. Þó ber að hafa í huga að gefa börnum ekki verkjastillandi eða hitalækkandi lyf lengur en í tvo daga án samráðs við lækni.

Parasetamól er bæði verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Það er í senn áhrifaríkt og öruggt fyrir börn og er fánlegt í mismunandi styrkleikum og lyfjaformum.

Hentugasta lyfjaformið -töflur eða stílar?

Töflur skulu ávallt teknar með heilu glasi af vatni svo þær festist ekki í hálsi eða vélinda á leið niður í maga. Lyfin *Paratabs*[®], *Paratabs Retard* og *Íbúfen*[®] fást öll í töfluformi.

Töflur sem hafa forðaverkun, samanber *Paratabs Retard*, þarf að taka sjaldnar en hefðbundnar töflur. Verkunin kemur aðeins seinna fram en helst í um 12 klst. Lyfjaformið hentar þeim vel sem þurfa að taka parasetamól til lengri tíma. *Paratabs*[®] *munndreifittöflur* eru ætlaðar börnum frá 4 ára aldri. Töflurnar eiga að leysast í munni áður en þeim er kyngt. Endaparmsstílar henta vel fyrir þá sem eiga erfitt með að kyngja eða þjást af ógleði og uppköstum. *Parasupp*[®] *endaparmsstílar* innihalda parasetamól í 4 mismunandi styrkleikum og eru notaðir sem hitalækkandi og verkjastillandi fyrir börn og fullorðna.

Hafðu í huga!

- Lestu upplýsingarnar sem fylgja lyfinu áður en þú tekur lyfið.
- Geymdu ávallt lyf á öruggum stað þar sem börn ná ekki til.
- Taktu aldrei stærri skammta en ráðlagt er því það getur valdið óæskilegum aukaverkunum. Upplýsingar um skammtastærðir fylgja lyfinu.

Paratabs[®] / *Paratabs Retard* / *Parasupp*[®]

Notkunarvið: Lyfið inniheldur virka efnið parasetamól sem er verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Lyfið er notað við ýmiss konar verkjum, t.d. höfuðverk, tanntverk og töðverk. Lyfið er einnig notað við sóthita af völdum influensu, kvefs og annarra umgangsesta. Varúðarreglur: Fólki sem er með ofnæmi fyrir parasetamól eða er með lífrásjúkdóma skal ekki nota lyfið. Nýrna- og lífrásjúkingum er bent á að ráðfæra sig við lækni, áður en þeir taka lyfið. Óf stór skammtur getur valdið lífrarbolgu. Aukaverkanir: Parasetamól veldur sjaldan aukaverkunum og bolist yfirleitt vel í maga. Langvarandi notkun lyfsins getur valdið nýrnaskemmdum. Skömmtun: Lyfið fást í mismunandi lyfjaformum og styrkleikum. Nákvæmar leiðbeiningar um skömmtun fylgja lyfinu. Ekki má taka inn stærri skammta en mælt er með. Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.

Íbúfen[®]

Notkunarvið: Lyfið inniheldur íbúfen sem er bólgueyðandi og verkjastillandi lyf. Lyfið er notað við liðagigt, slitgigt, töðverkjum, tanntöku og höfuðverk. Einnig má nota það sem verkjalyf eftir minniháttar aðgerðir, t.d. tanndrátt. Varúðarreglur: Fólki sem hefur ofnæmi fyrir íbúfeni eða er með skerta lífrarstarfsemi má ekki nota lyfið. Sjúklingar sem hafa fengið astma, nefslímubólgu eða ofsaklaða eftir töku acetylsalicylsýru eða annarra bólgueyðandi lyfja (annarra en barkstera) ættu ekki að nota lyfið. Notaðu lyfið með varð hjá sjúklingum með tilhneigingu til magasárs eða sögu um slík sár. Lyfið er ekki ætlað varfarum konum. Aukaverkanir: Íbúfen getur valdið aukaverkunum eins og t.d. ofnæmi (útbrot) og meltingarþægindum. Skömmtun: Nákvæmar leiðbeiningar um skömmtun fylgja lyfinu. Ekki má taka stærri skammta en mælt er með. Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.

Upplýsingar eru fengnar úr bæklingnum Verkir og verkjalyf sem Actavis gefur út og má finna á vefsíðunni www.actavis.is



Ljósmaðrablaðið gefið út af
Ljósmaðrafélagi Íslands
Borgartúni 6 105 Reykjavík.
Sími: 564 6099 Fax: 588 9239
Netfang: lmfi@ljosmaedrafelag.is
Heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is/felag

Ábyrgðarmaður

Guðlaug Einarsdóttir
formadur@ljosmaedrafelag.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd

Valgerður Lísá Sigurðardóttir, ritstjóri
valgerdursig@simnet.is
sími: 695 6606 og 543 3049
Bergrún Svava Jónsdóttir
bergrunjons@hotmail.com
Hrafnhildur Ólafsdóttir
hrafno@internet.is

Ritstjórn fræðilegs efnis

Ólöf Ásta Ólafsdóttir
olofol@hi.is
Helga Gottfreðsdóttir
helgagot@hi.is
Sigfríður Inga Karlsdóttir
inga@unak.is

Myndir

Kristín Sigurðardóttir
María Björnsdóttir
Steina Þórey Ragnarsdóttir
Hulda Þórey Garðarsdóttir
o.fl.

Auglýsingar

Miðlun

Umbrot og prentvinnsla

Gutenberg

Ljósmaðrablaðið er opinbert tímarit Ljósmaðrafélags Íslands og er öllum ljósmaðrum heimilt að senda efni í blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru alfarið á ábyrgð greinahöfunda og endurspegla ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar eða Ljósmaðrafélagsins. Það er stefna ritnefndar að a.m.k. ein ritrýnd grein sé í blaðinu hverju sinni og hún áskilur sér rétt til að hafna greinum sem eru málefnum ljósmaðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir að blaðið komi út í maí og nóvember ár hvert. Skilafrestur er í samráði við ritnefnd og skal efni berast á tölvutæku formi.

Forsíða

Shutterstock.com

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

4 Ritstjóraspjall

5 Ávarp formanns

6 Mjaðmagrindarverkir á meðgöngu – Könnun á þjónustu

Erna Kristjánsdóttir, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og
Margrét Lilja Guðmundsdóttir

15 Ljós móðir í Hong Kong

Hulda Þórey Garðarsdóttir

23 Mæðradauði í heiminum

Jenný Inga Eiðsdóttir

25 Tungumálaerfiðleikar – Á túlkur að vera viðstaddur fæðingu?

Anna Sigríður Vernharðsdóttir

28 Nýr styrktarsjóður við Háskóla Íslands

30 Ljósmaðrafélagið – Félag allra ljósmaðra

Guðlaug Einarsdóttir

32 Ljósmaðrablaðið 85 ára

43 Neysla ólöglegra vímuefna á meðgöngu

Sigrún Rósa Vilhjálmsdóttir

49 MFS-einingin – Sögulegt yfirlit

Arndís Mogensen, Hafdís Ólafsdóttir

54 Hugleiðingar ljósmóður:

Háskólanám er fjárfesting – eða hvað?

Bára Hildur Jóhannsdóttir

Ritstjóraspjall

Fyrir 85 árum voru uppi stórhuga og metnaðarfullar ljósmæður sem voru tilbúnar til að stíga skref inn í framtíðina. Það væri óskandi að hægt væri að ferðast með tímavél aftur í tímann til þess að sitja fund Ljósmæðrafélagsins með þessum kjarnorkukonum sem voru í forystu fyrir ljósmæðrastéttina á þessum tíma og fá að vera þátttakandi í umræðu um útgáfumál félagsins. Ef marka má orð Þuríðar Bárðardóttur þáverandi formanns Ljósmæðrafélagsins var í huga þeirra um það tvennt að velja að sækja fram og byggja upp fag- og stéttarvitund ljósmæðra eða hokrast þögular hver í sínu horni (sjá tilvitnun á bls. 32). Forysta Ljósmæðrafélagsins tók þann pólinn í hæðina að sækja fram og erum við í ritnefndinni stoltar af að taka þátt í að fylgja eftir þeirri ákvörðun að gefa út svo metnaðarfullt blað sem Ljósmæðrablaðið er. Blaðið hefur vaxið í tímans rás og þjónar enn því hlutverki sem upphaflega var ætlast til, þ.e. að fræða, upplýsa og efla stéttarvitund íslenskra ljósmæðra. Ritrýndar fræðigreinar hafa nánast verið fastir liðir undanfarin ár þar sem meirihluti höfunda er úr röðum ljósmæðra.

Í tilefni þessara tímamóta ákvað ritnefnd blaðsins að fá nokkrar ljósmæður til að gefa lesendum mynd af störfum ljósmæðra frá ýmsum tímum. Það er óhætt að segja að ljósmæður hafi brugðist vel við og er einstaklega ánægjulegt hve margar úr röðum þeirra sem hættar eru störfum, voru tilbúnar að deila reynslu sinni og sögum með lesendum. Þökkum við þeim kærlega fyrir skrifin.

Tímarnir breytast og viðfangsefni með – þau málefni sem fjallað er um á síðum blaðsins í dag hefðu líklega þótt meira en lítið furðuleg fyrir 85 árum! Væntanlega hefur ekki verið mikil þörf t.d. fyrir túlkabjónustu á þeim tíma en það er hins vegar mjög mikilvægt fyrir nútímaljósmóður að hafa aðgang að túlki í því alþjóðaumhverfi sem við lifum í nú. Anna Sigríður Vernharðsdóttir fjallar um tungumálaörðugleika og hvernig hægt er að bæta úr þeim með góðri túlkabjónustu.



Valgerður Lísá Sigurðardóttir,
ljósmóðir



Bergrún S. Jónsdóttir,
ljósmóðir

Neysla ólöglegra vímuefna hefur áreiðanlega ekki heldur verið algengt vandamál á tímum formæðra okkar en það er því miður reyndin í dag. Áhrif neyslu slíkra efna á meðgöngu og hlutverk ljósmæðra við umönnun kvenna með vímuefnavanda eru einmitt viðfangsefni ljósmóðurnemans Sigrúnar Rósu Vilhjálmisdóttur í grein sem hún vann upp úr ritgerð í upphafi náms í ljósmóðurfræði.

Líklega hefur mæðradauði verið algengari á upphafstímum blaðsins heldur en í dag, a.m.k. í okkar samfélagi. En það má ekki gleyma því að

við hér á okkar litla landi erum hluti af stærri heild í heimi sem alls ekki hefur búið þegnum sínum jöfn lífskjör að búa við. Skrif Jennýjar Ingu Eiðsdóttur verða vonandi til að opna augu lesenda fyrir þessari stöðu og hvetja ljósmæður til að axla ábyrgð og taka þátt í þróunarstarfi, stefnumótun og bættri menntun ljósmæðra um heim allan

Hverjum hefði komið til hugar fyrir 85 árum þegar það var bara stórmál að komast yfir lækinn til næsta bæjar að íslensk ljósmóðir myndi starfrækja ljósmæðrabjónustu í Hong Kong? Það má segja að hún Hulda Þórey Garðarsdóttir hafi svo sannarlega skroppið yfir lækinn til að stunda ljósmóðurstörf, en hún segir frá starfi sínu í Hong Kong í máli og myndum hér á síðum Ljósmæðrablaðsins.

Fræðigreinin blaðsins að þessu sinni er um mjaðmagrindarverki á meðgöngu en það er fylgikvilli sem telst vera algengur hjá konum í dag. Þó svo að við höfum ekki vitneskju um hvernig það var hér áður fyrr, er líklegt að slíkir verkir séu ekki nýtt fyrirbæri en kannski þótti ekki ástæða til að nefna, hvað þá að skrá þá í þá daga. Hver veit? Höfundur greinarinnar er Erna Kristinsdóttir sjúkraþjálfari ásamt fleirum.

Ekki má gleyma stéttarvitundinni sem var og er mikilvægur drifkraftur í starfsemi Ljósmæðrafélagsins. Sú umræða verður ávallt fyrirferðarmeiri og heitari þegar nær dregur samningaviðræðum, en samningar eru lausir í vor. Í grein Báru Hildar Jóhannsdóttur, formanns kjaranefndar Ljósmæðrafélagsins ber hún saman launakjör hefðbundinnar kvennastéttar, sem stétt ljósmæðra hlýtur að teljast og kjör lögfræðinga, sem er gömul karlastétt, og verður að segjast að sá samanburður er fjarri því að vera okkar stétt í dag.

Ljósmæðrablaðið er 85 ára. Fyrir hönd ritnefndar færum við lesendum hamingjuóskir í tilefni afmælisins með von um frið og gleði á jólum og nýju ári.

Ímynd stéttar

„Hefur þú aldur til þess að vera ljósmóðir?“ var ég spurð, 28 ára gömul, nýútskrifuð ljósmóðir á Ísafirði. Viðmælandi minn hafði greinilega skýra mynd af því hvernig ljósmæður ættu að vera og ég passaði ekki þar inn við fyrstu kynni.

Þegar ég keypti mér nýjan bíl fyrir 8 árum, fylgdi geisladiskur með bílnum og mátti velja á milli tveggja. Sölu- maðurinn í Bílabúð Benna var fljótur að velja Burt Bacharach fyrir mig fram yfir þyngri tónlist þegar hann vissi að ég var ljósmóðir.

Við þekkjum allar jákvætt viðmót fólks þegar við upplýsum um starf okkar. Endalaus umræðuefni skapast og viðmælendum liggur ýmislegt á hjarta um eigin reynslu og sögu formóður sem einnig var ljósmóðir, gjarnan í afskekktu byggðarlagi umkringnt ófærum. Og okkur leiðist aldrei að hlusta.

Fólk hefur einhverja mynd af því hvernig ljósmæður eigi að vera en sú ímynd samrýmist ekki endilega nútíma veruleika.

Í september fengum við Eggert Skúlason fjölmiðlafrömuð til okkar til að fjalla um ímyndarsköpun. Hann hafði mjög skýra mynd af ljósmæðrum en hún var ekki frá þessari öld og ekki heldur frá seinni helmingi síðustu aldar! Engu að síður var myndin jákvæð og innihélt allt í senn umhyggju, visku, fórnfýsi, traust, hetjudáð og dirfsku. Boðskapurinn í ljósmæðraímynd Eggerts var, að almennt höfum við afskaplega smáa mynd í hugum fólks, en sú mynd er jákvæð. Strax og við kynnum okkur sem ljósmæður, fáum við mikla forgjöf, einmitt vegna þessarar ímyndar ljósmæðranna, formæðra okkar sem brutust gegnum blindhríð og yfir beljandi stjórfljót til sængurkonu í barnsnaud. Veruleiki sem vissulega er fjarri okkur allflestum en það kemur annað til í okkar samtíma. Samfélagið allt hefur breyst frá samtíma þessara ljósmæðra



Guðlaug Einarsdóttir,
formaður LMFÍ

sem áður er lýst. Menntunarkröfur hafa aukist og kannski hvergi eins mikið og hjá ljósmæðrum sem síðustu áratugi hafa haft með allra mestu, ef ekki einfaldlega mestu grunnmenntunarkröfur í störf sín af öllum starfstéttum. Eðli ljósmóðurstarfa er þess eðlis að eftir sem áður veljast aðeins sérstakar persónugerðir til þeirra.

Fjölmiðlar eiga stóran þátt í að móta viðhorf samtímans. Meirihluti þess afþreyingarefnis sem Íslendingar velja, er frá þeim heimshluta þar sem barn- eignarþjónusta hefur þróast langt frá hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar. Við fáum því frekar mótbyr en meðbyr úr þeirri átt til þess að kynna störf okkar og hugmyndafræði í þágu eðlilegra fæðinga og ákvarðanaréttar kvenna. Ríkjandi orðræða mótar viðhorf almennings og ef við tökum ekki þátt í henni, getum við ekki búist við að hugmyndafræði ljósmæðra hafi hljómgrunn í samfélaginu.

Við verðum sjálfar að kynna almenn- ingi störf okkar og hugmyndafræði.

Ljósmæður hafa svo miklu að miðla og enginn vafi er á að almenningur myndi leggja við hlustir. Við vitum af eigin reynslu að fólk er sem betur fer mjög áhugasamt um meðgöngu og fæðingu. Veruleiki starfs okkar er svo lokaður almenningi að það sem okkur gæti þótt almenn vitneskja, er jafnvel uppgötvun fyrir marga leikmenn. Við þurfum því að vera miklu iðnari við að skrifa stórt og smátt. Bæði í staðar og hverfisblöð og í dagblöð á landsvísu. Sem sunnlendingur hef ég t.d. orðið vitni að góðu framtaki í einu staðarblaðanna; stuttum pistlum sem hjúkrunarfræðingar á heilsugæslu- stöð Heilbrigðisstofnunar Suðurlands skrifa. Það eru fróðlegir pistlar um ýmislegt sem þeir láta sig varða. Þeir gera hvortveggja í senn; fræða almenning og vekja athygli á störfum og fagmennsku hjúkrunarfræðinganna. Þetta væri ein hugmynd fyrir ljósmæður – pistlar eða fróðleikskorn frá ljósmæðrum, gjarnan við hlið myndanna af nýfæddum íbúum staðarins sem finna má í sumum stað- arblöðum. Ljósmæður gætu líka kynnt sig fyrir framtíðarskjólstæðingum sínum, unglingum. Grunn- og framhaldsskólar myndu örugglega taka ljósmæðrum feg- inshendi sem gestum í lífsleikni- eða líffræðitímum.

Norskar ljósmæður fengu gott innlegg í kynningu ljósmóðurstarfa í Noregi; syrpa sex raunveruleikaþátta um störf ljósmæðra á Buskerudfæðingadeildinni í Drammen. Þættirnir nutu gífurlegra vinsælda í Noregi þar sem almenningur fékk innsýn inn í annars lokaðan heim fæðingadeildar og varð vitni að krafta- verki lífsins í þeim birtingarmyndum sem það gerist. Þættina má sjá á slóð- inni <http://www.nrk.no/jordmodrene>.

Þrátt fyrir allt sem segja má um raunveruleikaþætti, má ætla að norska þjóðin sé nú með nýlegri mynd af ljósmæðrastéttinni en sú íslenska.



Heilsugæslustöðin Ólafsvík

Engihlíð 28, 355 Ólafsvík · Sími 430 6500 · Fax 430 6501

Mjaðmagrindarverkir á meðgöngu

Könnun á þjónustu

Útdráttur

Bakgrunnur: Um helmingur barnshafandi kvenna upplifa bakverki og/eða mjaðmagrindarverkieinhvernhlutameðgöngutímabilsins. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna þá þjónustu sem býðst konum með mjaðmagrindarverki á meðgöngu og athuga hversu gott aðgengi er að henni í raun hjá Heilsgæslu höfuðborgarsvæðisins. Auk þess var kannað hvort þörf væri á breytingum á þjónustunni og ef svo væri þá hvernig breytingum.

Aðferðir: Rannsóknin byggðist á eigindlegum rannsóknaraðferðum þar sem notast var við einstaklingsviðtöl og rýnihópa. Þátttakendur í einstaklingsviðtölunum voru sjö fagaðilar sem allir sinntu þjónustu fyrir barnshafandi konur og tveir rýnihópar með barnshafandi konum með grindarverki og konum sem höfðu upplifað mjaðmagrindarverki á meðgöngu. Samtals tóku átta konur þátt í rýnihópunum.

Niðurstöður: Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu mikilvægi þess að konur með grindarverki fái einstaklings- og hópfræðslu snemma á meðgöngu ásamt nauðsyn þess að bregðast fljótt við ef kvartað er um grindarverki. Skiptar skoðanir voru um hvernig standa ætti að greiningu og ráðgjöf sjúkrahjálfa. Flestir viðmælendur töldu fræðslu ljósmæðra og/eða sjúkrahjálfa nægja ásamt vatnsþjálfun við vægum einkennum grindarverkja en nauðsynlegt að blanda saman sjúkrahjálfunarmeðferð og vatnsþjálfun ef vandamálið hindraði athafnir daglegs lífs. Samstarf milli lækna og ljósmæðra virtist gott en reyndist vera ábótavant við sjúkrahjálfa á stofum.

Ályktun: Niðurstöður þessarar rannsóknar eru vísbending um þörf fyrir endurskoðun á þeirri þjónustu sem konum með mjaðmagrindarverki á meðgöngu er veitt með bætta samhæfingu og samstarf milli fagaðila í huga.

Lykilorð: Mjaðmagrindarverkir, grindarverkir, bakverkir, mjóbaksverk-



* Ritrynd grein

Erna Kristjánsdóttir,
sjúkrahjálfari BSc; lýðheilsufræðingur MPH;
stundakennari við ljósmóðurfraeði og sjúkrahjálfunarskor við H.Í.

Bryndís Björk Ásgeirsdóttir,
félagsfræðingur MA;
aðjúnt við Kennslufræði- og lýðheilsudeild við Háskólann í Reykjavík

Margrét Lilja Guðmundsdóttir,
félagsfræðingur MA;
aðjúnt við Kennslufræði- og lýðheilsudeild við Háskólann í Reykjavík

ir; meðganga, þjónusta, mæðravernd, veikindaleyfi.

Abstract

Objectives: Approximately 50% of women experience back and pelvic pain sometime during their pregnancy. The aim of the present study was to investigate the service available for women with pelvic pain during pregnancy in the capital city area of Reykjavík and evaluate the accessibility of the service offered by the health care clinics. It was also investigated if there were any need for changes in the service and if so what changes.

Methods: Qualitative research methods were used in this research with in-depth interviews and focus groups. Participants in face-to-face interviews were seven professionals working within the maternity service and two focus groups, one for pregnant women with pelvic pain and one with women who had experienced pelvic pain during pregnancy. Eight women participated in the focus groups.

Results: The results showed the importance for women with pelvic pain of getting personal and group information early in pregnancy and the importance of reacting early to the complaints. There were different opinions on the examinations made by the physical therapists how they should be performed. Most of the interviewers recommended instructions from the midwives and/or physical therapists and water gymnastics for women with moderate pelvic pain but physical therapy and water gymnastics if the pain had an impact on activity of daily life. There was good cooperation between doctors and midwives but improvement was needed between physical therapists and the other professionals.

Conclusion: The results of this study indicate a need for reorganizing the service available to women with pelvic pain during pregnancy with coordina-

tion and cooperation between the professionals kept in mind.

Key words: Pelvic pain, back pain, low back pain, pregnancy, service, maternity service, sick leave.

Inngangur

Við þessa rannsókn var hugmyndafræði um lýðheilsu og heilsueflingu höfð að leiðarljósi. Hugtakið lýðheilsa felur í sér að viðhalda og bæta heilsu og líðan allra í samfélaginu. Lýðheilsustarfið fer fram með heilsuvernd, heilbrigðisþjónustu, heilsueflingu og rannsóknum en það byggist meðal annars á viðtækri samvinnu bæði með þverfaglegu samstarfi og samfélagslegri ábyrgð (Lýðheilsustöð, 2006). Í skýrslu fagráðs Landlæknisembættisins um heilsueflingu er lögð áhersla á þverfaglega nálgun á málefnum tengdum lýðheilsu og nauðsyn þess að „beita þurfi fjölþættum aðferðum við rannsóknir, bæði eigindlegum og meginndlegum með lifandi samvinnu við þá þjóðfélagshópa sem um er að ræða hverju sinni” (Þorgerður Ragnarsdóttir, o.fl., 2003, bls.7).

Skilgreining á

mjaðmagrindarverkjum óskýr

Fjöldi heimilda ber saman um að tíðni grindarverkja hefur aukist á meðgöngu (Hansen, o.fl., 1999; Larsen, o.fl., 1999; Wikmar, 2003) og læknisvottorðum vegna veikinda á meðgöngu hefur fjölgað þar sem bakverkir eru taldir vera ein helsta ástæða veikindaleyfis (Hansen, o.fl., 1999; Larsen, o.fl., 1999; Sigurbjörn Sveinsson, 2005; Stuge, Hilde og Vøllestad, 2003; Sydsjö og Sydsjö, 2001; Sydsjö, 2004; Östgaard, Zetherstrom, Roos-Hansson og Svanberg, 1994). Rannsóknnum ber flestum saman um að um helmingur barnshafandi kvenna finni fyrir bakverkjum og/eða mjaðmagrindarverkjum einhvern tíma á meðgöngunni (Barton, 2004; Björklund og Bergström, 2000; Damen, o.fl., 2001; Stuge, o.fl., 2003; Sydsjö, Sydsjö og Wijma, 1998; Wu, o.fl., 2004; Östgaard, Andersson og Karlsson, 1991). Margvísleg fræðiheiti til að lýsa ástandinu og óskýr skilyrði fyrir sjúkdómsgreiningu hefur áhrif þegar meta á tíðnina sem er mismunandi eftir rannsóknum (Albert, Godskesen og Westergaard, 2002; Stuge, o.fl., 2003). Sem dæmi um fjölda heita yfir svipað ástand má nefna að í íslensku er ýmist talað um grindarverki, grindarlos, grindargliðnun eða mjaðmagrindarverki en fjölmörg fræðiheiti eru til á erlend-

um tungumálum sem tengjast mjaðmagrindarverkjum á meðgöngu (Wu, o.fl., 2004). Elden og félagar (2005) vöktu athygli á að flestum heimildum beri saman um að lítil greinarmunur sé gerður á milli bakverkja og mjaðmagrindarverkja í sjúkdómsgreiningum. Í sömu grein leggja þeir áherslu á að mikill munur geti verið á bakverkjum og grindarverkjum þegar skoðað á meðferð og horfur (Elden, Ladfors, Fagevik Olsen, Östgaard og Hagberg, 2005). Forsendur rannsókna eru því mismunandi og misræmi ríkir milli rannsókna hvernig mjaðmagrindarverkir eru skilgreindir í hverri rannsókn fyrir sig (Elden, o.fl., 2005; Wu, o.fl., 2004). Flestum heimildum ber þó saman um að skilgreiningin á grindarverkjum sé mjaðmagrindarverkir vegna hormónabreytinga og/eða lífaflfræðilegra þátta sem eru það miklir að erfitt er að sinna daglegum störfum (Barton, 2004; Biørnstad, 1992; Hansen, o.fl., 1999; Larsen, o.fl., 1999; Ósk Axelsdóttir, 1994). Fyrsta verkjakastið getur átt sér stað á hvaða tímabili meðgöngunnar sem er, en algengast er að konurnar byrji að finna fyrir mjaðmagrindarverkjum þegar þær eru komnar fjóra til sjö mánuði á leið (Barton, 2004; Lee, 2004).

Orsakir og áhættuþættir

mjaðmagrindarverkja

Rannsóknir hafa ekki getað sýnt fram á orsakir grindarverkja þrátt fyrir margar tilgátur þar um en staðhæfingar um litla þekkingu á orsökum og áhættuþáttum bak- og mjaðmagrindarverkja koma endurtekið fram í fjölda nýlegra rannsókna (Albert, Godskesen, Korsholm og Westergaard, 2006; Barton, 2004; Biørnstad, 1992; Damen, o.fl., 2001; Jarell, o.fl., 2005; Larsen, o.fl., 1999; Stuge, o.fl., 2003; Stuge, Morkved, Dahl og Vøllestad, 2006; Wu, o.fl., 2004). Flestum ber þeim þó saman um að samverkandi þættir hafi þar áhrif, einkum hormónatengdir og lífaflfræðilegir þættir (Barton, 2004; Biørnstad, 1992; Haslam, 2004; Lee, 2004; Ósk Axelsdóttir, 1994). Í niðurstöðum rannsóknar Damen og féлага (2001) kom fram að þungaðar konur með meðal eða mikla grindarverki hafi sama sveigjanleika í spjaldliðum eins og barnshafandi konur sem eru með enga eða væga mjaðmagrindarverki á meðgöngu. Þeir vöktu hins vegar athygli á að skýr fylgni væri á milli mjaðmagrindarverkja og ósamhverfu sveigjanleikaspjaldliðanna. Björklund og félagar (2000) komust

að sömu niðurstöðu varðandi lífbeinið (Björklund, Bergström, Nordström og Ulmsteen, 2000). Vangaveltur hafa verið uppi um fleiri hugsanlega áhættuþætti eins og aldur og/eða þyngd móður, starf, sögu um fótalengdarmismun, sögu um mjóbaksverki, áverka eða skekkju í mjaðmagrind fyrir fyrstu meðgöngu, sögu um grindarverki á fyrri meðgöngu, notkun p-pillunnar, fjölda meðgangna, virkni fyrir og meðan á meðgöngu stendur o.fl. (Albert, o.fl., 2006; Birna G. Gunnlaugsdóttir og Ósk Axelsdóttir, 2001; Elden, o.fl., 2005; Larsen, o.fl., 1999; Wu, o.fl., 2004). Rannsóknir eru misvísandi varðandi tengsl þessara áhættuþátta við grindarverki. Orsakirnar eru því ekki fullþekktar þrátt fyrir að einkenni mjaðmagrindarverkja hafi verið þekkt ástand á meðgöngu um árabil. Verkir eru huglægt mat hvers og eins sem byggir á mörgum sálfélagslegum og líkamlegum þáttum (Barton, 2004; Lee, 2004).

Meðferðarúrræði

mjaðmagrindarverkja

Mjaðmagrindarverkir leiða til þess að lífsgæði og starfsgeta minnka vegna vanlíðunar (Hansen, o.fl., 1999; Larsen, o.fl., 1999; Ósk Axelsdóttir, 1994; Stuge, o.fl., 2003; Young og Jewell, 2002). Í niðurstöðum fjölda rannsókna kemur fram nauðsyn einstaklingsmiðaðrar fræðslu snemma á meðgöngu (Anna Rósa Heiðarsdóttir og Svanfríður Inga Guðbjörnsdóttir, 2004; Barton, 2004; Molde Hagen, Grasdal og Eriksen, 2003; Noren, Östgaard, Nielsen og Östgaard, 1997; Stuge, o.fl., 2003; Östgaard, o.fl., 1994). Auk fræðslu geta meðferðarúrræði fyrir barnshafandi konur með grindarverki verið sjúkraþjálfun, vatnsþjálfun, nálastungur og sálfræðiaðstoð en í sjúkraþjálfun geta falist fjölmargir þættir. Eitt af markmiðum sjúkraþjálfunar við grindarlosi er að hafa áhrif á lífaflfræðilega þætti með æfingum sem bæta líkamsstöðu og stöðugleika mjaðmagrindar ásamt liðlosun og útvegum hjálpartækja svo sem mjaðmagrindarbeltis. Verkjastilling með nuddi og annarri mjúkvefjameðferð ásamt hagnýtum ráðleggingum er einnig algeng aðferð í sjúkraþjálfun (Stuge, o.fl., 2003). Fyrirbyggjandi aðgerðir og meðferð við meðgöngutengdum bak- og mjaðmagrindarvandamálum ættu að bæta lífsgæði þungaðra kvenna og hafa þjóðfélagslegan ávinning í för með sér (Stuge, o.fl., 2003). Stuge og félagar (2003) lögðu til að sjúkraþjálfarar yrðu

að notast við eigin dómgreind út frá sjúkrasögu viðkomandi sjúklings, klínískri skoðun og þekkingu á þeim meðferðarmöguleikum sem til eru meðan ekki hafi fengist sannanir fyrir því hvaða meðferðarleið á að fara til að ná sem bestum árangri. Þeir vöktu athygli á að niðurstöður rannsókna sem kanna árangur liðlosunarméðferðar gefi til kynna að liðlosun geti verið hentug meðferðarleið ef spjaldliðurinn er ekki í réttri stöðu en bentu jafnframt á að samanburðarhóp vanti í þær rannsóknir sem kanna árangur liðlosunar. Í yfirlitsgrein þeirra kemur fram hversu erfitt getur reynst að bera saman árangur mismunandi rannsókna þar sem þær eru oft ólíkar í eðli sínu auk þess sem ákveðinn veikleiki einkenni oft aðferðafræði þeirra. Af þessum sökum reynist erfitt að draga ályktanir um gagnsemi sjúkraþjálfunar (Stuge, o.fl., 2003).

Könnun á þjónustu

Ofangreindar niðurstöður sýna nauðsyn þess að heilbrigðisstarfsmenn sem starfa við mæðravernd sýni mjaðmagrindarverkjum áhuga, þekkingu og skilning og standi vel að fræðslu, ráðgjöf, greiningu og meðferð til að auka vellíðan verðandi mæðra. Með því eru lögð lóð á vogarskálarnar til aukinnar heilsueflingar og bættrar lýðheilsu í þjóðfélaginu auk þess sem slíkar aðgerðir ættu að vera þjóðfélagslega hagkvæmar. Þegar um mjaðmagrindarverki er að ræða getur reynst erfitt að átta sig á eðli vandamálsins, greina það rétt og bregðast rétt við niðurstöðum greiningarinnar eins og margar rannsóknir benda til. Rannsóknarhöfundur sem er sjúkraþjálfari og meðferðaraðili barnshafandi kvenna taldi vera ástæðu til að kanna hvernig þjónustunni er háttað við barnshafandi konur innan heilsugæslunnar ef þær eiga við mjaðmagrindarverki að stríða á meðgöngu með það að markmiði að kanna upplifun veitenda og neytenda til þjónustunnar. Höfundi er aðeins kunnugt um tvær þjónustukannanir sem gerðar hafa verið áður hér á landi sem beinast að konum með grindarverki á meðgöngu (Anna Rósa Heiðarsdóttir og Svanfríður Inga Guðbjörnsdóttir, 2004; Elín Elísabet Jørgensen og Guðný Björg Björnsdóttir, 2005).

Um sama leyti og rannsóknaráætlunin hófst áttu sér stað miklar breytingar á starfsemi mæðraverndar höfuðborgarsvæðisins þar sem klínísk mót-taka Miðstöðvar mæðraverndar var lögð niður og ákveðið að barnshafandi

konur sem ekki eru í áhættu á meðgöngu myndu sækja þjónustuna alfarið til mæðraverndar þeirrar heilsugæslustöðvar sem þær tilheyra. Konur með mjaðmagrindarvandamál flokkast ekki undir áhættumeðgöngu og þurfa þar með ekki á sjúkrahúseftirliti að halda þó að þær hafi engu að síður þörf fyrir sérmeðhöndlun. Í kjölfar breytinganna var Miðstöð mæðraverndar ætlað að styðja við mæðravernd á heilsugæslustöðvum landsins, leggja áherslu á fræðslu og ráðgjöf auk þróunar og rannsóknarstarfs (Heilsugæslan, 2006).

Aðferðafræði

Markmið rannsókna og rannsóknarspurning

Markmið rannsóknarinnar var að kanna upplifun viðmælenda af þeirri þjónustu sem er í boði fyrir konur á höfuðborgarsvæðinu sem leita sér aðstoðar vegna mjaðmagrindarvandamála á meðgöngu og athuga hversu gott aðgengi er að henni í raun hjá heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Auk þess var markmiðið að kanna hvort þörf væri á einhverjum breytingum á þjónustunni. Rannsóknarspurningin var því á þessa leið: Er ástæða til að breyta þeim aðferðum eða leiðum sem farnar eru í þjónustu á höfuðborgarsvæðinu við barnshafandi konur með grindarvandamál og ef svo er þá hvernig. Ákveðið var að afmarka rannsóknina við höfuðborgarsvæðið. Áhugi rannsóknarhöfundar beindist að höfuðborgarsvæðinu vegna fyrrgreindra breytinga sem þar áttu sér stað en ekki að landsbyggðinni þar sem starfsumhverfið er annað og færri valmöguleikar eru á þjónustu.

Aðferð rannsókna

Þær rannsóknaraðferðir sem notaðar voru falla undir hefð eigindlegra rannsóknaraðferða (Taylor og Bogdan, 1998). Með eigindlegum rannsóknum er leitast við að afla heilstæðrar merkingar á lífi og upplifun fólks, en með þeim er rýnt í merkingu þeirra orða sem þátttakendurnir nota og tengja gagnvart því félagslega umhverfi sem þeir lifa í (Bowling, 2002). Einstaklingsviðtöl voru tekin við fagaðila en hópviðtöl (rýnihópar) við konur sem hafa upplifað grindarverki á meðgöngu. Notast var við hálfstöðluð viðtöl. Markmiðið með þeim var að rannsaka umfjöllunarefnið á opinn hátt og leyfa viðmælendum að útskýra hugmyndir sínar og skoðanir með eigin orðum (Esterberg, 2002). Reynt var að gæta fyllsta hlutleysis

og horfa á viðfangsefnið út frá sjónarhorni viðmælenda þannig að skoðanir rannsakanda endurspegluðust ekki í niðurstöðum rannsóknarinnar en þessi aðferð einkennir eigindlegar rannsóknaraðferðir (Esterberg, 2002). Rýnihópar geta gefið mikilvægar upplýsingar um þarfir þeirra sem þurfa á þjónustunni að halda. Ef ætlunin er að þróa eða leggja mat á einhverja þjónustu er oft notast við rýnihópa (Sóley S. Bender, 2003). Af þessum ástæðum var talið að rýnihópar hentuðu vel til að fá álit þeirra kvenna sem höfðu sótt þjónustuna. Ætla má að fjöldi viðmælenda sé talinn nægjanlegur í eigindlegum rannsóknum ef sami efnislegi þráðurinn er farinn að endurtaka sig í viðtölunum (Bowling, 2002) en svo reyndist vera í þessum viðtölum.

Þátttakendur

Viðhorf fagaðila til þjónustunnar voru könnuð með einstaklingsviðtölum við starfsfólk sem kom að mæðravernd. Í rannsóknina var leitað milliliðalaust eftir þátttöku læknis og ljósmóður hjá Miðstöð mæðraverndar, lækni og ljósmóður á sitt hvorri heilsugæslustöðinni og sjúkraþjálfara á Kvennadeild Landspítalans. Auk þess var leitað til tveggja sjúkraþjálfara á einkarekinni sjúkraþjálfunarstofu en annar þeirra var jafnframt leiðbeinandi í meðgöngusundi.

Tveir rýnihópar voru myndaðir með annars vegar barnshafandi konum með grindarverki sem sóttu þjónustuna í núverandi mynd og hins vegar konum sem höfðu upplifað mjaðmagrindarverki á meðgöngu og sótt þjónustuna meðan klínísk móttaka fór fram á Miðstöð mæðraverndar samhliða heilsugæslustöðvunum. Tilskilin leyfi þurfti til að nálgast þátttakendur í rýnihópana. Yfirlæknar heilsugæslustöðva höfuðborgarsvæðisins og Miðstöðvar mæðraverndar öfluðu upplýsinga úr sjúkraskrá til að velja þátttakendur. Leitað var eftir konum í sjúkraskrá sem höfðu fengið sjúkdómsgreininguna grindarlos/grindargliðnun. Sjúkdómsgreiningin grindarlos kemst næst þeirri sjúkdómsgreiningu sem kallast O26.7 (subluxation of symphysis pubis in pregnancy, childbirth and the puerperium) eftir ICD-10 flokkunarkerfinu sem er alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála (Læknablaðið, 1996; WHO, 2006). Örugast þótti að halda sig við þennan flokk til að útiloka hefðbundna bakverki á meðgöngu. Konur



A-vítamín hjálpar okkur að sjá í myrkri

Það geta verið heilmikil vísindi að búa til mat fyrir ung börn. A-vítamín er til dæmis mikilvægt til að sjá vel í myrkri en hins vegar er slæmt að fá of mikið af því. Rétt samsett og holl máltíð krefst mikillar þekkingar. Þess vegna vinna margir vísindamenn um allan heim á okkar vegum við rannsóknir á mataræði og næringu. Við viljum að það sé auðvelt fyrir þig að gefa barninu þínu hollan mat á hverjum degi.

Þú finnur fleira um börn og mataræði á www.barnamatur.is



voru útilokaðar sem greinst höfðu með fleiri sjúkdómsgreiningar en grindarlos sem krefst sérhæfðrar þjónustu svo sem við of háum blóðþrýstingi, sykursýki, meðgöngueitrun o.fl. Þátttakendurnir skrifuðu undir upplýst samþykki eftir að hafa lesið kynningarbréf um rannsóknina sem þeir fengu í hendur en þar var þeim meðal annars tilkynnt að viðtölin yrðu hljóðrituð. Rannsóknarverkefnið bar heitið „Þjónusta við konur með grindarverki á meðgöngu“ en það var samþykkt af Vísindasiðanefnd (VSNb 2006120008/03-7) og tilkynnt til Persónuverndar. Ekki var greitt sérstaklega fyrir þátttöku í rannsókninni. Samtals tóku átta konur þátt í rýnihópunum.

Gagnasöfnun

Sami viðtalsrammi var hafður til hliðsjónar við báðar viðtalsaðferðirnar til að ná fram upplifun og álit á þjónustunni frá sjónarhorni fagaðila annars vegar og þátttakenda í rýnihópunum hins vegar. Til að leita svara við rannsóknarspurningunni var kannað hvernig viðmælendum þætti greiningu, fræðslu, ráðgjöf og meðferð sinnt hjá þeim konum sem kvarta um grindarverki á meðgöngu. Einnig voru þeir spurðir til hvaða aðila þeir teldu að konurnar leituðu eftir aðstoð og hvort þeir héldu að þeim gagnaðist sú aðstoð sem þeir fengu, hvort þeir héldu að kostnaður hefði áhrif á það til hvaða þjónustuaðila væri leitað og hvort þeir teldu grindarverki vera hugsanlega vanmetna almennt og í þjónustunni við þessar konur. Athugað var hvernig þeir upplifðu tengslin vera milli þeirra fagaðila sem sinna þessu viðfangsefni og hvað þeir álitu að betur mætti fara í þjónustu við þennan sjúklingahóp. Að lokum var gerð samantekt á viðtalinu og spurt hvað lækna, ljósmæður og sjúkraþjálfarar gætu gert betur varðandi mjaðmagrindarverki.

Úrvinnsla gagna og gagnagreining

Við úrvinnslu gagna voru viðtölin vélrituð orðrétt upp eftir hljóðupptökunni. Notast var við aðferðir grundaðra kenninga þar sem greining fór fram samhliða og í lok gagnasöfnunar. Leitað var eftir sameiginlegum efnisþáttum (þemu) sem greind voru í meginþemu og undirþemu sem oftast komu upp hjá viðmælendum vegna viðtalsrammans sem var lagður fyrir þátttakendur (Esterberg, 2002). Viðtölin voru túlkuð til að fá heildarsýn á textann en í niðurstöðunum voru efnisþættirnir studdir með því að tilgreind voru svör viðmælendanna með

beinum og óbeinum tilvitnunum í viðtöl þeirra til að birta nákvæmari frásögn af viðhorfum og reynslu viðkomandi þátttakenda.

