

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

TÍMARIT LJÓSMÆÐRAFÉLAGS ÍSLANDS 2. TBL. - 99. ÁRGANGUR - DESEMBER 2021
- JOURNAL OF THE ICELANDIC MIDWIVES ASSOCIATION -

FÆÐINGARSTELLINGAR

HEIMAÞJÓNUSTA LJÓSMÆÐRA

25 ÁR Í HÁSKÓLA -
HEIÐURSDOKTOR LESLEY PAGE

EINHVERFAR KONUR OG
BARNEIGNARFERLIÐ

BRJÓSTALEIKFIMI

ONE TIT WONDER

Birth Prep & Recovery

by **Lansinoh.**

NÝTT

Væntanlegt
í verslanir
í byrjun
janúar.



Lansinoh®

Flaska til þess að skola
viðkvæma svæðið eftir
fæðingu



Lansinoh®

Náttúrulegt sprej til
þess að kæla viðkvæma
svæðið eftir fæðingu



Lansinoh®

Hita- og kælibindi



Lansinoh®

Náttúruleg spangarolía
til þess að undirbúa
spöngina fyrir fæðinu

Sérstaklega hönnuðar fyrir mæður eftir fæðingu.



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

ÁBYRGÐARMAÐUR

Unnur Berglind Friðriksdóttir,
formaður LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

RITNEFND

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is, ritstjóri
Anna Guðný Hallgrímsdóttir,
anna.gudny.hallgrimsdottir@heilsugaeslan.is
Berglind Hálfðánsdóttir, berglindh@hi.is
Edythe L. Mangindin,
edythe.mangindin@gmail.com
Emma Marie Swift,
emma.marie.swift@gmail.com
Guðlaug Erla Vilhjálmisdóttir,
gudlaug@simnet.is
Rut Guðmundsdóttir,
srutgudmunds@gmail.com
Steinunn Blöndal,
steinablondal@gmail.com
Sunna María Schram
sunnamaria@gmail.com

RITSTJÓRN FRÆÐILEGS EFNIS

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir, berglindh@hi.is
Emma Marie Swift, emmas@hi.is

MYNDIR

Í einkaeigu - ábyrgð
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Kristinn Ingvarsson

PRÓFARKALESTUR

Kristín Edda Búadóttir

AUGLÝSINGAR

Ljósmeðrafélag Íslands

UMBROT OG PRENTVINNSLA

Prentun.is

Ljósmeðrablaðið er opinbert tímarit Ljósmeðra-
félags Íslands og er öllum ljósmeðrum heimilt að
senda efni í blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu
eru alfarið á ábyrgð greinahöfunda og endurspeglar
ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar eða Ljós-
meðrafélagsins. Það er stefna ritnefndar að a.m.k.
ein ritýnd grein sé í blaðinu hverju sinni og hún
áskilur sér rétt til að hafna greinum sem eru mál-
efnum ljósmeðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir að
gefa út tvö tölublað á ári. Skilafrestur er í samráði
við ritnefnd og skal efni berast á tölvutæku formi.

FORSÍÐA

Margrét Rut Eddudóttir

ISSN nr. 1670-2670

EFNISYFIRLIT

- 4 Ritstjórnarpistill
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
- 6 Ávarp formanns Ljósmeðrafélagsins
Unnur Berglind Friðriksdóttir
- 7 Erlent samstarf
Unnur Berglind Friðriksdóttir
- 8 Forsíðan: Um listaverkið
Margrét Rut Eddudóttir, listakona
- 10 25 ára afmælishátíð námsbrautar í ljósmóðurfræði
- 11 Ljósár í lífi kvenna
Ávarp á 25 ára afmælishátíð: Guðlaug Einarsdóttir
- 12 Að taka á móti fjölburum í torfbæjum
Brynhildur Lea Ragnarsdóttir
- 14 Samtal um ljósmóðurfræði
Lesley Page heiðursdoktor í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands
- 17 Óvenjulegir fæðingarstaðir á fyrri öldum
Erla Dóris Halldórsdóttir
- 20 Heimaþjónusta ljósmeðra á Íslandi 2012-2019:
Lýðgrunduð framskyggn ferilrannsókn
Ritýnd grein: Guðlaug Þorsteinsdóttir, Kristjana Einarsdóttir, Hallfríður
Kristín Jónsdóttir og Emma Marie Swift
- 27 Ný stefna og aðgerðaáætlun um barneignarþjónustu til 2030
Berglind Hálfðánsdóttir og Sigrún Kristjánsdóttir
- 28 Umönnunarþarfir einhverfra kvenna og reynsla þeirra af
barneignarferlinu
Fræðslugrein: Rut Vestmann, Valgerður Lísu Sigurðardóttir og Helga Gott-
freðsdóttir
- 32 Fæðingarstellingar kvenna á Íslandi 2012-2018 og
helstu áhrifaþættir: Lýðgrunduð ferilrannsókn
Ritýnd grein: Embla Ýr Guðmundsdóttir, Elfa Lind Einarsdóttir og Helga
Gottfreðsdóttir
- 38 Þjónusta ljósmeðra við barnshafandi konur og
verðandi meður með vímuefnavanda
Rætt við Valgerði Lísu Sigurðardóttur og Elísabetu Ósk Vigfúsdóttur
- 41 Loksins, loksins komið leyfi til að ávísar getnaðarvörnum en...
Viðtal við Steinu Þóreyju Ragnarsdóttur
- 43 Sérfræðinám og sérfræðileysi í ljósmóðurfræði – hugleiðingar
um framtíðarskipulag
- 44 Norræn ráðstefna brjóstgafaræðgjafa á Íslandi
- 45 Brjóstaleikfimi
Viðtal við Huldu Sigurlínu Þórðardóttur
- 46 Að standa vörð um val konunnar við upphaf brjóstgafar
Nemaverkefni: Kristín Lilja Guðjónsdóttir
- 48 Fagrað ljósmeðraþjónustu á Landspítala – Ársfundur
- 50 Hugleiðing ljósmóður
Anna Guðný Hallgrímsdóttir

ÁRGANGUR 99

Undanfarið hefur ritstjórn Ljósmaðrablaðsins haft að markmiði að fjalla um ólíka hópa sem ljósmaður sinna og skoða fjölbreyttan bakgrunn og viðhorf. Í þessu blaði er víða komið við og fjallað um ljósmóðurfræði og grunninn sem við byggjum á, nýja þekkingu, tengsl við konur, foreldra, börn og fjölskyldur. Lögð er áhersla á brjóstagiðfina og sagt er frá norrænni ráðstefnu brjóstagjafaráðgjafa hér á landi, reynslusögur eru einnig sagðar af brjóstagiðf, frá sjónarhóli mæðra, ljósmæðra, brjóstagjafaráðgjafa og ljósmóðurnema. Við viljum standa vörð um val konunnar um upphaf brjóstagjafar, þróa með okkur sérhæfða þekkingu um brjóstagiðf og aðferðir til lausna þegar vandamál koma upp.

Barnshafandi konur þurfa stundum sérstaka aðstoð til dæmis þær sem eiga við geð- og/eða vímuefna að stríða, eins og þær segja okkur frá ljósmæðurnar Valgerður Lisa Sigurðardóttir og Elísabet Ósk Vigfúsdóttir.

Í fræðslugrein Rutar Vestmann sem byggir á lokaverkefni hennar til embættisprófs í ljósmóðurfræði er fjallað um þarfir einhverfra kvenna og mikilvægi þess að ljósmaður hafi þekkingu og kunnáttu til að koma til móts við þær í gegnum öll stig barneignarferlis.

Við fögnum tímamótum þegar 25 ár eru liðin frá því að nám ljósmæðra fluttist á háskólastig inn í Háskóla Íslands. Afmælshátíð var haldin og athöfn þar sem Íslandsvini ljósmæðra, Lesley Page, var af þessu tilefni veitt heiðursdoktorsgráða við Háskólann. Í blaðinu er samtali Lesley og undirritaðrar um stöðuna á Íslandi og í alþjóðlegu samhengi. Lesley talar meðal annars um þær þær umbreytingar sem verða í lífi fólks við barnsbúð og hvernig mannúðleg, samfelld umönnun getur skipt sköpum fyrir lífið fram undan sem tengist einnig verndun umhverfisins.

