

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 1. tbl. - 92. árgangur - júlí 2014
- Journal of the Icelandic Midwives Association -



Fjöldi skoðana í meðgöngu,
samfella í þjónustu og
reynsla kvenna

Reynsla og viðhorf
kvenna í sængurlegu

Breytingar á fæðingar-
þjónustu Landspítalans



05:11 – Undirbý mig fyrir trommuæfingu

með sleifunum hennar mömmu.

Pampers bleiur hjálpa barninu þínu að ná lengri samfelldari svefni, allt að 12 tímum, fyrir frábæra morgna.

Bleiurnar hafa þann eiginleika að bæta svefn ungbarna með því að hjálpa til við að halda bleiusvæðinu þurru.

- 1 Pampers bleiur koma í veg fyrir að væta liggi á viðkvæmri húð barnsins með **3 yfirlögum og ofur rakadrægum gel kúlum**. Rakadrægt gelið dregur í sig vætuna og breytir strax í mjúkt gel, bleian helst því þurr og þægileg að innanverðu og barnið nær að sofa lengur ótruflað.
- 2 Teygjanlegt efnið í bleiunni **við innanverð lærin lagar sig að fótleggjum barnsins** og kemur í veg fyrir leka þegar það hreyfir sig á meðan það sefur.
- 3 **Færanlegar festingar sem auðvelt er að opna og loka** svo bleian passi fullkomnlega á barnið. Festingarnar hjálpa þannig til við að koma í veg fyrir leka og barninu líður vel með bleiuna.



New Baby bleiurnar frá Pampers eru að auki með innbyggðum vætumæli sem sýnir hvenær barnið gæti þurft nýja bleiu.


lovesleep&play



Ljósmaðrablaðið gefið út af
Ljósmaðrafélagi Íslands
Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími: 595 5155 Fax: 588 9239
Netfang: formadur@ljosmodir.is
skrifstofa@ljosmodir.is
Heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is

Ábyrgðarmaður
Áslaug Valsdóttir, formaður LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
S. 846 1576 hrafn@internet.is
Sigrún Ingvarsdóttir
sigrun81@gmail.com
Embla Ýr Guðmundsdóttir
emblayrg@gmail.com

Ritstjórn fræðilegs efnis
Helga Gottfreðsdóttir
helgagot@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir
bugsy@internet.is
Ingibjörg Eiríksdóttir
ingibjorgei@simnet.is
Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingbjorghre@simnet.is

Myndir
Björg Sigurðardóttir
Guðrún Sigríður Ólafsdóttir
Hrafnhildur Ólafsdóttir
Heiðís Dögg Sigurbjörnsdóttir
Shutterstock

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Dóra Stephensen

Umbrot og prentvinnsla
Stafræna prentsmiðjan, Prentun.is

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 end-
urspegla 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 gefa út tvö tölublöð á ári. Skilafrestur
er í samráði við ritnefnd og skal efni berast
á tölvutæku formi.

Forsíða
Mynd: Shutterstock

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórapistill
- 6 Ávarp Formanns
- 7 Fjöldi skoðana í meðgöngu, samfella í þjónustu og reynsla kvenna
Hildur Kristjánsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson
- 16 Reynsla og viðhorf kvenna
Hildur Sigurðardóttir
- 23 Stöndum vörð um eðlilegar fæðingar og veljum það besta hverju sinni
Anna Sigríður Vernharðsdóttir og Helga Sigurðardóttir
- 28 Fæðingarþjónusta á krossgötum
Árdís Ólafsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir
- 31 Hin leiðandi hönd
María Rebekka Þórisdóttir
- 34 Fra panik til ro
Guðrún Sigríður Ólafsdóttir og Gréta Rún Árnadóttir
- 37 Sérfræðiljósmaður á Íslandi
Ingibjörg Eiríksdóttir, Helga Gottfreðsdóttir og Valgerður Lísá Sigurðardóttir
- 39 95 ára afmæli Ljósmaðrafélags Íslands
- 42 Málstofa í ljósmóðurfræði
- 44 Stjórn og nefndir Ljósmaðrafélags Íslands 2013 - 2014
- 51 Hugleiðing ljósmóður
Embla Ýr Guðmundsdóttir

Litið um öxl

Árið 1919 var Ljósmeðrafélag Íslands stofnað og höldum við því í ár upp á 95 ára afmæli félagsins. Á svona tímamótum er oft horft um öxl, hefur eitthvað áunnist? Ef við hugsum til ljósmeðra sem voru starfandi þegar Ljósmeðrafélag Íslands var stofnað, þá getum við ekki annað sagt en að heilmikið hafi áunnist. Réttindi eins og lífeyrisréttindi eru orðin sjálfsögð í dag sem þekktist ekki áður. Ljósmeður sinna konum í barneignarferlinu um allt land eins og áður, í dag hafa verið gerðar klínískar leiðbeiningar um meðal annars meðgönguvernd þar sem kemur fram ákveðið viðmið um hversu oft mælt er með að konur komi að jafnaði í mæðraskoðun. Má segja að ljósmeður séu sammála því að mikið hafi áunnist með skipulagðri mæðravernd, í dag sjáum við ekki eins veikar konur og áður og er því að þakka góðri mæðravernd. Fæðingarþjónustan hefur líka breyst en ekki eru allar ljósmeður sammála um ágæti stöðunnar í dag. Áður fæddu konur heima hjá sér hér á landi, í dag fæða konur almennt á sjúkrahúsum og langflestar á Landspítalanum. Búið er að draga verulega úr fæðingarþjónustu á landsbyggðinni, þurfa konur að fara að heiman til Reykjavíkur og bíða, jafnvel í nokkrar vikur eftir að fæða barn sitt. Ekki er hægt að segja annað en þetta sé afturför. Margir vilja meina að val kvenna um fæðingarstað sé litið á Íslandi. Á höfuðborgarsvæðinu hafa konur val um að fæða á kragasjúkrahúsinum (Akranesi, Selfossi og Keflavík), á hátæknisjúkrahúsi eða heima. Hinn 1. mars sl. var gerð skipulagsbreyting á Landspítalanum. Núna er ein fæðingardeild og ein sængurlegudeild, áður var Hreiðrið bæði fæðingar- og sængurlegudeild. Með þessari breytingu er haft að markmiði að auka eðlilegar fæðingar og minnka inngríp. Búið er að gera nokkrar breytingar á húsnæðinu til hagsbóta fyrir konur og starfsfólk. Ég spyr mig ef markmiðinu um fjölgun eðlilegra fæðinga næst ekki, hvað eigi þá að gera? Hvort þessi ákvörðun er framþróun fyrir verðandi foreldra eða ekki verður tíminn að



Hrafnhildur Ólafsdóttir
ritstjóri Ljósmeðrablaðsins

leiða í ljós. Margar ljósmeður sakna þess að ekki sé nein ljósmeðrarekin eining á höfuðborgarsvæðinu og er spurning hvort ekki sé kominn tími til að opna fæðingarheimili. Margt hefur áunnist en áfram heldur baráttan fyrir bættum kjörum fyrir ljósmeður og barátta fyrir barnshafandi konur.

Að venju er fjölbreytt efni í blaðinu, tvær ritrýndar greinar birtast. Önnur er úr rannsókninni „Barneign og heilsa“. Þar er tekinn fyrir fjöldi skoðana á meðgöngu og samfelld þjónusta. Í niðurstöðum kemur fram að hópur kvenna, sérstaklega frumbyrjur, nái ekki viðmiðum um fjölda skoðana óháð meðgöngulengd. Um þriðjungur kvenna hittir eina ljósmóður í meðgönguvernd. Vilja höfundar greinarinnar meina að þessar niðurstöður gefi tilefni til frekari skoðunar á skipulagi þjónustunnar í ljósi þess að áhersla er á að konan hitti eins fáa fagaðila og mögulegt er. Hin ritrýnda greinin fjallar um heimaþjónustu ljósmeðra. Þar er verið að kanna viðhorf og reynslu kvenna af þjónustu sem

veitt er í sængurlegu bæði á stofnun og heima. Í greininni kemur fram að niðurstöður rannsóknarinnar styðja fyrri sambærilegar rannsóknir og gefa til kynna almenna ánægju kvenna með sængurleguþjónustuna, einkum heimaþjónustu ljósmeðra þar sem stærstur hluti kvenna vill að þjónustunni sé viðhaldið og aðgengi að henni jafnvel aukið.

Anna Sigríður Vernharðsdóttir, yfirljósmóðir á fæðingavakt Landsspítalans, og Helga Sigurðardóttir, yfirljósmóðir á meðgöngu- og sængurkvennadeild Landsspítalans, skrifa um skipulagsbreytingar sem urðu í vor á Landspítala. Töluverð umræða var um þessar breytingar eftir að ákvörðun var tekin. Einhverjir hafa efast um að þessar breytingar séu til bóta og því gott að fá grein frá þeim til að útskýra málið. Þessu tengt skrifa Helga Gottfreðsdóttir og Árdís Ólafsdóttir grein um ljósmeðrastýrða þjónustu sem, eins og áður segir, er ekki í boði á höfuðborgarsvæðinu.

Öllum ljósmeðrum og fjölskyldum þeirra óska ég gleðilegs sumars.



Því hjálpa má þurri húð



DECUBAL
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

decubal.is

Fituríkt. Milt. Mýkjandi.

Nýja lípið kremið frá Decubal er nærandi og rakagefandi krem með 70% fituinnihaldi, sérstaklega þróað fyrir mjög þurra og erfiða húð. Kremið eflir náttúrulegar varnir húðarinnar og eykur teygjanleika hennar.

Decubal Lipid Cream er prófað af húðsjúkdómalæknum og inniheldur hvorki parabena né ilm- og litarefni. Kremið hefur fengið vottun norrænna Astma- og ofnæmissamtaka og hentar einnig á viðkvæma húð.

Aðeins selt í apótekum.



Tækifæri fyrir ljósmæður

Kæru starfssystur.

Á þessu ári sem undirrituð hefur setið í stól formanns hafa augu mín opnast enn betur en áður fyrir mikilvægi þess að standa vörð um starfið og stéttina. Þegar hlutir ganga ekki eins og best verður á kosið er auðvelt að skella skuldinni á stjórnvöld, stjórn stofnana og aðra sem með ákvörðunarvald fara. Ekki má þó gleyma því að það er okkar sem stétt að bregðast við þeim breytingum sem verða og annaðhvort snúa þeim okkur í hag eða að skapa okkur ný störf með einhverskonar frumkvöðlastarfi.

Athyglisvert er að nánast sami fjöldi ljósmæðra hefur útskrifast á ári hverju undanfarin hundrað ár. Á síðustu hundrað árum hefur útskrifuðum læknum fjölgað úr 5 í um það bil 50 árlega og eru þá einungis þeir taldir sem útskrifast frá Háskóla Íslands. Á þessum tíma hefur einnig orðið til fjöldi annarra stétta sem útskrifa árlega 40–60 nemendur eða margfalt fleiri en ljósmæður. Hvernig stendur á því að fjölgun hefur orðið nánast í hverri einustu fagstétt nema hjá okkur? Hvernig má þetta vera þar sem fæðingum hefur fjölgað um helming og konurnar eru veikari? Og þá er ótalin sú merkilega staðreynd að það er atvinnuleysi meðal ljósmæðra!

Það er ekkert eitt einfalt svar til við þessu en eitt er ljóst að ljósmæður eru í fyrsta lagi vel menntaðir fagmenn og vannýtt auðlind sem gæti tekið að sér margskonar störf í grunnþjónustunni er lúta að kynheilbrigði og heilsu kvenna. Vonandi munu ráðamenn átta sig á því fyrir en seinna.

Í öðru lagi virðast ljósmæður ekki nýta sér þau tækifæri sem eru í samfélaginu allt í kringum okkur. Ég rakst nýlega á auglýsingu þar sem verið var að auglýsa námskeið í fæðingarundirbúningi. Sú sem heldur námskeiðið er hjúkrunarfræðingur! Ég er ekki að gera lítið úr henni og er heldur ekki að segja að námskeiðið sé ekki gott en hvernig stendur á því að ljósmæður missa af þessu tækifæri? Í þriðja lagi verða ljósmæður að sýna fram á þörfina fyrir störf þeirra. Nú er verið að draga saman í heilsugæslunni. Það hefur ekki verið endurráðið í störf sem hafa losnað og sumar ljósmæður hafa misst



Áslaug Valsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

prósentur af starfshlutfalli sínu. Á sama tíma kíkna ljósmæður í mæðravernd undan vinnuálagi og algengt er að þær séu að ljúka við skráningu eða hringja simtöl kauplaust eftir að vinnudegi lýkur. Þetta gengur ekki. Það verður að bóka þannig að nægur tími sé til að sinna konunni OG ljúka við skráningu og allt annað sem tilheyrir vinnudeginum. Við það myndast bið eftir tíma hjá ljósmóður og það er bara gott, það þykir ekki tiltökumál að biða vikum saman eftir tíma hjá lækni og þetta er besta leiðin til að sýna fram á aukna þörf. Meðan ljósmæður hlaupa hraðar og vinna meira kauplaust eftir að vinnudegi lýkur verður ekki neitt gert í að fjölga stöðugildum ljósmæðra í heilsugæslunni.

Eitt af þeim málum sem hefur brunnið heitt á ljósmæðrum undanfarið er fækkun valmöguleika í fæðingum. Þarna gildir að þegar ein hurð lokast opnast gluggi annars staðar. Ljósmæður verða að sjá tækifærin í kringum

sig og grípa þau. Nú er færi á að huga að stofnun fæðingarheimilis sem hefur verið draumur margra um árabil. Til að hjálpa okkur núna koma fréttir frá NICE í Bretlandi um að hraustar konur eigi frekar að fæða á ljósmæðrarekinni einingu eða heima heldur en á sjúkrahúsi. Það hlýtur að vera styrkur fyrir þær sem vilja sjá draum um fæðingarheimili verða að veruleika að hafa í rökstuðningi sínum opinberar ráðleggingar er kveða á um þetta og auðvitað líka fyrir þær sem sinna heima-fæðingum. Áður hefur verið reynt að koma fæðingarheimili á fót og ef til vill hefur verið unnin ákveðin grunnvinna sem gæti nýst í undirbúningsvinnu fyrir stofnun fæðingarheimilis núna.

Það sem ég á við með þessum pistli er einfaldlega það að þó að á móti blási, stöðugildum sé fækkað, valkostum fækkað og ekki sé næga vinnu að hafa þá höfum við alltaf ákveðin vopn með okkur til að nota til að sækja fram. Það er um að gera að nýta þau og standa allar saman í að efla fagið og stéttina.

Að lokum óska ég ljósmæðrum öllum og fjölskyldum þeirra gleðilegs sumars.

Njótið ykkar vel í sumarfríinu.



Fjöldi skoðana í meðgöngu, samfella í þjónustu og reynsla kvenna

Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu barns



Hildur Kristjánsdóttir ^{1,2}
Ljós móðir, lektor



Helga Gottfreðsdóttir ^{2,3}
Dósent í ljósmóðurfræði



Amalía Björnsdóttir ⁴
Dósent í aðferðafræði



Jóhann Ág. Sigurðsson ^{5,6}
Prófessor í heimilislæknisfræði

1) Embætti landlæknis, 2) Hjúkrunarfræðideild, námsbraut í ljósmóðurfræði, HÍ, 3) Kvinnadeild LSH, 4) Menntavísindasvið, HÍ, 5) Heimilislæknisfræði, Lækna-deild Háskóla Íslands/Þróunarstofa, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Reykjavík, 6) Department of Public Health and General Practice/General Practice Research Unit, NTNU, NO-7489, Trondheim, Noregi.

ÚTDRÁTTUR

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða reynslu kvenna af meðgönguvernd með áherslu á fjölda skoðana og samfelli í þjónustu ljósmóður.

Þátttakendur voru konur sem hófu meðgönguvernd á heilsugæslustöðvum og svöruðu tveimur spurningalistum í rannsókninni „Barneign og heilsa“, þeim fyrri skömmu eftir fyrstu skoðun í meðgönguvernd, þar var svarhlutfall 63% (n=1111) og 765 (69%) konur svöruðu seinni listanum, um 5–6 mánuðum eftir fæðingu. Gagnasöfnun stóð yfir frá febrúar 2009 til janúar 2011.

Þátttakendur sögðust að meðaltali hafa hitt ljósmóður í 8,9 skipti í meðgönguvernd. Þegar tekið var tillit til meðgöngulengdar náðu 28% frumbyrja og 20% fjölbyrja ekki viðmiðum um fjölda skoðana í meðgönguvernd. Konur í dreifbýli voru líklegri en konur á höfuðborgarsvæðinu til að ná viðmiðum um fjölda skoðana og þær konur sem náðu viðmiðum voru frekar mjög ánægðar með eftirlit með heilsufari en þær konur sem ekki náðu viðmiðum. Að meðaltali hittu þátttakendur 1,9 ljósmóður í meðgönguvernd og 17% hittu þrjár ljósmæður eða fleiri. Þær konur sem hittu tvær eða fleiri ljósmæður voru síður mjög ánægðar með eftirlit með heilsufari og tilfinningalegan stuðning fagfólks á meðgöngu en þær konur sem hittu eina ljósmóður.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að hópur kvenna, sérstaklega frumbyrjur, nái ekki viðmiðum um fjölda skoðana óháð meðgöngulengd. Um þriðjungur kvenna hitti eina ljósmóður í meðgönguvernd. Þessar niðurstöður gefa tilefni til frekari skoðunar á skipulagi þjónustunnar í ljósi þess að áhersla er á að konan hitti eins fáa fagaðila og mögulegt er.

Lykilorð: Meðganga, meðgönguvernd, reynsla, fjöldi skoðana, samfella, væntingar.

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore women's experiences of antenatal care with focus on the number of visits and continuity of care.

Pregnant women who started their antenatal care at a health care centre and participated in the national cohort study „Childbirth and Health“ answered two questionnaires, the first one shortly after their first visit in antenatal care. Participation was 63% (n=1111) and 765 (69%) answered the second questionnaire 5–6 months after giving birth. Data was gathered from February 2009 till January 2011. Approximately 69% of the participants were from the capital area and 31% from rural areas.

Participants reported they had met a midwife in antenatal care on average 8.9 times. After adjusting for pregnancy length, 28% primiparas and 20% multiparas did not meet the set standard of number of meetings in antenatal care. Women living in rural areas were more likely than women in the capital area to reach the set standards of number of visits and women that did so were more often very satisfied with their physical health controls than those who did not. On average, the women met 1.9 midwives during their antenatal care period and 17% met three midwives or more. The women that met two or more midwives were less likely to be very satisfied with their own health controls and emotional support of health care professionals during pregnancy than women who only met one midwife during antenatal care.

Our results indicate that the standard schedule for antenatal visits is not met by all women, especially primiparas, irrespective of pregnancy length. About one third of the women met one midwife during their antenatal care. This is of concern since it is recommended that women meet with as few caregivers as possible and raises questions regarding the organisation of the care.

Keywords: *Pregnancy, antenatal care, experiences, expectations, number of visits, continuity*

INNGANGUR

Meðgönguvernd fyrir heilbrigðar konur í eðlilegri meðgöngu fer fram á heilsugæslustöðvum landsins og er sinnt af ljósmæðrum í samstarfi við heimilislækna og aðra sérfræðinga, eins og til dæmis fæðinga- og kvensjúkdómalækna, sálfræðinga, næringarfræðinga og hjúkrunarfræðinga. Konum í áhættumeðgöngu er vísað í sérhæfða meðgönguvernd. Skipulag meðgönguverndar er samræmt á landsvísi og afmarkað með reglugerð (Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar nr. 787/2007) og tekur mið af klíniskum leiðbeiningum (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010). Þjónustan er konum að kostnaðarlausu.

Hér á landi hefur einkum verið tekið mið af breskum leiðbeiningum frá NICE (National Institute for Clinical Excellence) útgefnu 2003 með síðari breytingum 2008. Þær hafa verið aðlagðar að íslenskum aðstæðum og útgefna af Embætti landlæknis árið 2008 og endurskoðaðar 2010.

Mikilvægt er að skilja samband milli skipulags og innihalds meðgönguverndar og hvernig þjónustan er nýtt annars vegar og hins vegar útkomu ýmissa þátta á meðgöngu. Ekki eru til stöðluð viðmið fyrir þjónustu á meðgöngu sem allir aðhyllast en nokkrir þættir eru álitnir mikilvægir, svo sem fjöldi skoðana (Raatikainen, Heiskanen og Heinonen, 2007), upphaf meðgönguverndar (Hueston, Gilbert, Davis og Sturgill, 2003) og samfella í þjónustu (Hodnett, 2008). Í íslensku leiðbeiningunum er mælt með ákveðnum fjölda skoðana, hvaða upplýsingar skuli veittar og hvenær ásamt áhættumati. Mælt er með samfelli fagfólks í þjónustunni og hvatt til þess að skipulag, til dæmis fjöldi skoðana, sé ætíð lagað að þörfum konunnar og tilgangi sérhverrar skoðunar. Bent er á mikilvægi þess að konum sé gefið tækifæri til umræðna og spurninga og að umhverfi þjónustunnar geri konum kleift að ræða viðkvæm mál (Hildur Kristjánsdóttir, o.fl., 2010).

Fjöldi skoðana í meðgönguvernd

Fjöldi skoðana í meðgönguvernd getur verið háður menningu, almenntri og sérhæfðri heilbrigðisþjónustu og félagslegu stuðningskerfi í hverju landi. Hér á landi var kveðið á um það í reglugerð nr. 160/1982 fyrir heilsugæslustöðvar, að allar barnshafandi konur kæmu til skoðunar þrettán sinnum (skoðun í viku 41 meðtalin). Þessi viðmið samræmdust í aðalatriðum þeim ramma að skipulagi meðgönguverndar sem settur var í Bretlandi um og upp úr 1930 og stuðst var við víða, meðal annars á Norðurlöndum (Chamberlain, 1997).

Í klíniskum leiðbeiningum um meðgönguvernd hér á landi er nú mælt með því almenna viðmiði að frumbyrjur komi að jafnaði tíu sinnum til skoðunar í meðgönguvernd og fjölbyrjur sjö sinnum, að meðtalinni skoðun við 41. viku meðgöngu (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010). Í sænskum leiðbeiningum frá 2008 er mælt með að frumbyrjur komi til skoðunar tíu sinnum og fjölbyrjur átta sinnum (Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, 2008), og í norskum leiðbeiningum frá 2005 að allar konur komi til skoðunar átta sinnum (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Í báðum löndunum er meðtalin skoðun við viku 41.

Ákvörðun um fjölda skoðana í meðgönguvernd er ekki byggð á afdráttarlausum rannsóknarniðurstöðum um hversu margar skoðanir eru nauðsynlegar til þess að heilsa móður og barns sé tryggð og hvað konum sjálfum finnst gagnlegt. Tilhneiging hefur verið sú að horfa meira á fjölda skoðana hverrar konu í stað þess að aðlaga tilgang og fjölda skoðana að þörfum konunnar hverju sinni (Dowswell o.fl., 2011).

Í nýlegri Cochrane samantekt (Dowswell o.fl., 2011) á sjö rannsóknum sem náðu til um 60.000 kvenna kemur fram að í löndum þar sem efnahagur er góður hafi það ekki áhrif á útkomu hjá móður og barni að fækka skoðunum í átta. Hins vegar eru konur óánægðari með þjónustuna ef skoðunum er fækkað og þá sérstaklega ef langur tími liður milli skoðana og á það við óháð efnahag.

Niðurstöður rannsókna sýna tengsl milli fjölda meðgönguskoðana og þess hvort konurnar eru fjölbyrjur eða frumbyrjur, óska þeirra snemma á meðgöngu um fjölda skoðana, búsetu, samfelli í þjónustu (Hildingsson, Rådestad og Waldenström, 2005; Beeckman, Louckx og Putman, 2010), aldurs (Alderliesten, Vrijkotte, van der Wal og Bonsel, 2007), menntunar og þess hvort þungun var ráðgerð (Sunil, Spears, Hook, Castillo og Torres, 2010).

Samfella í þjónustu

Talið er mikilvægt að samfella sé í þjónustu við barnshafandi konur og konur í fæðingu (Farquhar, Camilleri-Ferrante og Todd, 2000) en með því taki þjónustan best mið af þörfum konunnar (Davey, Brown og Bruinsma, 2005; Sandall, Soltani, Gates, Shennan og Devane, 2013). Konur leggja áherslu á mikilvægi þess að fá góðar upplýsingar og að þjónustan einkennist af virðingu og nærgætni (Green, Renfrew og Curtis, 2000; Sandall o.fl., 2013). Áhrif samfelldrar þjónustu á gæði veittrar heilbrigðisþjónustu og útkomu eru hins vegar óljós (Salisbury, Sampson, Ridd og Montgomery, 2009). Niðurstöður Davey og félaga (2005) benda til að konur sem fengu samfellda þjónustu hafi almennt verið ánægðari með ýmsa þætti meðgönguverndarinnar eins og upplýsingagjöf og engir ókostir við slíkt þjónustuform hafi komið í ljós.

Ýmsar skilgreiningar hafa verið settar fram á hugtakinu samfella í þjónustu. Þar má helst nefna þætti eins og að þjónustan sé veitt af eins fámennum hópi og mögulegt er, samfella sé í flæði upplýsinga, samskipti milli fagaðila góð, allir sem hlut eiga að máli í umönnun komi að ákvarðanatöku og viðhaldið sé góðu meðferðasambandi (Salisbury, o.fl., 2009).

Í meðgönguvernd og barneignarþjónustu er almennt stuðst við þá hugmyndafræði að um eðlilegt ferli sé að ræða. Þar er ljósmóðir lykilaðili og ber ábyrgð á skipulagningu og framkvæmd þeirrar umönnunar sem konan fær frá því hún kemur í fyrstu skoðun. Ljósmóðir er einnig ábyrg fyrir því að þjónusta sem konan fær sé í samræmi við þarfir hennar og vísar til annarra sérfræðinga eftir þörfum (Sandall o.fl., 2013). Hér á landi hefur verið reiknað með að sama ljósmóðir annist konuna á meðgöngu og þannig skapist ákveðin samfella í þjónustu.

Væntingar kvenna til meðgönguverndar og ánægja með þjónustu

Niðurstöður íslenskra rannsókna um væntingar kvenna til meðgönguverndar og ánægju þeirra með þjónustuna benda til þess að konum finnst sjálfsgætt að sækja meðgönguvernd, þær séu almennt ánægðar með þjónustuna og það veiti þeim öryggiskennd að fylgst sé með heilsu þeirra sjálfra og liðan barnsins (Helga Gottfreðsdóttir, 2001; Hildur Kristjánsdóttir, 2009; Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1999). Þetta samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna eins og Ladfors og fleiri (2001) sem skoðuðu viðhorf sænskra kvenna til mikilvægra þátta meðgönguverndar. Aðrar rannsóknir hafa sýnt að konum finnst einnig mikilvægt að fá greinargóðar upplýsingar (Tinkler og Quinney, 1998) og finna fyrir stuðningi fagfólks (Boyle, 2003).

Niðurstöður umfangsmikillar sænskrar rannsóknar frá árunum 1999–2000 um væntingar barnshafandi kvenna til meðgönguverndar og reynslu þeirra af henni sýndu að um tveir þriðju kvennanna sögðust myndu kjósa að fara eins oft í skoðun og fagfólk mælti með og það væri þeim mikilvægt að sama ljósmóðir sinnti þeim (Hildingsson, Waldenström og Rådestad, 2002). Þegar sömu konur voru spurðar eftir fæðingu um ánægju sína með meðgönguverndina reyndist meirihluti þeirra ánægður. Sterkasti áhrifaþáttur fyrir óánægju kvennanna var að þær höfðu hitt þrjár eða fleiri ljósmæður í meðgönguvernd og ef þeim fannst meðgönguskoðanir of fáar (Hildingsson og Rådestad, 2005).

Kveikjan að rannsókninni sem hér er lýst, og byggð er á sænskri rannsókn (Hildingsson, o.fl., 2002), var þörf á frekari vitneskju um reynslu íslenskra kvenna af meðgönguvernd eftir innleiðingu klínískra leiðbeininga, með áherslu á fjölda skoðana og samfelli í þjónustu ljósmóður og áhrifaþætti sem því tengjast. Leitast var við að svara eftirfarandi spurningum:

1. Hverjar eru væntingar kvenna um fjölda skoðana í meðgöngu-vernd?
2. Hver er fjöldi skoðana í meðgönguvernd og hvaða þættir tengjast því hvort konur ná viðmiðum um fjölda skoðana?
3. Hverjar eru væntingar kvenna til samfelli í þjónustu í meðgöngu-vernd?
4. Er samfella í þjónustu í meðgönguvernd og hvaða þættir tengjast því hvort samfella er í þjónustunni?

AÐFERÐ

Byggt er á gögnum sem safnað var í ferilrannsókninni „Barneign og heilsa“ (Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrimsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ágúst Sigurðsson, 2012). Gagnasöfnun hófst í febrúar 2009 og lauk í október 2011. Hér eru notuð gögn úr fyrsta og öðrum hluta rannsóknarinnar. Í fyrsta hluta var þeim konum sem samþykktu að taka þátt í rannsókninni sendur spurningalisti sem þær svöruðu við 15–16 vikna meðgöngu en í öðrum hluta rannsóknarinnar var þeim fylgt eftir 5–6 mánuðum eftir fæðingu barns.

Framkvæmd

Ljósmæður á þrettán heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu og þrettán á landsbyggðinni kynntu rannsóknina fyrir barnshafandi konum í fyrstu mæðraskoðun, bæði munnlega og með kynningarbréfi. Að fengnu leyfi kvennanna voru þeim sendar frekari upplýsingar ásamt spurningalista og frimerktu svarumslagi. Eitt áminningarbréf var sent til þátttakenda um þremur vikum eftir að þær fengu spurningalistann (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2012). Meðalmeðgöngulengd þegar fyrsta spurningalista var svarað var 16,1 vika ($sf = 2,9$). Þegar spurningalista tvö var svarað voru börnin að meðaltali 20,0 ($sf = 5,1$) vikna.

Þátttakendur

Val þátttakenda var með hentugleikaúrtaki lagskipt eftir búsetu. Við valið var tekið mið af fjölda fæðinga í hverjum landshluta. Skilyrði til þátttöku í rannsókninni var að konan væri orðin 18 ára og hefði gott vald á íslensku. Fengu 1.765 konur sendan spurningalista.

Tafla 1. Fjöldi þátttakenda í rannsókninni *Barneign og heilsa* flokkaður eftir barneignasögu, aldursdreifingu, menntun og búsetu. Til samanburðar eru tölur fyrir Ísland í heild árið 2009.

	Snemma í meðgöngu (2009–2010) N = 1111	5–6 mán. eftir fæðingu (2010–2011) N = 765	Ísland 2009 N = 4939*
Barneignarsaga			
Frumbyrjur við upphaf rannsóknar	439 (40%)	300 (39%)	2005** (40%)
Fjölbyrjur við upphaf rannsóknar	671 (60%)	465 (61%)	3021** (61%)
Aldur			
18–24 ára	186 (17%)	99 (13%)	976** (20%)
25–34 ára	733 (66%)	514 (67%)	3125** (63%)
≥ 35 ára	192 (17%)	152 (20%)	890** (18%)
Meðalaldur	29,4 ár	30,0 ár	29,7 ár
Menntun			
Grunnskóli	123 (11%)	69 (9%)	18.000*** (28%)
Menntaskóli eða álíka	291 (26%)	191 (25%)	23.100*** (36%)
Háskólanám eða álíka	695 (63%)	504 (66%)	23.100*** (36%)
Búseta			
Höfuðborgarsvæðið	763 (69%)	515 (67%)	3378** (67%)
Akureyri	71 (6%)	63 (8%)	416** (8%)
Dreifbýli	276 (25%)	187 (24%)	1232** (25%)

Skýringar við töflu:

*Allar fæðingar á Íslandi 2009 (Skýrsla frá fæðingaskráningunni 2009)

**Fjöldi fæddra lifandi barna, mæðra 18 ára og eldri 2009 er 4991. (Hagstofa Íslands, vefrit)

*** n=64.200 konur 20–49 ára. Grunnskóli = ISCD 1,2, Menntaskóli eða álíka er ISCD 3,4 og Háskólanám eða álíka er ISCD 5,6 (Hagstofa Íslands, vefrit)

Fyrri spurningalista svöruðu 1.117 konur, sex konur hættu við þátttöku og var svarhlutfall í þeim hluta rannsóknarinnar 63% (1111/1765). Tæp 69% þátttakenda voru af höfuðborgarsvæðinu og rúmlega 31% af landsbyggðinni (sjá töflu 1). Alls svöruðu 765 eða 69% kvenna lista tvö en hann var einungis sendur konum sem svöruðu spurningalista eitt ($n = 1111$). Seinni spurningalisti var sendur til kvennanna um 5–6 mánuðum eftir áætlaðan fæðingardag barns, en börnin eru fædd á tímabilinu ágúst 2009 til nóvember 2010. Ítarlegri upplýsingar um úrtakið og rannsóknina hafa áður verið birtar (Ásthildur Erlingsdóttir, Emil L. Sigurðsson, Jón Steinar Jónsson, Hildur Kristjánsdóttir og Jóhann Á. Sigurðsson, 2014; Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2012).

Mælitæki og breytur

Fyrri fylgibreytan í þessari rannsókn er hvort konur hafi náð viðmiðum um fjölda skipta í meðgönguvernd. Spurt var með opinni spurningu, í spurningalista tvö, hversu oft konan hafi farið í meðgönguvernd til ljósmóður. Svar konunnar var borið saman við viðmið um fjölda skoðana sem var sett með hliðsjón af klínískum leiðbeiningum að teknu tilliti til meðgöngulengdar (sjá nánar töflu 2 í niðurstöðum). Seinni fylgibreytan var hvort samfella væri í þjónustu ljósmæðra. Samfellan var skilgreind út frá fjölda ljósmæðra sem konur höfðu hitt í meðgönguvernd. Þannig væri samfella ef konan hafði hitt eina ljósmóður í öll skiptin. Konurnar svöruðu opinni spurningu, í spurningalista tvö, um fjölda ljósmæðra sem þær hittu í meðgönguvernd.

Skoðuð eru tengsl nokkurra frumbreyta við fylgibreyturnar. Það eru spurningar úr spurningalista eitt um félagslegan bakgrunn konunnar (aldur, búsetu, menntun o.fl.) og barneignarsögu (sjá töflu 1). Spurt var hversu oft konan myndi vilja fara í mæðravernd og voru svarmöguleikar þrír; *eins oft og mælt er með, líklega oftar en stendur til boða og líklega sjaldnar en stendur til boða*. Konur voru spurðar; hversu mikilvægt finnst þér að hitta sömu ljósmóðurina þegar þú kemur í meðgönguvernd? Svarmöguleikar voru fjórir; *mjög mikilvægt, nokkuð mikilvægt, ekki mjög mikilvægt og skiptir engu máli*. Einnig var spurt hvort þungun hefði verið ráðgerð og voru svarmöguleikar fjórir ($1 = já$, $2 = nei$, *en hún var samt velkomin*, $3 = nei$ *tíminn hefði getað verið heppilegri*, $4 = nei$, *ég hef hugleitt fóstureyðingu*) en í úrvinnslu var þetta endurflokkað í *já og nei*.

Seinni spurningalistinn innihélt spurningar um mismunandi þætti meðgönguverndarinnar, svo sem þátttöku, reynslu og ánægju kvennanna af henni. Konurnar voru beðnar að meta ánægju sína með meðgönguverndina í heild sinni, eftirlit með heilsufari á meðgöngu og tilfinningalegan stuðning fagfólks. Svarkostir voru fimm ($1 = \text{Mjög ánægð}$, $2 = \text{Ánægð}$, $3 = \text{Hvorki ánægð né óánægð}$, $4 = \text{Óánægð}$ og $5 = \text{Mjög óánægð}$). Í úrvinnslu voru svörin endurflokkuð í *Mjög ánægð* og *Önnur svör*. Auk þessara spurninga var reiknuð út meðgöngulengd út frá spurningum um væntanlegan fæðingardag barnsins í spurningalista eitt og raunverulegum fæðingardegum barnsins eins og hann var skráður í spurningalista tvö.

Meðferð persónuupplýsinga og siðfræðileg atriði

Þátttakendur fengu upplýsingar um tilgang og markmið rannsóknarinnar bæði skriflega og munnlega og voru upplýstir um að þeir gætu hvenær sem væri hætt í rannsókninni og að ekki þyrfti að svara öllum spurningum. Gögnum um þátttakendur sem drögu sig til baka úr rannsókninni var eytt úr gagnasafninu.

Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd (VSNb2008010023/03-1) og tilkynnt til Persónuverndar (S3695/2008 LSL). Leitað var eftir skriflegu samþykki yfirmanna stofnana eins og við átti og var það í öllum tilvikum veitt.

Tölfræðilegar aðferðir og úrvinnsla

Tölfræði var reiknuð með forritinu SPSS, útgáfa 20 (IBM corp., 2011). Auk lýsandi tölfræði var reiknað gagnlíkindahlutfall (*odds ratio*: *hér eftir skammstafað OR*) með 95% öryggisbili (*Confidence Interval*, *hér eftir skammstafað 95% CI*). Reiknað var bæði óleið-

rétt (e. crude) gagnlíkindahlutfall og leiðrétt (e. adjusted) fyrir barn-eignarsögu, það er hvort konurnar voru frum- eða fjölbyrjur þegar þær svöruðu spurningalista eitt. Í töflum eru auk öryggisbila sýnd p -gildi og telst munur marktækur ef $p < 0,05$. Reiknuð var lógistísk aðhvarfsgreining og voru breytur valdar með afturvirku vali (e. backward LR). Miðað var við 0,05 til að breytur færu inn í aðhvarfsjöfnuna og 0,10 til að fjarlægja breytur. Aðeins voru notaðar í aðhvarfsgreiningunni breytur sem sýndu tölfræðilega marktæk tengsl þegar reiknað hafði verið gagnlíkindahlutfall fyrir stakar breytur. Í útreikningum eru fjölbyrjur viðmið fyrir frumbyrjur, konur 25–34 ára viðmið fyrir hópa eldri og yngri kvenna, konur með háskólamenntun viðmið fyrir konur með styttri menntun og konur á höfuðborgarsvæðinu viðmið fyrir konur í dreifbýli og á Akureyri. Þegar skoðuð voru áhrif annarra þátta, meðal annars væntinga, þátttöku og samfelli í þjónustu eru konur sem óskuðu eftir því á meðgöngu að koma í meðgönguvernd eins oft og mælt er með viðmið fyrir þær sem vildu mæta oftara eða sjaldnar, konur sem segja þungun hafa verið ráðgerða viðmið fyrir konur sem sögðu að þungun hefði ekki verið ráðgerð, konur sem ná viðmiðum um fjölda skoðana viðmið fyrir þær sem ná þeim ekki, konur sem hittu eina ljósmóður viðmið fyrir konur sem hittu fleiri og konur með meðgöngulengd 41 viku eða lengur viðmið fyrir konur með styttri meðgöngulengd. Þegar skoðuð er ánægja með þjónustu eru þær konur sem voru mjög ánægðar viðmið fyrir þær konur sem voru minna ánægðar.