Niðurstöður

Fræðsla, greining og ráðgjöf

Allir viðmælendur voru sammála um mikilvægi fræðslu snemma á meðgöngu og að bregðast þurfi fljótt við ef kvartað er um grindarverki. Þeir töldu að gott væri að blanda saman hópfræðslu og einstaklingsfræðslu þar sem hópfræðslan kæmi aldrei í staðinn fyrir einstaklingsfræðsluna. Sjúkraþjálfarinn sem sér bæði um einstaklingsfræðslu á stofu og hópfræðslu í vatnsþjálfun taldi einstaklingsfræðslu skila sér betur þar sem hann væri þá búinn að heyra sjúkrasögu og skoða viðkomandi konu. Sjúkraþjálfarinn sagðist jafnframt finna þörf kvennanna til að ná tali af honum að loknum kennslutíma í vatnsþjálfun. Í rýnihópunum kom í ljós að einungis ein kona hafði fengið vitneskju um hópfræðslu. Konurnar töldu að þetta hefði með kynninguna að gera í mæðraverndinni. Einn viðmælendanna hélt fram að henni hefði verið sagt frá fræðslunni en „hún hefði ekki verið gerð neitt aðlaðandi heldur sagt að það væri svo sem allt í lagi að mæta.“

Skiptar skoðanir voru meðal fagaðila um hvernig standa ætti að greiningu og ráðgjöf sjúkraþjálfara í þjónustuferlinu. Viðmælendur voru ekki á sama máli um hvort sérhæfður sjúkraþjálfari ætti að vera sérstakur greiningaraðili á heilsugæslustöðvum eða hjá Miðstöð mæðraverndar eða hvort viðkomandi sjúkraþjálfarar sem væru jafnframt meðferðaraðilar á stofu ættu að sjá um greiningu og ráðgjöf. Í einstaklingsviðtölunum komu fram vangaveltur um tvöfalda skoðun, faglegt öryggi og tryggingu gegn ofmeðhöndlun og í hópunum spunnust umræður um sama efni. Flestar konurnar vildu fá skoðun og greiningu hjá væntanlegum meðferðaraðila. Þeim fannst ekki skipta máli hvort sjúkraþjálfarinn væri staðsettur á viðkomandi heilsugæslustöð eða á sjúkraþjálfunarstofu. Konurnar í rýnihópunum voru allar sammála um að lækna ættu að taka meiri þátt í mæðraverndinni. Sem dæmi sagði einn viðmælendanna: „Mér finnst eðlilegt að lækarnir komi inn og sjái hvort allt sé eðlilegt þó svo að í 90% tilfella sé ábyggilega allt í lagi.“

Meðferð

Flestir viðmælendanna bæði í einstak-

lingsviðtölunum og í rýnihópunum töldu fræðslu ljósmæðra og/eða sjúkraþjálfara nægja ásamt vatnsþjálfun við vægum einkennum grindarverkja en nauðsynlegt að blanda saman sjúkraþjálfunar meðferð og vatnsþjálfun ef vandamálið hindraði athafnir daglegs lífs. Almenn ánægja var meðal viðmælenda með vatnsþjálfunina við vægari einkennum grindarverkja. Skiptar skoðanir voru hins vegar um gagnsemi sjúkraþjálfunar. Fjórum fagaðilanna og tveimur kvennanna í rýnihópunum fannst sjúkraþjálfun gagnast mismunandi. Önnur ljósmæðranna sagðist hafa þá reynslu að ef konurnar lentu eingöngu í nuddi væru þær ekki ánægðar. Ein kvennanna í rýnihópunum var hins vegar mjög ánægð með sinn sjúkraþjálfara sem hafði eingöngu gefið nudd með góðum árangri. Annar lækna sagði stöðugleikaþjálfun með þjálfun djúpu grunnvöðvanna gefa oft besta árangur en sjúkraþjálfun væri oft viðhaldsmeðferð á meðgöngunni en ekki meðferð til lækninga. Einn sjúkraþjálfaranna sagði það stundum vera tilganginn og það mesta sem hægt væri að ná fram en í öðrum tilfellum „væri hægt að koma í veg fyrir veikindafrí með því að hjálpa til við að konan geti farið aftur til vinnu eða í það minnsta að hún geti átt betri daga fram að fæðingu.“ Sjúkraþjálfarinn sagði meðferðina gagnast í flestum tilfellum, sumum nægði að fá fræðslu og ráðleggingar en í erfiðari tilfellum væri eingöngu verið að halda í horfinu. Af þeim átta viðmælendum sem tóku þátt í rýnihópunum hafði ein aldrei kynnst sjúkraþjálfun, tvær voru ekki nógu ánægðar með sinn sjúkraþjálfara sérstaklega eftir að þær heyrdðu hinar konurnar segja frá sinni reynslu en fimm kvennanna voru mjög ánægðar. Tvær þeirra sem voru bæði í sjúkraþjálfun og vatnsleikfimi sögðu sjúkraþjálfarana hafa samþætt meðferðina sem hefði virkað vel. Sjúkraþjálfarinn sem er jafnframt leiðbeinandi í meðgöngusundinu var sammála þessu og sagði sjúkraþjálfarana geta einbeitt sér meira að verkjameðferð og liðlosun ef konurnar fengu vatnsþjálfun samhliða einstaklingsmeðferðinni. Öllum konunum að undanskilinni einni konu hafði verið bent á meðgöngusundið í mæðraverndinni en flestar nýttu sér það. Konurnar sem nýttu sér meðgöngusundið voru allar mjög ánægðar að undanskilinni einni sem hafði sótt vatnsleikfimi sem var ekki stjórnað af sjúkraþjálfara. Hún þurfti að hætta þar sem hreyfingarn-

ar hentuðu henni ekki. Konunum þótti félagsskapurinn, hitinn og æfingarnar gera sér gott og flestir fagaðilanna tóku í sama streng.

Í þeim viðtölum sem minnst var á nálastungur sem meðferðarform voru flestir sammála um að nálastungumeðferð væri góður kostur sem verkjameðferð en sem sjálfstæð meðferð dygðu nálastungur ekki til. Einn sjúkraþjálfaranna sagðist trúa á meðferðina sem verkjameðferð en lagði áherslu á að nálastungurnar hjálpuðu ekki ef um skekkjur eða læsingar í mjaðmagrind væri að ræða. Ein kvennanna sem er með mjög slæmt grindarlos hafði kynnst nálastungum hjá ljósmóður á stofu. Hún lýsti reynslu sinni á eftirfarandi hátt: „Nálastungurnar virkuðu vel að því leyti sem þær virkuðu. Ég gat svo sem ekki gert ráð fyrir miklum bata en þetta var verkjastillandi, ég fann mun.”

Í heildina var ekki mikið fjallað um sálfræðiaðstoð í viðtölunum. Önnur ljósmæðranna benti þó á að möguleiki væri á að hafa samband við tiltekinn sálfræðing á einkastofu sem sinnti sálrænu þáttunum sem tengdust grindarverkjum. Hún sagði eftirfarandi: „Ef konur hafa átt slæmar fyrri meðgöngur og eru með króníska verki er möguleiki að benda á þetta líka.”

Þjónusta þegar vandamálið er borið upp í meðravernd og tengsl milli fagaðila

Báðir lækarnir og allir sjúkraþjálfararnir lögðu á það ríka áherslu að bregðast þyrfti fyrr við en gert er þegar konur byrja að kvarta um verki í grindinni við ljósmóður. Einn sjúkraþjálfaranna sagði konurnar fá litlar upplýsingar um hvað þær gætu gert nema að fara í meðgöngusundið og að minnka við sig vinnu. Hann taldi vera misjafnt hvort þeim hafi verið bent á sjúkraþjálfun. Sömu viðhorf komu fram í rýnihópunum. Tveir fagaðilanna sögðu konurnar þurfa að bera sig eftir hjálpinni sjálfar og þrjár kvennanna kvörtuðu yfir því sama í rýnihópunum. Annar læknanna benti á að það gætu liðið fjórar til fimm vikur milli heimsóknna í meðravernd sem væri svo langur tími í bið að erfitt gæti reynst að snúa dæminu við til að koma konunum í vinnu aftur. Hann sagði eftirfarandi: „Þær eru að bíða eftir að hitta lækni til að skrifa beiðni en hann er í frí eða hefur ekki séð sjúklinginn og treystir sér þá ekki til að skrifa vottorð.“ Hinn lækni sagðist ekki vilja missa af þessum konum og talaði um opna sam-

vinnu milli lækna og ljósmæðra. Auk þess sagði hann: „Konan á ekki að þurfa að bíða eftir vottorði til sjúkraþjálfara, það er hægt að vinna þetta miklu hraðar. Kannski geta ekki allir læknar gefið sér tíma til að sinna þessu aukalega. Þetta fer kannski eftir persónum.“

Allir viðmælendur í einstaklingsviðtölunum og í rýnihópunum voru sammála um að þeir upplifðu samstarfið milli ljósmæðra og lækna vera gott en tengsl milli sjúkraþjálfara annars vegar og lækna og ljósmæðra hins vegar vera lítil eða engin. Sjúkraþjálfarinn á Landspítalanum taldi hins vegar samstarfið vera gott meðal allra fagaðila innan spítalans.

Kostnaður við þjónustuna og veikindaleyfi

Allir viðmælendur rannsóknarinnar voru sammála um hversu mikil áhrif kostnaður getur haft á hvert konurnar leita eftir þjónustu. Flestir viðmælenda voru sammála um að greiningarmat sjúkraþjálfara á meðgöngu og eftir fæðingu ætti að vera konunum að kostnaðarlausu eins og mæðraskoðun ef ljósmóðir teldi að konurnar þyrftu á greiningarviðtali að halda. Einn sjúkraþjálfaranna lagði til eftirfarandi: „Allar heilsugæslustöðv-arnar myndu greiða hlut sjúklings svo að það yrði sama þjónusta fyrir konur sem eru úti á heilsugæslustöðvunum eins og er á Landspítalanum.” Í flestum viðtölunum kom fram að ein af fyrstu aðgerðunum við grindarverkjum er að konum er boðið að minnka við sig vinnu. Ljósmæðurnar töldu að konurnar væru frekar settar í veikindaleyfi af því að þær hefðu ekki ráð á að sækja sér þjónustu. Önnur ljósmæðranna vakti athygli á að veikindaleyfi væri háð menntun og starfi þar sem konur sem stunda líkamlega erfið störf sæktust frekar eftir því að fá veikindavottorð. Staðfesting á þessu kom fram í rýnihópunum þar sem konurnar gátu haldið áfram námi og skrifstofustörfum langt fram eftir meðgöngunni en ekki ræstingum, aðhlynn-ingarstörfum, umönnunarstörfum eða þjónustustörfum. Annar læknanna benti á að mikilvægt væri að draga úr veikindaleyfum þar sem þau kostuðu konurnar, vinnuveitandann og ekki síður ríkið fjármuni og væru dýrari en kostnaður við sjúkraþjálfun. Lækniinn bætti við: „Ég er viss um að fyrirtækin myndu koma inn og borga hluta kostnaðar fyrir sitt fólk því það færi minni tími frá vinnu í að bíða eftir vottorðum og styttri tími frá vinnu ef greining og meðferð

yrðu markvissari og tækju styttri tíma.“

Vangaveltur um hvort grindarverkir og þjónusta vegna þeirra væru vanmetin

Báðar ljósmæðurnar voru sammála um að vandamálið væri ekki vanmetið þar sem ljósmæður væru vakandi fyrir þessu en lækarnir töldu báðir að um vanmetið vandamál væri að ræða. Sjúkraþjálfararnir sem starfa á stofu töldu vandamálið hugsanlega vanmetið en þeir gætu eingöngu dæmt slíkt út frá þeim konum sem væru komnar í sjúkraþjálfun. Annar sjúkraþjálfaranna sagði konurnar oft tala um „að læknunum finndist þær alltaf vera kvartandi og kveinandi út af smámunum eins og þær nenntu ekki að vinna.” Heilsugæslulækniinn benti á að grindarverkir gætu verið misskilið vandamál þar sem konurnar geti verið góðar meðan þær eru á hreyfingu en „frjósi svo í einhverri stöðu og geti ekki hreyft sig.” Sjúkraþjálfarinn á Landspítalanum taldi vandamálið vera ofmetið á spítalanum. Í rýnihópunum kom fram að konurnar höfðu mætt neikvæðum viðhorfum úti í samfélaginu þegar þær þyrftu að minnka við sig vinnu. Ein þeirra sagðist hafa unnið 8-16 tíma á dag og hefði hætt allri vinnu. „Mér fannst ég verða fyrir ákveðnum forðómum að hafa hætt að vinna, bæði hjá fólkinu í vinnunni og svo fannst mér ljósmóðirin ekki vera sátt við að ég hefði bara klippt á vinnuna. Ég vann því í nokkra daga, en það varð til þess að ég lá á eftir.“ Önnur sagði eftirfarandi: „Mér finndist allt í lagi að ljósmæðurnar bentu manni á sjúkraþjálfara sem sérhæfa sig í þessu en það var ekki gert. Ljósmæðurnar mega alveg styðja meira við mann af því að maður mætir þessu viðhorfi úti í samfélaginu.“ Fleiri tóku í sama streng.

Ábendingar um hvað fagaðilar geta gert betur í þjónustunni

Í heildina virtust allir fagaðilarnir sem tóku þátt í rannsókninni vera sammála um að læknar sýndu vandamálinu lítinn áhuga og skilning og mættu því gera betur. Fjórir fagaðilanna nefndu litla þekkingu lækna á mjaðmagrindinni og að þeir þyrftu að fá aukna fræðslu um skoðun á mjaðmagrind. Í viðtölunum voru ljósmæður helst gagnrýndar fyrir að vera seinar að beina konunum frá sér til fagaðila til greiningar og meðferðar ef konurnar kvörtuðu um grindarverki. Í rýnihópunum voru konurnar sammála um að ljósmæðurnar þyrftu að

hafa upplýsingablað um hvaða þjónusta væri í boði, þær ættu að sjá um grunnfræðsluna en bregðast fljótt við ef kvartanir um grindarvandamál kæmu upp þannig að konurnar þyrftu ekki að bera sig eftir björginni sjálfar. Báðir lækarnir bentu á að töf væri oft í ferlinu vegna kröfu um að skrifa beiðni til sjúkraþjálfara. Í flestum viðtölunum kom fram mikilvægi þess að sjúkraþjálfarar eflðu tengsl sín við ljósmæður og lækna og bættu sig varðandi sjúkraskýrslugerð. Ljósmæðurnar og lækarnir sem tóku þátt í rannsókninni voru sammála um að það vantaði að fá svör frá sjúkraþjálfurum um gang meðferðar. Hluti þeirra sagði ekki nægja að fá útskriftarskýrslu í lok meðferðar þar sem gott væri fyrir ljósmæður að heyra hvernig gengi til að geta fylgt málum eftir.

Umræður

Í heildina virðist vera mikilvægast að ljósmæður bregðist fljótt við ef konurnar kvarta um verki frá mjaðmagrind. Nauðsynlegt er að konurnar fái einstaklingsfræðslu hjá ljósmóður snemma á meðgöngu ásamt einstaklingsfræðslu hjá sjúkraþjálfara ef ástæða er til að framkvæma greiningarmat. Þetta er í samræmi við niðurstöður fjölda annarra rannsókna þar sem kemur fram nauðsyn einstaklingsmiðaðrar fræðslu snemma á meðgöngu (Anna Rósa Heiðarsdóttir, o.fl., 2004; Barton, 2004; Molde Hagen, o.fl., 2003; Noren, o.fl., 1997; Stuge, o.fl., 2003; Östgaard, o.fl., 1994). Auk þess er ástæða til að vekja athygli á fræðslufyrirlestri sem sjúkraþjálfari heldur á Miðstöð mæðraverndar en hann þarf að kynna vel á öllum heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins. Allar barnshafandi konur ættu að nýta sér þá hópfræðslu sem er þeim að kostnaðarlausu. Í rýnihópunum komu fram óskir um að upplýsingar um ýmsa þjónustu sem er í boði væru aðgengilegar hjá ljósmæðrum. Ekki er úr vegi að Faghópur sjúkraþjálfara um kvennaheilsu sem er undirfélag Félags íslenskra sjúkraþjálfara yrði í samstarfi við Miðstöð mæðraverndar til að vinna að slíkum upplýsingum.

Ástæða er til að þróa betur þjónustuferlið er varðar greiningu og ráðgjöf sjúkraþjálfara. Með niðurstöður rannsóknarinnar í huga má ætla að heppilegast væri að mynda teymi milli heilsugæslustöðva og nærliggjandi sjúkraþjálfunarstofa þar sem þjónustusamningar yrðu gerðir með innleiðingu samskiptaseðla milli ljósmæðra og

sjúkraþjálfara til að flýta fyrir þjónustuferlinu og efla tengslin milli fagaðila. Með þessu fyrirkomulagi væri komið í veg fyrir tvöfalda og/eða þrefalda skoðun greiningaraðila þar sem lækni, ljósmóðir og sjúkraþjálfari skoðaði konuna auk þess sem faglegt öryggi og trygging gegn ofmeðhöndlun eykst. Þessi tillaga er í samræmi við nýsamþykkt lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 (Alþingi, 2007). Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að algengast sé að beina konunum í meðgöngusund auk þess sem þeim er bent á möguleikann að minnka við sig vinnuhlutfall. Rannsóknarhöfundur telur að huga mætti að fjölbreyttari úrlausnum. Ekki er í öllum tilfellum þörf fyrir að veita sjúkraþjálfunarmeðferð við mjaðmagrindarverkjum. Stundum nægir að sjúkraþjálfari greini vandamálið og veiti fræðslu og ráðgjöf en við það nást persónuleg tengsl við sjúkraþjálfarann ef konurnar þurfa á meðferð að halda síðar á meðgöngunni. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar virðist fræðsla ásamt vatnsþjálfun oft nægja við vægari einkennum grindarverkja. Sambland af vatnsþjálfun og sjúkraþjálfunarmeðferð hefur reynst vel þeim konum sem tóku þátt í rannsókninni ef verkir eru farnir að hafa áhrif á athafnir daglegs lífs sem krefst verkjameðferðar og jafnvel liðlosunar. Greiningarmat sjúkraþjálfara á meðgöngu og endurmat eftir fæðingu ætti að vera konunum að kostnaðarlausu eins og ljósmæðra- og lækni skoðun og sú þjónusta sem Landspítalinn veitir konum í áhættumeðgöngu. Sama gagnrýni endurtók sig í öllum viðtölunum á hverja fagstétt fyrir sig sem bendir til að endurskoða megi verklagsreglur með samvinnu og samhæfingu fagaðila að leiðarljósi.

Samantekt og notagildi rannsókna

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar virtist vera nokkuð tilviljunarkennt hvernig þjónustu þær konur sem tóku þátt í þessari rannsókn höfðu fengið sem voru með mjaðmagrindarverki á meðgöngu. Sumar kvennanna höfðu sótt sjálfar beint til sjúkraþjálfara, aðrar höfðu fengið skoðun á Landspítalanum og í kjölfarið skoðun, fræðslu og meðferð á einkarekinni sjúkraþjálfunarstofu og enn aðrar höfðu fengið enga eða ófullnægjandi þjónustu. Niðurstöður rannsóknarinnar eru vísbending um þörf fyrir endurskoðun á þeirri þjónustu sem konum með grindarverki á meðgöngu

er veitt, og þá með bættu samhæfingu og samstarf fagaðila í huga. Með auknum áhuga, þekkingu og skilningi fagaðila á mjaðmagrindarverkjum má efla þjónustu fyrir barnshafandi konur með grindarverki en til þess þarf heilsteypptar verklagsreglur.

Þessi grein byggir á rannsókn sem unnin var til meistaraþráðu í Lýðheilsufræði (MPH) við Háskólann í Reykjavík. Titill ritgerðarinnar var „Mjaðmagrindarverkir á meðgöngu - Könnun á þjónustu.“ Viðfangsefnið var eigindleg rannsókn á þjónustu við konur með grindarverki á meðgöngu á höfuðborgarsvæðinu. Leiðbeinendur voru Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og Margrét Lilja Guðmundsdóttir. Í umræddu meistaraaverkefni eru lagðar fram ítarlegar tillögur til úrbóta sem eru meðal annars studdar með tilvísunum í nýtilkomin lög um heilbrigðisþjónustu (Alþingi 2007). Tillögurnar ættu að hafa gagnýtt gildi fyrir Miðstöð mæðraverndar, mæðravernd heilsugæslustöðvanna og sjúkraþjálfara sem veita barnshafandi konum þjónustu.

Helstu tillögur að úrbótum:

- Að ljósmæður bregðist fljótt við ef konur kvarta um mjaðmagrindarverki og sendi þær í greiningu til læknis eða sjúkraþjálfara. Sjúkraþjálfunarmeðferð þarf ekki alltaf að fylgja í kjölfarið.
- Að efla kynningu á heilsugæslustöðvum um hópfræðsluna sem er í boði á Miðstöð mæðraverndar og vekja athygli á að hún höfðar til allra barnshafandi kvenna.
- Að upplýsingar séu aðgengilegar hjá ljósmæðrum um þá þjónustu sem er í boði hverju sinni fyrir konur með mjaðmagrindarverki.
- Að mynda þjónustusamninga milli heilsugæslustöðva og nærliggjandi sjúkraþjálfunarstofa á hverju svæði fyrir sig sem uppfylltu ákveðin skilyrði svo sem tímaramma á skoðun og greiningu ásamt skýrslugerð.
- Að ljósmæður útfylltu samskiptaseðla til sjúkraþjálfara með beiðni um greiningu til að forðast töf hjá lækni.
- Að heilsugæslan greiddi hlut sjúklings fyrir greiningarmat og endurmat eftir fæðingu ef ljósmóðir eða lækni telur vera þörf fyrir slíkt mat.

Heimildaskrá

- Albert, H. B., Godskesen, M. og Westergaard, J. G. (2002). Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain. *Spine*, 27(24), 2831-2834.
- Albert, H. B., Godskesen, M., Korsholm, L. og Westergaard, J. G. (2006). Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(5), 539-544.
- Alþingi. (2007). *Lög um heilbrigðisþjónustu*. Sótt 3. maí 2007 af <http://www.althingi.is/altext/133/s/1376.html>.
- Anna Rósa Heiðarsdóttir og Svanfríður Inga Guðbjörnsdóttir. (2004). *Þjónusta fyrir konur með grindarverki á meðgöngu*. Óbirt BS-ritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræði.
- Barton, S. (2004). Relieving the discomforts of pregnancy. Í J. Mantle, J. Haslam, S. Barton (Ritstj.), *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology* (2. útgáfa, bls.141-164). Edinburgh: Butterworth Heinemann.
- Birna G. Gunnlaugsdóttir og Ósk Axelsdóttir. (2001). *Grindarlos – Hvað er til ráða?* Reykjavík: Félag íslenskra sjúkrahjálfa.
- Biørnstad, N. (1992). *Bekket på kryss og tvers*. Gjøvik: J.W.Cappelens Forlag A.S.
- Björklund, K. og Bergström, S. (2000). Is pelvic pain in pregnancy a welfare complaint? *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 79(1), 24-30.
- Björklund, K., Bergström, S., Nordström, M.L. og Ulmsteen, U. (2000). Symphyseal distention in relation to serum relaxin levels and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 79(2), 269-275.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health: Investigating health and health services* (2.útgáfa). United kingdom: Open University Press.
- Damen, L., Buyruk, H.M., Guler-Uysal, F., Lotgering, F.K., Snijders, C.J. og Stam, H.J. (2001). Pelvic pain during pregnancy is associated with asymmetric laxity of the sacroiliac joints. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 80(11), 1019-1024.
- Elden, H., Ladfors, L., Fagevik Olsen, M., Östgaard, H.C. og Hagberg, H. (2005). Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *British Medical Journal*, 330 (7494), 761.
- Elín Elísabet Jörgensen og Guðný Björg Björnsdóttir. (2005). *Grindarverkir hjá barnshafandi konum á Íslandi. Tíðni og orsakafættir*. Óbirt BS-ritgerð: Háskóli Íslands, Sjúkrahjálfunarskor, Læknadeild.
- Esterberg, K.G. (2002). *Qualitative Methods in Social Research*. Boston: McGraw-Hill Higher Education.
- Hansen, A., Jensen, D. V., Wormslev, M., Minck, H., Johansen, S. og Larsen, E. C., o.fl. (1999). Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. II: Symptoms and clinical signs. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 78(2), 111-115.
- Haslam, J. (2004). Anatomy. Í J. Mantle, J. Haslam, S. Barton (Ritstj.), *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology* (2.útgáfa, bls.1-25). Edinburgh: Butterworth Heinemann.
- Heilsugæslan í Reykjavík. (2006, 8.nóvember). *Fréttatilkynning frá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og LSH*. Sótt 3.febrúar 2007 af <http://www.heilsugaeslan.is/?PageID=785&NewsID=118>.
- Jarell, J.F., Vilos, G.A., Allaire, C., Burgess, S., Fortin, C., Gerwin, R., o.fl. (2005). Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*, 27(8), 781-826.
- Larsen, E. C., Wilken-Jensen, C., Hansen, A., Jensen, D. V., Johansen, S., og Minck, H., o.fl. (1999). Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. I: Prevalence and risk factors. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 78(2), 105-110.
- Lee, D. (2004). *The pelvic girdle. An approach to the examination and treatment of the lumbo-pelvic-hip region* (3.útgáfa). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Lýðheilsustöð. (2006). *Stefna, framtíðarsýn og aðgerðaráætlun 2006-2010*. Reykjavík.
- Læknablaðið-Fylgirit. (1996). Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála. *Læknablaðið*, 82, 33.
- Molde Hagen, E., Grasdal, A. og Eriksen, H.R. (2003). Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study. *Spine*, 28(20), 2309-2316.
- Noren, L., Östgaard, S., Nielsen, T.F. og Östgaard, H.C. (1997). Reduction of sick leave for lumbar back and posterior pelvic pain in pregnancy. *Spine*, 22(18), 2157-2160.
- Ósk Axelsdóttir. (1994). Mjaðmarg grindarverkir í tengslum við meðgöngu og fæðingu. *Félagsmiðill*, 21(1), 31-34.
- Sigurbjörn Sveinsson. (2005). Um fæðingarorlof og veikindi á meðgöngu. *Læknablaðið*, 10, 763.
- Sóley S. Bender. (2003). Rýnihópar. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (Ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknunum í heilbrigðisvísindum* (bls. 85-99). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Stuge, B., Hilde, G., og Vøllestad, N. (2003). Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: A systematic review. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 82(11), 983-990.
- Stuge, B., Morkved, S., Dahl, H.H. og Vøllestad, N. (2006). Abdominal and pelvic floor muscle function in women with and without long lasting pelvic girdle pain. *Manual Therapy*, 11(4), 287-296.
- Sydsjö, A., Sydsjö, G. og Wijma, B. (1998). Increase in sick leave rates caused by back pain among pregnant Swedish women after amelioration of social benefits. A paradox. *Spine*, 23(18), 1986-1990.
- Sydsjö, A. og Sydsjö, G. (2001). Gravidar sjúkfránvaro ligger bakom ökat sjukta för kvinnor i fertil ålder. Studie av gravida kvinnors sjukfránvaro 1978-1997. *Läkartidningen*, 98, 3410-3414.
- Sydsjö, A. (2004). Viktigt veta vem som är gravid när man jämför sjukskrivning vid ryggbesvär. *Läkartidningen*, 101, 448.
- Taylor, S. J. og Bogdan, R. (1998). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource* (3. útg.). New York: John Wiley and Sons.
- WHO. (2006). International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems 10 th Revision Version for 2006. Sótt 3.desember 2006 af <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- Wikmar, L.N. (2003). Ryggbesvär hos kvinnor under och efter graviditet måste uppmärksammas. *Läkartidningen*, 99, 2044.
- Wu, W.H., Meijer, O.G., Uegaki, K., Mens, J. M., van Dieën, J.H. og Wuisman, P.I., o.fl. (2004). Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *European Spine Journal*, 13(7), 575-589.
- Young, G. og Jewell, D. (2002). Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Systemic Review*, (1):CD001139.
- Þorgerður Ragnarsdóttir, Álfheiður Steinþórsdóttir, Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Jóhann Ágúst Sigurðsson, Laufey Steingrímsdóttir, Pétur Pétursson, o.fl. (2003). *Áherslur til fagefningar*. Sótt 7.desember 2006 af http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/Heilsuefning_skyrsla_12.03.04.pdf
- Östgaard, H.C., Andersson, G.B. og Karlsson, K. (1991). Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine*, 16(5), 549-552.
- Östgaard, H.C., Zetherstrom, G., Roos-Hansson, E. og Svanberg, B. (1994). Reduction of back and posterior pelvic pain in pregnancy. *Spine*, 19(8), 894-900.



Heilbrigðisstofnun
Suðurlands



Jólakveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

Sjúkrahúsið Akureyri

NICORETTE FRUITMINT SVO BRAGÐGOTT AÐ MENN JAFNVEL DULBÚAST TIL AÐ NÁ ÞVÍ!



Nicorette Fruitmint er mjúkt að innan, hefur stökkt yfirborð og frískandi bragð með gómsætri blöndu af ávöxtum og myntu. Bragðbesta leiðin til að hætta! Hvað ert þú tilbúin að ganga langt? Fáðu ráðgjöf í apótekinu eða kynntu þér málið á www.nicorette.is

Þín ákvörðun, þín leið,
þitt Nicorette



Nicorette® Fruitmint. 2 mg og 4 mg lyfjatyggið. Nicorette nikótínlyf eru fáanleg án lyfseðils og eru notuð þegar reykingum er hætt eða þegar dregið er úr reykingum. Til að ná sem bestum árangri skal ávallt fylgja leiðbeiningum í fylgiseðli. Skammtar eru einstaklingsbundnar eftir því hve mikið er reykt, hvort hætta á reykingum eða draga úr þeim. Því ber að kynna sér upplýsingar um notkun í fylgiseðli. Í fylgiseðlinum eru upplýsingar um: verkun og notkun, varúðarreglur, mikilvægar upplýsingar sem nauðsynlegt er að lesa áður en lyfin eru notuð, huganlegar aukaverkanir og aðrar upplýsingar. Leiðið til læknis eða lyfjatræðings ef þörf er á frekari upplýsingum um lyfin. Þeir sem fengið hafa ofnæmi fyrir nikótíni eða öðrum innihaldsefnum lyfins, nýlegt hjartafall, óstöðuga versnandi hjartabæing, alvarleg hjartsláttargölp eða nýlegt heilablóðfall eiga ekki að nota Nicorette nikótínlyf. Börn yngri en 15 ára, þungaðar konur og konur með barn á brjósti eiga ekki að nota Nicorette nikótínlyf nema að ráði læknis. Lesið allan fylgiseðilinn vandlega áður en byrjað er að nota lyfið. Geymið fylgiseðilinn. Nauðsynlegt getur verið að lesa hann síðar. Handhafi markaðsleyfis: McNeil Denmark ApS. Umboð á Íslandi: Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ.

Ljós móðir í Hong Kong

Það er gaman að fá tækifæri til að segja frá vinnu minni og samstarfsskvænnu hér í Hong Kong í Ljósmaðrablaðinu á Íslandi. Það er óhætt að segja að mikið vatn hefur runnið til sjávar síðan ég kom hingað árið 2001, en þá var ég nýútskrifuð ljós móðir frá Íslandi með mjög takmarkaða reynslu. Hlutirnir æxluðust þannig að skömmu eftir að ég kom hérna út þá var ég farin að reka ljósmaðraþjónustu; lítið fyrirtæki sem sett hafði verið á stofn árið 1995 og var að mestu heimaþjónusta eftir fæðingu. Það var virkilega vel staðið að faglega þættinum og ljós móðirin sem átti fyrirtækið hafði áratuga reynslu og var af mörgum álitin „hin eina sanna“ – hún var hin sannkallaða móðurímmynd sem kom á heimilin og tók málin í sínar hendur. Ennfremur hafði hún eignast sex börn, öll heima og flest án aðstoðar annarra. Hún var nálægt sjötugu þegar ég kom hingað og var glöð að selja fyrirtækið og setjast að á Kýpur.

Smám saman, við að reka fyrirtækið, kom í ljós að með því að ráða inn fleira fólk og verða sér úti um góða aðstöðu, var hægt að bæta mikið við starfssemi og bjóða líka upp á metnaðarfulla foreldrafræðslu, samfellda þjónustu og hafa einskonar miðstöð opna fyrir konurnar, sem margar hverjar voru hér án vinnu og vildu gjarnan kynnast öðrum mæðrum. Með hjálp margra góðra varð þetta að raunveruleika hjá okkur og síðan 2003 hefur starfsemi fyrirtækisins – Annerley, maternity and early childhood professionals – vaxið vel og örugglega og núna samanstöndum við af 5 ljósmaðrum, 2 hjúkrunarfræðingum, svefnráðgjafa, fyrstuhjálpar kennara, svæfingalækni auk rekstrarsjórans okkar og nokkurra annarra.

Nýlega skiptum við rekstrinum upp í þrjár einingar og erum núna með ljósmaðraþjónustu, sem er í mínum höndum að reka og svo ungbarnavernd, þroskamat og svefnráðgjafarþrógram, sem meðeigandi minn í fyrirtækinu, Deborah Taylor, sér um. Að auki rekum við ráðningarþjónustu fyrir svokallaða

nýburahjúkrunarfræðinga (maternity nurses) og sérmenntaðar barnapíur.

Það er ákaflega gaman að sjá um þennan rekstur enda er fjölbreytnin mikil og alla jafna fáum við að fylgja fólki í gegnum skemmtilegt tímabil í lífi þess, sem oft spannar mörg ár. Við þurfum að sjálfsögðu oft líka að eiga við erfið vandamál og það getur verið álag að stjórna rekstri þar sem pólitísk og ákveðin hentistefna eru stór þáttur í því hversu vel gengur. Að vera faglegur og fylgja siðfræðinni er ekki alltaf eins auðvelt og maður myndi gjarna vilja því í einkareknum heilbrigðisgeira er því miður ekki alltaf verið að hugsa um „viðskiptavininn“ fyrst – en við viljum státa okkur af því að vera bæði stærsta og sjálfstæðasta slíka stofnunin hér í Hong Kong, sem betur fer, getum við einnig sagt að okkar viðskiptavinir eru alltaf númer eitt.

Til þess að svona sé hægt að vinna, er mikilvægt að vera mjög trúr sjálfum sér og passa upp á að brenna ekki út, - vinna hæfilega mikið og geta gefið sér tíma í að sinna hverri fjölskyldu eins og hún hefur þörf fyrir. Með því að

stækka hóp þeirra fagaðila sem vinna hjá Annerley, höfum við hægt og sigandi getað náð þessu markmiði og þjónustan sem við bjóðum upp á hefur í kjölfarið orðið betri með hverju árinu. Hér á eftir ætla ég að segja aðeins meira frá hlut ljósmaðranna í þessum efnum og hvernig við höfum séð áhrif vinnunnar á bæði fjölsýldunnar sem við sinnum, og sjúkrahúsin sem eru að taka á móti konunum í fæðingu.

Vinnufyrirkomulag og mottó

Við hófum að bjóða upp á okkar eigin fæðingarstuðning árið 2002, þegar kona nokkur var ófær um að nota mænurótardeyfingu til að hjálpa sér í gegnum fæðingu og bað okkur um að vera „lífandi deyfing“. Hún sagði að tryggingarfélagið sitt byðist til að borga fyrir annað hvort samfellda fæðingarþjónustu eða þá mænurótardeyfingu. Skemmst er frá að segja að þrátt fyrir að þetta fyrsta barn hennar væri 5 kíló og tæki nokkuð langan tíma að fæðast, þá gekk allt vel og engin þörf var fyrir deyfilyf. Konan, sem var trúboði við störf í Laoz, var ákaflega ánægð með stuðninginn. Síðan



Hulda Þórey skoðar stolta verðandi móður.



Starfsfólk Huldu Þóreyjar.

Þá hafa um það bil 30 konur á ári bæst í hóp þeirra sem kjósa að notfæra sér þá þjónustu sem við bjóðum upp á í fæðingunum, og fer þeim stöðugt fjölgandi. Í dag erum við þrjár ljósmæður í fullri vinnu sem felur í sér að sinna foreldrafræðslunni (um það bil 6 hópar í hverri viku), mæðravernd, heimaþjónustu og svo að vera á vakt fyrir allar fæðingar. Við komumst yfir að taka rétt um 10 fæðingar á mánuði, en eins og margir vita getur hver tekið allt að því 60 klukkustundir frá því að fyrsta kall kemur.

Samfelldur stuðningur er það sem fyrst og fremst lýsir fæðingarfylgdinni okkar og það sem konurnar fá, eftir að hafa farið í venjubundið meðgöngu eftirlit og foreldrafræðsla, er vaktþjónusta allan sólarhringinn, í kringum þann tíma sem þær eru full meðgengnar.

Þær hitta þrjár ljósmæður yfir meðgönguna, og vita að einhver þessarar þriggja mun vera við fæðinguna þeirra, og jafnvel munu tvær skipta því á milli sín að vera með í fæðingunni. Hver okkar það er hverju sinni fer stundum eftir því hvar konurnar búa (við sjálfar búum allar í mismunandi borgarhlutum), en líka eftir því hvað er á dagskrá okkar hverju sinni. Við höfum vatksíma sem við skiptum með okkur um helgar. Stundum þurfum við að vera stöðugt með konunum í 24 tíma, en oftast höfum við vaktaskipti á 12 tíma fresti, sé fæðingin lengri en það.

Þegar kemur að fæðingunni, hringja konurnar í okkur – eða öllu heldur makarnir þeirra, því það er eins og margir

haldi að konurnar missi málið þegar þær fá hríðir! Við reynum svo í gegnum símann að gera okkur grein fyrir því hver staðan er og gefum leiðbeiningar eftir því. Gjarnan er fyrsta viðbragð okkar að benda á sturtu eða baðkar, leggja sig aftur eða eitthvað í þessum dúr. Hringja svo aftur eftir klukkustund eða tvær og láta okkur vita hvernig gengur. Við þurfum líka að ganga úr skugga um ýmis atriði, eins og að barnið hreyfi sig vel, hvort það sé skorðað, hvort eitthvað blæði eða legvatn leki, hvenær síðasta mæðraskoðun hafi verið gerð, hversu langt með gengin konan sé, og hvort einhver vandræði hafi verið á meðgöngunni. Ennfremur er mikilvægt fyrir okkur að glöggva okkur á hver sé fæðingarlæknir konunnar og á hvaða spítala ætlunin sé að fæða.

Konurnar geta valið um tvennskónar kerfi. Annars vegar er einkarekið kerfi þar sem fæðingarlæknar gera flestar mæðraskoðanirnar og notast við þríviddarsónar, og taka svo á móti barninu eftir að ljósmæður eða hjúkrunarfræðingar sinna fyrsta stigi fæðingarinnarinnar. Ríkisrekna kerfið er meira svipað því íslenska, en þar eru mæðraskoðanir gerðar af ljósmæðrum að hluta til og læknum og læknanemum að hluta til. Fæðingarnar fara svo fram á ríkisspítölunum sem eru víða um borgina. Ljósmæður taka á móti þar í um það bil 50 prósent tilvika, en einnig eru læknanemar eða læknar við flestar fæðingarnar. Á ríkisspítölunum leyfist konunum að taka með sér einn „fylgdarmann“ í

fæðinguna, og er það að sjálfsögðu oftast faðirinn. Á einkareknu spítölunum eru slíkar reglur ekki strangar.

„Hypnobirthing“

Fyrir rétt um tveimur árum hófum við að bjóða upp á svokölluð HYPNO-BIRTHING námskeið. Þessi námskeið eru í boði um allan heim og eru stöðugt að verða vinsælli – ef til vill sem svar við þeirri tæknivæðingu og aukningu í inngrípum í fæðingum sem verið hefur. Í stuttu málið býður aðferðin, sem konurnar og makar þeirra læra á um það bil sex vikum, upp á að nota djúpa slökun og hugleiðslumeðferð til að njóta fæðingarferlisins sem jákvæðs ferðalags; útiloka neikvæðar athugasemdir, umhverfi og mögulega aðra þætti sem trufla eða auka kvíða og verkjaupplifun konunnar. Markmiðið er að konurnar hafi sjálfstraust og styrk til að takast á við ferlið allt, með hjálp makans.

Skemmst er frá að segja að þetta hefur algjörlega breytt starfsemi okkar og núna eru mun fleiri konur að sækjast eftir slíkum námskeiðum, sem eru að mjög litlu leyti eins og hin hefðbundna foreldrafræðsla, þar sem setið er og spjallað og upplýsingum er miðlað en lítið gert til að æfa slökun. Árangurinn hefur heldur ekki látið á sér standa og langflestar konurnar sem stunda HYPNOBIRTHING fara í gegnum ferlið án nokkurra verkjalyfja, eru heima þar til þær eru langt komnar í fæðingunni og upplifa eftir á að þær hafi haft jákvæða reynslu. Einkatímar í djúpri hugleiðslu eru einnig vinsælir og koma margir í hádegishléinu sínu í vinnunni og þjálfa sig í slökuninni með aðstoð einhvern af ljósmæðrunum.