Það er ljóst að ljósmaður víða um heim búa við ýmsar áskoranir í starfi þar sem heilsu kvenna og barna er ógnað. Kröfur eru gerðar um að taka frumkvæði, nota rannsóknir og gagnreynda ljósmóðurþekkingu og stuðla að nauðsynlegum breytingum á skipulagi kynheilbrigðis- og barneignarþjónustu.

Mörg víðfangsefni eru þau sömu nú og fyrir 25 árum, eða jafnvel 250 árum. Ein af fyrstu ljósmæðrunum sem útskrifuðust frá Háskóla Íslands, Guðlaug Einarssdóttir skrifstofustjóri í heilbrigðisráðuneytinu, bendir á að þó það séu aðrir tímar eru stefin þau sömu. „Rauði þráðurinn er alltaf stuðningur við konur og réttur þeirra - konumiðuð nálgun - ljósmæður mæta konum og fjölskyldum þeirra þar sem þær eru staddir á hverjum tíma“. Þá er hollt að líta til baka og velta fyrir sér þekkingu fyrri alda og lesa hér í blaðinu um fyrstu kennslubækurnar, óvenjulega fæðingarstaði og aðbúnað þegar tekið var á móti börnum í torfbæjum.

Ritryndar greinar eru á sínum stað og eru tvær lýðgrundaðar ferilrannsóknir kynntar. Annars vegar er það rannsókn um heimaþjónustu ljósmæðra sem lýsir vitjunum til mæðra í sængurlegu á árabílinu 2012-2019 og áhrifum heilsufarsflokkanar á áhættuna fyrir bráðavítjun eða brjóstagjafaráðgjöf. Hins vegar er hér rannsókn um fæðingarstillingar kvenna á Íslandi árin 2012-2018, í hvaða stellingum konur fæða og tengsl við bakgrunn kvenna, fæðingarstað og notkun utanbastsdeyfinga.



Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
ritstjóri

Í fréttum er sagt frá merkilegri vinnu á vegum heilbrigðisyrvalda um stefnumótun og aðgerðaáætlun í barneignarþjónustu til ársins 2030. Vonandi geta ljósmæður séð hér tækifæri til eflingar barneignarþjónustu á landinu öllu, á breiðum starfsvettvangi innan og utan heilsugæslu og sjúkrahúsa.

Í tengslum við heimild sem komin er fyrir ljósmæður um að ávisa hormónagetnaðarvörnum er rætt er við Steinu Þóreyju Ragnarsdóttur, eina af fyrstu ljósmæðrunum sem hefur lokið sérstöku námskeiði og fengið tilskilið leyfi. Athyglisvert er að enn eru ýmsar kerfishindranir í veginum til að það nýtist til fulls og því lítil reynsla komin af þessari þjónustu fyrir konur.

Fagrð ljósmæðra var stofnað á kvenna- og barnasviði Landspítala 2008 í kjölfar þess að gerður var sérstakur samstarfssamningur milli Háskóla Íslands og Landspítala. Samkvæmt samkomulagi sem gert var á síðasta ári í framkvæmdastjórn er fagrðíð vettvangur til að

þróa og efla ljósmæðraþjónustu, kennslu og rannsóknir á Landspítala í samstarfi við námsbraut í ljósmóðurfræði í Háskóla Íslands. Til upplýsingar fyrir stéttar- og fagfélaga er ársskýrsla ráðsins 2020-2021 sem nú heitir Fagrð um ljósmæðraþjónustu á Landspítala birt í Ljósmaðrablaðinu enda er Landspítallinn stærsti vinnustaður og kennslustofnun ljósmæðra og skýrslan um margt lýsandi fyrir það sem efst er á baugi á sviði ljósmóðurfræða.

Sérfræðinám og sérfræðileysi í ljósmóðurfræði er einnig í deiglu. Við það að nám ljósmæðra til starfsréttinda breyttist og því ljúki nú með meistaraþráðu þarf að endurskoða sérfræðireglugerð stéttarinnar. Vinnuhópur sem stofnaður hefur verið kynnir hugmyndir sem eru í gangi. Hópurinn hvetur til umræðu og leitar til ljósmæðra um þeirra sýn, hver sé þörfin á sérfræðiþekkingu og hvernig tilhögun sérfræðipjálfunar ætti að vera á starfsvettvangi.

Í hugleiðingum ljósmóður, föstum þætti blaðsins, deilir Anna Guðný Hallgrímsdóttir eigin reynslusögu af brjóstagiðf þriðja barns. Hún bendir á að vandræði með brjóstagiðf komi ekkert endilega fram á fyrstu dögnum og á mikilvægi þess að geta leitað aðstoðar í heilsugæslunni og jafnvel fengið tilvísun til brjóstagjafaráðgjafa. Eins að ekki sé hægt að gera ráð fyrir því að brjóstagiðf gangi vel þó þær fyrri hafi gert það. Hver brjóstagiðf er ólík annarri, alveg eins og fæðingin. Einlæg frásögn Önnu Guðnýjar sýnir einnig nauðsyn þess að ljósmóðir sem eignast barn fái fyrst og fremst að vera móðir en ekki ljósmóðir á þeim tímamarki þegar erfiðleikar koma upp og hversu ánægjulegt það er þegar ráð brjóstagjafaráðgjafa duga.

Ljósmaðrablað þessa árs eru 99. árgangurinn. Næsta ár fagnar blaðið 100 ára afmæli með hátíðarútgáfu, breyttri hönnun og útliti. Útgáfa blaðsins hefur verið samfelld og er það elsta á Íslandi sem gefið er út af konum, auk þess að vera eitt það elsta sem fjallar um heilbrigðismál. Ljósmaður geta verið stoltar af blaðinu sem kemur þekkingu á framfæri um eitt það merkilegasta í lífinu sem við eigum öll sameiginlegt - að verða til og fæðast.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, ritstjóri.

NÝJUNG

FER BETUR
MEÐ HÚÐINA



EFNI SEM
ANDA ALLAN
HRINGINN

Ný Libero Touch

Efni sem andar allan hringinn
og fer betur með húðina

NÝJUNG
mittisteygja
sem andar

NÝJUNG
teygjanlegur
hliðarflípi
sem andar

NÝJUNG
vasi sem
andar

Efni sem
andar allan
hringinn

Bleyja sem andar allan hringinn
myndar ekki jafn mikinn hita og raka =
fer betur með húðina.



Libero®

FORMANNSPISTILL

Það er með mikilli ánægju sem ég sit hér í lok árs að skrifa pistil formanns. Þessir níu mánuðir frá því að ég tók við embætti hafa verið ansi viðburðaríkir og skemmtilegir með mörgum ólíkum verkefnum. Það er margt sem ég hef lært, en ennþá meira sem á ég eftir ólært. Sérstaklega ljúft hefur það verið að mynda aftur tengsl við ljósmæður og kynnast nýjum ljósmæðrum sem ég hef ekki áður hitt.

Ég var satt að segja búin að gleyma því eða ekki búin að átta mig fyllilega á því áður hvað ljósmæður eru öflug stétt. Þær konur sem velja sér þennan starfsvettvang eru sterkar, vel menntaðar konur og algjörir töffarar. Á þetta verð ég minnt á hverjum degi.

En það er margt sem gera þarf til að bæta starfsaðstæður ljósmæðra. Bind ég miklar vonir við nýjan heilbrigðisráðherra, sem hefur það orðspor að koma hlutum í verk. Síðastliðið sumar var erfitt, með auknum verkefnum á öllum vígstöðvum og ónógum mannskap. En það stendur vonandi til bóta og eins og er bendir ekkert bendir til þess að næsta sumar verði eins þungt. Við verðum að minnsta kosti að hafa þá trú.

Þrátt fyrir mikið álag stóðu ljósmæður þetta af sér eins og oft áður, enda sterkar konur. En þessi auknu verkefni hjá fámennri stétt virðast ekki koma í veg fyrir að ljósmæður láti til sín taka á öðrum sviðum eða taka að sér önnur mikilvæg verkefni.