NIÐURSTÖÐUR

Fjöldi skoðana í meðgönguvernd

Við upphaf meðgöngu sögðust 69% ($n = 761$) kvennanna vilja fara í meðgönguvernd eins oft og mælt er með, 29% ($n = 318$) sögðust vilja fara oftara og 2% ($n = 25$) sögðust vilja fara sjaldnar. Að lokinni meðgöngu sögðust konurnar að meðaltali hafa hitt ljósmóður í 8,9 ($sf = 3,6$, $n = 705$) skipti, frumbyrjur að meðaltali 9,7 sinnum og fjölbyrjur 8,3 sinnum (sjá töflu 2). Í töflu 2 sést hlutfall kvenna sem náðu viðmiðum um fjölda skoðana að teknu tilliti til meðgöngulengdar. Alls náðu 23% kvennanna ekki þessum viðmiðum, það er 28% frumbyrja og 20% fjölbyrja. Af þeim konum sem gengu með í 41 viku eða lengur náðu 37% frumbyrja og 33% fjölbyrja ekki viðmiðum um fjölda skoðana.

Í töflu 3 er kannað með því að reikna gagnlíkindahlutfall (einfalt og leiðrétt fyrir barneignarsögu) hvaða þættir tengjast því að ná viðmiðum um fjölda skoðana í meðgönguvernd. Konur í dreifbýli féllu síður í þann flokk ($OR = 0,31$) sem náði ekki viðmiðum um fjölda skoðana miðað við konur á höfuðborgarsvæðinu. Frumbyrjur voru líklegri ($OR = 1,63$) en fjölbyrjur til að ná ekki viðmiðum um fjölda skoðana og konur 18–24 ára ná síður ($OR = 1,68$) viðmiðum um fjölda skoðana en konur 25–34 ára. Meðgöngulengd hafði áhrif en konur með styttri meðgöngu en 41 viku virðast frekar ná viðmiðum um fjölda skoðana. Konur sem hittu tvær ljósmæður eða fleiri í meðgönguvernd eru ólíklegri til að ná ekki viðmiðum

Tafla 2. Fjöldi skoðana í meðgönguvernd hjá frum- og fjölbyrjum og hlutfall sem nær viðmiðum um fjölda skoðana miðað við meðgöngulengd.

Frumbyrjur					Fjölbyrjur				
Meðgöngulengd í vikum	Viðmið	<i>M</i> (sf)	Ná viðmiðum	Ná ekki Viðmiðum	Meðgöngulengd í vikum	Viðmið	<i>M</i> (sf)	Ná viðmiðum	Ná ekki viðmiðum
> = 41	10	9,8 (3,3)	63% (43/68)	37% (25/68)	> = 41	7	7,9 (2,5)	67% (90/135)	33% (45/135)
> = 40 og <41	9	10,1 (3,1)	70% (74/105)	30% (31/105)					
> = 38 og <40	8	9,1 (3,4)	77% (60/78)	23% (18/78)	> = 38 og <41	6	8,5 (3,9)	85% (229/268)	15% (39/268)
> = 36 og <38	7	10,3 (5,8)	80% (12/15)	20% (3/15)	> = 36 og <38	5	9,7 (5,7)	100% (19/19)	0% (0/19)
> = 34 og <36	6	8,5 (2,3)	83% (5/6)	17% (1/6)	> = 34 og <36	4	11 (3,4)	100% (4/4)	0% (0/4)
> = 31 og <34	5	10,0 x	100 (1/1)	0% (0/1)	> = 31 og <34	3	7,5 (3,5)	100% (2/2)	0% (0/2)
> = 28 og <31	4	6,0 (1,4)	100 (2/2)	0% (0/2)	> = 28 og <31	3	5 x	100 (1/1)	0% (0/1)
Óháð meðgöngulengd		9,7 (3,4)	72% (197/275)	28% (78/275)	Óháð meðgöngulengd		8,3 (3,6)	80% (345/429)	20% (84/429)

Tafla 3. Tengsl bakgrunns þátttakenda, framkvæmdar meðgönguverndar og ánægju með hana við það hvort konur nái ekki viðmiðum um fjölda skoðana í meðgönguvernd.

	Ná ekki viðmiðum um fjölda skoðana í meðgönguvernd								
				Gagnlíkindahlutfall óleiðrétt			Gagnlíkindahlutfall leiðrétt fyrir barneignarsögu		
	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>OR</i>	95 CI	<i>p</i>	<i>OR</i>	95 CI	<i>p</i>
Barneignarsaga									
Fjölbyrja	429	84	20	1					
Frumbyrja	275	78	28	1,63	1,14-2,32	0,007			
Aldur									
18-24 ára	87	27	31	1,68	1,02-2,79	0,043	1,37	0,81-2,34	0,242
25-34 ára	474	100	21	1			1		
35 ára og eldri	143	35	24	1,2	0,78-1,88	0,392	1,32	0,84-2,07	0,224
Menntun									
Háskóli	468	116	25	1			1		
Framhaldsskóli	172	33	19	0,72	0,47-1,10	0,138	0,70	0,45-1,01	0,103
Grunnskóli	63	12	19	0,71	0,37-1,39	0,319	0,73	0,38-1,42	0,353
Búseta									
Höfuðborgarsvæðið	474	124	26	1			1		
Akureyri	57	21	37	1,65	0,93-2,93	0,090	1,67	0,93-2,97	0,84
Dreifbýli	173	17	10	0,31	0,18-0,53	<0,001	0,32	0,19-0,55	<0,001
Óskir um fjölda skoðana í meðgönguvernd									
Eins oft og mælt er með	480	118	25	1			1		
Oftar en er í boði	203	38	19	0,71	0,47-1,06	0,096	0,71	0,47-1,06	0,096
Sjaldnar en mælt er með	18	5	28	1,18	0,41-3,38	0,758	1,34	0,46-3,87	0,589
Fjöldi ljósmæðra									
1 ljósmóðir	238	67	28	1			1		
2 ljósmæður eða fleiri	466	95	20	0,65	0,46-0,94	0,021	0,62	0,43-0,89	0,010
Lengd meðgöngu									
41 vika eða meira	203	70	34	1			1		
39 til <41 vika	389	78	20	0,48	0,33-0,70	<0,001	0,26	0,14-0,48	<0,001
<39 vikur	112	14	13	0,27	0,15-0,51	<0,001	0,45	0,31-0,66	<0,001
Þungun ráðgerð									
Já	413	112	21	1			1		
Ánægja með eftirlit með heilsufari á meðgöngu									
Mjög ánægð	262	49	19	1			1		
Annað svar	441	113	26	1,50	1,03-2,18	0,036	1,53	1,05-2,23	0,029
Ánægja með tilfinningalegan stuðning fagfólks á meðgöngu									
Mjög ánægð	189	38	20	1			1		
Annað svar	514	124	24	1,26	0,84-1,90	0,263	1,27	0,84-0,92	0,250
Ánægja með meðgönguverndina í heild sinni									
Mjög ánægð	278	55	20	1			1		
Annað svar	425	107	25	1,36	0,95-1,97	0,098	1,40	0,97-2,02	0,076

Skýringar við töflu:

*Ánægð, Hvorki ánægð né óánægð, Óánægð eða Mjög óánægð.

um fjölda skoðana. Þær konur sem voru minna en mjög ánægðar með eftirlit með heilsufari á meðgöngu voru líklegri til að ná ekki viðmiðum um fjölda skoðana ($OR = 1,5$). Niðurstöður, þegar búið er að leiðrétta fyrir barneignarsögu, voru svipaðar nema að ekki var munur á hópum eftir aldri.

Samfella í þjónustu ljósmæðra

Samfella í þjónustu ljósmæðra var skoðuð út frá fjölda ljósmæðra sem konurnar hittu í meðgönguvernd. Á meðgöngu taldi meirihluti kvennanna (74%, $n = 816$) það mjög mikilvægt að hitta alltaf sömu ljósmóður í meðgönguvernd, 24% ($n = 268$) þótti það nokkuð mikilvægt og 2% ($n = 26$) sögðu það ekki mikilvægt eða skipta engu. Að meðaltali sögðust þátttakendur hafa hitt 1,9 ($sf = 0,8$, $N = 764$) ljósmóður í meðgönguvernd en 34% ($n = 256$) sögðust hafa hitt eina ljósmóður. Um 17% ($n = 130$) kvennanna höfðu hitt þrjár ljósmæður eða fleiri í meðgönguverndinni.

Í töflu 4 er kannað nánar, með því að reikna gagnlíkindahlutfall (bæði einfalt og leiðrétt fyrir barneignarsögu), hvaða þættir tengjast því að hafa hitt fleiri en eina ljósmóður í meðgönguvernd. Frumbyrjur voru líklegri en fjölbyrjur ($OR = 1,52$) til að hafa hitt fleiri en eina ljósmóður, konur sem lokið höfðu framhaldsskólanámi

eingöngu voru líklegri en konur sem lokið höfðu háskólanámi ($OR = 1,56$), konur í dreifbýli líklegri en konur á höfuðborgarsvæðinu ($OR = 2,40$) og konur með styttri meðgöngulengd en 39 vikur líklegri en konur með 41 viku eða meira ($OR = 1,73$). Þær konur sem hittu tvær eða fleiri ljósmæður í meðgönguvernd voru líklegri en þær sem hittu eina ljósmóður til að gefa annað svar en mjög ánægð þegar spurt var um eftirlit með heilsufari á meðgöngu ($OR = 1,42$) og um tilfinningalegan stuðning fagfólks ($OR = 1,33$). Niðurstöður voru sambærilegar þegar búið var að leiðrétta fyrir barneignarsögu.

Könnuð voru með lógískri aðhvarfsgreiningu tengsl þeirra þátta sem höfðu, þegar reiknað var gagnlíkindahlutfall fyrir stakar breytur, sýnt marktæk tengsl við fylgibreyturnar tvær, það er hvort konur hefðu ekki náð viðmiðum um fjölda skoðana og hvort þær hefðu hitt tvær eða fleiri ljósmæður sem litið er á sem skort á samfelli í þjónustu. Niðurstöður má sjá í töflu 5. Þegar skoðað var hvort konur næðu ekki viðmiðum um fjölda skoðana fóru allar breytur inn í aðhvarfsgreiningu nema aldur. Þegar stjórnað er fyrir aðrar breytur hættir aldur að skipta máli. Þegar reiknuð var aðhvarfsgreining með skort á samfelli sem fylgibreytu fóru allar breytur sem höfðu sýnt marktæk tengsl stakar inn í aðhvarfsgreininguna nema menntun og ánægja með tilfinningalegan stuðning fagfólks á meðgöngu.

Tafla 4. Tengsl bakgrunns þátttakenda, framkvæmdar meðgönguverndar og ánægju með hana og þess að hafa hitt fleiri en eina ljósmóður í meðgönguvernd.

	Hitta tvær eða fleiri ljósmæður í meðgönguvernd								
	N	n	%	Gagnlíkindahlutfall óleiðrétt			Gagnlíkindahlutfall leiðrétt fyrir barneignarsögu		
				OR	95 CI	p	OR	95 CI	p
Barneignarsaga									
Fjölbyrja	464	292	63	1					
Frumbyrja	300	216	72	1,52	1,11-2,8	0,010			
Aldur									
18-24 ára	99	72	73	1,39	0,86-2,24	0,175	1,16	0,70-1,92	0,568
25-34 ára	513	337	66	1			1		
35 ára og eldri	152	99	65	0,98	0,67-1,43	0,898	1,05	0,71-1,54	0,820
Menntun									
Háskóli	504	324	64	1			1		
Framhaldsskóli	190	140	74	1,56	1,07-2,25	0,020	1,52	1,1-2,22	0,026
Grunnskóli	69	44	64	0,98	0,58-1,65	0,933	1,00	0,59-1,70	0,991
Búseta									
Höfuðborgarsvæðið	515	319	62	1			1		
Akureyri	63	41	65	1,15	0,66-1,98	0,628	1,15	0,66-2,00	0,612
Dreifbýli	186	148	80	2,40	1,61-3,56	<0,001	2,57	1,72-3,84	<0,001
Óskir um fjölda skoðana í meðgönguvernd									
Eins oft og mælt er með	522	341	65	1			1		
Oftar en er í boði	220	151	69	1,16	0,83-1,63	0,384	1,16	0,83-1,63	0,384
Sjaldnar en mælt er með	19	14	74	1,49	0,53-4,19	0,454	1,64	0,58-4,65	0,351
Lengd meðgöngu									
41 vika eða meira	223	142	64	1			1		
39 til <41 vika	415	271	65	1,07	0,76-1,51	0,682	1,04	0,74-1,46	0,822
<39 vikur	125	94	75	1,73	1,06-2,82	0,028	1,70	1,04-2,77	0,035
Þungun ráðgerð									
Já	564	374	66	1			1		
Nei	198	132	67	1,02	0,72-1,43	0,928	1,01	0,72-0,143	0,956
Ánægja með eftirlit með heilsufari á meðgöngu									
Mjög ánægð	286	176	62	1			1		
Annað svar*	477	331	69	1,42	1,04-1,93	0,026	1,44	1,06-1,97	0,021
Ánægja með tilfinningalegan stuðning fagfólks á meðgöngu									
Mjög ánægð	208	126	61	1			1		
Annað svar*	555	381	69	1,43*	1,02-1,98	0,036	1,44*	1,03-2,00	0,033
Ánægja með meðgönguverndina í heild sinni									
Mjög ánægð	305	191	63	1			1		
Annað svar*	458	316	69	1,33	0,9-1,80	0,068	1,36	1,00-1,84	0,052

Skýringar við töflu:

*Ánægð, Hvorki ánægð né óánægð, Óánægð eða Mjög óánægð.

UMRÆÐUR

Hér á landi eru konur almennt jákvæðar gagnvart þátttöku í meðgönguvernd og nær allar þeirra vilja fara eins oft eða oftar en mælt er með í meðgönguskoðun. Niðurstöður okkar benda til að fjöldi skoðana hjá tæpum fjórðungi kvenna séu færri en mælt er með í klínískum leiðbeiningum. Konur í meðgönguvernd í dreifbýli ná frekar viðmiðum um fjölda skoðana en konur á höfuðborgarsvæðinu og helst sá munur þegar búið er að taka tillit til annarra þátta.

Fjöldi skoðana í meðgönguvernd

Nánast allar konurnar í rannsókninni eða 98% vildu fara eins oft eða oftar en mælt er með í skoðun á meðgöngutíma. Um 69% kvennanna vilja fylgja leiðbeiningum um fjölda skoðana sem er svipað hlutfall og í sænskri rannsókn Hildingsson o.fl. (2002). Það vekur því athygli að 23% kvennanna ná ekki viðmiðum sem sett eru fram í klínískum leiðbeiningum (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010). Ennfremur að frumbyrjur (28%) ná síður viðmiðum um fjölda skoðana en fjölbyrjur (20%) og konur sem ganga með 41 viku eða lengur ná síður viðmiðum en þær konur sem eru með styttri meðgöngulengd.

Þegar klínísku leiðbeiningarnar voru gefnar út var megináhersla á að skoðanir væru skipulagðar fyrst og fremst með þarfir kvenna í huga, en sett var fram viðmið um fjölda skoðana. Viðmiðin gera ráð fyrir að frumbyrjur komi oftar til skoðunar en fjölbyrjur þar sem talið er að til dæmis fræðsluþarfir þeirra séu annars eðlis en fjölbyrja.

Samkvæmt upplýsingum úr Fæðingaskrá (Embætti landlæknis, 2014) er meðaltal skoðana hjá frumbyrjum 9,6 árið 2010 og 9,1 hjá fjölbyrjum. Hér sést tölurverður munur miðað við niðurstöður úr þessari rannsókn þar sem meðalfjöldi skoðana frumbyrja var 9,7 og fjölbyrja 8,3 og eru þær niðurstöður nær viðmiðum en tölur úr Fæðingaskrá.

Þegar þessar tölur eru skoðaðar nánar og tekið er tillit til meðgöngulengdar, sést að árið 2010 ná 82% frumbyrja viðmiðum um fjölda skoðana og 96% fjölbyrja (Embætti landlæknis, 2014). Í þessari rannsókn voru sambærilegar tölur 72% hjá frumbyrjum og 80% hjá fjölbyrjum. Skýringar á þessum mun eru að einhverju leyti þær að konur í rannsóknarhópnum skrá skoðanafjölda sinn eftir minni 5–6 mánuðum eftir fæðingu og þær virðast vanmeta skoðanafjölda. Þrátt fyrir að hér sé líklega um vanmat að ræða benda niðurstöður okkar og niðurstöður úr Fæðingaskrá til þess að sérstaklega frumbyrjur nái ekki viðmiðum um fjölda skoðana, en ein ástæða þess að mælt er með fleiri skoðunum fyrir frumbyrjur er meðal annars aukin fræðsluþörf. Líklegt er að konur í áhættumeðgönguvernd þurfi umtalsvert fleiri skoðanir en þær sem fá þjónustu á heilsugæslustöð. Konur í rannsóknarhópnum hófu meðgönguvernd á heilsugæslustöð og eru þá í lágrí áhættu og telja má líklegt að stór hópur þeirra hafi klárað meðgönguvernd sína þar. Ekki var spurt um hvort konur hefðu flust í áhættumeðgönguvernd á meðgöngu og vitum við því ekki hversu stór sá hópur var. Athygli vekur að konur í dreifbýli ná frekar viðmiðum um fjölda skoðana en konur

Tafla 5. Lógistísk aðhvarfsgreining* sem metur tengsl þátta í bakgrunni þátttakenda við það hvort viðmiðum um fjölda skoðana í meðgönguvernd var náð og þess að hafa hitt fleiri en eina ljósmóður í meðgönguvernd.

	β	SE	Wald	p	OR	95 CI
Ná ekki viðmiðum um fjölda skipta í meðgönguvernd**						
Frumbyrja	0,594	0,193	9,455	0,002	1,81	1,24-2,64
Höfuðborgarsvæðið			20,097	<0,001	1	
Akureyri	0,520	0,303	2,951	0,086	1,68	0,93-3,04
Dreifbýli	-1,097	0,284	14,904	<0,001	0,33	0,19-0,58
Hitti tvær eða fleiri ljósmæður	-0,381	0,197	3,729	0,053	0,68	0,46-1,00
Meðgöngulengd 41 vika eða meira			23,280	<0,001	1	
Meðgöngulengd 39 til <41 vika	-0,818	0,203	16,199	<0,001	0,44	0,30-0,66
Meðgöngulengd <39 vikur	-1,307	0,332	15,489	<0,001	0,27	0,14-0,52
Minna en mjög ánægð með eftirlit með heilsufari á meðgöngu	0,442	0,204	4,710	0,030	1,56	1,04-2,32
Fasti	-0,750	0,246	9,297	0,002	0,47	
Hitta tvær eða fleiri ljósmæður í meðgönguvernd***						
Frumbyrja	0,513	0,166	9,569	0,002	1,671	1,21-2,31
Höfuðborgarsvæðið			21,808	<0,001	1	
Akureyri	0,255	0,288	0,784	0,376	1,29	0,73-2,27
Dreifbýli	0,969	0,208	21,765	<0,001	2,63	1,75-3,96
Meðgöngulengd 41 vika eða meira			5,376	0,068	1	
Meðgöngulengd 39 til <41 vika	0,056	0,178	0,100	0,752	1,06	0,75-1,50
Meðgöngulengd <39 vikur	0,559	0,255	4,804	0,028	1,75	1,06-2,89
Minna en mjög ánægð með eftirlit með heilsufari á meðgöngu	0,432	0,162	7,112	<0,001	1,54	1,12-2,12
Fasti	-0,118	0,195	0,365	0,546	0,89	

Skýringar við töflu:

*Backward LR, miðað við 0,05 til að breytur fari inn í aðhvarfsjöfnuna og 0,10 til að fjarlægja breytur. Aðeins breytur sem sýndu tölfraðilega marktæk tengsl eru notaðar.

**Breytan aldur féll út.

***Breyturnar menntun og minna en mjög ánægð með tilfinningalegan stuðning fagfólks á meðgöngu féllu út.

á höfuðborgarsvæðinu og hlutfallslega fleiri þeirra hitta tvær eða fleiri ljósmæður í meðgönguvernd en konur á höfuðborgarsvæðinu.

Sé horft til erlendra rannsókna eru nokkrir þættir sem virðast draga úr fjölda skoðana á meðgöngu, svo sem lágt menntunarstig (Sunil o.fl., 2010) og erlent þjóðerni (Alderliesten, o.fl., 2007). Þættir sem virka letjandi fyrir komu í fyrstu heimsókn í meðgönguvernd eru til dæmis óráðgerð þungun, (Sunil, o.fl., 2010) og ef mæður eru mjög ungar (Alderliesten, o.fl., 2007).

Niðurstöður okkar sýna að yngri konur ná síður viðmiðum um fjölda skoðana, sem getur verið vísbending um að þær komi seinna til fyrstu skoðunar en þær eldri, þessi munur var ekki marktækur þegar leiðrétt var fyrir barneignarsögu. Ekki reyndist marktækur munur á því hvort konur í rannsóknarhópnum þar sem þungun var ekki ráðgerð eða voru með lágt menntunarstig ná viðmiðum um fjölda skoðana eða ekki, en lýsandi niðurstöður sýna að 25% kvenna með háskólamenntun ná ekki viðmiðum, en aðeins 19% kvenna með styttri menntun.

Samfella í þjónustu

Það er athyglisvert hve stór hluti kvenna hefur fengið þjónustu frá fleiri en tveimur ljósmæðrum, en um þriðjungur hafði aðeins hitt eina ljósmóður og 17% kvennanna þrjár eða fleiri ljósmæður. Það geta fundist skýringar á þessum fjölda ljósmæðra í einhverjum tilfellum, svo sem að konan hafi gengið með barn yfir sumartíma þegar víða eru ljósmæður í afleysingum. Eins og áður hefur komið fram var ekki spurt um hvort konan hefði flust í áhættumeðgönguvernd, sem getur hafa haft áhrif á fjölda ljósmæðra sem þær hittu. Þetta gefur þó tilefni til frekari skoðunar á skipulagi þjónustunnar í ljósi þess að áhersla er á að konan hitti eins fáa fagaðila og mögulegt er (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010). Konur leggja áherslu á að hitta sem mest sömu ljósmóður á meðgöngu og samræmist það erlendum og innlendum rannsóknum (Carroli, Rooney og Villar, 2001; Dowswell o.fl., 2011; Helga Gottfredsdóttir, 2001; Hildingsson o.fl., 2002; Hildur Kristjánsdóttir, 2009; Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1999).

Í rannsókn Beeckman og félaga (2010) kom í ljós að samfella í þjónustu sama fagaðila dró úr fjölda skoðana í meðgönguvernd sem

er í samræmi við niðurstöður þessarar rannsóknar en 30% kvenna sem höfðu hitt eina ljósmóður náðu ekki viðmiðum um fjölda skipta í meðgönguvernd en 20% þeirra sem hittu tvær ljósmæður eða fleiri. Þetta gefur tilefni til að skoða frekar áhrif samfelli í þjónustu og fjölda skoðana í meðgönguvernd á ýmsa þætti í meðgönguvernd eins og til dæmis innihald hennar og fræðslu sem er veitt.

Hildingsson og félagar (2005) bentu á að svo virðist sem óánægja barnshafandi kvenna með þjónustuna aukist ef þær hittu þrjár eða fleiri ljósmæður. Niðurstöður þessarar rannsóknar eru sambærilegar, þær konur sem hittu tvær eða fleiri ljósmæður falla síður í hóp þeirra kvenna sem eru mjög ánægðar með líkamlegt eftirlit á meðgöngu og tilfinningalegan stuðning fagfólks í samanburði við konur sem hittu eina ljósmóður. Þetta samræmist niðurstöðum annarra rannsókna þar sem komið hafa fram sterk tengsl milli þess að konur séu mjög ánægðar með þjónustu á meðgöngu og þess að hitta eina eða tvær ljósmæður. Þessir rannsakendur benda þó á að konur leggi einnig mikla áherslu á mikilvægi þess að góð tengsl myndist milli þeirra og ljósmóðurinnar (Davey o.fl., 2005; van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham og Fitzmaurice, 2003). Í fræðilegri samantekt Green og félaga (2000) kom fram að niðurstöður þeirra rannsókna sem skoðaðar voru bentu til þess að konur óski eftir samfelldri þjónustu fyrst og fremst til þess að fá þjónustu frá einhverjum sem þær þekkja og treysta.

Þessi rannsókn hefur nokkrar takmarkanir eins og þær að hún náði eingöngu til kvenna sem töluðu íslensku, kvenna sem hófu meðgönguvernd á heilsugæslustöð og að konurnar skráðu komu-fjölda í meðgönguvernd samkvæmt minni. Þetta þarf að hafa í huga þegar samanburður er gerður við skráðar upplýsingar til dæmis úr Fæðingaskrá. Ekki var hægt að bera saman upplýsingar um fjölda skoðana eða fjölda ljósmæðra sem konur í rannsókninni hittu vegna nafnleyndar þátttakenda. Hinsvegar má benda á að það sem gerist á meðgöngu telst til mikilvægra lífsatburða sem líklegt er að konur muni nokkuð nákvæmlega (Beeckman, o.fl., 2010), einnig sýna rannsóknir um langtíma minningar kvenna af fæðingum að konur muna þær all nákvæmlega (Simkin, 1991; Waldenström, 2003).

Styrkur þessarar rannsóknar er einkum stærð úrtaksins en um 22% allra kvenna sem fæddu á landinu árið 2009 tóku þátt í henni. Úrtakið er lagskipt með hlutfallslega svipaðri þátttöku kvenna á höfuðborgarsvæðinu og utan þess (sjá töflu 1). Líklegt er að niðurstöður okkar endurspegli reynslu kvenna hér á landi af meðgönguvernd (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2012).

Samantekt og lokaorð

Nokkur atriði í þessum niðurstöðum gefa tilefni til frekari skoðunar á skipulagi og innihaldi meðgönguverndar hér á landi. Það er ljóst að samband er milli þess hvort konur ná viðmiðum um fjölda skoðana og samfelli í meðgönguverndinni og reynslu þeirra af þjónustunni. Að miklu leyti er þar um jákvæðar niðurstöður að ræða en áhugavert væri að skoða frekar hvaða þættir tengjast ánægju með meðgönguverndina. Sé tekið mið af upplýsingum úr Fæðingaskrá fyrir árið 2010, virðist sem fjölbyrjur komi að meðaltali mun oftar í meðgönguvernd en viðmið segja til um og er það einnig forvitnilegt og ástæða til að skoða frekar (Embætti landlæknis, 2014).

Þakkir

Stýrihópur rannsóknarinnar „Barneign og heilsa“ fær þakkir. Í honum eru auk Hildar Kristjánsdóttur og Jóhanns Ágúst Sigurðssonar; Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Þóra Steingrimsdóttir.

Þakkir fá allar konurnar sem tóku þátt í rannsókninni og svöruðu þremur löngum spurningalistum, ljósmæðurnar sem hjálpuðu okkur að kynna rannsóknina, stjórnendur heilsugæslustöðva sem lögðu sitt af mörkum til að gera rannsóknina mögulega og Guðbjörg Árnadóttir fyrir aðstoð við framkvæmd annars og þriðja hluta rannsóknarinnar.

Rannsóknin „Barneign og heilsa“ var styrkt af Vísindasjóði Félags íslenskra heimilislækna, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Rannsóknasjóði Ljósmæðrafélags Íslands og Vísindasjóði Landspítala háskólasjúkrahúss.

HEIMILDIR

- Alderliesten, M.E., Vrijkotte, T.G.M., Van Der Wal, M.F. og Bonsel, G.J. (2007). Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114, 1232–1239.
- Ásthildur Erlingsdóttir, Emil L. Sigurðsson, Jón Steinar Jónsson, Hildur Kristjánsdóttir og Jóhann Á. Sigurðsson (2014). Smoking during pregnancy: Childbirth and Health Study in Primary Care in Iceland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vefútgáfa 17. febrúar, 2014. doi:10.3109/02813432.2013.869409.
- Beeckman, K., Louckx, F. og Putman, K. (2010). Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region. *BMC Public Health*, 10, 527. Sótt af <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/527>.
- Boyle, M. (2003). Antenatal investigations. Í C. Henderson og S. Macdonalds (ritstjórar), *Maye's midwifery: A textbook for midwives* (13. útgáfa, bls. 312–327). London: Baillière Tindall.
- Carrolli, G., Rooney, C. og Villar, J. (2001). How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(suppl. 1), 1–42.
- Chamberlain, G. (1997). *ABC of antenatal care*. London: BMJ Publishing Group.
- Davey, M.-A., Brown, S. og Bruinsma, F. (2005). What is it about antenatal continuity of caregiver that matters to women? *Birth*, 32(4), 262–271.
- Dowswell, T., Carrolli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A. M., Khan-Neelofur, D. og Piaggio, G. GP. (2011). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(4). doi: 10.1002/14651858.CD000934.pub2.
- Embætti landlæknis (2014). Óbirt gögn úr Fæðingaskrá.
- Farquhar, M., Camilleri-Ferrante, C. og Todd, C. (2000). Continuity of care in maternity services: women's views of one team midwifery scheme. *Midwifery*, 16, 35–47.
- Green J.M., Renfrew, M.J. og Curtis, P.A. (2000). Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, 16, 186–196.
- Helga Gottfreðsdóttir. (2001). Hvað felst í mæðravernd? Viðhorf kvenna og ljósmæðra. *Ljósmæðrablaðið*, 79(2), 5–15.
- Hildingsson, I. og Rådestad, I. (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 239–249.
- Hildingsson, I., Rådestad, I. og Waldenström, U. (2005). Number of antenatal visits and women's opinion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, 248–254.
- Hildingsson, I., Waldenström, U. og Rådestad, I. (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 118–125.
- Hildur Kristjánsdóttir. (2009). „Svo maður sé öruggur“. Fyrsta koma í meðgönguvernd. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar* (bls. 21–37). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmæðrafélag Íslands.
- Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfreðsdóttir, Rúnar Reynisson o.fl. (2010). Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. *Klínískar leiðbeiningar*. Reykjavík: Embætti landlæknis.
- Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrimsdóttir, Ólög Ásta Ólafsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ágúst Sigurðsson. (2012). Barneign og heilsa. Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna frá því snemma á meðgöngu þar til tveimur árum eftir fæðingu barns. *Ljósmæðrablaðið*, 90(2), 13–20.
- Hodnett, E.D. (2008). Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008(4). doi: 10.1002/14651858.CD000062.pub2.
- Hueston, W.J., Gilbert, G.E., Davis, L. og Sturgill, W. (2003). Delayed prenatal care and the risk of low birth weight delivery. *Journal of Community Health* 28(3), 199–208.
- IBM Corp. (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows*, útgáfa 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ladfors, L., Eriksson, M., Mattsson, L. Å., Kylebäck, K., Magnusson, L. og Milsom, I. (2001). A population based study of Swedish women's opinions about antenatal, delivery and postpartum care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 130–136.
- Mödrahálsovárd, sexuell och reproduktiv hälsa. (2008). (SFOG Rapport nr. 59. Ritstjóri Lars-Åke Mattsson). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynecologi.
- NICE, National Institute for Clinical Excellence. (2008). Antenatal care. Clinical guidelines. Sótt af <http://guidance.nice.org.uk/CG62>.
- Raatikainen, K., Heiskanen, N. og Heinonen, S. (2007). Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health*, 7, 268. Sótt af <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/268>.
- Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar nr. 160/1982.
- Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar nr. 787/2007.
- Salisbury, C., Sampson, F., Ridd, M. og Montgomery A.A. (2009). How should continuity of care in primary health care be assessed? *British Journal of General Practice*, 59(561), 134–141.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. og Devane, C. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(8), 1–107. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.
- Sigfríður Inga Karlsdóttir. (1999). The characteristics of antenatal services from midwives, that women are satisfied or unsatisfied with. A descriptive survey. Óbirt meistarafráttir: The Royal College of Nursing Institute London.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18, 203–210.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo. Sótt af <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon/Sider/default.aspx>.
- Sunil, T.S., Spears, W.D., Hook, L., Castillo, J. og Torres, C. (2010). Initiation of and barriers to prenatal care use among low-income women in San Antonio, Texas. *Journal of Maternal Child Health*, 14, 133–140.
- Tinkler, A. og Quinney, D. (1998). Team midwifery: the influence of the midwife-woman relationship on women's experiences and perceptions of maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 30–35.
- Van Teijlingen, E.R., Hundley, V., Rennie, A.-M., Graham, W. og Fitzmaurice A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: “what is, must still be best”. *Birth*, 30, 75–82.
- Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 30, 248–254.





ÁN OFNÆMIS- VALDANDI EFNA

Með því að nota mild þvottaefni eins og MILT, dregur þú úr líkum á því að þú eða einhverjir í þinni fjölskyldu fái ofnæmi eða exem.

40 ÞVOTTAR Í 2 KG PAKKA

Þú þarft minna af MILT því það er sérþróað fyrir íslenskt vatn.

MILT

HREIN TILVERA



FARÐU MILDUM HÖNDUM UM ÞIG, ÞVOTTINN OG UMHVERFIÐ

Reynsla og viðhorf kvenna

Umönnun í sængurlegu á stofnun og heima



Hildur Sigurðardóttir,
lektor og ljósmóðir

ÚTDRÁTTUR

Á síðustu áratugum hafa orðið miklar breytingar á sængurleguþjónustu á Íslandi. Svokölluð heimaþjónusta ljósmæðra hefur verið í boði í 20 ár og notendum hennar stöðugt fjölgað samfara styttri sjúkrahúsvist. Viðmið um heilsufar móður og barns sem forsendur fyrir snemmútskrift og aðgengi að heimaþjónustunni hafa einnig orðið sveigjanlegri. Rannsóknir hafa gefið til kynna frekar jákvæð viðhorf kvenna til sængurleguþjónustu á Íslandi, sérstaklega heimaþjónustunnar, en á niðurskurðartímum er sérstaklega mikilvægt að standa vörð um gæði og öryggi þjónustunnar og meta árangur hennar markvisst, meðal annars með skoðun á viðhorfum notenda hennar.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf og reynslu kvenna af þjónustu sem veitt er í sængurlegu bæði á stofnun og heima. Rannsóknin var með blönduðu sniði þar sem annars vegar var notast við staðlaða spurningakvarða upphaflega þróaða af Carty (1990) og Hodnett (1998), og hins vegar opnar spurningar. Kvarðarnir mæla viðhorf til veittrar fræðslu (FRÆÐSLA), ánægju/óánægju með þjónustuna (ÁNÆGJA) og viðhorf til innihalds þjónustunnar (ÞJÓNUSTA). Markhópur rannsóknarinnar voru konur sem nýttu sér barneignarþjónustu á vormánuðum 2012 annars vegar á Landspítala og hins vegar á sjúkrahúsi Vesturlands. Alls var 200 listum dreift á sængurlegudeild fæðingarstofnanna og fengu þátttakendur þá afhenta fyrir útskrift ásamt kynningarbréfi og voru beðnir um að svara listunum og póstsenda í framhaldi af því að heimaþjónustunni lauk. Gagnasöfnunin var því framvirk en úrtaksvalið þægingdaúrtak er náði til 62 kvenna (skil 31%).

Niðurstöður rannsóknarinnar styðja fyrri sambærilegar rannsóknir og gefa til kynna almenna ánægju kvenna með sængurleguþjónustuna, einkum heimaþjónustu ljósmæðra þar sem stærstur hluti kvenna vill að þjónustunni sé viðhaldið og aðgengi að henni jafnvel aukið. Heildarmeðalstig úr kvörðunum þremur; FRÆÐSLA, ÁNÆGJA og ÞJÓNUSTA sýndu að marktækur munur var á viðhorfum til umönnunar innan stofnunar og heima þar sem konurnar voru marktækt jákvæðari gagnvart heimaþjónustunni

($P < 0,001$). Vísbendingar komu fram um þætti sem styrkja mætti enn frekar í sængurleguþjónustunni, svo sem varðandi stuðning við brjóstagjöf/næringu barns á stofnun fyrstu sólarhringana og aukinn stuðning við feður. Greina mætti nánar hvaða fræðsluþáttum er sinnt sérstaklega innan stofnunar annars vegar og í heimaþjónustu hins vegar.

Lykilorð: viðhorf til þjónustu, reynsla kvenna, sængurleguþjónusta, heimaþjónusta í sængurlegu.

ABSTRACT

Over the last decade there has been a significant change in the structure of postpartum care in Iceland. The so-called home care midwifery program has been available for 20 years and number of families using the service has been growing steadily by shorter hospital stay postpartum. More flexible standards regarding mother's and newborns's health criterias for early hospital discharge and for the home care midwifery program have also been developed. Studies have indicated positive attitudes of women towards the postpartum care in Iceland, especially the home care midwifery program. However, at time of financial cuts in the health care system it is especially important to monitor the quality and safety of care for example by doing evaluation research on mother's perception of care.

The aim of this study was to explore women's attitudes, experiences and perception of postpartum care both within hospitals and the home care midwifery program. Data collection was performed by using standardized questionnaires originally developed by Carty (1990) and Hodnett (1998), measuring perception of informational support, satisfaction and content of care postpartum, but written answers to open written questions were used for data gathering. Women who delivered at University Hospital Landspítali and West Iceland HealthCare Center in the spring of 2012 were offered to participate in the study. Total of 200 questionnaires were sent to the hospitals and before discharged an information letter about the study and a questionnaire were delivered to each woman. Total of

62 women enrolled in the study (31%) by convenient sampling but participants were instructed to post the questionnaires to the researchers, after filling them out, by the end of the home midwifery care.