Þetta varð til þess að ég ákvað sjálf að læra aðferðina og varð Ísland fyrir valinu sem kennslustaður. Eftir fjögurra daga námskeið þar sem 20 íslenskar ljósmæður þjálfuðu sig í HYPNOBIRTHING var grunnurinn lagður og síðan þá er ég búin að vera æfa mig hér í Hong Kong. Mitt fyrsta eiginlega foreldra námskeið hér er rétt að hefjast og ég er með fiðrildi í maganum af spenningsi, en veit að þetta á eftir að verða upphafið að löngu og góðu ferli hjá sjálfri mér. Þrátt fyrir að konurnar sjálfar séu þær sem nota aðferðina, og við ljósmæðurnar þurfum í sjálfu sér ekki að gera mikið til að styðja þær í fæðingunni, er samt gott að vita nákvæmlega um hvað HYPNOBIRTHING snýst og vera viss um að vera sá stuðningur sem þær þurfa, ef eitthvað óvænt kemur upp á. Louise



*Hefurðu
tíða verki?*

Íbúfen®

– *Bólqueyðandi og verkjastillandi*

Notkunarsvið: Íbúfen inniheldur íbúprófen sem er bólqueyðandi, verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Íbúfen er notað við liðdagigt, slitgigt, tíðaverkjum, tannpínu og höfuðverk. Einnig eftir minniháttar aðgerðir, t.d. tanndrátt. **Varúðarreglur:** Fólk sem hefur ofnæmi fyrir íbúprófeni eða öðrum skyldum lyfjum (NSAID), með skerta lifrarstarfsemi eða alvarlegan hjarta- og nýrnasjúkdóm ætti ekki að nota lyfið. Fólk sem hefur fengið astma, nefslímubólgu eða ofsakláða eftir töku acetýlsalícýlsýru eða annarra bólqueyðandi lyfja ætti ekki að nota lyfið. Nota skal lyfið með varúð hjá fólki með tilhneigingu til magasárs eða sögu um slík sár. Lyfið er ekki ætlað barnshafandi konum. **Aukaverkanir:** Íbúfen getur valdið aukaverkunum eins og t.d. meltingaróþægindum, niðurgangi, ógleði, útbrotum, þreytu og höfuðverk. **Skammtastærðir:** Fullorðnir: Venjulegir skammtar eru 600-2000 mg á dag í 3-4 jöfnum skömmtum. Ekki mælt með stærri skammti en 2400 mg. Börn: Venjulegir skammtar eru 20 mg/kg líkamspunga á dag í 3-4 jöfnum skömmtum. Börnum <30 kg skal eigi gefa meira en 500 mg á dag. Lesið vel leiðbeiningar sem fylgja lyfinu. Júlí 2004.



 **actavis**
hagur í heilsu

Davies sú af okkur hér sem mest hefur kennt þessa aðferð, sinnir konunum í fæðingu og les gjarnan dáiðslustefin sem konurnar hafa notað á meðgöngu- unni og hlusta á þegar þær eru í fæðingu. Ennfremur hjálpar hún konunum með því að nota aðeins jákvætt orðalag og minnst aldrei á verki, heldur nota orðið bylgja (surge) í stað fæðingarverkja (pain) sem annars er algengast að starfsfólk sjúkrahúsanna noti.

Fæðingarstuðningur

Þegar við erum ráðnar til að fylgja konunum í gegnum fæðinguna, er okkar fyrsta hlutverk að vera á vakt, hjálpa þeim að þekkja fyrstu einkenni fæðingarinnar og halda ró sinni til að vera heima eins lengi og hægt og öruggt er, – og aðstoða makann til þess að sinna því sem þarf án þess að hafa of miklar áhyggjur. Um leið og ljóst er að fæðingin er komin í virkan gang, reynum við að fara inn á heimilið og vera sá stuðningur sem þörf er á til að halda áfram að vera heima. Í þessu felst að hlusta reglulega á hjartslátt barnsins, meta gang fæðingarinnar og svo að sjálfsögðu að aðstoða konurnar við að koma sér notalega fyrir og finna fyrir öryggi og sjálfstrausti til þess að takast á við fæðinguna alla. Stundum gerum við afskaplega lítið og erum bara úti í horni með bók á milli þess sem við sinnum ofantöldu, en stundum erum við á fullu við að nudda, hvetja, anda og gefa að borða og allt þar á milli. Ekki ólíkt því að vinna á venjulegri fæðingardeild, nema að það er aðeins lengra á milli veggja herbergjanna og andrúmsloftið heima er ákaflega afslappað og meira undir stjórn foreldranna sjálfra, ef svo má að orði komast.

Við þurfum að gera ráðstafanir til að

konurnar fái að fæða á þeim stað sem þær gera ráð fyrir, – hringja á undan og tala við fæðingarlæknana eða fæðingardeildirnar. Stundum er þetta erfitt því í augnablikinu eru öll sjúkrahús yfirfull og bóka þarf pláss með 9 mánaða fyrirvara á þau einkareknu. Ríkissjúkrahús taka við öllum sem þurfa en helmingur þeirra sem við sinnum vill fæða á einkasjúkrahúsum, svo það getur verið kúnt að koma þeim að. Hinar ýmsu væntingar mismunandi lækna og einnig þær verklagsreglur sem hver og ein deild hefur þarf að samþæfa, fyrst og fremst við væntingar kvennanna til eigin fæðinga. Segja má að við séum einskonar sleipiefni sem lætur þetta allt ganga eins og smurð vél. Það er þó ekki alveg rétt lýsing því okkar fyrsta skylda er alltaf gagnvart konunum okkar og stundum virkar hreinlega ekki neitt af því sem veslings fæðandi konan vill! Það er til að mynda ákaflega há tíðni inn- gripa í fæðinga hér í borg og margar kvennanna hafa enga hugmynd um þetta áður en þær fara í fæðinguna, – eða öllu heldur að þeirra læknir hafi svo háa tíðni inn- gripa sem raun ber vitni. Því eru ansi margar „óvæntar“ upptökur. Of stór börn, ekki skorðuð börn, barn í OP (occiput posterior) stöðu, lítil börn, lítið legvatn, strengur um háls og svo má lengi telja upp ástæður þess að konum er ráðlagt að fara í keisaraskurði. Yfirleitt kemur þetta upp á síðustu stundu og getur verið erfitt að meta hvort um raunverulegt vandamál er að ræða eða hagsmunaárekstra t.d. til að flýta fæðingunni eða fá sérstaklega greitt fyrir að gera keisara. Núna undanfarna mánuði er algengasta orsök inn- gripa, svo sem keisaraskurða og framköllun á fæðingu (oft við 39 – 40 vikur) þessi yfirfullu sjúkrahús, en konum er

sagt að bóki þær ekki í öðru hvoru kerfinu sé ekki öruggt að þeim sé tryggt rúm þegar og ef þær byrji sjálfar í fæðingu á óheppilegum degi. Svo okkar hlutverk þegar konurnar fara af stað, er að hjálpa þeim að vinna úr öllum upplýsingunum heima og reyna síðan að tryggja þeim sem besta meðferð á réttum stað, þegar kemur að því að fæða barnið.

Ef um einkasjúkrahús er að ræða, förum við oftast með konunum og höldum áfram að styðja þær þar, allt þar til þær eru búnar að gefa brjóst í fyrsta sinn. Þær dvelja svo í þrjá daga og við sinnum heimapjónustu frá fjórða degi. Í fæðingunni eru ljósmæður auk okkar, svo við getum algjörlega sinnt því að styðja konurnar, en þurfum ekki að sinna neinni skrifinsku eða annarri rútínuvinnu á deildinni. Sem betur fer gengur samstarfið frábærlega og allir aðilar vita vel hvar þeir eiga heima innan rammans. Í lok fæðingarinnar kemur fæðingarlæknir og tekur á móti.

Þegar um ríkisreknar fæðingardeildir er að ræða erum við með konunum heima eins lengi og kostur er, ofast þar til þær eru með 7-8 í útvíkkun. Við keyrum þær á spítalann og notum tím- ann heima til að hjálpa þeim og mökum þeirra til að undirbúa sig fyrir það sem síðan koma skal. Heilmiklar breytingar hafa orðið á aðstöðu fæðandi kvenna á ríkisspítölunum, því deildirnar leyfa núna mun frjálsglegri hegðun (ef svo má að orði komast) en áður, eftir að fjöldi kvenna fór að biðja um ákveðna losun á reglum sem áður voru mjög svo strangt í gildi á deildunum. Þetta eru fyrst og fremst hlutir eins og að mega ganga um og hreyfa sig á fyrsta stigi fæðingarinnar, borða létt, pissa í klósett í stað bekkens, nota bolta til að sitja á, fæða í mismunandi stellingum, vera



Frá ríkisspítalanum.



Frá Matilda spítalanum, þar sem er einkarekin fæðingadeild.

Lægra
verð!



VoltarenDolo®

Díklófenak-k 12,5 mg

Fljótvirkt - Bólgueyðandi - Verkjastillandi - Hitalækkandi

Voltaren Dolo 12,5 mg fæst án lyfseðils svo hægt sé að meðhöndla minni háttar kvilla án þess að leita til læknis.

Voltaren Dolo er notað við verkjum eins og t.d.:

- höfuðverk
- tannverk
- tíðaverk
- verk vegna gigtarsjúkdóma
- vöðvaverk
- bakverk
- hita af völdum inflúensu eða kvefs

Voltaren Dolo® (díklófenak kalíum) 12,5 mg töflur. Notað við vægum verkjum eins og t.d. höfuðverk, tannverk, tíðaverk, verk vegna gigtarsjúkdóma, vöðvaverk eða bakverk og hita af völdum inflúensu eða kvefs. Dragi ekki úr einkennum á nokkrum dögum, skal leita til læknis. Þeir sem eru með eða hafa sögu um maga- eða skeifugarnasár eða skerta lifrastarsemi ættu að ráðfæra sig við lækni áður en lyfið er notað. Þeir sem þola ekki acetýlsalisýru, ibuprofen eða önnur bólgueyðandi lyf eða eru með astma eiga ekki að nota Voltaren Dolo®. Notið lyfið ekki á meðgöngu nema í samráði við lækni, en aldrei á síðasta þriðjungi meðgöngu. Leitið ráða læknis eða lyfjafræðings um milliverkanir við önnur lyf. Lesa skal vandlega leiðbeiningar á umbúðum og fylgiseðli. Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá. Markaðsleyfishafi: Novartis Healthcare. Umboð á Íslandi: Artasan ehf., Kirkjulundi 17, 210 Garðabæ.

Fæst án lyfseðils

ekki stöðugt í hjartsláttarriti og að fá að vera heima lengur en áður þekktist. Við ljósmæðurnar hjá Annerley erum sjálfar mjög stoltar af þessu því við höfum unnið lengi að því að fræða konurnar um þessa þætti, hvetja þær til að biðja um þá og enn fremur hef ég verið gestakennari í ljósmæðraskólanum hér og er þá gjarnan með mjög svo öfgakenndan fyrirlestur um mikilvægi þess að virða væntingar fæðandi kvenna. Ég segi öfgakenndan, því fyrirlesturinn vekur alltaf mikla athygli og dregur að sér fólk af deildum spítalanna líka, en þekkt er orðið að um „byltingarkenndar aðferðir“ sé verið að fjalla. Mér til undrunar varð þetta ljóst fyrir um ári síðan þegar forstöðumaður deildarinnar lét mig vita að það yrði stærri hópur en venjulega að hlusta, og að hún væri búin að undirbúa alla. Undirbúa að það yrði fjallað um hluti sem ekki væru þekktir á sjúkrahúsum í Hong Kong. Íslenskum ljósmæðrum get ég sagt að fyrirlesturinn er afskaplega hefðbundinn, um það hvernig konum í fæðingu getur liðið best þegar þær fá að hreyfa sig, drekka og borða, vera heima að hluta til, hafa makann með sér, nota mismunandi stellingar, þurfa ekki að fá spangarklippingu, og hafa almennt frelsi til að hegða sér eins og þær vilja þegar þær eru að fæða. Ein af róttækari staðhæfingum mínum í þessum fyrirlestri er varðandi spangarklippingarnar, sem fram að þessu hafa verið algjör rútína fyrir konur hér sem eru að fæða í fyrsta sinn. Þær meira að segja skrifa undir, á viku 24, að þær samþykki að slík aðgerð sé framkvæmd. Sjálfar trúa flestar ljósmæðurnar að asískar konur séu ófær-

ar um að fæða sitt fyrsta barn án spangarklippingar. Svo það skapar jafnan gríðarlegar umræður og mikinn hamagang þegar ég held fram að spangarklipping eigi frekar að vera undantekning en regla.

En aftur að fæðingarstuðningnum, – í kjölfar meiri krafna frá konunum, fleiri ljósmæðra og lækna sem eru meðvitaðir um nútímaleg vinnubrögð og rannsóknir erlendis frá og bara breyttra tíma yfirleitt, eru sem betur fer hægfara, en góðar breytingar á ríkisspítölunum. Þær gera það að verkum að þótt við getum ekki fylgt okkar konum að fullu í gegnum fæðingarnar, þá eru þær í góðum höndum eftir að við skilum þeim af okkur og flestar ná að fæða eðlilega og nokkurn veginn án inngrípa- mun oftast en þær sem fara á einkareknu sjúkrahúsin, jafnvel með okkur til stuðnings.

Hér í töflunni má sjá samantektir okkar á því hvernig útkoman úr fæðingum er, annars vegar frá þeim konum sem fara í gegnum venjulega foreldrafræðslu hjá okkur og hins vegar þeim sem þiggja fylgd okkar í gegnum fæðinguna einnig.

Ég mun seinna segja frá öðrum þátt-



Ánægð móðir og barn.

um starfseminnar okkar en mér er ljúft að birta þessar tölur og láta þær tala sínu máli um árangur okkar í starfi. Þrátt fyrir að þær séu ekki hluti af vísindalegri rannsókn þá innihalda þær alla okkar skráðu viðskiptavinir fyrir síðastliðin tvö ár og gefa mynd af konum sem eru ýmist að fæða í fyrsta eða annað sinn, á hinum ýmsu sjúkrahúsum og með hinum ýmsu læknum. Langflestar (yfir 95 prósent) eru heilbrigðar og fallast undir að vera „low risk“. Meira en helmingur þeirra eru 35 ára eða eldri, - eða „eldri frumbyrjur“. Tvíburafæðingar og sitjandafæðingar eru ekki með í tölunum.

Ég kveð að sinni frá Hong Kong

Tegund fæðingar	Samfelldur stuðningur í fæðingunni	Án samfellds stuðnings í fæðingunni
Eðlilegar fæðingar	76%	35%
Sogklukku-og tangarfæðingar	11%	24%
Keisaraskurðir	13%	41%



Dóttir Huldu Þóreyjar, Freyja, kemur stundum með í fæðingar og hjálpar til við að passa systkini.



Eirberg





LJÓSMÆÐUR KVADDAR

Emilía Oktaviana Biering, fædd í Reykjavík, 3. október 1908. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1935. Lést 25. nóvember 2006.

Agatha Sesselja Sigurðardóttir, fædd að Hraungerði í Flóa 29. september 1953. Útskrifaðist frá LMSÍ 25. september 1976. Lést 15. maí 2007.

Petrea Guðný Konráðsdóttir, fædd að Böðvarshólum, Þverárhreppi, V-Húnavatnssýslu 5. janúar 1931. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1953. Lést 29. október 2007.

Ingibjörg Sæunn Jónsdóttir, fædd að Háakoti í Stíflu, Skagafirði 1. júní 1918. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1945. Lést 28. október 2007.

Fjola Þorleifsdóttir, fædd að Sólheimum, Svínavatnshreppi, A-Húnavatnssýslu 20. ágúst 1928. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1949. Lést 6. nóvember 2007.

Helena Martha Ottósdóttir, fædd í Pirna í Þýskalandi 14. september 1923. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1959. Lést 22. nóvember 2007.

DROTTINN BLESSI MINNINGU ÞEIRRA

Þökkum eftirtöldum veittan stuðning

Reykjavík

Efning stéttarfélag, Sættúni 1
Eignamiðlunin ehf, Síðumúla 21
Eyrir fjárfestingafélag ehf,
Skólavörðustíg 13
Grund, dvalar- og hjúkrunarheimili,
Hringbraut 50
Innheimtustofnun sveitarfélaga,
Lágmúla 9
Lyfjaver ehf, Suðurlandsbraut 22
Rarik hf, Bíldshöfða 10
Tryggingastofnun ríkisins,
Laugavegi 114

Garðabær

Garðabær, Garðatorgi 7

Hafnarfjörður

Síld og Fiskur ehf, Dalshrauni 9b

Reykjanesbær

Reykjanesbær, Tjarnargötu 12
Sparisjóðurinn í Keflavík,
Tjarnargötu 12-14

Pumalína

umhverfisvænar vörur fyrir mæður og börn

Fáið Lana ullarfatnaðinn fyrir
veturinn. Allt fyrir fyrirbura
og ungbörn. Ullarteppi,
húfur, vettlingar og sokkar.



Silkimjúkar ullargærur
með gæðastimpli ISO 9001



Pumalína í 30 ár, Skólavörðustíg 41 s.551-2136 www.thumalina.is

Estrógenlausa getnaðarvarnartaflan

Cerazette® desogestrel

Estrógen laus
Hemur egglos

Allt að 36 klst. mega líða á milli töku 2ja taflna
Dagleg inntaka án hlés



Samsetning: Hver tafla inniheldur 75 míkrogrömm af desogestrel. **Ábending:** Getnaðarvörn. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar á að taka á sama tíma sólarhringsins hvern dag þannig að ávallt líði 24 klst. á milli töku tveggja taflna. Fyrstu töfluna á að taka á 1. degi tíðablæðinga. Til að koma í veg fyrir þungun eftir fæðingu má byrja töku lyfsins áður en blæðingar byrja aftur. Hafi líðið meira en 21 dagur skal útiloka þungun og nota aðra getnaðarvörn samtímis fyrstu vikuna. Eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu skal byrja notkun lyfsins strax. Í því tilviki er ekki nauðsynlegt að nota aðra tegund getnaðarvarna. Töflur sem gleymast: Getnaðarvörn getur minnkað ef meira en 36 klst. líða milli töku tveggja taflna. Ef innan við 12 klst. hafa líðið frá því átti að taka töflu, skal taka töfluna sem gleymdist, strax og í ljós kemur að það hefur gleymst og næstu töflu á þeim tíma sem ráð var fyrir gert. Ef taflan sem gleymdist er tekin meira en 12 klst. of seint skal jafnframt nota aðra getnaðarvörn samtímis næstu 7 daga. Ef gleymist að taka töflu í fyrstu vikunni sem lyfið er notað og konan hefur haft samfarir í vikunni áður en töflutaka gleymdist skal hafa mögulega þungun í huga. Fá konan uppköst innan 3-4 klst. eftir töflutöku skal fylgja sömu leiðbeiningum og þegar gleymist að taka töflur. Eftirlit meðan á notkun stendur: Áður en meðferð er hafin skal skrá nákvæma sjúkrasögu og mælt er með ítarlegri kvenskoðun til að útiloka þungun. Þrátt fyrir að lyfið sé tekið inn reglulega geta komið fram blæðingartruflanir. Hætta skal töku taflnanna ef um þungun er að ræða. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir desogestrel eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins. Þungun eða grunur um þungun. Virkur segarekssjúkdómur í bláæðum. Alvarlegur lífrarsjúkdómur eða saga um slíkt ásamt óeðlilegum lífrarprófum. Gestagenháð æxli. Blæðingar frá fæðingarvegi af óþekktum orsökum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Hætta á brjóstakrabbameini eykst venjulega með aldrinum. Notkun getnaðarvarnartaflna eykur lítillega líkur á því að konur greinist með brjóstakrabbamein. Þessi aukna hætta minnkar smám saman á 10 árum eftir að hætt er að nota getnaðarvarnartöflur og hún er ekki tengd því í hve langan tíma töflurnar eru teknar heldur aldri konunnar þegar hún notaði getnaðarvarnartöflur. Hættan fyrir þær konur sem nota lágskammta getnaðarvarnartöflur er talin vera svipuð og fyrir þær sem nota getnaðarvarnartöflur með blöndu hormóna. Þar sem ekki er hægt að útiloka líffræðilega verkun skal meta ávinning/hættu í hverju tilviki fyrir sig þegar um konur er að ræða sem áður hafa verið greindar með brjóstakrabbamein og hjá konum, sem hafa greinst með brjóstakrabbamein meðan á meðferð með getnaðarvarnaryfinu stendur. Það sama á við hjá konum með lífrakrabbamein. Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til samhengis milli notkunar getnaðarvarnartaflna með blöndu hormóna og aukinnar hættu á segamyndun í bláæðum (VTE, segamyndun í djúpum bláæðum og lungnablóðrek). Þrátt fyrir að ekki sé ljóst klínískt mikilvægi þessarar vísbendingar í tengslum við notkun desogestrels sem getnaðarvörn án östrógens, skal notkun lyfsins hætt verði segamyndunart. Einnig skal íhuga að hætta notkun lyfsins þegar um lengri tíma hreyfingarleysi er að ræða vegna skurðaðgerða eða sjúkdóma. Upplýsa skal konur, sem hafa fengið segarekssjúkdóm, um möguleika á því að hann komi upp aftur. Þrátt fyrir að gestagen geti haft áhrif á insúlínæmi og sykurla er ekkert sem bendir til að breyta þurfi meðferð hjá sykursýkissjúklingum, sem nota lágskammta getnaðarvarnartöflur. Þó skal fylgjast vel með sykursjúkum konum

fyrstu mánuði meðferðarinnar. Vörn venjulegra getnaðarvarnaryfja sem innihalda gestagen gegn utanlegspungun er ekki eins mikil og fyrir getnaðarvarnartöflur með blöndu hormóna. Þetta hefur verið tengt tíðu egglosi á meðan á notkun lágskammta getnaðarvarnartaflna stendur. Þrátt fyrir að desogestrel hemji egglos stöðugt, skal hafa utanlegspungun í huga við mismunagreiningu hjá konu ef tíðablæðingar verða ekki eða ef hún fær kviðverki. Stöku sinnum hefur orðið vart við þungunarfeknur, einkum hjá konum með sögu um slíkt á meðgöngu (chloasma gravidarum). Konur með tilhneigingu til þungunarfrekna ættu að forðast sólarljós eða útfjólubláa geislun meðan þær taka lyfið. **Milliverkanir:** Vitað er um milliverkanir við hýdantóin, barbitúröt, prímídon, karbamazepín og rifampicín og að öllum líkindum einnig við oxkarbazepín, rifabútín og gríseófulvín. Þessar milliverkanir virðast byggjast á lífrarensímörvandi eiginleikum ofanefndra lyfja. Hámarksensímörvun kemur ekki í ljós fyrr en eftir 2-3 vikur en getur varað í minnst 4 vikur eftir að notkun lyfsins er hætt. Konum sem eru jafnframt í meðferð með ensímörvandi lyfjum skal ráðlagt að nota tímabundið sæðishindrandi getnaðarvörn samtímis eða nota aðra getnaðarvörn sem ekki inniheldur hormón. **Meðganga og brjóstagið:** Lyfið má ekki nota á meðgöngutíma. Desogestrel hefur hvorki áhrif á mjólkurmyndun né gæði brjóstamjólkur. **Aukaverkanir:** Óreglulegar blæðingar af ýmsum toga hafa komið fram hjá allt að 50% kvenna. Þar sem lyfið hindrar egglos því sem næst 100% eru óreglulegar blæðingar algengari en við notkun annarra lágskammta getnaðarvarnartaflna. Hjá 20-30% kvenna geta blæðingar orðið tíðari, en aftur á móti geta þær orðið fátíðari hjá öðrum 20% kvenna eða hætt alveg. Blæðingar frá fæðingarvegi geta einnig varað lengur. Eftir nokkurra mánaða meðferð hefur verið tilhneiging til að blæðingar verði sjaldnar en áður. Upplýsingagjöf, leiðbeiningar og dagbók getur fengið konur til að sætta sig betur við blæðingarmynstrið. Algengar (>1%): Almennar: Höfuðverkur, þyngdaraukning. Innkirtlar: Verkir í brjóstum. Meltingarfæri: Ögleði. Kynfæri: Óreglulegar blæðingar, fátíðir. Húð: Prymlabólur. Miðtaugakerfi: Skapbreytingar, minnkuð kynhvót. Sjaldgæfar (0,1-1%): Kynfæri: Leggangaþroti, tíðateppa, blöðrun á eggjastokkum. Meltingarfæri: Uppköst. Húð: Hárlös. Miðtaugakerfi: Preyta. Augu: Öpægingi við notkun augnlinsa. Mjög sjaldgæfar (<1%): Húð: Útbrot, ofsakláði, prymlaröði. **Ofskömmtnun:** Ekki hafa verið skráðar alvarlegar skaðlegar verkanir við ofskömmtnun. Einkenni sem geta komið fram í slíkum tilvikum eru: Ögleði, uppköst og hjá ungum stúlkum smávægileg blæðing frá fæðingarvegi. Ekkert mót efni er þekkt og meðhöndla skal einkenni. Útlit: Hvítar kringlóttar töflur, 5 mm í þvermál, Organon greytt á aðra hlið og KV 2 á hina. Þakningar og verð 1. október 2007: 28 x 3 (þynnupakkað): 2.487 kr. **Afgeiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskyt. **Greiðslufyrirkomulag:** ekki greitt af TR. Sérlyfjaskrártexinn er stytur. Texta í fullri lengd er hægt að nálgast hjá Icepharma hf. Lynghális 13, 110 Reykjavík. Heimildir: 1. Collaborative Study Group on the Desogestrel-Containing Progestogen-only Pill. Eur. J. Contracept Reproduct Health Care 1998; 3:169-78. 2. Maintenance of ovulation inhibition with the 75 mcg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake. Contraception. 2004.07.016.

Mæðradauði í heiminum

Það er sorgleg staðreynd að á hverju ári deyja þúsundir kvenna í heiminum á meðgöngu, í fæðingu eða fyrstu sex vikurnar eftir fæðingu. Þessi dauðsföll hafa verið skilgreind sem mæðradauði og þurfa á einhvern hátt að tengjast meðgöngunni beint eða óbeint. Tölur frá árinu 2000 eru: 529.000 konur á heimsvísu. Mæðradauðinn er mestur í Afríku þar sem tíðnin er 500 konur miðað við hverjar 100.000 fæðingar (life births). Það er svipuð tíðni og var í Evrópu í lok 19. aldar. Ástandið er verst í löndunum sunnan Sahara þar sem tólfta hver kona deyr sem er sambærilegt við mæðradauða í Svíþjóð um miðja 18. öld. Asía fylgir fast á eftir Afríku í mæðradauða og þá sérstaklega suður Asía. Í Norður Evrópu er tíðnin hins vegar 25 af hverjum 100.000 fæðingum eða ein kona miðað við 4000 fæðingar. Það telst til tíðinda hér á Íslandi og almennt á Norðurlöndunum ef kona deyr við barnsburð og margir halda líklega að það heyri sögunni til ...

Lækkun á mæðradauða í Evrópu

Þegar litið er til sögunnar er það athyglisvert staðreynd að ekki er svo langt síðan mæðradauði í Evrópu var svipaður og er í Afríku og Asíu í dag. Í Skandinavíu fór mæðradauði að lækka verulega í lok 19. aldarinnar en í Bretlandi var það í raun og veru ekki fyrr en í kringum 1930 sem sú þekking og aðstæður sköpuðust að hægt var að lækka mæðradauða af einhverri alvöru. Það var fyrst og fremst með bættri menntun þeirra sem önnuðust fæðingar og þekkingu á mikilvægi hreinlætis. Ónauðsynleg og hættuleg inngríp voru lögð til hliðar og byggðar voru upp fæðingarstofnanir þar sem menntaðir læknar og ljósmæður störfuðu. Þróun sýklalyfja og blóðgjafir hafa síðan orðið enn frekar til að bjarga lífi kvenna eftir fæðingar.

Orsakir mæðradauða

Hvað er það við barneignarferlið sem gerir það svona hættulegt og þá sérstaklega í fátækari löndum? Út af hverju



Jenný Inga Eiðsdóttir, ljósmóðir á Heilbrigðisstofnun Sauðárkróks og meistaranemi við kennslufræði- og lýðheilsudeild Háskóla Reykjavíkur.

deyja allar þessar konur? Í heilbrigðisskýrslu Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) frá árinu 2005 kemur fram að fjórðungur af konunum deyr í kjölfar blæðinga, 15% af völdum sýkinga, væntanlega þá barnsfararsóttar, 12% úr krömpum af völdum meðgöngueitrunar, 8% vegna misræmis milli fósturs og grindar (obstructed labour) og 13% í kjölfar fóstureyðinga. Aðrir beinir og óbeinir þættir eru 28% þar er væntanlega innifalið ofbeldi, eyðni, malaría, blóðleysi og aðrir þættir eða heilsufarsvandamál sem eru undirliggjandi eða koma upp á meðgöngu.

Fjórðungur kvennanna deyr strax á meðgöngu, langflestar í kjölfar fóstureyðinga sem eru framkvæmdar við frumstæðar og ófullnægjandi aðstæður og flestar ólöglegar. Stór hluti þessara kvenna er líklega á barns- eða táningsaldri. Ofbeldi á konum og sjálfsmorð eru líka algengar orsakir mæðradauða. Trúlega eru þessar tölur vanmetnar þar sem morð og nauðganir eru daglegt brauð í sumum fátækari löndum og skráning á dauðsföllum og orsökum þeirra ekki alltaf rétt. Langflestar konurnar deyja hins vegar í fæðingunni og á fyrstu dögnum þar á eftir (11-17% í fæðingunni sjálfri og 50-72% eftir fæðingu), langflestar af völdum blæðinga og sýkinga.

Hvernig á að takast á við vandann?

Þúsaldarmarkmið 189 ríkja heimsins, um bættu heilsu, gera ráð fyrir að dregið hafi úr mæðradauða í heiminum um 75% árið 2015. Þessum markmiðum verður ekki auðvelt að ná þar sem mæðradauði í heiminum er sumstaðar að aukast.

Heilbrigðisskýrsla WHO frá árinu 2005 ber yfirskriftina „Hver móðir og hvert barn skiptir máli“ (The world health report, make every mother and child count). Falleg orð og viðeigandi. Þar kemur fram að leggja beri sérstaka áherslu á þjónustu við þungaðar og fæðandi konur. Til þess að svo megi verða þarf að bæta verulega heilbrigðiskerfið á heimsvísu.

Á meðgöngu þarf að koma í veg fyrir óæskilegar þunganir og bregðast við þeim, bæta fjölskylduráðgjöf (family planning) og almenna menntun kvenna, fræðslu um getnaðarvarnir og aðgengi að öruggum fóstureyðingum. Áhersla þarf að vera á mæðravernd fyrir allar konur. Sporna þarf við of mikilli læknisvæðingu mæðraverndarinnar, leggja meiri áherslu á heilsueflingu, meðhöndlun heilbrigðisvandamála, undirbúning fyrir fæðingu og foreldrahlutverkið, en ekki bara að einblína á áhættuþætti, rútínur og skimanir hverskonar. Mikilvægt er líka að þjóðfélagið styðji við bakið á þunguðum konum með því að bæta félagslega stöðu konunnar s.s. að koma í veg fyrir ofbeldi hverskonar og bæta réttindi þungaðra kvenna á vinnumarkaði.

Mæðradauða í og eftir fæðingu ætti í flestum tilfellum að vera hægt að koma í veg fyrir þar sem áhættuþættir fæðinga eru þekktir og viðbrögð við þeim. Leggja þarf áherslu á að þeim fæðingum fjölgi þar sem faglært heilbrigðisstarfsfólk er viðstatt, sem hefur næga menntun og reynslu til að bregðast við vandamálum sem upp kunna að koma. Mikilvægt er að konur hafi aðgang að fæðing-

arþjónustu sem er nálægt heimabyggð þeirra og í samræmi við menningu þjóðfélagsins sem þær búa í. Þessum markmiðum þarf fyrst og fremst að mæta með stefnumótun og skipulagi en ekki tæknivæðingu.

Fátækt og faraldrar

Félagslegar aðstæður s.s. fátækt einstaklingsins og þjóðfélagsins spila stórt hlutverk. Fátæk þjóðfélög hafa litla möguleika á að bæta heilbrigðisþjónustuna og fjölga menntuðum ljósmæðrum og læknum án utanaðkomandi hjálpar. Alnæmisfaraldurinn í Afríku, malaría, vannæring, berklar og ónógur aðgangur að fersku vatni gerir ástandið þar mjög flókið, erfitt og dýrt. Menning og menntunarstig er líka stór þáttur svo og traust á heilbrigðisstarfsfólki og heilbrigðisstofnunum. En allt tekur þetta tíma og á meðan deyja konur.

Mæðravernd í fátækustu ríkjum er lítil sem engin og tillögur hafa komið

fram um að dreifa lyfjum og bætiefnum til kvenna á meðgöngu í ríkjum sunnan Sahara í Afríku, s.s. sýklalyfjum til að vinna á sýkingum, þar með talið kynsjúkdómum og malaríu, kalsíum til að minnka hættu á háþrýstingi og járni til að vinna á blóðleysi. Athugun á gögnum um orsakir mæðradauða benda til þess að það geti lækkað mæðradauða um allt að 8%.

Hvernig geta ljósmæður lagt lið?

Mæðradauði í heiminum er staðreynd sem ekki verður horft framhjá. Ljósmæður þurfa að axla sína ábyrgð og taka þátt í þróunarstarfi, stefnumótun og bættri menntun ljósmæðra um heim allan. Alþjóðaráðstefnur, rannsóknir og raddir í alþjóðasamfélaginu hafa mikið að segja. Með aðkomu ljósmæðra að lýðheilsu opnast aukin tækifæri til þverfaglegrar samvinnu við aðrar stéttir sem starfa að sömu markmiðum.

Heimildir:

- Beaglehole R. og Bonita R. (2004). Public Health at the Crossroads. (2. útgáfa) Cambridge: University press.
- Collin S.M., Baggaley R.F., Pittrof R. og Filipi V. (2007). Could a simple antenatal package combining micronutritional supplementation with presumptive treatment of infection prevent maternal deaths in sub-Saharan Afrika? *BMC Pregnancy Childbirth*, 7, 6. Rafræn útgáfa sett á netið 2007, maí 23. Sótt 25.ágúst 2007.
- Loudon I. (1986). Deaths in childbed from the eighteenth century to 1935. *Medical History*, 30, 1-41. Rafræn útgáfa. Sótt af PubMed 25.ágúst 2007.
- Ronsmans C. og Graham W. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*, 368, 1189-1200. Rafræn útgáfa: www.thelancet.com vol 368 september 30. 2006.
- WHO (2005) The world health record 2005: Make every mother and child count. Geneva: Rafræn útgáfa. Sótt af netinu 25.ágúst 2007, slóð: <http://www.who.int/whr/2005/en/>



Náttúruleg umönnun fyrir móður og barn



Náttúrulegar vörur fyrir umönnun og vellíðan á meðgöngu, við fæðingu og brjóstgjöf.

Meðgönguvörur Weleda eru þróaðar í samvinnu við ljósmæður með því markmiði að veita náttúrulega aðstoð alla meðgönguna og á meðan brjóstgjöf stendur.

Útsölustaðir Weleda:

Apótek, barnaverslanir, heilsuverstanir og heilsuvörudeildir stórmarkaða.

Velkomin að skoða www.weleda.is

Þökkum eftirtöldum veittan stuðning

Borgarnes

Borgarbyggð, Borgarbraut 14
Sparisjóður Mýrasýslu, Digranesgötu 2

Stykkishólmur

St. Franciskusspítali, Austurgötu 7

Ísafjörður

Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ, Torfnesi

Hólmavík

Heilbrigðisstofnunin Hólmavík,
Borgarbraut

Hvammstangi

Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga, Spítalastíg 1

Sauðárkrúkur

Heilbrigðisstofnunin Sauðárkrúki,
Sauðárhæðum
Kaupfélag Skagfirðinga, Ártorgi 1
Sveitarfélagið Skagafjörður,
Faxatorgi 1

Akureyri

Akureyrarbær, Geislagötu 9
Sjúkrahúsið á Akureyri,
Eyrarlandsvegi

Ólafsfjörður

Dvalarheimilið og Heilsugæsla
Ólafsfjarðar

Höfn í Hornafirði

Heilbrigðisstofnun Suðausturlands,
Víkurbraut 31

Tungumálaerfiðleikar

Á túlkur að vera viðstaddur fæðingu?

Inngangur

Við vitum að góð samskipti skjólstæðings og umönnunaraðila leggja grunn að góðri umönnun. En gerum við okkur grein fyrir því hvað skortur á samskiptum getur haft í för með sér? Ég hafði ekki gert mér grein fyrir alvarleika málsins og mér brá þegar ég áttaði mig á því að skortur á notkun túlkapjónustu getur sett líf móður og barns í hættu (Sallah, 2004) og því ákvað ég að setjast niður og skrifa þessa grein. Þegar kona sem ekki talar íslensku eða ensku leitar til okkar á fæðingardeildina þykir sjálfsagt að nota fjölskyldumeðlimi hennar eða vini sem túlka ef það er mögulegt. Ég átta mig ekki á því hvers vegna þetta þykir sjálfsagt en...

...kannski finnst okkur túlkapjónustan vera dýr og við teljum okkur vera að spara spítalanum fé með því að sleppa því að kalla út túlk.

...kannski teljum við að túlkur hafi truflandi áhrif á fæðinguna og upplifun konunnar og maka hennar.

...kannski finnst okkur að innflytjendur eigi að tala íslensku, sérstaklega ef þeir hafa búið hér lengi.

...kannski teljum við þetta vera góð vinnubrögð.

...kannski teljum við okkur vera að uppfylla réttindi sjúklinga um túlkun upplýsinga.

Hver sem ástæðan er þá þurfum við að breyta vinnubrögðum okkar. Samkvæmt lögum um réttindi sjúklinga frá 1997 á fólk sem ekki skilur íslensku og er með sjúkratryggingu rétt á því að fá upplýsingar túlkaðar þegar það þarf að nýta sér heilbrigðisþjónustu. Í lögunum kemur ekki fram að túlkurinn þurfi að vera faglærður, eingöngu að túlkun upplýsinga skuli tryggð. Sjálfsagt eru reglur um notkun túlkapjónustu mismunandi milli stofnanna og jafnvel innan stofnanna. Á slysa- og bráðasviði LSH eru til reglur um túlkun þar sem m.a. er tekið fram að bjóða skuli sjúklingum túlkapjónustu jafnvel þó að fjölskyldumeðlimir eða vinir séu tilbúnir að túlka. Enn sem komið er hafa ekki verið



Anna Sigríður Vernharðsdóttir, ljósmóðir á fæðingardeild LSH og meistaranemi við University of Sheffield.

mótaðar reglur um túlkun á kvennasviði LSH en sú vinna er nú þegar hafin.

Í þessari grein langar mig að ræða um ávinning þess að nota túlka í þjónustu við konur í barneignarferlinu þegar það á við en þó langar mig sérstaklega að fjalla um viðveru túlka á fæðingarstofunni.

Flestir háskólamenntaðir starfsmenn sem starfa við heilbrigðiskerfið á Íslandi tala a.m.k. tvö tungumál, sumir tala jafnvel þrjú eða fjögur tungumál reiprennandi. Það er óhætt að fullyrða að háskólamenntaðir heilbrigðisstarfsmenn tala flestir mjög góða ensku. Það þykir sjálfsagt að tala ensku í vinnunni og fólk er almennt sammála um að það sé ekki þörf á túlkapjónustu ef samskipti geta auðveldlega farið fram á ensku. Þetta fyrirkomulag er líklega ásættanlegt í flestum tilfellum.

Hér á landi býr nú fólk frá ýmsum löndum. Stór hópur fólks kemur frá Asíu og nú á síðustu árum hefur flust til landsins fjöldi fólks frá löndum Austur-Evrópu, s.s. frá Lettlandi og Póllandi. Það er daglegt brauð að erlendar konur fæði á fæðingardeild LSH. Íslenskukunnátta þeirra er afar misjöfn og stundum er það þannig að hvorki konan né maðurinn tala íslensku né ensku.

Þær heimildir sem ég styðst við í

þessari grein fjalla um fólk sem ekki talar ensku en þarf að leita á mismunandi staði heilbrigðiskerfisins í Bretlandi eða Bandaríkjunum. Ég tel að þessar heimildir séu gagnlegar fyrir það umhverfi sem við störfum í og þá tungumálaerfiðleika sem við stöndum frammi fyrir þrátt fyrir að þær komi ekki úr okkar umhverfi og eigi ekki eingöngu við konur í barneignarferlinu.

Á túlkur að vera viðstaddur fæðinguna?

Fæðing er afar sérstakur atburður í lífi fólks þar sem næði og trúnaður skipta miklu máli. Það er líka mjög mikilvægt að ljósmóðir geti haft samskipti við hina fæðandi konu til að gera sér grein fyrir þörfum hennar (Hayes, 1995). Fyrir flestar konur er það erfið reynsla að fæða barn en tungumálaerfiðleikar og ný menning geta gert þessa reynslu ennþá erfiðari (Hayes, 1995).

Sumir telja að túlkur sem starfar inni á fæðingarstofu geti spilt því næði sem þar þarf að ríkja. Einnig telja margir að trúnaður við skjólstæðinga sé í hættu þegar túlkapjónusta er notuð. Starfandi túlkar eiga að vera fagmenn á sínu sviði og við þurfum að treysta á fagmennsku þeirra, rétt eins og við treystum öðru heilbrigðisstarfsfólki. Viða eru til siðareglur túlka (Lehns, 2005) og í Bandaríkjunum hafa verið gefnar út siðareglur túlka sem starfa innan heilbrigðisþjónustu (The National Council on Interpreting in Health Care, 2004). Ég hef ekki fundið siðareglur túlka sem starfa á Íslandi en þeir túlkar sem starfa innan heilbrigðisþjónustunnar eru bundnir þagnarskyldu eins og aðrir starfsmenn.

Í Bretlandi er gefin út skýrsla um konur sem deyja í tengslum við barnsburð þar í landi. Á árunum 2000-2002 voru konur sem ekki töluðu ensku í aukinni lífshættu m.a. vegna þess að ekki fengust nægjanlega góðar heilsufarsupplýsingar hjá konunum (Sallah, 2004). Tvö tilfelli mæðradauda sem fjallað er um í þessari skýrslu eru rakin til þess að ekki var notuð túlkapjónusta.

Tungumálaerfiðleikar, menningar-munur og ónóg notkun á túlkapjónustu getur leitt til aukinnar hættu á alvarlegum atvikum meðal barna, meðan á sjúkrahúsdvöl stendur (Cohen et al., 2005). Ákvarðanataka um meðferð og rannsóknir hjá sjúklingum sem ekki tala tungumálið getur verið erfið og dýrkeypt ef enginn túlkur er til staðar (Hampers and McNulty, 2002).

Niðurstöður rannsókna sýna að þegar fullnægjandi túlkapjónusta er veitt leiðir það af sér betri samskipti, meiri ánægju meðal sjúklinga, betri útkomu og auknið öryggi fyrir sjúklinga (Flores, 2005).