Þann 5. maí síðastliðinn á Alþjóðadegi ljósmæðra þegar breyta þurfti áætlunum varðandi hátíðarhöld og halda ráðstefnu í Zoom-fundi kom það berlega í ljós hvað ljósmæður höfðu verið afkastamiklar á tímum heimsfaraldursins. Ljósmæður höfðu aldeilis ekki setið auðum höndum, utan sinna hefðbundnu starfa þar sem þær hafa gefið út bækur, alls konar fræðslufni, stofnað fyrirtæki til að sinna barnshafandi konum í neyslu o.fl., o.fl. Dagskráin þetta kvöld var fljót að fyllast og hefði verið hægt að hafa mun lengri, því af nægu var að taka. Eins var mjög gaman að heyra frá ljósmæðrum sem starfa erlendis sem lýstu sínum starfsaðstæðum á Covid tímum. Margt mjög ólíkt því sem var að gerast á Íslandi.

Í haust höfum við haldið tvo Zoom-fræðslufundi þar sem gangsetningar voru umræðuefni fyrra kvöldið og áföll í starfi það seinna. Þessi fræðsla var í boði ljósmæðra sem hafa aflað sér aukinnar þekkingar á viðkomandi sviðum, með rannsóknum, meistaraverkefnum og gerð verklagsleiðbeininga. Það var eins með þessi fræðslukvöld, dagskráin hefði getað verið mun lengri. Eins var virkilega ánægjulegt hversu margar ljósmæður mættu á fundina af öllu landinu.

Stjórn Ljósmæðrafélags Íslands stefnir því á það að halda áfram með Zoom-fundi annan hvern mánuð í vetur og er stefnt á næsta fund í lok janúar. Þetta er góð leið fyrir okkur ljósmæður til að sameinast eina kvöldstund hvar sem við erum staddar.



Unnur Berglind Friðriksdóttir,
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

Stjórn Ljósmæðrafélags Íslands hefur nú gert samning við Áfalla- og sálfræðimiðstöðina fyrir hönd okkar félagsmanna sem verða fyrir áföllum í starfi. Samningurinn felur í sér að ljósmæður fái forgang í viðtöl og tíma sem fyrst. Nokkrir sálfræðingar við stöðina munu sérhæfa sig í störfum ljósmæðra og starfsumhverfi okkar. Áfalla- og sálfræðimiðstöðin hefur starfsstöð í Kópavogi og notar einnig samskiptaforritið Kara Connect og getur því veitt ljósmæðrum um allt land þessa sérhæfðu þjónustu. Við hlökkum til samstarfsins, en nánari kynning á þjónustunni er að finna í þessu blaði.

Kjaramál koma til með að taka meira pláss í mínum störfum næstu mánuði. Það á eftir að gera stofnanasamninga við átta heilbrigðisstofnanir utan Landspítala, þar sem ljósmæður starfa. Stofnanasamningurinn við Landspítala var yfirfarinn í desember 2020. Gerð var smávægileg breyting á starfsþróunarkerfinu nú í sumar til að koma til móts við og meta betur þær breytingar sem orðið hafa á námi ljósmæðra sem nú er meistaranám til starfsréttinda.

Undirbúningur fyrir samninga árið 2023 er þegar hafinn og er markmiðið að sá samningur taki við af núverandi samningi, sem vonandi gengur eftir. Í nýjum stjórnarsáttmála kemur fram að stefnt sé að því að stuðla að bættum vinnubrögðum og aukinni skilvirkni við gerð kjarasamninga.

Á næsta ári verður skoðað hverju verkefnið Betri vinnutími hefur skilað ljósmæðrum. Til stendur m.a. að senda út skoðanakannanir til félagsmanna fljótlega eftir áramót, sem ég vil hvetja ykkur til að svara. Þó margt gott hafi áunnist við þessar breytingar, þá er einnig margt sem má laga. Því er gott að heyra frá ykkur hvað helst má bæta.

En ég fer full tilhlökkunar og bjartsýni inn í næsta ár þar sem mörg spennandi verkefni bíða úrlausna til að bæta hag ljósmæðra alls staðar á landinu og hlakka ég til áframhaldandi samstarfs við ykkur.

Unnur Berglind Friðriksdóttir, formaður.

ERLENT SAMSTARF

Fundir með Alþjóðasamtökum ljósmæðra, ICM (International Confederation of Midwives) hafa verið rafrænir á þessu ári, sem þrátt fyrir sínar takmarkanir hefur þó gert mér kleift að mæta á þá alla. Fundað hefur verið í Evrópu-deild ICM, Norður-Evrópu-deildinni og einnig var haldinn einn minni fundur á vegum ICM þar sem Ísland raðaðist með Slóveníu, Tékklandi og Tadsjikistan (sem reyndar mættu ekki á fundinn).

ICM vinnur þessa stundina í mikill innri endurskoðun og endurskipulagningu í því skyni að efla starf sitt, veita betri þjónustu til aðildarfélaga og styrkja þannig betur alþjóðasamfélag ljósmæðra og samstarf ljósmæðra. Þáttur í þeirri vinnu var t.d. skoðanakönnun sem var send á ykkur fyrir nokkrum vikum síðan þar sem kom í ljós að 89% ljósmæðra töldu skort á ljósmæðrum helsta vandamál ljósmæðra. Launin voru í öðru sæti og skortur á stefnumótun í því þriðja.

ICM áætlað að um 900.000 ljósmæður vanti í heiminum, þar af um 5.000 í Evrópu. Aðrar breytingar sem ICM stefnir á að innleiða á næsta ári er t.d. að vera með öflugra Facebooksíðu þar sem Evrópa verður með sérhóp og að stofna hópa á samskiptaforritinu Whatsapp. Fjölga á fundum og fréttabréfum sem verða með aukinni áherslu á hvert svæði fyrir sig.

IMU (International Midwives Union), forveri ICM, var stofnað 1922 og því heldur ICM upp á 100 ára afmæli sitt á næsta ári. Það verður gaman að fylgjast með fyrirhuguðum breytingum og uppákomum hjá þeim en hápunkturinn verður í kringum Alþjóðlegan

dag ljósmæðra þann 5. maí. Ennþá er miðað að því að halda ICM ráðstefnu á Balí í júní 2023.

Í Evrópu eins og hér á landi hafa ljósmæður áhyggjur af sjúkdómsvæðingu barneignarferlisins og telja það stærstu áskorun ljósmæðra í dag. Umræða hefur myndast í kringum þær áhyggjur að ljósmæður sem útskrifast nú þekki ekki lengur ferli eðlilegra fæðinga og að fæðingar geti tekið langan tíma, því inngríp, eins og gangsetningar og örvun með lyfjum hafi aukist svo mikið. Það er í raun umhugsunarvert að verklagsreglur, eins og til dæmis um gangsetningar, eru innleiddar á grundvelli túlkana á eldri niðurstöðum rannsókna. Verklagi er ekki breytt þó að nýjar rannsóknir sýni ekki fram á betri útkomu fyrir móður og barn. Þá virðist ekki vera hægt að innleiða þjónustuform sem felur í sér samfellda þjónustu, þrátt fyrir að allar rannsóknir sýni fram á mun betri útkomu í slíku kerfi. Ljósmæður og það sem þær standa fyrir verða að fá aukið vægi.

Seinni fundur norrænu samtakanna NJF á árinu var staðfundur í Kaupmannahöfn. Það var gaman að ná að hitta aðra formenn í persónu og mynda tengsl við þá, ólíkt því sem gerist á netfundi. Mikil umræða var einnig þar um gangsetningar og hversu mikið þeim hefur fjölgað.

Norræn ráðstefna ljósmæðra verður haldin í byrjun maí 2022 í Helsinki. Vonandi komast sem flestar ljósmæður til Finnlands.

Unnur Berglind Friðriksdóttir, formaður.



Frá NJF fundinum í Kaupmannahöfn.