The findings support previous similar studies and indicate women's general satisfaction of postpartum care, particularly the home midwifery program where the majority of women wish the service to be continued unchanged or for a longer period of time postpartum with an better access of care for a larger group of women and families. A significant difference was found by all three questionnaires measuring perception of women's education, satisfaction of care and between women's perception of postpartum hospital care and home midwifery care showing more satisfaction and more positive attitudes towards the home midwifery program ($P < 0.001$). Even though the sample size is too small for generalized conclusions some of the results should be taken seriously and looked at more closely like women's need for more time and a better support on breastfeeding/child nutrition counselling during the first days postpartum during their stay at the hospital. Also midwives should be aware of fathers need for support during the postpartum period.

Keywords: perception of postpartum care, midwifery, continuity of care, home care midwifery.

INNGANGUR

Síðastliðna áratugi hefur sjúkrahúsdvöl í kjölfar barneigna verið að stytstast og heilbrigðisþjónusta færst í auknum mæli inn á heimili fjölskyldna bæði hérlendis sem og víðsvegar um heim allan (Bravo, Uribe og Contreras, 2011; Hildur Sigurðardóttir, 2010; Sjúkra-tryggingar Íslands, 2013; Walsh, 2011; Boulvain, Perneger, Othenin-Girard, Berner og Irion, 2004). Á Íslandi hefur svokölluð „heimaþjónusta ljósmæðra“ í sængurlegu verið í boði í 20 ár. Leitast hefur verið við að þróa þjónustuna til samræmis við einstaklingsbundnar þarfir móður, barns og fjölskyldu, meðal annars með þróun klínískra leiðbeininga sem taka til grunnilda umönnunar í sængurlegu, faglegra viðmiða um heilsufarsmat/þjónustustig í umönnun kvenna og nýbura og almennra viðmiða um innihald þjónustunnar (Hildur Sigurðardóttir, 2009; 2014). Mikil breyting hefur orðið á viðmiðum um heilsufarsmat kvenna og nýbura sem forsendur fyrir ákvörðunum um lengd sjúkrahúsdvalar og umfang heimaþjónustunnar allt frá mjög ströngum viðmiðum yfir í sveigjanlegri viðmið sem gera nú veikari mæðrum og nýburum kleift að útskrifast fyrr en áður eftir fæðingu og þiggja heimaþjónustu. Með samningi heimaþjónustunnar við Sjúkra-tryggingar Íslands 2009 og gerð faglegru leiðbeininganna var meðal annars fyrst opnað fyrir möguleika á vitjunum til kvenna í kjölfar keisaraaðgerða og horft til þjónustuþarfa samkvæmt heilsufars- og þjónustuflokkun A, B og C (Hildur Sigurðardóttir, 2009). Flokkun A nær til mæðra og nýbura án fráviks eða lækisfræðilegra vandamála, B flokkun til þeirra sem hafa ákveðin skilgreind frávik/heilsufarsvanda og C flokkun á við um heilsufarsvanda sem þarfnast náns eftirlits nánast allan sólarhringinn. Þróunin hefur orðið sú að í sérstökum undantekningartilfellum geta mæður og börn í C flokki nú útskrifast allt að 86 klst. frá fæðingu og þegið heimaþjónustu ljósmæðra en slíkar undantekningar eru háðar beiðni frá barnalækni og/ eða fæðingarlækni (Sjúkra-tryggingar Íslands, 2014; Hildur Sigurðardóttir, 2014).

Segja má að þróunin hafi orðið sú að smám saman hafi þjónustuformið „snemmútskrift og heimaþjónusta ljósmæðra“ þróast frá því að vera ákveðinn valkostur kvenna og fjölskyldna yfir í kerfisbundnari ákvörðunartökur þar sem í raun einungis allra veikustu konur og börn eiga kost á lengri sjúkrahúsvist. Að auki hefur meðallengd sængurlegu á stofnun styst til muna síðastliðna tvo áratugi (Bravo o.fl., 2011; Guðlaug Einarsdóttir, 2012; Hildur Sigurðardóttir, 2014) og er nú svo komið að í samanburði við önnur Norðurlönd er sængurlega á stofnun nú styst á Íslandi (Guðlaug Einarsdóttir, 2012). Ljóst er að tilkoma og fyrirkomulag heimaþjónustu ljósmæðra hefur leitt af sér verulegan sparnað í íslensku heilbrigðiskerfi en þegar litið er til reksturs Landspítala á árunum 2003–2013 er áætlað að sparast hafi um 450–500 milljónir kr. á ári (Guðlaug Einarsdóttir, 2012).

Nokkrar íslenskar rannsóknir hafa skoðað árangur og umfang heimaþjónustu ljósmæðra og niðurstöður þeirra almennt gefið til kynna jákvætt viðhorf kvenna til þjónustunnar (Hildur Sigurðardóttir, 2004; 2006). Árið 2002 var gerð meginleg samannburðarrannsókn á viðhorfum kvenna til heimaþjónustu eftir snemmútskrift (H) og þjónustu sængurlegudeildar Landspítala (S) (Hildur Sigurðardóttir, 2004). Á þessum tíma var samannburðarrannsókn raunhæf þar sem rúm 58% kvenna útskrifaðist snemma heim (<36 klst. frá fæðingu). Úrtakið var tilviljunarúttak sem náði til 400 kvenna er fæddu á Landspítala á fjögurra mánaða tímabili árið 2002 og skiptist jafnt á milli þjónustuflokkum (H og S). Svörin í rannsókninni var ásættanleg ($H = 67\%$ ($n=134$); $S = 62\%$ ($n=124$)). Hóparnir voru sambærilegir með tilliti til bakgrunns nema hvað hlutfallslega fleiri frumbyrjur voru á sængurkvennadeild. Spurningalistar er póstsendir voru til þátttakenda innihéldu meðal annars þrjá viðhorfskvarða er mældu á líkert kvarða viðhorf til veittrar fræðslu, ánægju/óánægju með þjónustuþætti og viðhorf til innihalds þjónustunnar. Niðurstöður gáfu til kynna almennt jákvæð viðhorf til sængurleguþjónustunnar þó fram kæmi að konur sem fengu heimaþjónustu væru marktækt jákvæðari gagnvart þjónustunni. Sú fræðsla sem best virtist skila sér í báðum hópunum, þ.e. til kvenna er fengu heimaþjónustu og þeirra er dvöldu lengur á sjúkrahúsi, var fræðsla um brjósttagjöf, næringu nýbura, umhirðu og naflahreinsun. Þeir fræðsluþættir sem hins vegar komu verst út í báðum hópunum voru um hugsanleg heilsufarsvandkvæði móður og barns, slysavarnir nýbura, aðlögun fjölskyldumeðlíma, líkamsþjálfun og styrktaræfingar, svo sem grindarbotnsæfingar og fræðsla um kynlíf og getnaðarvarnir. Varðandi umfang þjónustunnar kom fram að fjöldi vitjana í heimaþjónustu var að meðaltali 7,4 vitjanir og spannaði frá 5 upp í 14 vitjanir. Flestum konunum (84%) fannst fjöldi vitjana hæfilegur. Í 70% tilfella dvöldu ljósmæðurnar í 30–60 mínútur í hverri vitjun og fannst flestum konunum (96%) þær hæfilega langar (Hildur Sigurðardóttir, 2004).

Í rannsókn um áhrifaþætti á tímalengd brjósttagjafa ($n=118$) komu einnig í ljós mjög jákvæð viðhorf kvenna til heimaþjónustunnar. Vegna erfiðleika við brjósttagjöf leituðu konurnar oftast til heimaþjónustu ljósmóður og nefndu hana oftast sem hjálplegasta aðilann varðandi úrlausnir vandamála við brjósttagjöf (Hildur Sigurðardóttir, 2006). Niðurstöður nýlegra viðtalsrannsókna þar sem annars vegar voru tekin viðtöl við 19 konur (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2012) og hins vegar við 6 unglingsmæður (Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011) gáfu mjög sambærilegar niðurstöður um viðhorf kvenna til veittrar fræðslu og stuðnings við brjósttagjöf í sængurlegu. Í báðum rannsóknunum kom fram óánægja með kennslu og stuðning við brjósttagjöf fyrstu dagana inn á stofnun, að fræðslu um brjósttagjöf væri ábótavant, einkenndist af misvísandi skilaboðum og ákveðinni fjarlægð umönnunaraðila. Hins vegar bentu konurnar í báðum rannsóknum á gagnsemi heimaþjónustunnar og samfelldrar þjónustu þar sem tækifæri skapaðist til að mynda traust samband við ljósmæður (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2012; Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011).

Skortur er á vönduðum rannsóknum sem skoðað hafa áhrif snemmútskrifta og heimaþjónustu ljósmæðra á árangur brjósttagjafa t.d. varðandi þá tímalengd sem börn eru höfð á brjósti. Mikilvægi markvissrar eftirfylgni og stuðnings við brjósttagjöf og næringu nýbura í kjölfar útskriftar af stofnun fyrstu vikuna eftir fæðingu er hins vegar viðurkennt sem mikilvægur þáttur í því að lágmarka hættu á vandamálum eins og ofþurrki og þróun óeðlilegrar gulu barnanna (Davano, Cannioto, Ronfani, Monasta og Demarini, 2012). Einnig hafa rannsóknir bent á áhrif markvissrar eftirfylgni með heimavítjunum ljósmæðra fyrstu vikuna hvað varðar þróun öryggistilfinningar hjá sængurkonum (Askelsdóttir, Jonge, Edman og Wiklund, 2012).

Ljósmæðrafélag Íslands stóð fyrir könnun á tímabilinu júní–júlí 2010 þar sem markmiðið var að kanna umfang heimaþjónustu ljósmæðra. Könnunin byggðist á framvirkri skráningu upplýsinga um ýmsa þætti varðandi skipulag og umfang þjónustunnar er ljósmæður skráðu á sérhönnuð gagnablöð. Alls náði könnunin til heimaþjónustu 343 (61% svörin) kvenna víðs vegar af landinu þó flestar

vitjanir hafi átt sér stað á höfuðborgarsvæðinu (75%). Niðurstöður sýndu að ljósmæðurnar höfðu haft kynni af sængurkonunum í 60% tilfella áður en til heimaþjónustu kom. Fjöldi vitjana spannaði frá 1–11, meðalfjöldi vitjana var 6,71 og meðaltímalengd hverrar vitjunar 54 mínútur. Frumbyrjur reyndust fá marktækt fleiri ($P < 0,001$) og lengri vitjanir en fjölbyrjur ($P < 0,05$) og í ljós kom að þær konur sem fengu fleiri en 8 vitjanir voru flestar alvarlega veikar að undanskildum konum er fætt höfðu heima. Konurnar áttu t.d. við brjóstgöjafarvanda að stríða og þeim fylgdu oftast fleiri vandamál, svo sem óeðlileg gula og/eða of lítil þyngdaraukning barns; óeðlileg blæðing; hækkun á blóðþrýstingi og óeðlileg blæðing móður og fíkniefnavandi á heimili sængurkonunnar. Þegar umfang heimaþjónustu ljósmæðra var skoðað út frá tíma kom í ljós að um 50–60 % af þjónustunni var veitt utan hefðbundins dagvinnutíma þar sem um 30% vitjana fóru fram um helgar, 40% síðdegis eða á kvöldin; 31% samtala áttu sér stað um helgar og 36–42% síðdegis eða á kvöldin. Yfir 80% ljósmæðra gerðu grein fyrir því hvernig þær stóðu að útskrift og í öllum tilfellum utan einu voru veittar skriflegar og/eða munnlegar upplýsingar til ungabarnaverndar. Það var ályktun rannsækenda að niðurstöður könnunarinnar veittu ýmsar upplýsingar sem gáfu til kynna að umfang heimaþjónustu ljósmæðra einkenndist af miklum sveigjanleika, ábyrgðarskyldu og faglegu mati ljósmæðra bæði hvað varðaði tímaramma og faglegt mat á einstaklingsbundnum þörfum kvenna og fjölskyldna fyrir þjónustuna (Hildur Sigurðardóttir, 2010).

Þar sem nú eru um níu ár frá því að sambærileg könnun var gerð og þar sem margt hefur breyst síðan er mikilvægt að endurtaka slíka könnun og meta þannig viðhorf kvenna til þjónustunnar. Megin-tilgangur þessarar rannsóknar var því að kanna viðhorf mæðra til sængurleguþjónustu bæði á sjúkrahöfðun fyrst eftir fæðingu og í heimaþjónustu ljósmæðra og skoða niðurstöður í ljósi fyrri sambærilegrar rannsóknar (Hildur Sigurðardóttir, 2006).

ADFERÐ

Megin-tilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf mæðra til sængurleguþjónustu bæði á sjúkrahöfðun fyrst eftir fæðingu og í heimaþjónustu ljósmæðra og að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

- 1) Hvert er viðhorf kvenna til umfanga heimaþjónustu ljósmæðra með tilliti til fjölda og tímalengdar vitjana og fyrri kynna af ljósmæðrum?
- 2) Hver eru viðhorf kvenna til sængurleguþjónustu heima og á stofnun með tilliti til eftirfarandi þátta:
 - a. Veittrar fræðslu
 - b. Ánægju með þjónustuna almennt
 - c. Innihaldsþátta þjónustunnar
- 3) Hvaða ábendingar nefna sængurkonur helst um þörf á úrbótum á fyrirkomulagi sængurleguþjónustu til framtíðar, bæði heima og á stofnun?

Spurningalistinn sem notaður var í rannsókninni innihélt mælikvarða (FRÆDSLÁ, ÁNÆGJA og ÞJÓNUSTA) sem áður höfðu verið forprófaðir og staðlaðir á stærra úrtaki og reyndust réttmætir og áreiðanlegir (Hildur Sigurðardóttir, 2004). Um er að ræða þýdda útgáfu viðhorfaskala Carty (1990) og Hodnett (1998) sem eru 5 punkta líkert kvarðar er skoða viðhorf til fræðsluþátta (11 atriði), ánægju með þjónustuna almennt (16 atriði) og hvort konurnar álíta þjónustuna innihalda ákveðna þjónustuþætti (24 atriði). Einnig var spurt út í bakgrunn (svo sem aldur móður, aldur barna, menntun, hjúskaparstöðu og fjölda barna), fæðingarreynslu og boðið var upp á svör við opnum spurningum þar sem konurnar gátu tjáð sig frekar um framtíðarsýn og óskir varðandi fyrirkomulag barneignaðjónustunnar. Opnar spurningar voru skoðaðar til hliðsjónar við niðurstöður spurningakvarðanna til þess að skoða stuðning við gögnin og til að öðlast dýpri skilning á niðurstöðunum.

Leyfi fyrir framkvæmd rannsóknarinnar fengust hjá vísindasíðanefnd Landspítala (#erindi 17/2012), Persónuvernd (#S5661) og yfirmönnum viðkomandi heilbrigðisstofnana. Við úrtaksvalið var leitað eftir samvinnu ljósmæðra sængurlegudeilda (Landspítala,

Heilbrigðisstofnanir Vesturlands, Suðurnesja og Suðurlands) sem buðu konum er útskrifuðust í heimaþjónustu þátttöku í rannsókninni og afhentu þeim kynningarbréf um rannsóknina ásamt spurningalistanum. Alls voru 200 listar sendir á framangreindar stofnanir, flestum dreift til sængurlegudeilda Landspítala. Konurnar voru beðnar um að svara spurningalistanum að heimaþjónustu lokinni og póstsenda rannsækanda í umslagi sem ekki þurfti að greiða póstsendingarkostnað fyrir. Þar sem ekki fékkst leyfi frá vísindasíðanefnd fyrir nafnalistum þátttakenda var ekki unnt að fylgja rannsókninni eftir með itrekunarbréfum. Úrvinnsla gagna fór fram með tölfræðiforritinu SPSS og var fyrst og fremst notast við lýsandi aðferðafræði. Varðandi opnar spurningar þá var efni þeirra flokkað í ákveðin þemu, skoðuð til hliðsjónar við niðurstöður spurningakvarðanna meðal annars í þeim tilgangi að meta hugtakarættmæti og til að öðlast dýpri skilning á niðurstöðunum.

NIÐURSTÖÐUR

Þátttakendur

Af þeim 200 spurningalistum sem dreift var til fæðingarstofnana á vormánuðum 2012 skiluðu 31% sér og tóku alls 62 konur þátt í rannsókninni. Flestar fæddu á Landspítala: 48% á fæðingardeildinni og 24% á Hreiðrinu, en 25% kvennanna fæddu á Heilbrigðisstofnun Vesturlands. Engin svör skiluðu sér frá Heilbrigðisstofnunum Suðurnesja eða Suðurlands. Aldursdreifing þátttakenda var á bilinu 21–44 ára, meðalaldur 31 ár, 65% voru fjölbyrjur og í 87% tilfella var um sambúðaraðila að ræða. Stærsti hluti kvenna hafði lokið framhaldsskóla- (35%) eða háskólamenntun (59%). Flest börnin (84%) voru innan við eins mánaðar gömul en elstu börnin voru 5 mánaða. Flestar eða 76% kvennanna fæddu börn sín um fæðingarveg án inngripa ($n=47$), 8% með aðstoð soglukku/tangar ($n=5$) og 16% fóru í keisaraaðgerð ($n=10$) (9,5% bráðakeisara; 6,5% valkeisara).

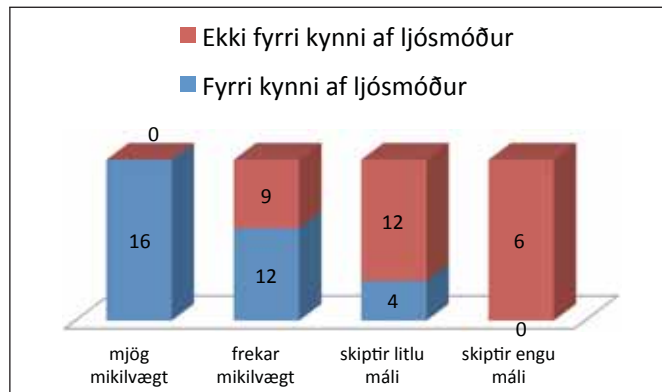
Hvað heilsufar barna varðaði þá komu upp vandamál hjá barni í 16% tilfella ($n=10$) meðan á sjúkráhusdvöl þess stóð, oftast ($n=8$) af líkamlegum toga og hjá 13% ($n=8$) komu upp vandamál í heimaþjónustu, oftast vegna gulu nýbura. Varðandi heilsu mæðranna nefndu 14% ($n=9$) að vandamál hefðu komið upp fyrir heimferð og 21% ($n=13$) eftir að heim var komið. Jákvað fylgni var á milli vandamála á stofnun og heima ($p < 0,001$) enda um sambærilegar skýringar að ræða, svo sem erfiðleika við brjóstgjöf, hækkadán blóðþrýsting móður og meðgöngueitrun auk óeðlilegra blæðinga.

Umfang heimaþjónustu ljósmæðra

Fjöldi vitjana ljósmæðra í heimaþjónustu var á bilinu 3–10, flestar konur (57%; $n=31$) fengu 6–7 vitjanir á meðan 27% ($n=14$) fengu fleiri en 8 vitjanir og um 17% ($n=9$) 5 eða færri vitjanir. Í tæpum 13% ($n=8$) tilfella var fjöldi vitjana ekki gefinn upp. Langstærsti hluti þiggjenda þjónustunnar (87%) var ánægður með fjölda vitjana, 7% fannst þær of fáar, engum fannst þær of margar. Tímalengd vitjana var í 55,6% tilfella 30–60 mínútur en 33% mæðra fengu vitjanir sem vörðu skemur en 30 mínútur. Langflestum (92%) fannst vitjanir hæfilega langar, 1,6% fannst þær of langar eða of stuttar.

Í 51% tilfella ($n=32$) höfðu konurnar haft fyrri kynni af sinni heimaþjónustu ljósmóður og fannst 64% þeirra frekar eða mjög mikilvægt að þekkja hana fyrir. Fjörutíu og þrjú prósent ($n=27$) sögðu það skipta litlu eða engu máli að þekkja ljósmóðurina fyrir. Eins og sést á mynd 1 kom í ljós að þær konur sem ekki höfðu haft fyrri kynni af sinni ljósmóður voru líklegri til að segja það skipta litlu eða engu máli á meðan flestar þeirra sem þekktu ljósmóðurina fyrir sögðu það frekar eða mjög mikilvægt. Þátttakendum var í opinni spurningu boðið upp á að gera frekari grein fyrir afstöðu sinni varðandi það að þekkja fyrir ljósmóðurina og nefndu flestar mikilvægi þess að ná góðum tengslum og trausta sambandi við ljósmóðurina. Það að þekkja ljósmóðurina fyrir gaf ákveðna öryggistilfinningu um aukið innsæi ljósmóðurrinnar á liðan og reynslu kvennanna. Annars virtist það ekki endilega skipta máli hvort um fyrri kynni var að ræða svo fremi sem ljósmóðirin og konan næðu vel saman, sambandið byggðist á trúnaði og að ljósmóðirin setti sig vel inn í

aðstæður og reynslu konunnar þannig að um markvissa eftirfylgni væri að ræða. Konurnar nefndu gjarnan að með góðum tengslum við ljósmóðurina gætu þær frekar spurt hana um hvað sem væri og að ljósmóðirin skildi vangaveltur þeirra og áhyggjur. Einnig kom fram mikilvægi þess að ljósmóðirin væri „fær í sínu fagi, opin, hress, jákvæð og athugul.“

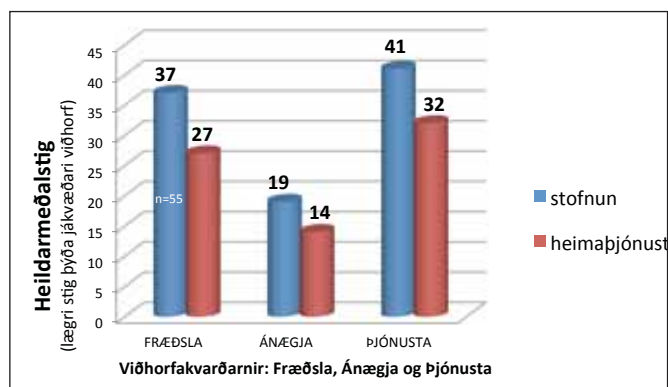


Mynd 1. Höfðu konurnar áður kynnst sinni heimaþjónustu ljósmóður og hve miklu máli skipti að þekkja hana fyrir? Í ljós kom að þær konur sem höfðu áður kynnst sinni heimaþjónustu ljósmóður höfðu frekar tilhneigingu til að segja það skipta mjög eða frekar miklu máli á meðan þær konur sem ekki þekktu ljósmóðurina fyrir sögðu flestar að það skipti litlu sem engu máli.

Við val á ljósmóður í heimaþjónustu kom fram að rúmlega fjórðungur kvennanna ($n=16$) höfðu óskað sérstaklega eftir tiltekinni ljósmóður og í 22% ($n=14$) tilfella bauðst ljósmóðir úr meðgönguvernd til að fylgja foreldrunum áfram eftir í heimaþjónustu. Í 24% tilfella ($n=15$) fann starfsfólk fæðingarstofnunar ljósmóður í heimaþjónustu án samráðs við foreldrana, í 8,7% ($n=4$) tilfella bauð ljósmóðir á fæðingarstofnun fram þjónustu sína og í 24% tilfella ($n=15$) fór val ljósmóður fram á annan hátt.

Viðhorf til þjónustunnar

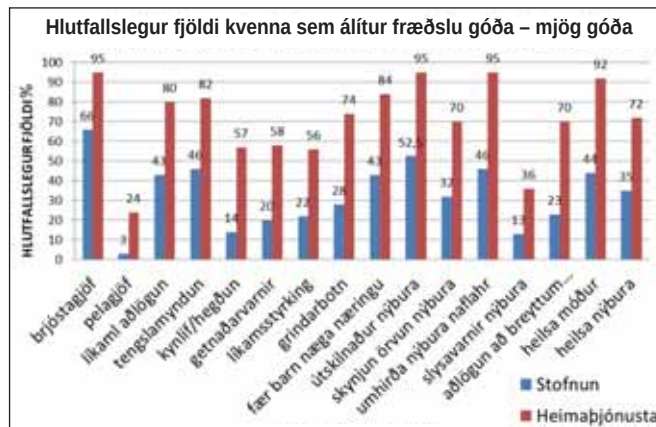
Þegar niðurstöður voru skoðaðar úr viðhorfakvörðunum þremur FRÆÐSLA, ÁNÆGJA, og INNIHALD þjónustu kom almennt í ljós mjög jákvætt viðhorf til þjónustu bæði innan stofnana og í heimaþjónustu ljósmæðra. Marktækur munur kom þó í ljós við samanburð á heildarskorum eftir því hvort þjónustan var veitt innan stofnunar eða í heimaþjónustu þar sem konurnar sýndu marktækt jákvæðari viðhorf til heimaþjónustunnar ($p<0,001$) (sjá mynd 2).



Mynd 2. Viðhorf kvenna til þjónustunnar. Fram kom marktækur munur á heildar meðalstigum kvarðanna þriggja FRÆÐSLA, ÁNÆGJA og ÞJÓNUSTA eftir því hvort um var að ræða þjónustu heima eða á stofnun. Viðhorfin voru í öllum tilfellum jákvæðari gagnvart heimaþjónustunni ($P<0,001$).

FRÆÐSLU kvarðinn: Varðandi viðhorf til veittrar fræðslu kom í ljós að mikill meirihluti kvenna mat fræðslu veitta af heimaþjónustu ljósmæðra sem góða eða mjög góða á flestum sviðum, en meiri dreifing kom fram á svörum kvenna gagnvart fræðslu sem veitt var

á stofnun. Eins og fram kemur á mynd 3 voru áberandi fleiri konur sem mátu fræðslu veitta í heimaþjónustu góða eða mjög góða miðað við fræðslu á stofnun og einnig var algengara að konur mátu fræðslu veitta af stofnun sem lélega eða mjög lélega. Hlutfallslega fleiri merktu við svarmöguleikann „á ekki við“ gagnvart fræðslu sem veitt var á stofnun miðað við heima. Þeir fræðsluþættir sem komu verst út fjölluðu um slysavarnir nýbura, kynlíf/kynlífsheilbrigði, getnaðarvarnir, grindarbotninn, líkamsrækt/likamsstyrkingu og aðlögun að breyttum hlutverkum í fjölskyldu.



Mynd 3. Hlutfallslegur fjöldi kvenna sem álítur fræðslu góða – mjög góða á stofnun og í heimaþjónustu. Í öllum tilfellum kom fram að hlutfallslega fleiri konur álitu fræðslu veitta af heimaþjónustunni góða eða mjög góða samanborið við fræðslu veitta á stofnun.

ÁNÆGJU kvarðinn: Flestar konurnar voru frekar eða mjög ánægðar með þjónustu ljósmæðra. Ánægja með heimaþjónustuna var í öllum tilfellum nema tveimur yfir 90% en á stofnun í flestum tilfellum um og yfir 70%. Á meðan 95% mæðra voru frekar eða mjög ánægðar með þau tækifæri sem þær fengu í heimaþjónustunni til að læra að næra barn sitt voru þó einungis 67% ánægðar með þjónustuna innan stofnunar og 18% sögðust vera frekar eða mjög óánægðar með þjónustuna. Einnig virtist ánægja með tilfinningalegan stuðning við maka skora lægst eða 63% á stofnun og 77% í heimaþjónustu. Þeir þættir sem mest ánægja var með innan stofnunar voru sá gaumur sem gefinn er að líkamlegu ástandi barns (87%) og tækifæri til hvíldar og svefns (84%).

ÞJÓNUSTA kvarðinn: Þátttakendur voru beðnir um að taka afstöðu til innihalds þjónustunnar, hve sammála eða ósammála þeir væru því að ákveðin þjónusta væri til staðar. Viðhorf kvennanna voru almennt mjög jákvæð og í langflestum tilfellum voru um 80–90% kvennanna sammála um að þjónustuþættirnir væru til staðar. Þeir þættir sem skoruðu lægra áttu flestir við um þjónustu innan stofnunar: Einungis 63% mæðra var sammála um að ljósmæður innan stofnunar gæfu þeim nægan tíma til að ræða áhyggjur, vangaveltur og vandamál, 18% voru óvissar og 18% ósammála. Fimmtíu og átta prósent mæðra voru sammála því að ljósmæður innan stofnana skynjuðu þegar þær þyrftu á uppörvun eða hvatningu að halda, 27% voru óvissar og 15% ósammála. Einnig kom fram að einungis 62% mæðranna töldu ljósmæður innan stofnunar hjálplegar til að ræða erfði málefni en 25% voru óvissar. Hvað varðaði hlutverk ljósmæðra til að upplýsa mæður jafnóðum um heilsufarsmat þeirra voru 67% sammála um að ljósmæður innan stofnana gerðu það og 23% óvissar. Þegar almennt var spurt hvort umönnun ljósmæðra á stofnun eða heima hafi undirbúið mæðurnar undir að takast á við aðstæður eftir að heim var komið, kom í ljós að 64% (stofnun) og 77% (heimaþjónusta) voru því sammála.

Fyrirkomulag heimaþjónustunnar til framtíðar – viðhorf kvenna Spurt var um hvernig þátttakendur myndu helst vilja sjá þjónustu þá sem nú er á höndum heimaþjónustu ljósmæðra þróast og voru svarmöguleikarnir fjórir. Nánast allar konurnar (96%) svör-

uðu spurningunni og vildu flestar að þjónustan yrði óbreytt (44%; $n=27$) eða að heimaþjónustan næði yfir lengra tímabil, þ.e. samfelld í 6 vikur eftir fæðingu (31%; $n=19$). Einungis 15% ($n=9$) vildu að ungubarnavernd Heilsugæslunnar annaðist fjölskyldurnar frá útskrift af fæðingarstofnun og 3% höfðu á þessu enga skoðun.

Í lok spurningalistans var opin spurning þar sem þátttakendum gafst tækifæri á að tjá sig frekar um það hverju, ef einhverju, þeir vildu breyta í barneignaþjónustunni. Um 44% ($n=27$) þátttakenda svaraði spurningunni og var þar almennt kallað eftir meiri sveigjanleika varðandi aðgengi að heimaþjónustunni. Tólf konur nefndu mikilvægi þess að konur og börn gætu átt kost á að dvelja lengur á fæðingarstofnun, t.d. vegna heilsufarsvanda barns eða móður, án þess þó að réttur þeirra til heimaþjónustu myndi skerðast. Konurnar ítrekuðu í svörum sínum við opnu spurningunni að þær vildu sjá heimaþjónustuna sinna fjölskyldunni til lengri tíma en nú er. Í þessu sambandi vísuðu konurnar meðal annars í mikilvægi þess að mynda traust samband við ljósmóður, mikilvægi öryggis og markviss eftirlits og fræðslu. Meginþemu varðandi kvartanir sem fram komu um sængurleguþjónustu á stofnun voru: undirmönnun ljósmæðra greinanleg; skynjaður skortur á tíma til að sinna sængurkonum sem skyldi; fræðsla og stuðningur við brjóstgjöf af skornum skammti; óþolinmæði sýnd í ráðgjöf við brjóstgjöf og að of margar ljósmæður sinntu konunum sem leiddi til misvísandi ráða/skilaboða.

UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar endurspeglar viðhorf og reynslu 62 kvenna af umönnun í sængurlegu á stofnun og heima. Flestir eða 75% þátttakenda fæddu á Landspítala og 24% á Heilbrigðisstofnun Vesturlands og því óraunhæft að gera samanburð á milli mismunandi fæðingarstofnana. Úrtakið var frekar lítið en endurspeglar ágætlega þýðið sem það stendur fyrir með tilliti til bakgrunns og tegund fæðinga (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson, 2011; 2010; 2009; Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrímsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson, 2012). Í töflu 1 kemur fram hve vel úrtakið í raun endurspeglar þýðið með tilliti til dreifingar vegna tegunda fæðinga.

Tafla 1. Einkenni úrtaks miðað við þýði: Hlutfall mismunandi tegunda fæðinga í úrtaki í samanburði við upplýsingar um þýði samkvæmt íslenskum fæðingarskrám og niðurstöðum rannsóknarinnar „Barneign og heilsa“.

Tegund fæðingar:	Umönnun í sængurlegu, heima og á stofnun $n=62$ (%)	„Barneign og heilsa“ $n=763$ (%)	Ísland 2009 $n=4939$ (%)	Ísland 2010 $n=4834$ (%)	Ísland 2011 $n=4421$ (%)
Um fæðingarveg án áhalda	47 (76%)	611 (80,1%)	3771 (76,3%)	3857 (79,8%)	3436 (77,7%)
Áhaldafæðing:	5 (8%)	43 (5,6%)	355 (7,1%)	321 (6,6%)	324 (7,3%)
Sogklukka eða töng					
Allar keisaraaðgerðir	10 (16%)	110 (14,3%)	813 (16,5%)	704 (14,6%)	661 (15%)
Bráðakeisaraaðgerð	6 (9,5%)	73 (9,6%)	494 (10%)	434 (9%)	421 (9,5%)
Val keisaraaðgerð	4 (6,5%)	37 (4,7%)	319 (6,5%)	270 (5,9%)	240 (5,4%)

(Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl. 2011; Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2012).

Eðli vandamála sem upp komu hjá nýburum í úrtakinu samræmast vel fyrri rannsóknum sem gefa til kynna að líkamleg vandamál komi oftast fram á fyrsta sólarhringi eftir fæðingu en algengara sé að frávik er varða næringu barna og þróun gulu komi fram eftir heimkomu (Boulvain o.fl., 2004). Þessar niðurstöður samræmast fyrri rannsóknum og undirstrika mikilvægi þess að ljósmæður séu vakandi fyrir því hvernig brjóstgjöf og næring barns gengur fyrir sig fyrstu dagana, greini meðal annars áhættur og merki um þróun óeðlilegar gulu eða ofþurks og grípi eftir þörfum inn í á viðeigandi hátt til að fyrirbyggja alvarlegt ástand (Davanzo o.fl., 2012).

Þau vandamál sem upp komu hjá mæðrunum tengdust helst erfiðleikum við brjóstgjöf og hækkuðum blóðþrýstingi. Jákvað fylgni ($p < 0,05$) sýndi tengsl á milli vandamála á stofnun og heima þannig að líklegt er að í flestum tilfellum hafi vandinn verið til staðar við útskrift. Niðurstöðurnar styðja við fyrri rannsóknir, svo sem rannsókn Ljósmæðrafélags Íslands frá árinu 2010 (Hildur Sigurðardóttir, 2010).

Varðandi umfang heimaþjónustunnar kom í ljós að fjöldi og tímalengd vitjana í heimaþjónustu samræmist úttekt Ljósmæðrafélags Íslands frá 2010 þar sem meðalfjöldi vitjana var 6,7 (Hildur Sigurðardóttir, 2010). Með síðasta rannsamningi Sjúkratrygginga Íslands hefur vitjunum til kvenna og barna á þjónustustigi A verið fækkað en á móti hafa viðmið fyrir veikari konur og börn í þjónustustigi B og C verið rýmkuð og aðgengi aukið. Samkvæmt rannsamningnum stendur heimaþjónusta ljósmæðra einungis til boða fyrir konur ef þær útskrifast innan ákveðins tímaramma frá fæðingu (A: 36 klst., B: 48 klst., C: 48–86 klst.) að öðru jöfnu flyst heilsufarseftirlit beint til heilsugæslunnar eftir útskrift. Á Landspítala hafa verið sett fram ákveðin tilmæli varðandi útskriftir þar sem mælt er með að konur í A útskrifist fyrr heim en rannsamningur Sjúkratrygginga Íslands um heimaþjónustu gerir ráð fyrir, þ.e. fjölbyrjur innan 12 klst. og frumbyrjur innan 24 klst. frá fæðingu í stað 36 klst. samkvæmt rannsamningnum (munleg heimild: Jóhanna Hauksdóttir ljósmóðir). Í svörum sínum við opinni spurningu kvörtuðu konur einmitt undan þrýstingi um að fara heim innan ákveðins tímaramma og óskuðu eftir möguleika á lengri sjúkrahúsdvöl án þess að réttur til heimaþjónustu myndi skerðast. Mikilvægt er að virða rétt kvenna til lengri sjúkrahúsdvalar samkvæmt rannsamningi og að varast að láta tilmæli stofnunar verða til þess að konurnar fari fyrr heim en æskilegt er. Á tímum niðurskurðar er einnig vert að vera á varðbergi varðandi öryggismörk við útskrift veikari kvenna og barna sem hugsanlega þurfa á sólarhringseftirliti að halda. Einnig er mikilvægt að skoða nánar álag á starfsfólk stofnanna en í ljós kom að konurnar skynjuðu mikið álag og undirmönnun og að starfsfólk hefði ekki tíma til að sinna sængurkonunum. Misvísandi upplýsingar og fræðsla leiða til ákveðins óöryggis hjá þiggjendum þjónustunnar eins og fleiri rannsakendur hafa komist að, einkum varðandi fræðslu og ráðgjöf vegna brjóstgjafa (Persson, Fridlund, Kvist og Dykes, 2011). Hér má meðal annars vísa til alþjóðlegra siðareglna ljósmæðra sem mæla meðal annars fyrir rétti kvenna til þess að fá örugga þjónustu, að taka þátt í ákvörðunum vegna umönnunar í barneignarferlinu, að vera metin að verðleikum sem manneskja og að þeim sé veitt þjónusta, svo sem fræðsla sem byggist á nýjustu þekkingu hverju sinni (International Confederation of Midwives, 2011). Eins og áður hefur verið bent á hefur sængurlega á sjúkrastofnun styst til muna og er nú svo komið að í samanburði við önnur Norðurlönd er sængurlega á stofnun nú styst á Íslandi (Guðlaug Einarsson, 2012). Það er því mikilvægt að ljósmæður standi vörð um rétt kvenna og fjölskyldna fyrir öruggri þjónustu og séu vakandi fyrir því að niðurskurður ógni ekki grunnþáttum í þjónustu til sængurkvenna, nýbura og fjölskyldna.