Þær heimildir sem nefndar eru hér benda til þess að viðvera túlks inni á fæðingarstofunni sé viðeigandi. Það má heldur ekki gleyma því að það krefst mikillar hugsunar að tala tungumál sem er framandi og samkvæmt Odent (1994) getur öll örvun á nýbörkin (neocortex) í fæðingu haft truflandi áhrif á hormónaflæðið og það getur einnig haft slæm áhrif á gang fæðingarinnar.

Vinir og fjölskylda í hlutverki túlka

Sumir telja að það sé þægilegt og ódýrt að nota vini og fjölskyldu til að túlka upplýsingar. Það er ekki séríslenskt fyrirbrigði að halda það því samkvæmt rannsókn sem gerð var í Bretlandi voru erlendar konur þar oft beðnar að taka einhvern með sér í mæðravernd sem gæti túlkað upplýsingar (Hayes, 1995). Það eru hins vegar margar ástæður fyrir því að ekki ætti að nota vini eða fjölskyldumeðlimi til að túlka upplýsingar innan heilbrigðiskerfisins;

- Það sem er að gerast hjá skjólstæðingum getur haft þau áhrif á vini og fjölskyldumeðlimi að þeim getur reynst erfitt að bæði heyra og þýða upplýsingar um ástandið, sérstaklega ef eitthvað alvarlegt eða brátt kemur upp (Lehna, 2005).
- Þeir eru líklegri en túlkar til að túlka ranglega og það getur haft alvarlegar afleiðingar (Flores, 2005).
- Það er ekki öruggt að þau hafi þann orðaforða sem þarf til að þýða það sem fram fer innan heilbrigðiskerfisins og það getur valdið ónákvæmni í samskipti milli skjólstæðinga og umönnunaraðila (Bree, 1999; Lehna, 2005).
- Það getur verið neyðarlegt fyrir vini og fjölskyldumeðlimi að þurfa að þýða ákveðnar upplýsingar og það getur einnig hindrað konur í því að leita upplýsinga eða kvarta um við-

kvæm mál (Davies and Bath, 2001; Flores, 2005).

- Konan getur verið beitt ofbeldi af hálfu þess sem fylgir henni á heilsugæslu eða á sjúkrahús (Lewis, 2004).

Gæði túlkapjónustu

Það er mikilvægt að fagmennska ríki í túlkapjónustu eins og annarri heilbrigðisþjónustu. Jafnvel þó að leitað sé til túlkapjónustu er ekki öruggt að sá sem túlkar sé faglærður á því sviði (Baker o.fl., 1996). Niðurstöður rannsókna gefa til kynna að það sé mikilvægt að þeir sem sinna túlkapjónustu fái viðeigandi þjálfun. Laws o.fl. (2004) gerðu athugun til að meta gæði túlkapjónustu sem veitt var innan heilbrigðiskerfisins. Þau komust að því að 66,1% af því sem túlkað var, var túlkað með talsverðum villum og yfirsjónum eða að túlkun var sleppt. Í 29,8% af þeim samtölum sem þurfti að túlka var túlkurinn ekki fær um að túlka vegna þess að hann var að taka þátt í samræðum sem voru óviðkomandi því sem þurfti að túlka. Laws o.fl. (2004) ályktuðu út frá þessu að þeir túlkar sem ekki höfðu fengið viðeigandi þjálfun og þeir túlkar sem tóku þátt í samtölum óviðkomandi því sem þurfti að túlka höfðu hærri hlutfall af villum í túlkun sinni.

Ég hef ekki tölur um notkun túlkapjónustu á Landspítalanum en eins og ég hef nefnt þá tel ég að túlkapjónusta sé ekki notuð eins mikið og ætti að gera. Baker o.fl. (1996) gerðu rannsókn á notkun og árangri af túlkapjónustu fyrir spænskumælandi sjúklinga sem leituðu á bráðamóttöku í Bandaríkjunum. Niðurstöður þeirra sýndu að túlkapjónusta var ekki notuð í 46% tilfella þar sem í hlut áttu sjúklingar sem ekki töluðu ensku. Þau ályktuðu að túlkapjónusta væri oft ekki notuð þrátt fyrir augljósa þörf fyrir þjónstuna og að þeir túlkar sem sinntu starfinu væru oft ekki faglærðir. Heilbrigðiskerfið í Bandaríkjunum er vissulega frábrugðið því kerfi sem við þekkjum hér á Íslandi en þar er algengt að tryggingafélög greiði ekki fyrir túlkapjónustu (Leighton and Flores, 2005).

Lægsta tíðni á villum er hjá faglærðum túlkum eða þegar heilbrigðisstarfsmaðurinn sjálfur talar tungumál skjólstæðingsins (Flores, 2005).

Það er mikilvægt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að vita að starf túlksins er erfitt og krefst mikillar einbeitingar og nákvæmni og því þarf að hafa í huga að öll truflun getur leitt til þess að villur verði í túlkun.

Borga núna – eða seinna?

Ég velti því fyrir mér hvort ljósmæður trúi því að þær séu að spara peninga með því að kalla ekki til túlks. Á fæðingarveildinni er það þannig að sú ljósmóðir sem sinnir konunni tekur ákvörðun í samræði við vaktljósmóður um það að kalla á túlk þegar hún telur þörf á því. Listi með nöfnum túlka er aðgengilegur og yfirleitt er hægt að kalla út túlk fyrir flest tungumál með stuttum fyrirvara.

Leighton og Flores (2005) halda því fram að við getum borgað tiltölulega lága upphæð núna til að tryggja það að allir skjólstæðingar fái gæðapjónustu eða borgað meira seinna fyrir óþarfa rannsóknir, meðferðir, óþarfa sjúkrahússinnlagnir, mistök, slys og rándýrar málsóknir sem geta verið afleiðingar af ónógri túlkapjónustu. Þetta eru mikilvæg rök sem vega þungt í þessari umræðu.

Hampers o.fl. (1999) skoðuðu áhrif tungumálaerfiðleika milli lækna, barna og fjölskyldna þeirra sem leituðu á bráðamóttöku barna. Þegar tungumálaerfiðleikar voru til staðar var kostnaður við greiningu sjúkdóma mun hærri og dvöl á bráðamóttökunni mun lengri en þegar engir tungumálaerfiðleikar voru til staðar.

Samkvæmt þessum upplýsingum þá virðist það vera hagkvæmt að nota túlkapjónustu þegar það er viðeigandi.

Upplýst ákvörðun

Þegar skjólstæðingur hefur ekki skilning á þeim upplýsingum um það sem í boði er í heilbrigðiskerfinu hefur hann ekki tækifæri til að taka upplýsta ákvörðun. Samkvæmt einni rannsókn telja 85% túlka að þær konur sem ekki tala ensku fái ekki eins mikið af upplýsingum um það sem er í boði í barneignarferlinu og þær sem tala ensku (Hayes, 1995). Herrel o.fl. (2004) könnuðu upplifun kvenna frá Sómalíu sem fæddu á nokkrum sjúkrahúsum í Minnesota í Bandaríkjunum. Þau komust að því að konur frá Sómalíu skorti helst upplýsingar um þau verkjalyf sem væru í boði, það sem fram færi á fæðingarstofunni og hvernig fyrirkomulag væri á túlkapjónustu. Það var algengt að konurnar upplifðu sem umönnunaraðilar mismunuðu þeim og leggðu sig ekki nógu vel fram um að mæta þörfum þeirra vegna kynþáttar og vangetu til að tjá sig á enskri tungu. Í þessari rannsókn var ekki skortur á notkun túlkapjónustu en hins vegar upplifðu konurnar eins og þær hefðu ekki val því þeim var útveg-

aður túlkur af því að þær litu út fyrir að vera frá Sómalíu eða vegna þess að þær höfum sómalískt nafn. Niðurstöður þessarar rannsóknar minna okkur á að það er sjálfsagt að konur taki upplýsta ákvörðun um viðveru túlks í fæðingunni. Það er mikilvægt að konur séu upplýstar um möguleika á tulkapjónustu í fæðingunni og hvaða mögulegu afleiðingar það getur haft að nýta hana ekki. Þessar upplýsingar þarf helst að veita í mæðraverndinni þegar túlkur er til staðar. Ef ljósmóðirin telur að það sé nauðsynlegt að hafa túlk í fæðingunni en konan velur að hafa hann ekki, er mikilvægt að semja um að hægt verði að hafa samband við túlk símleiðis ef neyðartilfelli kæmi upp.

Samfelld þjónusta

Samkvæmt rannsókn Davies og Bath (2001) töldu sómalísku konurnar mikilvægt að hitta sömu túlkana því þær vöndust því hvernig þeir töluðu. Þetta kemur ekki á óvart og styður þá hugmynd að túlkar ættu að reyna að veita samfellda þjónustu þar sem það tekur tíma að aðlagast nýjum túlki. Flestar konurnar sem fæða á fæðingardeild LSH hafa verið í mæðravernd á Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins en því miður hefur LSH samning við aðra tulkapjónustu en heilsugæslan svo það er afar ólíklegt að sá túlkur sem hefur unnið með konunni á meðgöngu verði viðstaddur fæðinguna. Þetta fyrirkomulag þarf að skoða næst þegar samningar verða endurnýjaðir.

Að lokum

Kannski er það þannig í hinum fullkomna heimi að allir tala sama tungumálið - en það er bara ekki þannig. Það er vissulega mikilvægt að þeir sem flytjast til landsins læri tungumálið okkar en það geta verið margar ástæður fyrir því að þeir hafa ekki náð tökum á tungumálinu þrátt fyrir margra ára búsetu í landinu. Jafnvel þó að fólk hafi náð einhverjum tökum á tungumálinu þá er það alveg eðlilegt að þegar fólk er hrætt, þreytt, veikt eða stressað að því finnist erfitt að tala tungumál sem það hefur ekki náð fullu valdi á.

Við ættum því ekki að snúða konur um þann rétt að fá túlkun á upplýsingum, jafnvel þó að okkur finnist að þær eigi að vera búnar að læra tungumálið okkar nú þegar. Það er ekkert sem styður þau vinnubrögð að nota vini og fjölskyldumeðlimi til að túlka upplýsingar en það er margt sem styður þau vinnubrögð að nota tulkapjónustu, sér-

staklega þegar túlkurinn viðhefur fagleg og vönduð vinnubrögð. Konur eiga rétt á því að taka upplýsta ákvörðun um viðveru túlks á fæðingarstofunni.

Heimildir

- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Coates, W. C., & Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 275(10), 783-788.
- Breen, L. M. (1999). What should I do if my patient does not speak english? *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 282(9), 819.
- Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H., & Davis, R. (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*, 116(3), 575-579.
- Davies, M. M. & Bath, P. A. (2001). The maternity information concerns of somali women in the united kingdom. *Journal of advanced nursing*, 36(2), 237-245.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255-299.
- Hampers, L. C. & McNulty, J. E. (2002). Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: Effect on resource utilization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(11), 1108-1113.
- Hampers, L. C., Cha, S., Gutglass, D. J., Binns, H. J. & Krug, S. E. (1999). Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics*, 103(6 Pt 1), 1253-1256.
- Hayes, L. (1995). Unequal access to midwifery care: A continuing problem? *Journal of advanced nursing*, 21(4), 702-707.
- Herrel, N., Olevitch, L., DuBois, D. K., Terry, P., Thorp, D., Kind, E., et al. (2004). Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of midwifery & women's health*, 49(4), 345-349.
- Laws, M. B., Heckscher, R., Mayo, S. J., Li, W. & Wilson, I. B. (2004). A new method for evaluating the quality of medical interpretation. *Medical care*, 42(1), 71-80.
- Lehna, C. (2005). Interpreter services in pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(4), 292-296.
- Leighton, K. & Flores, G. (2005). Pay now or pay later: Providing interpreter services in health care. *Health Affairs*, 24(2), 435-444.
- Lewis, G. (2004). Introduction and key findings. Chapter 1 in CEMACH, *Why Mothers Die 2000 - 2002*. CEMACH, London.
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- Odent, M. (1994). *Preventing violence or developing the capacity to love: Which perspective? which investment?* Retrieved 16th of January, 2007, from <http://www.birthpsychology.com/violence/odent1.html>
- Sallah, K. (2004). *Issues for midwives. chapter 18 in CEMACH, why mothers die 2000 - 2002*. London: CEMACH.
- The National Council on Interpreting in Health Care. (2004). *A national code of ethics for interpreters in health care*. Retrieved 9th of January, 2007, from http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/NationalCodeofEthicsforInterpretersinHealthCare.pdf



Nýr styrktarsjóður við Háskóla Íslands

Rannsóknarsjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur styrkir meistara- og doktorsnema í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum

Nýr styrktarsjóður hefur verið stofnaður við Háskóla Íslands, Rannsóknarsjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur. Stofnskrá sjóðsins var undirrituð í dag af Kristínu Ingólfssdóttur rektor og Ingibjörgu R. Magnúsdóttur, stofnanda sjóðsins.

Rannsóknarsjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur er fyrsti sjóðurinn á Íslandi sem veitir styrki til rannsókna í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum. Markmið sjóðsins er að efla rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum og verða veittir styrkir til hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í doktorsnámi, sem falla að markmiði sjóðsins. Stefna hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands er að efla framhaldsnám til meistara- og doktorsprófs, sem samrýmist stefnu skólans í þeim efnum, enda vaxtarbroddur hvernar fræðigreinar fólgin í framhaldsnemendum hennar. Rannsóknarsjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur er því mikill stuðningur við doktorsnema og rannsóknaverkefni í hjúkrunarfræðum.

Ljósmæðrafélag Íslands, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Glitnir og Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði hafa lagt fram fé til sjóðsins auk framlags Ingibjargar og bróðurdóttursonar hennar, Magnúsar F. Guðrúnarsonar. Þar fyrir utan hefur sjóðnum borist fjölmargar gjafir fyrir tilstuðlan dr. Sigrúnar Gunnarsdóttur hjúkrunarfræðings.

Hjúkrunarfræðinám á Íslandi var fært upp á háskólastig árið 1973 með stofnun námsbrautar í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands. Stofnun námsbrautarinnar markaði upphaf rannsókna í fræðunum hér á landi. Þá hófst kennsla í undirstöðuþáttum rannsókna sem síðan hafa eflst og vaxið. Árið 1998 var



Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Ingibjörg R. Magnúsdóttir, Kristín Ingólfssdóttir og Sóley Bender.

aftur brotið blað í sögu hjúkrunarfræðimenntunar á Íslandi með tilkomu meistaranáms í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og árið 2000 varð námsbraut í hjúkrunarfræði sjálfstæð deild innan skólans, hjúkrunarfræðideild. Deildin setti sér það markmið að efla enn frekar framhaldsnám hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra og árið 2005 voru fyrstu nemendurnir skráðir í doktorsnám við deildina.

Ingibjörg R. Magnúsdóttir hjúkrunarfræðingur er fyrrverandi námsbrautarsjóri námsbrautar í hjúkrunarfræði Háskóla Íslands og skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu. Ingibjörg hefur verið einn ötulasti talsmaður þróunar hjúkrunarmenntunar hér á landi og var hún ein þerra sem stóð að stofnun námsbrautar í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands.

Styrktarsjóðir Háskóla Íslands hafa umsjón með sjóðum og gjöfum sem ánafnaðar hafa verið Háskóla Íslands, allt frá stofnun skólans. Flestir starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá og er þeim ætlað að styðja við ýmis verkefni á ákveðnum fræðasviðum til hagsæld-

ar fyrir Háskóla Íslands, stúdenta eða starfsfólk.

Hægt er að fylla út eyðublað til styrktar sjóðnum á slóðinni: http://www.hjukrun.hi.is/page/hjfr_rannsoknastofnun. Frekari upplýsingar veitir Hildur Friðriksdóttir, forstöðumaður Rannsóknastofnu í hjúkrunarfræðum. Netfang: hildurfr@hi.is, sími 525 5280.



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD



Viltu styrkja hjúkrunarfræðinga og ljósmæður?

Það getur þú gert með því að styrkja Rannsóknarsjóð Ingibjargar R. Magnúsdóttur sem var stofnaður 29. júní 2007.

Markmið sjóðsins er að efla rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum. Styrkir verða veittir til rannsóknaverkefna hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í doktorsnámi, sem falla að markmiðum sjóðsins.

Viljir þú styrkja sjóðinn almennt eða vegna sérstakrar ástæðu t.d. í tilefni útskriftar einhvers nemanda, árgangaafmælis eða til minningar um látinn ástvin þá er hægt að fara inn á slóðina:

http://www.hjukrun.hi.is/page/hjfr_rannsoknastofnun

eða inn á heimasíðu Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði og þaðan inn á Rannsóknarsjóð Ingibjargar R. Magnúsdóttur.

Margt smátt gerir eitt stórt! Stofnfé var 5 m.kr. en betur má ef duga skal til að hefja úthlutun.



Enn minni hormón en áður

létt val



Yasminelle inniheldur gestagenið dróspírenón eins og Yasmin®.

Þrátt fyrir einungis 20µg af etínýlestradíól veitir **Yasminelle** góða stjórnun blæðinga og mikið öryggi.¹

Lægri skammtur – sömu kostir¹

- ⇒ PI (Pearl index) 0,12
- ⇒ Stjórnun blæðinga sambærileg við aðrar p-pillur með 20µg etínýlestradíól
- ⇒ Engin áhrif á blóðþrýsting
- ⇒ Ánægja notenda 86,8%

Yasminelle
-til að byrja með

Heimild : 1. Cibula et al, Clin Drug Invest 2006;26(3):143-150

SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

Yasminelle® nvnr: 041423

Yasminelle 0,02 mg/3 mg, filmuhúðaðar töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver tafla inniheldur 0,020 mg etínýlestradíól (sem betadex samstæða (clathrate)) og 3 mg dróspírenón. Hjálparefni: laktósi, 46 mg. **Lyfjaform:** Filmuhúðuð tafla. Ljósbleik, kringlótt tafla með ávölu yfirborði, önnur hliðin merkt "DS" með upphleypu lettri inni í reglulegum sexhyrningi. **Ábendingar:** Getnaðarvarnartafla. Til inntöku Taka verður töflurnar á svipuðum tíma á hverjum degi, með dálitlum vökva ef þörf er á, í þeirri röð sem töfluspjaldið sýnir. Taka skal eina töflu á dag í 21 dag samfleytt. Byrja skal á næsta spjaldi eftir 7 daga töfluhlé og eiga tíðablæðingar sér venjulega stað á þeim tíma. Þær hefjast að jafnaði á 2. til 3. degi eftir að síðasta tafla var tekin og er hugsanlega ekki lokið þegar byrjað er á næsta töfluspjaldi. **Frábendingar:** Ekki ber að nota getnaðarvarnartöflur sem innihalda blöndu hormóna í eftirfarandi tilvikum. Komi eitthvert þessara tilvika fram í fyrsta skipti þegar getnaðarvarnartöflur eru notaðar, ber að hætta töflu þeirra strax, Segamyndun í bláæðum eða sjúkrasaga um slíkt (segamyndun í djúpbláæðum, lungnablóðrek). Segamyndun í slagæðum eða sjúkrasaga um slíkt (t.d. hjartadrep) eða fyrirboði um það (t.d. hjartaðng og skammvinn blóðþurrðarköst). Heilablóðfall eða sjúkrasaga um slíkt. Ef fyrir hendi eru fleiri en einn áhættuþáttur fyrir segamyndun í slagæðum, eða einn áhættuþáttur á alvarlegu stigi. Brisbólga eða sjúkrasaga um slíkt ef það tengist alvarlegri hækkun þríglyceríða. Virkur, alvarlegur lifrarsjúkdómur, eða sjúkrasaga um slíkt ef lifrargildin eru ekki komin í eðlilegt horf. Alvarlega skert nýrnastarfsemi eða bráð nýrnabilun. Lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða sjúkrasaga um slíkt. Illkynja kynhormónaháður sjúkdómur eða grunur um slíkt (t.d. í kynfærum eða brjóstum). Blæðing frá leggöngum af óþekktum orsökum. Saga um mígreni með staðbundnum taugaeinkennum. Ofnæmi fyrir virku innihaldsefnunum eða einhverju hjálparefna Yasminelle filmuhúðaðra taflna. **Varnaðarorð:** Ef einhver eftirtalinna áhættuþátta er fyrir hendi skal meta kosti við notkun getnaðarvarnartaflna sem innihalda blöndu hormóna gagnvart hugsanlegri áhættu í hverju tilviki fyrir sig, og ræða um það við konuna áður en hún ákveður að taka getnaðarvarnartöflur. Við versnun eða fyrsta merki um einhvern þessara áhættuþátta skal hafa samband við lækinn sem ákveður hvort hætta eigi notkun getnaðarvarnartaflna. Greint hefur verið frá að eftirfarandi sjúkdómseinkenni geti komið fram eða versnað bæði á meðgöngu og við notkun samsettra getnaðarvarnartaflna, en staðfesting á tengslum við notkun samsettra

getnaðarvarnartaflna er ófullnægjandi: Gula og/eða kláði í tengslum við gallteppu; gallsteinamyndun, porfýría; rauðir úlfar; blóðlysupvageitrunarheilkenni (hemolytic uremic syndrome); rykkjadans (Sydenham's chorea); meðgöngublóðrubóla; heyrnartap vegna kölkunar í miðeyra. Þótt samsettar getnaðarvarnartöflur geti haft áhrif á insúlínnaemi í útæðum og sykurlól, er ekkert sem bendir til þess að nauðsynlegt sé að breyta meðferðarskömmtum hjá sykursýkissjúklingum sem nota lágskammta samsettar getnaðarvarnartöflur (sem innihalda < 0,05 mg af etínýlestradíól). Þó á að fylgjast vel með konum sem hafa sykursýki, einkum þegar þær byrja að nota getnaðarvarnartöflur. Greint hefur verið frá versnun á innrænu þunglyndi, flogaveiki, Crohns sjúkdómi og sáraristilbólgu við notkun samsettra getnaðarvarnartaflna.

Pungunarfreknur (chloasma gravidum) geta stundum komið fram, einkum hjá konum með sögu um slíkt á meðgöngutíma. Konur með tilhneigingu til þungunarfrekna ættu að forðast sólarljós eða útfjólubláa geislu á meðan þær nota samsettar getnaðarvarnartöflur. Þetta lyf inniheldur 46 mg laktósa í hverri töflu. Sjúklingar með sjaldgæft arfgengt galaktósaþól, Lapp laktasaburrð eða glúkósa-galaktósa vanfrásög og eru á laktósafríu fæði ættu að taka tillit til þessa magns. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir** Milliverkanir getnaðarvarnartaflna og annarra lyfja, geta leitt til milliblæðinga og dregið úr getnaðarvörn. Þetta hefur verið staðfest hvað varðar hýdantóin, barbitúröt, prímídon, karbamazepín og rífampicín og grunur leikur á að oxkarbazepín, tópiramat, felbamát, rítónavír, gríseófulvín og náttúruylfið Jóhannesarjurt (hypericum perforatum) geti einnig haft þessa verkun. Einnig hefur verið greint frá að getnaðarvörnin hafi brugðist við notkun sýklalyfja svo sem ampicillíns og tetracyklína. Ekki hefur tekist að útskýra hvaða verkun liggur þar að baki. Konur sem taka einhverja ofangreindra lyfjaflokka eða einstök virk efni skulu því einnig nota til bráðabirgða aðra getnaðarvarnaraðferð án hormóna til viðbótar samsettu getnaðarvarnartöflunum, þ.e. á meðan þær taka hitt lyfið og í 7 daga eftir að þær hafa hætt því. **Meðganga og brjóstagið:** Ekki skal taka Yasminelle á meðgöngu. Samsettar getnaðarvarnartöflur geta haft áhrif á mjólkurmyndun, þar sem þær geta dregið úr magni og breytt samsetningu brjóstamjólkur. Því er almennt ekki mælt með því að getnaðarvarnartöflur séu notaðar fyrr en kona er alveg hætt að gefa barni brjóst. Pakkning og verð: **Yasminelle fæst í pakkskrá 3 x21 tafl. Heildsöluverð er 1.768 kr og verð 3.420 kr skv. Lyfjaverðskrá 1. nóv 2007**. Handhafi markaðsleyfis: Bayer Schering Pharma. Umboð á Íslandi: **Icepharma**, Lynghálslí 13, 110 Reykjavík.



Ljósmeðrafélagið

– félag allra ljósmeðra

Við lausa kjarasamninga, geta launþegar skipt um kjarafélag. Í þessari samantekt mun ég fjalla um það sem Ljósmeðrafélag Íslands hefur upp á að bjóða og hvers vegna það skiptir máli að ljósmeður séu í einu félagi.

Eins og kunnugt er, verða kjarasamningar lausir þann 30. apríl n.k. Það er ekki einungis tilhlökkunarefni vegna nýs kjarasamnings heldur einnig vegna eins konar uppskeruhátíðar stéttarfélaganna. Félögin uppskera því ekki einungis eftir undirbúningsvinnu kjarasamninga, heldur getur uppskeran orðið fjölgun á kjarafélögum ef starfsemi félagsins hefur verið öflug og traustvekjandi.

Sumum finnst það ekki skipta höfuðmáli hvaða kjarafélagi þeir tilheyra, enda verður fólk sjaldnast vart við það dags daglega. Félögin skiptir það aftur á móti miklu máli hversu marga félagsmenn það hefur. Fleiri félagsmenn þýðir meiri innkoma til að vinna að málefnum stéttarinnar sem skilar sér í meiri vinnu innan félagsins og þar af leiðandi sterkari stétt. Og Ljósmeðrafélagið munar um hverja ljósmóður. Það eru ekki einungis félagsgjöld hvernar ljósmóður sem skipta miklu fyrir starfsemi félagsins, heldur skiptir það höfuðmáli að ljósmeður séu í einu kjarafélagi. Ljósmeðrafélagið er hagsmunafélag ljósmæðra og vill hróður ljósmæðrastéttarinnar sem mestan. Með því að vera í einu félagi, er slagkraftur ljósmæðra mun meiri í kjaramálum.

Hvað er að vera kjarafélagi/fagfélagi?

Stéttarfélög geta ýmisst verið kjarafélög eða fagfélög og mörg félög eru hvoru tveggja eins og Ljósmeðrafélag Íslands. Fagfélög eru skipuð einstaklingum einnar fagstéttar þar sem menntun félagsmanna liggur til grundvallar störfum þeirra og veitir þeim tiltekin starfsréttindi. Kjarafélög starfa að hags-

munamálum sem varða kjör og réttindi félagsmanna.

Samkvæmt lögum um kjarasamninga opinberra starfsmanna nr. 94/1986, gera stéttarfélög kjarasamninga fyrir starfsmenn ríkisins. Starfsmönnum ríkisins er því skylt að vera í stéttarfélagi sem semur fyrir þá um kaup og kjör.

Sem kjarafélagi í Ljósmeðrafélagi Íslands greiðir félagsmaður prósentu af launum sínum til félagsins og þeirra sjóða sem félagið hefur aðild að. Félagið semur um kaup og kjör fyrir viðkomandi, auk þess að sinna faglegum og fagpólítískum málefnum stéttarinnar. Kjarafélagsmenn hafa kosningarétt og kjörgengi í allar nefndir og stjórn félagsins og hefur aðgang að öllum sjóðum innan þess.

Sem fagfélagi í Ljósmeðrafélagi Íslands greiðir félagsmaður fasta árlega upphæð til félagsins fyrir fagaðild að félaginu en annað stéttarfélag sem hann er kjarafélagi að, semur um kaup og kjör fyrir hann.

Fagfélagsmenn hafa kjörgengi í allar nefndir félagsins nema kjaranefnd og hafa málfrelsi og tillögurétt innan félagsins.

Þeir sjóðir sem Ljósmeðrafélagið hefur aðgang að eru:

Rannsóknarsjóður ljósmæðra

Rannsóknarsjóður ljósmæðra var stofnaður árið 1988 af ljósmæðrum útskrifuðum haustið 1978 í tilefni 10 ára útskriftarafmælis. Tilgangur sjóðsins er að styrkja ljósmæður til rannsókna og þróunarverkefna í ljósmóðurfræðum. Fagfélagar jafnt sem kjarafélagar LMFÍ geta sótt um styrk í sjóðinn.

Minningasjóður ljósmæðra

Minningasjóður var stofnaður árið 1967 og var stofnfé sjóðsins minningargjöf um Ingibjörgu Jónsdóttur ljósmóður. Tilgangur sjóðsins er að styðja ljósmæður til framhaldsnáms og einnig má

veita fé til hvernar þeirra líknarmála sem ljósmæðrastéttin hefur hug á að styðja. Fagfélagar jafnt sem kjarafélagar LMFÍ geta sótt um styrk í sjóðinn.

Vísindasjóður

Ljósmeðrafélags Íslands

Sjóðurinn var stofnaður skv. kjarasamningi LMFÍ og fjármálaráðherra í júní 1994 (grein 10.4) og greiðir sjóðurinn útlagðan kostnað við endurmenntun, rannsóknar- og þróunarstörf félagsmanna LMFÍ. Vísindasjóður er gildasti styrkjasjóðurinn innan félagsins og getur styrkt rannsóknar- og þróunarvinnu ljósmæðra um 2-3 milljónir á ári, fyrir utan árlega greiðslu til félagsmanna. Einungis kjarafélagar LMFÍ geta sótt um styrki sjóðinn.

Rannsóknarsjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur

Sjóðurinn var stofnaður nú í ár, af Ingibjörgu R. Magnúsdóttur fyrrverandi námsbrautarstjóra Námsbrautar í hjúkrunarfræði og skrifstofustjóra í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu. Markmið rannsóknarsjóðsins er að styrkja hjúkrunarfræðinga og ljósmæður í doktorsnámi.

Sjúkra- og styrktarsjóður BHM

Styrktarsjóður tilheyrir félagsmönnum á opinberum markaði en Sjúkrasjóður þeim sem starfa á almennum markaði. Í þessa sjóði má sækja um styrk til t.d. gleraugnakaupa, tannviðgerða, líkamsræktar, margs konar meðferðar ofl., auk sjúkradagpeninga.

Starfsmenntunarsjóður BHM. (STRIB)

Sjóðurinn er stöndugur og veitir hverjum félagsmanni rétt til 60.000 kr styrkja á tveggja ára fresti til ráðstefnuferða, námskeiða ofl.

Orlofssjóður BHM (OBHM)

Áramótin 2005/2006 gengu ljósmæður

inn í orlofssjóð BHM og seldu sumar-
arbústað sinn í Úthlíð. OBHM á 43
orlofshúseignir, víða um land og leigir
auk þess eignir af öðrum aðilum. Aðal
orlofssvæði OBHM er í Brekkuskógi,
þar sem allir bústaðir eru búnir heitum
potti, þ.á.m. stór, nýr sumarbústaður sem
hýsir a.m.k 10 manns í rúmi. OBHM
hefur einnig aðgang að tveimur íbúð-
um í Kaupmannahöfn og leigir fleiri
íbúðir erlendis yfir sumartímann. Þrátt
fyrir stuttan tíma í nýjum orlofssjóði,
fengu sex ljósmæður úthlutað sumar-
bústað á háanna tíma síðast liðið sumar.
Aðrar 20 fengu úthlutað orlofsstyrk frá
Ljósmæðrafélaginu og verður það aftur
gert næsta sumar.

Þó svo að ákvörðunin um að selja
sumarbústaðinn hafi verið erfið, hefur
hún orðið til þess að ljósmæður eiga
nú sitt eigið húsnæði skuldlaust og hafa
auk þess nokkra fjármuni til að styrkja
starfsemi félagsins.

Hvað stendur Ljósmæðrafélagið fyrir?

Ljósmæðrafélag Íslands stendur fyrir
langa sögu hagsmunabaráttu fyrir ljós-
mæðrastéttinni og skjólstaðingum
hennar. Ljósmæðrafélagið stendur ein-
nig fyrir öflugt félagsstarf með kraft-
miklum og áhugasamum ljósmæðrum
í nefndum og stjórn. Við nýtum okkur
smæð félagsins í stuttum boðleiðum
innan þess og virkjum þekkingu og
færni félagsmanna til að vinna að hags-
munamálum allra ljósmæðra.

Innan félagsins er mikil vinna lögð
í fagleg málefni stéttarinnar. Fræðslu-
og endurmenntunarnefnd stendur fyrir
gróskumiklu starfi sem skilar stéttinni
ýmsum nýjungum í ljósmóðurstörf-
in og ber þar fyrst að nefna námskeið
í nálastungu sem meirihluti ljósmæðra
telur nú sjálfsagðan hluta af daglegum
störfum sínum. Aðrar nýjungar sem má
nefna eru námskeið í notkun ilmkjarna-
olía og nú síðast námskeið í sjálfsdál-
leiðslutækni (hypnobirth). Fræðslu- og
endurmenntunarnefnd LMFÍ stendur
einnig fyrir mánaðarlegum hringborðs-
umræðum sem er kjörin vettvangur fyrir
ljósmæður að ræða fagmál sín með góðu
innleggi frá sérfróðum ljósmæðrum eða
öðru fagfólki. Í gegnum tíðina hefur
nefndin einnig staðið fyrir ráðstefnum.

Önnur fagvinna sem má nefna eru
símennntunarnámskeið fyrir ljósmæður
í heimaþjónustu og gerð leiðbeininga
fyrir heimaþjónustu í samvinnu við
Landlæknisembættið.

Útgáfumál félagsins er andlit ljós-

mæðra út á við. Upplýsingavefurinn
ljosmodir.is er með vinsælustu vefsvæð-
um landsins og ekki að ástæðulausu
því ómæld vinna er lögð í að svara fyr-
irspurnumskjólstaðinga. Félagsvefsíðan
ljosmodir.is/felag, er nauðsynlegt sam-
skiptatæki ljósmæðra, bæði sem upplýs-
ingamiðill á ytra neti og sem samskipta-
form á innra neti. Ljósmæðrafélagið
gefur einnig út Ljósmæðrablaðið sem
mikill metnaður er lagður í. Árlega er
Fylgjan, handbók ljósmæðra gefin út af
félaginu. Fylgjan er handhæg og ótæm-
andi upplýsingauppspretta í daglegum
störfum ljósmæðra.

Ljósmæðrafélag Íslands er í virku
samstarfi með Norðurlandasamtökum
ljósmæðra (NJF) og Alþjóðasamtökum
ljósmæðra (ICM).

Ljósmæðrafélag Íslands er eftir sem
áður hagsmunafélag ljósmæðra og ein-
beitir sér að hagsbótum fyrir ljósmæð-
ur og barnshafandi fjölskyldur. Félagið
vinnur að því að efla ljósmæðrastéttina
sem sjálfstæða stétt og sinnir faglegum
og fagpólitískum málefnum stéttarinn-
ar.

Hver er stefna Ljósmæðrafélagsins?

Stefna Ljósmæðrafélagsins í næstu
kjarasamningum er að leiðrétta launa-
röðun ljósmæðra til jafns við stéttir með
sambærilega menntun og ábyrgð.

Vinna við uppbyggingu trúnaðar-
mannakerfisins er nú í fullum gangi
og stefnir félagið að öflugri trúnaðar-
mannakerfi á landsvísi, þar sem allar
ljósmæður geta fengið stuðning af trún-
aðarmanni sínum.

Samkvæmt 2. grein laga og reglna
Ljósmæðrafélagsins, eru markmið
félagsins:

- Að efla ljósmæðrastéttina og jafn-
framt áhuga íslenskra ljósmæðra
fyrir öllu er að starfi þeirra lýtur.
- Að stuðla að aukinni menntun og
endurmenntun ljósmæðra.
- Að gæta hagsmuna og réttinda ljós-
mæðra varðandi starf þeirra og kjör.
- Að annast samninga um kaup og kjör
ljósmæðra sem rétt hafa til atkvæða-
greiðslu í kjarasamningi félagsins.
- Að hvetja ljósmæður til þess að við-
halda hæfni sinni og auka þekkingu
sína.
- Að gæta virðingar ljósmæðrastétt-
arinnar.
- Að glæða félagslegan áhuga og sam-
vinnu ljósmæðra bæði innan lands og
utan. Í NJF = Nordisk jordmoder-
forbund og í ICM = International

Confederation of Midwives, svo og í
samvinnu við aðrar heilbrigðisstéttir.

h) Að stuðla að bættri þjónustu í barn-
eiganarferli kvenna.

Hvað fæ ég sem kjarafélagi í Ljósmæðrafélaginu?

Ég fæ aðgang að lögfræði- og hagfræði-
þjónustu hjá BHM.

Ég fæ aðstoð við túlkun og gerð kjar-
samninga.

Ég fæ öflugan starfsmenntunarsjóð
(STRIB).

Ég fæ öflugan vísindasjóð sem einungis
styrkir rannsókn- og þróunarvinnu
ljósmæðra.

Ég fæ fjölmarga orlofskosti bæði hér-
lendis og erlendis.

Ég fæ trúnaðarmann sem er ljósmóð-
ir og þekkir vel sérstöðu ljósmóð-
urstarfa.

Ég fæ greiðan aðgang að fólki innan
félagsins vegna stuttra boðleiða.

Ég fæ greiða leið til áhrifa í félagsstörf-
um ef mér sýnist svo.

Ég fæ fullbúnað ljósmæðratöskur að láni
hjá LMFÍ fyrir heimafæðingar.

Ég styrki starfsemi félags sem einbeitir
sér að faglegum og fagpólitískum
málefnum ljósmæðra.

Það ætti því ekki að vera tilviljanakennt
hvaða kjarafélag maður velur. Ég hvet
allar ljósmæður til að meta kjarafélags-
aðild sína og ástæðurnar fyrir vali henn-
ar. Tilgangur Ljósmæðrafélags Íslands
er að efla ljósmæðrastéttina og gæta
hagsmuna og réttinda ljósmæðra varð-
andi starf þeirra og kjör. Við þiggjum
með þökkum ábendingar um leiðir til
betrumbóta til að gera Ljósmæðrafélagið
fýsilegan kost fyrir allar ljósmæður.

Fyrir hönd
stjórnar Ljósmæðrafélags Íslands

Guðlaug Einarsdóttir
formaður



www.ljosmodir.is

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ 85 ÁRA



Þórunn Árnadóttir, Ásgerður Emma Kristjánsdóttir, Þorgerður Pálsdóttir og Guðbjörg Sigurðardóttir, útskrifaðar 1964, í dyragættinni má sjá Sigrúnu Höskuldsdóttur.

Á öðrum aðalfundi Ljósmeðrafélags Íslands, þann 30. júní 1921 lágu fyrir erindi þar sem hvatt var til útgáfu blaðs sem yrði tengiliður á milli ljósmæðra á tímum þegar samgöngur og annað samband manna á meðal var með allt öðrum hætti en nú þekkest. Vegna þess hve dýr útgáfan yrði var ákveðið að sleppa útgáfu að sinni en málið var til umræðu á næsta aðalfundi félagsins og þótti ljóst að brýnt væri að gefa út blað til að auka samvinnu ljósmæðra um land allt. Það varð úr að Ljósmeðrablaðið kom út í fyrsta sinn í október 1922. Í fyrsta tölublaði segir m.a. í ávarpi formanns Þuríðar Bárðardóttur:

Vitanlega er þetta ekki nema tilraun; það er komið undir ljósmæðrum þessa lands, hvort þær hafa þann metnað, að gera það sem þær geta til þess að halda út blaði fyrir stjett sína, eða kjósa heldur að hýrast, hver í sínu horni, og láta ekkert á sjer kræla, og láta sjer standa á sama um stjettarmálefni sín, hvort sem til frama er eða fræðslu...

Það þarf ekki að orðlengja það að ljósmæður hafa heldur betur sýnt að stéttin hefur þann metnað sem þarf til að halda úti félagsblaði. Ljósmeðrablaðið hefur komið út samfellt í 85 ár og stendur útgáfa þess nú í miklum blóma. Í tilefni afmælisins höfðum við samband við nokkrar ljósmæður, sem útskrifað hafa frá LMSÍ og síðar frá HÍ á mismunandi tímum, og báðum þær að setja á blað minningabrot úr námi og starfi. Þökkum við þeim kærlega fyrir. Við óskum ljósmæðrum innilega til hamingju með 85 ára afmæli Ljósmeðrablaðisins.

Bergrún Svava Jónsdóttir,
Hrafnhildur Ólafsdóttir,
María Björnsdóttir,
Valgerður Lís Sigurðardóttir

Endurminningar frá LMSÍ 1943-1944

Haustið 1943 mættum við tólf stúlkur, sitt af hverjum landshlutanum til að hefja ljósmæðranám, sem var þá eins árs nám. Yfirljósmóðir var frk. Jóhanna Friðriksdóttir, sem sá að miklu leyti um kennslu nemanna ásamt yfirlækni Landsspítalans, prófessor Guðmundi Thoroddsen, en hann gaf bóklega kennslu yfir veturinn, venjulega einn tíma að morgni dags virka daga. Bóklegir tímar hjá frk. Jóhönnu voru venjulega seinni partinn eða þegar góður tími vannst til. Guðmundur gerði keisaraskurði og tangarfæðingar en aðeins í mikilli nauðsyn. Þá var gefið lyf, sem nefnt var „Við barnsfararsótt“ eða prontasil og bjargaði það miklu. Árið eftir kom penecillinið í notkun og þá fannst mér það mikið undralyf fyrir sængurkonur og aðra sjúklinga.

Ljósmæðranemarnir bjuggu í tveimur herbergjum. Annað var í risi Landspítalabyggingarinnar og undir súð, hitt á hæðinni fyrir neðan á sama gangi og frk. Jóhanna bjó á og tvær aðstoðarljósmæður. Beint á móti aðaldyrnunum við stigaganginn voru dyrnar að fæðingardeildinni. Ekki man ég lengur hvað herbergin voru mörg, en það voru ýmist tvær eða fjórar konur á hverri stofu. Mér var vísað á súðarherbergið. Það var með reisifjöl og ómálað eins og gömlu baðstofurnar voru í sveitinni þegar ég man fyrst eftir mér.