ONE TIT WONDER

Ég reyndi að vefa. Sonur minn var 5 mánaða og ég var með fæðingarþung-lyndið mitt og gommsu af garni inni á klósetti um miðja nótt, af því þar var besta ljósið og satt besta að segja, eini staðurinn þar sem ég gat átt mig sjálf í eitt augnablik. Mér leið eins og ég væri að drukkna og það eygði ekki í land. Þræðirnir - um tíma - voru það eina sem héldu mér gangandi. Mjög fljótlega áttaði ég mig á því að ég væri ekki nógu þolinmód né skipulögð til þess að fá fylli mína í vefnaði.

Þá uppgötvaði ég hina heitt elskuðu *Oxford Punch* nál sem ég nota í verkum mínum í dag. Aðferðin líkist helst flosi.



Margrét Rut Eddudóttir,
listakona

Myndefnið er feminískt og miðillinn kallast á við arfleifð hefðbundinnar kvennavinnu. Sjálfræði er undirtónn þeirrar myndlistar sem ég vann á þessu tímabili. Sjálfræði kvenna yfir eigin líkama. Þess skal getið að þetta sjálfræði gerði mér einnig kleift að eiga bæði börnin mín heima með ómetanlegri aðstoð ljósmæðra sem leyfðu mér að stýra ferðinni. Í dag vinn ég að mestu með textíl, pastelliti og skúlptúra sem mér finnst mynda áhugavert samtal. Það gerist ekki oft þessa daga að ég vinni verk mín inni á klósetti. Nú þegar ég hef stigið ölduna einu sinni, ef ekki tvisvar, þá veit ég með vissu að neyðin kennir naktri konu að spinna.



NÁMS- OG STARFSFERILL

Margrét Rut Eddudóttir er menntaður sjúkraliði og útskrifaðist með BA gráðu úr myndlistardeild Listaháskóla Íslands árið 2010. Nýlega flutti hún heim frá San Francisco en hún hefur þó haldið árlegar sýningar heima á sumrin síðan árið 2014. Núna í desember 2021 útskrifast hún úr Tækniskólanum með skipstjóraréttindi á 15 metra smáskip. Bindur hún vonir sínar við að sigla um höfin blá eftir áramót. Síðustu einkasýninguna hélt Margrét hjá Gallerí Fold í september árið 2020 og verður hún aftur með sýningu þar sumarið 2022.

Ást



Hröð
virkni

Þetta þarf ekki að vera sárt.

Móðurástin getur verið yfirpyrmandi. Það er auðvelt að gleyma að það er jafn mikilvægt að hugsa um sig sjálfa og að hugsa um barnið sitt. Ef þér sem móður líður vel eru miklar líkur á að barninu þínu líði vel. Þess vegna er gott að takast á við erfiðu hlutina sem tengjast því að verða móðir eins og sárar geirvörtur. Staðreyndin er að um 80% af mæðrum upplifa sárar, bólgnar eða sprungnar geirvörtur við brjóstagjöf. Multi-Mam kompressurnar meðhöndla sárar geirvörtur með græðandi og kælandi áhrifum og styðja við náttúrulegan sárgróanda. Skaðlaust fyrir barnið og inniheldur einungis náttúruleg innihaldsefni.

Sjá nánar á www.alvogen.is og www.multi-mam.com

Multi-Mam Betra upphaf

 **Alvogen**

25 ÁRA AFMÆLISHÁTÍÐ NÁMSBRAUTAR Í LJÓSMÓÐURFRÆÐI

Á þessu ári fagnar námsbraut í ljósmóðurfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 25 ára afmæli. Haldið var upp á daginn þann 15. október með hátíðardagskrá í Veröld – húsi Vigdísar. Ávörp og erindi voru flutt. Helga Gottfreðsdóttir námsbrautarstjóri setti afmælishátíðina og Jón Atli Benediktsson, rektor Háskólans og Herdís Sveinsdóttir, deildarforseti Hjúkrunarfræðideildar fluttu ávörp. Herdís sagði m.a. frá því að samþykkt hefði verið í Háskólaráði að nýtt heiti deildarinnar yrði Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild sem geri ljósmóðurfræðina sýnilegri innan Háskólans, enda hefur fræðasamfélag ljósmæðra byggst upp með glæsibrag þessi 25 ár. Fulltrúar nemahópa, þess fyrsta sem hóf nám í janúar 1996 og þess sem útskrifaðist síðastliðið vor, héldu erindi, þær síðarnefndu um „besta nám í heimi“. Ólöf Ásta Ólafsdóttir sagði frá flutningi námsins í Háskólann og fyrstu árunum, Hildur Kristjánsdóttir fjallaði um nám ljósmæðra og samfélag og Ingibjörg Eiríksdóttir um hlutverk umsjónarljósmæðra og þróun þekkingar í starfi. Í lokin var tónlistartriði flutt af Jóhanni Kristófer Stefánssyni. Emma Marie Swift var fundarstjóri.



LJÓSÁR Í LÍFI KVENNA

Ávarp á 25 ára afmælishátíð ljósmóðurnáms
innan Háskóla Íslands 15. október 2021

Gleðilega hátíð kæru félagar.

Ég flyt ykkur kveðju ljósmæðranna sem hófu nám fyrir 25 árum og skipuðu fyrsta útskriftarhóp ljósmæðra frá Háskóla Íslands árið 1998. Upp numdar við þessi tímamót - fyrsti útskriftarhópur ljósmæðra úr Háskóla Íslands - klæddumst við allar peysufötum við útskriftina, til heiðurs íslenskum ljósmæðrum. Okkur hefur heldur ekki leiðst að vera kallaðar peysufataljósmæðurnar síðan.

Þetta ávarp gæti fjallað um kollvörpun á námi ljósmæðra en ég trúi að aðrar fjalli um það hér í dag. Við gætum líka notað tímann í nostalgíu og hlegið að tíðaranda þess tíma og tækni. Það gæti líka fjallað um eldhug ungra ljósmóðurnema sem trúðu að þeirra innlegg myndi umbylta ljósmæðraþjónustu til framtíðar. En það er gömul saga og ný.

Við treystum því að ljósmóðurnemar séu róttækir, hver ætti að vera það ef ekki þær? Og við vitum líka að yngstu ljósmóðrunum þykir fátt eins gamaldags og eldri ljósmæður, það er að segja ef þær eru ekki orðnar það gamlar að þær eru komnar í virðingarflokk - einskonar verndunarflokk.

Nú erum við, peysufataljósmæðurnar, komnar í flokk eldri ljósmæðra - en þó ekki komnar í verndunarflokkinn. Og í hvað fara svo 25 ljósmæðraár - eða eigum við að segja, ljósár? Það vita margar hér inni.

Þó þá hafi bókstaflega verið önnur öldin, voru ljósmæður að reyna að ná til kvenna með fræðslu og valdeflingu eftir öllum færum leiðum, eins og nú. Ljósmæður eru nefnilega alltaf að reyna að nálgast konur til að styrkja þær og það breytist ekki. Nálgunin er fagleg umhyggja til að styrkja konur í verkefnum sínum. Leiðirnar eru fleiri og færari nú en samkeppnin er líka meiri við ófaglegt efni og aðra froðu.

Viðfangsefni ljósmæðra endurspeglar líka samfélagslega umræðu í gegnum tíðina, t.d. landvinninga í jafnréttisbaráttu, hverjir sem þeir eru þá stundina. Fyrir 25 árum snerist jafnréttisbaráttan milli kvenna og karla og útskriftarverkefni ljósmóðurnema þá endurspegluðu það, auk þess sem mikla áherslu mátti sjá á réttindi kvenna, einstaklingshæfða nálgun í starfi og mikilvægi þess að trufla ekki fæðingarferlið.

Nú fjalla útskriftarverkefni ljósmóðurnema um stuðning við konur í barneignarferli og stöðu kvenna af erlendum uppruna, flóttakvenna og kvenna úr minnihlutahópum. Gömul saga og ný - aðrir tímar, sama stef.