Í svörum kvennanna kom fram vilji um að heimaþjónustan sinnti lengri eftirfylgd en rannsamningurinn gerði þá ráð fyrir (Sjúkratryggingar Íslands, 2012) og var mikilvægi trausts meðferðarsambands tíðrætt í því sambandi. Þetta styður kerfisbundin skoðun 15 rannsókna sem fjalla um fyrirbyggjandi þætti fæðingarþunglyndis en þar kemur fram að markviss eftirfylgd og virkur stuðningur heilbrigðisstarfsmanns hafi mest að segja til að fyrirbyggja að vanlíðan og heilsufarsvandi vindi uppá sig og þróist yfir í stærri vandamál sem aftur geti haft aukinn kostnað í för með sér fyrir samfélagið (Dennis, 2005).

Stórum hluta kvenna þótti mikilvægt að þekkja þá ljósmóður sem sinnir þeim í heimaþjónustu en athyglisvert var að sjá að þær sem ekki þekktu ljósmóðurina fyrir voru frekar á því að það skipti ekki máli í ljósi þess að þær hefðu náð traustu sambandi við sína ljósmóður, að ljósmóðirin setti sig vel inn í þeirra aðstæður og sýndi markvissa eftirfylgd. Í fræðilegri samantekt Walraven, Oake, Jenn-

ings og Forster (2010) kemur fram að samfelld þjónusta leiði af sér betri útkomu fyrir skjólstæðinginn og ánægju hans með þjónustuna þó ekki hafi verið staðfest hvort vegi þyngra, samræmi í upplýsingum og útanumhald eða að þjónustan komi frá einum eða sem fæstum þjónustuaðilum. Niðurstöður rannsóknarinnar hér gefa vísbendingu um að báðir þessir þættir skipti máli og að með markvissu og samfelldu eftirliti í heimaþjónustu ná ljósmæður að mynda traust meðferðarsamband við konurnar þrátt fyrir að hafa ekki þekkt þær fyrir. Þetta kemur heim og saman við fyrri rannsóknir um áhrifamátt trausts meðferðarsambands fyrir árangur meðferðar og viðhorf til þjónustunnar. Það eru hin mannlegu samskipti, traust, stuðningur og hlýja sem konur leita eftir og virðast ekki síður mikilvægir þættir en klínísk þekking og hæfni (Hunter, 2005; Persson, Fridlund og Dykes, 2007).

Samkvæmt niðurstöðum úr kvörðunum þremur FRÆÐSLA, ÁNÆGJA og ÞJÓNUSTA eru viðhorf kvenna almennt jákvæð til sængurleguþjónustu en líkt og í fyrri rannsókn frá 2004 kom í ljós marktækur munur með öllum kvörðunum ($p < 0,001$) þar sem viðhorfin voru jákvæðari gagnvart heimþjónustunni (Hildur Sigurðardóttir, 2004). Varðandi fræðslu þá svipar niðurstöðum til fyrri rannsóknar en þeir þættir sem komu best út í báðum rannsóknunum voru fræðsla um brjóstagjöf, næringu, umhirðu barns og útskilnað. Þeir sem komu hins vegar verst út sérstaklega á stofnun voru fræðsla um heilsufarsvandamál barns eða móður, slysavarnir nýbura, aðlögun fjölskyldumeðlima, líkamsþjálfun og styrktaræfingar, þar á meðal fyrir grindarbotn, fræðsla um kynlíf eftir fæðingu og getnaðarvarnir. Þetta eru allt fræðsluþættir sem ætla má að eigi erindi til kvenna og maka þeirra og mikilvægt að skoða frekar hvar þörf sé á bragabótum. Talið er að við einstaklingsmiðaða þjónustu aukist traust konunnar á ljósmóðurinni, stöðugleiki fáið í ráðleggingum og er það talið ýta undir sjálfsöryggi foreldra við umönnun barns (Severinsson, Haruna og Friberg, 2010). Til samræmis við niðurstöður bæði rannsókna og alþjóðlegra leiðbeininga væri mikilvægt að leggja sérstaka áherslu á fræðslu og stuðning við brjóstagjöf og næringu barns fyrstu sólarhringana með áframhaldandi eftirfylgd eftir að heim kemur (Schanier og Potak, 2012; WHO, 2010). Vegna þess hve stuttan tíma konur dvelja nú á stofnun í sængurlegu er trúlega minna svigrúm þar til myndunar meðferðarsambands og fræðslu en áður var og því sérstaklega mikilvægt að kortleggja áherslur í veittri fræðslu annars vegar innan stofnunar og hins vegar í heimaþjónustu.

Með kvarðanum sem mældi ÁNÆGJU kom í ljós að konurnar voru í yfir 90% tilfella ánægðar eða mjög ánægðar með þá þjónustu sem þær fengu frá heimaþjónustu ljósmæðra en þau atriði sem skoruðu lægst og sneru að umönnun á stofnun voru tækifæri til að læra að næra barn (67%) og tilfinningalegur stuðningur við maka (63%). Nokkrar mæður og ekki síður fjölþyrjur kvörtuðu undan því að hafa ekki fengið nægan stuðning við brjóstagjöfina áður en heim var farið. Niðurstöðurnar styðja fyrri rannsóknir og er hugsanlegt að leggja þurfi meiri áherslu á stuðning og fræðslu við upphaf brjóstagjafar inni á stofnun (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einaradóttir, 2012; Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011; Persson, Fridlund og Dykes, 2007). Varðandi tilfinningalegan stuðning við konur og maka sýndu niðurstöður að gera mætti betur. Þrátt fyrir aukna þátttöku feðra almennt í barneignarferlinu hafa rannsakendur bent á að spurningum, svörum og hvatningu sé frekar beint að móður og að oftar sitji feður frekar uppi með óleyst mál (Persson, Fridlund og Dykes, 2007). Ljóst er að álag á feður við fæðingu barns getur verið mikið og stuðningsnet þeirra oft ekki eins náð og á meðal kvenna og því mikilvægt að huga einnig að stuðningi og fræðslu til þeirra (Wildarsson o.fl., 2012). Þeir þættir sem konur voru ánægðastar með í umönnun á stofnun var sá gaumur sem líkamlegu ástandi barns var gefinn (87%) og aðstaða til hvíldar og svefnis á deildunum (84%). Þetta voru ánægjulegar niðurstöður og sérstaklega er hér breytt viðhorf til aðstöðu til hvíldar þegar horft er til niðurstaðna sambærilegrar rannsóknar 2006 (Hildur Sigurðardóttir, 2006) enda miklar breytingar verið gerðar á húsnæði sæng-

urlegudeilda sem gefa nú aukinn kost á einrými og hvíld skjólstæðinganna.

Almennt gefa niðurstöður rannsóknarinnar til kynna jákvæð viðhorf kvenna til sængurleguþjónustu sérstaklega í heimaþjónustu ljósmæðra þó ýmislegt megi gera enn betur. Hvað veitta fræðslu varðar er mikilvægt að huga að því hvaða undirliggjandi þættir skýri helst viðhorf kvenna á stofnun um lélega eða mjög lélega fræðslu. Hugsanlegt er að hér þurfi að skilgreina betur hvaða fræðsluþættir eru sérstaklega mikilvægir áður en móðir og barn útskrifast heim auk þess að skoða þyrfti þörf á aukinni áherslu á einstaklingsmiðaða þjónustu er tryggja myndi frekar þróun meðferðarsambands. Almennt voru konur ánægðar með þjónustuna en mikilvægt er t.d. að skoða nánar hvernig staðið er að ráðgjöf og stuðningi við brjóstagjöf og stuðningi við maka. Varðandi viðhorf kvenna til innihalds þjónustunnar mátti greina hugsanlega þörf á bættri þjónustu innan stofnunar varðandi sálfélagslegan stuðning, svo sem að veita konum tíma, stuðning, hvatningu og svigrúm til að ræða erfði málefni eða áhyggjur.

Til að standa vörð um öryggi skjólstæðinga okkar er mikilvægt að vera sífellt vakandi fyrir framþróun og gæðum barneignaþjónustunnar ekki síst á breytinga- og niðurskurðartímum. Heimaþjónusta ljósmæðra á sér bjarta framtíð miðað við viðhorf skjólstæðinga hennar sem vilja flestir sjá hana áfram í því formi sem hún er í dag eða jafnvel að hún sé útvíkuð enn meira hvað tímalengd varðar og gerð sveigjanlegri þannig að fleiri fái notið hennar.

LOKAORÐ

Helstu veikleikar rannsóknarinnar liggja í aðferðafræði hennar þar sem úrtaksvalið byggðist á þægindaúrtaki og takmörkuð þátttaka skýrist einnig af því að ekki var mögulegt að fylgja gagnasöfnun eftir t.d. með itrekunarbréfum þar sem leyfi til þess að fá aðgang að nöfnum þátttakenda fékkst ekki. Styrkleiki rannsóknarinnar byggist hins vegar á því að um framvirka gagnasöfnun er að ræða og einkenni úrtaksins samræmast vel þýðinu sem það stendur fyrir. Svör kvennanna við opinni spurningu samræmdust niðurstöðum úr kvörðunum þremur og studdu því á vissan hátt við réttmæti þeirra.

Mikilvægt er að meta og tryggja gæði barneignaþjónustu ekki síst á breytinga- og niðurskurðartímum. Æskilegt væri að gera langtíma-rannsókn byggða á tilviljunarúrtaki og skoða nánar tengsl breyta eins og áhrif þjónustu á framgang brjóstagjafar og á liðan foreldra. Samkvæmt þessari rannsókn virðist heimaþjónusta ljósmæðra eiga sér bjarta framtíð.

HEIMILDIR

- Askelsdóttir, B., Jonge W.L., Edman, G., og Wiklund, I. (2012). Home care early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery* 29, 927–934.
- Boulvain, M., Perneger, T.V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M. og Irion, O. (2004). Home-based versus hospital based postnatal care: a randomised trial. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 807–813.
- Bravo P., Uribe C. og Contreras A. (2011). Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Journal of Sao Paulo University School of Nursing*, 45(3), 758–763.
- Carty, E.M. og Bradley C.F. (1990). A randomized controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth*, 17(4), 199–204.
- Davanzo R., Cannioto Z., Ronfani L., Monasta L., Demarini S. (2012). Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants. *Journal of Human Lactation* 29(1):45–53.
- Dennis, C.L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for preventions of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331(15), 1–8.
- Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einaradóttir (2012). Viðhorf mæðra til fræðslu og ráðlegginga um brjóstagjöf. Eigindleg viðtalsrannsókn í mannfræði. *Ljósmæðrablaðið*. 1(91), 7–12.
- Guðlaug Einaradóttir (2012). Sængurleguþjónusta á Íslandi í samanburði við önnur OECD lönd. *Ljósmæðrablaðið* 2(90), 22–26.
- Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrimsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson (2012). Barneign og heilsa. Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna frá því snemma á meðgöngu þar til tveimur árum eftir fæðingu barns. *Ljósmæðrablaðið*, 2(90), 13–21.
- Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender (2011). Ungar mæður. Skynjaður stuðningur í barneignarferlinu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 4(87) 60–65.
- Hildur Sigurðardóttir (2010). Umfang heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi.

Könnun Ljósmaðrafélags Íslands. Ljósmaðrablaðið, 2(88), 7–12.

Hildur Sigurðardóttir (2009). Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmaðra. Ljósmaðrafélag Íslands og Landlæknisembættið. Sótt 12.11.2013 af: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2562/3850.pdf>

Hildur Sigurðardóttir (2006). Heimaþjónusta ljósmaðra í sængurlegu. Árangur og gæðaférlit. Ljósmaðrablaðið, 2(84), 28–33.

Hildur Sigurðardóttir (2004). Ljósmaðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu. Viðhorf mæðra til þjónustunnar. Ljósmaðrablaðið, 2(82), 19–27.

Hodnett E. (1998). Support from caregivers during childbirth. Cochrane Database of Reviews, (2) Oxford.

Hunter, B. (2005). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. Midwifery, 22, 308–322.

International Confederation of Midwives (2011). Bill of rights for women and midwives. Sótt 15.04.2014 af: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_002%20ENG%20Bill%20of%20Rights%20for%20Women%20and%20Midwives.pdf

Jóhanna Hauksdóttir (2013). Munnleg heimild um tilmæli Landspítala er varðar tímaramma vegna útskrifta sængurkvenna. Dags. 15.11.2013.

Persson, E.K., Fridlund, B. og Dykes, A.K. (2007). Parents' postnatal sense of security (PPSS): development of the PPSS instrument. Scandinavian Journal of Sciences, 21, 118–125.

Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smásson og Gestur I. Pálsson (2011). (Ritstjórar). Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2011. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið – Landspítali Háskólasjúkrahús. Sótt 13.11.2013 af: http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2216/fæðingarskraning_2011.pdf

Samningur Sjúkratrygginga Íslands og Ljósmaðrafélags Íslands (2012). Reykjavík.

Severinsson, E., Haruna, M. og Friberg, F. (2010). Midwives' group supervision and the influence of their continuity of care model – pilot study. Journal of Nursing Management, 18, 400–408.

Scanier, R.J. og Potak, D.C. (2012). Initiation of breastfeeding. Sótt 04.05.2012 af: http://www.uptodate.com/contents/initiation-of-breastfeeding?source=search_result&search=breastfeeding&selectedTitle=6~150

Sjúkratryggingar Íslands (2013). Úr úttekt Sjúkratrygginga Íslands, dags. 8. október 2013 (óbirt skýrsla).

Sjúkratryggingar Íslands (2014). Rammasamningur um heimaþjónustu ljósmaðra. Sótt 15.04.2014 af: <http://www.sjukra.is/media/samningar/Ljosmaedur-2014.pdf>

Walraven C., Oake, N., Jennings, A. og Forster A.J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: A systematic and critical review. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16, 947–956.

Walsh, D. (2011). A review of evidence around postnatal care and breastfeeding. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, 21(12), 346–350.

Wildearsson, M., Engström G., Rosenblad A., Kerstis B., Edlund B. og Lundberg P. (2013). Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 839–847.

World Health Organisation (2010). WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal care. Sótt 01.05.2014 af: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf

World Health Organisation (2010). Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health. Sótt 01.05.2014 af: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/en/



Eirberg

infection control

Þvagsýkingarpróf

3 strimlar í pakka

GER-102030

1.750 kr.

early detect

Pungunarpróf

Greinir þungun með 99% öryggi fjórum dögum fyrir áætlaðar blæðingar

GER-102020

750 kr.

Geratherm
Family line

ovu control

Frjósemispróf - margnota
Nákvæmt og einfalt í notkun

GER-102010

8.950 kr.

Eirberg ehf. Stórhöfða 25 • eirberg@eirberg.is • Sími 569 3100 • eirberg.is



Íslenskar leiðbeiningar

Stöndum vörð um eðlilegar fæðingar og veljum það besta hverju sinni

Bætt þjónusta á fæðingar- og sængurlegudeildum Landspítala



Anna Sigríður Vernharðsdóttir, yfirljósmóðir fæðingavaktar Landspítala og Helga Sigurðardóttir, yfirljósmóðir meðgöngu- og sængurlegudeildar Landspítala.

Með nýrri fæðingardeild og meðgöngu- og sængurlegudeild sem tóku til starfa 1. mars síðastliðinn gefst möguleiki á að efla og bæta þjónustu við skjólstæðinga deildanna.

Gert er ráð fyrir að breytingarnar stuðli frekar að samfellu í umönnun fæðandi kvenna og að sængurkonur með börn á vökudeild verði nær börnum sínum í sængurlegu. Samhliða breytingunum var einnig sett af stað áttak sem felur í sér að standa vörð um eðlilegar fæðingar. Með breytingunum gafst tækifæri til að bæta aðstöðu og starfsumhverfi með betri nýtingu húsnæðis um leið og álag á starfsfólk var jafnað.

Í nýju skipulagi felst að fæðingardeild og fæðingarhluti Hreiðurs hafa sameinast í nýja deild sem heitir nú fæðingavakt. Meðgöngu- og sængurkvennadeild og sængurleguhluti Hreiðurs hafa að sama skapi sameinast í nýja deild sem heitir nú meðgöngu- og sængurlegudeild. Framkvæmdastjóri sviðsins, Jón Hilmar Friðriksson, studdi við þessar breytingar og fékk einnig stuðning frá framkvæmdastjórn spítalans.

Á deildunum starfar öflugur hópur fagfólks. Rúmlega 100 ljósmæður starfa á þessum deildum og standa þær vaktina allan sólarhringinn ásamt vakthafandi læknum og sérhæfðum aðstoðarmönnum. Yfirljósmóðir fæðingavaktar er Anna Sigríður Vernharðsdóttir og yfirljósmóðir meðgöngu- og sængurlegudeildar er Helga Sigurðardóttir. Yfirlæknir beggja deilda er Hildur Harðardóttir.

Það er alltaf gott að velta fyrir sér hvort hægt sé að gera betur. Hugmyndin um að sameina Hreiður og fæðingardeildina hefur lengi legið í loftinu en ekki hefur þótt ástæða til breytinga. Enn og aftur var þessari hugmynd velt upp í tengslum við það að fyrir lá að auglýsa þyrfti stöðu yfirljósmóður Hreiðursins. Að beiðni Jóns Hilmars Friðrikssonar, framkvæmdastjóra kvenna- og barnasviðs, fóru yfirljósmæður deildanna að velta upp kostum og göllum við þessa hugmynd að sameina Hreiður og fæðingardeild og þeirri hugmynd að hafa óbreytt ástand. Við þessar hugleiðingar komumst við að því að báðir kostir væru ekki það besta sem við gætum gert og kom upp hugmynd að þeirri leið sem var svo valin. Með þessari leið sáum við



Ný fæðingarstofa eftir skipulagsbreytingu.

mestu tækifærin til að þróa og bæta þjónustuna fyrir skjólstaðinga okkar. Þau tækifæri sem okkur fannst standa upp úr voru annars vegar að mögulegt væri að hafa sængurkonur með börn á vökudeild nær börnum sínum og hins vegar að hætta að flytja konur milli stofa á viðkvæmum tíma í fæðingu. Flutningur kvenna í fæðingu úr Hreiðri á fæðingardeild hefur aukist undanfarin ár. Árið 2012 þurftu um 30% kvenna sem byrjuðu fæðingu í Hreiðrinu að flytjast á fæðingardeild en árið 2007 var hlutfallið 16%. Þessi flutningur átti sér oft stað í miðri fæðingu og á viðkvæmum tíma. Við þetta þurftu konur ekki einungis að skipta um umhverfi heldur oftast um umönnunaraðila líka. Áhrif flutnings kvenna úr ljósmæðrastýrðri þjónustu yfir á hefðbundna fæðingardeild hefur verið skoðaður í rannsóknum. Konur upplifa missi á stjórn, finna til reiði og vonbrigða með það hvernig fór (Walker, 2000). Í rannsókn sem hjúkrunarfræðinemar gerðu á MFS-einingunni kom þetta einnig í ljós og leiddi til þess að gerðar voru þær breytingar á þjónustunni að ljósmóðirin fylgdi konum sem þurftu flutning í fæðingu (Auður E. Jóhannesdóttir o.fl., 2000).

MARKMIÐ BREYTINGANNA

Sett voru eftirfarandi fjögur meginmarkmið með þessum breytingum:

- 1. markmið: Bæta þjónustu við skjólstaðinga – jafna þjónustustig

Ljósmæður hafa í gegnum tíðina leitt umönnun heilbrigðra kvenna í eðlilegri fæðingu á Landspítalanum, bæði í Hreiðrinu og fæðingardeildinni. Þetta mun ekki breytast á nýrri deild og ljósmæður stýra áfram umönnun kvenna í eðlilegu ferli. Ljósmæðrastýrð umönnun hefur verið skilgreind á þann hátt að ljósmóðirin er aðal umönnunaraðili konu á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu. Þjónustan er fyrir konur í eðlilegu ferli þar sem lögð er áhersla á að styðja við eðlilega fæðingu án inngripa. Læknar koma að ferlinu eftir þörfum og að ósk konunnar, en þjónustan getur farið fram víða, meðal annars á sjúkrahúsi (Walsh og Downe, 2004).

Vegna þeirra vonbrigða og missis sem konur upplifa við að flytjast um þjónustustig innan okkar litlu stofnunar var einnig lögð áhersla á að allir skjólstaðingar njóti sömu þjónustu eftir breytinguna. Þannig er mögulegt að tryggja jafnrétti til skjólstaðinga okkar og foreldrar ættu ekki að þurfa að upplifa vonbrigði við það að vera á einni deild frekar en annarri. Nú er lögð áhersla á að velja staðsetningu í sængurlegu sem tekur mið af þörfum fjölskyldunnar. Áður þurftu foreldrar með börn á Vökudeild að fara frá sængurlegudeild, niður í kjallara spítalans, eftir undirgangi yfir í Barnspítalann og þar upp á Vökudeild til barnsins, þetta reyndist oft löng leið fyrir veikar konur og ekki síður erfið andlega. Heilbrigðar konur lágu hins vegar á gangi þar sem innangengt er yfir á Barnspítalann og beint yfir á Vökudeildina. Eftir breytingarnar njóta heilbrigðar konur sömu þæginda og áður í sængurlegu, eru í samskonar herbergjum og rúmunum, nema nú hafa þær sér snyrtingu með sturtu inni á stofunni.

Í þjónustukönnunum sem gerðar voru í Hreiðrinu árin 2004 og 2008 reyndist yfirgnæfandi meirihluti foreldra ánægðir með þjónustuna. Minnst ánægja var þó með sængurleguna þar sem

konunum fannst að umönnunin hefði mátt vera sýnilegri (Árdís Ólafsdóttir og Helga Sigurðardóttir, 2009). Þetta má að hluta til útskýra með því að konur sem eru í fæðingu krefjast yfirsetu og mikillar umönnunar og þá hefur sængurlegan orðið undir. Við breytt skipulag á nýjum deildum kemur síður upp sú staða að ljósmæður séu fastar í yfirsetu en um leið með aðrar konur í sinni umsjá.

- 2. markmið: Bæta starfsumhverfi

Húsakostur deildanna er þröngur og því hefur verið erfitt að mæta nútímakröfum um aðstöðu og öryggi. Samfara breytingunum var skoðað hvernig nýta mætti aðstöðuna og húsnæðið til að bæta vinnuaðstöðu. Það þurfti að bæta aðgangsstýringu að fæðingardeildinni og laga móttöku. Aðskilja þurfti betur vinnuumhverfi og hvíldaraðstöðu/kaffistofu starfsfólks. Einnig var þörf á að bæta aðstöðu til að taka til lyf og sinna skráningu. Stór hópur starfsfólks kom saman á fjölmörgum fundum þar sem húsnæðisbreytingar voru ræddar fram og til baka til að fá fram sem flestar hugmyndir um hvernig best mætti nýta hvern einasta krók og kima deildanna beggja.

- 3. markmið: Auka tíðni eðlilegra fæðinga

Eitt af þeim áhyggjuefnum sem upp komu við að sameina allar fæðingar á eina deild var að smitun yrði úr áhættuumhverfinu yfir í það eðlilega eins og oft er rætt um. Að auka tíðni eðlilegra fæðinga var í sjálfu sér ekki markmið í upphafi en var frekar hugsað sem mótvægisáðgerð þar sem vitað er af þessari hættu.

En hvernig er hægt að standa vörð um eðlilegar fæðingar?

- Mikilvægt er að meta vel konur sem koma inn til fæðingar með tilliti til þess hvort fæðing sé hafin. Vitað er að það er mikilvægt að virða „latent fasann“ og styðja konur í því að vera heima meðan á honum stendur. Í vissum tilfellum fá konur verkjalyf sem þær geta tekið með sér heim og sumar þurfa innlög og sterkari verkjalyf til að komast í gegnum þetta tímabil. Margar þeirra komast svo í gegnum eðlilega fæðingu.
- Það er markmið okkar allra að tryggja yfirsetuna. Ljósmæður, læknar og stjórnendur eru sammála um mikilvægi yfirsetunnar og fræðin hafa líka kennt okkur það. Markmiðið er að ein ljósmóðir sinni einni konu í virkri fæðingu. Það munu alltaf koma tímar þar sem álag er það mikið að yfirsetan er í hættu en þá er það í höndum vaktstjóra að kalla út fleiri ljósmæður.
- Það er tilfinning margra og fagleg úttekt Hildar Sólveigar Ragnarsdóttur (2013) styður það að of oft sé gripið inn í eðlilegt ferli með inngripum, svo sem belgjarofi. Samkvæmt úttekt Hildar sem náði yfir einn mánuð árið 2012 var gert belgjarof í þriðju hverri fæðingu hjá konum í sjálfkrafa sótt og átti það bæði við um Hreiðrið og fæðingardeild. Belgjarof átti ekki að nota nema ábending sé fyrir því að örva þurfi sóttina (Smyth, R. M. D., Markham, C., Dowswell, T. 2008).
- Á hverri vakt er vaktstjóri sem nú hefur fengið enn fleiri áskoranir



Aðkoma að fæðingarvaktinni.



Einföld lausn á erfiðum vanda

Windi lækningatækið hjálpar ungabörnum að losna við loft og vinnur þannig gegn ungarnakveisu, uppþembu, vindverkjum og hægðatregðu.

Windi er holur plastventill með rúnuðum legg sem notast á svipaðan hátt og endaparmshitamælir. Á ventlinum er brún sem stjórnar því hve langt leggurinn fer inn. Því er engin hætt á að Windi skaði barnið eða valdi því óþægindum.

Aðferðin hefur lengi verið þekkt innan heilbrigðisgeirans en Windi er fyrsta tækið sem er hannað fyrir foreldra til notkunar heima við.

Sænska ungbarnaeftirlitið mælir með Windi.

Þegar dóttir okkar fór að borða fasta fæðu fékk hún oft hægðatregðu og vindverki. Maðurinn minn frétti af Windi í vinnunni og okkur fannst tilvalið að slá til og prufa.

Árangurinn var góður og kom mjög fljótlega í ljós, enda losaði tækið einfaldlega um loftið. Windi er einfalt og þægilegt í notkun og vel þess virði að mæla með við svona vandamálum.

Ester Ösp Guðjónsdóttir



Fleiri ummæli frá foreldrum:

„Sá litli svaf almennilega í fyrsta skipti í lífi sínu“

„Sonur okkar var orðinn vær eftir aðeins tvo daga“

„Við vorum búin að prófa allt, og þá meina ég allt“

„Maður sá greinilega léttinn á andlitinu á henni“

Nánari upplýsingar á alvogen.is

Fæst í apótekum

en áður. Efla á ljósmæður sem sinna vaktstjórahlutverkinu í því starfi og er þegar búið að halda vaktstjóranámskeið sem lið í því. Eitt af mörgum hlutverkum vaktstjóra er að vera ráðgefandi um meðferð og umönnun skjólstaðinga. Í mörgum tilfellum getur vaktstjóri gefið góð ráð eða metið ástandið áður en kallað er í lækni og því eru ljósmæður hvattar til þess að leita ráða hjá vaktstjóra sem oftast.

- Mælt er með því að nota svokallaðar „alert“ og „action“ línur við fæðingar þegar notast er við „Partogram“ eins og gert er í dag (Lavender, T., Hart, A. og Symth, R. M. D., 2013). Ákveðið var að nota tækifærið og innleiða notkun á þeim í tengslum við breytingarnar. Það er trú á því að með notkun þeirra sé hægt að lækka tíðni belgjarofs og draga úr notkun á hriðaðræfandi dreypi (Syntocinon) enda hafa rannsóknir sýnt fram á að 4 tíma „action“ lína geti dregið úr þessum inngrípum (Lavender, T., Hart, A. og Symth, R. M. D., 2013). „Alert“ línan er hugsuð til notkunar á fæðingarstöðum sem þurfa að flytja konur þurfi þær aðstoð í fæðingu en 4 tíma „action“ línan verður notuð á fæðingarvaktinni til viðmiðunar þegar meta þarf þörf fyrir inngríp. Innleiðing á nýju verklagi við notkun partogramsins gefur í raun rýmri tímaramma en áður og ætti því að fækka óþarfa inngrípum.
- Notalegt umhverfi getur stutt við eðlilegt ferli og kuldalegt umhverfi getur verið truflandi. Kapp verður lagt á að stuðla að notalegu umhverfi og nærgætinni umgengni um deildina og fæðingarstofurnar. Fæðandi konur á ekki að trufla að óþörfu og mikilvægt að starfsfólk minni hvert annað á að sýna skjólstaðingum virðingu.
- Vinnusmiðjur verða notaðar til að styrkja ljósmæður í að styðja konur í eðlilegu ferli ásamt því að dreifa fróðleiksmolum og halda leshópa. Ljósmæður eru einnig hvattar til að miðla



til hver annarrar eins og kostur er. Í október nk. kemur svo Denis Walsh ljósmóðir til landsins og heldur námskeið fyrir starfsfólk fæðingarvaktar um ýmsa þætti sem geta stuðlað að eðlilegri fæðingu.

- **4. markmið: Jafna álag á starfsfólk og fækka óhagkvæmum rekstrareiningum**
Þegar mikið er að gera þá þurfa allir að hjálpast að. Það hefur starfsfólk deildanna gert og mun gera áfram. Það getur skapast togstreita og óöryggi hjá starfsfólki þegar farið er á milli deilda til að aðstoða en með fjölbreyttari starfsemi deildanna verður fólk smám saman hæfara til að sinna fleiri verkefnum.
- Farið var yfir mönnunarmódel deildanna, skoðaðar voru starfsemistölur fimm ár aftur í tímann og mönnun ákvörðuð eftir þeim. Heildarfjöldi ljósmæðra á deildunum var aukinn á kvöld- og næturvöktum virka daga og dregið úr mönnun á morgunvöktum á móti. Engum starfsmanni var sagt upp störfum og aukin voru

stöðugildi yfir sumartímann. Skilgreind voru stöðugildi fyrir ákveðin verkefni og sérfræðistöður til að efla faglegt starf á deildunum og til að geta stutt við þessi mikilvægu markmið sem sett voru fram. Ráðnar voru tvær sérfræðiljósmæður, önnur með áherslu á tvíburameðgöngu og brjóstagjöf og hin með áherslu á geð- og vímuefnavanda í barneignarferlinu.

- Rekstraryfirlit munu leiða í ljóst hvort af þessu hlýst hagræðing til lengri tíma þó það hafi ekki verið meginmarkmið. Stærri einingar eru ekki eins viðkvæmar fyrir tímabundnum veikindum og álagi, auk þess sem auðveldara getur verið að verða við leyfisóðskum starfsfólks og möguleiki getur skapast til að jafna vaktabyrði og álag starfsfólks sem er jákvætt fyrir alla.

Undirbúningur

Ákvörðun um þessa breytingu var tekin í byrjun nóvember árið 2013 og hófst þá undirbúningur á fullu. Um leið og ákvörðun lá fyrir var ákveðið að ráða verkefnastjóra. Leitað var til Báru Hildar Jóhannsdóttur ljósmóður sem tók að sér verkefnastjórn fram til 1. mars sl. þegar breytingarnar tóku gildi. Það var strax ákveðið að hafa starfsfólk með í ráðum til að þróa breytingarnar með okkur. Yfirljósmæður, aðstoðaryfirljósmæður og verkefnastjóri hittust vikulega til að fara yfir stöðuna og leggja línurnar. Einnig voru haldnir fundir með starfsfólki nokkrum sinnum og vinnuhópar voru að störfum. Reynt var að upplýsa starfsfólk eins vel og hægt var, t.d. var alltaf sent út lítið fréttabréf á föstudögum með helstu fréttum af breytingunum.

Hvernig er hægt að meta árangur breytinganna og gæði þjónustunnar?

Við ætlum að vera gagnrýnin á störf okkar og ætlum að fylgjast stöðugt með útkomunni til að meta hvort markmið okkar náist. Eftirfarandi aðferðir verða notaðar til að fylgjast með:

- Árangursmælar sem sýna tíðni helstu inngrípa verða við höndina og þannig er stöðugt hægt að fylgjast með útkomunni á næsta tölvuskjá.
- Rauntímamælir sem fylgist með lengd legutíma.
- Yfirsetukannanir verða gerðar reglulega til að meta það hvort ljósmæður telji sig geta sinnt yfirsetu og hvort konunum finnst þær fá þann stuðning sem þær þurfa í fæðingunni.
- Þjónustukannanir verða gerðar reglulega.
- Reglulegar úttektir á inngrípum, ábendingum og skráningu þeirra.
- Á morgunfundum er rýnt í mæðraskrár sem teknar eru af handahófi með það í huga að skoða umönnun, yfirsetu, inngríp og ábendingar fyrir þeim.

NÝJU DEILDIRNAR

Á fæðingarvaktinni er veitt ljósmæðrastýrð þjónusta við konur í eðlilegri fæðingu. Konur með áhættuþætti sem þurfa sérhæft eftirlit í fæðingu njóta umönnunar ljósmæðra og lækna sem vinna vel saman. Markmiðið er að veita faglega þjónustu þar sem velferð móður og barns er höfð að leiðarljósi. Leitast er við að skapa þægilegt og rólegt umhverfi þar sem konan getur verið sjálf við stjórnvölinn í fæðingunni með góðum stuðningi frá aðstandanda og fagfólki.

Ljósmæður og læknar á fæðingarvaktinni ætla að standa vörð um eðlilegar fæðingar og takmarka inngríp án þess þó að skerða öryggi móður og barns. Traust, virðing og trúnaður er ætíð hafður að leiðarljósi og þess gætt að veita skjólstaðingum sem bestar upplýsingar á hverjum tíma. Konur í fæðingu og nýfædd börn eru viðkvæmur hópur og því eru heimsóknir á fæðingarvaktina mjög takmarkaðar og eingöngu í samráði við starfsfólk. Á deildinni eru nú níu fæðingarstofur, þar af fimm með baði.

Á nýju meðgöngu- og sængurlegudeildinni er lögð áhersla á að velja staðsetningu sem tekur mið af þörfum fjölskyldunnar. Eftir eðlilega fæðingu býðst foreldrum að dvelja í allt að sólarhring og þiggja síðan heimaþjónustu frá ljósmóður fyrstu vikuna. Eftir fæðingu með

keisaraskurði býðst foreldrum að dvelja í allt að 48 klst. á deildinni og þiggja síðan heimaþjónustu frá ljósmóður. Þegar konur og börn þurfa sérhæfða þjónustu í sængurlegu getur sjúkrahúsdvölin verið lengri. Á deildinni dvelja jafnframt konur sem þurfa náð eftirlit á meðgöngu og í kjölfar missis á meðgöngu. Í sængurlegunni er lögð áhersla á hvíld, tengslamyndun og farsælt upphaf brjóstgjafar og næringu nýburans. Starfsfólk deildarinnar veitir faglega þjónustu og stuðning með fjölskylduhjúkrun að leiðarljósi. Maki/aðstandandi má dvelja á deildinni í sængurlegu eftir að barn er fætt og meðan húsrúm leyfir. Dvalargjald er samkvæmt gjaldskrá Landspítalans og felur í sér sængurföt, morgunverð eða léttu máltíð.

Deildin er staðsett á 2. og 3. hæð kvennadeildar og hefur 24 leigupláss. Á 2. hæð eru 17 stofur og á 3. hæð eru 5 stofur.

Hvernig fara breytingarnar af stað?

Það er mikið álag fyrir allt starfsfólk að byrja starf á nýjum deildum og kynnast nýju samstarfsfólki. Húsnæðisbreytingar fóru seinna af stað en til stóð sem eykur enn á álagið og lengir aðlögunartímann.

Legutími á meðgöngu- og sængurlegudeildinni hefur haldist óbreyttur fyrstu tvo starfsmánuði nýrrar deildar samanborið við árið 2013. Meðallegutíminn í marsmánuði árin 2013 og 2014 voru 2,0 dagar og var því ekki um neina breytingu að ræða milli ára. Meðallegutíminn í aprilmánuði árið 2013 var 2,0 en nú í ár 1,9 og hefur því styst um 5%. Það er auðvitað of snemmt að segja til um raunverulegar breytingar en þessar tölur gefa visbendingu um að okkur gangi vel að flokka konur eftir heilsufarsflokkun í heimaþjónustu til ljósmæðra og að ólíklegt sé að breytingarnar hafi veruleg áhrif á legutíma (Landspítali, 2014).

Teknar hafa verið saman nokkrar tíðnitölur fyrir mars og apríl 2014 og bornar saman við sömu mánuði árið 2013 (sjá töflu 1). Þessar tölur gefa til kynna að við séum á réttri leið hvað varðar markmið okkar að standa vörð um eðlilegar fæðingar.

Tafla 1: Nokkrar tíðnitölur frá mars og apríl 2013 og 2014

	2013	2014
Mænurátardeytingar (hlutfall af fæðingum um leggöng)	46,3	39,8
Belgjarof (hlutfall af fæðingum sem byrja sjálfkrafa)	32,5	23,9
Synto-örvun (hlutfall af fæðingum sem byrja sjálfkrafa)	20,2	15,7
Náttúrulegar fæðingar* (hlutfall af öllum fæðingum)	22,5	27,7

* Sjálfkrafa sótt, ekki belgjarof, framköllun fæðingar, spangarklipping, 3. eða 4.° rifur, örvun með syntocinon, áhaldafæðing, keisarafæðing eða utanbæstisdeyting.

Eflaust hafa einhverjir efast um að þessar breytingar séu til bóta. Við trúum því þó að með þeim séum við að gera betur við skjólstaðinga fæðingarvaktar og fjölskyldur í sængurlegu. Það á eftir að greina betur starfsemistölur og útkomu fæðinga og fylgjast með hvernig þróunin verður.

HEIMILDIR

- Auður E. Jóhannsdóttir, Guðrún B. Þorsteinsdóttir, Halla Skúladóttir og Ingibjörg Hreiðarsdóttir (2000). Reynsla foreldra af samfelldri þjónustu MFS-einingarinnar á kvennadeild Landspítalans. Óbirt ritgerð til BS-prófs í hjúkrunarfræði, Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Árdís Ólafsdóttir og Helga Sigurðardóttir (2009). Ljósmæðrastýrð umönnun í barneignarferlinu. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstj.), Lausnarsteinar. Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist (bls. 254–276). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Hildur Sólveig Ragnarsdóttir (2013). Inngrip í fæðingarferlið: Fagleg úttekt. Óbirt lokaverkefni í ljósmóðurfræði, Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Landspítali (2014). Starfsemisupplýsingar LSH. Skoðað 21. maí 2014 á <http://www.landspitali.is/um-lsh/spitalinn-i-tolum/starfsemisupplýsingar-lsh/>
- Lavender, T., Hart, A. og Symth, R. M. D. (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database of systematic Review, 7.
- Smyth, R. M. D., Markham, C., Dowswell, T. (2008). Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 46.
- Walker, J. (2000). Women's experiences of transfer from a midwife-led to a consultant-led maternity unit in the UK during late pregnancy and labor. Journal of Midwifery & Women's Health, 45(2), 161–168.
- Walsh, D. og Downe, S.M. (2004). Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: A structured review. Birth, 31(3), 222–229.