Herbergið var aflangt og hafði hver nemi rúm og lítið borð út af fyrir sig. Við sátum nú í þessu súðarherbergi með poka og töskur, búnað að velja okkur rúm og tala aðeins saman um fyrirkomulagið í þessu herbergi okkar. Um leið og við mættum var okkur úthlutað hvítum vinnukjólum og höfuðblæju. Stuttu seinna kom nýútskrifuð ljósmóðir og sagði að við ættum að koma niður á deild til að sjá fæðingu. Við vorum fljótur að hafa fataskipti og mæta á tiltekinn stað. Þar var frk. Jóhanna hjá ungri konu, sem var að eignast sitt fyrsta barn. Einnig voru þar tvær nýútskrifaðar ljósmæður. Einhvern veginn féllu mér ekki áhrifin á stofunni. Konunni leið mjög illa þegar barnið var að fæðast. Enginn af hennar fjölskyldu mátti vera hjá henni né hjá fæðandi konum á deildinni yfirleitt. Mér fannst hana vanta svo hughreystingu og samhug þegar barnið var fætt og Jóhanna búin að ná fylgjunni. En eftir það vorum við sendar til herbergja okkar. Einn neminn sagði „Ég ætla strax heim“. Svo varð þó ekki og lukum við allar námi á tilsettum tíma. Við vorum ótrúlega jafnar og stóðum saman sem einn maður þegar eitthvað bjátaði á.

En frk. Jóhanna yfirljósmóðir virkaði oft sem harðstjóri. Mér var sagt að hún hefði líka verið í framhaldsnámi undir harðri stjórn úti í Þýskalandi og hafi svo tileinkað sér þá

stjórnun. Hún var örugglega dugleg og kjarkmikil en var nú orðin fullorðin kona og þreytt í starfi. Stöku sinnum fannst mér ég sjá í gegnum skelina sem hún brynjaði sig með, og þá fann ég ungu stúlkuna, sem átti sitt æskuheimili á strönd Eyjafjarðar, draumlynd með skáldskapargáfu. En setti sér það markmið í lífinu, að vinna þýðingarmikið starf og komast á toppinn í því starfi. Hún gerði mun á fólki eftir stéttum. Við áttum að þera hana en svo bauð hún okkur dús að námi loknu. Við áttum ekki að stofna til kunningsskapar við gangastúlkur. Þær voru önnur stétt! En árið eftir fór ein gangastúlkun í Ljósmaðraskólann og fáum árum síðar var hún orðin yfirljósmodir og hafði hækkað heldur betur í tign. Ég fann, að sjötta skilningarvitið var vanþroska hjá mér, ég skyldi ekki stéttamuninn. Prófessor Guðmundur var aftur á móti laus við allan stéttamismun, allavega fannst okkur það. Við höfðum auðvitað mikið meira saman við frk. Jóhönnu að selda en prófessorinn. Hún var æðsta kona skólans og deildarinnar. Hún gerði mun á embættismannafrúm og almenningi. Hún tók á móti flestum börnum, sem fæddust. Þótt hún hefði tvær ágætar aðstoðarljósmaður, lét hún vekja sig að nóttu til, þegar fæðingar voru, en sem næst því að barnið fæddist.

Önnur aðstoðarljósmodirin úthlutaði mat til sængurkvenna og nemarnir báru hann inn og hjálpuðu konunum við að borða, því mig minnir að þær mættu ekki rísa upp nema upp á olnboga fyrstu dagana eftir fæðingu. Á áttunda degi fóru þær á fætur stuttan tíma á dag og ef þær voru hitalausar næsta morgun, voru þær útskrifaðar.

Venja var, að ljósmaðranemi færði frk. Jóhönnu morgunkaffið í rúmið klukkan sex, ásamt hitatöflu þeirra kvenna, sem lágu inni og segja frá almennt líðan þeirra.

Það voru oft mikil þrengsli á deildinni og stundum varð að vísa konum frá. Frk. Jóhanna hafði tvö lítil herbergi með opið á milli og stundum tók hún konur inn til sín og þá þær, sem áttu að fara heim daginn eftir. Hún var hörð á því að engin kona kæmi inn nema fæðing væri örugglega byrjuð og gaf þeim áminningu, sem voru svo óheppnar að sótt var ekki komin í gang. Allar konur áttu að koma í sjúkrabíl og venjulega var faðirinn með eða einhver aðstandandi. Oft stoppaði gamla lyftan milli hæða en ekki man ég til þess að nokkur kona fæddi þar vegna þess. Hins vegar kom fyrir að þær fæddu á leiðinni. Eins og eitt sinn, að faðirinn kom hlaupandi upp og hrópaði: „Barnið er komið“, en um leið kom lyftan með móður og barn og var verið að kíkja á barnið þegar pabbinn kom. Annars fóru aðstandendur heim þegar konan var komin á deildina.

Prófessor Guðmundur var tilkallaður í erfiðum tilfell-

um og hann ákvað hvað gera skyldi og gerði sjálfur keisaraskurði og tangarfæðingar. Keisaraskurðir voru gerðir á skurðstofu skurðeildarinnar. Við nemarnir fengum að horfa á og vorum oftast allar kallaðar til ef eitthvað óvenjulegt var á seyði, hversu „gott“ sem það nú var fyrir móðurina, en við áttum að læra sem mest á þessu ári sem skólinn var

og nota helst hverja stund til þess. Venja var að kalla aðstoðarlækna að fæðingunum og varð það að vera nákvæmlega á rétti augnabliki að ósk frk. Jóhönnu, og fengu þeir orð í eyra, ef þeir mætti ekki á „réttum“ tíma.

Vinnutími okkar var langur. Við byrjuðum strax á vakt morguninn eftir að við mættum. Fyrstu dagana voru tvær til þrjár nýútskrifaðar ljósmaður með okkur og ein var fram á vor. Þetta var viðbót við aðstoðarljósmaðurnar tvær, sem áður voru nefndar. Þessar áttu að leiðbeina okkur nýnemunum fyrstu vaktirnar. Vaktir voru yfirleitt tólf tíma og byrjað var kl. 7 á morgnana. Næturvakt frá kl. 19 til 7. Minn hópur fékk svo smá breytingu, að tveir nemar mættu kl. 6 f.h. til að hjálpa til á annasamasta tímanum á morgnana og var áfram höfð sú regla til margra ára. Einn frídagur átti

að vera vikulega, en helst áttum við ekki að fara frá ef upp kæmi tilfelli, sem gott væri fyrir okkur að sjá, því þá voru allir kallaðir til hvort sem þeir voru á vakt eða í frí. Einnig var ein vika gefin í sumarfrí, en þá var ekki skylda að vera í kallfæri.

Hluti af náminu var að vera við nokkrar fæðingar í heima-húsum og fórum við þá með bæjarljósmaðrum. Tveir nemar voru alltaf á fæðingarvakt, en það þýddi það, að þá áttu þær að vera við allar fæðingar sem urðu á þeim tíma og vera með við að taka á móti. Það var mjög skemmtilegt og stundum náði til að spjalla saman.

Við vorum í fríu fæði, húsnæði og með vinnuföt. Blessuð ráðskonan í eldhúsinu sendi næturvaktinni ríflegan og oft betri mat á kvöldin. Það var því oftast miðlað af honum, ef einhvern langaði í mat. Kaffi gátum við hitað okkur í býti-búrinu. Ég minnst ráðskonunnar með hlýju og virðingu. Hún var vel fullorðin kona, vann mikið og hennar stúlkur. Allan mat þurfti að vinna á staðnum og senda síðan í sér-stakri matarlyftu á allar deildir spítalans. Ég eignaðist góða vinkonu í eldhúsinu og fékk ef til vill meiri innsýn í vinnuna þar en annars hefði verið og það líkaði ráðskonunni vel.

Eitt sinn (sem oft) var fjölbyrja í fæðingu og tveir nemar hjá henni, búið að kalla á frk. Jóhönnu og hún á rölti um ganginn og hitti þá einhvern, sem hún þekkti og gekk með viðkomandi út af deildinni. Allt í einu kemur annar neminn og kallar – frk. Jóhanna – og svo urðu fleiri til að kalla á frökenina. Hinn neminn hélt við kollinn sem vildi



Inga Elíasdóttir á vöggustofu.

komast út, nú að lokum heyrði hún hrópin og kom hlaupandi, en þá varð nemanum svo um, að hún sleppti takinu og barnið skaust með það sama út í rúm, bráðlifandi og hress. Þessi stúlka hafði verið við fæðingar í sinni heimasveit og brá ekkert við þó barnið skytist í heiminn. En það voru skörp skil milli þess sem frk. Jóhanna kallaði „of seint“ eða „of fljótt“ og átti það mjög gjarnan við aðstoðarlæknana, sem áttu að vera við fæðingar.

Svo illa vildi til að skarlatssótt kom upp á deildinni og veiktumst við nokkrar stúlkur, en sumar höfðu fengið veikina áður. Þetta þýddi sex vikna einangrun og vorum við sendar á farsóttarhúsið til Maríu Maaek en hún var eins og móðir allra sjúklinganna sem hún hafði. Ég var búin að vera mikið veik uppi í mínu herbergi og ekki send til Maríu fyrr en rauðu flekkirnir sáust. Við höfðum það svo mjög ánægjulegt á farsóttarhúsinu eftir að við fórum að hressast og María kunni vel við að við værum glaðar og kátar, en matinn urðum við að ljúka við og hugsa vel um heilsuna. Fæðingardeildinni var lokað og allt sötthreinsað í hól og gólf, en fyrst á eftir var minni aðsókn að deildinni, en það lagaðist þó fljótlega.

Eina stofnun langar mig til að minnast á, en það er „Líkn“.

Þetta var heldur óásjáanleg bygging af götunni séð og engin stór skilti til að vísa veginn, en þessi stofnun mun hafa bjargað mörgum mannlífum. Þangað komu flestar verðandi mæður í skoðun og fannst þá oft ef eitthvað var að og þá reynt að hjálpa og ráðleggja meðferð.

Við lukum allar burtfararprófi eftir árið. Sumar okkar voru ráðnar í umdæmi strax eftir útskrift. Ég var ráðin í umdæmi í Eyjafirði, en var samt fram eftir vetri á fæðingardeildinni. Undir vorið lagði ég af stað norður. Fyrsti áfangi var lyftan með farangur minn og einn nemi var að hjálpa mér. Lyftan stansaði milli hæða eins og stundum áður og seinkaði mér talsvert. En skip sem ég átti pantað far með var nýbúið að taka landganginn þegar ég mætti. Honum var þó skotið á land aftur fyrir síðbúna ljósmóður. Það var seinfarið norður í Eyjafjörð í þá daga, fyrst með bát upp á Akranes. Síðan áætlanarbil til Sauðarkróks, þar næst með bát til Akureyrar, því Öxnadalshéiði var ófær.

Ég saknaði margs þegar ég kvaddi sjúkrahúsið og Reykjavík, en nú tók við nýr kafli – ljósmóðurstörf in í heimabyggðinni og hlakkaði ég til þess sem þar biði mín.

*Sigrún Hjálmarsdóttir
útskrifuð frá LMSÍ 1944*

Árin 1948 – 1949

Það var 1. október 1948 sem ég hóf nám í Ljósmæðraskólanum. Við vorum tíu stúlkur víðsvegar að af landinu. Skólinn var til húsa á efstu hæð Landspítalans þar sem hann hafði verið frá upphafi. Yfirljósmóðir var Jóhanna Friðriksdóttir sem var orðin öldruð kona og var búin að starfa þar frá 1931 og var einnig kennari við skólann. Við vorum síðustu nemarnir sem útskrifuðumst í hennar tíð. Yfirlæknir var Pétur H. J. Jakobsson. Hann tók við af prófessor Guðmundi Thoroddsen sem hafði starfað þar frá 1931.

Núverandi Fæðingardeild tók til starfa 1. janúar 1949. Það var mikil breyting til batnaðar. Fæðingar í heimahúsum höfðu tíðkast áður en á því var orðin mikil breyting. Gamla deildin var löngu orðin of lítil og margar konur þurftu að fæða heima þó aðstæður væru ekki góðar. Miklar vonir voru því bundnar við þessa nýju deild. Öll vinnuaðstaða varð miklu betri og mikil ánægja varð með aðstöðuna. Á neðri hæðinni voru fjórar fæðingarstofur, skurðstofa, vaktstofa, baðherbegi og skol. Á annarri hæð var sængurkvennagangur með sjö stofum fyrir konur sem voru búnar að fæða og þar dvöldu þær í eina viku. Þriðja hæðin var þá ekki komin í notkun enn. Þegar mikið var um fæðingar varð að nota allar fæðingarstofurnar fyrir þær sem voru búnar að fæða, svo oft þurftu konur að fæða inni á baði, jafnvel á ganginum. Þetta var afskaplega erfitt fyrir alla aðila eins og gefur að skilja og stundum kveið maður fyrir að koma, sérstaklega á næturvaktir, því venjulega voru skilaboð til okkar að ekki mætti neita konum um pláss og var það ekki gert hvernig sem á stóð. Svona þekkist nú sem betur fer ekki í dag.

Allar konur þurftu að koma í sjúkrahúsið og það voru slökkviliðsmenn sem sáu um að flytja konurnar á fæðingar-

deildina, meira að segja í sjúkrakörfu. Þetta var föst regla jafnvel þó kona væri stutt komin í fæðingu. Við nemarnir vorum farnar að kynnast sjúkraflutningamönnum og ef við vorum að fara út þegar þeir voru á ferðinni þá keyrðu þeir okkur oft þangað sem við vorum að fara, því þá áttu ekki allir bíla eins og nú.

Ef vont var veður neituðu þeir að fara að ná í sængurkonu nema hafa ljósmóður með því á þessum árum var oft mikill snjór og ófærð í Reykjavík. Eitt sinn var hríðarveður og snjókoma og þá var hringt fyrir konu í Laugarneshverfinu sem þurfti að komast á fæðingardeildina. Laugarneshverfið var á þessum tíma talsvert út úr bænum. Þeir þorðu ekki að



Úr kennslustofu, 1964. Guðrún Magnúsdóttir, yfirljósmóðir er aftast.

fara nema hafa ljósmóður með í svona veðri og kom það í minn hlut að fara með þeim. Þegar við komum á staðinn stóð eiginmaðurinn taugatrektur úti á tröppum og fannst hann vera búinn að bíða lengi sem var þó ekki raunin. Konan lá hin rólegasta inni í sófa í stofunni og barnið var fætt. Ég var með það sem til þurfti í svona tilviki og skildi á milli og við tókum konuna og barnið með niður á fæðingardeild en maðurinn varð eftir heima að gæta eldri barnanna. Allt var þetta eðlilegt og móður og barni heilsaðist vel.

Við nemarnir þjuggum á heimavistinni á nýju deildinni og vorum tvær saman á herbergi. Við höfðum tólf klukkustunda vaktir og einn frídag í viku og eina viku í sumarfrí. Á hverjum morgni kl. átta fórum við í bóklega tíma hjá yfirlækninum. Oft var glatt á hjalla þegar lítið var að gera og slegið á létta strengi eins og jafnan er þar sem ungt fólk er saman komið, því á vöktunum voru auk okkar og ljósmæðranna

einnig læknastrúdentar og kandiðatar.

Okkur nemunum voru settar strangar reglur og áttum við alltaf að vera komnar heim kl. tíu á kvöldin. Yfirljósmóðirin bjó á sama gangi og gat því fylgst vel með ferðum okkar og leit gjarnan inn til okkar á kvöldin til að vita hvort við værum ekki örugglega komnar heim á réttum tíma. Ekki var það nú alltaf. Ég man eftir að eitt sinn var ég að koma heim rétt fyrir tólf og heyrði þá að hún var að koma og var snögg að bregða mér undir sæng í kápunni og þóttist sofa. Þá man ég að hún sagði: „Jæja, Margrét litla er þó komin heim,” en þá var hún búin að fara á hin herbergin og sennilega ekki margar verið komnar.

Það er gaman að rifja upp þessa gömlu tíma og á ég þaðan margar ljúfar minningar.

*Margrét Hagalínsdóttir
útskrifuð frá LMSÍ 1949*

Það er árið 1950 – fyrsta verkefni mitt

Ég var nýbúin með ljósmóðurnám, einnig hafði ég tekið bfl-próf meðan ég var í Reykjavík. Ég var komin í sveitafélagið sem ég lærði fyrir en oddviti hreppsins og héraðslæknirinn í Stykkishólmi og reyndar líka sýslumaðurinn báðu mig að fara í þetta nám.

Margt var öðruvísi þá, slæmar samgöngur og ófært vikum saman yfir Kerlingaskarð. Ekki alla vetur en alltaf var þetta erfitt. Þá þótti nauðsynlegt að einhver með einhverja þekkingu í hjálp við sjúka, gefa sprautur, sauma skurði minniháttar, hjálpa fólki með þvagteppu, taka á móti börnum o.fl.

Þessi frásögn mín gerðist eða byrjaði um mánaðamót nóvember og desember. Þá var hringt í mig, en ég var á æskuheimili mínu í Húsdal. Það var Ólafur héraðslæknir í Stykkishólmi, þá staddur á Svarthóli, bæ sem var í minni sveit. Hafði Ólafur komið til gamallar konu sem gat ekki losnað við þvag og þurfti að katisera ca líter á dag og bað hann mig að taka hana að mér. Konan var 87 ára og með ofsa stórt æxli í kviðarholi. Hann áleit þetta vera eggjastokkaæxli eða blöðru.

Ég játti sjálfsagt þessari beiðni og bjó mig af stað. Enginn bíll var tiltækur, en Helgi Pétursson sérleyfishafi átti jeppa og var sjálfur heima hjá sér. Hann kom og sótti mig. Veður var ekki gott, hvasst og dálítill snjókoma en versnaði er leið á daginn. Helgi og ég komumst heim til hans að Gröf í Miklaholtshreppi, en lengra varð ekki komist á bfl, en Svarthóll – þar sem veika konan var – var næsti bæ við Gröf ca 1 ½ - 2 km leið en enginn bílvegur og við lögðum á göngu yfir þýfða mýri, snjór á jörðu en ekki almennilega frosið svo við sukkum oft í mjóalegg eða dýpra. Veður versnaði - lengi vel töldum við okkur vera á réttri leið, en þar kom að Haldi sagðist ekki getað áttað sig - en helst var vindáttin sem við treystum á og héldum við áfram með vindinn í fangið, en sáum aðeins niður á fætur okkar. Eftir um klukkustund í þessum barningi settumst við niður að hvíla okkur en fórum fljótt af stað en eftir nokkur skref duttum við bæði ofan í skurð sem ekki var djúpur. Helgi þreifaði upp á



María Björnsdóttir færir Gunnari Biering kaffibolla þegar hann skreppur frá blóðskiptum fram á vakt.

bakkann hinu megin og fann þar gaddavírsgirðingarstífur – þá varð hann glaður við og þekkti staðinn og handan við skurðin tók við brekkan upp bæjarhólinn og var þar komið að bæjarhúsinu.

Á þennan bæ hafði ég aldrei komið fyrr. Þar inni tók á móti okkur Þórdís, 48 ára og ógift, kona, móðir hennar, sem líka hét Þórdís og var 87 ára og vinnumaður sem ég man ekki heitið á. Þórdís eldri hafði verið rúmliggjandi í mörg ár enda ekki getað valdið þessum þunga. Kviðurinn náði fram á hné, hún var grannholda, hvergi legusár en svo mikill þrýstingur hefur verið af æxlinu að legið hefði þrýst út og var úthverft. Það var mikil leit að þvagrásinni, sem fannst þó að lokum. Þá voru auðvitað ekki þessir góðu þvagleggir né pokar, en í ljósmóðurtösku minni sem ég fékk eftir fyrri ljósmóður var silfurleggur sem auðvitað varð að sótthreinsa eftir hverja notkun.

Dóttir Þórdísar hafði hugsað vel um móður sína og lærði ég, 20 ára stelpa, mjög mikið þennan tíma sem ég var þarna. Dóttirin maukaði mat fyrir mömmu sína. Allt var formlegt á

Þessu heimili eins og víða á þessum tíma og mikill þrífnaður á öllum sviðum.

Húsakynni voru stofa, þar sem ég svaf og herbergi inn af þar sem Þórdís eldri var, svo var 2 lítil herbergi í hinum helmingi hússins. Svo var eldhús. Ekkert rafmagn var en í eldhúsi var móeldavél og í stofunni var lítill móofn, ekkert salerni en kamar úti – því var koppur undir rúmi. Frekar kalt var í þessu húsi sem var úr timbri og járnklætt. Bekkurinn sem ég svaf á var undir glugga. Ég hafði vatnsglas í gluggakistunni og eitt sinn er ég ætlaði að fá mér sopa var ís yfir vatninu! Gamla konan gat lítið tjáð sig, en þó skildum við ef henni leið illa og var henni þá hagrætt. Matur var góður- heit máltíð í hádegi, oftast saltfiskur, kartöflur, rófur og skyr eða eitthvað annað á eftir, stundum kjötsúpa. Á kvöldin var mjólkurgrautur og súrt slátur, brauð og smjör og stundum leifar úr súrum hrútshaus eða súr sviðasulta úr kýrhausum. Þetta var og er herramannsmatur – það bara fæst ekki lengur.

Þarna var ég í 3-4 vikur, það dró af þeirri gömlu smátt og

smátt og að lokum fékk hún lungnabólgu og dó 22. desember 1950.

Við Þórdís gengum frá líkinu og kom þá í ljós að til voru mjög falleg líkklæði, við fórum með bæn og faðirvorið – komið var kvöld.

Eina nótt svaf ég eftir þetta – og var í nálægð líksins – og svaf ég vel.

Daginn eftir gekk ég niður að Gröf og nú var veðrið betra og sótti bróðir minn mig á sínum Willisjeppa.

Þar með lauk fyrsta verkefni mínu í ljósmóðurstöðunni en litlu seinna þurfti ég að fara á annan bæ, þar var kona lungnabólgu og þurfti að fá penisilinsprautur en þá var lyfið svo stuttverkandi að gefa varð það á fjögurra tíma fresti.

Læt ég þetta gott heita, en ég á margar sögur í huga mínum sem gaman væri að festa á blað.

*Elín G. Sigurðardóttir, Stykkishólmi,
útskrifuð frá LMSÍ 1950*

Hugleiðingar frá Ásu Marinósdóttur



Ég óska okkur öllum ljósmæðrum til hamingju með afmælið og að hafa átt sem forvera hinar dugmiklu ljósmæður þess tíma, sem aðeins þrem árum eftir að Ljósmæðrafélag Íslands var stofnað, réðust í blaða-útgáfu fyrir félagið. Það þótti nauðsynlegt að búa til málagn, sem næði til allra ljósmæðra, ekki síst í hinum dreifðu byggðum landsins, því ekki

áttu ljósmæður auðvelt með að sækja fundi á þeim tíma vegna erfiðra samgangna. Ljósmæðrablaðinu var mjög vel tekið og hefur alla tíð síðan verið mjög gagnlegt ljósmæðrum og hefur í tímanna rás tekið örum framförum og er virkilega skemmtilegt og fræðandi blað. Nú á síðustu árum hefur blaðið orðið meira lifandi eftir að byrjað var að prenta í lit og er það aukinni tækni að þakka að þetta er hægt og tekist hefur að ráða við það fjárhagslega séð, en alla tíð, allt frá byrjun hefur þurft að glíma við kostnaðinn sem fylgir því að gefa út blað.

Já, blaðið hefur mikið breyst og tekið miklum framförum frá byrjun og fram að þessum degi og það má líka segja um ljósmæðrafræðsluna að öll sú tækni og þekking, sem farið hefur vaxandi á undanförunum árum, til að auðvelda ljósmæðrum að fylgjast með barnshafandi konum, taka á móti börnunum og fylgja konum og börnum eftir í sængurlegu og áfram, hefur verið stórkostleg.

Ég hefi verið beðin um að skrifa eitthvað í þetta afmælisblað, sem ein af eldri ljósmæðrunum og vona að ég sé ekki ein um það. Hver og einn lifir með sinni samtid og reynir að gera sitt besta. Það sem ég skrifa hér er ekki bara eingöngu að skrifa eitthvað um mín ljósmóðurstörf, heldur að sýna fram á hvernig tíðarandinn breytist.

Ég ætla samt ekki að fara lengra aftur í tímann en sem

svarar mínum starfsaldri. Ég útskrifaðist eftir eins árs nám haustið 1953 og hef unnið sem ljósmóðir nánast samfelld síðan, eða þar til ég hætti samkvæmt lögum við sjötugs aldurinn fyrir fimm árum síðan. Þegar ég byrjaði námið haustið 1952, fékk ég að vita með litlum fyrirvara að ég kæmist að. Þær sem lærðu fyrir umdæmi voru látnar sitja fyrir skólavistinni og byrjuðu strax að námi loknu að vinna heima í sínu héraði og hafði þetta tíðkast í mörg ár. Það var hins vegar mælt til að þær sem ekki fóru í umdæmin héldu áfram að vinna í a.m.k. eitt ár áður en þær sæktu um vinnu í dreifbýlinu. Ekki komust þó allar að á Fæðingadeild Landspítalans. Ég hafði ekki heldur áhuga á að vera lengur í Reykjavík en sótti um vinnu á Akureyri, því þá var verið að byggja nýtt sjúkrahús þar og ég frétti að þar ætti að vera fæðingadeild. Þetta var líka nálægt mínum heimaslóðum. Ég sótti um en fékk neitun.

Neitunin var á þeim forsendum að búið væri að ráða ljósmóður sem var Dómhildur Arnaldsdóttir, en hún lærði hjúkrunar- og ljósmóðurfræði í Englandi. Þessi umsókn mín barst Dómhildi til eyrna og heimtaði hún að sjúkrahússtjórnin réði aðra ljósmóður með henni. Þannig komst ég í vinnu á FSA og hef unnið þar talsvert síðan, með mismunandi miklum hléum.

Fæðingardeildin á FSA tók til starfa í janúar 1954 á þeim stað sem hún er enn þann dag í dag, þótt talsverðar breytingar hafi verið gerðar þar í áranna rás. Nokkrar fæðingar áttu sér þó stað í desember 1953, en þá á Lyfjagadeildinni. Dómhildur var þá eina ljósan fram að miðjum janúar, því ég þurfti að taka að mér umdæmið Dalvík og Hrísey í mánuð fyrir Ingibjörgu Björnsdóttur. Ég tók því á móti mínu fyrsta barni á Dalvík, öðru í Hrísey og þriðja í Svarfaðardal á þessum mánuði. Síðan frá miðjum janúar og fram í maí 1954 unnum við Dómhildur saman á deildinni en þá veiktist hún og hætti. Þessa fyrstu mánuði deildarinnar voru kannski ekki svo

margar fæðingar, því þetta var nýtt fyrir konum á Akureyri að fæða á fæðingadeild, enda ljósmæður í bænum og margir héldu að þessi nýja deild væri bara fyrir konur sem þyrftu á meiri hjálp að halda svo sem keisaraskurði eða tangarfæðingu. En sængurlegan var 9 dagar fyrir eðlilega fæðingu, börnin á barnastofu, konurnar fengu ekki að stíga fram úr fyrr en á fjórða degi eftir fæðingu, svo vinnuálagið á okkur var nokkuð mikið. Þá voru engir sjúkraliðar, bara ein gangastúlka á daginn (tvískipt vakt) og önnur á nóttunni. Hún sá um deildina en vakti ljósmóðurina ef um fæðingu var að ræða. Það var sem sagt herbergi á deildinni sem var heimili Dómhildar meðan hún var með deildina og ég tók svo við herberginu og deildinni eftir að hún hætti. Það var ekki um neitt annað að ræða og ég hafði ekki einuð í mér til að heimta að ráðin yrði önnur ljósmóðir, en fékk ýmsar ljósmæður til að leysa mig af, annað gekk ekki upp. Þetta gekk auðvitað ekki til langframa, var mjög bindandi. Ingibjörg Björnsdóttir kom svo til starfa og tók við deildinni. Við unnum talsvert saman og fleiri ljósmæður komu til starfa. Það má alveg segjast að á þessum fyrstu árum fæðingadeildarinnar á FSA var allur búið aður deildarinnar í algjöru lágmarki, kannski ekki meiri en í heimahúsi nema hvað skurðstofa var í húsinu. Öll áhöld og sprautur þurftu að sjóða. Pottur var fyrir sprautur og nálar en emileruð samloka fyrir áhöldin. Allar bleiur þvegnar á staðnum, hengdar til þerris uppi á lofti og straujaðar á vaktinni.

Ég rek ég ekki þessa sögu lengra, en ég fór til Svíþjóðar haustið 1955, endaði með að fá vinnu á fæðingagangi á sjúkrahúsi í bæ sem heitir Linköping og vann þar sem ljósmóðir. Það var frk. Ellen Erup, sænsk ljósmóðir og mikil áhrifakona í sænsku ljósmæðrastéttinni sem veitti mér og Steinunni Guðmundsdóttur leyfi til að starfa sem ljósmæður í Svíþjóð. Steinunn fékk vinnu í Vänersborg. Til gamans má geta þess að á 100 ára afmæli sænska ljósmæðrafélagsins árið 1986 þá hélt Ellen Erup ræðu. Sjálf var hún þá orðin nær 100 ára gömul. Það var gaman að vinna í Svíþjóð. Fastar vaktir og mjög skipulagðar, 6 vikur í einu og svo sama kerfið næstu 6 vikur. Sú ljósmóðir sem var með konu í fæðingu t.d. á kvöldvakt og konan fæddi ekki um nóttina, fékk að taka við henni morguninn eftir. En auðvitað áttum við okkar frídaga og í eitt skipti var ég verulega leið yfir frídegnum. Þannig var að ég tók á móti fyrri tvíburum að kvöldi en sá seinni fæddist ekki fyrr en á morgunvaktinni daginn eftir. Og þá átti ég frí. Heldur betur svekkt, reyndar það mikið að ég get ekki gleymt þessu. En hvað haldið þið ljósmæður í dag; svona tvíburafæðing viðgengst ekki núna. En hvað um það, þetta gekk vel, börnum og móður heilsaðist ágætlega.



Námið tók ekki allann tímann og gaf Þórunn Brynjólfsdóttir sér tíma til að túbera Ásu Helgadóttur.

Haustið 1956 lauk ég dvölinni í Svíþjóð, hélt heim á leið og fór að vinna, eitthvað á Dalvík og svo á FSA til haustsins 1958 en þá gifti ég mig. Maðurinn minn heitir Sveinn Jónsson og bjuggum við í Reykjavík um veturinn. Þá vann ég við mæðraeftirlit á Heilsuverndarstöðinni við Barónsstíg og vann ég þar t.d. með Ásu Ásmundsdóttur, þeirri kjarnakonu. Þessi nafna mín var m.a. í fyrstu ritnefnd Ljósmæðrablaðsins og ein af stofnendum LMFÍ. Gaman að vinna með henni þó hún skemmaði mig einu sinni fyrir að reikna vitlaust út fæðingu. Þá var venjan að reikna 3 mánuði aftur á bak frá blæðingum og bæta svo sjö dögum við. Sennilega hef ég gleymt einum mánuðinum. Þá var ekki hjólið góða komið.

Eftir að við fluttum í sveitina (Kálfsskinn) vorið 1959 varð smá hlé á ljósmóðurstörfunum, en í janúar 1961 tók ég við ljósmóð-

urumdæminu á Árskógsströnd af móður minni Ingibjörgu Einarisdóttur. Seinna var ég svo einnig með Dalvík og Svarfaðardal um tíma. Með tilkomu heilsugæslustöðvanna lagðist embættið umdæmisljósmóðir af. Ég byrjaði að vinna við mæðraeftirlit á Heilsugæslustöðinni á Dalvík 1980 en hafði að sjálfsögðu einnig með þau störf að gera, sem áður heyrðu undir umdæmisljósmóðurstarfið svo sem fæðingar og ýmislegt fleira.

Mörg af þessum störfum þóttu sjálfsögð og þýddi ekkert að malda í móinn. Eitt af þeim var til dæmis kúabólusetning (þrjár rispur á handlegg með „eitruðu“ efni). Þetta gerði móðir mín á undan mér og því skyldi ég ekki gera það líka? Ekki veit ég af hverju þetta var kölluð kúabólusetning en vitanlega var þetta gegn bólusótt, sem þá var engin lækning til við, en hægt er að ráða við núna. Ég verð nú samt að segja að ég varð ósköp fegin þegar þessar bólusetningar lögðust af. Aðrar ónæmisaðgerðir voru einnig eitt af sjálfsögðu störfunum, bæði barnasprauturnar og hópbólusetningar fullorðinna bæði gegn influensu og mislingum. Nú er þetta allt komið í gott kerfi hjá heilsugæslustöðvunum og fast ung-
barnaeftirlit einnig.

Þegar ég lít til baka minnst ég margra ferða til sængurkvenna og þá snjóinn og færðina sem mestan trafala. Ég hef verið flutt milli staða á alls konar farartækjum, þegar ófært var fyrir bíla og snjóleðinn hefði gjarnan mátt vera kominn inn í myndina fyrr. Einnig sjálfvirki síminn, það hefði hjálpað mikið. Eitt sinn þegar ég var með umdæmið á Dalvík var von á fæðingu í Svarfaðardal. Þetta var í mars 1957, var þá með umdæmið á tímabili um veturinn. Ég hélt til á Dalvík og þá var ennþá svokallaður sveitasími, nokkrir bæir á hverri línu en símsstöðin á Dalvík aðeins opin að deginum. Það var samt gert okkur til hagræðis að tengja símann til mín við þann bæ sem ég þurfti að fara til og var því hægt að ná beinu sambandi við mig þegar stöðin lokaði. Þetta

gekk svona í viku, en eina nóttina var bankað. Þar var kominn maður á dráttarvél til að sækja mig til þessarar konu. Ég spurði af hverju var ekki hringt í mig fyrst. Svarið var: Það gleymdist að tengja saman símana í gærkvöldi!!

Ég tók nokkrum sinnum konur heim til mín seinna, þar sem þær fæddu og lágu sína sængurlegu. Þetta kom til meðal annars til af því að sjálfvirkur sími var þá kominn á Dalvík, en ekki í sveitina til mín, nema á tveim stöðum, kaupfélaginu og hjá mér. Mér fannst mikið öryggi í að geta haft beint samband við lækni eða fæðingadeildina ef á þyrfti að halda.

Það hefur verið mér ómetanlegt í mínu starfi í þessum umdæmum að vinna samhliða á fæðingadeildinni á Akureyri þegar færi gafst. Leysti þar af á sumrin í mörg ár. Það gaf mér tækifæri á að fylgjast með ýmsum nýjungum í starfi og þar gat ég einnig leitað ráða ef ég var í einhverjum vafa um hvað gera ætti, því ég þekkti starfsfólkið þar og var mér alltaf vel tekið.

Ég gat þess fyrr í þessari grein að námstími minn í Ljósmeðraskólanum var eitt ár. Ég væri ekki ljósmóðir ef ég hefði fyrst þurft að fara í menntaskóla og síðan í hjúkrun. Þess vegna óx mér í augum á sínum tíma fyrir hönd þeirra sem vildu nema þessi fræði, þegar rætt var um sex ára nám

eftir stúdentspróf til að geta orðið ljósmóðir. Það yrðu aðeins örfáar sem kæmust alla leið. En reyndin er önnur og í dag eigum við ungar og vel menntaðar ljósmæður sem til eru í að takast á við hvað sem er því þær vita hvað þær eru að gera. Þær eru einnig betur settar til að annast heimaþæðingar, sem nú hafa aukist á undanförunum árum, sérstaklega í Reykjavík og á Akureyri. Ég hef kynnst nokkrum af þessum ljósmæðrum og þær eru frábærar. Menntun ljósmæðra var ekki nægileg og segir það sína sögu að margar ljósmæður lærðu hjúkrun eftir á, í sérstökum skóla sem settur var á stofn einu sinni að ég held. Ég hefði gjarnan viljað fara í þann skóla en hafði ekki tækifæri á því þá.

Þess vegna segi ég: Fyrst þessum erfiða áfanga var náð, sem sagt hjúkrunarnám fyrst og síðan ljósmæðranámið, þá snúið ekki til baka. Það er kannski ekki heldur meiningin, en einhversstaðar heyrði ég að komið hefði til tals að stytta ljósmæðranámið og að ljósmæður hefðu þá ekki réttindi sem hjúkrunarfræðingar. Það gengi kannski upp í Reykjavík, en ekki á landsbyggðinni. Þar er mikil þörf á að ljósmæður geti sinnt báðum þessum störfum.

Með kveðjum til allra ljósmæðra.

Ása Marinósdóttir

Útskrifuð frá LMSÍ 1953

Smábrot úr námi og starfi í LMSÍ 1954 – 1955

Mætti í skólann 1. okt. Var vísað í herbergi no. 3 í heimavist – gott herbergi fyrir tvo. Skömmu seinna kom herbergissystir mín ásamt móður sinni, sem var ljósmóðir. Mér leist vel á þær mæðgur og vinátta hefur haldist síðan. Næst var kallað í allan hópinn, 12 ungar stúlkur, hér og hvar af landinu, stillt upp í röð og skömmu seinna kom yfirljósmóðirin Sigurbjörg Jónsdóttir ásamt yfirlækni Pétri H. J. Jakobssyni. Þau heilsuðu upp á hópinn og buðu okkur velkomnar. Pétur þéraði okkur og þar með urðum við að læra þér-ingar, sem var nám út af fyrir sig. En 3 manneskjur

á deildinni þéruðu alltaf bæði nemendur, ljósmæður og fleiri. Ein ljósmóðir þéraði sængurkonurnar nema ef hún þekkti þær. Það var talin kurteisi, en sú kurteisi komst nú ekki inn í okkar höfuð, enda nóg annað til að troða í það.

Aðalkennarar skólans voru Pétur og Sigurbjörg. Hann var líka skólastjóri og kenndi 6 daga vikunnar frá kl. 8 til kl. 9, alltaf fullan klukkutíma. Hún var sú, sem sá um skipulagið



Allar saman nú ... úr leikfimitíma, sem Kristín Tómasdóttir stýrði.

að mestu, kenndi 2 tíma á viku bóklegt og hafði eftirlit með verklegri kennslu og heimavistinni, enda bjó hún í 2 herbergjum fremst á gangi heimavistarinnar. Hún var ekki afskiptasöm við okkur að öðru leyti en því, að við áttum að vera komnar inn kl. 24 og þá var heimavist læst. Við máttum fá heimsóknir hvenær sem var nema ekki frá kl. 24 til kl. 7.

Frítt fæði og húsnæði, sem kom sér vel. Vinnutími var langur og mikið að gera. Einn frídagur á viku, en þá var talið æskilegt að við færum ekki langt, því ef eitthvað mjög lærdómsríkt kom upp, var reynt að

kalla á okkur svo við gætum lært sem mest og flest. Mér líkaði mjög vel við þessa yfirmenn mína og kennara. Þau miðluðu af reynslu sinni og kunnáttu til okkar, sem vorum að stíga fyrstu sporin á vit þessa starfs, sem við höfðum valið okkur.

Fyrstu fæðingar var beðið með mikill eftirvæntingu. Ég var sú síðasta úr hópnum, sem fékk að taka á móti og var

orðin langeygð eftir því. Svo kom dagurinn seint í febrúar '55, kvöldvakt, búið að gefa mér miða á árhátíð á Hótel Borg. Vaktljósmóðirin Ásta sagði, að hún skyldi leyfa mér að fara kl. 23, þá kæmist ég inn. En allt varð vitlaust að gera og allstaðar konur að fæða og líka eitthvert basl, yfirljósmóðir kölluð til eins og alltaf ef mikið var að gerast (enda fannst mér hún aldrei eiga frí). Svo kom inn fjölbyrja og nú tilkynnti Sigurbjörg að ég skyldi taka á móti ef konan fæddi fyrir miðnætti. Ég varð bæði glöð og svekkt, að allt skyldi bera upp á sama dag. Maður var svo auralítill að árhátíðarmiði var eins og himnasending en svo kom móttakan. Jæja, bara að vona það besta. Eina plássíð var ambúlan inni á baði og þar vorum við svo, ég og konan. Ég sat þarna og spurði öðru hvoru um líðan og hvort hún héldi ekki, að barnið færi að koma. Fékk alltaf einhver svör. Ásta átti að vera með mér við fæðinguna en var mjög upptekin við annað. Allt í einu segir konan: „Barnið er að koma“. Ég kíki undir sængina og það sá í koll. Ég hringi bjöllunni og það stóð á endum, ég tók á móti barninu, rauðhærðri stúlku um leið og Ásta kom í dyrnar. Hún sagði þá: „Þú getur bara lokið þessu og svo máttu láta þig hverfa kl. 23, ég skal sjá um, að allt verði í lagi.“ Svo þetta varð allt saman frábært, fyrsta „barnið mitt“ og svo ball á eftir. En ég hef oft hugsað til þessarar blessaðrar konu, að hafa þennan viðvaning hjá sér, þó allt færi vel. En rúmum 20 árum síðar hitti ég þær mæðgur aftur og tók þá á móti hjá ljósubarninu mínu. Ég þekkti mömmuna þegar ég sá hana aftur, en hún ekki mig, en hún hafði gaman af og mundi ekki eftir öðru en allt hefði gengið vel. Ég varð mjög fegin.

Skemmtileg atvik urðu oft í tímum. Eitt sinn var ein skólasystir mín „tekin upp“ í tvíburafæðingu. Fyrri tvíburi fæddist mjög fljótlega en svo kom þögn. Pétur sagði ekkert og nemandinn ekki heldur. Tímanum lauk – það var laugardagur, svo kom mánudagstími. Sú sama var tekin upp og nú spurt: „Jæja, er seinni tvíburinn fæddur?“. Það voru a.m.k. 11 nemar sem brostu innra með sér en hlóu vel seinna. Okkur fannst þetta svo fyndið.

Eitt sinn var rætt um kúabólusetningu, en það var eitt af verkum ljósmæðra. Pétur spurði hvort við værum ekki bólusettar. Nei, sagði ég (hafði reyndar verið bólusett 5 eða 6 ára en bóluefnið var ónýtt). „Nú Kristín, eru þér ekki fermdar“. Jú, ég er það. En þannig var á þessum tíma, að prestur átti að ganga úr skugga um að börn væru bólusett áður en þau væru fermd, en það hafði gleymst með mig.