Guðlaug Einarsdóttir,
ljósmóðir og skrifstofustjóri í heil-
brigðisráðuneytinu

Ljósmæður hafa í gegnum tíðina verið með puttann á púlsinum í þágu kvenna og fjölskyldna þeirra og beita sér óspart í því. Réttindabaráttu fyrir þjónustu við ósjúkra-tryggðar konur eða skaðaminnkandi nálgun og stuðningur við konur sem standa höllum fæti í samfélaginu (t.d. vegna vímuefnavanda), má heimfæra upp á skaðaminnkandi leiðir ljósmæðra fyrr á öldum - eins og smávægilega beygingu á faðerni barna ógiftra vinnukvenna sem máttu sín lítils gagnvart húsbændunum - hér vitna ég til Þórdísar Simonardóttur ljósmóður á Eyrarbakka sem var óþreytandi í baráttumálum kvenna - svo róttæk að hún var rekin úr Kvenfélaginu.

Mörg viðfangsefni eru þau sömu nú og fyrir 25 árum, eða þá kannski 250 árum - aðrir tímar, sama stef. Rauði þráðurinn er alltaf stuðningur við konur og réttur þeirra - konumiðuð nálgun - ljósmæður mæta

konum og fjölskyldum þeirra þar sem þær eru staddar á hverjum tíma.

Okkar miðaldra hópur peysufataljósmæðra sýnir að ljósmæður geta unnið á ýmsum vettvangi en alls staðar hafa þær ljósmóð-urhjartað með sér og þá þekkingu sem það geymir og gerir þær hæfari til að vinna að sömu baráttumálum í þágu jafnréttis fyrir konur og fjölskyldur þeirra. Stærstur hluti hópsins hefur unnið klíniska vinnu, staðið vaktina og verið þar með konum á ýmsum stöðum í barneignarferlinu, landfræðilega og líffræðilega, bæði innan og utan stofnana, hérlandis sem erlendis, landsbyggð sem höfuðborgarsvæðið.

Dr. Valgerður er „akademikerinn“ í hópnum sem í gegnum tíðina hefur skrifað um og beitt sér í stuðningi við konur, sér í lagi viðkvæma hópa kvenna og lagt sitt af mörkum við uppeldi nýrra ljósmæðra. Svo er það stjórnsýslan, þar sem ég hef beitt mínum kröftum lengst af. Það er ekki síst mikilvægt fyrir ljósmæður, eins og aðrar konur, að taka sér sæti við borðið þar sem ákvarðanir eru teknar. Taka sér sæti, segi ég, því þar er engum boðið til sætis - það er konum hollt að hafa í huga.

Þessi 25 ár í ljósmæðraþjónustu, hafa því ekki bara liðið - jafnvel þó að við myndum margfalda þau með fjöldanum í hollinu okkar sem telur átta ljósmæður, þá eru þessi 200 ár sem ljósár í lífi kvenna og þeirra ljósmæðra sem standa þeim við hlið - aðrir tímar, sama stef.

Til hamingju með afmælið og takk fyrir mig.

AÐ TAKA Á MÓTI FJÖLBURUM Í TORFBÆJUM

Kennslubækur yfirsetukvenna á Íslandi á 18. og 19. öld.

Frá árinu 1761 hefur verið skipulagt nám í ljósmóðurfræðum á Íslandi. Fyrst voru það yfirsetukonur sem menntuðu aðrar yfirsetukonur en með yfirsetukvennalögnum frá 1875 voru kennarar og prófdómarar þeirra landlæknir og héraðslæknar í kaupstöðum. Námstími var þá aðeins 3 mánuðir, enda vitneskjan á mannslikamanum og fösturfræði ekki eins mikil og nú á tímum. Aðeins tuttugu árum síðar var náminu aftur breytt og gátu ljósmæður þar með valið að taka prófið annað hvort úti í Kaupmannahöfn eða hjá kennara Læknaskólans í Reykjavík. Árið 1909 var námstíminn lengdur í 6 mánuði og fjórum árum síðar var Yfirsetukvennaskóli Íslands stofnaður. Nemendur í yfirsetukvennanámi áttu að vera konur á aldrinum 18 til 36 ára, fulllæsar og skrifandi, með óspillt siðferði og læknisvottorð um líkamlegt heilbrigði.

INNGANGUR

Fyrir nokkrum árum skrifaði ég ritgerð í námi í sagnfræði við Háskóla Íslands um fjölburafræðingar á Íslandi á árunum 1876 – 1899. Þar las ég mér til um þær kennslubækur sem kenndar voru í yfirsetukvennafræði á 18. og 19. öld og hvernig fjallað var um fjölburafræðingur og fæðingar í þessum ritum. Hér á eftir verður farið yfir hverjar þessar bækur voru, hvaða vitneskju þær höfðu að geyma um fæðingar með áherslu á fjölburafræðingar og hvernig vitneskjan varð meiri eftir því sem tíminn leið.

ÞRÓUN Á ÞEKINGU UM FJÖLBURAFÆÐINGAR

Árið 1768 ól Guðrún Eiríksdóttir, húsfreyja í Hlíðarhúsum á Seltjarnarnesi, tvíbura eftir 28 vikna meðgöngu. Sú fæðing er fyrsta heimild sem skráð er í skýrslu læknis hér á landi, eins og fram kemur í doktorsritgerð Erlu Dórisar Halldórsdóttur, *Fæðingarhjálp á Íslandi* 1760-1880. Bjarni Pálsson (1719-1779), fyrsti landlæknir Íslands, var kallaður að Hlíðarhúsum er fæðing hófst hjá Guðrúnu. Á þessum tíma var engin leið að vita hvort að kona gengi með fleiri en eitt barn og vissi því enginn að Guðrún bæri tvíbura undir belti. Rúmum 130 árum síðar, þann 13. október 1897, tók Þórunn Ástríður Björnsdóttir (1859-1935) ljósmóðir í Reykjavík á móti tvíbúrum, dreng og stúlku. Þar sem þykkt móðurinnar var talsverð grunaði Þórunni að um tvíburafræðingu væri að ræða. Hún þreifaði því á kvið konunnar og fann móta fyrir tveimur höfuðum sem lágu niður á við. Þórunn kom aftur að tvíburafræðingu tveimur árum síðar, þann 14. mars 1899, er hún var sótt til konu í heimahúsi í Reykjavík. Kviðarmálsþykkt konunnar var ekki mikil en er Þórunn lagði hlustunarpípu sína að kvið hennar heyrði hún tvö hjartahljóð.

Eins og lýsingar á þessum þremur fæðingum bera með sér hafði þekking á tvíburafræðingum aukist nokkuð á 18. og 19. öld. Í lok 19. aldar gátu ljósmæður með notkun hlustunarpípu greint hvort kona gekk með eitt barn eða fleiri. Frá árinu 1817 áttu ljósmæður af hafa ákveðin áhöld með sér til fæðandi kvenna. Það voru þvaggpípa úr silfri til að taka þvag, stólpípa til að mýkja hægðir fyrir fæðingu, svo að hún gengi betur fyrir sig, og bildur úr messing til að taka fæðandi konu blóð. Þar að auki áttu þær að hafa loftblásturspípu til þess að blása lofti í lungu líflausra nýfæddra barna og fæðingarstól, en þar sem hann var fyrirferðarmikill gátu eingöngu ljósmæður í þéttbýli fengið hann. Það liðu þó 12 ár þar til fyrsta ljósmóðirin fékk eitt af þessum áhöldum (1829). Það var er ljósmóðir í Reykholtsstökn í Borgarfjarðarsýslu fékk stólpípu til afnota. Árið 1843 fór landlæknir Íslands loksins að útdeila fleiri áhöldum til ljósmæðra og að lokum barst hlustunarpípan til landsins er liða tók á 19. öldina.

SEX KENNSLUBÆKUR OG SAMEIGINLEG RÁÐ TIL AÐ ÞEKKJA FJÖLBURAMEÐGÖNGU

Á 18. og 19. öld komu alls út sex bækur í yfirsetukvennafræðum á íslensku, sú fyrsta árið 1749 og sú síðasta árið 1900.