Gefðu góða gjöf Time out meðferð fyrir nýbakaðar mæður

Time out meðferð fyrir nýbakaðar mæður er slökunarmeðferð sem hreinsar, endurnýjar og blæs nýju lífi í hársvörðinn. Dregur einnig fram náttúrulega eiginleika hársins ásamt því að gefa því þykkara útlit og glans. Fáðu ráðgjöf á hársnyrtistofunni þinni í því hvernig best er að hugsa um hárið eftir barnsburð.



Advanced Care for Thinning Hair.
Inspired by Skin Care

NIOXIN®
FÆST Á HÁRSNYRTISTOFUM



**Ert þú með þunnt hár
eða óeðlilegt hárlos?**

Nioxin 3 Part System Kit
Hárið fær þykkara útlit og styrk á aðeins 30 dögum.
Sjampó, næring og treatment.

Fæðingarþjónusta á krossgötum

Hugleiðingar í ljósi breytinga á fæðingarþjónustu Landspítala



Árdís Ólafsdóttir,
ljósmóðir MSc á fæðingar-
vaktinni 23B Landspítala



Dr. Helga Gottfreðsdóttir,
ljósmóðir, dósent og námsbrautar-
stjóri í ljósmóðurfraði við Hjúkrunar-
fræðideild Háskóla Íslands

Í nóvember 2013 var tilkynnt að Hreiðrinu skyldi lokað 1. mars 2014 en starfsemi sú sem fór fram á Hreiðrinu myndi sferast annars vegar á nýja deild, fæðingarvaktina, en hins vegar yrði sængurleguþjónustan sameinuð meðgöngu- og sængurlegudeild. Þessar breytingar fela í sér nýjar áskoranir en vekja jafnframt upp ýmsar spurningar. Stærsta breytingin er sú að ekki verður starfrækt innan spítalans eining þar sem áhersla er eingöngu á eðlilegt ferli fæðingar. Á þessum tímamótum er við hæfi að líta yfir farinn veg en mikilvægt er að halda til haga upplýsingum um árangur ljósmæðrastýrðar starfsemi, hjá okkur sem og annars staðar, til að þær upplýsingar nýtist sem innlegg í áframhaldandi þróun og skipulag þjónustu fyrir barnshafandi konur. Í þessari stuttu samantekt er stíklað á stóru um ljósmæðrastýrða þjónustu á Landspítala síðustu tvo áratugi og umræðan tengd við heimildir eftir því sem við á.

Þróun í barneignarþjónustu hér á landi er ekki ýkja frábrugðin því sem er í löndunum í kringum okkur. Á fjórða áratug síðustu aldar fór þeim konum sífellt fjölgandi á landinu sem fæddu utan heimilis, á fæðingardeild Landspítala, fæðingarheimilum ljósmæðra og sjúkrahúsum landsins (Helga Þórarinsdóttir, 1984). Í dag fara um rúmlega 70% allra fæðinga á landinu fram á fæðingardeild Landspítala, en árið 2013 voru þar 3.229 fæðingar. Fæðingarstöðum á landinu hefur fækkað jafnt og þétt síðustu áratugi en árið 2007 gaf landlæknir út leiðbeiningar um val á fæðingarstað, þar sem eru skilgreind þjónustustig og hvað eigi að vera til staðar miðað við áhættuþætti barnshafandi konu (Landlæknisembættið, 2007). Þessar leiðbeiningar eru mikilvægt innlegg í umræðu um fæðingarstaði og þróun þjónustu þó upp á vanti að leiðbeiningunum sé fylgt eftir með markvissri skráningu um flutning kvenna í fæðingu milli þjónustustiga svo eitthvað sé nefnt.

MFS OG HREIÐRIÐ – LJÓSMÆÐRASTÝRÐ ÞJÓNUSTA

Á áttunda áratug síðustu aldar varð vakning varðandi þjónustu við barnshafandi konur m.a. í framhaldi af stórrí rannsókni sem gerð var í Bretlandi á upplifun kvenna af umönnun og þjónustu í

barneignarferlinu. Gefin var út skýrslan *Changing Childbirth* árið 1993 sem byggði á niðurstöðum rannsóknarinnar. Þar var lögð áhersla á c-in þrjú: *control, continuity and choice*, eða stjórn kvenna, samfellda þjónustu og valkosti í barneignarferlinu. Árið 1996 ályktaði svo Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin að ljósmóðir væri hæfasti aðilinn til að sinna konu í eðlilegu ferli meðgöngu, fæðingar og sængurlegu (WHO, 1996).

Landspítalinn tók Fæðingarheimili Reykjavíkur yfir 1. apríl 1992. Þáverandi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, Sighvatur Björgvinsson, lýsti því yfir að ekki væri verið að leggja Fæðingarheimilið niður sem fæðingarstofnun heldur aðeins verið að skipta um rekstraraðila. Margslunginn orðaleikur ráðamanna villti um fyrir fólki og erfitt var að gera sér grein fyrir hver stefnan var varðandi þessa þjónustu. Barátta var háð fyrir áframhaldandi rekstri bæði af áhugafólki (Náttúrubörnum) og fagaðilum. Skrifaðar voru greinar í blöð, haldnir baráttufundir og fjölmiðlar voru virkir. Fljótlega lögðust fæðingar af á Fæðingarheimilinu því lækniþjónustu skorti, en lækna Landspítala vildu ekki vera á vakt fyrir báða staðina í einu. Fæðingarheimilið var á tímabili nær eingöngu notað fyrir sængurkonur sem fæddu á Landspítala en voru fluttar á Fæðingarheimilið eftir fæðingu. Í byrjun október 1992 var Fæðingarheimilinu lokað tímabundið og síðan gekk á með opnun og lokun þar til það var opnað endanlega (að því er talið var) eftir gagngerar breytingar í ársbyrjun 1995. Þá var sú nýbreytni tekin upp að konur þurftu að skrá sig til fæðingar á Fæðingarheimilinu um eða eftir 36 vikna meðgöngu. Uppfylla þurfti skilyrði fyrir eðlilegri fæðingu eins og hún var skilgreind þá. Þetta fyrirkomulag reyndist afar vel og Fæðingarheimilið var í mikilli sókn bæði faglega og rekstrarlega þegar því var svo endanlega lokað sama ár (Elinborg Jónsdóttir, munnleg heimild, maí 2014).

MFS-einingin (meðganga-fæðing-sængurlega) var stofnuð árið 1994, en þar var hugmyndafræði *Changing Childbirth* lögð til grundvallar. Um var að ræða sex ljósmæður í hóp, þar sem hver ljósmóðir annaðist ákveðinn fjölda kvenna á meðgöngu og í sængurlegu, en sú ljósmóðir

úr hópnum sem var á fæðingarávakt tók á móti barninu. Leitast var við að konurnar hittu allar ljósmæður teymisins einhvern tíma á meðgöngu, þannig að þær hefðu allavega séð þá ljósmóður sem sinni þeim í fæðingu. Áhersla var á samfellda þjónustu, að vernda eðlilegt ferli og boðið var upp á óhefðbundna verkjameðferð eins og vatnsböð, nálarstungur, nudd og heita og kalda bakstra. Til umræðu kom að MFS-einingin hefði aðstöðu á Fæðingarheimilinu en ekki var sátt um þá hugmynd og af því varð ekki.

MFS-einingin annaði ekki eftirspurn og því var annar hópur stofnaður árið 2000. Hóparnir störfuðu á svipaðan hátt, en sú breyting var gerð að ljósmóðir fylgdi foreldrum á hefðbundna fæðingardeild ef á þurfti að halda, þar sem niðurstöður rannsókna höfðu sýnt að foreldrar upplifðu slíkan flutning á neikvæðan hátt. Þeir upplifðu tilfinningar um minni stjórn og missi á samfelldri þjónustu (Walker, 2000; Auður E. Jóhannsdóttir, Guðrún B. Þorsteinsdóttir, Halla Skúladóttir & Ingibjörg Hreiðarsdóttir, 2000). Könnun sem gerð var á viðhorfum og ánægju með MFS þjónustuna sýndi að yfirgnæfandi meirihluti foreldra var ánægður með þetta fyrirkomulag (Auður E. Jóhannsdóttir o.fl., 2000).

Þrátt fyrir að vinnutími MFS ljósmæðra hafi verið sveigjanlegur og vinnubrögð sjálfstæð gekk illa að manna stöður ljósmæðra í þessum ljósmæðrahópum þegar frá leið, sumum fannst erfitt að samræma starfið einkalífi og fannst bindingin of mikil. Frá árinu 2003 til 2006 störfuðu MFS hóparnir sem eitt teymi en þá var eininginn lögð niður (Árdís Ólafsdóttir & Helga Sigurðardóttir, 2009). Var ástæðan sögð sú, að nýta ætti betur aðstöðu Hreiðursins fyrir fleiri konur en MFS-einingin gat annað (Margrét I. Hallgrímsson og Reynir T. Geirsson, 2006). Tvær konur, fyrrverandi skjólstæðingar MFS-einingarinnar, skrifuðu í Morgunblaðið af þessu tilefni þar sem hörmuð var lokun MFS-einingarinnar, og lögð áhersla á að með þeirri aðgerð myndi valkostur fyrir konur í eðlilegu barneignarferli fækka á höfuðborgarsvæðinu svo og að samfelld þjónusta yrði svo til úr sögunni (Rósa Erlingsdóttir og Edda Jónsdóttir, 2006).

Hreiðrið var opnað í október árið 2000. Hlutverk þess var að vera fæðingardeild fyrir konur í eðlilegri fæðingu, þ.m.t. þær sem voru í MFS-einingunni, en á þessum tíma voru MFS I og MFS II með fulla starfsemi. Einnig var deildin sængurlegudeild fyrir foreldra og barn þeirra í eðlilegu ferli í allt að einn sólarhring eftir fæðingu fyrir fyrsta barn og hálfan sólarhring fyrir fjölbyrjur. Útbúin voru fjölskylduherbergi þar sem var hjónarúm og fjölskyldan gat dvalið fyrst eftir fæðinguna og fengið fræðslu og aðstoð eftir þörfum þar til heim var komið í umönnun heimaþjónustuljósmóður.

Eftir lokun MFS-einingarinnar hélt Hreiðrið áfram að gegna sínu hlutverki sem fæðingar- og sængurlegudeild fyrir konur, sem voru í eðlilegu ferli í allt að einn sólarhring. Allar ljósmæður á deildinni fóru nú að starfa við fæðingar og konur í eðlilegu ferli, sem ætluðu ekki að fá mænurótardeyfingu var bent á deildina. Starfsemin var skoðuð reglulega og var árangur góður, fæðingar voru 7–800 á ári í Hreiðrinu og voru sængurleguþlássin vel nýtt, allan tímann yfir 90% (Rósa Bragadóttir, munnleg heimild maí, 2014). Í Hreiðrinu var lögð áhersla á að vernda og styðja við eðlilegt ferli í fæðingu og byrjun sængurlegu. Þar var lögð áhersla á verkjameðferð án lyfja, eins og vatnsböð, nálarstungur, nudd og heita og kalda bakstra. Í Hreiðrinu var vaktaskipt kerfi og því ekki um samfellu að ræða, en sama hugmyndafræði ríkti meðal ljósmæðra og leitast var við að gefa samræmdar upplýsingar og fræðslu. Samkvæmt könnun sem gerð var 2007 var tíðni flutnings úr Hreiðri yfir á fæðingargang 16,5%. Algengasta ástæða flutnings var mænurótardeyfing (70,8%). Samkvæmt erlendum rannsóknum á þeim tíma var tíðni flutnings frá ljósmæðrastýrðum einingum á deild með hærri þjónustustig 14–27% (Andreas & Rankin, 2005; Hundley o.fl., 1994; Mahmood, 2003; Morano o.fl., 2007). Tíðni belgjarofs á deildinni var á þessum tíma 22,9%, en samkvæmt erlendum rannsóknum var tíðnin 20,1 til 23,3% (Lukasse, Öian & Aamodt, 2006; Waldenström, 2003). Í Hreiðrinu var hriðaðrönd dreypi notað í 9,4% tilfella á 1. stigi og 12,8% á 2. stigi. Í Noregi var tíðni hriðaðrönd dreypis 14,7% samanlagt á 1. og 2. stigi og í rannsókn frá Stokkhólmi 15,6% á 1. stigi og 17,9% á 2. stigi á þessum árum (Lukasse o.fl., 2006; Waldenström, 2003). Þjónustukannanir, sem gerðar voru reglulega í Hreiðrinu eða

árin 2004, 2008 og 2013, sýndu að yfirgnæfandi meirihluti foreldra var ánægður með umönnun og þjónustu á deildinni (Patrycja Wodkowska, munnleg heimild maí, 2014).

Árið 2009 voru 872 fæðingar í Hreiðrinu eða tæp 25% af heildarfjölda fæðinga á Landspítalanum, sem voru 3.500 það ár. Frá Hreiðri fluttust 194 konur yfir á fæðingargang þetta árið eða tæplega 21% af þeim konum sem hófu fæðingu þar (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2010). Árið 2010 varð breyting á skráningu fæðinga þannig að fæðing kvenna sem fluttust á fæðingargang úr Hreiðri var skráð á fæðingargang, en fyrir þann tíma höfðu þær fæðingar þar sem kona fluttist úr Hreiðri á fæðingargang verið skráðar í Hreiðrið ef ljósmóðir úr Hreiðri fylgdi konunni og tók á móti barninu.

Árið 2012 var tíðni flutnings á fæðingargang úr Hreiðri orðin 29,4% og til viðbótar við það sem að framan greinir, má e.t.v. skýra þessa aukningu að einhverju leyti með breyttu verklagi; flytja þurfti konur úr Hreiðri á fæðingargang af minna tilefni en áður, eins og ef örva átti sótt með syntocinon dreypi og ef legvatnið var grænt. Jafnframt hafði tíðni mænurótardeyfinga á þessum tíma aukist, og voru því hlutfallslega fleiri konur fluttar yfir á fæðingargang til að fá deyfingu, en hún var lögð hjá 44,8% allra kvenna sem reyndu fæðingu um leggöng árið 2011 á spítalanum og eru þá einnig þær fæðingar taldar með sem lauk með bráðakeisaraskurði (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smásson & Gestur I. Pálsson, 2012). Í stórrí framskyggri rannsókn frá árinu 2012 sem gerð var á Englandi var hlutfall kvenna sem voru fluttar af ljósmæðrastýrðum einingum yfir á hærri þjónustustig í fæðingu skoðað, ástæður fyrir flutningi auk þess sem helstu áhrifaþættir voru kannaðir hjá konum sem höfðu ráðgert að fæða á ljósmæðrastýrðum einingum (Rowe o.fl., 2012). Í rannsókninni var eingöngu verið að skoða flutning kvenna í fæðingu eða innan sólarhrings frá fæðingu. Niðurstöður sýndu að 25% kvenna á ljósmæðrastýrðum einingum innan sjúkrahúss voru fluttar á hærri þjónustustig og 20% kvenna frá fæðingarheimilum. Rannsóknin sýndi jafnframt að flutningur kvenna í fæðingu af ljósmæðrastýrðum einingum var algengari hjá frumbyrjum. Fjölmargar ástæður voru fyrir flutningi en meginástæða var sú sama í báðum hópum, vegna teppts framgangs á 1. stigi fæðingar (Rowe o.fl., 2012).

Síðustu áratugi hafa niðurstöður rannsókna bent til þess að samanburður á árangri og þjónustu við konur í eðlilegu ferli á ljósmæðrastýrðum einingum og hátækni fæðingardeildum sýni að minna er um inngrip í fæðinguna á ljósmæðrastýrðum einingum. Rannsókn Hundley o.fl. frá 1994 gefur vísbendingar um að konur í lítilli áhættu séu jafn öruggar á ljósmæðrastýrðri einingu og á hefðbundinni fæðingardeild. Niðurstöður fleiri rannsókna sem fylgdu í kjölfarið benda til hins sama, þ.e.a.s. að jafnvel sé betra fyrir konur í eðlilegri fæðingu að fæða á ljósmæðrastýrðri einingu, þar sem minni hættu er á inngripum í eðlilegt ferli (Walsh og Downe, 2004). Það er því áhugavert að skoða drög að klínískum leiðbeiningum um umönnun heilbrigðra kvenna og barna þeirra í fæðingu sem kynnt voru fyrir nokkrum vikum, sjá: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13511/67645/67645.pdf> en þessi drög undirstrika enn frekar niðurstöður rannsókna undanfarna ára. Drögin eru unnin á vegum NICE (National Institute for Health and Care Excellence) í Bretlandi og þau byggja á niðurstöðum rannsókna sem er að finna í helstu gagnagrunnum, svo sem MEDLINE, Embase, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, British Nursing Index, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials og Cochrane Database of Systematic Reviews. Í inngangi að leiðbeiningunum er gerð grein fyrir því að frá 2007, þegar síðustu leiðbeiningar voru gefnar út, hafi átt sér stað nokkrar breytingar á heilbrigðisþjónustu fyrir barnshafandi konur, þær helstu að ljósmæðrastýrðum fæðingareiningum hafi fjölgað en einingum sem skilgreindar eru sem fæðingarstaðir með hæsta þjónustustigi fækkað. Leiðbeiningunum er ætlað að vera leiðbeinandi um umönnun heilbrigðra kvenna með eðlilega meðgöngu að baki sem eru án áhættuþátta við upphaf fæðingar og því í lítilli áhættu að þróa með sér vandamál í fæðingu. Að auki er í leiðbeiningunum fjallað um umönnun kvenna sem byrja fæðingu sem telst eðlileg en þróað yfir í áhættufæðingu. Nokkrar áhugaverðar ábendingar er að finna í þessum leiðbeiningum sem ekki tilheyrðu fyrri leiðbeiningum,

m.a. að ráðleggja beri fjölbyrjum sem ekki hafa þekkt áhættuþætti (e. low risk) að fæða á ljósmæðrastýrðum einingum (inni á sjúkrahúsi eða sjálfstætt starfandi) eða heima. Útskýra skal fyrir konunni að það sé vegna lægri tíðni inngripa og að það breyti ekki útkomu fyrir barnið miðað við fæðingarstað með herra þjónustustig.

Að ráðleggja frumbyrju sem ekki hefur þekkt áhættuþætti að ráðgera fæðingu á ljósmæðrastýrðri einingu (inni á sjúkrahúsi eða sjálfstætt starfandi). Útskýra ber að það sé vegna þess að inngrip séu fátíðari en útkoma barns ekki frábrugðin fæðingardeild með herra þjónustustigi. Ræða skal að ef frumbyrjur ráðgera heima fæðingu að þá eru líkur lítilsháttar auknar á verri útkomu barns. Fleira áhugavert er að finna í þessum leiðbeiningum, svo sem um flutning kvenna í fæðingu milli þjónustustiga en brýnt er að til staðar séu leiðbeiningar fyrir slíkar aðstæður.

AÐ LOKUM

Það samband sem myndast milli verðandi móður og ljósmóður, þegar ljósmóðirin styður við konuna í eðlilegri fæðingu án verkjalyfja, stuðlar að ánægju beggja (Andres og Rankin, 2005). Slíkt samband hefur tækifæri til að dafna innan eininga sem byggja á hugmyndafræði ljósmæðra. Með lokun Hreiðursins var lögð af ljósmæðrastýrð þjónusta á Landspítala sem hafði þróast þar í um 20 ár. Nú er því engin deild á spítalanum sem veitir eingöngu þjónustu til kvenna í eðlilegu ferli og þegar MFS-einingin var lögð niður árið 2006 var samfelld þjónusta einnig úr sögunni á Landspítala. Þessar ákvarðanir fela í sér ákveðin tækifæri en fyrir ljósmæður er nauðsynlegt að skoða hvað hefur áhrif á slíka þróun. Getur verið að hin mikla nálægð við hátæknifæðingardeild hafi hamlandi áhrif á þróun ljósmæðrastýrðrar þjónustu og þar með tækifæri ljósmæðra til að veita þjónustu byggða á gagnreyndri þekkingu þeirra? Í ljósi þess hve sá hópur kvenna er stór sem ætti að geta fætt eðlilega má velta fyrir sér hvort það samrýmist ekki hugmyndafræði Landspítala að reka deild þar sem áhersla er á eðlilegt ferli, þar sem ljósmæður eru að mestu við stjórnvölinn og samvinna er við lækna þegar þörf krefur.

HEIMILDIR:

- Andres, M. og Rankin, J. (2005). Admissions and delivery outcomes of a midwife-led unit: 1995–2005. *British Journal of Midwifery*, 13(10), 643–647.
- Auður E. Jóhannsdóttir, Guðrún B. Þorsteinsdóttir, Halla Skúladóttir og Ingibjörg Hreiðarsdóttir (2000). Reynsla foreldra af samfelldri þjónustu MFS-einingarinnar á kvennadeild Landspítalans. Óbirt ritgerð til BS-prófs í Hjúkrunarfræði, Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Árdis Ólafsdóttir (2005). Samfelld ljósmæðraþjónusta: Raunhæfur valkostur í barneignarferlinu. *Ljósmæðrablaðið*, 83(2), 6–11.
- Árdis Ólafsdóttir og Helga Sigurðardóttir (2009). Ljósmæðrastýrð umönnun í barneignarferlinu. Í *Lausnarsteinar*, 254–276. (Ritstj. Helga Gottfredsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir). Útg. Hið íslenska bókmenntafélag.
- Helga Þórarinsdóttir (1984). Ljósmæður á Íslandi, II. Reykjavík: Ljósmæðrafélag Íslands.
- Hundley, V.A., Cruickshank, F.M., Lang, G.D., Glazener, C.M.A., Milne, J.M., Turner, M. o.fl. (1994). Midwife managed delivery unit: A randomised control-led comparison with consultant led care. *BMJ*, 309, 1400–1404.
- Leiðbeiningar um val á fæðingarstað (2007). Landlæknisembættið. Sótt af Landlæknir. is 20. maí 2014: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2818/3304.pdf>
- Lukasse, M. Öian, P. og Aamodt, G. (2006). En jordmorledet fødenhet. *Tidskrift for den Norske Lægeforening*, 2, 170–172.
- Mahmood, T.A. (2003). Evaluation of an experimental midwife-led unit in Scotland. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(2), 121–129.
- Margrét I. Hallgrímsson og Reynir T. Geirsson (2006, 2. janúar) Þróun og breyting á fæðingarþjónustu á kvennasviði LSH. Fréttablaðið, bls. 46.
- Morano, S., Cerutti, F., Mistrangelo, E., Pastorino, D., Benussi, M., Costantini, S. o.fl. (2007). Outcomes of the first midwife-led birth centre in Italy: 5 years' experience. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 276, 333–337.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smásson & Gestur I. Pálsson (2012). Skýrsla fæðingarskráningar, 2012. Landspítali.
- Rowe, R.E. o.fl. (2012). Duration and urgency of transfer in births planned at home and in freestanding midwifery units in England: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13(224).
- Rósa Erlingsdóttir og Edda Jónsdóttir (2006, 7. mars) Skortur á valkostum í fæðingarþjónustu. Morgunblaðið, bls. 32.
- Waldenström, U. (2003). The Stockholm Birth Centre. Í M. Kirkham (ritstj.), *Birth centres: A social model for maternity care* (bls. 143–159). Philadelphia: Books for Midwives.
- Walsh, D. Og Downe, S.M. (2004). Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: A structured review. *Birth*, 31(3), 222–229.

medela

HVAÐ? HVENÆR? HVERNIG?

Aldur barns	Dagur							Vika	Vika	Vika
	1	2	3	4	5	6	7	2	3	4+
Hversu oft þarf ég að gefa brjóst? Á dag, að meðaltali á sólarhring	Að minnsta kosti 8 gjafir á dag (með 1-3 klst millibili). Að meðaltali 6-18 gjafir, ýmist þéttar eða með lengra millibili.							4-13 gjafir á sólarhring		
Hversu langan tíma tekur að gefa barni brjóst? Á dag, að meðaltali á sólarhring	Það er mjög breytilegt hvað börn eru lengi að drekka. Fyrri part dags eru þau oft fljótari að drekka en á kvöldin vilja þau liggja lengur við brjóstið. Börn tæma brjóstið einu sinni vel á sólarhring og hætta þegar þau eru södd.							Hver gjöf að meðaltali 12-67 mínútur		
Vakna börn um nætur til að drekka?	Flest öll börn þurfa að næra sig um nætur. Börn deila gjöfum sínum tiltölulega jafnt yfir sólarhringinn. Á kvöldin eru börn að drekka fituríka mjólk og tæma vel brjóstin. Næturgjafir eru mikilvægar fyrir móður til að viðhalda mjólkurframleiðslu sinni.							64% barna drekka 1-3x á milli kl: 22-04		
Stærð maga barnsins	Á stærð við kirsuber - 6 ml	Á stærð við valhnetu - 25 ml		Á stærð við apríkósu - 51 ml			Á stærð við egg - 54-234 ml	478-1356 ml á sólarhring		
Blautar bleijur Hversu margar, hversu blautar Að meðaltali á sólarhring	Að minnsta kosti 1	Að minnsta kosti 2	Að minnsta kosti 3	Að minnsta kosti 4		Að minnsta kosti 6 blautar með ljós gulu eða glæru þvagi				
Öhreinar bleijur: Hversu margar og litur hægðar Að meðaltali á sólarhring	Að minnsta kosti ein til tvær. SVARTAR eða DÖKKGRÆNAR hægðir		Að minnsta kosti þrjár GRÆNAR hægðir		Að minnsta kosti þrjár mjúkar KARRYGULAR hægðir		Nú er ekki lengur hægt að meta hvað barnið drekkur út frá hægðum	Sum brjóstabörn hafa hægðir á 10-14 daga fresti		
Þyngd barnsins	Börn missa að meðaltali 5-7% af fæðingarþyngd sinni fyrstu þrjá daga eftir fæðingu.			Frá og með fjórða degi á barnið þitt að þyngjast um 18-38 gr á dag og ná fæðingarþyngd sinni á ný á 10-14 degi.						
Vaxtarkippir	Börn taka oft skyndilega vaxtarkippi. Á meðan á þeim stendur getur verið að barnið vilji drekka oftar en vanalega. 57% barna drekka ýmist af öðru brjóstinu eða báðum.							Barnið á að hafa náð fæðingarþyngd		Við 4 mán aldur hefur hægst á vexti barnsins um 50%

Heimildir:
1. Kent, J.C. et al. Volume and frequency of breastfeeds and fat content of breastmilk throughout the day. *Pediatrics* 117, e397-e395 (2006).
2. Kent, J.C. et al. Longitudinal changes in breastfeeding patterns from 1 to 6 months of lactation. *Breastfeed Med* 8, 401-407 (2013).
3. WHO. (ed.). The WHO Child Growth Standards. Söð 22, apríl 2014 af <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>
Tékið saman af Arnhildi Sigurðardóttur

Hin leiðandi hönd

Á sumar og haustmisseri vinna nemendur á öðru ári í ljósmóðurfraði svokölluð dagbókarverkefni. Markmiðið er að ígrunda eigin störf og þá umönnun sem þær veita í samráði við umsjónarljósmæður. Sögð er saga úr klínisku starfi og síðan er umönnun skoðuð út frá gagnreyndri þekkingu og reynsluþekkingu. Verkefnin eru lærdómsrík á margan hátt því þarna gefst kostur á að ígrunda áhugaverð tilfelli úr starfsnáminu en einnig að kafa dýpra ofan í áhugaverða þætti sem skipta ljósmæður máli. Hér segir María Rebekka sögu af því þegar hún og umsjónarljósmóðir hennar önnuðust konu í langdreginni fæðingu. Þetta er falleg saga sem getur kennt okkur ljósmæðrum margt. Þegar ég heyrði Mariu Rebekku segja þessa sögu í vetur kom strax upp í hugann að þessa sögu þyrfti að segja fleiri ljósmæðrum.

Anna Sigríður Vernharðsdóttir,
sérfræðiljósmóðir og klínískur lektor.



María Rebekka Þórisdóttir,
nýútskrifuð ljósmóðir

INNGANGUR

Í þessu verkefni ætla ég að segja frá fæðingu sem ég var svo lánsöm að fá að taka þátt í. Þegar ég mætti á næturvakt á fæðingargang var ein fæðandi kona á ganginum. Hún var búin að vera í langdreginni fæðingu og allar líkur á að hún færi í keisara. Það var önnur kona á leiðinni með hugsanlega farið vatn. Umsjónarljósmóðir mín sagði mér að velja hvora ég vildi. „Kannski getur þú unnið kraftaverk með því að fá konuna sem er inniliggjandi til að fæða,“ sagði hún brosandi. Ég hugsaði mig um í smá stund og ákvað svo að taka áskoruninni og fá að spreyta mig með þeirri sem var inniliggjandi.

FÆÐINGIN

Þetta var rúmlega þrítug kona að eignast sitt annað barn. Fyrri barnið þurfti að taka með keisara eftir langdregna fæðingu. Nú var hún gengin 39v + 3 d. Hún missti vatnið heima, tært að lit og kom með sjúkrahálf þar sem barnið var ekki skorðað í grindinni. Hún hafði fengið Epidural-deyfingu mjög snemma vegna fyrri sögu um erfiða fæðingu og því búin að vera með deyfingu í 20 tíma þegar ég tók við henni og búin að vera í fæðingu í rúman sólarhring.

Andrúmsloftið inná stofunni var þrungið vonleysi þegar ég kom inn og eitt augnablik sá ég eftir þeirri ákvörðun minni að taka við þessari konu en ég hristi þá tilfinningu af mér strax og ákvað að gera mitt allra allra besta fyrir hana. Mér var tjáð af ljósunni sem var að fara af vaktinni að konan væri orðin mjög þreytt og gæti lítið hreyft sig, bara farið yfir á hliðarnar. Hún hafði klárað útvíkkun fyrir 1 klst. en ekki byrjað að rembast neitt að ráði, hún fann ekki fyrir rembingþörf. Grunur var um að barnið væri í framhöfuðsstöðu. Hún var búin að vera uppi með syntocinon-dreypi frá því klukkan þrjú um daginn og lækarnir komnir í viðbragðsstöðu að fara með hana í keisara. Hún var einnig komin með hita og því búin að fá hitalækkandi og sýklalyf í æð fyrr um kvöldið.

Þegar ég var orðin ein með konunni og maka hennar ákvað ég

að leggja það undir þau hvort þau vildu gefa fæðingunni séns áður en þau færu í keisara. Þau urðu eitt spurningamerki á svipinn en ég fann strax að það kviknaði von hjá þeim. Ég sagði þeim að hreyfing væri oft algjört kraftaverk þegar svona illa gengi, en þau voru fljót að segja að hún gæti ekki hreyft sig. Ég sagði þá við þau að við gætum það alveg í sameiningu og þau voru til, en með semingi þó. Við komum henni uppá fjóra fætur í rúminu en þurftum að lyfta henni því hún hafði engan kraft og gat ekki einu sinni haldið hnjónum saman þannig að ég skorðaði hana með koddum og hélt við. Síðan hreyfði ég á henni mjaðmírnar. Hún varð strax mikið vonbetri og þau bæði. Þegar umsjónarljósmóðir mín kom inn, hjálpaði hún mér við þetta og ég fann fyrir stuðningi frá henni allan tímann. Andrúmsloftið á stofunni var orðið allt annað, fullt af von og eftirvæntingu. Þegar lækarnir komu inn um 30 mínútum

seinna þá voru þeir mjög hissa á breytingunni og ákváðu að gefa þessu meiri séns. Við ákváðum fljótlega þegar lækarnir voru farnir fram að prufa að aðstoða hana með rembinginn því hún fann enga rembingstilfinningu. Hún kom yfir á bakið aftur og við settum hana í stoðir vegna þess að hún fann ekkert sjálf og hafði ekki mikinn kraft og við vildum hámarka afköstin og eiga auðvelt með að aðstoða hana. Kollurinn gekk aðeins fram eftir nokkra rembinga og þegar lækarnir kíktu við stuttu seinna þá vildu þeir leggja sogklukku. Þeir sögðu að það væri frábært að hún væri allavega laus við að fara í keisara en það þyrfti að hjálpa barninu síðasta spólinn. Þeir fóru fram að ná í sogklukkuna en á meðan sagði ég konunni að nú skildum við leggja allt í þetta og við fórum í reiptog með handklæði og þá allt í einu gerðist kraftaverk, ég sá kollinn skjótast fram og eftir það þá gekk rembingurinn mjög vel og ég tók á móti 14 marka dreng í hvirfilstöðu.

Eftir fæðinguna þegar ég var að skrá þá sá ég í skýrslunni hennar að hún hafði orðið fyrir slæmu kynferðislegu ofbeldi þegar hún var unglingur. FMB teymið var í hennar málum. Þetta hefði ég viljað vita fyrirfram en mér var ekki sagt frá þessu og ég hafði aldrei tíma til að fara almennilega í gegnum skýrsluna hennar og því vissi ég þetta ekki fyrr en eftir á.

VANGAVELTUR EFTIR FÆÐINGU

Ég var búin að sjá áður hvað hreyfing hefur mikið að segja í fæðingu og ég hef því tröllatru á henni. Einnig er mér vel ljóst að viðhorf mitt skiptir máli og með því að vera jákvæð og styrkjandi getur það haft mikið að segja um vellíðan hinnar fæðandi konu og maka hennar. Það kom mér samt skemmtilega á óvart hvað það hafði mikið að segja og fljótt, því andrúmsloftið varð strax allt annað og deildarlæknirinn sagði við mig eftir á að það hefði verið eins og að koma inná allt aðra stofu. Þar sem alltaf er verið að tala um að samfelld þjónusta sé það besta þá kom það mér skemmtilega á óvart hvað það getur haft góð áhrif að skipta um ljósmóður. Ekki það að ljósmóðirin á undan hafi

verið slæm, þvert á móti þá veit ég að hún gerði allt sem hún gat fyrir þau, en nýtt blóð getur greinilega hjálpað þegar vonleysið hefur tekið yfir. Þau voru allavega tilbúin að spila með mér og reyna því þau vissu að annars var bara að fara í annan keisara.

Ég var mjög leið að hafa ekki vitað af ofbeldissögu hennar. En eftir á að hyggja þá hefði ég örugglega ekki gengið svona hart fram ef ég hefði vitað af henni. Það voru reyndar atvik sem komu mér á óvart með hana og kveiktu aðvörunarljós hjá mér eins og hvað hún var meðvituð um sjálfa sig, hrædd við að hafa kannski hægðir og ýmislegt annað þó svo að hún væri aðframkomin af þreytu. Einnig var ég hissa á að maðurinn hennar var alltaf að bjóðast til að fara fram þegar hún var að hafa einhverjar svona áhyggjur. Ég man að ég hugsaði um þetta og fannst þetta skrítið en svo var bara ekki tími til að gefa þessu meiri gaum. Ég er nánast viss um að ég hefði ekki þorað að ýta svona á hana ef ég hefði vitað sögu hennar. Einnig þurfti ég mikið að hjálpa henni að finna rembinginn með fingrunum og eftir fæðinguna hafði ég miklar áhyggjur af þessu. Að ég hafi kannski gengið algjörlega fram af henni. En sem betur fer þá frétti ég það frá öðrum heilbrigðisstarfsmanni að hún hafi verið ánægð með fæðinguna og alla þá hjálp sem hún fékk. Ég vona innilega að ég hafi ekki gengið of nærri henni. Niðurstaðan var allavega góð. Hún náði að fæða barnið sjálf án soglukku eða keisara og ég verð bara að vona að fæðingarupplifunin hafi ekki verið slæm.

FRÆÐILEG UMFJÖLLUN

Þar sem ég er mjög stolt af þessari fæðingu ákvað ég að taka hana fyrir í dagbókarverkefni. Mig langar að athuga hvað fræðin segja um hreyfingu í fæðingu og einnig langar mig að skoða aðeins rannsóknir á hvað leiðbeinandi getur haft mikil áhrif á nemanda sinn, því umsjónarljós móðir mín hefur staðið svo vel við bakið á mér.

Í Cochrane gagnagrunninum fann ég samantekt á rannsóknum þar sem talað er um að umönnunin skipti miklu máli í fæðingunni. Að konan fái allar þær upplýsingar sem hún þarf til þess að geta tekið upplýsta ákvörðun í sambandi við t.d. hreyfingu í fæðingunni og fæðingarstillingar og að ljósmóðirin upplýsi hina fæðandi konu um allar stellingar, ekki bara þær sem henta ljósmóðurinni best. Þar kemur t.d. fram að flestar fæðingar inná spítala séu í hálfstíjandi stöðu því það sé best fyrir ljósmóðurina að taka á móti í þeirri stellingu (Priddis, Dahlen og Schmied, 2012).

Niðurstöður hollenskrar rannsóknar sýndu að menntaðar konur eldri en 36 ára voru líklegri til þess að spyrja út í og velja sér fæðingarstillingu út frá upplýstu vali. Aftur á móti væru yngri ómenntaðar konur líklegri til að láta stjórna sér og ljósmæður upplýstu þær síður um stellingar heldur leiðbeindu þeim í stellingar sem hentuðu þeim sjálfum betur. Vinnuumhverfi hefur mikil áhrif á ljósmæður og umönnun þeirra, en þekking þeirra og reynsla á að stuðla að því að hjálpa konunni að taka upplýstar ákvarðanir um eigin fæðingu burt séð frá því hvernig menning stofnunarinnar er. Ljósmæður eiga síðan að kenna ljósmæðranemum sjálfstæði í vinnubrögðum og að þeim beri skylda til að upplýsa konur vel og virða þá ákvörðun sem þær taka í eigin fæðingu (Priddis o.fl., 2012).