Svo var allt í einu komið að prófum og útskrift. Í minnlegu prófunum sátum við 6 inni í einu ásamt 2 kennurum og 2 prófdómendum. Minn hópur fór niður í bæ að morgni prófdags og inn í hljóðfæraverslun eina og báðum um að spilað yrði fyrir okkur af plötu „Hraustir menn“, sungið af Guðmundi Jónssoni, töldum það geta haft góð áhrif á okkur í prófinu. Tvær spurningar voru á hverjum miða og drógum við um verkefni. Allt fór að óskum og allar útskrifuðust við 27. september 1955. Kaffiveisla var fyrir okkur í skólafestunni og við fengu okkar prófskírteini, sem gaf okkur leyfi til að starfa sem ljósmæður á Íslandi.

*Kristín Ingibjörg Tómasdóttir
útskrifuð frá LMSÍ 1955*

Árið 1976

Ég var beðin að skrifa eitthvað út frá reynslu minni sem ljósmóðir.

Ætti ég að skrifa um konuna, sem vann á neyðarlínunni og fæddi á gólfinu á móttöku eitt eða um frumbyrjuna sem endaði í keisara? Pabbann, sem var alveg einstaklega stressaður, fékk óvart tvennar skurðstofubuxur og engan jakka, hann fór í þær báðar!?

Eða lýsa smitgátarfæðingunni á móttöku eitt (en ég var þá nýbyrjuð á FG og var ekki búin að vinna mig upp í fæðingargang).

Asísk kona með hepatitis C, frumbyrja í hörkusótt, ég á þönum að finna smitgátarbakkann og reyna að koma öllu tilheyrandi fyrir í þessu glæsiherbergi. Viti menn, allt í einu byrjar konan að rembast og sér í koll. Ég held ég hafi sett heimsmet í hraða þegar ég klæddi mig í hanskana (tvö pör) og grunsemdir vöknuduðu um að hún væri kannski ekki frumbyrja!

Eða konuna á stofu 3 sem var búin að „rembast“ í klukkustund án árangurs, því hún var ekkert að rembast. Ég, úrræðalaus eftir að hafa látið konuna snúa upp og niður, sitja, standa og það allt, kalla á sérfræðing, sem fannst eins og mér, að barnið ætti að geta komið átakalaust.

Þá gerist það að konan hnerrar og þá fer að sjá í koll og þegar hún hnerrar aftur all hressilega flýgur út barn, sem sérfræðingurinn, gapandi af undrun rétt náði að „grípa“ á fluginu og forðaði því þannig frá að lenda á veggnum gegnt

rúminu. Við vorum sammála um að hér væri komin ný aðferð sem mætti nýta sér á lokastigi fæðingar!

Eða konuna sem var gangsett með syntódreyppi og var alltaf að bíða eftir að eitthvað gerðist og þegar það gerðist fékk hún dásamlegt baknudd frá eiginmanninum, og fyrr enn varði fæddi hún myndarlegan dreng, þegar hún hélt að hún væri rétt að byrja!

En ég ætla bara að segja eina sögu. Hún er er ekki af neinum afrekum mínum sem ljósmóðir og er náttúrunni einni til hróss.

Ósköp látlaus og venjuleg, en um leið draumur allra ljósmæðra og knúningsaflið í starfinu á Fæðingargangi.

Ég mæti á morgunvakt. Allt er á fleygiferð, stofurnar fullar, ýmist af konum sem eru búnar að fæða og komast ekki í Hreiðrið, eða fæðandi konum. Auk þess er von á þremur konum í gangsetningu og á pinnanum eru nokkrar pantanir.

Mér er úthlutað kona sem er á leiðinni. Hún er að fæða sitt annað barn.

Þau koma hjónin; hún lítil, grönn og glaðleg, vel yfir þrítugt; hann rólegur og traustvekjandi. Hún var í góðri sótt, sagði mér að hún hefði verið með hríðar undanfarnar þrjár nætur og hélt alltaf að hún væri að koma til okkar. En í nótt gerðist það loksins, legvatnið fór, drullugrænt.

Hún hafði ætlað sér að fæða í Hreiðrinu og hafa allt náttúrulegt.

En grænt legvatn leiddi hana til mín. Við förum á fæðing-arstofu og ég staðfesti legvatnið.

Skoðun frá deginum áður lýsti leghálsi sem var opinn 3 cm. Rit eðlilegt og barnið hreyfði sig mikið, var í þessu stuði sem hún þekkti svo vel.

Konan bað um glaðloft, sem ég jók eftir því sem á leið, að hennar ósk. Hún hafði stundað meðgöngujóga og hafði fulla stjórn á sér í hríðunum.

Ég þræði að vera inni hjá konunni, en var með hálfgerð samviskubit vegna anna á ganginum, svo öðru hvoru fór ég fram til að taka út stöðuna. Þetta virtist ætla að bjargast. Aftur settist ég við rúmið hennar lagði höndina á magann og fann hvernig litla fallega kúlan hennar harðnaði og bifaðist upp og niður á meðan hríðin gekk yfir, og sá um leið hvernig litli gormurinn fyrir innan spriklaði móður sinni til mæðu mitt í sárukanum. Hann vissi hvað var í vændum!

Það var yndilegt að sjá hvernig hún tók á móti hverri hríð einbeitt og yfirveguð. Hún fór fram úr, stóð um stund við rúmið og mjakaði sér til og frá í mjöðmunum og hreyfði sig mjúklega, fór á klósett og enn var bindið þungt af þessu dökkgræna legvatni, sem var það eina sem ekki flokkaðist undir fegurð í þessari fæðingu.

Nú fannst mér tímabært að gera innri skoðun, og fann koll sem þrýsti vel á legháls sem var opinn 3-4 cm, og mér tókst að teygja hann uppí 4-5 cm.

Eftir þessa aðgerð elnaði henni sóttin og hún óskaði eindregið eftir Pethidini, það hafði hún fengið í síðustu fæðingu og hjálpað henni mikið. Ég sá að hér dugði ekki að freista með öðrum verkjastillingum eins og t.d.nálum, bókstrum eða baknuddi. Pethidin fékk hún og meðan það var í verkun

lá hún á bakinu og notaði notaði glaðloft í um tvær klst. í fullkominni slökun.

Ég skrapp fram og aðstoðaði við fæðingu á næstu stofu og svaraði í síma.

Fór síðan aftur til inn í sæluna til að fylgjast með leikslukum og taka á móti þessum sprellfjöruga einstaklingi.

Hvað er skemmtilegra en verða vitni að framvindunni í fullkomlega eðlilegri fæðingu, fá að vera þátttakandi í þessu undri lífsins!

Þegar hér er komið sögu er svitinn farinn að spretta fram á konunni, hún fer á fjóra fætur í rúminu og ég sé í barnshöfuð.

Flýti mér í hanska, bið um barnalækni og eins ljúflega og hugsast getur smýgur kollurinn sér út um fæðingarvegin og ég beini blautum, heitum barnslíkamanum beint í fang móðurinnar, eftir að barnalæknir hefur sogað úr vitum þess.

Ekki þarf ég að ítreka það konan var alsæl með fæðinguna og heit voru gleðitárin sem féllu á hvarma föður og móður, af þakklæti fyrir þessa stóru gjöf.

Já, það er þetta með náttúruna. Hún hefur sterk ítök í okkur ljósmæðrum, með sínum undratakti, sem er þó svo fyrirsjáanlegur og bregst sjaldan, sé hún látin óáreitt. Það sjáum við þegar við fylgjumst með framvindu hennar á meðgöngu, í fæðingu og í sængurlegu.

Kennileitin eru slík, já, það er eins og með jólin, þau koma með alla sína daga ár eftir ár eftir ár.... ólík en alltaf á sama tíma!

*Þórdís Klara Ágústsdóttir,
útskrifuð 1976*

Við erum allar ljósmæðrasystur!

Það var árið 1991 að við ásamt fleiri góðum konum hófum nám í Ljósmæðraskóla Íslands. Við vorum komnar á fertugsaldur og meira en áratugur frá útskrift okkar úr hjúkrunarnámi við HSÍ. Það var því kominn tími til að láta gamlan draum rætast.

Á þeim tveimur árum sem við vorum í náminu fundum við að hugmyndafræði fagsins var í mótun og þróun og við kynntumst nýjum straumum og stefnum. Það má jafnvel segja að viðhorfið „fæðing er ekki eðlileg fyrr en henni lýkur eðlilega“ hafi ráðið á fyrra árinu og „fæðing er eðlileg þar til annað kemur í ljós“ á því seinna. Sem dæmi um hugtök og atriði sem urðu æ meira áberandi má nefna sjálfsákvörðunarréttur kvenna og foreldra, samfelld þjónusta og sólarhringssamvera móður og barns.

Af kennurum er Ólöf Ásta Ólafsdóttir okkur minnisstæðust og með henni kom ferskur andblær og hugsun. Við vorum svo heppnar að fá hana sem ferðafélaga og leiðsögumann í útskriftarferð árgangsins okkar til Hollands. Þar hafði hún verið búsett og þekkti vel til. Það reyndist gott veganesti að kynnast því ólíka skipulagi sem þar er og sem dæmi má nefna að á þeim tíma voru heima-fæðingar meira en helming-

ur fæðinga. Það var viss ögrun og vakning að sjá að það kerfi sem við þekktum var ekki endilega það eina rétta.

Caroline Flint og Sheila Kitzinger höfðu líka áhrif á okkur sem vorum að útskrifast á þessum tíma. Sterkar og sjálfstæðar ljósmæður sem styrktu sjálfsmynd okkar fræðilega og í starfi.

Árið 1993 var farið að vinna hugmyndavinnu til undirbúnings MFS, nýrri starfseiningu við kvennadeildina. Tók Helga þátt í því frá upphafi og var ein af sex ljósmæðrum einingarinnar í mörg ár. Ólöf kom svo til afleysinga í MFS og var svo með í að stofna annan slíkan hóp nokkrum árum síðar. Í MFS var lögð áhersla á að barneignarferlið eða meðganga, fæðing og sængurlega væri ein heild og samfella væri sem mest í þjónustunni. Þetta hljómar eins og sjálfsagður hlutur í dag en var það ekki þá.

Það varð því stundum núningur og jafnvel árekstrar við þá sem fannst óþarfi að taka upp nýja siði og vinnulag. Þar var jafnt við ljósmæður sem aðra að eiga. En það er ekkert nýtt, þannig hefur það alltaf verið og verður áfram.

Hægt er að benda á mótstöðu gegn útskrift móður og barns á fyrsta sólarhring eftir fæðingu, notkun vatns í fæð-

ingu og jafnvel svo sjálfsagt atriði eins og að fæðandi kona sé á hreyfingu og kjósi sína stellingu sjálf ef aðstæður leyfa.

Það sem fylgdi því að líta á barneignarferlið í heild sinni var aukinn metnaður varðandi mæðravernd og þjónustu í sængurlegu. Okkar tilfinning var að ljósmæður hefðu ekki staðið nægilega vörð um hlutverk sitt þar. Það hefur því verið ánægjulegt að fylgjast með og taka þátt í þeim breytingum. Sem dæmi um það má nefna fjölgun ljósmæðra á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins þar sem þær

sinna mæðraverndinni. Einnig er heimaþjónusta ljósmæðra orðinn sjálfsagður og ómissandi þáttur.

Þegar við hittumst til að taka saman þetta greinarkorn vorum við sammála um að það hafi verið margt að gerast og breytast, flest til hins betra, þegar við vorum að útskrifast sem ljósmæður vorið 1993.

*Helga Bjarnadóttir
Ólöf Leifsdóttir
Solveig Jóhannsdóttir
útskrifaðar frá LMSÍ 1993*

Peysufataljósmæður

Mánudaginn 15. janúar 1996 var söguleg stund í sögu ljósmæðrastéttarinnar því þá hófst í fyrsta sinn á Íslandi ljósmæðranám, sem var alfarið undir stjórn ljósmæðra. Það þarf ekki mörg orð til að lýsa eftirvæntingunni í hópnum en við komum úr ólíkum áttum, með mismunandi reynslu í farteskinu. Fljótlega komumst við að því að eðli þessa nýja ljósmóðurnáms var ólíkt því sem við áttum að venjast úr öðru námi. Í stað þess að bíða með pennann tilbúinn og skrifa niður glósur, var gert ráð fyrir að við værum þátttakendur í kennslunni. Námið var nefnilega byggt upp þannig að umræður og verkefnavinna nemenda voru stór hluti af náminu. Ég skal alveg viðurkenna að um mig fór og upp kom sú spurning út í hvað ég væri eiginlega komin og veit ég fyrir víst að svipað var ástatt hjá fleirum í hópnum. En það breyttist fljótt og í ljós kom að í hópnum var mikil tjáningarpörf í umræðutímunum og sköpunargleði í verkefnavinnu.

Þótt námið væri nýtt komu strax í upphafi sterkir straumar úr fortíðinni þar sem við reyndum að skygnast inn í heim formæðra okkar í ljósmóðurstarfinu. Við áttum engin orð yfir þann kraft og það hugrekki sem þær þurftu oft á að halda í sínum störfum. Mér eru minnisstæðar frásagnir af ferðum ljósmæðra í stórhriðum yfir heiðar og straumþung fljót til að komast til sængurkvenna. Þessar frásagnir höfðu mikil áhrif á okkur og ég er viss um að til okkar streymdi eitthvað af þessum krafti og því hugrekki, sem þessar ljósmæður bjuggu yfir.

Það má kannski líkja náminu okkar við fyrstu ferð yfir fljót. Við vissum ekki fyrirfram hversu straumþungt það var eða hvernig bakkinn væri hinumegin. Við lögðum brattar af stað yfir fljótið og lentum í öllu því sem einkennir stórfljót. Það komu tímar þar sem þurfti að berjast á móti straumnum jafnvel að komast út úr hringiðum en inn á milli voru



lygnir straumar. Upp á bakkann hafðist það og það voru átta stoltar ljósmæður sem gengu á peysufötum upp á svið Háskólabíós og tóku við skírteinum um embættispróf í ljósmóðurfræði. Ferðalaginu yfir þetta fljót var lokið.

Ferðinni var þó áfram haldið en nú í ljósmóðurstarfinu. Sú þekking sem var aflað í þessu nýja ljósmóðurnámi reyndist gott vegarnesti í þeirri ferð. Ber þar hátt áherslan á barneign sem eðlilegan hluta af lífinu og það hlutverk okkar ljósmæðra sem er að hlúa að náttúrunni en ekki að stjórna henni. Einnig ber

hátt mikilvægi þess að vinna með verðandi foreldrum og að ákvarðanir séu teknar í samráði við þá.

Starfsvettvangur ljósmæðra hefur að sjálfsögðu breyst mikið frá þeim tíma þegar þær fóru gangandi eða ríðandi yfir alvöru heiðar og fljót, þegar starfið fór mest fram í heimahúsum við misgóðar aðstæður. Eins og öllum er kunnugt færðist nánast öll barneignarþjónusta síðan inn á sjúkrahús. Í dag hefur hins vegar orðið sú þróun að hluti þjónustunnar fer fram í heimahúsum þ.e. heimaþjónusta í sængurlegu og heimaþjálfingur sem sjálfstætt starfandi ljósmæður sinna. Hvoru tveggja hefur vaxið síðastliðin ár. Starfsvettvangur ljósmæðra er því að færast hægt og rólega heim til fjölskyldna líkt og var á árum áður, en nú við allt aðrar aðstæður (torfkofarnir og kuldinn úr sögunni). Við eigum að standa vörð um þessa þjónustu og efla sjálfstæða starfsemi ljósmæðra. Þannig gæti orðið um fleiri valkosti að ræða í barneignarþjónustunni. Þar er yfir mörg fljót að fara og sum þeirra mjög straumþung. En formæður okkar komust yfir þau og við eigum í krafti samstöðu og þekkingar að komast yfir þau líka.

*Valgerður Lísu Sigurðardóttir
útskrifuð ljósmóðir frá Háskóla Íslands 1998.*

Syngjandi sól

Í þættinum Rúv.is 29. október s.l. tók Sigurlaug Margrét Jónasdóttir viðtal við Huldu Jensdóttur ljósmóður um ævistarf hennar; beina og óbeina þátttöku í 30.000 fæðingum. Hugmyndir Huldu um sjálfstyrkingu og undirbúning kvenna í barnseignarferlinu voru róttækar á 6. áratug síðustu aldar. Þær eru það enn og jafn mikilvægar.

Ég átti leið í Þumalínu eftir heima-fæðingu vinkonu minnar fyrir tæpum tveimur árum, var að leita að gjöf handa barninu

sem fæddist. Mig minnir að ég hafi keypt brosandí sól sem söng vögguvísu. Ég var uppnuminn eftir þessa fæðingu og stóðst ekki mátið og sagði Huldu frá henni, en ég tek það fram að ég þekki hana ekkert. Vissi bara að hún hefði tekið þátt í mörgum heima-fæðingum og þegar hún var viðstödd heima-fæðingu systurbarns síns í Noregi valdi hún ævistarfið.

Þessi heima-fæðing sem ég var að koma úr, átti sér líklega langan aðdraganda í huga móðurinnar. Fyrri fæðing-arreynsla hafði verið erfið, og frá faglegu sjónarmiði mjög áhugaverð. Þessi vinkona mín kom inn á fæðingargang með 8-9 í útvíkkun snemma morguns og fæddi án verkjalyfja 12 marka stelpu í tangarfæðingu, eftir að sogklukka hafði verið reynd, á vaktaskiptum seinni partinn.

Eftir að ég hóf nám í ljósmóðurfræði var ég sannfærð um að þessi góða vinkona mín hefði fengið hið alþekkta „lok-unarsyndrome“ þegar hún kom á spítalann. Henni fannst hún ekki vera að standa sig í stykkinu, þessi blessaða útvíkkun stóð alltaf í stað þegar betur var að gáð. Innra með sér kærði hún sig þó kollótta um að fá „smá hormón“ til að bæta sóttina, hún trúði á líkamann sinn. En hún hafði samviskubít, hvað ef einhvern vantaði stofuna, það væri ekki gott ef hún ætlaði bara að setjast upp á spítalann....hormón fékk hún.

Heima-fæðing skyldi það vera í næsta skipti. Og ég var viss um að allt færi vel. Áslaug ætlaði að vera með okkur, eða ég með þeim. Meðganginn gekk vel, en litla barnið var ekkert að flýta sér í heiminn. Vinkona mín ákvað að fara í nudd, til að reyna að koma fæðingunni af stað. Nuddkonan bauð henni að „heilsa upp á barnið“ í einhvers konar hugleiðslu, sem hún þáði og barnið sagði að sér liði vel. Móðurin, sem er mjög jarðbundinn, fór hjá sér, en lét sem ekkert væri. En



Úr kennslustofu í Eirbergi, á vorönn 2001.

kvöldið eftir missti hún vatnið, barnið hafði svarað kalli.

Ég var mætt skömmu síðar heim til þeirra. Sundlaugin hafði verið tilbúin í nokkrar vikur, uppblásinn í stofunni og stóra systir búið að skreyta. Einhvers staðar var líka búið að tala um að gott gæti verið að hafa heimagærða súpu til að gæða sér á, eftir að heima-fæðing væri afstaðin. Þabbinn var því upptekinn þegar ég kom, hann var að skera niður þúrrulauk í eldhúsinu og

potturinn kominn á helluna. Vinkona mín var hins vegar komin í hörkusótt og fæðingunni miðaði greinilega vel og mikið stóð hún sig vel. Það fór fátt annað í súpuna en þúrrulaukur þetta kvöld, því nú hófst næsta verk sem var að fylla sundlaugina. Pípulagningar voru okkur hins vegar ekki hliðhollar, en það skipti litlu máli. Nú átti að halda við bak og nudda, vera til staðar. Áslaug kom fljótlega og amma sem ætlaði að vera með stóru systur, ef hún yrði örugg. Þegar hér var komið sögu svaf hún værum blundi. En þegar mamma fór að rembast vaknaði sú stutta og skreið upp í rúm til foreldra sinna og var hjá þeim þegar stór stúlka kom í heiminn, á ljúfan og áreynslulausan hátt. Mikið var ég stolt að eiga þessa vinkonu, sem stóð sig svo vel og var kraftmikil og einbeitt og ég var líka snortin að hafa fengið að vera með þeim á þessari fallegu stundu.

Og þessa sögu sagði ég Huldu, þegar ég var að kaupa syngjandi sólina. Sagði henni hvað það væri stórkostlegt að þessi vinkona mín sem hefði misst trúna á sjálfri sér, (sem eru mín orð lesin úr hennar sögu) hefði tekið valdið í sínar hendur og valið sér fæðingarstað þar sem hormónaflæði líkamans réð ríkjum.

Ég var beðin að skrifa áratugasögu og það fellur í minn hlut að skrifa fyrir hönd 21. aldarinnar. Það er mikil ábyrgð. En ætli það sé ekki dæmigert fyrir allar lærdómssögur barnshafandi kvenna sem hafa áhrif á okkur ljósmæður að þær fjalla um fæðingar þar sem konan og líkami hennar vinna saman og það skapast andrúmsloft sem er ólýsanlegt. Rétt eins og hjá systur Huldu í Noregi á fyrri hluta síðustu aldar eða í Þingholtum á 21.öld.

Steinunn H. Blöndal,
útskrifuð ljósmóðir frá Háskóla Íslands, árið 2005.

Neysla ólöglegra vímuefna á meðgöngu

Nemar í ljósmóðurfræði eiga nú orðið fastan sess í Ljósmaðrablaðinu þar sem birtar eru greinar sem unnar eru upp úr verkefnum þeirra í náminu. Á hverju hausti byrjar nýr hópur í námi og er fyrsta námskeiðið þeirra Inngangur að ljósmóðurfræði. Í því námskeiði er lagður grunnur að ljósmóðurfræðum með hjálfun í faglegum og gagnrýnum vinnubrögðum. Áður hefur birst í blaðinu fæðingarsaga unnin í því námskeiði, þar sem dreginn var lærdómur af reynslusögu konu en í þetta sinn er greinin byggð á fræðilegri ritgerð sem nemendur vinna einnig í námskeiðinu. Markmiðið með ritgerðarsmíð í upphafi náms er fyrst og fremst að hjálfa nemendum í fræðilegum vinnubrögðum og gagnrýni í lestri heimilda. Nemarnir velja sjálfir um hvað þeir skrifa í ritgerðinni, það getur verið viðfangsefni sem þeir hafa sérstakan áhuga á eða einhverjar spurningar sem kviknað hafa í upphafi náms í ljósmóðurfræði.

Umfjöllunarefni þessarar ritgerðar er vímuefnaneysla kvenna á meðgöngu. Vímuefnaneysla er vaxandi vandamál í vestrænu samfélagi og það er staðreynd að hluti vímuefnaneytenda eru konur á barneignaraldri. Umönnun þessara kvenna í barneignarferlinu er krefjandi og mikilvægt að vel sé að verki staðið því oft eru flókin vandamál í bakgrunni þeirra. Í þessari ritgerð er skyggst inn í heim sem e.t.v. er mörgum lítt kunnur en greinin verður ljósmæðrum vonandi til stuðnings við umönnun barnshafandi kvenna sem eiga við vímuefnavanda að stríða. Allt miðar þetta að því að auka velferð móður og barns.

Valgerður Lísu Sigurðardóttir, stundakennari í ljósmóðurfræði við HÍ.

Inngangur

Þessi fræðilega samantekt er unnin í tengslum við námskeiðið Inngangur að ljósmóðurfræði og er umfjöllunarefnið neysla barnshafandi kvenna á ólöglegum vímuefnum. Ástæða fyrir efnisvali



Sigrún Rósa Vilhjálmssdóttir,
ljósmóðurnemi
á 1. ári við Háskóla Íslands

er áhugi á að afla frekari vitneskju um vímuefnaneyslu á meðgöngu, hver raunveruleg skaðsemi vímuefna er og einnig að komast að því hvað ljósmæður sem annast konur í vímuefnavanda þurfi að hafa í huga og hvernig þær geti tekið á vandanum á sem árangursríkastan hátt. Leitað var svara við tveimur spurningum; sú fyrri er hverjar eru afleiðingar vímuefnaneyslu á meðgöngu og sú síðari er hvert hlutverk ljósmæðra er í barneignarferli þegar ólöglegra vímuefna er neytt. Fjallað er um vímuefnavandann og afleiðingar hans, ekki aðeins fyrir barnið heldur móðurina líka. Síðan er fjallað um þá þætti er snúa að umönnun ljósmæðra og hvernig þær geti stuðlað að bættri heilsu og líðan móður og barns.

Heimildir voru að mestu sóttar í gagnasafnið Scopus og kennslubækur í ljósmóðurfræði.

Nokkrar staðreyndir um vímuefnavandann

Neysla ólöglegra vímuefna er vandamál sem hefur farið sívaxandi og er nú orðið nokkuð umfangsmikið jafnt á Íslandi sem annars staðar. Aukningin er mest meðal yngra fólks og er það stærsti hópur neytenda. Ekki er vitað hversu algeng vímuefnaneysla þungaðra kvenna er hér á landi en til að fá

einhverja mynd af vímuefnavandanum í heild var aflað upplýsinga úr ársriti SÁÁ 2005-2006. Þar kemur m.a. fram að frá árinu 1996 hefur fjöldi þeirra sem eru með fíkn í ólögleg vímuefni vaxið jafnt og þétt og voru þeir rétt tæpur helmingur (48,6%) innlagðra sjúklinga árið 2005 eða um það bil 800 manns. Kannabisefni eru algengust og í kjölfar notkunar þeirra fylgir oft neysla örvandi efna (amfetamíns, E taflna og kókaíns). Dagleg neysla kannabisefna vex stöðugt meðal ungs fólks og hefur aldrei verið meiri en nú. Neysla örvandi efna hefur einnig aukist, svo og neysla svonefnds læknadóps (morfínskyldra lyfja, Ritalíns o.fl.), sprautufíklum hefur fjölgað og áfengisneysla aukist. Flestir hafa fleiri en eina vímuefnagreiningu í senn og vandi neytenda hefur vaxið, bæði meðal kvenna og karla. Hlutfall kvenna af innlögðum sjúklingum á Vog árið 2005 var um þriðjungur og fjöldi þeirra 505, þar af voru 344 á aldrinum 14 til 44 ára, eða um 68% og meðalaldurinn um 35½ ár. 35% kvennanna voru á bilinu 14 til 24 ára. Þessar tölur sýna að meirihluti kvenna sem leitaði vímuefnameðferðar á Vog árið 2005 er á barneignaraldri og eru hlutföllin svipuð frá ári til árs en fjöldinn eykst jafnt og þétt.

Erlendar tölur um tíðni vímuefnanotkunar þungaðra kvenna eru mismunandi. Samkvæmt viðamikilli bandarískri könnun viðurkenndi 5,5% þungaðra kvenna að hafa neytt ólöglegra vímuefna á meðgöngu. Sú tala er álitin vanmetin því konur forðist að viðurkenna neysluna vegna ótta við fordæmingu sem fylgir eiturylfjaneyslu á meðgöngu (Huestis og Choo, 2002). Í annarri bandarískri könnun frá árunum 2002 og 2003 játaði 4,3% þungaðra kvenna að hafa neytt ólöglegra vímuefna undanfarinn mánuð og var neyslan mest meðal kvenna á aldrinum 15 til 25 ára (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005). Mismunandi rannsóknir leiða til mismunandi niðurstaðna og ræðst það m.a. af því hvar rannsóknin er gerð

Hress og hraust með

LifeStream®

Spirulina!

Lífrænt Fjöl vítamín

29 vítamín og steinefni · 18 aminosýrur

Blaðgræna · Omega · GLA

Á meðgöngu hugsar þú sennilega hvað mest um næringargildi þess sem þú borðar.

Ræktað lífrænt fjöl vítamín sem gefur þér aukna orku, þrek og úthald!

Lifestream Spirulina er blágrænir ferskvatnspörungar sem innihalda yfir 100 vottuð lífræn næringarefni - öll lykil vítamín, steinefni, aminosýrur, omega fitusýrur, mikið af GLA fitusýrum, GLA er oft nefnt Náttljós eða kvöldvorolía - allt sem skiptir sköpum fyrir vöxt barnsins á meðgöngu. Í móðurmjólk er mikið fyrstu daganna af GLA - fitusýrum.

Líkaminn þekkir Spirulina sem fæðu og á léttara með að nýta sér næringarefnin úr Spirulina en nokkru öðru lífrænu fæði að grænmeti meðtöldu, næringarefnin fara greiðlega út í blóðrásina og er í fullkomnu jafnvægi við þarfir líkamans Lifestream Spirulina er ríkt af bláðgrænu, bláðgræna eykur hæfni hemaglóbins, rauðu blóðkornin til að flytja meira súrefni sem er mikilvægt fyrir barnið og móðurina. Spirulina kemur einnig jafnvægi á blóðsýkur, hvorutveggja dregur úr sætindiþörf, þirringi og sleni. Spirulina gefur aukna orku, úthald og velliðan.

Lifestream Spirulina er ákjósanlegur næringarauki á meðgöngu og við brjóstgjöf.

Til að fá jafnmikið af nokkrum völdum næringarefnum og í dagskammti af Lifestream Spirulina þarf að borða:

- 7 gulrætur (betakarotín)
- 1 skál af fersku spinati (járn)
- 1 skál af hiðishrisgrjónum (kalíum)
- 1 glas af mjólk (kalk)
- 125gr. nautakjöt (prótín + B12 vítamín)
- 30gr. hveitigrassafa (bláðgræna)
- 1 hylki Kvöldvorósalía (GLA fitusýrur)

Svar náttúrunnar við járnskorti

Spirulina inniheldur járn sem veldur engu harðlífi sem annars er þekkt vandamál af inntöku á tilbúnu járn, ásamt vel samansettum matarræði er Lifestream Spirulina frábær ömenguð lífræn næring og stuðningur á meðgöngu og við brjóstgjöf. Járnskortur er algengasta næringarvöntun hjá börnum, unglungum og konum.

Ánægð móðir "Ég þjáðist af miklum járnskorti um miðbik meðgöngunnar. Ánægð með að geta fengið eitthvað fullkomlega lífrænt tók ég inn Lifestream Spirulina. Á innan við 4 vikum sýndi það sig að járn magn og önnur næringarefni væri komin í gott horf. Ekki má gleyma hvað ég hafði miklu meiri orku! Fæðingin gekk vel og sonur minn dafnar vel - Það hjálpaði mér mikið taka Spirulina á meðan á brjóstgjöf stóð. Ég tek inn 6 töflur á dag - til að halda í við barnið - Ég treysti á Spirulina!"

Fyrir hverja er Spirulina gott?

Barnshafandi og til að ná upp þreki eftir fæðingu og fyrir konur með börn á brjósti. Fullorðna, unglinga, börn, og alla sem eru undir miklu álagi og kjósa lífræna fjöl vítamín næringu til vera hraust og hress.

Ath: á meðgöngu ætti að taka inn stærri skammta en uppgefin dagsþörf er.

Súrefnistæmdar umbúðir

Ekkert annað Spirulina getur státað af eins mikill næringu og Lifestream Spirulina. Til að næringarefnin varðveitist en rýrni ekki fyrir áhrif súrefnis á geymslutíma, súrefnistæmir Lifestream umbúðirnar. Ekkert er tekið úr eða bætt í Lifestream Spirulina.

Ræktað eftir strangasta hreinleika- og gæðastaðli

Lifestream Spirulina þörungarnir eru lífrænt vottaðir hreinir og ómengaðir þar sem þeir eru ræktaðir í ferskvatnskerjum undir ströngu eftirliti. Til að tryggja hreinleika og öryggi eru ekki notaðir villtir þörungar. Uppfyllir mjög strangan alþjóðlegan framleiðslu gæðastaðall ISO9001, 14001. Lifestream Spirulina er algerlega laust við illgresiseyði, skordýraeitur, mengun, sýkingar, ekki genabreytt.



Góð heilsa



www.celsus.is

og hvort konurnar viðurkenna sjálfar neysluna eða hvort hún kemur í ljós við þvagskimun. Eiturlyfjaneysla er mismikil eftir löndum og landshlutum, hún er almennt meiri í þéttbýli en dreifbýli og er oft tengd ákveðnum borgarhlutum. Þannig sýndu niðurstöður rannsóknaðar sem gerð var í suðurhluta London að 16% þungðra kvenna voru í neyslu, samkvæmt þvagskimun á fyrri hluta meðgöngu (Sherwood, Keating, Kavvadia, Greenough og Peters, 1999). Erfitt er að fá nákvæmar upplýsingar um umfang vandamálsins vegna þess að í mörgum tilfellum segja konurnar ekki frá neyslunni og ef sú leið væri farin að láta allar konur í meðgönguvernd skila þvagprufu í eiturefnaleit yrði það til þess að þær mættu síður þangað, auk þess sem fæst efnanna mælast í þvagi lengur en einn sólarhring eftir að þeirra er neytt. Þessi aðferð myndi því ekki gefa nógu áreiðanlega mynd af fjölda neytenda (Sherwood o.fl., 1999).

Afleiðingar vímuefnaneyslu á meðgöngu

Margar rannsóknir hafa verið gerðar á afleiðingum vímuefnaneyslu þungaðra kvenna og eru niðurstöður samhljóða, vímuefnaneysla er skaðleg heilsu bæði móður og barns og á það jafnt við um lögleg efni og ólögleg. En hver er raunveruleg skaðsemi ólöglegra vímuefna?

Þegar þunguð kona neytir vímuefna er meðgöngu skilgreind sem áhættu-meðgöngu (Craig, 2001; Gilbert, 2007; Hepburn, 2004). Samkvæmt heimildum er tvennt sem öll efni eiga sameiginlegt en þau virðast valda aukinni hættu á fæðingu fyrir tímann og lágrí fæðingarþyngd miðað við meðgöngulengd. Aðrir þættir eru að nokkru leyti taldir ráðast af því hvers konar efna hafi verið neytt, í hve miklum mæli og á hvaða hluta meðgöngu. Að auki hafa margir aðrir þættir áhrif á útkomu meðgöngu og fæðingar, til dæmis næringarástand og allur aðbúnaður konunnar. Greenough og Kassim (2005) tala um að neysla í upphafi meðgöngu geti haft skaðleg áhrif á þróun fósturvísisins og það geti orsakað fósturlát snemma á meðgöngu og neysla á seinni hluta fyrsta þriðjungs geti leitt til meðfæddra galla eða vanskapana. Lífeðlifraðileg áhrif fíkniefna eru mismunandi eftir tegundum og afleiðingarnar því ekki alltaf þær sömu.

Kannabisefni (hass/marijuana)

Þetta er mest notaða ólöglega vímuefnið

á Íslandi og víðar í heiminum. Í rannsókn Sherwood o.fl. (1999) sem gerð var á þunguðum konum í London voru 85% jákvæðra eiturefnaprófa jákvæð fyrir kannabisefnum. Virku efnið í kannabis eru fituleysanleg og lengi að brotna niður og skiljast út úr líkamanum, þau er hægt að greina með þvagskimun í allt að 30 daga eftir neyslu, hversu lengi þau finnast fer þó eftir hve mikil neyslan hefur verið. Þessi efni hafa letjandi áhrif á hormónaframleiðslu og draga um leið úr frjósemi, bæði kvenna og karla. Þau fara yfir fylgju og rannsóknir hafa sýnt að þau draga úr vexti fósturs og sýnt hefur verið fram á lægri fæðingarþyngd um að meðaltali 400 gr. Þau eru einnig talin stytta meðgöngulengd um allt að tvær vikur að meðaltali (Gilbert, 2007; Huestis og Choo, 2002; Kennare, Heard og Chan, 2005; Sherwood o.fl., 1999). Kannabis eykur magn kolmónoxíðs í blóði fimmfalt meira en tóbak, sem veldur því að súrefnisflutningur til fóstursins skerðist. Kannabisneysla er einnig talin auka hættu á fylgjugulosi. Auk þess er talið að megi rekja atferlis- og hegðunarraskanir svo sem einbeitingarskort og hvatvísi hjá börnum til kannabisneyslu móður á meðgöngu (Gilbert, 2007).

Amfetamín

Er örvandi efni og hefur neysla þess farið vaxandi hér á landi síðastliðin 10 ár eða svo (SÁÁ, 2006). Eitt af lífeðlisfræðilegum áhrifum þess á líkamann er æðasamdráttur og er hann talinn eiga þátt í aukinni tíðni fósturláta, fæðingu fyrir tímann, fylgjugulosi og vaxtarskerðingu fóstursins vegna skerts blóðflæðis um fylgju. Einnig hafa gallar eða frávík í taugakerfi verið talin orsakast af amfetamínneyslu á meðgöngu, til dæmis meðfædd heilablæðing, drep, myndun holrúma og vaxtarskerðing heila, aukin tíðni floga hjá nýburum og vöggudaði (Gilbert, 2007; Huestis og Choo, 2002). Auk þessara þátta er talað um atferlis- og hegðunarraskanir hjá barninu þegar það stækkar. Áhrif amfetamínneyslu hafa lítið verið rannsakaðar og er það fyrst og fremst vegna þess að sjaldnast er um að ræða neyslu þess eingöngu, heldur er það oftast notað ásamt öðrum efnum.

Kókaín

Er örvandi efni eins og amfetamín en neysla þess er útbreiddari í heiminum og afleiðingar þess því þekktari. Það er til í tvenns konar formi, duft og kristall-

ar -svokallað krakk, sem er miklu sterkara en duftið og eru afleiðingar þess því mun alvarlegri (Craig, 2001). Neysla kókaíns hefur aukist talsvert hér á landi hin síðari ár og þá í duftformi, krakk er nánast óþekkt hér (SÁÁ, 2006).

Afleiðingar kókaínneyslu á meðgöngu hafa verið rannsakaðar töluvert og eru taldar hafa ýmis skaðleg áhrif á fóstur og útkomu meðgöngu. Líkt og amfetamín veldur kókaín æðasamdrætti og háum blóðþrýstingi og þar með minni súrefnis- og næringarefnaflutningi til fóstursins. Kókaín veldur einnig æðasamdrætti hjá fósturunni, háþrýstingi og hröðum hjartslætti. Það er talið valda samdrætti í leginu og þar með auka hættu á fósturláti og fæðingu fyrir tímann. Aðrar afleiðingar eru aukin tíðni utanlegspungana, rof á belgjum fyrir tímann og legvatnsleki í kjölfarið og fylgjugulos. Fjölmörg önnur atriði eru nefnd, s.s. áhrif á heila- og taugakerfi fóstursins; heilablæðing og drep í heila, vaxtarskerðing heila sem leiðir til minnk- aðs höfuðummáls. Aðrir þættir eru vaxtarseinkun, vanskapanir á t.d. þvagfærum, meltingarfærum og hjarta. Einnig er vöggudaði tíðari, svo og atferlis- og hegðunarraskanir hjá barninu síðar meir (Craig, 2001; Gilbert, 2007; Huestis og Choo, 2002). Gilbert (2007) talar einnig um að kókaínneysla föður skömmu fyrir getnað auki líkur á afbrigðileika hjá barninu.

Óþíöt

Hér er einkum um að ræða morfín og heróín og eru það hinir svonefndu sprautufíklar sem nota þessi efni en það eru venjulega þeir einstaklingar sem eru lengst leiddir í neyslunni og orðnir mjög veikir af fíkn. Neysla heróíns er talsvert útbreidd í Evrópu en nánast óþekkt á Íslandi. Þau efni sem sprautufíklar nota hér eru aðallega amfetamín, kókaín og morfín, sem er þá oftast Contalgintöflur sem búið er að leysa upp (SÁÁ, 2006). Þessi efni eru mjög skaðleg fyrir fósturið og eru mörg atriði sem rannsakendur telja afleiðingar neyslu þeirra, það eru t.d. fósturlát, fylgjugulos, rof á belgjum fyrir tímann, vaxtarskerðing fósturs og lág fæðingarþyngd, meðgöngueitrun, fósturdaði, nýburadaði og vöggudaði, blæðing eftir fæðingu, öndunar-erfiðleikar hjá nýburanum og fráhvarfs-einkenni ef móðirin er enn í neyslu við fæðingu, einnig er talað um skaða á miðtaugakerfi, vitræna skerðingu og hegðunarvandamál (Craig, 2001; Gilbert, 2007). Fósturunni getur verið hætta búin

vegna fráhvarfa ef móðirin hættir neyslu skyndilega og líkur á fósturláti aukast ef það gerist á fyrsta þriðjungi meðgöngu eða fyrirburafæðingu á síðasta þriðjungi hennar. Þetta er talið stafa af því að í fráhvörfunum verða krampar eða samdrættir í sléttum vöðvum sem þýðir að samdrættir verða einnig í leginu, sem geta í sumum tilfellum komið fæðingunni af stað fyrir tímann (Craig, 2001; Hepburn, 2004). Þess vegna er mikilvægt að neyslan sé tröppuð niður smám saman og móðirin fái góða fráhvarfsmeðferð. Venjan hefur verið að skipta óþfötum út fyrir Methadone, en á seinni árum hefur lyfið Buprenorphine (Subutex, Suboxone) einnig verið mikið notað. Þessi lyf eru einungis gefin undir eftirliti heilbrigðisstarfsfólks og er tilgangurinn sá að stuðla að því að neytandinn neyti síður annarra vímuefna samtímis og fái stuðning og aðhald frá fagfólki þannig að neyslan sé í föstum skorðum (Hepburn, 2004; SÁÁ, 2006). Methadone tilheyrir flokki ópíata og við notkun þess er í raun ekki verið að hætta neyslu heldur freista þess að koma henni ákveðinn farveg og draga úr henni smátt og smátt. Ef neyslu þess er hætt skyndilega koma fram fráhvarfseinkenni líkt og eftir neyslu annara ópíata.

Rannsakendum ber saman um að erfitt sé að rannsaka og segja til um með öruggum hætti hverjar eru afleiðingar hvers efnis fyrir sig, því í flestum tilfellum er um að ræða neyslu fleiri efna í senn. Auk þess sem mikill meirhluti neytenda reykir og/eða drekkur áfengi samhliða neyslu ólöglegu efnanna (Craig, 2001; Huestis og Choo, 2002).