1. *Sá nýi yfirsetukvennaskóli: Eður stutt undirvísun um yfirsetukvennakunstina* eftir danska fæðingarlækninn Balthazar Johan de Buchwald (1697-1763). Gefin út á íslensku á Hólum í Hjaltadal, í þýðingu séra Vigfúsar Jónssonar í Hótardal í Mýrasýslu, árið 1749.
2. *Stutt ágrip af yfirsetukvennafræðum* eftir danska fæðingarlækninn Matthias Saxtorph (1740-1800). Gefin út á íslensku úti í Kaupmannahöfn, í þýðingu Jóns Sveinssonar (1752-1803) landlækni Íslands, árið 1789.
3. *Kennslubók handa yfirsetukonum* eftir Carl Edvard Marius Levy (1808-1865). Þýdd yfir á íslensku af Gunnlaugi Þórðarsyni læknanema í Kaupmannahöfn árið 1846.
4. *Kennslubók handa yfirsetukonum* eftir Carl E. M. Levy endurútgefin, aukin og endurbætt af Asger Snebjørn Nicolai Stadfeldt (1830-1896), prófessor í fæðingarhjálp í Kaupmannahöfn, árið 1871.
5. *Kennslubók handa yfirsetukonum* eftir Carl E. M. Levy endurútgefin, aukin og endurbætt af Asger S. N. Stadfeldt (1830-1896), prófessor í fæðingarhjálp í Kaupmannahöfn, árið 1886.
6. *Ljósmóðirin: Kennslubók handa yfirsetukonum* eftir Asger S. N. Stadfeldt. Þýdd og sérstaklega hönnuð eftir þörfum ljósmæðra á Íslandi af Jónasi Jónassen, þáverandi landlækni á Íslandi.



Allir höfundarnir voru sammála um það að ekki væri hægt að vita fyrir vist að kona gengi með tvíbura nema í fæðingunni sjálfri. Þó bentu Saxtorph, Levy og Stadfeldt á að yfirsetukonur ættu að hafa nokkur atriði í huga þegar þær vitjuðu sængurkvenna. Þau voru: að athuga hvort að kviðarþykkt konunnar væri mjög mikil, hvort kviðurinn væri harður og hálfullur eða ef að dæld var á honum miðjum og þykktir beggja vegna við. Ef konan hafði verið mjög veik á meðgöngunni. Ef að barn sem þegar var fætt var mjög lítið.

Ef að ljósmóðirin fann fyrir fleiri hinnum eða öðrum belg koma í fæðingarveginum. Ef að sængurkonan fann hreyfingar á fleiri en einum stað eða að hriðir tækju sig upp aftur eftir að hún var búin að fæða eitt barn. Saxtorph benti þá sérstaklega á það einkenni sem oft fylgir fjölburafræðingum og ætti að gefa yfirsetukonum skýrt til kynna að von væri á tvíbúrum: Ef að annað föstur kemur í ljós í fæðingarveginum.

Buchwald, Levy og Stadfeldt minnst allir á í bókum sínum að yfirsetukona purfi að gæta þess að binda alltaf fyrir fyrri naflastrenginn þar sem að ef annað barn eða fleiri séu eftir þá sé hætt á að börnin sem eftir eru deyji.

Saxtorph og Stadfeldt voru sammála um það að fæðing fyrra/ fyrsta barns af fjölbúrum gengi mun hægar fyrir sig en er kona gengi

aðeins með eitt barn. Þá tók Stadfeldt það fram að það væri vegna þess að úþpenslan á leginu væri þá mikil og þar af leiðandi litlir samdrættir. Saxtorph benti einnig á að tvíburar/fjölbura kæmu oftast tveimur til þremur vikum fyrir tímann.

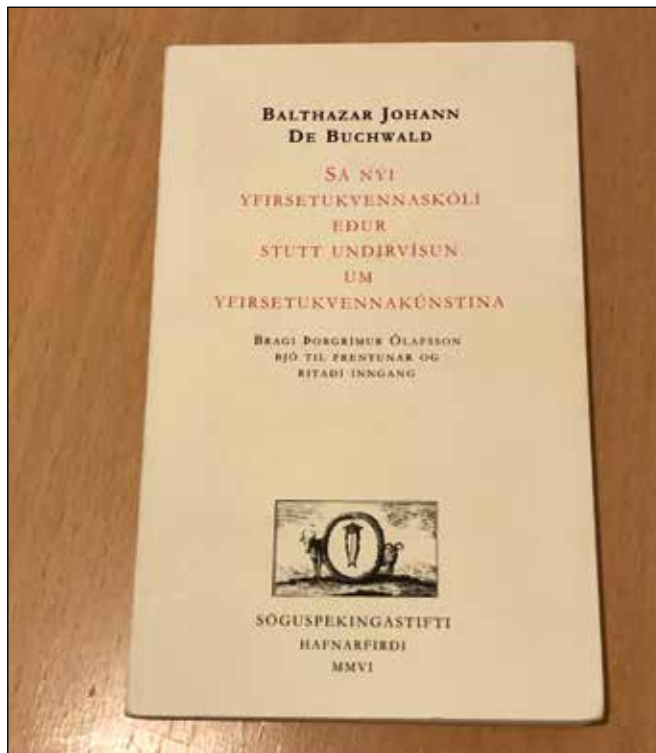
KENNSLUBÆKUR HANDA YFIRSETUKONUM EFTIR LEVY ENDURBÆTTAR AF STADFELDT

Það er ekki fyrr en árið 1871, er *Kenntubók handa yfirsetukonum* eftir Levy kemur út í bættri útgáfu af hendi Stadfeldt, sem farið er að fjalla um hvernig ljósmóðir geti fundið út að um fjölbura sé að ræða aðeins fyrr en í sjálfri fæðingunni. Þó hafði Levy minnst á það

í upprunalegu bókinni frá 1846 að kona gæti vitað að hún ætti von á fjölburum, ef hún hefði fundið fyrir ósamstæðum hreyfingum á fleiri en einum stað. Stadfeldt skrifar árið 1871 að hægt sé að segja til um hvort fleiri en eitt fóstur sé með því að hlusta eftir hjartslætti þeirra. Hann skrifar að erfitt sé að greina í sundur hjartslættina en ef að þeir heyrist beggja megin í kviðnum þá sé hægt að segja með vissu að um tvíbura sé að ræða. Fimmtán árum síðar, 1886, bætir hann við að von yfirsetukona geti reynt að þreifa eftir tveimur höfuðum. Það má sjá í bók Stadfeldt *Ljósmóðirin, kenntubók handa yfirsetukonum* sem kom út árið 1900 á Íslandi, að töluverð þróun hefur átt sér stað í ljósmóðurfræði á þeim 150 árum sem liðu frá útkomu fyrstu bókarinnar í yfirsetufræðunum eftir Buckwald. Stadfeldt skrifar að hægt sé að sjá hvort kona eigi von á tvíburum ef kviður hennar er fyrirferðarmikill eftir að eitt barn er fætt og legið óslétt og hnúskótt. Þá skuli ljósmóðir búa sig undir það að seinna barnið geti borið að á hlið þar sem að mikið rými myndast fyrir það eftir að fyrri barnið er fætt. Hann bendir einnig á að erfitt geti verið fyrir ljósmóður að taka á móti fjölburum ef útlímur af sitt hvoru barninu komi saman niður í fæðingarvegin. Eins geti verið erfitt ef að börnin læsa saman hökum, það er ef að fyrri barnið ber að með fætuma fyrst og það síðara með höfuðið. Þá geti ljósmóðir lent í því að er fyrri barnið sé dregið út geti haka þess farið undir höku hins og festist fyrri barnið þá þar.

EINEGGJA TVÍBURAR

Það sem vekur athygli í öllum þessum kenntubókum fyrir ljósmæður er að aldrei er fjallað um að tvíburar geti deilt fylgju sem og himnum. Í raun er sérstaklega tekið fram í öllum bókunum að tvíburar hafi sér himnu, belgi og fylgiur en Buckwald og Stadfeldt benda á að það geti virst sem fylgiurnar séu ein þar sem þær eiga það til að loða saman og deila æðum. Þegar kemur fram á 20. öldina kemur fram aukin þekking um tvíbura á meðgöngu í bók Þórunnar Á. Björnsdóttur ljósmóður sem starfaði í Reykjavík, *Nokkrar sjúkrasögur: Úr fæðingabók Þórunnar Á. Björnsdóttur ljósmóður*. Bókin spannar árin 1887-1929. Þar tekur hún meðal annars fram hve margar himnur og fylgiur fylgdu þeim tvíburum sem hún tók á móti. Í einu tilfelli skráir hún í bók sína að hún furðaði sig á að fæðst hefði ein fylgja hjá pilti og stúlku. Í dag er vitað að það getur ekki staðist og það virðist sem Þórunn hafi vitað að tvíburar deildu oft fylgju og himnu/himnum ef að þeir voru af sama kyni. Þórunn notar orðin „tvíblöma egg“ í lýsingum sínum og að börnin hafi verið í sama eggi. Hún á líklega við að börnin hafi deilt sömu ytri himnu. Þórunn hefur því haft einhverja vitneskju um að tvíburar gætu verið eineggja. Þann 1. apríl árið 1927 tók Þórunn á móti tveimur litlum stúlkum í Reykjavík. Þær voru báðar liflitlar við fæðingu og dó önnur þeirra þrátt fyrir lifg-unartilraunir. Þórunn telur að ástæðan fyrir því að stúlkun lést hafi verið sú að naflastrengur systur hennar var snúinn þétt um hennar eigin streng.