Rannsóknir sýna að konur sem nýta uppréttar stöður í fæðingu eru fljótari á fyrsta og öðru stigi fæðingar og upplifa síður inngríp í fæðingunni. Einnig finna þær fyrir minni sársauka og meiri ánægju með fæðingarupplifun sína en þær sem liggja bara fyrir í fæðingunni (Priddis o.fl., 2012; Bianchi og Adams, 2009). Að nota reipitog við konu á öðru stigi fæðingar hjálpar við að rembast rétt niður og gefur þeim betri skilning á hvernig best sé að rembast, sérstaklega ef þær eru með Epidural-deyfingu og finna þá ekki nógu vel fyrir rembingstilfinningunni (Bianchi og Adams, 2009). Þetta sá ég svo greinilega með konuna í mínu dæmi, hún fékk aukinn kraft við að toga í handklæðið og höfuðið færðist fram og gat fæðst.

Í ljósi þess að umsjónarljós móðir gegnir mikilvægu hlutverki í námi ljósmæðranema var ákveðið að kanna reynslu ljósmæðranema og skoðanir þeirra á umsjónarljós móður sinni og hvaða eiginleika hún þarf að hafa til þess að kallast góður leiðbeinandi. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að öllum nemunum fannst leiðbeinandinn

mikilvægur hlekkur í námi sínu. Áhrifaríkast fannst nemunum ef leiðbeinandinn var meðvitaður um námsþörf þeirra og vann að því með þeim að ná árangri. Þeim fannst einnig að leiðbeinandinn hefði mikið með sjálfsöryggi þeirra í starfi að gera. Þeir nemendur sem sögðust finna fyrir lítilsvirðingu af hálfu leiðbeinanda síns, sérstaklega ef konan varð vitni að því, áttu erfiðara uppdráttar í starfi. Allir þátttakendur höfðu reynslu af að vinna með góðum leiðbeinanda á einhverjum tímamarki. Þetta virðist hafa mikil áhrif á viðhorf þeirra til þess að verða ljósmóðir og síðar leiðbeinandi sjálfar og gerir þeim kleift að öðlast traust á eigin getu. Áhrifaríkur leiðbeinandi finnur tíma til að fjalla um reynslu nemandans og hvetur hann til að gera sem mest úr hverju námstækifæri. Nemendunum fannst að þær ljósmæður sem ekki vildu kenna eða gerðu það illa, væru hugsanlega að breiða yfir þá staðreynd að þær væru kannski ekki nógu öruggar eða góðar í starfi sjálfar og væru því að færa óöryggi sitt yfir á nemann. Þeim fannst mikilvægt að leiðbeinandinn væri til taks, að auðvelt væri að nálgast hann með spurningar án þess að virðast vitlaus. Að leiðbeinandinn færi yfir vaktina að henni lokinni til þess að ræða það sem vel fór eða illa. Það skipti líka máli hvort leiðbeinandi og nemandi ættu skap saman og því gat einn nemandi gefið sama leiðbeinanda góða einkunn á meðan annar var mjög óánægður. Umhverfið skipti líka miklu máli og voru nemendurnir sammála því að ef mikið var að gera þá væri verk leiðbeinandans erfiðara því þá er erfiðara að taka tillit til þarfa nemans. Það virtist vera sama hvort leiðbeinandinn var góður eða slæmur þá gátu nemendurnir litið þá jákvæðum augum á þann hátt að tileinka sér verk þeirra góðu en ákveða með sjálfum sér að vinna ekki eins og þeir slæmu. Á þann hátt voru allir leiðbeinendurnir að gefa þeim innsýn í það hvernig ljósmæður þær vildu verða (Hughes og Fraser, 2011).

Þetta er algjörlega upplifun mín af umsjónarljós móður minni, hún styður mig í að taka sjálfstæðar ákvarðanir á gagnrýninn hátt og fer vel yfir bæði það sem betur má fara og það sem ég geri vel en alltaf gerir hún það á uppbyggilegan hátt þannig að sjálfstraust mitt eykst.

LOKAORÐ

Það var frábært að fá tækifæri til þess að hjálpa þessu pari í gegnum fæðinguna og sjá hvað hreyfing og viðhorf geta haft mikið að segja varðandi framgang og útkomu fæðingar. Ég verð bara að vona að upplifunin hafi verið jákvæð fyrir parið líka og að konunni hafi liðið sem ofurkonu þegar hún, af eigin dáð, gat komið barninu sínu í heiminn þrátt fyrir allt sem á undan hafði gengið. Og kannski, bara kannski, á þetta eftir að hjálpa henni að vinna úr erfiðri fyrri fæðingarreynslu þar sem þessi fæðing endaði svona vel eftir allt saman og það var hún sjálf sem lét þetta ganga, hennar styrkur og hennar vilji, því ég hefði aldrei náð henni á hreyfingu nema af því að hún var tilbúin að reyna. Lærdómur minn eftir þessa fæðingu var sá að maður á aldrei að gefast upp og alltaf að fylgja eigin sannfæringu. Ég var viss um að hreyfing mundi koma þessari konu í gegnum fæðinguna og það varð reyndin. Ég var mjög stolt af sjálfri mér og alveg svakalega ánægð með umsjónarljós móður mína sem gerði mér kleift að fylgja sannfæringu minni og aðstoðaði mig við að taka réttar ákvarðanir. Ef hún hefði ekki leyft mér að ráða hvort ég tæki þetta verkefni að mér þá hefði ég kannski ekki tekið þetta sem áskorun heldur bara tekið við á stofunni og haldið áfram þar sem frá var horfið. Hún er einstaklega natinn og góður kennari og ég er svo þakklát fyrir allt það sem hún hefur kennt mér. Ég verð betri ljósmóðir hennar vegna, það er á hreinu. Þessi fæðing á eftir að fylgja mér og styrkja í framtíðinni til að gera alltaf mitt besta og helst meira til í hverri fæðingu sem ég tek að mér.

HEIMILDIR

- Bianchi, A. L., og Adams, E. D. (2009). Labor Support During Second Stage Labor for Women With Epidurals. *Nursing for women's health*, 13(1), 38–47.
- Hughes, A. J., og Fraser, D. M. (2011). „There are guiding hands and there are controlling hands”: Student midwives experience of mentorship in the UK. *Midwifery*, 27(4), 477–483.
- Priddis, H., Dahlen, H., og Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25(3), 100–106.

Nýtt!

BOSSAKREM Í ÚÐAFORMI

Hreinlegt, fljótlegt
og árangursríkt

„Ótrúlega fljótlegt og þægilegt og virkar mjög vel. Líka mun hreinlegra þar sem ekki þarf að smyrja kremi á húð barnsins og ýfa þar með upp sár og roða.“

Ég mæli eindregið með Zinkspray fyrir dagforeldra og foreldra sem vilja einfalda bleyjuskiptin fyrir sig og börnin.“

Sveindís Ýr Sigríðar Sveinsdóttir
Dagforeldri



ÁN ILMEFNA, PARABENA OG ROTVARNAREFNA

Zinkspray baby er úðað á húð barnsins þar sem það þornar hratt og myndar verndandi filmu. Það inniheldur sinkoxíð og fleiri húðverndandi efni sem í sameiningu vernda, næra og sefa viðkvæma húð barnsins. og slá á sviða, kláða og ertingu.

- Fljótlegt og þægilegt í notkun
- Ekki þarf að snerta viðkvæm svæði
- Minni hætta á sýklamengun
- Ekkert kremsmit á fingrum

Fæst í apótekum

Alvogen
alvogen.is

Fra panik til ro

Viðtal við Inge Christiansen

Í lok febrúar sl. kom hin danska Inge Christiansen hingað til lands á vegum fræðslunefndar Ljósmeðrafélags Íslands. Inge er starfandi ljósmóðir á Skejby í Árósum og hefur auk þess lokið námi í dáleidslu (hypno-birthing og master Hypnoterapeut) ásamt master í NLP tækni. Þessa dáleidslutækni sína hefur hún svo unnið meira með og sérhæfir sig í dáleidslu í fæðingum ásamt dáleidslu fyrir þör í frjósemismeðferðum. Út frá þessu hefur hún sett saman námskeið fyrir ljósmæður og fæðingarlækna sem hún kallar **Fra panik til ro på 10 minutter - akut på fødestuen.**

Á námskeiðinu kennir hún ýmis atriði sem þátttakendur geta strax farið að nota til að hjálpa fæðandi konum að takast á við ótta og hræðslu í fæðingarferlinu, þannig að þær upplifi sig öruggar og nái betri slökun. Gerir hún meðal annars mikið úr því að fræða konur um hvað er að gerast í líkama þeirra á meðan á fæðingunni stendur. Einnig fókuserar hún á það hvernig ljósmæður geta notað tungumálið sitt til þess að hjálpa skjólstæðingum sínum. Bæði það hvernig við orðum hlutina og eins hvernig við getum hjálpað konum með því að leiða huga þeirra annað á meðan þær ganga í gegnum hluti sem þeim finnast erfiðir – eins og t.d. að setja upp nál eða framkvæma innri skoðun. Mikilvægi góðs flæðis og slökunar í líkama hinnar fæðandi konu skipar stóran sess ásamt því að Inge sýnir/kennir góðar stellingar fyrir konur í fæðingu. Að endingu fá þátttakendur námskeiðsins að falla í góða djúpslökun, dáleidsluástand, nokkrum sinnum á meðan námskeiðinu stendur.

Með öðrum orðum má segja að námskeiðið setji ljósmóðurfræðilegt innsæi í forgrunn og styrki ljósmæður í störfum þeirra og samskiptum á fæðingarstofunni ásamt því að veita þeim fleiri verkfæri í sína faglegu „verkferakistu“ eða á sinn „verkfæraveg“ eins og Inge vill orða það.

Inge hélt tvö námskeið hér á landi, fyrst í Reykjavík og svo í Þykkvabæ á Suðurlandi. Alls 26 íslenskar ljósmæður sátu námskeið hennar sem tekur tvo daga. Námskeiðið í Reykjavík var haldið í Lygnu fjölskyldumiðstöð, þar sem sjálfstætt starfandi ljósmæður hjá Björkinni eru með aðstöðu. Í Þykkvabænum fengum við svo inni í heilsusetri sem þar er starfandi, þar er boðið upp á ýmsar meðferðir, svo sem höfuðbeina- og spjaldhryggsmeðferð, regndropameðferð með Young Living ilmkjarnaolium, orkupunktanudd og margt fleira. Þær heilsuseturskonur dekrúðu því við okkur eftir að kennslu lauk fyrri daginn. Einnig var vel dekrað við okkur í matardeildinni, og voru þær ljósmæður sem námskeiðið í Þykkvabænn sóttu sammála um það að heimsókn í Heilsusetrið í Þykkvabæ er eitthvað sem alveg er hægt að mæla með. Auðvitað fluttum við svo með okkur heim slatta af kartöflum í viðbót við nýju verkfærin í verkferakistu/verkfæraveg ljósmóðurinnar og komum heim endurnærðar og slakar eftir góðar djúpslökunaræfingar og dáleidsluferðalög.



Inge Christiansen.

Guðrún: Segðu okkur aðeins frá sjálfri þér.

Inge: Ég bý með manni sem heitir Henrik og við höfum búið saman í þrjú ár. Við eigum samanlagt fimm börn. Ég á þrjá syni, 23 ára, 25 ára og 26 ára, og Henrik á son sem er 21 árs og dóttur sem er 11 ára.

Ég útskrifaðist sem ljósmóðir 2001, fór frekar seint af stað. Ég var ein af þessum gömlu ljósmæðranemum. Ég held að við höfum verið tvær á sama aldri í mínu holli. Ég var allavega ein af þeim elstu í hollinu. Það þýddi auðvitað að stundum fylgdi ég ljósmæðrum sem voru töluvert yngri en ég. En það skipti mig í raun engu máli, mér fannst það bara spennandi. Þær voru kannski með einhverja sýn á hlutina sem ég hafði ekki og voru auðvitað með sín ljósmæðraleýfi þannig að ég bar fulla virðingu fyrir þeim, burtséð frá aldri. Frá byrjun var ég svo heppin að hafa umsjónarljósmæður sem einblíndu mikið á hið eðlilega ferli í fæðingu. Þær unnu mikið að því markmiði að halda fæðingum eðlilegum og einblína á hið eðlilega jafnvel í óeðlilegum fæðingum. Kannski vegna minnar eigin reynslu í mínum þremur fæðingum, þá hefur það alltaf verið markmið mitt að hjálpa konum að gera fæðingu þeirra eins auðveldla fyrir þær og mögulegt er. Hjálpa þeim að skilja og fá merkingu í það sem er að gerast í líkamanum og þannig auðveldla líkamanum að vinna þá vinnu.

Guðrún: Af hverju ákvaðstu að verða ljósmóðir?

Inge: Þegar ég hafði eignast mín tvö fyrstu börn þá ákvað ég að ég vildi ekki halda áfram í þeirri vinnu sem ég hafði verið í áður (ég var menntuð í viðskiptum). Ég vildi ekki halda áfram á þeirri braut því ég vildi ekki alltaf vera að flýta mér að koma börnunum á fætur og út úr húsi. Ég byrjaði sem dagmamma þegar miðjudrengurinn minn var 9 mánaða og var það í sjö ár. Þegar ég eignaðist þriðja barnið hugsaði ég á ákveðnum tímamarki: „Ég ætla ekki alltaf að vinna við þetta“. Ég sinnti mörgum yndislegum börnum, bæði mínum eigin og annarra og var mjög ánægð en dagarnir voru langir. Einn daginn kastaði minn fyrrverandi til mín námskrá og sagði mér að skoða hana. Ég skoðaði hana fram og til baka en það eina sem mig langaði að læra var ljósmóðir og það fannst mér ég ekki geta orðið. En hann sagði að ég gæti gert það ef ég vildi þannig að ég byrjaði að lesa náttúrufræði í kvöldskóla en þá var ég ólétt af mínu þriðja barni, strák, þannig að þegar hann kom í heiminn þá hætti ég. Svo þegar hann var orðinn nokkurra ára gamall sagði ég: „Það er annaðhvort núna eða aldrei“, tók mér árs leyfi og fór í fullt nám. Þegar ég var svo komin af stað og sá að ég gat þetta alveg þá hélt ég áfram og komst inn í námið. Þannig að þetta var eiginlega vegna minna eigin fæðinga, það hljómar kannski hrokafullt en mín upplifun var að það hefði verið hægt að gera betur. Við skulum segja að sennilega hafi verið mikið að gera hjá ljósmæðrunum.

Ég sé vel hvernig mínar eigin fæðingar hafa haft áhrif á það hvernig ég vinn. Fyrsta fæðingin mín var mjög löng, önnur fæðingin eðlilega löng og hröð fæðing með þriðja barn. Ég einblíndi mikið á að gefa líkamanum tækifæri og leyfi til að vinna á eðlilegan hátt og hvernig maður getur sjálfur haft áhrif á það. Ég fékk mjög fljótlega áhuga á dáleidslu og um leið og ég hafði tækifæri til, kannski fyrir 10 árum, fór ég að kynna mér hana betur. Ég gat þó ekki farið almennilega af stað á þeim tímamarki því það var enginn sem vildi kenna ljósmæðrum dáleidslu. Maður varð að vera lækni eða sálfræðingur. En um leið og tækifærið kom þá greip ég það. Ein ljósmóðirin var gift sálfræðingi og við fengum hana til að búa til námskeið fyrir okkur. Ég byrjaði á því 2007 og þá var ekki aftur snúið. Ég varð forvitnari og forvitnari. Ég byrjaði á að taka þrígga helga námskeið um klíniska fæðingardáleidslu. Síðan fór ég til Hollands á námskeið hjá Ann-Marie Mongan, sem byrjaði með Hypnobirthing, og varð Hypnobirthing leiðbeinandi. Það gerði mig enn forvitnari. Ég menntaði mig sem NLP (neuro-linguistic programming) leiðbeinanda, tók svo meistaraþráðu í NLP og meistaraþráðu sem dáleidari. Eftir að ég lauk



Þátttakendur á námskeiðinu í Pykkvabænum.

Því fór ég til New York og tók enn eitt námskeiðið í fæðingardáleiðslu og dáleiðslumeðferðum. Þannig að þetta hefur verið nokkurra ára ferðalag þar sem ég hef aflað mér mismunandi menntunar og farið á alls kyns námskeið til að ná mér í þau tæki og töl sem mér finnst ég þurfa til að geta sinnt konum á þann hátt sem mig langar til.

Gréta Rún: *Við hvað vinnur þú í dag og hvernig færðu allt til að ganga upp?*

Inge: Ég er fædd og uppalin sem ljósmóðir á Skejby sjúkrahúsinu. Ég var þar í náminu og hef verið þar síðan ég kláraði ljósmóðurnámið. Ég fékk stöðu strax eftir útskrift, fyrst í afleysingastöðu og síðan var ég fastráðin ekki svo löngu síðar, þannig að þar hef ég alltaf verið og er enn. Í gegnum árin hef ég fengið leyfi inn á milli og unnið sem ljósmóðir á mismunandi stöðum. Einnig í sumarfríum. Ég hef farið nokkrum sinnum til Noregs en einnig hef ég farið til Færeyja og Grænlands þannig að ég hef fengið að upplifa fagið á mismunandi stöðum. Eftir því sem ég bætti við menntun mína og tæknina þá fór samstarfsfólk mitt að spyrja meira: „Hvað er það sem þú ert að gera, hvernig gerir þú mismunandi hluti, geturðu ekki kennt okkur eitthvað af því, haldið námskeið fyrir okkur?“ Ég hélt því fyrsta námskeiðið í desember 2011. Ég var búin að kenna ljósmæðrunum á Skejby sjúkrahúsinu og fór þá að kenna ljósmæðrum utan sjúkrahússins. Ég hef haldið námskeið í Herning og Holstebro og fór einnig til Kristiansand að kenna. Nú hef ég kennt um 300 ljósmæðrum á þessum námskeiðum.

Guðrún: *Þetta hljómar eins og þú hafir safnað efni á mismunandi stöðum, tekið það besta úr og búið til námskeið sem þú ert núna að kenna.*

Inge: Já, en grunnurinn að námskeiðunum byggist alltaf á ljósmóðurfræðinni, hinni ljósmóðurfræðilegu þekkingu og ég sá mjög fljótt að það var margt líkt með því sem maður kennir í dáleiðslunni og því hvernig margar okkar vinna ljósmóðurstörf. Það sem við gerum venjulega inni á fæðingarstofunni er lýst innan dáleiðslunnar sem dáleiðslutækni og við viljum vera meðvitaðar um hvað við gerum og hvernig við gerum það svo við getum séð hvernig við förum að því að gera enn betur. Hvernig við notum það sem er hreinlega dáleiðslutækni betur svo við fáum ennþá betri árangur þannig að konan sem við sinnum

í fæðingu upplifi enn fleiri bjargráð fyrir sjálfa sig og þar af leiðandi hvernig þær geta gert þetta enn auðveldara fyrir sig sjálfar.

Guðrún: *Já, maður þekkti ýmsar aðferðir sem maður hafði kannski hugsað um sem dáleiðslutækni en notaði bara það sem maður lærði í ljósmæðranáminu. Nú getur maður notað það meira meðvitað og markvissara.*

Inge: Já, meira meðvitað og markvisst því það skiptir máli að vera meðvitaður um það sem maður gerir. Við erum jú vanar að tala við konur og oft róa þær niður með röddinni okkar. En það að vera meðvitaður um að við getum einmitt gert það til að fá konur til að slaka alveg á og einbeita sér að okkur. Það krefst einbeitingar einmitt oft í þeim aðstæðum sem konur eru oft alveg að missa tökin. Einmitt þetta að halda einbeitingunni allan tímann gerir þetta auðveldara fyrir konuna. Og eins og við höfum talað um þá getum við notað þá aðferð sem við erum vanar að nota en breytt henni örlítið, próað hana. Ef við tökum hverja einustu aðferð fyrir sem ég nota þá eru margar sem myndu segja: „Já ég geri þetta líka, og þetta líka og þetta“.

En það þarf stundum aðeins að breyta þessum aðferðum til að þær verði eins og aðferðir dáleiðslunnar. Það sem við gerum líkist dáleiðslunni og aðferðum hennar oft mikið en þurfa smá snúning til að hjálpa konunni að komast í ákveðinn trans.

Guðrún: *Já, ég einmitt hugsaði eftir námskeiðið að nú myndi ég vinna meðvitað með dáleiðsluna og gera ekki bara það sem ég er vön að gera.*

Inge: Já, og líka að vera meðvitað um að þegar maður lærir nýja tækni eins og t.d. nálastungur þá er ekki nóg að hafa farið á námskeiðið, maður þarf líka að æfa sig og æfa þar til maður fer að gera hlutina ósjálfrátt. Eins og við ræddum á námskeiðinu þá gerum við margt alveg ósjálfrátt. Þegar við erum farnar að gera hlutina ósjálfrátt þá hugsum við ekki svo mikið um hvernig við gerum það.

Guðrún: *Nú ertu búin að hitta þó nokkrar íslenskar ljósmæður, finnst þér vera munur á okkur og dönsku ljósmæðrunum eða erum við kannski allar eins?*

Inge: Ljósmæður eru mjög líkar. Það er erfitt að segja í hverju munurinn

er fölginn. Ég fór í skoðunarferð hér með enskum leiðsögumanni sem sagði að Íslendingar væru einfaldlega svo „laid back“. Og ég held að það sé rétt, íslenskar ljósmæður eru forvitnar, opnar og afslappaðar og tilbúnar að taka á móti nýjum hlutum. Á námskeiðunum mínum heyrir ég oft sagt: „Já en þetta er eins og ég geri, ég geri alveg eins og þú segir“ og það heyrði ég ekki hér. Hér heyrði ég frekar: „Ja þetta líkist því sem ég geri.“ Það var einhvern veginn öðruvísi. Ég mætti meiri forvitni. Þetta er alls ekki meint illa um danskar ljósmæður því þær eru líka opnar. Þetta var bara öðruvísi.

Gréta Rún: Kannski er það af því að okkur fannst svo spennandi að sjá eitthvað nýtt, við erum svo forvitnar.

Inge: Þið voruð mjög forvitnar og höfðuð áhuga á að fá leiðbeiningar. Það sem ég geri er ekki eitthvað nýtt, ekki einhver ný uppgötvun því það er svo margt nú þegar til staðar í okkar fagi. En á sama tíma vil ég segja að þegar maður nálgast hlutina frá dáleiðslusjónarmiði þá er sú tækni aðeins öðruvísi en sú sem við erum vanar að nota. Við gerum eins og við erum vanar en bara með örlitlum snúningi. Við styrkjum þær aðferðir sem við erum vanar að nota, erum meðvitaðri á annan hátt þannig að árangurinn sem við fáum er einnig sterkari.

Gréta Rún: Ég held líka að við höfum haft þörf fyrir eitthvað öðruvísi, við höfum verið mikið í fæðingarfræðinni, bráðatilfellum. Það er nýbúið að vera námskeið í ALSO og við erum búnar að vera með PROMPT. Ég held að við höfum haft þörf fyrir eitthvað ljósmæðratengt.

Inge: Já, það er eitthvað sem ég get verið sammála um og ég upplifði sterkt á námskeiðunum mínum í Danmörku og einnig hér. Það er sú gleði að fá að tala um ljósmóðurfræði í staðinn fyrir beittar skipanir: „Þetta áttu að muna að gera, nú gerum við svona og hinsegin“. Í rauninni má segja að það sé í raun skelfilegt að ljósmóðurlistin falli frekar undir „hin mjúku gildi“. Það er jú það sem styrkir fagið okkar, er kjarninn í faginu. Það að við getum haft áhrif með því að upphéfa hið eðlilega í hverri fæðingu. Það að hjálpa konum er í rauninni okkar fag, að reyna að skynja hvernig konunni líður, hvernig er hún stemmd? Hvað get ég gert til að hjálpa henni? Hvernig get ég örvað hana til að gera þetta auðveldara fyrir hana? Það er ljósmóðurlistin. Sú gleði sem ég hef skynjað hér yfir faginu okkar, þetta eru konurnar okkar.

Guðrún: Já, þetta með að lesa konurnar er stór hluti af okkar fagi. Hvernig getum við komið til móts við hana, hvar getum við mætt henni? Stundum gerum við það með því að útskýra hlutina, stundum með því að grínast eða eitthvað slíkt. Það er stór hluti af ljósmóðurlistinni að læra að lesa konur eða verðandi foreldra.

Inge: Það er jú þess vegna sem ég tala um skynjun. Bæði hvernig við horfum á konuna og sjáum hvernig hún vinnur með líkama sinn og hvernig hún bregst við líkamlega þegar hriðarnar koma. Við notum öll okkar skilningarvit til að finna út hvar konan er stödd, þannig að við getum mætt henni þar. Hvað það er sem hún er að upplifa og hjálpa henni þannig að þetta verði auðveldara fyrir hana. Burtséð frá því hvort hún sé döpur eða finnst aðstæðurnar erfiðar. Það er það sem ég virkilega nýt þess að gera í þessu fagi og finnst ég hafa mætt þessu sama viðmóti hjá ykkur. Þessi ljósmóðurlist „ég vil gjarnan hjálpa þessari konu, ég vil gjarnan vera til staðar fyrir hana. Og ég hef virkilega notið þess að finna hvað þetta er sterkt í ykkur.

Nafnið á námskeiðinu er komið frá aðstæðum sem ég lenti í á fæðingardeildinni þar sem ég mætti á vakt og var beðin um að sinna konu sem var haldin ofsahræðslu og það tók 10 mínútur frá því að ég kom inn á stofuna þar til hún hafði róast. Það tók mig 10 mínútur að útskýra fyrir henni hvað hún var að gera og hvað hún fengi út úr ofsahræðslunni og útskýra svo fyrir henni hvað hún gæti gert öðruvísi og hvað það myndi gera fyrir hana. Þannig að hún fær skilning á því að viðbrögðin hennar eru ekki að hjálpa henni. Þá vill hún gera eitthvað annað og hjálpa sjálfri sér að gera fæðinguna auðveldari fyrir sig sjálfa og liða betur. 10 mínútur sem sagt og ég segi það aftur og aftur. Það tekur ekki langan tíma að hjálpa konum að öðlast þann skilning að það sem þær eru að gera er ekki viðeigandi og þær geta gert eitthvað annað og hjálpa þeim til þess. Hjálpa þeim að fara úr þessari neikvæðu sjálfsdáleiðslu sem þær hafa komið sér

í, yfir í jákvæða sjálfsdáleiðslu sem þær finna mjög fljótt að gerir hlutina auðveldari fyrir þær.

Guðrún: Hvar sérðu sjálfa þig eftir 10 ár?

Inge: Eftir 10 ár? Einhvers staðar þar sem konan er í miðjunni, þar sem ljósmóðurlistin er í brennidepli. Mér finnst mikilvægt að upphéfa hina eðlilegu fæðingu aftur. Ég veit ekki hvernig ég á að útskýra þetta. Það ætti að vera minna um óeðlilegar fæðingar, þær eru ekki góðar hvorki fyrir móður né barn eða föðurinn. Já bara fyrir samfélagið.

Eitt af því sem mér finnst skemmtilegt er þessi fókus á dáleiðslu, byggt á því að einbeita sér að því að hjálpa konunni að fæða á auðveldari hátt. Fæðingin hefur ekki bara mikla þýðingu fyrir móður eða föður heldur einnig fyrir barnið. Ég var á ráðstefnu í október eða nóvember sl. þar sem ég hitti nokkra Japani. Þeir voru að skoða og fókusera á hvernig barnið upplifir fæðinguna. Það finnst mér mjög spennandi sjónarhorn. Við tölum alltaf um móðurina og föðurinn en hvað með upplifun barnsins. Ég held að þar getum við gert betur og mér finnst það mjög áhugavert. Ég heyrir frá konum sem hafa lært dáleiðslu á meðgöngu að þau börn séu róleg. Ég get ekki sagt að þau séu rólegri en ég get sagt að þau eru mjög róleg og hafa ákveðna framkomu sem virkar eins og þau hafi tryggan bakgrunn. Og ég held að þetta hafi þýðingu fyrir börnin.

Guðrún: Þú varst að vinna á Grænlandi, hvernig var það?

Inge: Ég var þar einungis í 5 og ½ viku og það var mjög krefjandi. Á þessum tíma voru fjórar sem fæddu og einungis tvær á minni vakt. Í mæðraverndinni upplifði ég að þegar ljósmæður komu svona stutt þá er erfitt fyrir konur að vera opnar og hleypa manni að sér. Ég heyrði líka að konurnar segðu: „Hún er hér hvort eð er svo stutt að það borgar sig ekki að fara að blanda henni í þetta“. Yndislegar konur sem passa sig sjálfar og hafa upplifað mikið. Ég var norðarlega og lifði var ekki auðvelt fyrir þær. Mér finnst alltaf þegar ég hef farið að vinna einhvers staðar að þá hefur það styrkt mig sem ljósmóður. Ég var eina ljósmóðirin og hafði aðstoðarkonu sem var mjög dugleg á mörgum sviðum. Hún var til staðar þegar ég var ekki á vakt.

Guðrún: Er eitthvað sem þú vilt segja við íslenskar ljósmæður?

Inge: Ég vil þakka innilega fyrir þessi tvö námskeið og fyrir móttökurnar. Það hefur verið mjög ánægjulegt að fá að koma og segja ykkur frá því sem ég hef svo mikinn áhuga á og hvernig ég upplifi það. Æfa-æfa-æfa, það er það sem skiptir máli. Muna eftir smáatriðunum og að æfingin skapar meistarann. Takk Gréta fyrir að sjá um að það varð eitthvað úr þessu og þú komst því til leiðar að ég fékk að koma og kenna ykkur. Ég er mjög þakklát fyrir það.

*Guðrún Sigríður Ólafsdóttir, ljósmóðir á fæðingavakt Landspítala
Gréta Rún Árnadóttir, ljósmóðir á fæðingavakt Landspítala*



Inge að sýna stellingar sem hjálpar konum að ná slökun í fæðingu.

Sérfræðiljósmæður á Íslandi

– tímamót í sögunni



Ingibjörg Eiríksdóttir,
sérfræðiljósmóðir og klínískur
lektor á Landspítala.



Dr. Helga Gottfreðsdóttir,
ljósmóðir, dósent og námsbrautar-
stjóri í ljósmóðurfræði við Hjúkrunar-
fræðideild Háskóla Íslands



Valgerður Lís Sigurðardóttir,
sérfræðiljósmóðir og klínískur
lektor á Landspítala.

Í lok ársins 2012 var gefin út reglugerð á vegum velferðarráðuneytisins um menntun, réttindi og skyldur ljósmæðra og skilyrði til að hljóta starfsleyfi og sérfræðileyfi. Nokkur aþdragandi var að þessari reglugerð en Ljósmæðrafélagið hafði ítrekað óskað eftir því við velferðarráðuneytið að reglugerð um sérfræðileyfi ljósmæðra yrði að veruleika til samræmis við ýmsar sambærilegar stéttir. Með nýjum lögum um heilbrigðisstarfsmenn sem tóku gildi 1. janúar 2013 féllu úr gildi lög sem höfðu átt við um hverja og eina heilbrigðisstétt, svo sem ljósmæðralög frá 1982. Í nýju lögnum er sérstaklega fjallað um heimild til reglugerðar um starfsleyfi og sérfræðileyfi heilbrigðisstétta, eftir því sem við á. Þar segir í 8.gr.:

Ráðherra getur kveðið á um löggildingu sérfræðigreina innan löggiltrar heilbrigðisstéttar með reglugerð, að höfðu samráði við landlækni, viðkomandi fagfélag og menntastofnun hér á landi. Við löggildingu nýrra sérfræðigreina skal einkum litið til öryggis og hagsmuna sjúklinga. Einnig skal viðkomandi sérfræðigrein standa á traustum fræðilegum grunni og eiga sér samsvörun á viðurkenndum alþjóðlegum vettvangi.

Í reglugerð um veitingu sérfræðileyfis skal kveðið á um þau skilyrði sem uppfylla þarf til að hljóta leyfi til að kalla sig sérfræðing innan löggiltrar heilbrigðisstéttar og starfa sem slíkur hér á landi. Miðað skal við að lokið hafi verið formlegu viðbótarnámi á viðkomandi sérfræðisviði. Í reglugerð skal m.a. kveðið á um það sérfræðinám sem krafist er til að hljóta sérfræðileyfi og um starfsþjálfun sé gerð krafa um hana. Enn fremur skal kveðið á um í hvaða tilvikum skuli leitað umsagnar menntastofnunar eða annarra aðila um það hvort umsækjandi uppfylli skilyrði um sérfræðinám. Heimilt er að kveða á

um skipun sérstakra mats- og umsagnarnefnda til að meta umsagnir um sérfræðileyfi.

Við setningu reglugerða skv. 1. mgr. skal gætt skuldbindinga sem íslenska ríkið hefur tekið á sig vegna aðildar að Evrópska efnahagssvæðinu eða stofnsamningi Fríverslunarsamtaka Evrópu eða á grundvelli annarra gagnkvæmra samninga, sbr. 29. gr.

(Lög um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012).

Í III. kafla reglugerðarinnar sem fjallar um skilyrði til að hljóta starfsleyfi og sérfræðileyfi í ljósmóðurfræði eru fjórar greinar um sérfræðileyfi, skilyrði fyrir sérfræðileyfi, sérsvið, umsókn og umsagnir. Þar kemur fram hvað lagt er til grundvallar því að ljósmæður geti sótt um sérfræðileyfi, á hvaða sviðum og í hverju ferlið er fólgið (Reglugerð um menntun, réttindi og skyldur ljósmæðra og skilyrði til að hljóta starfsleyfi og sérfræðileyfi nr. 1089/2012). Fyrstu sérfræðileyfi ljósmæðra voru veitt frá Embætti landlæknis í júní 2013 en þá fengu þrjár ljósmæður sérfræðiviðurkenningu. Það sem af er ársins 2014 hafa þrjú leyfi verið veitt til viðbótar þannig að nú hafa alls sex ljósmæður fengið leyfi til að kalla sig sérfræðinga í ljósmóðurfræði.

Af því tilefni að fyrstu sérfræðileyfin voru veitt var haldin málstofa á vegum Fagráðs ljósmæðra á Landspítala 11. nóvember 2013. Heiti málstofunnar var *Sérfræðiljósmæður á Landspítala – framtíðarsýn og hlutverk*. Ávinningur fyrir barneignarþjónustu? Þar fluttu m.a. sérfræðingar innan hjúkrunar erindi og miðluðu af reynslu sinni en þeir hafa nú verið við störf í um áratug. Þá fluttu nokkrir stjórnendur erindi um reynslu, væntingar og framtíðarsýn sína um hlutverk sérfræðinga. Að lokum kynnti hópur ljósmæðra frá mismunandi

deildum kvennasviðs viðhorf sín og væntingar til sérfræðiljósmæðra á sviðinu. Í heildina má segja að væntingar og framtíðarsýn þessara aðila hafi verið ákaflega samhljóma og í takt við fyrirmyndir sérfræðiljósmæðra erlendis (Anna Sigríður Vernharðsdóttir og Valgerður Lís Sigurðardóttir, 2010).

Hinn 1. mars 2014 voru fyrstu stöður sérfræðiljósmæðra hér á landi veittar, en þá voru tvær sérfræðiljósmæður ráðnar á kvenna- og barnasvið Landspítalans, þær Ingibjörg Eiríksdóttir og Valgerður Lís Sigurðardóttir. Hlutverk klínískra sérfræðinga í ljósmóðurfræði er margþætt en aðalmarkmiðið er að bæta og efla gæði í þjónustu við konur og fjölskyldur í barneignarferlinu. Starfssvið sérfræðiljósmæðra er fjölþætt og skiptist í fimm meginþætti; *umönnun skjólstæðinga, fræðslu og kennslu, ráðgjöf, þekkingarþróun og starfsþróun*. Í starfslýsingu er m.a. gert ráð fyrir að sérfræðiljósmóðir hafi sértæka þekkingu á sínu sviði, framhaldsmenntun og færni til að leysa viðfangsefni er lúta að þjónustu við skjólstæðinga og aðstandendur þeirra. Sérfræðingurinn er leiðandi í umönnun þess skjólstæðingahóps sem tilheyrir sérsviði hennar, beitir gagnreyndum starfsháttum og vinnur þverfaglega eftir því sem við á. Ráðgjöf til annars fagfólks er stór þáttur í starfi sérfræðiljósmóður, ásamt ráðgjöf til kvenna og/eða foreldra. Áhersla er lögð á að sérfræðiljósmóðir sé leiðtogi og frumkvöðull á því sviði sem sérsvið hennar nær til, að hún tileinki sér nýja þekkingu, taki þátt í rannsóknarvinnu og kennslu nemenda. Sérfræðiljósmóðir starfar sjálfstætt en í nánú samráði við yfirljósmæður og aðrar ljósmæður. Hún er talsmaður kvenna í barneignarferli innan sem utan stofnunarinnar.

Grundvallarþættir í starfi sérfræðiljósmæðra eru:

- Sérhæfing á klínísku sérsviði.
- Nýting vísindalegrar þekkingar við lausn verkefna.
- Umönnun skjólstæðinga sinna og heildræn nálgun.
- Þekkingarþróun, rannsóknir og fræðistörf.

Nafn ljósmóður	Sérsvið	Áhersluþættir
Anna Sigríður Vernharðsdóttir	Fæðingarhjálp	Eðlileg fæðing, bráðahjálp og verndun spangar
Ástþóra Kristinsdóttir	Meðgönguvernd	Ofbeldi – heimilisofbeldi
Birna Gerður Jónsdóttir	Fæðingarhjálp	Meðferð grindarbotnsáverka, erlendar konur og stjórnun
Ingibjörg Eiríksdóttir	Meðgönguvernd	Tviburameðgöngur og brjóstagjöf
Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir	Meðgönguvernd	Sykursýki og fjölskyldumiðuð umönnun í barneignarferli
Valgerður Lís Sigurðardóttir	Meðgönguvernd	Geðheilsa og vímuefnavandi í barneignarferli

Ört stækkandi hópur ljósmæðra hefur lokið meistara- og/eða doktorsprófi og má því eiga von á fjölgun sérfræðiljósmæðra á næstu árum. Með því opnast leiðir til að tengja enn betur saman rannsóknir og klínísku vinnu með það að leiðarljósi að auka gæði barneignarþjónustunnar og stuðla að velferð móður og/eða foreldra, barns og fjölskyldunnar.