Aðrar afleiðingar

Vímuefnaneyslu fylgir einnig áhættu- hegðun af ýmsu tagi og oft eru kringumstæður vímuefnaneytenda og heilsufar mjög bágborið. Félagslegar aðstæður eru yfirleitt slæmar, þetta eru konur sem búa við atvinnuleysi, lélegan fjárhag og jafnvel fátækt. Þær hafa í sumum tilfellum ekki fasta búsetu, eru einstæðar og oft kornungar. Algenzt er að næríngarástand þeirra sé slæmt og tíðni geðraskana er há. Rannsókn Kennare o.fl. (2005) sýndi að 10,3% þungaðra kvenna sem voru í neyslu voru greindar með geðraskanir af einhverju tagi, samanborið við 1,4% þeirra sem ekki voru í neyslu. Þær eru í aukinni áhættu að verða fyrir ofbeldi, bæði kynferðis- og/eða heimilisofbeldi. Meiri hætta er á sýkingum, einkum meðal sprautufíkla, svo sem HIV, lifrabólgu B og C, auk

bakteríusýkinga í kjölfar sprautugjafa. Einnig eru kynsjúkdómar algengir hjá þessum konum (Craig, 2001; Kennare o.fl., 2005).

Með fjölmörgum rannsóknum hefur verið sýnt fram á að börn kvenna sem neyta fíkniefna á meðgöngu þarfnast oft sjúkrahúsdvalar í einhvern tíma eftir fæðingu. Í rannsókn Kennare o.fl. (2005) kom í ljós að legutími þessara barna var að jafnaði um helmingi lengri en annarra barna og þau voru þrisvar sinnum líklegri til að þurfa að dveljast á sjúkrahúsi í allt að fjórar vikur eftir fæðingu. Einnig er algenzt að þau þurfi á sérhæfðri nýburagjörgæslu að halda, einkum fyrirburar og þau sem þurfa eftirlit og meðferð vegna fráhvarfseinkenna. Sú aukna þjónusta sem heilbrigðiskerfið þarf að veita vegna þessa vanda hefur í för með sér mikinn kostnað fyrir þjóðfélagið, að ógleymdum þeim kostnaði sem kemur til vegna annara þátta sem tengjast vímuefnaneyslu.

Hlutverk ljósmæðra

Notkun vímuefna er algeng hér á Íslandi og má ætla að hún sé mun meiri en við gerum okkur almennt grein fyrir. Í gegnum tíðina hefur verið dregin upp ákveðin staðalímynd af fíkniefnaneytendum, þeir eiga að skera sig úr fjöldanum hvað varðar útlit og atferli. Reyndin er sú að þeir sem eru í neyslu bera það ekki endilega með sér og þeir sem falla inn í þessa staðalímynd eru ekki endilega fíklar. Það er því afar mikilvægt að starfsfólk heilsugæslu og mæðraverndar geti greint þær konur sem eru í neyslu og hafi í huga að útlitið er ekki áreiðanlegur mælikvarði og vímuefnaneysla tilheyrir öllum stéttum þjóðfélagsins.

Hlutverk ljósmæðra á meðgöngu

Wright og Walker (2007) tala um að meðgönguvernd hafi ekki verið í takt við þessa þjóðfélagspröun og því hafi þjónustan ekki tekið mið af vandanum. Til þess að svo geti orðið er nauðsynlegt að ljósmæður hafi þekkingu á vímuefnum og einkennum neyslu, hverjir eru áhættuþættir og samverkandi þættir. Eitt af því sem einkennir konur í neyslu er að þær mæta seint í meðgönguvernd og leita í sumum tilfellum ekki til heilbrigðiskerfisins fyrr en þær koma til að fæða (Hepburn, 2004; Wright og Walker, 2007). Meginástæðan fyrir því að þær koma seint eða ekki í mæðravernd er að þær hafa sektarkennd vegna neyslunnar og óttast að mæta fjandsamlegum viðbrögðum og fordómum vegna

hennar hjá heilbrigðisstarfsfólki. Það er því afar mikilvægt að tekið sé á móti þessum konum með opnum huga og að forðast sé að dæma þær. Þess í stað finni þær stuðning og að þeim sé sýnd virðing og velvild. Það hefur einnig jákvæð áhrif ef þær finna að heilbrigðisstarfsfólk hefur þekkingu á vímuefnavanda (Hepburn, 2004; Wright og Walker, 2007). Kennare o.fl. (2005) nefna að meðgöngan sé tími umbreytinga og þá séu konur tilbúnar til að gera breytingar á lífi sínu til hins betra og móttækilegar fyrir utanaðkomandi íhlutun. Ef samskipti þeirra við fagfólk eru byggð á virðingu og trausti eru þær líklegri til að ljóstra upp viðkvæmum upplýsingum. Þannig skapast grundvöllur fyrir árangursríkri samvinnu. Eitt af hlutverkum ljósmæðra í meðgönguvernd er því að finna út hverjar þessar konur eru og bregðast við á viðeigandi hátt. Þetta er krefjandi viðfangsefni og miklu máli skiptir að vel takist til því mikið er í húfi.

Sé þvag ekki skimað hjá barnshafandi konum með tilliti til vímuefna gegnir upplýsingasöfnun lykilhlutverki (Wright og Walker, 2007). Fá þarf upplýsingar um almennt heilsufar og aðstæður konunnar, eins og venja er, en einnig þarf að fá skýra mynd af neyslusögu hennar. Hönnuð hafa verið mæli- eða hjálpartæki í þeim tilgangi og má til dæmis nefna „The 4P's Plus©“ (Chasnoff o.fl., 2005). Þéin fjögur standa fyrir parents, partner, past og pregnancy og er spurt er um áfengis- og lyfjaneyslu foreldra, maka og konunnar sjálftrar. Þessi spurningalisti er stuttur, hnitmiðaður og samkvæmt Chasnoff o.fl. (2005) gefur hann nokkuð áreiðanlegar vísbendingar um hvort ástæða sé til að fara betur ofan í kjölinn á hugsanlegum vímuefnavanda.

Hjá konum sem eiga neyslusögu að baki en eru ekki í neyslu þegar þær byrja í meðgönguvernd þarf að vera vakandi fyrir þeim möguleika að þær falli einhverntíma á meðgöngunni og fylgjast vel með þeim með tilliti til þess. Ef konan er enn í neyslu er forgangsverkefni að fá hana til að hætta og fara í meðferð. Ef maki er einnig í neyslu er mikilvægt að hann hætti líka, því neysla hans eykur líkur á að konan falli (Hepburn, 2004).

Í bandarískri rannsókn sem gerð var á útkomu barna kvenna sem voru í vímuefnameðferð reiddi af við fæðingu kom í ljós að sjúkdóms- og dánartíðni barnanna lækkaði verulega, samanborið við börn kvenna sem fóru ekki í með-

ferð. Þeir þættir sem voru rannsakaðir voru nýburadauði, fyrirburafæðingar og fæðingarþyngd. Útkoma kvennanna í meðferðinni var ekki einungis marktækt betri en hjá konum sem ekki fóru í meðferð, heldur líka betri en hjá konum almennt í Bandaríkjunum (Burgdorf, Dowell, Chen, Roberts og Herrell, 2004). Samkvæmt þessu er til mikils að vinna og ætti að leggja áherslu á að konur sem neyta vímuefna á meðgöngu fari í meðferð. Hlutverk ljósmæðra er að hvetja konurnar og hlutast til um að þær leiti sér meðferðar. Einnig er æskilegt að ljósmóðir komi að slíku meðferðarstarfi, til dæmis með fræðslu og leiðbeiningum um heilsueflingu. Áriðandi er að konur fái góða fræðslu um þá áhættu sem fylgir vímuefnaneyslu á meðgöngu, bæði varðandi barnið og áhrif á meðgönguna sjálfa og útkomu hennar þannig að þær séu meðvitaðar um hvað er nákvæmlega í húfi. Þær þurfa að fá góðan stuðning til þess að hætta eða draga úr neyslunni og aðstoð til að leita sér viðeigandi hjálpar. Mikilvægt er að fræða um heilsusamlega lifnaðarhætti, til dæmis varðandi mataræði, hreyfingu, svefn og fleira í þeim dúr, eftir því sem þörf er á hverju sinni (Craig, 2001). Einnig er mikilvægt að þær fái fræðslu um frjósemi og getnaðarvarnir á meðgöngunni þannig að þær séu í stakk búnar að taka upplýsta ákvörðun um val á getnaðarvörn eftir fæðinguna (Hepburn, 2004).

Nauðsynlegt er að athuga líkamlegt heilsufar vel. Skima ætti fyrir HIV og lifrabólgu, og einnig athuga hvort konan sé smituð af öðrum kynsjúkdómum. Ef konur hafa fengið lifrabólgu þarf að fylgjast með starfsemi lifrarinnar á meðgöngu. Hjá þeim konum sem hafa verið eða eru sprautufíklar þarf að fá vitneskju um hvort þær hafi fengið blóðtappa eða hafi sögu um hjartabólgu (endocarditis), þetta er hvoru tveggja afleiðing þess að sprauta sig og þarfnast sérstaks eftirlits og meðferðar á meðgöngu.

Til viðbótar slæmu heilsufari og áhættusömu lífni bætast oft við ýmis félagsleg vandamál, t.d. tengd atvinnu, fjárhag, búsetu og fleiru. Nauðsynlegt er að þverfaglegt teymi komi að málinu til að tryggja sem besta þjónustu og góðan árangur. Auk ljósmóður ætti að vera fæðingalæknir í teyminu því meðgangan er skilgreind sem áhættumeðganga (Hepburn, 2004). Þar ætti að vera barnalæknir, félagsráðgjafi til að annast og leiðbeina um mál sem lúta að félags-

legri velferð og úrræðum. Einnig vímuefnaráðgjafi eða fagaðili með þekkingu á vímuefnameðferð (Wright og Walker, 2007). Æskilegt er að hafa sálfræðing eða geðlæknir í teyminu, eða greiðan aðgang að þjónustu þeirra því oft eru til staðar vandamál af sálrænum eða andlegum toga. Ef um er að ræða vandamál sem falla undir önnur svið en hér eru nefnd ætti að sjálfsögðu að leita til viðeigandi fagaðila til að leysa úr þeim. Hlutverk ljósmæðra í meðgönguvernd er stórt þegar mál sem þessi eiga í hlut. Auk þess að sjá um hefðbundið eftirlit með meðgöngunni sjálfri ættu þær að vera sá aðili sem heldur utan um og sér um að samræma aðgerðir. Ekki er nóg að þessar konur fái góðan stuðning á meðgöngu heldur þarf að vera búið að koma málum þeirra í þann farveg að stuðningur haldi áfram eftir fæðinguna til að tryggja sem bestan árangur. Vegna þess hve um er að ræða viðkvæmt mál og hætta á að konurnar nýti sér ekki þjónustu meðgönguverndar er samfelldni í þjónustu bæði ljósmæðra og annarra fagaðila sem að málum koma afar mikilvæg, einkum með tilliti til þess hversu miklu máli skiptir að skapa traust og skilning milli kvennanna og þeirra sem sinna þeim.

Hlutverk ljósmæðra í fæðingu

Þrátt fyrir hærri tíðni fyrirburafæðinga og styttri meðgöngu eru flestar þessara kvenna komnar á tíma þegar þær fæða. Vegna þess að um er að ræða áhættumeðgöngu er mælt með að fæðingin fari fram á sjúkrahúsi (Hepburn, 2004). Sýna þarf sérstaka árvekni varðandi barnið, einkum undir lok fæðingarinnar (Wright og Walker, 2007). Sú fæðingastofnun þar sem konan fæðir þarf að vera undir það búin að sinna konum með fíkn til að geta annast þær á fullnægjandi hátt. Starfsfólk verður að vita hvað þarf að hafa í huga og hvað ber að varast, eða að minnsta kosti að til séu aðgengilegar leiðbeiningar eða verklagsreglur. Varðandi verkjameðferð í fæðingu er ýmislegt sem hafa þarf í huga, einkum í sambandi við lyfjagjafir. Verkjameðferð getur verið vandmeðfarin því fíkn í sum vímuefni er frábending frá notkun ákveðinna verkjalyfja, t.d. ópíata. Oft þurfa þessar konur stærri skammta en venjulega eru gefnir vegna mikils lyfjapóls. Ef þörf er fyrir stóra skammta af verkjalyfjum er mænurótardeyfing talin góður kostur og sama er að segja um glaðloft. Í mörgum tilfellum er æskilegt að hafa samráð við

svæfingalækni um verkjameðferð, bæði varðandi hvaða lyf er óhætt að gefa og skammtastærðir (Wright og Walker, 2007).

Einnig þarf að hafa í huga möguleikann á smiti, einkum lifrabólgu og HIV og meta hugsanlega áhættu út frá bakgrunni konunnar (Wright og Walker, 2007).

Hlutverk ljósmæðra eftir fæðingu

Eftir fæðinguna er mikilvægt að vera vakandi fyrir fráhrarfseinkennum hjá bæði móður og barni. Fráhrörf geta valdið móðurinni svo mikilli vanlíðan að hún eigi í erfiðleikum með að annast barnið. Hún þarf á viðeigandi lyfjameðferð halda meðan hún kemst yfir þetta tímabil sem getur staðið yfir í nokkra sólarhringa. Fráhrörf geta líka komið fram hjá barninu og er mikilvægt að þeir sem annast barnið fyrstu sólarhringana þekki þessi einkenni og séu vakandi fyrir þeim, jafnvel þó ekki sé vitað til þess að móðirin hafi verið í neyslu því stundum tekst konum að halda neyslunni leyndri alla meðgönguna. Ef grunur er um fráhrarfseinkenni er hægt að greina hvort svo sé með því að rannsaka hár barnsins og fyrstu hægðirnar (meconium), er það talin áreiðanlegasta greiningin (Huestis og Choo, 2002). Ýmsum einkennum hefur verið lýst og eru það til dæmis hár og skerandi grátur, óeðlilega sterk taugaviðbrögð, óróleiki, óeðlilega mikil vöðvaspenna, vöðvakippir, krampar, geispar, hnerrar, nasavængjablakt og hröð öndun, mikil sogþörf en barninu gengur illa að nærast, kröftug uppköst og vatnskenndur niðurgangur (Greenough og Kassim, 2005). Hve lengi fráhrarfseinkennin vara ræðst af því hvers konar efna móðirin neytti en þau hafa mislangan helmingunartíma. Mestu skiptir þó að barnið fái strax viðeigandi meðferð við fráhrörfunum og ef þau eru slæm gæti þurft að veita þá meðferð á nýburagjörgæslu (Greenough og Kassim, 2005; Hepburn, 2004).

Oft hefur mæðrun í neyslu verið ráðið frá því að hafa börn sín á brjósti vegna þess að vímuefnin fari í brjóstamjólkina. Hepburn (2004) er ekki samála þessu og telur að ávinningurinn sé meiri en áhættan því oft sé um að ræða létt- og fyrirbura sem séu í meiri áhættu varðandi vöggudaða. Algengt sé að mæðurnar reyki og búi við erfiðar aðstæður. Börn þeirra séu því afar berskjölduð og hafi mest allra barna hag af því að vera á brjósti, auk þess sem brjóstagjöfin dragi úr fráhrarfseinkennum

um. Neyslan verði að vera í ákveðnu jafnvægi til að brjóstagjöfin heppnist og geri hún það sé það viss sönnun fyrir reglusemi móður. Því beri að stuðla að brjóstagjöf án tillits til hvaða vímuefna er neytt eða í hvaða magni og í raun megi segja að því meiri sem neyslan er því meiri verði ávinningur af brjóstagjöf.

Lokaorð

Meðgangan er tími mikilla breytinga fyrir verðandi foreldra og vitað er að á því tímabili eru konur tilbúnari en á nokkrum öðrum tíma til að bæta lífnáðarhætti sína, í þeim tilgangi að gera allt það besta fyrir barnið sem þær ganga með. Það sama gildir einnig um konur í neyslu, því er meðgangan sá tími sem mestar líkur eru á að þeim takist að gera jákvæðar breytingar á lífi sínu. Þess vegna er svo mikilvægt að tækifærið sé vel nýtt og þær fái þann stuðning og aðstoð sem þær þarfnast til að taka sig á og hætta í neyslu. Þetta er virkilega krefjandi viðfangsefni fyrir ljósmæður og ögrandi að takast á við en jafnframt mikilvægt að líta á það sem áskorun, það sama á auðvitað við

um alla aðra sem að málinu koma. Lykilatriði er að konurnar finni að þeim sé sýndur skilningur og virðing og tekið sé á málum með jákvæðu hugarfari, án fordóma. Til að svo megi verða er mikilvægt að líta á fíkn sem sjúkdóm en ekki sjálfvalinn lífsstíll.

Heimildaskrá

- Burgdorf, K., Dowell, K., Chen, X., Roberts, T. og Herrell, J.M. (2004). Birth outcomes for pregnant women in residential substance abuse treatment [Vefútgáfa]. *Evaluation and Program Planning* 27, 199-204.
- Chasnoff, I.J., McGourty, R.F., Bailey, G.W., Hutchins, E., Lightfoot, S.O., Pawson, L.L., Fahey, C., May, B., Brodie, P., McCulley, L. og Campbell, J. (2005). The 4P's Plus[®] Screen for Substance Use in Pregnancy: Clinical Application and Outcomes [Vefútgáfa]. *Journal of Perinatology* 25, 368-374.
- Craig, M. (2001). Substance misuse in pregnancy [Vefútgáfa]. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 11(6), 365-371.
- Gilbert, E.S. (2007). *Manual of High Risk Pregnancy and Delivery* (4. útg.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Greenough, A. og Kassim, Z. (2005). Effects of substance abuse during pregnancy [Vefútgáfa]. *The Journal of The Royal*

Society for the Promotion of Health, 125(5), 212-214.

Hepburn, M. (2004). Substance abuse in pregnancy [Vefútgáfa]. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 14(6), 419-425.

Huestis, M.A. og Choo, R.E. (2002). Drug abuse's smallest victims: in utero drug exposure [Vefútgáfa]. *Forensic Science International*, 128(1-2), 20-30.

Kennare, R., Heard, A. og Chan, A. (2005). Substance use during pregnancy: risk factors and obstetric and perinatal outcomes in South Australia [Vefútgáfa]. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45, 220-225.

SÁÁ (2006). *Ársrit SÁÁ 2005-2006*. Reykjavík: Höfundur.

Sherwood, R.A., Keating, J., Kavvadia, V., Greenough, A. og Peters, T.J. (1999). Substance misuse in early pregnancy and relationship to fetal outcome [Vefútgáfa]. *European Journal of Pediatrics*, 158(6), 488-492.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005, 2. júní). *Substance Use During Pregnancy: 2002 and 2003 Update*. Sótt 12. september 2007, frá <http://www.oas.samhsa.gov/2k5/pregnancy/pregnancy.htm>

Wright, A. og Walker, J. (2007). Management of women who use drugs during pregnancy [Vefútgáfa]. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 12(2), 114-118.

KINELive

KINELive er nýtt mælikerfi sem byggir á þráðlausum vöðvagreinum sem KINE hefur þróað sl. 10 ár. Helstu kostir kerfisins eru:

Óvenju nákvæmar upplýsingar

Þú getur fylgst með framvindu mælinganna á tölvuskjá

Tvö hljóðmerki sem gefa til kynna spennu eða slökun

Möguleiki á að mæla við hvaða aðstæður sem er

KINELive hefur t.d. verið notað nýlega með góðum árangri til að kenna slökun við brjóstagjöf.

Hafðu samband eða farðu á www.kine.is og kynntu þér KINELive.

Bæjarhrauni 8 – 220 Hafnarfirði
Sími 580 8300 – Fax 580 8309
www.kine.is



MFS-einingin – Sögulegt yfirlit

Inngangur

Þegar að við hófum nám í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands var starfsemi MFS einingarinnar í miklum blóma. Á meðan námi okkar stóð var ákveðið að leggja MFS eininguna niður og tilheyrum við því síðasta hollinu sem að fékk að kynnst starfsemi MFS einingarinnar. Í ljósi þess ákváðum við að gera lokaverkefni sem að skoðaði 12 ára tímabil MFS einingarinnar sem rekin var á kvennasviði LSH á árunum 1994–2006. Einn hluti verkefnisins fjallar um starfssemi MFS einingarinnar í sögulegu samhengi og er hann birtur hér.

Sögulegt yfirlit MFS einingarinnar

MFS einingin var stofnuð sem tilrauna-verkefni innan kvennasviðs Landspítalans, hófst undirbúningur við eininguna árið 1993 og stóð í tæpt ár áður en framkvæmd á henni hófst. Allar konur sem voru heilbrigðar á meðgöngunni áttu þess kost að nýta sér þessa þjónustu án sérstaks aukakostnaðar og var ráðgert að MFS einingin gæti sinnt 200 konum á ári („Fæða í hjónarúmi eða grjónastól“, 1995).

Undirbúningsvinna fólst meðal annars í því að lesa greinar og rannsóknir um samfellda þjónustu. Fundir voru haldnir vikulega þar sem sett voru markmið hvað varðaði þjónustuna, reglur og vinnuskipulag ákveðið (Ásthildur Gestsdóttir, 2004).

Aðilar sem að komu að undirbúningsvinnunni ásamt þeim sex ljósmæðrum sem fyrstar hófu störf við þjónustuna voru þáverandi hjúkrunarframkvæmdarstjóri Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Guðrún Björg Sigurbjörnsdóttir yfirljósmóðir og Hildur Sigurðardóttir, lektor í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands en hún sá um faglega ráðgjöf. Áætlað var að meta þjónustuna markvisst en af því varð ekki. Skýrsla sem ber heitið Þróunar- og rannsóknarverkefni Kvennadeildar: breytt vinnufyrirkomulag ljósmæðra: Hóppjónusta, var lögð fram í janúar 1994 (Hildur Sigurðardóttir o.fl. 1994). Starfsemi MFS hófst í júní það sama ár.



Arndís Mogensen
ljósmóðir, fæðingardeild HSu



Hafdís Ólafsdóttir
ljósmóðir í barneignarleyfi

Kveikjan að tilurð MFS var sú að á níunda áratuginum hafði víðsvegar í nágrannalöndunum færst í aukanna að bjóða upp nýtt þjónustuform þar sem boðið var upp á fleiri valkosti og samfellu í þjónustunni. Þetta þjónustuform byggði fyrst og fremst á hópþjónustu þar sem ákveðinn afmarkaður hópur ljósmæðra og/eða lækna annaðist ákveðinn skjólstaðingahóp og fylgdi þeim eftir í gegnum allt ferlið þ.e. frá upphafi meðgöngu, í fæðingu og í sængurlegu. Áhersla var lögð á þjónustu í heimilislegu umhverfi sem væri persónulegt með sem minnstum læknisfræðilegum og tæknilegum inn gripum og gerði skjólstaðingum kleift að taka virkan þátt í ákvörðunum varðandi eigin umönnun og hafa ákveðna stjórn (Hildur Sigurðardóttir o.fl., 1994).

MFS einingin var byggð á þeirri hugmyndafræði að meðganga og fæð-

ing væri eðlilegur hlutur en ekki læknisfræðilegur. Til þess að geta notfært sér þjónustuna var skilyrði að konurnar væru hraustar og meðgangan eðlileg. Meginhugmyndin var einnig að mynda gagnkvæmt traust milli ljósmóðurinnar og hinna verðandi foreldra. Á þann hátt var vonað að hræðslan við hið óþekkta sem er höfuðóvinurinn í fæðingu yrði sem minnst þegar konan kom að fæða („Eðlilegar fæðingar í heimilislegu umhverfi“, 1994).

Helstu markmið MFS einingarinnar voru:

- Að verðandi foreldrar fengju samfellda þjónustu sömu ljósmæðra í meðgöngu, fæðingu og sængurlegu.
- Að gera verðandi foreldrum fært að taka aukna ábyrgð varðandi meðgönguna, fæðinguna og sængurleguna.
- Að forðast óþarfa inngrip í eðlilegt ferli og styðja verðandi foreldra í ákvarðanatöku um þætti er varða þá sjálfa.
- Að gera fjölskyldunni fært að sameinast sem fyrst eftir fæðinguna og styrkja þannig tengslamyndun.

(MFS einingin, 1994).

Eins og áður sagði hófst starfsemi MFS einingarinnar í júní árið 1994 þegar fyrstu konurnar komu í mæðra-vernd. Til að kynna þjónustuna fyrir almenningi var farin sú leið að senda auglýsingabækling á heilsugæslustöðvarnar og í apótek. Fljótlega kom þó í ljós að Landspítalanum var ekki heimilt að auglýsa þá þjónustu sem hann býður upp á og voru því auglýsingabæklingarnir fjarlægðir. Þjónustan spurðist þrátt fyrir þetta fljótt út og varð strax mjög vinsæl (Elín Hjartadóttir munnleg heimild, 30. apríl 2007).

Fyrstu fæðingarnar í kerfinu voru áætlaðar í nóvember það sama ár. Þann 11.11.1994 fæddist fyrsta barnið í MFS einingunni og tók Sigurborg Kristinsdóttir á móti því (Sigurborg Kristinsdóttir munnleg heimild, 23 apríl, 2007).

Konurnar sem völdu þessa þjónustu kynntust öllum sex ljósmæðrunum.

Tveir lækna störfuðu með hópnum, þau Þóra Fischer og Guðjón Vilbergsson en þau skoðuðu konurnar í upphafi meðgöngunnar og undir lok hennar nema sértök ástæða gæfi tilefni til. Konurnar komu sjaldnar í skoðun framan af meðgöngunni en almennt var (eða á fimm til sex vikna fresti) en jafnoft þegar á leið meðgönguna. Fyrsta skoðun var gerð eftir um 12-14 vikur, síðan var skoðun eftir 24-26 vikur, svo 29-31 vikur, 34-36 vikur og síðan vikulega eftir það fram að fæðingu. Konunum gafst svo kostur á að hafa samband við ljósmæðurnar hvenær sem var á meðgöngunni. Þegar kona var komin í fæðingu gat hún haft beint samband við vakthafandi ljósmóður eða í gegnum skiptiborð Landspítalans. Ljósmóðirin mat svo hvort hún færi heim til konunnar og skoðaði hana þar eða hún færi beint upp á deildina. Við móttöku á deild var konan sett í sírita í 30 mínútur en eftir það var rit ekki tekið reglulega. Hlustað var á fósturhjárslátt á 15 mínútna fresti á fyrsta stigi í virkri sótt og eftir hverja hríð á öðru stigi. Lögð var áhersla á öndun og slökun í fæðingunni og vatnsmeðferð t.d. sturtu, nudd, heitan pott, heita og kalda bakstra. Aðrar deyfingar sem voru notaðar voru vatnsbólur í húð og nudd. Þau lyf sem að var notast við voru gláðloft, verkjalyfin Pethidin, Phenergan og staðdeyfingar með Lidocain í spöng eða Xylocain spray. Önnur lyf sem samþykkt voru í MFS einingunni voru Syntocinon spray, Naloxone, K-vítamín og verkjatöflur.

Eftir fæðinguna var ætlunin að konan færi heim innan 12 til 48 tíma og lyki sinni sængurlegu heima. Ljósmóðirin heimsótti hana svo tvisvar á dag fyrstu tvo dagana og síðan daglega í þrjá til fjóra daga. Í heimsóknunum veitti ljósmóðirin konunni leiðsögn um brjóstagjöf og meðhöndlun barnsins eftir því sem þörf krafði („Eðlilegar fæðingar í heimilislegu umhverfi”, 1994; Elín Hjartadóttir, munnleg heimild, 30. apríl 2007). Þess ber að geta að á þessum tíma var ekki algennt að konur færu snemma heim eftir fæðingu. Heimaþjónusta ljósmæðra í sængurlegu samkvæmt samningi við Tryggingastofnun ríkisins var rétt að hefja sín fyrstu spor. Því var þessi þjónusta MFS mikil nýjung í barn-eignaþjónustunni.

Árið 1993 fóru 1,7 % kvenna heim í sængurlegu með heimaþjónustu ljósmóðura eftir fæðingu en rúmum 10 árum seinna var hlutfallið komið upp í rúm 60% kvenna sem fóru heim í heimaþjónustu (Reynir

T. Geirsson, Gestur Pálsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og Guðrún Garðarsdóttir, 1996; Reynir T. Geirsson, Gestur Pálsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og Guðrún Garðarsdóttir, 2005).

Þær ljósmæður sem voru starfandi í byrjun í MFS einingunni voru Elín Hjartadóttir, Rósa Bragadóttir, Helga Bjarnadóttir, Ágústa Kristjánsdóttir, Sigurborg Kristinsdóttir og Margrét J. Hallgrímsson og veittu þær þjónustuna á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu. Allar ljósmæðurnar voru í 80% vinnu og sáu um að gera sínar vaktaskýrslur sjálfar. Þær voru með einn til einn og hálfan skoðanadag í mæðravernd í viku, tóku sólhringsbakkvaktir fyrir fæðingar, sáu um sængurlegu og voru reglulega með foreldrafræðslu. Sólhringsbakkvaktirnar voru við lýði í um 4 ár en 1998 voru þær lagðar af og tólf tíma vaktir tóku við.

Einn liður í því að verðandi foreldrar gætu kynnst öllum ljósmæðrunum í MFS einingunni var sá að þær mættu allar á foreldrafræðsluna sem þær buðu upp á. Ljósmæðurnar héldu vikulega samstarfsfundi til að samræma vinnubrögð. Mikið var lagt upp úr því að verðandi foreldrar væru að fá sömu fræðslu og upplýsingar og þannig reynt að koma í veg fyrir misræmi á upplýsingaflæðinu. Ekki voru ljósmæðurnar alltaf sammála um alla hluti en kosið var um mál sem komu upp og þannig var tryggt að allar væru að segja sama hlutinn við konurnar. Í rannsókn sem gerð var af útskriftarnemum í hjúkrunarfræði á reynslu foreldra af samfelldri þjónustu MFS einingarinnar kom fram að foreldrarnir voru mjög ánægðir með þjónustuna þó svo að sama ljósmóðirin sinnti þeim ekki alltaf og telja höfundarnir að skýringin á því sé meðal annars sú að allar ljósmæður einingarinnar unnu eftir sömu hugmyndafræði (Auður E. Jóhannsdóttir, Guðrún Björg Þorsteinsdóttir, Halla Skúladóttir og Ingibjörg Hreiðarsdóttir, 2000).

Mánaðarlegir samstarfsfundir voru haldnir með læknum MFS einingarinnar. Þá var opið hús einu sinni í viku, þar gafst verðandi foreldrum einnig tækifæri til að hitta allar ljósmæðurnar og kynnast þeim (Elín Hjartadóttir munnlega heimild, 30 apríl, 2007).

Þessi nýja deild MFS, en stafirnir standa fyrir orðin meðganga, fæðing og sængurlega, samanstóð af einu skoðana-herbergi á göngudeild kvennadeildar og einni fæðingarstofu sem staðsett var fyrir framan fæðingadeild á 3. hæð. Leitast var við að gera umhverfið sem heim-

ilislegast og veita konunni sem persónulegasta þjónustu. Skoðunarstofan leit frekar út eins og herbergi í heimahúsi. Þar var lítið sófasett, lampar og myndir á veggjum sem voru málaðir með ljósgulum lit. Á meðan á skoðun stóð lá konan á rúmlega fimmtíu ára gömlum bekk sem Pétur Jakobsson prófessor kom með til landsins í kringum 1940. Í fæðingarherberginu var hjónarúm og gat barnsfaðir verið hjá konu og barni eftir fæðinguna þar til að fjölskyldan fór heim en einnig voru aðrir fjölskyldumeðlimir velkomnir („Fæða í hjónarúmi eða grjónstól”, 1995).

Fljótlega eða um ári síðar bættist við önnur fæðingarstofa til að geta sinnt eftirspurninni. Reynt var að gera hana heimilslega og var sett upp fæðingaróla þar sem var nýjung á þeim tíma (Elín Hjartadóttir og Rósa Bragadóttir munnleg heimild, 30 apríl, 2007). Má segja að MFS einingin hafi verið í fararbroddi þar sem lítið var á fæðingu barns sem fjölskylduviðburð, og lögð rækt við mikilvægi þess að hafa verðandi föður með frá upphafi til enda og gera honum það kleift.

Árið 1999 gerði Árdís Ólafsdóttir rannsókn á viðhorfum og vilja íslenskra ljósmæðra til þess að starfa við samfellda ljósmóðurþjónustu. Rannsóknin var gerð á kvennadeild LSH, þar sem að fyrirhugað var að bæta við ljósmæðrahóp, sem veitti samfellda þjónustu. Þetta var gert í ljósi þess að fyrri hópurinn gat ekki annað eftirspurn sökum vinsælda. Var hópurinn stofnaður árið 2000 með sjö ljósmæðrum innanborðs (Árdís Ólafsdóttir, 2005).

Ljósmæðurnar sem tóku þátt í að stofna þann hóp voru þær Árdís Ólafsdóttir, Rannveig Rúnarsdóttir, Guðlaug Pálsdóttir, Jóhanna Hauksdóttir, Ólöf Leifsdóttir, Kristjana Einarsdóttir og Margrét Guðmundsdóttir (Árdís Ólafsdóttir munnleg heimild, 23 apríl, 2007).

Undirbúningsvinnan við að stofna hópinn byrjaði í mars árið 2000 og hittust ljósmæðurnar sem að honum komu einu sinni í viku fyrst um sinn. Í upphafi unnu þær saman í pörum og ákváðu ólíkt fyrsta hópnum að fylgja konunum yfir á fæðingargang ef þær þyrftu að flytjast yfir. Konur sem höfðu verið í MFS einingunni fram að þessu en dattu út úr kerfinu af einhverju orsökum kvörtuðu gjarnan yfir því að ljósmóðirin fylgdi þeim ekki eftir yfir á fæðingargang.

Gerð var tilraun til þess að koma mæðravernd MFS hópsins inn á heilsugæsluna á höfuðborgarsvæðinu en ekki

var almennur áhugi fyrir því hjá heilsugæslustöðvunumi. Byrjaði hópurinn því að starfa inn á Miðstöð Mæðraverndar sem stofnuð var árið 2000 og fyrstu konurnar komu í mæðravernd þar. Tóku þær við konum sem voru langt komnar í meðgöngu þannig að starfsemin byrjaði fljótlega á fæðingum. Fyrsta barnið hjá MFS hópi II fæddist þann 07.12.2000 og tók Margrét Guðmundsdóttir á móti því (Árdís Ólafsdóttir munnlega heimild, 3. maí 2007).

Hugmyndin var upphaflega að hann starfaði aðeins öðruvísi en fyrri hópurinn eða eftir „one-to-one” hugmyndafræðinni sem felur í sér að konan hefur einn umönnunaraðila í gegnum barn eignarferlið, en hætt var við það meðal annars vegna þess að það kerfi þótti of dýrt í rekstri, auk þess sem ljósmæðrunum fannst almennt bindingin vera of mikil. Fljótlega, eða í maí árið 2001, störfuðu þessir tveir hópar því á svipaðan hátt og voru svo síðar sameinaðir (Árdís Ólafsdóttir, 2005).

Árið 2000 var ákveðið að færa mæðravernd kvennadeildar Landspítalans út í heilsugæsluna, Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins var sett yfir reksturinn og Miðstöð mæðraverndar var eins og áður sagði stofnuð. MFS einingin fékk góða aðstöðu þar til mæðraskoðunar, voru með tvær skoðunarstofur til afnota sem að voru innréttaðar í anda MFS einingarinnar.

Í nóvember árið 2000 var Hreiðrið á kvennadeild Landspítalans opnað. Hugmyndin var sú að allar heilbrigðar konur gætu fætt þar og legið sængurlegu en þróunin varð sú að nær einungis konur í MFS kerfinu fæddu þar en öllum eðlilega fæddum konum stóð til boða að liggja þar stutta sængurlegu. Í Hreiðrinu eru tvær fæðingarstofur sem eru útbúnar með stórum potti, hjónarúmi og sér klósetti og sturtu. Einnig eru 5 fjölskylduherbergi sem eru útbúin með hjónarúmi og aðstöðu til að sinna barninu. Þar stendur fjölskyldunni til boða að dvelja í sólaring áður en farið er heim í heimaþjónustu ljósmóður.

Hóparnir tveir sem stöfuðu innan MFS einingarinnar voru sameinaðir árið 2003. Þær ljósmæður sem stöfuðu í honum voru þær Rannveig Matthíasdóttir, Guðlaug Pálsdóttir, Jóhanna Hauksdóttir, Margrét Guðmundsdóttir, Sigurborg Kristinsdóttir, Greta Matthíasdóttir, Ragnhildur Reynisdóttir, Elín Hjartardóttir og Anna Eðvaldsdóttir

Starfsemi MFS jókst með hverju ári, árið 1995 voru um 100 fæðingar í MFS

einingunni en árið 2005 voru þær orðnar 308. Eftirspurnin var mikil, jókst frá ári til árs og urðu ljósmæðurnar að vísa mörgum konum frá eða um 30 konum á mánuði. Á sama tíma var farið að bera á gagnrýni frá samfélaginu um að aðeins útvaldar konur fengju svona góða þjónustu og að verðandi foreldrum væri mismunað. Í frétt í Morgunblaðinu bendir Hildur Harðardóttir fæðingarlæknir t.d. á að það vanti fleiri valkosti í mæðraverndina í líkingu við MFS eininguna, þar sem eingöngu heilbrigðar konur fái þjónustu MFS og það hafi einmitt verið gagnrýnt að aðeins heilbrigðar konur fengu bestu þjónustuna sem veitt væri á kvennadeildinni. Það hafi verið talað um að stofna fleiri einingar svipaðar og MFS í ljósi þess að 30 % kvenna detta út úr MFS annað hvort í meðgöngu eða í fæðingu því þær þurfa á sérhæfðri aðstöð sem ljósmóðir getur ekki veitt ein. Þetta mætti leysa með því að hafa teymi lækna og ljósmæðra svipað að uppbyggingu og MFS og væru læknar teymisins á vakt fyrir sitt teymi. Hún áréttar að það sé ekki síður mikilvægt að konur í áhættumeðgöngu fái samfellda þjónustu á meðgöngu, í fæðingu og í sængurlegu („Fagleg sjónarmið verða að ráða ferðinni”, 2000).

Í áðurnefndri rannsókn af reynslu foreldra af samfelldri þjónustu MFS einingarinnar kom fram að foreldrum fannst kerfið vera falið og frekar óaðgengilegt. Einnig fundu þeir foreldrar sem fluttust úr þjónustunni vegna vandamála á meðgöngunni eða í fæðingu fyrir vonbrigðum sem að stöfuðu af því að væntingar þeirra til þjónustunnar brugðust vegna tilkomu flutningsins (Auður E. Jóhannsdóttir, Guðrún Björg Þorsteinsdóttir, Halla Skúladóttir og Ingibjörg Hreiðarsdóttir, 2000).

Ljóst var að breytinga þurfti við og sammæltust margir um það en minna varð úr framkvæmdum, enda ekki allir sammála um hvernig þær ætti að framkvæma. Að margra mati var þörf á að auka frekar þjónustu MFS og þá að allar barnshafandi ættu kost á slíkri þjónustu.

Þann 8. desember árið 2005 var MFS ljósmæðrunum svo tilkynnt af yfirmönnum kvennasviðs LSH að leggja ætti niður MFS eininguna haustið 2006. Einhver óformlegur aðdragandi var búinn að vera að þessari breytingu og umræða í gangi alveg frá árinu 2003. Ljósmæður MFS einingarinnar voru beðnar að ræða þessa ákvörðun ekki opinberlega að svo stöddu en fljótlega lak þetta til fjölmiðla (Gréta Matthíasdóttir og Bergrún Svava

Jónsdóttir, munnleg heimild, 24. apríl, 2007). Í lok desember 2005 kom grein í Blaðinu þar sem að rætt var við Margréti I. Hallgrímsson sviðstjóra/ yfirljósmóður á kvennadeild og Guðlaugu Einarsdóttur formann Ljósmæðrafélags Íslands um þessar breytingar. Margrét talaði þar um að samkvæmt yfirvofandi breytingartillögum ætti að fela heilsugæslunni alfarið umsjón með þessari samfelldu þjónustu og kaus hún að tala ekki um eiginlega niðurfellingu á MFS heldur um ákveðna framþróun á þjónustunni. Hún sagði að nú væru allar heilsugæslustöðvar komnar með ljósmæður og að heilsugæslan legði mikinn metnað í samfellda þjónustu. Einnig talaði hún um að breytingin hefði það í för með sér að opna ætti Hreiðrið meira fyrir eðlilegum fæðingum. Að þar ætti að opna fæðingareiningu fyrir eðlilegar konur sem væru ekki í áhættu og ætluðu sér að fæða án mænurótadeyfingar. Guðlaug Einarsdóttir sagðist hinsvegar líta á þessa ákvörðun sem afturför frekar en framþróun og ítrekaði að hvorki henni né félaginu hefði borist neinar tilkynningar um hvað fælist í breytingunum né hvað ætti að taka við („MFS-einingu lokað á Landspítala, 2005).

Í byrjun janúar 2006 var send út fréttatilkynning sem var birt í fréttablaðinu frá Reyni Tómasi Geirssyni, sviðsstjóra lækninga og Margréti Hallgrímsson, sviðstjóra hjúkrunar á kvennasviði Landspítalans þess efnis að leggja ætti niður MFS eininguna. Þar kom fram að fæðingarþjónustan á höfuðborgarsvæðinu hafi verið nær óbreytt síðustu 10 ár. Að fæðingardeildin væri í byrjun síðasta áratugar, eins og nú, stærsti fæðingarstaður landsins með 2500 til 2800 fæðingar á ári. Í greininni kom fram að fæðingarheimilið hafi verið sameinað fæðingardeildinni 1994 og lokað endanlega 1995. Þar höfðu verið 300-500 fæðingar síðustu árin. Sagt var frá því að á þessum tíma hafi víða í nágrannalöndunum verið komið á nýju þjónustuformi til að tryggja að konur hittu í sem mestu mæli einn eða tvo aðal umsjónaraðila í mæðravernd, í fæðingu og í sængurlegu. Í greininni kom einnig fram að þessu hafi verið ábótavant hér, því hafi barnshafandi konur oft hitt óþarflega margt fagfólk í mæðraverndinni og enn aðra þegar kom að fæðingu og sængurlegu. Til að bæta úr þessu hafi MFS einingin verið stofnuð. Í greininni tala Margrét og Reynir um að þessi nýja þjónusta hafi strax orðið vinsæl og að þá hafi hún að miklu



Einfaldleiki - öryggi - frelsi

Práðlausa Philips Avalon þrýstingsnemakerfið veitir væntanlegum mæðrum frelsi til að ganga um, fara í bað eða breyta auðveldlega um stöðu - allt þetta meðan stöðugt eftirlit er haft með hjartslætti móðurs og barns, hreyfingum barnsins og starfsemi legsins.