Það sem Þórunni þótti merkilegt við fæðingu stúlkunnar var einmitt það að börnin deildu hvort tveggja ytri og innri himnu í móðurkviði. Þetta var í fyrsta og eina skiptið sem að hún rakst á slíkt.

LOKAORÐ

Það er því margt sem hefur breyst í heimi ljósmæðra frá upphafi stéttarinnar á Íslandi, til að mynda kom starfsheitið ljósmóðir ekki fram fyrr en árið 1924 er ný lög voru sett um skólann og námstími meðal annars lengdur í 9 mánuði. Eitt af því sem hefur breyst í námi ljósmæðra eru kenntubækurnar og þar með vitneskjan sem hver útskrifuð ljósmóðir býr yfir. Ljóst er að tvíburafæðingar nú á tímum og heimaefæðingar eru allt aðrar en þær voru hér áður. Aukin vitneskja og betri húsakostur almennings hafa gert konum kleift að eiga börn sín í mun öruggara umhverfi en gafst í baðstofum torfbæjanna hér á Íslandi.

Brynhildur Lea Ragnarsdóttir, sagnfræðingur.

HEIMILDIR

Óprentaðar heimildir:

Handritadeild Landsbókasafn – Háskólabókasafn (Lbs.-Hbs.) Erla Dóris Halldórsdóttir, *Fæðingarráðgjafi á Íslandi 1760-1880*. Ritgerðir til doktorsprófs í sagnfræði við Háskóla Íslands. Hugvísindasvið: Háskóli Íslands, 2016.

Prentaðar heimildir:

- Buchwald, Balthazar Johan de, *Sá nýi yfirsetukvennaskóli eður stutt undirvísun um yfirsetukvennakunstina*. Hafnarfjörður; Söguspekingastifti, 2006.
- Levy, C. E., *Kenntubók handa yfirsetukonum*. Snúin á íslensku eftir ráðstöfun kansallísins af Gunnlaugi Þórðarsyni stud. medic & chir. Kaupmannahöfn, 1846.
- Levy, C. E. *Kenntubók handa yfirsetukonum*. Aukin og endurbætt af Dr. A. Stadfeldt. Jónas Jónassen, lækni í Gullbringu- og Kjósarsýslu hefur séð um útgáfu bókarinnar á íslensku. Reykjavík: Einar Þórðarson, 1871
- Levy, C. E. *Kenntubók handa yfirsetukonum*. Aukin og endurbætt af dr. A. Stadfeldt prófessor við háskólann og yfirlækni við fæðingarstofnunina í Kaupmannahöfn. Reykjavík: Kristján Ó. Þorgímsson, 1886.
- Saxtorph, Matthias, *Stutt ágríp af yfirsetukvennafræðum*. Þýdd yfir á íslensku og viðbætt af Jóni Sveinssyni lækni. Kaupmannahöfn, 1828.
- Stadfeldt, A., *Ljósmóðirin: Kenntubók handa yfirsetukonum*. Löguð eftir þörfum yfirsetukvenna á Íslandi af dr. med. J. Jónassen. Reykjavík: Sigfríður Eymundsson, 1900.
- Þórunn Á. Björnsdóttir, *Nokkrar sjúkrasögur: Úr fæðingabók Þórunnar Á. Björnsdóttur ljósmóður*. Reykjavík: Þórunn Á. Björnsdóttir, 1929.
- Vefheimildir:**
- Ljósmæðrafélag Íslands, „*Saga ljósmæðranámsins*“ (2021), <https://www.ljosmaedrafelag.is/ljosmodir/ljosmaedranamid/saganams>.

SAMTAL UM LJÓSMÓÐURFRÆÐI

Lesley Page heiðursdoktor í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands

Ljósmóðirin Lesley Page kom til Íslands um miðjan október til að taka við viðurkenningu sem heiðursdoktor í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands. Þetta var í tilefni 25 ára afmælis ljósmóðurnáms og 110 ára afmælis Háskólans.

Við flutning náms í ljósmóðurfræði á háskólastig var leitað til Lesley um ráðgjöf, enda hún þá þekkt í ljósmæðraheiminum, fyrsti prófessorinn í ljósmóðurfræði á Bretlandi og ein af aðalhöfundum skýrslunnar *Changing Childbirth* sem kom út í Bretlandi 1993, en þar var lögð áhersla á sjálf-ræði kvenna og samfellda umönnun - að vera við stjórnvölinn um val á barneignarþjónustu. Allt eru þetta kunnugleg hugtök sem liggja til grundvallar námskrá í ljósmóðurfræði og hugmyndafræði íslenskra ljósmæðra.

Lesley gaf svo jákvæða umsögn um nýju námskrána og kom til Íslands árið 1998, en það ár útskrifuðust fyrstu ljósmæðurnar frá Háskóla Íslands. Hún talaði þá á ráðstefnu ljósmæðra *Vakning ljósmóðurfræðinnar: framtíðin*, meðal annars um hugmyndafræði og gagnreynda þekkingu í ljósmóðurstarfi. Annar aðalfyrirlesari á þeirri ráðstefnu var hinn þekkti félagsmannfræðingur um barn-eignir og heilsu kvenna, Sheila Kitzinger. Aftur kom Lesley og hélt aðalfyrirlestur ráðstefnu Ljósmæðrafélagsins í tengslum við alþjóðadag ljósmæðra 5. maí, 2017, undir heitinu *Ljósmæður, mæður og fjölskyldur, í sambandi allt lífið*. Segja má að Lesley sé Íslandsvinur ljósmæðra og það er mikill heiður fyrir okkur að hún sé nú í okkar hópi sem heiðursdoktor í ljósmóðurfræði við okkar skóla.

Kynni undirritaðrar og Lesley eru þó nokkuð löng eða rúm 25 ár. Við hittumst fyrst í London árið 1995 en tilgangurinn með fundi okkar var að fræðast og ræða uppbyggingu náms í ljósmóðurfræði á háskólastigi. Seinna varð Lesley leiðbeinandi minn í doktorsnámi sem ég lauk 2006 en við höfum haldið sambandi síðan. Þetta er því ekki okkar fyrsta samtal um ljósmóðurfræði, höfum oft áður rætt um hana, hugmyndafræði og ljósmóðurþekkingu og áhrifin á barneignarþjónustu og samfélagið.

Við byrjum á að ræða breytingar í barneignarþjónustu sem hafa orðið síðustu áratugina á Íslandi og á alþjóðavísu. Ég spyr hvert hennar álit sé á stöðunni í dag? Lesley sagðist fyrst vilja taka fram hvað hún væri ánægð með að vera komin aftur til Íslands og að hún þakkaði mjög mikið fyrir þennan mikla heiður sem henni væri sýndur. Þegar hún horfi til stöðunnar á Íslandi væri ljóst að við byggjum við mikil forrættindi og værum velferðarríki, sem endurspegladist m.a. í árangri í barneignarþjónustunni, sem væri með því besta í heiminum ólíkt stöðunni víða annars staðar. Þetta ætti t.d. við um lágan ungbarna- og mæðradauða og keisaratiðni. Að sama skapi væru önnur inngrip eins og framköllun fæðinga og mænu-rótardeyfingar að aukast sem gefur til kynna að eðlilegum fæðingum fari fækkandi.