HEIMILDIR

Anna Sigríður Vernharðsdóttir og Valgerður Lís Sigurðardóttir (2010). Bjartsýni, kinnigáfa og þykkur skrápur: Sérfræðistarfsnám og sérfræðiljósmæður á Íslandi. Ljósmæðrablaðið, 88(2), 30–32.

Lög um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012. Alþingi Íslands. Sótt á veraldarvefinn 26. maí 2014: <http://www.althingi.is/lagas/nuna/2012034.html>

Reglugerð um menntun, réttindi og skyldur ljósmæðra og skilyrði til að hljóta starfsleyfi og sérfræðileyfi nr. 1089/2012. Alþingi Íslands. Sótt á veraldarvefinn 26. maí 2014: <http://www.reglugerd.is/interpro/dkm/WebGuard.nsf/key2/1089-2012>



STÖRKURINN
MEIRA EN GARNVERSLUN

**SÆLKERAVERSLUN
HANNYRÐAKONUNNAR**

LAUGAVEGI 59, 2. HÆÐ | 101 REYKJAVÍK | SÍMI 551 8258
STORKURINN@STORKURINN.IS | WWW.STORKURINN.IS



95 ára afmæli Ljósmeðrafélags Íslands

Ljósmeðrafélag Íslands var stofnað 2. maí 1919 og fagnaði því 95 ára afmæli sínu nú í ár. Hlutverk félagsins hefur verið frá byrjun að efla réttindi og fagstétt ljósmæðra, sjálfstæði og hæfni, sem hafa gagnreynd vinnubrögð að leiðarljósi á öllum sviðum starfsins. Í tilefni afmælisins var haldið veglega upp á það á afmælisdeginum sem bar upp á föstudag. Dagurinn hófst á stuttri ráðstefnu sem námsbrautin, Þróunarstofa og Ljósmeðrafélagið stóðu sameiginlega að. Voru þar fluttir margir áhugaverðir fyrirlestrar um málefni sem tengdust meðgöngu og mæðravernd. Að ráðstefnu lokinni var svo haldið á vit ævintýranna. Farið var til Reykjaneshæjar þar sem ekið var um hluta bæjarins undir leiðsögn Rannveigar Garðarsdóttur leiðsögumanns. Því næst var farið að Frumkvöðlasetrinu Eldey á Ásbrú í Reykjaneshæ þar sem nokkrir hönnuðir og vísindamenn voru heimsóttir. Vel var tekið á móti ljósmæðrunum og veitingum, sem voru bæði í boði hönnuðanna og Ljósmeðrafélagsins, gerð góð skil. Í ljós kom að á Frumkvöðlasetrinu leynast margar dásamlegar perlur sem hvort heldur eru til að bæta líðan innra sem hið ytra. Fengum við prufur af kísilbætiefni til inntöku, svo og var hægt að máta fatnað og fylgihluti af ýmsu tagi frá hönnuðum og huga að nýjum skermum á lampana okkar. Fóru margar ljósmæður heim með fallega hluti eftir heimsóknina.

Eftir heimsóknina á Ásbrú var ekið sem leið lá í Bláa lónið þar sem í boði var að fara í lónið, fyrir þær sem það vildu, eða sitja og horfa yfir lónið meðan dreypt var á fordrykk. Margar fóru í lónið, fengu Bláa lóns andlitsmaska eða hreinsimaska til að bæta útlitið fyrir veislun kvöldsins. Eftir góða slökun í lóninu var hópurinn tilbúinn fyrir veisluna sem Lava, veitingastaður Bláa lónsins, sá um. Veislustjóri var Rósa Bragadóttir ljósmóðir. Að lokinni þeirri athöfn voru mættir gleðigjafarnir þeir Valdimar Guðmundsson söngvari og Björgvin Ívar Baldursson gítarleikari, sungu þeir og spiluðu eins og þeim einum er lagið. Hluti þeir frábærar móttökur frá ljósmæðrunum sem klöppuðu þá upp aftur og aftur. Þá voru veislugestir sjálfir með nokkur skemmtiatriði, söng og sögur úr leik og starfi.

Var veislunni lokið um miðnætti og fóru þá allir til síns heima glaðir og sáttir eftir ánægjulegan dag og gott kvöld þar sem ljósmæður skemmtu sér eins og þeim einum er lagið eða eins og Valdimar Guðmundsson komst að orði: „Hver hefði haldið að villtasta stuðið væri í partíi hjá ljósmæðrum,“ og svo spiluðu þeir félagar og sungu lagið: Það eru læti, la-la-la-læti!!!

Á afmælishátíðinni kynnti Áslaug Valsdóttir, formaður, val stjórnar LMFÍ á þeim ljósmæðrum sem ákveðið var að heiðra að þessu sinni. Það voru þær Elín Hjartardóttir, Hildur Kristjánsdóttir og Margrét Guðmundsdóttir sem bættust í hóp heiðursfélaga og eiga þær svo sannarlega vel heima þar. Fengu þær gullnælu félagsins, heiðurskjal og blómvönd fyrir framlag sitt til réttinda- og félagsmála ljósmæðra.

Margrét Guðmundsdóttir fæddist í Reykjavík 16. maí 1948 og ólst þar upp. Fréttir herma að hún hafi ekki verið há í loftinu þegar hún myndaði sér skoðanir á því sem var að gerast í kringum hana og vildi rökræða um hlutina. Það var skipst á skoðunum um menn og málefni og þau krufin til mergjar og reynt að komast að niðurstöðu og oftast var glettnin nú með í för! Magga, eins og hún er kölluð af vinum og kollegum, vildi ekki bara rökræður – hún var og er dugnaðarforkur sem hlífir sér hvergi. Ung fór hún að starfa á Fæðingardeild Landspítala sem gangastúlka en þar kynntist hún því starfi sem sem hana dreymdi um en það var að verða ljósmóðir. Hún fór í Ljósmeðraskóla Íslands og lauk námi þaðan 25.

september 1970 ásamt samhentum hópi skólasystra sem fylgst höfðu að í tvö ár og deilt saman vistarverum í blíðu og stríðu.

Á námsárum sínum kynntist hún mannsefni sínu, Ásmundi Karlssyni, ættuðum frá Grundarfirði sem þá var við nám í Sjómannaskólanum. Þau giftu sig og héldu að námi loknu til Grundarfjarðar þar sem þau settust að. Það hefur ekki verið ónýtt fyrir litið samfélag að fá til sín konu eins og hana Möggu. Hún fór að vinna ásamt skólasystur sinni, Hildi Sæmundsdóttur, á heilsugæslu Grundarfjarðar við ljósmóður- og hjúkrunarstörf en þær stóllur sáu um mikilvæg störf í héraðinu. Margrét var dugleg að auka við þekkingu sína og sótti námskeið og fræðslu eftir því sem bauðst. Hún vann um tíma á Fæðingardeildinni og við afleysingar á Sjúkrahúsi Akraness. Svo kom að því að þau hjón flytja til Ísafjarðar með börnin sín þrjú þar sem hún vann um tíma á Sjúkrahúsinu á Ísafirði og þar kom hún á fót foreldrafræðslu sem var nýnæmi fyrir vestan. Árið 1983 er aftur komið að því að færa sig um set og flytur fjölskyldan í Stykkishólm þar sem Margrét fer að vinna við ljósmæðrastörf og fer að byggja upp foreldrafræðslu á staðnum og svo fljótlega í kjölfarið áhugafélag um brjóstagið og starfaði það félag með miklum blóma. Þau una hag sínum vel í Stykkishólmi en vinna húsbóndans kallar enn á umskipti og fjölskyldan flyst til Reykjavíkur. Þá fer Margrét að vinna á Fæðingardeild LSH. Hún er þar eins og áður óserhlifin, áhugasöm og góð ljósmóðir og kemur enn að foreldrafræðslu þar.

Félagsmál hafa alltaf átt mikil itök í Margréti og var það mikill akkur fyrir ljósmæður og Ljósmeðrafélag Íslands þegar hún gaf kost á sér sem formaður félagsins 1989 og ekki þarf að tíunda það að hún hlaut einróma kosningu. Áður hafði hún starfað fyrir félagið frá árinu 1987 og átti stærstan hlut í því að koma lífeyrismálum umdæmis ljósmæðra í þann farveg sem þau eru í dag. Áður voru lífeyrisgreiðslur þeirra óverðtryggðar og ekkert mótframlag kom frá vinnuveitanda. Margrét samdi um að hver og ein ljósmóðir var metin inn í lífeyriskerfið eftir því hve lengi hún hafði starfað og eiga þær ljósmæður sem störfuðu út um land henni mikið að þakka að hafa komið þessum miklu hagsmunamálum vel fyrir. Auk þess hafði hún verið formaður kjaranefndar í nokkur ár og barist þar fyrir bættum kjörum stéttarinnar. Hún lagði einnig sitt af mörkum ásamt öðrum bæði til þess að félagið fengi inngöngu í BSRB og til útgáfu Fylgjunnar.

Við erum ekki hér að tala um konu sem bara vildi vera innan þægingdarammans – hún var og er stöðugt að takast á við þau tækifæri sem lífið býður upp á. Á árunum sem MFS á Landspítalanum starfaði



Kristborg, Dýrfinna og Ingibjörg í Bláa lóninu.

tók hún þátt í þeirri starfsemi af alhug enda traust og reynd fagmanneskja sem eftirsótt var að hafa í vinnu. Nú njóta konur á meðgöngu- og sængurlegudeild LSH krafta þessarar dugmiklu og reyndu ljósmóður.

Hildur Kristjánsdóttir fæddist 14. október 1950 á Húsavík. Hildur ólst að mestu upp í Reykjavík til átta ára aldurs, í Svíþjóð næstu þrjú árin og á Patreksfirði til 1966 en flutti þá til Reykjavíkur. Þar var Bjóssi svo heppinn að finna hana og þau giftu sig 1969, en Bjóssi heitir fullu nafni Ingibjörn Tómas Hafsteinsson. Þau hjónin eiga á lífi fjögur glæsileg og góð börn, Hafstein, Kristján Örn, Ingibjörn og Guðnýju Huldu og samtals 11 barnabörn.

Hildur lauk gagnfræðaprófi frá Laugum í Suður-Þingeyjarsýslu. Þaðan er hennar enn minnst af skólasystkinum sínum sem Patrónunnar frá Patreksfirði. Námsferill: Ljósmæðrpróf frá LMSÍ, hjúkrunarpróf, framhaldskólakennari KHÍ, M.Ed próf frá KHÍ. Hún hlaut verðlaun fyrir bestu M.Ed-ritgerð frá KHÍ árið 2004 „Upplifun og reynsla þungaðra kvenna af fyrstu skoðun í mæðravernd“, diplómapróf í lýðheilsufræði frá Norræna heilsuháskólanum í Gautaborg 2004 auk fjölda námskeiða. Hún öðlaðist akademískt hæfi árið 2005.

Hildur hefur stigið út fyrir rammann, sýnt frumkvæði í störfum og hugmyndafræði sem eflir stéttina í heild sinni bæði hvað varðar gæðastarf, vinnubrögð, skráningu, rannsóknarvinnu, félagsmál og kennslu bæði ljósmæðranema og verðandi foreldra.

Hildur hefur verið í fararbroddi í samtökum ljósmæðra á Norðurlöndum, fundarstjóri á Norðurlandaráðstefnum og stýrt pallborðsumræðum ásamt því að vera í undirbúningsnefnd Norðurlandaráðstefnu ljósmæðra, Fulltrúi LMFÍ á aðalfundi Alþjóðasamtaka ljósmæðra og í stjórn NJF og hún er forseti Norðurlandasamtaka ljósmæðra (NJF) frá árinu 2007 til þessa dags. Í norrænu samstarfi ljósmæðra hefur hún verið mjög virk og haft frumkvæði að ýmsum nýjungum og hvatt til og verið virk í að marka stefnu um áframhaldandi starf samtakanna og sameiginleg hagsmunamál ljósmæðra á Norðurlöndunum.

Hildur hefur tekið þátt í stórum stefnumótandi rannsóknum og má þar nefna rannsóknina Barneign og Heilsa sem nær til um 1.100 íslenskra kvenna á meðgöngu sem var síðan fylgt eftir í allt að tvö ár eftir fæðingu og BIDENS, sex landa rannsókn um reynslu barnshafandi kvenna af andlegu og líkamlegu ofbeldi og fæðingarhræðslu. Hildur hefur skrifað mikið, m.a. bókakafla og fræðigreinar bæði á íslensku og erlendum málum. Efni þeirra spannar fæðingarferlið frá því fyrir þungun og fyrstu ár barnsins eftir fæðinguna. Hildur hefur flutt fjölmörg erindi og fyrirlestra í tengslum við ljósmæðrafagið bæði innanlands og erlendis.

Hún var formaður LMFÍ 1986 til 1989 og í formannstið sinni hafði hún m.a. frumkvæði að nýju barmmerki félagsins sem Guðbjörg Hlíf Pálsdóttir listakona hannaði að norrænu fyrirmyndinni sem er Lífsins tré með sérauðkenni fyrir Ísland, tákní issins, hafsins og eldsins. Hildur var formaður Rannsóknasjóðs ljósmæðra, fyrsti formaður fræðslunefndar LMFÍ, formaður síðanefndar um árabíl, fulltrúi í ljósmæðraráði í 11 ár og auk þessa hefur hún verið formaður eða fulltrúi í mörgum öðrum stjórnum og nefndum á vegum LMFÍ og ljósmæðranáms, hjá heilsugæslustöðvum og Landlækni.



Áslaug formaður LMFÍ með heiðursljósmæðrunum þeim Hildi, Margréti og Elínu.

Hún hefur unnið mörg ár í mæðravernd á höfuðborgarsvæðinu og núna sinnir hún með öðrum störfum foreldrafræðslunámskeiðum á ensku fyrir verðandi foreldra sem eru af erlendu bergi brotnir og búa á Íslandi. Hildur vann við mæðravernd á heilsugæslunni á Sólvangi í 11 ár. Hún var frumkvöðull að stofnun unglingamóttöku þar og vann við hana í mörg ár. Á þeirri stöð vann hún samantekt og vinnuleiðbeiningar um mæðravernd sem unnið var eftir þar og ef til vill víðar allt þar til klínískar leiðbeiningar um meðgönguvernd voru gefnar út af Embætti landlæknis árið 2008. Hún samdi og gaf líka út bækling með ítarlegum upplýsingum til verðandi foreldra. Hildur vann við fæðingar á Fæðingardeild Landspítala með hléum í sjö ár, var verkefnastjóri á Kvennasviði og hjúkrunarfræðslustjóri Landspítala í fjögur ár einnig var hún verkefnastjóri á Miðstöð mæðraverndar í nokkur ár. Hún kenndi við Ljósmæðraskóla Íslands í 10 ár og síðar í ljósmæðranámi við Háskóla Íslands og var aðjúnt og stundakennari þar í mörg ár.

Hildur starfar nú sem sérfræðingur og yfirljósmóðir hjá Embætti landlæknis og er lektor við Námsbraut í ljósmóðurfræði Háskóla Íslands. Hildur er leiðtogi og nýtur mikillar virðingar meðal ljósmæðra á öllum Norðurlöndunum. Hún hefur gott vald á tungumálum allra landanna (nema helst finnsku) ásamt því að tala reiprennandi ensku. Hún hefur ætíð verið með stórt ljósmæðrahjarta og borið hag stéttarinnar fyrir brjósti og sýnt henni virðingu með störfum sínum í þágu hennar.

Elin Magnea Hjartardóttir fæddist í Reykjavík 17. febrúar 1948. Hún ólst upp hjá fjölskyldu sinni á bænum Herjólfssstöðum í Álfaveri í Vestur-Skaftafellssýslu við ýmis sveitastörf. Síðan lá leiðin í Kvennaskólann í Reykjavík þar sem hún lauk prófi með láði vorið 1965.

Árið 1968 fór hún í Ljósmæðraskóla Íslands ásamt fleiri ungum stúlkum. Áhuginn er til staðar og við tekur skemmtilegt nám sem á hug hennar allan. Námið tók tvö ár og bjuggu nemarnir á heimavist, því urðu góð tengsl á milli skólasystra sem allar útskrifast sem ljósmæður 25. september 1970. Að loknu ljósmóðurnámi lagði Elin land undir fót og fór til Drammen í Noregi og starfaði á Sanitetsforeningens Klinik í eitt ár. Þaðan lá leið hennar á Fæðingardeild Landspítala þar sem hún starfaði þar til Nýi hjúkrunarskólinn hóf störf en hún var ein af fyrstu ljósmæðrunum til að nota tækifærið þegar það bauðst að bæta við sig hjúkrunamámi sem þá tók tvö ár.

En lífið er ekki bara vinna og nám. Elin kynnist ungum bóndasyni úr Húnavatnssýslu, Jóni Gunnari Björnssyni, og það er skemmst frá því að segja að þau gifta sig 8. nóvember 1975. Saman eiga þau þrjú uppkomin börn og sístækkandi fjölskyldu.

Elin vann við hjúkrun um tíma en ljósmóðurstarfið var það sem heillaði og átti hug hennar allan. Á Landspítala starfaði hún lengi á fæðingargangi og árið 1993 var hún í hópi ljósmæðra sem beitti sér fyrir því að koma á stofn þjónustu við verðandi mæður og fjölskyldur þeirra, þar sem lögð væri áhersla á að veita samfellda þjónustu þar sem lítið væri á barneignarferlið sem eðlilegt ástand en ekki veikindi. Haustið 1994 tók MFS til starfa – þjónustuform sem byggði á þessari hugmyndafræði og fékk aðstöðu á Fæðingardeild Landspítalans. Það þarf ekki að orðlengja það að MFS varð fljótt mjög vinsælt meðal verðandi foreldra og var þessi ljósmæðrarekna eining starfandi í 12 ár og fleiri ljósmæður fengnar í hópinn. Elin taldi það til forrétinda að starfa við MFS og móta það starf.

Í mörg ár gegndi Elin margvíslegum trúnaðarstörfum fyrir Ljósmæðrafélagið og var m.a. gjaldkeri þess um árabíl. Hún vann á skrifstofu félagsins í 11 ár, eða frá árinu 1984 til ársins 1995. Þegar hún hóf störf hjá félaginu taldi það 127 félagsmenn, sem var rétt rúmlega sá fjöldi ljósmæðra sem var starfandi á Landspítalanum á þeim tíma. Hún átti mikinn þátt í því að gera félagið að félagi allra ljósmæðra, bæði þeirra sem ráðnar voru hjá sveitarfélögum og ríki. Á þeim árum sem hún vann hjá félaginu má segja að hún hafi mótað starf skrifstofunnar eins og við þekkjum það í dag. Margar ljósmæður kynntust henni þegar leita þurfti til félagsins vegna ýmissa mála og fóru þær ekki bónleið til búðar. Ljóst er að Elin vann þar mjög óeigingjarnt starf félaginu til heilla. Nú vinnur hún á heilsugæslunni í Salahlverfi þar sem verðandi foreldrar og börn njóta starfskrafta hennar og umhyggju.

Kæru ljósmæður bestu þakkar fyrir að koma í afmælið okkar allra og gera góðan dag enn betri.

Stjórn Ljósmæðrafélags Íslands

SÉREIGN LSR

Tekur við frjálsum viðbótarlífeyrissparnaði

Séreign LSR byggir á traustum grunni

Hjá Séreign LSR eru engar þóknanir teknar eða umsýslugjöld. Eignastýring LSR sér um ávöxtun eigna samhliða öðrum eignum LSR, stærsta lífeyrissjóði landsins. Varfærni og reynsla einkennir eignastýringu fjárfestingarleiða Séreignar LSR.

Viðbótarlífeyrissparnaður er val hvers launþega. Samningur við Séreign LSR um sparnað veitir þér rétt á kjarasamningsbundnu mótframlagi launagreiðanda.



Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

Engjateigi 11
105 Reykjavík
Sími: 510 6100
Fax: 510 6150
lsr@lsr.is

www.lsr.is

Málstofa í ljósmóðurfræði

Hinn 23. maí 2014 var haldin árleg málstofa í ljósmóðurfræði þar sem útskriftarnemar í ljósmóðurfræði kynntu lokaverkefni sín til kandidatsprófs. Í ár útskrifast tíu ljósmæður með kandidatspróf í ljósmóðurfræði og voru erindin á málstofunni mjög fjölbreytt

og áhugaverð. Við óskum nýútskrifuðum ljósmæðrum innilega til hamingju með áfangann og gæfu og góðs gengis á nýjum starfsvettvangi.

Verkefni til kandidatsprófs í ljósmóðurfræði

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Guðríður Þorgeirsdóttir	Offita á meðgöngu – Reynolds barnshafandi kvenna af námskeiðinu heilsan mín	Helga Gottfreðsdóttir
Ólöf Dagmar Úlfarsdóttir	Fósturhreyfingar – Minnkaðar fósturhreyfingar	Helga Gottfreðsdóttir
María Sunna Einarsdóttir	Geðheilsa og geðheilsuvernd á meðgöngu: Nálgun, vinnulag og viðhorf ljósmæðra	Helga Gottfreðsdóttir og Stefania B. Arnardóttir
Gerður Eva Guðmundsdóttir og María Rebekka Þórisdóttir	Samanburður á útkomu úr meðgöngu og fæðingu kvenna af íslenskum og erlendum uppruna: Afturvirk þversniðsrannsókn	Helga Gottfreðsdóttir og Ragnheiður I. Bjarnadóttir
Sigrún Huld Gunnarsdóttir	Eðlileg fæðing og fæðingarumhverfið: Skilgreiningar og viðhorf íslenskra ljósmæðra. Fagrýnirannsókn	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Hugborg Kjartansdóttir	Heimaþjónusta til kvenna á forstigi fæðingar: Fræðileg samantekt um inntak og ávinning ljósmæðrastýrðrar þjónustu	Berglind Hálfðánsdóttir og Hulda Þórey Garðarsdóttir
Elisabet Harles	Flutningur kvenna í fæðingu: Fræðileg úttekt	Helga Gottfreðsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir
Heiðís Dögg Sigurbjörnsdóttir	Útkoma spangar í vatnsfæðingum: Fagleg og fræðileg úttekt	Anna Sigríður Vernharðsdóttir
Guðrún Elva Guðmundsdóttir	Sængurkonur með nýbura á vökudeild: Fræðileg úttekt	Hildur Kristjánsdóttir og Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir



Nýútskrifaðar ljósmæður taka á móti blómum og gjöfum eftir málstofuna.

Verkefni til meistaraþrófs í ljósmóðurfræði

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Embla Ýr Guðmundsdóttir	Gildi skipulagðra foreldrafræðslunámskeiða á meðgöngu fyrir upplifun og líðan kvenna í fæðingu – lýsandi ferilrannsókn	Helga Gottfreðsdóttir
Jónína S Birgisdóttir	Fæðingarsamtal: fræðsluhlutun í meðgönguvernd. Birth dialogue: educational intervention in prenatal care	Helga Gottfreðsdóttir
Margrét Unnur Sigtryggisdóttir	Notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu og í fæðingu meðal íslenskra kvenna: forþrófun spurningalista	Helga Gottfreðsdóttir



Útskriftarnemar að kynna lokaverkefnið sín.

Skýrsla stjórnar LMFÍ

Stjórnar- og félagsfundir

Haldnir voru 13 stjórnarfundir á liðandi starfsári. Einnig voru haldnir 2 félagsfundir, annar vegna umræðna um öryggi heimaðæðinga og hinn vegna kynningar á kjarakönnun og til kynningar á kjaramálum. Fundur um heimaðæðingar var haldinn í kjölfar birtingar greinar um niðurstöður rannsókna um lakari heilsu barna sem fæddust heima.

Kjaramál

Kjaramál skipuðu stóran sess í starfi félagsins sl. haust. Samningar við ríki og sveitarfélög runnu út 31. janúar sl. Félagið tók þátt í samstarfi vaktavinnuhópa og var ætlunin að reyna að semja um styttingu vinnuvikunnar. Skemmtist er frá því að segja að þrátt fyrir bréfaskriftir og ítrekanir til samninganefndar ríkisins hefur ekki borist eitt einasta svar frá þeim.

Það varð snemma ljóst að á brattann var að sækja og varð úr að öll aðildarfélög BHM munu sækja sameiginlega fram að þessu sinni með eina skýra og einfalda kröfu um umtalsverða hækkun grunnlauna. Viðræður þar ganga hægt en eru þó í gangi. Þegar þetta er skrifað hefur ekkert verið í boði nema 2,8% launahækkun sem er ekki nálægt þeirri tölu sem við höfum hugsað okkur og þarf til að leiðrétta launin þar sem við höfum setið eftir undanfarin ár. BHM hefur staðið fyrir vinnustaðafundum og stórum fundi í Háskólabíó sem var fjölsóttur og annar fjöldafundur var í mars. Fleiri aðgerðir eru í farvatninu og nú þegar þetta er skrifað er í gangi „Póstkortaátakið“ sem gengur út á það að senda ýmsar fyrirspurnir og ábendingar til stjórnvalda.

Félagið hefur hugsað sér að endurtaka kjarakönnun þá sem gerð var í fyrra í samstarfi við BHM. Þessi könnun hefur reynst mikilvægt hjálpartæki við undirbúning kjaraviðræðna og er liður í að byggja upp gagnagrunn um kjör félaga.

Stofnanasamningar

Í kjölfar jafnlaunaáttaks fyrrum ríkisstjórnar var farið í að endurskoða stofnanasamninga og hefur gengið hægt og bitandi að endurnýja þá. Gerð þeirra er nú ýmist lokið eða að ljúka á velflestum stöðum á landinu.

Umsagnir til Alþingis

Félagið hefur veitt umsagnir um frumvörp til laga í nokkrum málum. Stærsta og flóknasta málið var umsögn vegna undirbúnings frumvarps til laga um staðgöngumæðrun. Nefnd á vegum félagsins lagði mikla vinnu í það mál.

Norðurlandasamtök ljósmæðra (NJF)

Norræna ljósmæðraráðstefnan var haldin í Osló í júní sl. og fóru formaður og Hildur Kristjánsdóttir á formannafund norrænu ljósmæðrafélaganna sem haldinn var í tengslum við ráðstefnuna. Ýmis mál voru rædd þar, m.a. menntunarmál. Ákveðið var að funda síðar á þessu ári sérstaklega um menntunarmálin. Hildur Kristjánsdóttir var endurkjörin formaður NJF til næstu þriggja ára. Næsta NJF ráðstefna verður haldin í Svíþjóð 12.–14. maí 2016. Ísland mun halda NJF ráðstefnuna 2019 á hundrað ára afmæli félagsins og er undirbúningur þegar hafinn. Formaður og Hildur Kristjánsdóttir munu sækja formannafund norrænu ljósmæðrafélaganna 2014 sem haldinn verður í Helsinki að þessu sinni en næsti fundur mun verða haldinn 19.–20. maí 2015 og verður við þá gestgjafarnir.

Útgáfumál

Útgáfa félagsins var óbreytt. Útkomutvö tölublöð Ljósmæðrablaðsins og Fylgjan. Handbók félagsins sem verið hefur í vinnslu er einnig komin á síðu félagsins. Tvær blaðagreinar hafa einnig verið birtar í nafni félagsins.

Starfsmannamál

Starfsmannamál eru óbreytt. Birgit Raschofer starfar á skrifstofunni í tuttugu prósent starfi og Signý Harðardóttir er áfram vefstjóri félagsins í tíu prósent starfi.

Smáforrit – App

Vinna er hafin við undirbúning útgáfu smáforrits um meðgöngu og fæðingarundirbúning. Forritið er í grunninn frá danska ljósmæðrafélaginu og heitir Gravid. Félagið stefnir að því að selja það gegn vægu verði til væntanlegra foreldra og annarra sem vilja kaupa það og verður þetta vonandi smá tekjulind fyrir félagið á næstu árum.

Alþjóðasamtök ljósmæðra (ICM)

Formaður mun fara sem fulltrúi félagsins á miðstjórnarfund samtakanna í Prag nú á vormánuðum. Auk þess hefur félagið verið í ýmsum samskiptum við samtökin á árinu vegna ýmissa mála.

Sjóðir

Úthlutað var úr Rannsóknar- og þróunarsjóði og að þessu sinni var unnt að veita öllum umsækjendum styrk. Ekki var úthlutað úr sjóði Jóhönnu Hrafnfjörð enda sjóðurinn ekki búinn að ávaxta sig nema í fáa mánuði. Félagið sá um að kaupa legstein á leiði Jóhönnu.

Styrkir

Ljósmæðrafélag Íslands (LMFÍ) var með fyrstu stéttarfélögunum sem sótti um styrk í starfsþróunarsjóðinn til að fá til landsins dönsku ljósmóðurina Inge Christensen, en hún hélt námskeiðið „Fra panik til ro på 10 minutter“. Var almennt ánægja með það námskeið.

Önnur mál

Ýmis önnur mál hafa verið og eru í vinnslu. Félagið hefur verið nokkrum ljósmæðrum innan handar sem lent hafa af ýmsum orsökum í vandræðum á vinnustað. Þau vandræði hafa verið af ýmsum toga, allt frá því að ekki er staðið við gerða samninga upp í mál sem send eru til umfjöllunar hjá landlækni.

Félagið hefur reynt að hlutast til um að staða yfirljósmóður við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH) verði auglýst laus til umsóknar. Það er eðlilegt að ljósmæður hafi sinn faglega yfirmann og leiðandi afl í starfinu. Það er heimild fyrir þessari stöðu í stofnanasamningi og því hefur ítrekað verið lofað af hálfu HH að auglýsa stöðuna. Við vonum að HH standi nú við gefin loforð.

Félagið hefur ráðist í að skoða aðgerðir á kynfærum kvenna og hefur í því sambandi talað við landlækni, umboðsmann barna og velferðarráðherra. Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO) eru þessar aðgerðir á gráu svæði og höfum við verið að leita svara við hvort þær séu ólöglegar, um hve margar aðgerðir sé að ræða og hvort þær eru gerðar á börnum undir 18 ára aldri. Nefnd á vegum félagsins vinnur að þessu máli.

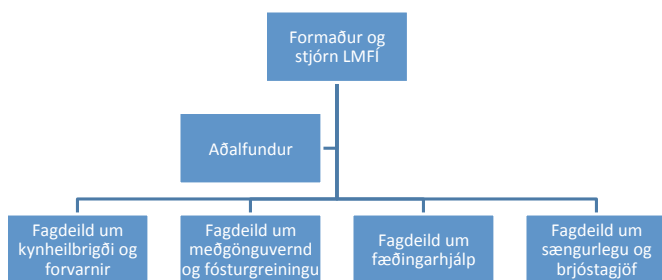
Félagið var í samstarfi við Leitarstöð Krabbameinsfélags Íslands við að kortleggja landið og sjá hvar ljósmæður væru starfandi. Hugmyndin var svo að þær mundu sjá um sýnatöku frá leghálsi í sínu heimahéraði.

LMFÍ fagnaði 95 ára afmæli sínu 2. maí sl. Stjórn hélt uppá afmælið með veglegum hætti. Hollin mættu saman og gerðu sér glaðan dag. Einnig var haldin lítil málstofa frá hádegi í samvinnu við námsbrautina.

Það er gaman að segja frá því að ljósmæður geta nú sótt um sérfræðiviðurkenningu og hafa sex ljósmæður þegar þetta er skrifað öðlast sérfræðiviðurkenningu.

Tillaga að skipiriti fyrir fagdeildir Ljósmæðrafélags Íslands (LMFÍ):

Í síbreytilegu starfsumhverfi ljósmæðra er mikilvægt að stéttin eigi sameiginlega faglega málsvara þegar kemur að umræðu um málefni stéttarinnar á opinberum vettvangi. Jafnframt er fagfélagið mikilvægt að standa að markvissu faglegu starfi, enda er slík starfsemi í samræmi við markmið félagsins. Því er gerð sú tillaga að LMFÍ eigi frumkvæði að stofnun fjögurra fagdeilda innan sinna vébanda. Fagdeildirnar fjórar muni vinna að framgangi ljósmóðurfræði á hverju hinna fjögurra klínísku sérsviða ljósmóðurfræði, samanber tillögu í eftirfarandi skipiriti:



Lagt er til að í stjórn hverrar fagdeildar sitji fulltrúi stjórnar LMFÍ til að tryggja virka starfsemi fagdeilda. Í lítilli stétt eins og ljósmæðrastéttinni má gera ráð fyrir að fjöldi einstaklinga sem eru tilbúnir til að taka virkan þátt og knýja áfram starfsemi fagdeilda geti verið sveiflukenndur. Stéttin og félagið þarf hins vegar á því að halda að ávallt sé hægt að leita til fagdeilda til ráðgjafar varðandi þessa fjóra grunnþætti í faglegu starfi ljósmæðra. Aðkoma virkra aðila úr stjórn LMFÍ gæti verið það innlegg sem tryggir slíka virkni stjórna fagdeilda. Aðrir aðilar í stjórnnum fagdeilda yrðu kosnir á aðalfundi, sambærilegt við kosningu í nefndir og ráð. Lagt er til að 4. og 10. grein laga LMFÍ verði breytt til að endurspeglja þessa ráðstöfun.

Tillaga um breytingu á sjóðanefnd

Tillaga Ingu Sigríðar Árnadóttur er að gjaldkeri félagsins verði formaður sjóðanefndar og sjái um að kalla nefndina saman.

Tillaga um breytingu á starfi gjaldkera

Tillaga stjórnar er að kjörinn gjaldkeri félagsins verði launaður starfsmaður í tíu prósent starfshlutfalli og hafi fasta viðveru á skrifstofunni fjórar stundir á viku. Ef tími gefst frá gjaldkerastörfum verður hann formanni innan handar við ýmis störf er til falla.

Tillaga um breytingu á Rannsóknar- og þróunarsjóði

Undanfarið hafa orðið breytingar á sjóðamálum félagsmanna. Fyrst með tilkomu starfsþróunarsjóðs BHM en þar eiga sjóðfélagar möguleika að sækja um 370 þús. kr. á hverju tveggja ára tímabili og svo með tilkomu Minningarsjóðs Jóhönnu F. Hrafnfjörð. Í Rannsóknar- og þróunarsjóð renna nú níu prósent af iðgjöldum félagsmanna og sjóðurinn hefur haft til ráðstöfunar um það bil 1.500.000 kr. árlega til úthlutunar. Stjórn félagsins vill í ljósi þeirra breytinga sem orðið hafa á sjóðamálum félagsmanna gera að tillögu sinni að iðgjald það sem rennur í Rannsóknar- og þróunarsjóð verði lækkað um helming eða niður í fjögur og hálft prósent. Hin fjögur og hálft prósentin skiptist á eftirfarandi hátt: Eitt prósent renni í kjarabaráttusjóð (Þórdísarsjóð),

tvö prósent renni í Brekkusjóð til að byggja upp varasjóð félagsins og eitt og hálft prósent renni í rekstur félagsins sem hefur glímt við erfiða lausafjárstöðu í nokkurn tíma. Það verður því helmingi lægri upphæð sem Rannsóknar- og þróunarsjóður hefur úr að spila árlega en á móti kemur Minningarsjóður J.F.H. þannig að styrkveitingar verða um það bil jafnháar því sem verið hefur undanfarin ár.

Starf fræðslunefndar LMFÍ 2013–2014

Í Fræðslunefnd LMFÍ eru Hanna Rut Jónasdóttir, formaður, Bergrún S. Jónsdóttir, Elin Arna Gunnarsdóttir, Guðrún Gunnlaugsdóttir og Hallfríður K. Jónsdóttir. Haustið byrjaði á nálastungunámskeiðum, eitt fyrir byrjendur og annað fyrir þær sem vildu rifja upp. Guðlaug María Sigurðardóttir ljósmóðir var leiðbeinandi.

Hinn 9. nóvember sl. stóðu fræðslunefndin og fagdeild ljósmæðra sem sinna heimaþjónustu fyrir fræðslufundi. Bergrún S. Jónsdóttir ræddi um samskiptin og samningana við Sjúkratryggingar Íslands, Þóroddur Þórkelsson, yfirlæknir á Vökudeild Landspítalans, fór yfir skoðun nýbura og helstu vandamál fyrstu dagana eftir fæðingu, Guðrún Gunnlaugsdóttir og Helga Sigurðardóttir, deildarstjórnar 23-B og 22-A, voru með hugleiðingar um heimaþjónustu ljósmæðra og Ingibjörg Baldursdóttir, hjúkrunarfræðingur og formaður Félags brjóstgöngjafaráðgjafa á Íslandi, kynnti þjónustu brjóstgöngjafaráðgjafa. Var fundurinn vel sóttur en vegna tæknilegra vandamála var ekki hægt að senda hann út með fjarfundarbúnaði eins og til stóð.

Í byrjun desember sl. var jólafundurinn sem að þessu sinni var með öðru sniði en áður. Það hafði greinilega jákvæð áhrif á mætingu en hátt í 60 ljósmæður áttu yndislega kvöldstund saman. Fræðslunefndin stóð fyrir happdrætti og voru vinningarnir glæsilegir. Samtals söfnuðust um 130.000 kr. sem runnu óskiptar til Kvennaathvarfsins. Eva Laufey Kjaran Hermannsdóttir kom og kynnti fyrir okkur bókina sína „Matargleði Evu“ ásamt því að koma með ljúffengar kræsingar. Í stað jólaglöggsins var boðið upp á hvítvín og kunnu ljósmæður greinilega vel að meta þá nýbreytni.

Í lok febrúar sl. kom Inge Christensen til landins. Inge er dönsk ljósmóðir og hypnobirthing kennari ásamt því að vera „hypnotherapist/dáleiðari“. Hún bauð upp á námskeiðið „Fra panik til ro på 10 minutter – akut på fødestuen“. Haldin voru tvö námskeið, annað í Reykjavík og hitt í Þykkvabæ. Fullbókað var á bæði námskeiðin.

Skýrsla ritnefndar

Í ritnefndinni árið 2013 voru Hrafnhildur Ólafsdóttir ritstjóri, Helga Gottfreðsdóttir, Berglind Hálfðánsdóttir, Ingibjörg Eiríksdóttir, Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir, Ásrún Jónsdóttir og Edda Sveinsdóttir.