Hægt er að senda upplýsingar frá Avalon þrýstingsnemanum í sjúklingaskrá spítalans.

Með þægindi, hreyfanleika, hagkvæmni og hugarró að leiðarljósi, leggur Avalon þrýstingsneminn lið við jákvæða upplifun af fæðingu.

vistor

PHILIPS

sense and simplicity

leyti svarað þáverandi þörf. Sængurlegan hafi verið stýtt í einn til tvo sólahringa og lögd hafi verið áhersla á að heilbrigðar konur eftir eðlilega fæðingu kæmust sem fyrst heim í umsjá sömu ljósmóður. Einnig segja þau frá því að einni af deildum kvennasviðsins hafi verið gjörbreytt í Hreiðrið til að skapa aðstæður sem urðu í senn heimilislegar og fjölskylduvænar en þar hafi nær einungis þær konur sem voru í MFS fengið að fæða. Í greininni kemur fram að hugmyndin um samfelld þjónustuform í barneignarferlinu hafi teygst sig frá kvennasviði Landspítalans til heilsugæslunnar og til baka. Með því móti hafa skapast forsendur til að láta þjónustuna ná til mun fleiri kvenna en ekki aðeins þess hóps kvenna sem MFS annaði. Þau segja að stjórnendur á kvennasviði Landspítalans hafi oft fengið athugasemdir frá konum sem sótt hafa mæðravernd á „sinni” heilsugæslustöð, um að eðlilegt sé að ákveðinn hópur kvenna (sem eru í MFS) séu þær einu sem geti fætt í Hreiðrinu. Margrét og Reynir telja í greininni að af þessum sökum sé eðlilegt að endurskoða þjónustuna og útfæra hana þannig að samfelld og fjölskylduvæn þjónusta verði að leiðarljósi fyrir fleiri konur í barneignarferlinu. Með fyrirhuguðum breytingum megi gera ráð fyrir að allt að 700 konur geti fætt í Hreiðrinu og með tímanum enn fleiri. Þau segja í greininni að samhliða þessum breytingum verði stofnað til enn nánara samstarfs milli heilsugæslunnar og kvennasviðs LSH og að þannig verði vonandi hægt að koma betur til móts við óskir kvenna með ólíkar þarfir og bæta aðstöðu fyrir konur og fjölskyldur þeirra (Margrét I. Hallgrímsson og Reynir Tómar Geirsson, 2006).

Ekki heyrðust opinberlega kröftug mótmæli við því að leggja ætti niður MFS eininguna, hvorki frá ljósmæðrum né konum á barneignaraldri. Þó skrifuðu Rósa Erlingsdóttir og Edda Jónsdóttir tvær greinar í Morgunblaðið þar sem að þær benda á að með því að leggja niður MFS eininguna sé ekki hægt að halda því fram að verið sé að auka valkost kvenna í barneignarferlinu að neinu marki. Að Hreiðrið komi aðeins til með að sinna 700-750 konum á ári af þeim 3000-3500 fæðingum sem eru á LSH árlega og komi því til með að sinna aðeins litlum hópi fæðandi kvenna. Einnig finnst þeim það vera skrítið að nú eigi að loka MFS einingunni með þeim rökum að hún hafi verið svo vinsæl að ekki hafi verið unnt að anna eftirspurn. Benda þær á

að eðlilegra væri að útvíkka starfsemi eða fjölga teymum sem að sinna sérhæfðri fæðingþjónustu, einnig fyrir konur í áhættumeðgöngu. Þær áréttu það að með því að flytja mæðraverndina á höfðuborgarsvæðinu nærri alfarið inn á heilsugæsluna sé ljóst að mjög fáar konur mun njóta samfellu í fæðingarþjónustu. Einnig að ljósmæður sem starfa á heilsugæslustöðvunum séu fæstar í vinnu á fæðingargangi Landspítalans og margar þeirra sinni ekki heimaþjónustu í sængurlegu (Rósa Erlingsdóttir og Edda Jónsdóttir, 2006).

Mikil óánægja var meðal MFS ljósmæðra þegar að sú ákvörðun var tekin að leggja niður MFS eininguna og óvíst var hvort að þær hefðu áhuga á að vinna áfram í Hreiðrinu eða LSH. Tóku þær þó allar á endanum þá ákvörðun að starfa áfram í Hreiðrinu og vinna með yfirljósmóðurinni þar að nýrri starfsemi Hreiðursins. Sýndu nokkrar þeirra áhuga á að fara að vinna á heilsugæslustöð við mæðravernd með vinnu sinni í Hreiðrinu en höfðu ekki erindi sem erfiði. Þó svo að bæði stjórnendur í heilsugæslunni og á LSH hafi sýnt áhuga á að koma á samvinnu á milli þessara tveggja stofnanna og auka þar með samfellda ljósmæðraþjónustu hafa enn sem komið er ekki verið gerðar formlegar breytingar á þá átt.

Síðasta barnið í MFS einingunni fæddist í september árið 2006 og má segja að það hafi verið táknrænt að það var ekki MFS ljósmóðir sem tók á móti því.

Lokaorð

Megin tilgangur með stofnun MFS einingarinnar var að koma á samfellu í barneignarferlinu og auka þannig ánægju kvenna með þjónustuna. Þjónustan spurðist fljótt út og varð mjög vinsæl á meðal barnshafandi kvenna. MFS hóparnir tveir störfuðu aðskildir í rúm tvö ár en voru síðan sameinaðir. Þrátt fyrir miklar vinsældir þjónustunnar heyrðust einnig gagnrýnisraddir. Mörgum fannst einingin illa kynnt, óaðgengileg og öðrum fannst spítalinn gera upp á milli skjólstæðinga sinna. Undir lokin varð það orðið öllum ljóst að breyta yrði starfseminni en voru ekki allir samála um hvernig ætti að framkvæma hana. Tóku yfirmenn kvennasviðsins þá ákvörðun að leggja niður MFS eininguna og gefa þess í stað fleiri konum tækifæri til að fæða fjölskylduvænu umhverfi í Hreiðrinu.

Ekki eru allir sáttir við þessa ákvörðun

un og telja að þó að samfelld þjónusta hafi aukist innan mæðraverndar í samhengi við heimsþjónustu ljósmæðra þá hafi lokun MFS einingarinnar skert valkosti kvenna í barneignarferlinu svo að um muni.

Því er mikilvægt að sjá þessar breytingar sem sóknarfæri fyrir ljósmæður, tækifæri fyrir þær að nýta sér þá þekkingu sem að safnaðist á þessum árum og byggja upp nýja ljósmæðramiðaða samfellda þjónustu í þágu kvenna og fjölskyldna þeirra. Þannig má segja að tilraunaverkefninu um þróun nýrrar þjónustu og vinnufyrirkomulags ljósmæðra fyrir barnshafandi konur í gegnum barneignarferlið sé ekki lokið.

Heimildaskrá

- Auður E. Jóhannsdóttir, Guðrún Björg Þorsteinsdóttir, Halla Skúladóttir og Ingibjörg Hreiðarsdóttir. (2000). *Reynsla foreldra af samfelldri þjónustu MFS-einingarinnar á kvennadeild Landspítalans*. Óbirt lokaverkefni í Hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands.
- Ásthildur Gestsdóttir. (2004). *Þjónustuform ljósmæðra í Ísafjarðarbæ*. Óbirt lokaverkefni í Ljósmóðurfraði við Háskóla Íslands.
- Árdís Ólafsdóttir. (2005). Samfelld ljósmæðraþjónusta – raunhæfur valkostur í barneignarferlinu. *Ljósmæðrablaðið*, 2(83), 6-11.
- Eðlilegar fæðingar í heimilislegu umhverfi (1994, 21. júlí). *Tíminn*, bls.16.
- Fagleg sjónarmið verða að ráða ferðinni (2000, 10. maí) *Morgunblaðið*, bls. 14
- Fæða í hjónarúmi eða í grjóntól. (1995,1. janúar). *DV*, bls. 41.
- Hildur Sigurðardóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Guðrún Björg Sigurbjörnsdóttir, Margrét I. Hallgrímsson, Ágústa Kristjánsdóttir, Rósa Bragadóttir, Helga Bjarnadóttir, Sigurborg Kristjánsdóttir og Elín Hjartardóttir. (1994). *Greinagerð um þróunar og rannsóknaverkefni ljósmæðra á Kvennadeild Landspítalans*. Breytt fyrirkomulag: Hóþþjónusta. Reykjavík: Ríkisspítalar.
- MFS-einingin á Kvennadeild landspítalans. (1994). Reykjavík: Ríkisspítalar.
- MFS-einingu lokað á landspítala. (2005, 28. desember). *Bláðið*, bls. 2.
- Margrét I. Hallgrímsson og Reynir Tómas Geirsson. (2006, 2. janúar). Þróun og breyting á fæðingarþjónustu á kvennasviði LSH. *Fréttablaðið*, bls. 46.
- Reynir T. Geirsson, Gestur Pálsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og Guðrún Garðarsdóttir. (1996). *Skýrsla frá fæðingaskráningu fyrir árið 1995*. Reykjavík: Landspítalinn.
- Reynir T. Geirsson, Gestur Pálsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og Guðrún Garðarsdóttir. (2005). *Skýrsla frá fæðingaskráningu fyrir árið 2004*. Reykjavík: Landspítalinn.
- Rósa Erlingsdóttir og Edda Jónsdóttir. (2006, 2. febrúar). Fæðingarþjónusta á höfuðborgarsvæðinu. *Morgunblaðið* bls. 34.
- Rósa Erlingsdóttir og Edda Jónsdóttir. (2006, 7. mars). Skortur á valkostum í fæðingarþjónustu. *Morgunblaðið*, bls. 32.

„Mig langar að eignast fleiri börn
... eftir nokkur ár“



Mirena
levonorgestrel 20 µg/24 timer
Öryggi sem endist

Jafn örugg og ófrjósemisaðgerð

Mirena (áður Levonova) hentar vel fyrir konur á öllum aldri, einnig þær sem ekki hafa fætt barn.

Kosturinn við Mirena umfram ófrjósemisaðgerð er sá að konan getur skipt um skoðun. Um leið og Mirena hefur verið fjarlægð verður konan frjó á ný.

Fyrir margar konur er stærsti kosturinn við Mirena minnkun blæðinga. Mirena dregur verulega úr blæðingum allt að 97%⁴

Heimildir

- 1) WHO-medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition 2004.
- 2) S. Suhonen et al. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. Contraception 69 (2004) 107-112
- 3) K. Andersson et al. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use. A randomized comparative study. Contraception 1994;49:56-72
- 4) K. Andersson et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of menorrhagia. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, August 1990;vol 97,pp, 690-694



Ljósmæður athugið

Okkur á Kvennadeild Sjúkrahússins
og heilsugæslustöðvarinnar á Akranesi
vantar ljósmóður til starfa sem allra fyrst.
Vaktavinna, unnið 3ju hverja helgi.

Upplýsingar gefur
Anna Björnsdóttir deildarstjóri
í síma 430 6121 og 430 6184



Ljósmóðurstaða

Heilbrigðisstofnun Austurlands auglýsir eftir ljósmóður til
starfa í 100 % stöðu við Heilsugæsluna í Fjarðabyggð.

ATH: Starfshlutfall getur verið eftir samkomulagi.

Heilsugæslan í Fjarðabyggð
samanstendur af heilsugæslustöðvunum á Eskifirði,
Reyðarfirði, Fáskrúðsfirði og Stöðvarfirði.

Umsóknarfestur er til 31. desember 2007
og skulu umsóknir berast til Emils Sigurjónssonar fulltrúa
forstjóra Strandgötu 31. 735 Eskifirði

Nánari upplýsingar um starfið veita
Jónína Óskarsdóttir hjúkrunarstjóri Heilsugæslunnar í
Fjarðabyggð sími 865-5737 netfang: jonina@hsa.is
Lilja Aðalsteinsdóttir framkvæmdastjóri hjúkrunar HSA
sími 860-1920 netfang: lilja@hsa.is
Og Emil Sigurjónsson fulltrúi forstjóra HSA
sími 895-2488 netfang: emils@hsa.is

Fæðing !!



Ég ligg hér inní leginu
og lífið er svo gott,
mig langar ekkert út úr því
þar er svo hlýtt og vott,
ég nærast vel um naflastreng
svo nýt ég þess að vera í keng

hlusta hvernig hjartað slær
og hossast þegar mamma hlær!!

En hvernig get ég komist út
kemst ég niðrum flöskustút?
Æ, flýttu þér að fæða mig,
flýttu þér á þriðja stig!!

Ó, eitthvað að mér þrengir nú,
elsku mamma, ert það þú?



Nú er mér ekki lengur vært
og alltaf minnkar vatnið tært,
æ, mætti ég bara búa í þér,
besta mamma, hlífðu mér!!



En elsku besta mamman mín
mikil eru hljóðin þín,
æ, mamma er ég að meiða þig,
mamma ertu að fæða mig?

Mér finnst ég heyra hlýjan róm
á höfði nem ég fingurgóm!!

Það er sem einhver hjálpi mér
elsku mamma, út úr þér!!

Nú kem ég út og allt er breytt
nú ertu, mamma, voða þreytt,
ég öskra hátt og anda að mér
og ennþá er ég hluti af þér!!

Svo mjúkar hendur halda um mig,
ég hlakka til að snerta þig!!
Ég borin er að brjóstum tveim
og brátt fer ég að sjúga úr þeim.

Þú vermir kaldan kroppinn minn,
en, – hvenær fer ég aftur inn?



Þórdís Klara



ÓMETANLEGUR STUÐNINGUR Á MEÐGÖNGUNNI!

Hafðu samband í síma **565 2885**
og kynntu þér kosti Rehband
meðgöngubeltisins.

REHBAND



Við styðjum þig

Trönuhrauni 8 • Hafnarfjörður • Sími 565 2885 • www.stod.is

Mirena (áður Levonova)

Bayer Schering Pharma.

LYFJALYKKJA; G 02 B A 03 R 0

Hver lykkja inniheldur: Levonorgestrelum INN 52 mg; gefur frá sér 20 mikróg/24 klst. Litarefni: Járnoxíð (E 172).

Ábendingar: Getnaðarvörn, miklar legblæðingar. Vörn gegn ofvexti legslímu við samhliða östrógen uppbótarmeðferð. Skammtar og lyfjagjöf: Lykkjan er sett í legið og verkar í 5 ár. Upphaflegur losunarhraði in vivo er 20 mikróg/24 klst. og minnkar eftir 5 ár í u.p.b. 11 mikróg /24 klst. Losunarhraði levónorgestrels á 5 ára tímabili er 14 mikróg/24 klst. að meðaltali. Við hormónauppbótarmeðferð er hægt að nota lykkjuna ásamt östrógenlyfjum í inntöku eða á formi plásturs án gestagena.

Frábendingar: Staðfest þungun eða grunur um þungun. Yfirstandandi eða endurteknar sýkingar í kynfærum. Sýking í leggöngum. Legslímuvilla eftir barnsbúð. Sýking eftir fósturlát á síðusu 3 mánuðum. Leghálsbólga. Afbrigðilegur vöxtur í leghálsi. Illkynja breytingar í legi eða leghálsi. Ósjúkdómsgreindar óeðlilegar legblæðingar. Meðfæddur eða áunninn afbrigðileiki í legi, þ.á.m. góðkynja bandvefsæxli ef þau aflaga legholið.

Áðstaður sem leiða til aukinnar hættu á sýkingu. Bráðir lífrarsjúkdómar eða lífraræxli.Öfnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnunum í lyfinu. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ef eitthvert af eftirfarandi er til staða eða kemur fram í fyrsta skipti skal athuga hvort fjarlægja þurfi lykkjuna eða nota megí hana í nánú samráði við sérfræðing: Mígrei, staðbundið mígrei með ósamhverfum sjónmissi eða öðrum einkennum sem geta bent til tímabundins blóðskorts í heila; alvarlegur nístandi höfuðverkur; gula; greinileg aukning í blóðþrýstingi; staðfest eða grunur um hormónaháða æxlismyndun, þ.á.m. brjóstakrabbamein; alvarlegir slagæðasjúkdómar eins og heilablóðfall eða kransæðastífla. Hjá konum sem nota töflur sem eingöngu innihalda gestagen (míni-píllur), hafa nýjar faraldsfræðilegar rannsóknir sýnt að það getur verið órlítil aukin hætta á bláæðasegareki en niðurstöður voru ekki tölræðilega marktækar. Við einkenni eða vísbendingar um segarek á undir eins að gera víðeigandi sjúkdómsgreiningu og mælingar. Einkenni um segamyndun í blá- eða slagæðum geta verið: Beinverkur í annarri hlið líkamans og/eða bólga, skyndilegur öflugur verkur fyrir brjósti sem getur dreift út í vinstri handlegg, skyndleg andnaud; skyndileg hóstaköst; óvanalegur mikill langvarandi höfuðverkur, skyndilegur sjónmissir að hluta til eða alger; tvísýni; óskýrt tal eða málstol; svimi; yfirlið með eða án staðfloga, slappleiki eða tilfinningaleysi sem hefur áhrif á aðra hliðina eða allan líkamann; hreyfitruflanir; miklir magaverkir.

Einkenni eða merki sem benda til blóðtappamyndunar í sjónhimnu eru: Óútskýrður sjónmissir að hluta til eða alger, upphaf á úteygð eða tvísýni, doppubjúgur eða æðaskemmd í sjónhimnu. Ekki er vítað hvort hugsanlegt samhengi er á milli bláæðasegareks og æðahnúta og segabláæðabólgu. Konum, sem hafa meðfædda hjartasjúkdóma eða hjartsláttartruflanir með hættu á hjartabólgu, má að gefa fyrirbyggjandi sýklalyfjameðferð við uppsetningu og þegar lykkjan er fjarlægð. Levónorgestrel í litlum skömmtum getur haft áhrif á sykurlögu, og skal fylgjast með blóðstyrk glúkósu hjá sykursjúkum sem nota Levonova. Öreglulegar blæðingar geta dulið einkenni og merki um krabbamein eða sveppasýkingu í legslímhúð. Í þeim tilvikum á að huga vel að sjúkdómsgreiningu. Levonova er ekki fyrsta val hjá konum sem ekki hafa átt barn, og ekki heldur hjá konum eftir tíðahvöf með verulega rýrnun á legi (uterin atrophy). Uppsetning og brotnám/endurnýjun: Áður en lykkjan er sett upp á að upplýsa sjúklinginn um verkun, áhættu og aukaverkanir Levonova. Framkvæma á almenna skoðun og kvenskoðun, sem felur í sér leghálsstrok og brjóstaskoðun. Útiloka skal þungun og smitandi kynsjúkdóma og meðferð sýkinga í kynfærum á að vera lokið. Ákvarða skal stöðu legsins og stærð legholsins. Það er sérstaklega mikilvægt að lykkjan sitji við botn legsins til þess að ná jafnri losun gestagensins í legslímu, til að koma í veg fyrir að hún ýtist út og að hún gefi sem mesta verkun. Fylgja skal leiðbeiningum um uppsetningu vandlega. Sjúkling á að skoða 4-12 vikum eftir uppsetningu og einu sinni á ári eftir það, eða oftár ef þörf er á. Hjá konum á barneignaraldrinum á að setja lykkjuna í legið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga. Levonova má skipta út fyrir nýja lykkju hvenær sem er í tíðahringnum. Lykkjuna má einnig setja í leg strax eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Lykkjuna má setja í leg í fyrsta lagi 6 vikum eftir fæðingu. Levonova hentar ekki sem getnaðarvörn eftir samfarir. Sé Levonova notuð til þess að vernda legslímu við östrógenuppbótarmeðferð á breytingaskeiði, má setja hana upp hvenær sem er hafi konan engar tíðablæðingar, en annars á síðustu dögum blæðinga eða sýndarblæðinga. Þar sem öreglulegar blæðingar/blettablæðingar verða yfirleitt á fyrstu mánuðum meðferðar, er mælt með útilokun á sjúkdómum í legslímu áður en lykkjan er sett upp.

Útiloka verður sjúkdóma í legslímu hjá konum sem fá blæðingartruflanir þar sem Levonova hefur verið sett upp eftir að östrógenuppbótarmeðferð hefur verið hafin. Verði öreglulegar blæðingar við langtíameðferð, skal einnig gera víðeigandi sjúkdómsgreiningu. Lykkjan er fjarlægð með því að toga varlega í þræðina með tóng. Ef þræðirnir sjást ekki og lykkjan liggur í legholinu, er hægt að fjarlægja hana með því að nota líta tóng. Það getur þurft að vikka út leghálsinn. Lykkjuna á að fjarlægja eftir 5 ár. Óski konan eftir að nota sömu getnaðarvörn áfram má setja nýja lykkju á sama tíma. Til þess að forðast þungun á að taka lykkjuna út við tíðablæðingar hjá konum á barneignaraldrinum, sé um tíðahring að ræða. Ef lykkjan er fjarlægð í miðjum tíðahring og ný lykkja ekki sett í staðinn er hætta á að konan verði þunguð ef hún hefur haft samfarir innan viku áður en lykkjan var fjarlægð. Þegar lykkjan er sett upp eða fjarlægð geta komið fram verkir og blæðingar. Aðgerðin getur valdið svima, sem æða- og skreyjtaugaviðbrögð, eða krampaköstum hjá konum með flogaveiki. Tíðafæð/ tíðateppa: Tíðafæð og/eða tíðateppa kemur smám saman fram hjá um 20% kvenna á barneignaraldrinum sem nota Levonova. Líði meira en 6 vikur frá síðustu blæðingum þarf að athuga hvort þungun hafi átt sér stað. Eftir það þarf ekki að endurtaka þungunarpróf hjá þeim sem hafa engar tíðir nema önnur einkenni þungunar komi í ljós.

Þegar Levonova er notuð samhliða stöðugri östrógenuppbótarmeðferð, stöðvast blæðingar smám saman hjá flestum konum á fyrsta ári meðferðarinnar. Grindarholssýking: Hlíðfæðing utan um Levonova ver hana gegn örverumengun á meðan hún er sett upp og er hönnuð þannig að sýkingarhætta sé sem minnst. Hjá notendum koparylkkju er sýkingarhætta í grindarholi mest fyrsta mánuðinn eftir að hún er sett upp en minnkar síðar. Nokkrar rannsóknir benda til að tíðni grindarholssýkinga sé lægri hjá þeim sem nota Levonova en þeim sem nota koparylkkju. Þekktr áhættuþáttur fyrir grindarholsbólgu eru margir rekkjunautar. Grindarholssýking getur haft áhrif á frjósemi og aukið hættu á utanlegsfróstri. Ef kona fær endurteknar legslímubólgu eða grindarholssýkingar, eða ef bráð sýking svarar ekki meðferð innan nokkra daga, verður að fjarlægja Levonova.

Örverupróf eru ráðlögð og reglulegt eftirlit, jafnvel við væg einkenni um sýkingu.

Lykkjan ýtist út: Helstu einkenni ef lykkjan ýtist að hluta til eða algerlega úr leginu geta verið blæðingar eða verkir. Hins vegar getur lykkjan ýst úr legholini án þess að konan taki eftir því. Ef Levonova ýtist að hluta til út geta áhrif hennar minnkað. Þar sem Levonova dregur úr tíðablæðingum geta auknar tíðablæðingar bent til að hún hafi ýst úr leginu. Lykkju sem ekki situr rétt þarf að fjarlægja og setja má upp nýja á sama tíma. Upplýsa skal konuna um hvernig hún athugar að þræðirnir sitji rétt. Rauf/gat: Í sjaldgæfum tilvikum getur rauf/gat komið í legbol eða legháls, oftast við uppsetningu. Ef það gerist á að fjarlægja hana eins fljótt og hægt er. Utanlegsspykkt: Meiri hætta er á utanlegsspykkt hjá konum með fyrri sögu um utanlegsspykkt, sem hafa farið í aðgerð á eggjastokkum eða fengið grindarholssýkingar. Kvíðverkir í neðri hluta kvíðarhols með eða án samtímis blæðingartruflunum geta verið vísbending um utanlegsspykkt. Tíðni utanlegsspykktar hjá þeim sem nota Levonova er 0,06 fyrir hver 100 kvenár, sem er töluvert lægri en 1,2-1,6 sem áætlað er hjá konum sem nota engar getnaðarvarnir. Tyndir þræðir: Ef þræðirnir á lykkjunni sjást ekki við leghálsinn við skoðun þarf fyrst að útiloka þungun. Þræðirnir gætu hafa dregist upp í legið eða leggöngin og geta þá sést aftur við næstu tíðir. Ef þungun hefur verið útilokuð, er yfirleitt hægt að finna þræðina með varfærnislegri könnun með víðeigandi tæki. Ef þeir finnast ekki gæti lykkjan hafa ýst úr leginu. Hægt er að staðsetja Levonova með ómskoðun. Ef ekki er hægt að nota ómskoðun má nota röntgenmyndatöku til þess að staðsetja lykkjuna. Seinkun á eggbúslokum: Þar sem getnaðarvarnandi áhrif Levonova eru aðallega vegna staðbundinna áhrifa verður egglos með eggbússundrun hjá konum á barneignaraldrinum. Stundum seinkar lokun eggbúsins og vöxtur eggbúsins heldur áfram. Þessi stækkuð eggbú er ekki hægt að greina klínískt frá eggjastokksblöðrum. Stór eggbú hafa verið greind hjá um 12% þeirra sem nota Levonova. Flest þessara eggbúa eru einkennalaus, þó geta komið fram verkir í grindarholi eða sársauki við samfarir. Í flestum tilvikum hverfa þessi stærri eggbú sjálfkrafa eftir 2-3 mánuði. Ef það gerist ekki, er mælt með áframhaldandi eftirliti með ómskoðun og öðrum greininga/lækningalegum aðferðum. Í sjaldgæfum tilvikum getur verið þörf á skurðaðgerð.

Meðganga og brjóstagjöf: Lykkjuna má ekki nota sé um þungun að ræða eða við grun um þungun. Ef þungun verður á meðan Levonova er notuð þarf að fjarlægja lykkjuna þar sem lykkjan getur aukið hættu á fósturláti eða fyrirhálsfæðingu. Ef lykkjan er fjarlægð eða legið skoðað getur það leitt til sjálfkrafa fósturláts. Ef ekki er hægt að fjarlægja lykkjuna varlega má ihuga fóstureyðingu. Ef konan óskar eftir því að halda þunguninni og ekki er hægt að fjarlægja lykkjuna á að upplýsa hana um áhættu og afleiðingar fyrir barnið ef það æðist of snemma. Fylgjast skal vel með slíkri meðgöngu. Útiloka skal utanlegsfóstur. Upplýsa á konuna um að hún eigi að tilkynna öll einkenni, sem geta verið merki um kvilla af völdum meðgöngunnar t.d. móðurlífsverki með krömpum og hita. Vegna legu sinnar í legi og staðbundinna áhrifa hormónsins, er ekki hægt að útiloka algjörlega að lyfið valdi fósturskaða (einkum aukin karlkynseinkenni fósturs). Klínísk reynsla af þungun þegar Levonova er til staða er takmörkuð vegna öflugra getnaðarvarnaráhrifa. Þó skal upplýsa konur um að enn hafa ekki komið fram sannanir um fæðingargalla af völdum notkunar Levonova á meðgöngu. Dagsskammtur og blóðþéttni levónorgestrels við notkun Levonova er lægri en eftir aðrar hormónagetnaðarvarnir. Levónorgestrel hefur þó greinst í överulegu magni í brjóstamjól kvenna sem nota Levonova. Hormónagetnaðarvarnir eru ekki ráðlagðar sem fyrsta val á getnaðarvörn hjá konum með barn á brjósti en næst á eftir getnaðarvörnum án hormóna virðast þær sem eingöngu innihalda gestagen vera hentugastar. Engin skaðleg áhrif á vöxt eða þroska barna sem eru á brjósti hafa komið fram ef notuð eru lyf sem einungis innihalda gestagen sex vikum eftir fæðingu. Lyf sem einungis innihalda gestagen virðast hvorki hafa áhrif á magn eða gæði brjóstamjólur. Sjaldan hefur verið tilkynnt um blæðingu frá legi hjá konum með barn á brjósti sem nota Levonova

Aukaverkanir: Aukaverkanir eru algengari fyrstu mánuðina eftir uppsetningu, en hjáðna við langtíma notkun. Eitthvert form blæðingatruflana koma fram hjá um 30%. Sjaldan er greint frá grindarholssýkingum sem getur haft alvarlegar afleiðingar.

Algengar (>1%):

Almennar: Þyngdarbreytingar, verkir í neðri hluta kvíðarhols og bakverkir.

Tíðpræutir, fátíðir, útfærð, leggangaproti, blöðrur á eggjastokkum sem ganga til baka.

Innkirtlar: Brjóstaverkur og aðrir góðkynja brjóstkvillar, bjúgur.

Meltingarfæri: Ögleði.

Pvag-/kynfæri: Blæðingar (tíðari eða lengri tíðablæðingar, blettablæðingar), tíðateppa, tíðpræutir, fátíðir, útfærð, leggangaproti, blöðrur á eggjastokkum sem ganga til baka.

Húð: Húðvandamál (t.d. þrymlabólur, útbrot og kláði).

Sjaldgæfar (0,1-1%):

Miðtaugakerfi: Minnkuð kynhvöt.

Innkirtlar: Ofloðna, aukin svitamyndun, hárlós, feitt hár.

Meltingarfæri: Uppþemba.

Mjög sjaldgæfar (<0,1%):

Pvag-/kynfæri: Grindarholssýkingar.

Miðtaugakerfi: Mígrei.

Fjöldi blettablæðingadaga minnkar smám saman að meðaltali úr 9 dögum í 4 daga á fyrstu 6 mánuðunum hjá konum með miklar blæðingar. Hundarshluti kvenna með lengri blæðingar (fleiri en 8 daga) lækkar úr 20% í 3% á fyrstu 3 mánuðunum. Í klínískum rannsóknum fengu 17% kvenna tíðateppu í minnst 3 mánuði á fyrsta ári notkunar.

Þegar Levonova er notuð samhliða östrógenuppbótarmeðferð, fengu konur fyrir tíðahvöf blettablæðingar og öreglulegar blæðingar á fyrstu mánuðunum.

Blæðingar minnkuðu með tímanum og í lok fyrsta árs voru þær överulegar og 30-60% af notendum höfðu ekki blæðingar.

Þungun sem verður þegar Levonova er til staða getur verið utanlegs.

Grindarholssjúkdómar geta komið fram hjá þeim sem nota Levonova en tíðin er lág. Lykkjan eða hluti hennar getur farið í gegnum legvegginn. Stærri eggbú (starfrænar blöðrur á eggjastokkum) geta myndast (sjá Seinkun á eggbúslokum). Öfnæmisviðbrögð geta verið af völdum lykkjunnar.

Ákvæði um notkun/meðhöndlun lyfsins: Levonova er í dauðhreinsuðum pakkningum sem ekki á að opna fyrr en við uppsetningu lykkjunnar. Viðhafa skal smitgát þegar lykkjan er meðhöndluð. Ef innsiglið dauðhreinsaða pokans er rofið á að farga lykkjunni sem lyfjaleifum. Lykkju sem hefur verið fjarlægð á einnig að meðhöndla sem lyfjaleifar þar sem hún getur innihaldið hormóna.

Pakkningar og verð 1.nóv 2007: 1 stk. 14.634 kr Afgreiðslutilhögun: lyfseðilsskilt.



Þegar andlát ber að höndum

Önnumst alla þætti útfararinnar.

Við Útfararstofu kirkjugarðanna starfa nú 14 manns með áratuga reynslu við útfarabjónustu. Stærsta útfararþjónusta landsins með þjónustu allan sólarhringinn.

Prestur
Kistulagning
Kirkja
Legstaður
Kistur og krossar
Sálmaskrá
Val á tónlistafólki
Kistuskreytingar
Dánarvottorð
Erfidrykkja

Vesturhlíð 2
Fossvogi
Sími 551 1266
www.utfor.is



ÚTFARARSTOFA
KIRKJUGARÐANNA EHF.

Heilbrigðisstofnun Austurlands,
Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað

Ljós móðir

Laus er til umsóknar staða ljósmóður við fæðingadeild og heilsugæslu Fjórðungssjúkrahússins í Neskaupstað, HSA/FSN, en starfshlutfall og upphaf starfs getur verið eftir nánara samkomulagi. Starfskjör eru samkvæmt kjararamningi LMFÍ og ríkisins og stofn-
anasamningi HSA, ásamt húsnæði á viðráðanlegu verði, aðstoð við flutning á svæðið ef með þarf ofl.p.h. Nú er nýlengið við endurbygging á eldri hluta FSN ásamt viðbyggingu en einnig er mikil uppbygging um allan fjórðunginn. Allar frekari upplýsingar gefa Valdimar O. Hermannsson, fulltrúi framkæmdastjóra HSA/FSN og Friðný Helga Þorlákssdóttir, hjúkrunarstjóri FSN, í sínum 470 1450 og 860 6770. Umsóknarfrestur er til 31. desember 2007 og skulu umsóknir sendar á netföng: valdimarh@hsa.is og/eða á fridny@hsa.is

Til frekari upplýsinga,

Neskaupstaður í Norðfirði er byggðakjarni innan Fjarðabyggðar sem er stærsta sveitarfélag á Austurlandi, með um 6.000 íbúa. Upptökusvæði HSA/FSN, er allt Austurland en þar búa nú u.þ.b., 14.000 manns og fer ört fjölgandi. Í Fjarðabyggð er rekin öflug þjónusta, verslun og afþreying á svæðinu er fjölbreytt svo og rekstur hótela og veitingahúsa um allan fjórðunginn. Í Neskaupstað er starfræktur grunnskóli, tónskóli og leikskóli ásamt Verkmenntaskóla Austurlands, en einnig er góð aðstaða til íþróttaiðkunnar. Sundlaug, íþróttahús, íþróttavöllur og golfvöllur eru á svæðinu sem og finasta skíðasvæði í Oddskarði. Náttúrufegurð er mikil á svæðinu enda eru mörg skemmtilegustu göngu- og útivistarsvæði landsins á Austurlandi.

Sjá einnig heimasíðu HSA/FSN www.hsa.is



LÝÐHEILSUSTÖÐ

www.lydheilsustod.is



www.ljosmodir.is

Háskólanám er fjárfesting... eða hvað?

Ég veit ekki hvort ég á að þakka eða kenna systur minni um að ég sé komin í kjaranefnd fyrir Ljósmaðrafélag Íslands. Hvað sem öðru líður þá hvatti hún mig eindregið til að láta til mín taka á þeim vettvangi. Sjálf hefur hún undanfarin ár setið í samninganefnd fyrir lögfræðinga hjá ríkinu. Þegar hún kynnti sér samninga ljósmaðra varð hún orðlaus og skyldi ekki hvernig við ljósmaður gætum samþykkt og unað þeim samningum sem við höfum í dag. Staðreynd málsins er einfaldlega sú að það er vart hægt að lifa á launum ljósmóður í dag svo vel sé.

Oft hefur því verið haldið fram að háskólanám sé fjárfesting til framtíðar. En í hvaða skilningi? Mín persónulega reynsla er sú að háskólanám sé vissulega fjárfesting hvað varðar reynslu og fróðleik. Hvað varðar hið fjárhagslega hefur háskólanámið síður en svo gefið mér meira í launaumslagið. Saga okkar systra er ef til vill táknað fyrir það launamisrétti sem nú viðgengst. Mikil mismunur viðgengst í launaröðun stétta, sem hvorki á nokkuð skylt við lengd háskólanáms né ábyrgð í starfi.

Ég ólst upp sem einægja tvíbur. Við systur erum og höfum verið afar nánar og höfðum alltaf farið sömu leiðir í lífinu þar til við vorum tvítugar að við stóðum á tímamótum og þurftum að velja okkur starfsvettvang til framtíðar. Aldrei kom annað til greina en að fara í háskóla, enda aldar upp við að menntun skipti miklu máli. Við útskrift úr framhaldsskóla var meðaleinkunn okkar systra nákvæmlega sú sama. Hugur minn stóð aldrei til annars en að gerast ljósmóðir sem hafði verið áhugasvið mitt til margra ára. Hennar val stóð hins vegar milli lögfræði eða heilbrigðisgreina. Eftir fimm ár í Háskóla lauk hún embættisprófi í lögfræði. Eftir fjögurra ára háskólanám lauk ég B.S.c prófi í hjúkrunarfræði, stuttu síðar stjórnunarnámi frá EHÍ og síðar embættisprófi í ljósmóðurfræði. Ég er því með ríflega sjö ára háskólanám en hún á fimm ára nám að baki. Báðar störfum við í dag hjá ríkinu, báðar sem millistjórnendur, hvor í sínu fagi.

Báðar höfum við í tvígang farið í



Bárá Hildur Jóhannsdóttir
ljósmóðir,
formaður kjaranefndar LMFÍ

fæðingarorlof, jafnlangt í hvort skipti. Launamunur okkar systra er nú 35% á grunnlaunum. Þá eru ótalin öll þau fríðindi sem hennar starfi fylgja. Mínn aukatekjur eru engar nema ég vinni kvöld, nætur, helgar og helgidaga. Það má ekki misskilja mig, mér finnst að systir mín eigi sín laun fyllilega skilið og meira til.

En er þessi launamismunur okkar systra ásættanlegur? Nei er svar mitt og systir mín er mér hjartanlega sammála. Vinnur hún mikilvægara starf en ég? Við systur erum líka sammála um að svo er ekki. Hún vinnur með pappíra en ég með mannlíf. En hvers vegna ætli þessi launamunur sé? Báðar erum við bundnar þagnarskyldu, svo ekki er það ástæðan. Ég sé einungis tvær ástæður fyrir þessum launamun. Önnur er sú að hún hefur möguleika á að vinna á einkamarkaði sem lögfræðingur en mínir möguleikar eru eingöngu hjá ríkinu, vilji ég starfa áfram við það starf sem ég menntaði mig til og hef unun af. Hin ástæðan sem ég tel að sé helsta skýringin, er sú að hún kemur úr blandaðri stétt karla og kvenna en mín stétt er eingöngu skipuð konum.

Samkvæmt formlegum viðmiðum menntamálaráðherra á æðri menntun og prófgráðum, byggðum á Lögum nr. 63 um háskóla, frá árinu 2006, er embættispróf í ljósmóðurfræði jafngilt meistaraþrófi, rétt eins og embættispróf í lög-

fræði. Hingað til hefur ljósmóðurnám hins vegar verið metið til jafns við fjögurra ára háskólanám og launin verið ákvörðuð samkvæmt því, þrátt fyrir að sex ára háskólanáms sé krafist til þess að mega starfa sem ljósmóðir. Ég tel það mjög óeðlilegt að hjúkrunarfræðingar lækki í launum og í besta falli haldi óbreyttum launum við það að bæta við sig tveggja ára háskólanámi eins og raun er. Breytinga er þörf, ekki seinna en strax.

Stjórn og kjaranefnd Ljósmaðrafélags Íslands er stórhuga og full bjartsýni fyrir næstu kjarasamninga sem lausir verða 30. apríl næstkomandi. Undirbúningur hófst strax síðastliðið sumar. Send var út könnun á launum og kjörum ljósmaðra, námskeið hefur verið haldið ásamt fræðslukvöldi um ímynd ljósmaðrastéttarinnar. Þetta er bara byrjunin. Vinnan heldur áfram alveg fram á næsta vor. Við ætlum okkur stóra hluti og því verður að sá fræjunum vel svo uppskeran verði góð.

Ég hef heyrt það úr mínu umhverfi að ljósmóður séu búnar að fá sig fullsaddar af miklu álagi, mikilli ábyrgð og lélegum launum. Nú er lag. Stöndum saman og krefjumst leiðréttinga á launum og bættum kjörum fyrir ljósmæður.

Í fréttum síðustu mánuði hefur félagsmálaráðherra, Jóhanna Sigurðardóttir sagt þau stóru orð að hún vilji leiðrétta kjör kvennastétta. Eins og áður sagði þá tel ég eina helstu ástæðu þessa mikla launamunar okkar systra vera þá að mín stétt er einungis kvennastétt. Þessar fréttir eru því afar gleðilegar fyrir okkur ljósmæður. Ennfremur eru það góðar fréttir sem berast frá fjármálaráðherra um góða stöðu ríkissjóðs samkvæmt fjárlögum næsta árs og ætti því að vera auðvelt að efna stóru lofordin um að afnema kynbundinn launamun.

Ég vona innilega að ég geti í vor þakkað systur minni þá hvatningu sem olli því að ég fór í kjaranefnd í stað þess að svekkja sjálfa mig á því að hafa ekki valið lögfræði eins og hún. Það er jú þannig að áhugi minn á ljósmóðurfræðinni dugir ekki til að framfleyta heilli fjölskyldu.

Með baráttukveðju

PregnaCare

Fyrir, á og á eftir meðgöngu



Á vef LSR, www.lsr.is, geta sjóðfélagar nálgast yfirlit og séð heildarstöðu lífeyrisréttinda sinna og iðgjaldaskil launagreiðenda.



Traustur sjóður, örugg samfylgd

Þegar starfsævinni lýkur reynast lífeyrisréttindi ein mikilvægasta eign okkar flestra. Á lífsleiðinni skiptir því öllu máli að njóta samfylgdar lífeyrissjóðs sem býr vel í haginn fyrir framtíðina.

Meginhlutverk LSR er að taka á móti iðgjöldum sjóðfélaga og ávaxta þau í sameiginlegum sjóði til að greiða elli-, örorku-, maka- og barnalífeyri. Sjóðfélagar LSR hafa ávallt greiðan aðgang að greinargóðum upplýsingum um réttindi sín og lífeyrisgreiðslur. Þá eiga allir sem greiða eða hafa einhvern tíma greitt í LSR rétt á lífeyrissjóðsláni.

Séreign LSR tekur við frjálsum viðbótarsparnaði sjóðfélaga og geta þeir valið um þrjár fjárfestingarleiðir til að ávaxta sparnaðinn. Viðbótarsparnaður er séreign sjóðfélaga og erfist við fráfall. Hvort sem þú greiðir í A- eða B-deild LSR ætti framlag í Séreign LSR að vera eðlileg viðbót.