Haldnir voru tveir ritnefndarfundir, einn fyrir hvort blað. Svo eru mikil samskipti hjá nefndinni í gegnum tölvupósta. Árið 2013 voru gefin út tvö blöð eins og undanfarin ár. Ekki hefur verið erft að fá efni í blaðið, nokkrir fastir liðir eru í blaðinu eins og verkefni frá ljósmóðurnema og hugleiðingar ljósmóður. Ein ritrýnd grein birtist á síðasta ári og eru nokkrar væntanlegar á þessu ári.

Töluverður kostnaður hefur verið við útgáfu blaðsins, uppsetningu, prentun, auglýsingasöfnun, pökkun og dreifingu, í raun hefur þessi kostnaður hækkað á hverju ári. Ákveðið var að hætta að skipta við fyrirtækið sem safnaði auglýsingum þegar farið var af stað að undirbúa desemberblaðið. Dóra Stephensen ljósmóðir tók að sér að safna auglýsingum, farið var heldur seint af stað í auglýsingasöfnunina svo árangurinn var ekki sem skildi, hún ætlar að taka að sér auglýsingasöfnun í næsta blað og vonast til að ganga betur þá. Ritstjórnin sjálfur, ásamt fjölskyldu sinni, pakkaði svo blaðinu ásamt Fylgju, vonandi hefur eitthvað sparast við þetta.

Fylgjan var gefin út í nánast óbreyttri mynd. Hún kom seinna í hendur ljósmæðra núna en undanfarin ár, varð þá ritstjórnin var við mikið óöryggi ljósmæðra, greinilegt er að Fylgjan er stór þáttur í lífi ljósmæðra og var ritstjórnin ekki búin að gera sér grein fyrir því.

Skýrsla sjóðanefndar frá aðalfundi 2013 til aðalfundar 2014

Sjóðanefnd fundaði einu sinni, hinn 26. nóvember 2013. Á fundi sjóðanefndar var farið yfir að búið væri að fara með samþykktar

úthlutunarreglur og skipulagsskrá frá aðalfundi 2013 til viðeigandi aðila og við værum í staðinn búin að fá söluandvirði íbúðar Jóhönnu að Ásvallagötu 25 í Reykjavík, 19.837.466 kr., inn á reikning félagsins sem búið var að stofna fyrir þennan sjóð. Ákveðið var að úthluta ekki úr Minningarsjóði JH árið 2013 til félaga LMFÍ heldur verða við beiðni aðstandenda Jóhönnu og kaupa legstein á leiði Jóhönnu Hrafnfjörð að verðmæti 531.377 kr. til minningar um hana og gjöfina til félagsins.

Úthlutun úr ROP sjóði fór fram í nóvember sl. Bárust þrjár umsóknir í Rannsóknar- og þróunarsjóð LMFÍ að upphæð 1.136.463 kr. Allar umsóknir voru styrkhæfar og fengu allar styrk. Úthlutun var sem hér segir:

- Berglind Hálfðánsdóttir sótti um og fékk 561.463 kr. styrk vegna doktorsverkefnis síns í Ljósmodurfræði við Háskóla Íslands er nefnist: „Heimafæðingar á Íslandi – útkoma og áhrifabættir“.
- Jónína Sigríður Birgisdóttir sótti um og fékk 400.000 kr. styrk vegna meistaraverkefnis síns í Ljósmodurfræði við Háskóla Íslands sem beinist að þróun samtals við verðandi móður/foreldra til að styrkja eðlilegt fæðingarferli.
- Ásrún Ösp Jónsdóttir sótti um og fékk 1 árs framlengingu á eftirstöðvum á styrk sem hún fékk úthlutað 2011 vegna meistaraverkefnis síns í Ljósmodurfræði við Háskóla Íslands um upplifun feðra af heimafæðingum á Norðurlöndum. Eftirstöðvarnar voru 175.000 kr.

Ársskýrsla kjaranefndar Ljósmeðrafélags Íslands starfsárið 2013–2014

Framan af árinu var starfsemi kjaranefndar í lágmarki þar sem kjarasamningar voru enn í gildi og undirbúningur að gerð nýrra samninga ekki formlega hafinn. Þó var leitað eftir því að stofnanir stæðu við gerða samninga hvað varðaði fæðispeninga, sem ekki hafa verið greiddir nema á stóru sjúkrahúsum. Nýlega féll dómur félagsdóms í máli sem Hjúkrunarfélag Íslands höfðaði af þessu tilefni féluginu í vil og telur kjaranefnd LMFÍ að sá dómur gildi einnig fyrir aðrar vaktavinnustéttir sem hafa þetta ákvæði í samningum. Enn hefur niðurstaða þó ekki fengist í málið hjá okkur.

Eftir sumarfrí hófst undirbúningur kröfugerðar fyrir samninga sem voru lausir 1. febrúar sl. Kom þá í ljós að kjaranefnd var nánast óvirk og allir kjaranefndarmenn, fyrir utan formann nefndarinnar og formann félagsins, vildu hætta í nefndinni. Var því auglýst eftir áhugasömum félagsmönnum og komu í kjölfarið þrír nýir félagar inn í nefndina, þær Edda Sveinsdóttir, Jóhanna Skúladóttir og Sesselja Ingólfsdóttir. Var það góður liðsauki.

Fyrsta verkefnið voru samstarfsfundir vaktavinnustétta sem formaður Hjúkrunarfélags Íslands boðaði til, en áhugi er á því að breyta áherslum í samningum vaktavinnufólks, m.a. að stytta vikulega vinnuskyldu. Haldnir voru fimm fundir og að lokum var send beiðni til kjaranefndar ríkisins með ósk um fund, þar sem þessar áherslur yrðu ræddar. Það er skemmst frá því að segja að þessari beiðni hefur ekki verið svarað.

Fulltrúar kjaranefndar sátu fundi kjar- og réttindanefndar BHM þar sem ræddar voru áherslur í væntanlegum samningum.

Ákveðið var að vinna að kröfugerð félagsins í væntanlegum samningum óháð því hvort félagið færi fram með BHM til samninga eða ekki svo kröfurnar væru tilbúnar hvernig sem færi. Voru fundir haldnir nokkuð þétt á haustmánuðum, bæði í húsnæði BHM sem og annars staðar. Gekk vinnan við kröfugerðina vel, og var m.a. send út óformleg könnun til félagsmanna til að fá fram hugmyndir

þeirra um þær áherslur sem rétt væri að byggja kröfugerðina á. Var niðurstaða könnunarinnar lögð til grundvallar vinnu nefndarinnar. Var kröfugerðin kynnt á almennum félagsfundi 29. október sl.

Námskeið var haldið á vegum BHM um samningatækni og sátu það formaður félagsins og formaður kjaranefndar. Þá var og haldin kjararáðstefna BHM þar sem niðurstöður vinnu við bókun 1 í kjarasamningi var kynnt.

Tekin var sú ákvörðun að vel athuguðu máli að fara fram í kjarasamningavinnuna í samstarfi við BHM, þar sem það virðist vera lítil villi hjá ráðamönnum að gera samninga við hvert félag fyrir sig. Lítið hefur þokast í samkomulagsátt og er barátta BHM nú að hefjast fyrir alvöru. Búið er að boða vinnustaðafundi um allt land, sumir þeirra eru búnir, en aðrir væntanlegir og auk þeirra stórir baráttufundir boðaðir næstu vikur. Er formaður félagsins fulltrúi þess og einn af aðalmönnum í kjaranefnd BHM. Virðist sem svo að líkur aukist á því að það þurfi róttækar aðgerðir til að viðunandi samningar náist.

Skýrsla Norðurlandsdeildar Ljósmeðrafélags Íslands fyrir árið 2013

Norðurlandsdeild Ljósmeðrafélagsins starfaði með hefðbundnu sniði árið 2013. Aðalfundur var haldinn á kaffihúsinu Ilmi á Akureyri 15. maí 2013. Venjuleg aðalfundarstörf fóru þar fram ásamt því að kosið var í þrjú embætti innan stjórnar, formann, varaformann og ritara.

Í tengslum við umsókn á kennitölu fyrir félagið þurfti að gera breytingar á lögum félagsins þannig að ljóst sé hvert eignir þess renni, verði það lagt niður. Fól það í sér að bætt var einni grein við lög félagsins, svohljóðandi:

„Ákvörðun um slit félagsins verði tekin á aðalfundi með einföldum meirihluta og renna þá eignir þess til fæðingadeildar Sjúkrahússins á Akureyri.“

Var þetta samþykkt einróma. Deildin hefur síðan fengið sína eigin kennitölu og þykir það hafa haft í för með sér talsverða vinnuhagræðingu fyrir gjaldkera deildarinnar.

Upp var borin hugmynd að stofnun Fésbókarsíðu fyrir Ljósmeður í NLMFÍ sem fékk góðar undirtektir og var sú síða stofnuð í kjölfarið. Engar breytingar urðu á félagatali á aðalfundi og eru nú skráðir 47 félagar í NLMFÍ. Aðventufundur var haldinn á veitingahúsinu Bryggjunni 5. desember sl. Áttu Ljósmeður þar saman góða kvöldstund. Fengum við Sr. Guðrúnu Eggertsdóttur sjúkrahússprest í heimsókn og flutti hún okkur bráðskemmtilega jólasögu. Tveir félagar sýndu okkur notkun á Rebozo sjali, flutt var ljóð og fleira skemmtilegt.

Stjórnarfundir voru tveir á árinu auk samskipta stjórnarmeðlima í gegnum síma og tölvupóst þegar þurft hefur. Stjórn NLMFÍ skipa nú: Birgitta Nielsdóttir, formaður, Ásrún Ösp Jónsdóttir, varaformaður, Ingibjörg Jónsdóttir, ritari, Eva Laufey Stefánsdóttir, gjaldkeri, Halla Harðardóttir, meðstjórnandi.

Skýrsla fagdeildar heimaþjónustuljósmeðra

Stjórn fagdeildar heimaþjónustuljósmeðra hefur haldið einn formlegan fund frá síðasta aðalfundi en þó nokkur samskipti hafa átt sér stað rafrænt og þá sérstaklega í tengslum við samninga við Sjúkratryggingar Íslands í lok ársins 2013. Fagdeildin stóð fyrir fræðsludegi í samvinnu við fræðslunefnd LMFÍ 9. nóvember 2013 og var hann vel sóttur. Einnig var haldinn fundur 12. mars sl. þar sem farið var yfir ýmis mál sem snerta þjónustu ljósmeðra sem sinna heimaþjónustu í sængurlega sem og heimafæðingum.



Stjórn og nefndir Ljósmeðrafélags Íslands 2014-2015

Stjórn:

Formaður: Áslaug Valsdóttir,
s. 861 6855
formadur@ljosmodir.is

Varaform.: Steina Þórey Ragnarsdóttir
steina@hss.is

Ritari: Ásta Hlín Ólafsdóttir
asta.hlin@simnet.is

Vararitari: Bergrún Jónsdóttir
bergrunjons@gmail.com

Gjaldkeri: Inga Sigríður Árnadóttir
geggja@hotmail.com

Varagjaldk.: Hafðís Ólafsdóttir
hafdisol@gmail.com

Meðstj. Edda Sveinsdóttir
eddasveins@simnet.is

Ritnefnd:

Hrafnhildur Ólafsdóttir ritstjóri,
s. 846 1576 hrafno@internet.is

Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingibjorghre@simnet.is

Ingibjörg Eiríksdóttir
ingibjorgei@simnet.is

Berglind Hálfðánsdóttir
bugsy@internet.is

Sigrún Ingvarsdóttir
sigrun81@gmail.com

Embla Ýr Guðmundsdóttir
emblayrg@gmail.com

Kjaranefnd:

Edda Sveinsdóttir, formaður
s. 898 6639 eddasveins@simnet.is

Jóhanna Skúladóttir
johskuladottir@simnet.is

Kristín Viktorsdóttir
krisvik@simnet.is

Sesselja Ingólfsdóttir
jkj@simnet.is

Signý Dóra Harðardóttir
signy@internet.is

Formaður LMFÍ

Fræðslu- og endurmenntun- arnefnd:

Hallfríður Kristín Jónsdóttir, formaður,
frida@gmail.com

Gréta Rún Árnadóttir
gretarunarna@gmail.com

Hildur Ármannsdóttir
hilduraa@simnet.is

Guðrún Haraldsdóttir
gharalds69@hotmail.com

Ragnheiður Þorvaldsdóttir
gretarof@simnet.is

Sjóðanefnd:

Formaður LMFÍ

Gjaldkeri LMFÍ

Gréta Rún Árnadóttir
gretarunarna@gmail.com

Greta Matthíasdóttir
greta@makker.is

Margrét Guðmundsdóttir
magmar@internet.is

Kjörnefnd:

Birna Ólafsdóttir, formaður,
s. 863 8806, birnaol@simnet.is

Hilda Friðfinnsdóttir
kulupenni@internet.is

Tinna Jónsdóttir

Siðanefnd:

Anna Rut Sverrisdóttir
annarutljosa@gmail.com

Birna Gerður Jónsdóttir
birnagj@landspitali.is

Guðrún Halldórsdóttir

NJF:

Hildur Kristjánsdóttir
S: 557 1591 hildurkr@simnet.is

Fulltrúi úr stjórn

Skoðunarmenn:

Ingunn Vattnes Jónsdóttir
Margrét Guðmundsdóttir

Aðaltrúnaðarmaður:

Arndís Mogensen
s. 821 4491, arndismog@hsu.is

Þrósturinn og ég

*Eitt augnablik
áttum við saman
eitt brotabrot
af lífi beggja*

Þú á grein ég á jörð

*Þú flaugst
ég fór
með fjöður í hendi
og
fiðring í hjarta*

*á vit þeirrar vonar
sem ljáir mér vængi*

Þórdís Klara

Á leið til vinnu

*Signi mig á mætum degi
mínar hjartans bænir segi
þakka fyrir þessa stund
þakka kjark og blíða lund*

*Vinnan mín er algjört yndi
aðra betri hvergi fyndi
hérna fæðast börnin blíð
birting lífs á hverri tíð*

*Hér er glatt og góður andi
gæðastörf á færibaldi
ljósan vinnur fljót og fær
fylgist með hvað klukkan slær*

*Höndin mild og hugur virkur
held ég það sé okkar styrkur
einstök hjálp sem ávöxt ber
öllum býðst sem koma hér*

Þórdís Klara

Ljós móðir kvödd

Eva Sveinbjörg Einarisdóttir

Þó að um eitt og hálft ár sé liðið síðan hún Eva lést, langar mig að birta um hana þessi minningarorð í Ljósmaðrablaðinu. Þau byggja á minningum mínum úr Ljósmaðranáminu fyrir rúmum 30 árum sem og frá samvinnu okkar Evu á Miðstöð mæðraverndar. Eva hét fullu nafni Eva Sveinbjörg Einarisdóttir, fædd 17 maí að Hámundarstöðum í Vopnafirði og lést þann 5. janúar 2013. Hún var því einungis 73ja ára gömul en hafði greinst með krabbamein um ári fyrir andlátíð.

Þegar Evu er minnst, finnst mér í raun við hæfi að skrifa starfsheitið okkar „ljós móðir“ með stórum stöfum, því hún var svo sannarlega Ljós móðir og það fram í fingurgóma. Þegar ég fékk inngöngu í Ljósmaðraskóla Íslands stjórnaði Eva náminu. Hún hafði þá starfað í tvö ár sem umsjónarkennari skólans og hélt utan um alla daglega starfsemi, skipulagði námið og var einn af aðalkennurum. Eva starfaði sem Kennslustóri Ljósmaðraskólans í nær tvo áratugi, þar til hann var lagður niður 1994 í aðdraganda þess að Ljósmaðurnámið fluttist inn í Háskóla Íslands. Eftir að Eva hætti sem kennslustóri Ljósmaðraskólans hóf hún störf á Mæðradeild Heilsuverndarstöðvarinnar og þar lágu leiðir okkar aftur saman árið 2000. Miðstöð mæðraverndar (MM) var þá nýstofnuð þegar starfsemin var sameinuð frá Mæðradeild Heilsuverndarstöðvarinnar og Göngudeild Kvennadeildarinnar. Ég hafði verið ráðin yfirljós móðir og með því orðin yfirmaður Evu. Samvinnu okkar lauk 7 árum seinna, þegar starfsemi MM var breytt og ákveðið af ráðamönnum að skoðun barnshafandi kvenna í áhættumeðgöngu skildi hætt þar. Sá frábæri hópur starfsmanna sem starfað saman á MM tvístraðist, flest okkar héldu til annarra starfa en Eva ákvað að hætta störfum, þá á 67. aldursári. Það var ánægjulegt en einnig áskorun að vera yfirmaður Evu, því ekki vorum við alltaf „jásystur“ í þeim málum sem rædd voru eða komu til ákvörðunar, en okkur auðnaðist hins vegar að virða skoðanir hvor annarrar sem eru góðar minningar að eiga.

Eva var mikil baráttukona um þróun og menntun okkar Ljósmaðra, sem og sögu stéttarinnar og framgang hennar. Fljótlega eftir að hún tók við sem kennslustóri í Ljósmaðraskólanum, 1977 varð krafa um hjúkrunarnám sem undanfari Ljósmaðranámsins ofarlega á baugi sem varð svo raunin rétt upp úr 1980. Breyting sem ég ætla að leyfa mér segja þrjátíu árum seinna að hafi verið til framgangs og styrkingar fyrir stéttina. Eva tók virkan þátt í þessari breytingu og var í raun alla tíð mikil baráttumanneskja fyrir menntun Ljósmaðra. Á þessum árum var Eva einnig mjög virk í félagsmálum Ljósmaðra, sat í stjórn og nefndum Ljósmaðrafélagsins. Ef nafn Evu er „googlað“ kemur m.a. fram að árið 1983 birtir hún ásamt Anne Hayes grein í bandaríska Ljósmaðrablaðinu (Journal of Nurse-Midwifery) um þróun Ljósmaðranáms á Íslandi, (Midwifery education in Iceland, yesterday and today).

Þó svo að ég hafi leyft mér að segja hér að ofan að Eva hafi stjórnað náminu er það hins vegar ekki alveg rétt því hún var ekki titlaður skólastjóri, það var hluti af starfslýsingu Prófessorsins í Fæðinga – og kvensjúkdómafræði á Kvennadeild Landspítalans, sem á mínum tíma í skólanum var Dr. Sigurður

S. Magnússon (SSM) prófessor. SSM stjórnaði auðvitað og eftirfarandi dæmi ber þess glöggvitni. Þannig var að klíniska námið okkar fór alfarið fram á Kvennadeildinni en við í hollinu mínu vildum hins vegar gjarnan fá að kynnast einhverju öðru en Fæðingardeildinni og fórum þess á leit við Evu að fá að fara í kynningu til Huldu Jensdóttur út á Fæðingarheimili Reykjavíkur á Eiríksgötunni. Einhverjar úr hollinu höfðu unnið þar sem gangastúlkur. Eva tók beiðni okkar vel en sagðist þurfa að ræða þetta við SSM. Niðurstaðan var hins vegar sú að við fengum ekki að fara og þegar ég lít nú í baksýnispegilinn, er nokkuð augljóst að skólastjórinn hafi ekki séð ástæðu til að Ljósmaðranemar kynntust annarri starfsemi en þeirri sem fór fram innan Kvennadeildarinnar. Einu skiptin sem ég kom út á Fæðingarheimili á nemaárunum mínum, var þegar við fórum með nýbura og sængurkonur sem samþykktu að liggja sængurleguna þar þegar Kvennadeildin var yfirfull. Í minningunni voru þetta hálfgerðir „hreppaflutningar“ þegar við fylgðum nokkrum konum saman í sjúkrahil þarna á milli.

En hvað sem þessum minningum líður, þá var alltaf mikill kraftur í kringum Evu og það sópaði alltaf talsvert af henni. Við kynni af Evu var fljótt ljóst að þar fór kona sem var viðlesin og hafði sterkar skoðanir á mönnum og málefnum. Hún var ætíð rökföst og gat lagt mikla orku í að fylgja sínum skoðunum sínum eftir og í seinni tíð var hún virk í bloggskrifum fyrir samtök sem kalla sig Kristín stjórnmálasamtök. Sem gott dæmi um hvað hún tók málin föstum tökum var þegar hún ákvað að breyta um lífsstíl og fara að hreyfa sig meira. Hún fór daglega í mörg ár í sund og synti alltaf heilan kílómetra. Eitthvað sem mér hefur aldrei tekist að leika eftir en oft verður mér hugsa til hennar þegar ég skrepp í sund og syndi nokkuð hundruð metra.

Eva vildi gjarnan hafa hlutina í föstum skorðum og var að sama skapi mjög trygg en frekar dul um persónuleg mál. Mér finnst gaman að minnast þess að fyrsta daginn sem ég mætti í vinnuna á nýju Miðstöð mæðraverndar, 2. Janúar 2000, færði hún mér blóm til að bjóða mig velkomna. Eftir það fékk ég árlega frá henni blóm á fyrsta vinnudegi ársins. Þetta lýsti vel tryggð og umhyggju Evu í minn garð og veit ég að fleiri eiga líkar sögur sem sýndu tryggð hennar. Síðustu árin sem hún lifði var talsvert lengra á milli okkar en alltaf fékk ég jólakort frá henni snemma á aðventu. Engin breyting varð á því síðustu jólin sem hún lifði og ekki sá hún ástæðu til að eyða orðum í veikindi sín, þó hún hafi þá ekki átt mjög langt eftir ólifað. Eitt var líka skemmtileg regla hjá Evu. Hún geymdi alltaf síðasta sumarfrisdaginn sinn þar til á afmælisdaginn sinn, 17. maí. Eitthvert árið stríddi ég henni og spurði hvort hún ætlaði nú ekki að breyta einu sinni út af þessu, vinna afmælisdaginn sinn og færa okkur samstarfsfólkinu köku í tilefni dagsins eins og vaninn var hjá okkur hinum á MM. Þá hló Eva og sagði það af og frá að ég gæti haft áhrif á hana. Eva var sannfærð um framhaldslíf og ég er viss um að hún hlær af þessum skrifum mínum, þegar við hittumst eftir þetta jarðlíf. Hvort við störfum þar sem Ljósmaður verður tíminn að leiða í ljós.

Sigríður Sía Jónsdóttir, ljósmaðurnemi frá 1979 – 1981.

Blessuð sé minning hennar.



jaydess®

13,5 MG LEVONORGESTREL ▼



Jaydess®

Nýjung!

Smálykkjan Jaydess® veitir örugga vörn gegn þungun í allt að þrjú ár

- Y Lítill og auðveld í uppsetningu¹
- Y Lítið magn hormóna og verkun að mestu staðbundin
- Y Rannsókuð hjá konum sem hafa fætt barn sem og þeim sem ekki hafa fætt barn
 - Jaydess® er ekki fyrsta val fyrir konur sem ekki hafa fætt barn, vegna takmarkaðrar klínískrar reynslu



Skannaðu QR kóðann
eða farðu inn á smalykkjan.is
til að nálgast rafrænar
upplýsingar

Upplýsa ber notendur um hættu
á utanlegsfóstri og einkenni þess

1. Gemzell-Danielsson K, et al. *Fertil steril* 2012; (97): 616-622. e3.



Jaydess 13,5 mg leginnlegg. Innihaldslýsing: Leginnleggið inniheldur 13,5 mg af levónorgestreli. **Ábendingar:** Getnaðarvörn í allt að 3 ár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Jaydess er sett í legholið. Setja á Jaydess upp í legholið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga. Setja má nýtt innlegg í stað Jaydess hvenær sem er á tíðahring. Einnig má setja Jaydess upp strax eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Uppsetningu eftir fæðingu á að fresta þar til legið hefur að fullu dregist saman, en þó skal ekki setja innleggið upp fyrr en sex vikum eftir fæðingu. Ef legminnkun seinkar verulega, skal íhuga að biða þar til 12 vikur eru frá fæðingu. Ef uppsetning er erfið og/eda óvenju mikill verkur eða blæðing eru til staðar við uppsetningu eða eftir hana, á strax að gera viðeigandi ráðstafanir til að útiloka rof (perforation), svo sem læknisfræðilega skoðun og ómskoðun. Jaydess er fjarlægt með því að toga varlega í þræðina með töng. Ef þræðirnir sjást ekki og ómskoðun sýnir að innleggið sé í legholi, má fjarlægja það með því að nota mjóa töng. Þá getur þurft að víkka leghálsinn eða nota önnur skurðaðgerðarinnngrip. Sé þungunar ekki óskað, á að fjarlægja innleggið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga, að því tilskildu að konan hafi reglulegar tíðablæðingar. Sé innleggið fjarlægt á öðrum tíma tíðahringsins og konan hefur haft kynmök þá vikuna, á hún á hættu að verða þunguð nema nýtt innlegg sé sett upp strax eftir að hitt hefur verið fjarlægt. Eftir að Jaydess hefur verið fjarlægt, skal athuga hvort innleggið sé óskemmt. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Jaydess hefur ekki verið rannsakað hjá konum með skerta lifrarstarfsemi. Konur með bráða lifrarkvilla eða æxli í lifur mega ekki nota Jaydess. Börn: Öryggi og virkni lyfsins hefur ekki verið rannsakað hjá konum yngri en 18 ára. Lyfið er ekki ætlað til notkunar fyrir fyrstu tíðablæðingar. Lyfjagjöf: Heilbrigðisstarfsmaður á að setja upp leginnleggið að viðhafðri smitgát. Jaydess kemur ásamt uppsetningarbúnaði í sæfðum umbúðum, sem ekki á að rjúfa fyrr en þess er þörf fyrir uppsetningu. Endursæfið ekki. Jaydess er eingöngu einnota. Notið ekki ef þynnupakkningin er skemmd eða hefur rofnað. Setjið leginnleggið ekki upp eftir fyrningardagsetninguna sem fram kemur á öskjunni og þynnupakkningunni. **Frábendingar:** Þungun. Bráður eða endurtekinn bólgujúkdómur í grindarholi eða aðstæður sem tengjast aukinni hættu á sýkingum í grindarholi. Bráð bólga í leghálsi eða leggöngum. Legslímubólga eftir barnsburð eða sýking eftir fósturlát á síðustu 3 mánuðum. Ofvöxtur þekjuvefs í leghálsi þar til hann gengur til baka. Illkynja breytingar í legi eða leghálsi. Progestagenháð æxli, t.d. brjóstakrabbamein. Óeðlileg blæðing frá leggöngum af óþekktum orsökum. Meðfæddur eða áunninn afbrigðileiki í legi, þá m. góðkynja bandvefsæxli sem geta haft áhrif á uppsetningu og/eda fjarlægingu leginnlegsins (þ.e. geta skekkt legholið). Bráðir lifrarsjúkdómar eða lifraræxli. Ofnæmi fyrir virka efni eða einhverju hjálparefna. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriðið má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarkssmáðöluverð (1.mai 2014): Jaydess leginnlegg: 23.910 kr. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R.O. **Markaðsleyfishafi:** Bayer AB, Svíþjóð. Stytt samantekt á eiginleikum lyfs 23. apríl 2014. Nánari upplýsingar um lyfið má nálgast hjá umboðsaðila á Íslandi, Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími: 540 8000.

Jaydess er ekki fyrsta val sem getnaðarvörn fyrir konur sem ekki hafa átt börn, þar sem klínísk reynsla er takmörkuð. Veita á konum sem íhuga notkun Jaydess ráðgjöf um merki, einkenni og áhættu af utanlegsþykkt.

▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Mikilvægt er að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is.

Framför

Það var í febrúar 2010 sem ég var stödd í Guggenheim listasafninu í New York ásamt eiginmanni mínum. Við vorum full eftirvæntingar að sjá listaverk eftir helstu listamenn sögunnar. Skyndilega gekk til okkar hjónanna ung ókunnug stúlka, um það bil sex ára, og spurði með einlægni hvort hún mætti spyrja okkur einnar spurningar. Hálf undrandi litum við í kringum okkur áður en við svörðum játandi og hún spurði: „What is progress?“ eða: „Hvað er framför?“ Við litum hvort á annað og reyndum að svara á okkar ensku með skilgreiningum á borð við: „Það er svona þróun, að fara fram á við, að verða betri, að byggja á einhverju“. Henni þótti ekki mikið til svara okkar koma og sagði: „Ég veit vel að það er almenna skilgreiningin, en hvað er framför fyrir ykkur, persónulega?“ Þarna þurftum við hjónin að staldra við – við urðum eiginlega orðlaus. Það var ekki fyrr en við litum niður og sáum hratt stækkandi kvið minn að við svörðum að núna væri framför fyrir okkur persónulega, að stofna fjölskyldu, að verða foreldrar. En ég var þá gengin tæpar 30 vikur með okkar fyrsta barn, Sögu. Á meðan við ræddum við hana gekk hún með okkur hægt og rólega upp stóran sex hæða aflíðandi hringramp eða spiral, hannaðan af Frank Lloyd Wright. Áleiðis upp spirálinn kynnti unga stúlkan okkur fyrir unglingsstúlku og sagði við hana: „Fyrir þeim er framför að stofna fjölskyldu.“ Unglingsstúlkan svaraði: „Æðislegt, löbbum saman.“ Hún gekk með okkur áfram upp og spurði okkur spjörum úr: „Hvernig foreldrar viljið þið vera?“ „Hvernig ætlið þið að ala barnið ykkar upp?“ „Ætlið þið að fara eftir eigin reynslu eða styðja ykkur við uppeldisbækur?“ Spurningunum rigndi yfir okkur og urðu þess óneitanlega valdandi að við hugsuðum nánar um hvað var í vændum. Við fórum að ræða væntingar okkar við þessa ókunnugu unglingsstúlku. Skyndilega gengur ungur maður inn í samræðurnar og fer að segja okkur frá sinni æsku og uppeldi og hvaða veganesti hann fékk frá foreldrum sínum. Eftir því sem viðmælendurnir urðu eldri, urðu samræður okkar flóknari en allan tímann gengum við upp á við og þegar við vorum að nálgast efstu hæðir safnsins kynnti þessi ókunnugi maður okkur fyrir eldri konu og tjáði hann henni að við höfðum verið að ræða um foreldrahlutverkið. Hún gekk með okkur síðasta spólinn og sagði okkur frá börnunum sínum, hvað hún sjálf hafði lært í gegnum tíðina varðandi uppeldi þeirra. Hún hafði litið á sig sem hina faglegu móður, átti hamingjusama stúlku sem sem var til fyrirmyndar í lífi og starfi en sýn hennar á sjálfri sér sem móður breyttist þegar hún ól son sinn upp með álíka móti. Hún gaf það til kynna að hann hefði ekki haft það eins gott í lífinu og systir sín. Það sem stóð upp úr varðandi þann lærdóm sem hún hafði fengið eftir uppvöxt barna sinna var helst það að börnin fæðast á vissan hátt sem fullbúnir einstaklingar sem þarfnast fyrst og fremst leiðsagnar og ástar og það væri engin leið að reyna að breyta þeim, bara styðja við þau. Þetta var hennar reynsla. Svo brosti hún fallega til okkar, kvaddi og sagði: „Þetta var Framför eftir listamanninn Tino Sehgal“ og gekk í burtu. Við stóðum eftir vægast sagt uppnumin, litum í kringum okkur og sáum að það voru tugir annarra aðila að ganga upp spirálinn, hver og einn að ræða við ókunnuga einstakling um sína framför.

Þarna stóðum við hjónin á ákveðnum tímamótum í okkar lífi; að verða foreldrar. Á þessum tímamóti varð okkur ljóst að við, ásamt öðrum, vorum þátttakendur í listgjörningi listamannsins Tino Sehgal og erum við sammála um að þessi „sýning“, sem



*Embla Ýr Guðmundsdóttir,
ljósmóðir MSc á fæðingar-
vakt Landspítalans*

byggðist fyrst og fremst á samskiptum, hafi haft ótrúleg áhrif á okkur. Þessi reynsla bauð upp á frekari samræður, einhvers konar játningar og samstillingu. Eftir þessa reynslu gengum við um sali Guggenheim listasafnsins innan um Picassoana og Rembrandtana, en hugur okkar var þó enn að vinna úr þessari reynslu. Við höfum síðan eignast annað barn, ljúfan dreng sem fékk nafnið Dagur, og reynum að leiðbeina þeim systkinum og styðja við þau eins vel og við getum ásamt því að gefa þeim alla þá ást og tíma sem við eigum.

Síðan þá hef ég svolítið velt því fyrir mér hvað sé framför fyrir mig persónulega. Ég hef nýverið lokið stórum áfanga í mínu lífi. Ég ákvað á síðasta ári að fara í meistaranám í ljósmóðurfræði og sé ekki eftir því.

Ástæðan fyrir því að ég fór í námið er kannski svolítið tengt þessari persónulegu framför, framþróun og þroska. Ég var nefnilega svo lánsöm að fá að fæðast inn í fjölskyldu mína,

alast upp hjá foreldrum og systur sem kenndu mér það fremur en allt annað í lífinu að vera hamingjusöm og finna það hjá mér sjálfri, djúpt innra með mér hvað hamingjan er fyrir mér og svo upplifa hana og njóta hennar.

Foreldrar mínir kenndu mér líka rökhusun. Að spyrja sjálfa mig spurninganna „Af hverju?“ og „Hvað er það?“ Þessar spurningar hafa reynst mér mjög vel í öllu mínu námi og lífi. Ég hef frá því ég man eftir mér ætlað að taka á móti börnum, styðja við konur og fjölskyldur og mig langar að vera góð í því sem ég geri. Ég hef verið heppin að hafa fengið ómetanlega starfsreynslu og öðlast mikinn lærdóm vegna hennar en ég met jafnframt möguleikann á frekara námi sem stuðning við minn þroska. Ég held að nám, þar sem ég læri að tileinka mér m.a. viðsýni í starfi, hjálpi mér í minni framför við að verða góð ljósmóðir og veitir mér ef til vill fleiri tækifæri í starfi. Námið er hluti af mínu ferli, minni framþróun, minni leið til hamingju, að ná að sinna bæði fjölskyldu og starfi vel en jafnframt upplifa drauma mína. Ég hef lokið enn einum áfanganum og liggur hugur minn áfram í doktorsnám. Menntun er nefnilega eitthvað sem gefur mér persónulega einhvern ákveðinn meðbyr í því sem ég elska að gera.

Ástæðan fyrir því að ég fór í námið á þessum tímamóti en ekki seinna á lífsleiðinni á einnig rætur að rekja til barnanna minna og eiginmanns. Mig langar nefnilega að gefa börnunum mínum tíma sem mér finnst ég eiga erfiðara með í vaktavinnu á Landspítalanum þar sem kvöld-, nætur- og helgarálág er mikið.

Nú standa margar ljósmæður líkt og svo oft áður á ákveðnum tímamótum í starfi sínu. Þær eru margar yndislegar Hreiðursljósmæður með sorg og söknuð í hjarta vegna þess að draumavinnustaður þeirra er ekki lengur til staðar og skil ég það vel. Það eru líka margar ungar ljósmæður með löngun til að starfa við draumastarfið sitt en fá ekki tækifæri til þess.

Í fyrstu virðist nefnilega eins og við höfum tekið eitt (eða nokkur) hliðarspor í framför ljósmóðurþjónustu á Íslandi. En við getum samt sem áður staldrað aðeins við, gripið tækifærin, staðið saman og haldið áfram. Haldið fram á við, hugsað um hag fjölskyldna og þroska þeirra og framför og í leiðinni allar færst áfram í eigin þroska eða framför, farið upp spirálinn, færst áfram, ofar, með aukinni reynslu og hækkandi aldri.

Með góðri kveðju, Embla



Fæst í Lyfju



- Lífið heil

EUBIOTIC Baby

Sérvaldir góðgerlar fyrir börn

Eubiotic Baby Inniheldur þrjá sérvalda stofna góðgerla sem hafa vel rannsakaða og þekkta virkni*

Eubiotic Baby er framleitt af einum stærsta og virtasta gerlaframleiðanda í heimi

Eubiotic Baby er ætlað börnum allt frá 6 mánaða aldri**

Notkun:

- Samhliða sýklalyfjum og eftir að kúr lýkur²
- Til að efla ónæmiskerfið og bæta meltinguna^{1,4,5,6,7,8}
- Til að vinna gegn magakveisu hjá ungbörnum⁶
- Til að vinna gegn harðlífi og niðurgangi^{3,7}

* BB-12 (Bifidobacterium animalis subsp. Lactis BB-12), L. 431 (Lactobacillus L. Casei 431), TH4 (Streptococcus thermophilus TH4). 250x106 CFU.
** Sé barnið yngra en 6 mánaða skal hafa samráð við lækni fyrir notkun.

Heimildir:

1. Pitkalo, K. S.-S. (2007, Jul/Aug). Fermented cereal with specific bifidobacteria normalizes bowel movements in elderly nursing home residents. A randomized, controlled trial. The Journal of Nutrition, Health and Aging, 11(4), 305-311.
2. Sheu, B.S., Wu, J., Lo, C.Y., Wu, H.W., Chen, J.H., Lin, Y.S., & Lin, M.D. (2002). Impact of supplement with Lactobacillus- and Bifidobacterium-containing yoghurt on triple therapy for Helicobacter pylori eradication. Aliment. Pharmacol. Ther. 16: 1669-1675
3. Rizzardini, G. E. (2012). Evaluation of the immune benefits of two probiotic strains Bifidobacterium animalis, ssp. lactis, BB-12[®] and Lactobacillus paracasei

ssp. paracasei, L. Casei 431[®] in an influenza vaccination model: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. British Journal of Nutrition, 107, 876-884.
4. Gaon, D. G. (2003). Effect of Lactobacillus strains and Saccharomyces boulardii on persistent diarrhea in children. Medicina, 63(4), 293-298.
5. Saavedra, J. A.-H. (2004). Long-term consumption of infant formulas containing live probiotic bacteria: tolerance and safety. The American Journal of Clinical Nutrition, 79, 261-7.

6. Taipale, et al. Bifidobacterium animalis subsp. lactis BB-12 in reducing the risk of infections in infancy. Br.J.Nutr. 2011;105:409-16

7. Saavedra, et al. Feeding of Bifidobacterium bifidum and Streptococcus thermophilus to infants in hospital for prevention of diarrhoea and shedding of rotavirus. Lancet 1994;344(8929):1046-1049

8. Jungersen, M.; Wind, A.; Johansen, E.; Christensen, J.E.; Stuer-Lauridsen, B.; Eskesen, D. The Science behind the Probiotic Strain Bifidobacterium animalis subsp. lactis BB-12[®]. Microorganisms 2014, 2, 92-110.