Helga Gottfreðsdóttir, námsbrautarstjóri, Jón Atli Benediktsson, rektor, Lesley Page, heiðursdoktor, Herdís Sveinsdóttir deildarforseti og Inga Þórsdóttir, forseti heilbrigðisvísindasviðs.

Við erum sammála um að þegar staðan er almennt svona góð sé skiljanlegt að flestir telji að ekki sé þörf á miklum breytingum. Það er þó ljóst segir Lesley að það, *er ekki nóg að ræða tíðnitölur, mann-úðleg umönnun og reynslan af barneignarþjónustunni er það sem skiptir máli.*

Lesley hefur einmitt í sínum fræðilegum störfum unnið að því að efla mannúðlega umönnun og lagt áherslu á að framtíð ljósmæðrahjálpar ætti að miðast við að vernda hina eðlilegu fæðingu til að bjarga og þróa hágæða barneignarþjónustu, bæði í þróunarlöndum þar sem fátækt ríkir og í velmegun hins tæknilega vestræna heims. Hún segir að það gleymist stundum, þegar við tölum um öryggi og tíðni eðlilegra fæðinga, að það að fæða barn sé mikilvæg reynsla sem umbreytir okkur. Fæðingar-reynslan og aðlögunin að verða móðir eða annað foreldri er grundvöllur fyrir ást og kærlega milli barns og foreldra.

Lesley segir grunninn að hágæða barneignarþjónustu vera til staðar hér á Íslandi en það sem vanti sé samfelld þjónustuform, að konan fái samfellda þjónustu í gegnum barneignarferlið á meðgöngu, í fæðingu og í sængurlegu, frá sömu ljósmóður, í samstarfi við annað heilbrigðisfagfólk. Rannsóknir segja okkur að slíkt form bætir útkomu barneignarþjónustu og það stuðlar líka að jákvæðri reynslu og sátt með þjónustuna. Umönnunin byggir þá á því að ljósmóðir eða hópur ljósmæðra kynnist konum og fjölskyldum þeirra vel yfir langan tíma með því að mynda samband sín á milli. Þarna er mikilvægt að rannsaka áhrifin einnig á konur og fjölskyldur sem minna mega sín, lifa við fátæktarmörk, eru af ólíkri menningu, jafnvel á flótta og eiga við marvisleg heilsufars- og félagsleg vanda-mál að stríða. Aðstæður á Íslandi hafa einmitt breyst síðustu áratugina og nú eru til dæmis um 20 % barnshafandi kvenna á Íslandi með erlendan bakgrunn.

Þetta tengist líka sögulegum hefðum þar sem ljósmæður hafa tekið þátt í samfélaginu og unnið með konum, tengst þeim á margvíslegan hátt og mætt þörfum þeirra - af næmni. Þetta er að veita þjónustu byggða á gagnreyndri þekkingu, samhæfa umönnun, oft í þverfaglegu samstarfi. Vera faglegur vinur og styðja við sjálfstætt, upplýst val í fæðingarhjálp-inni, t.d. þegar tekin er ákvörðun um vatnsfæðingu, vera á fjórum fótum

eda hvort ástæða er til að halda fast við spöng eftir ákveðnum leiðbeiningum, sem henta ekki alltaf í öllum aðstæðum. Mynda gagnvæmt traust þannig að konan treysti ljósmóðurinni og ljósmóðirin konunni.

Það eru miklir möguleikar hér á landi fyrir fleiri ljósmæðrareknar einingar sem byggja á samfelldri umönnun, innan og utan sjúkrahúsa. Hvað varðar námskrá í ljósmóðurfræði er mikilvægt að nemendur fái tækifæri til að upplifa samfellda þjónustu með konum í náminu. Ég segi Lesley að þennan möguleika hafi nemendur í ljósmóðurfræði hér á landi, með svokölluðu MFS verkefni og eins að þeir fái tækifæri til að vera með í einni til tveimur heimaþæðingum. Á þann hátt er skipulag námsins og klínísk þjálfun í fæðingarhjálpinni byggð á gagnreyndri þekkingu, sem ætti að hafa áhrif á starfsvettvang ljósmæðra eftir útskrift. Nemendur hafi hins vegar áhyggjur af að þeir fái ekki nauðsynleg námstækifæri og reynslu af eðlilegum fæðingum á Landspítala sem er aðalkennslustaðurinn.

Í raun er það okkar siðferðilega og lagalega skylda að bjóða upp á það form barneignarþjónustu sem er í samræmi við nýjustu rannsóknir og þekkingu, auka ánægju og styrkja heilsu kvenna og fjölskyldna þeirra. Það er því furðuleg þessi tregða í kerfinu gagnvart þessu skipulagsformi barneignarþjónustu. Því það gerðist hér og víða annars staðar að slíkum einingum er lokað eftir ákveðinn tíma (eins og sagan um MFS eininguna og Hreiðrið á Landspítala sýnir) þrátt fyrir mjög góðan árangur og ánægju með þjónustuna. Ég spyr Lesley hvað hún haldi að valdi þessu.

Já, þetta er áhugavert. Ég held að það geti verið vegna þess að þetta eru litlar einingar og annar kostur, ekki sjálfsagt val á þjónustu. Þegar það verður normið að bjóða upp á svona þjónustu sem fyrsta val og það sé eðlilegt að hafa fleiri litlar einingar sem byggja á þessari hugmyndafræði ætti hlutfall milli þeirra og fæðingarstaða sem veita hátækniþjónustu að breytast og snúast við. Þetta er núna markviss opinber stefna í heilbrigðiskerfinu í Englandi, að efla samfelldar þjónustueiningar ljósmæðra, samkvæmt ákveðnum skilgreiningum og að meirihluti fæðinga fari þar fram.

Hugmyndir í þessa átt má sjá í nýrri stefnumótun heilbrigðisráðherra um barneignarþjónustu á Íslandi til ársins 2030 en þar er þó ekki að finna markvissa áætlun um breytingar, þrátt fyrir að nær 75 % fæðinga fari fram á Landspítala og einungis 25 % á minni fæðingarstöðum víða um land.

Mér finnst Ísland vera að gera marga góða hluti og vera í þeirri forréttingaaðstöðu að geta kveikt elda og haft áhrif í heiminum, m.a. til að umbreyta og innleiða samfellda einstaklingsbundna þjónustu, sem ekki væri eingöngu umbreyting fyrir konur og fjölskyldur heldur líka fyrir ljósmæður. Mig langar til að tala um heitið ljósmóðir á íslensku, og þýðingu þess um að vera sú sem hjálpar barninu að fæðast í ljósið. Þú nefndir í doktorsritgerðinni þinni að þetta sé hægt að yfirfæri á ljósmóðurþekkinguna, þ.e. mikilvægi þess að innri þekking ljósmóðurrinnar birtist eða sé í hávegum höfð, sem gæti leitt til óðrúvis leiðbeininga og umræðu um barnsfæðingar og ljósmóðurfræði.

Í samfelldri þjónustu er í raun tækifæri fyrir konur og ljósmæður til að segja hver annarri nýjar sögur um þeirra gagnkvæma samband, tengslin sem myndast, báðum til gagns. Í því sambandi má benda lesendum á sögur kvenna sem birtar er á vef Bjarkarinnar – fæðingarstofu, sem Ilmur Björg Einarsdóttir skoðaði sérstaklega í sínu meistaraverkefni vorið 2021. Hennar niðurstaða sýndi vel hversu mikilvæg samfelld þjónusta var fyrir jákvæða reynslu þeirra kvenna sem leita til Bjarkarinnar.

Lesley segir það ljóst að við þurfum að halda áfram og umbreyta þjónustunni. Við höfum rannsóknirnar sem styðja það að breyta skipulaginu. Einnig að nota reynslusögur kvenna á ákveðinn hátt til að bæta þjónustu eða mæta væntingum, innleiða þeirra eigin söguskráningu formlega í fæðingarskýrslur, jafnvel með myndum. Þetta var m.a. aðeins gert í Englandi á síðasta ári meðal kvenna sem fæddu í einangrun og voru með COVID-19, við nýjar áður óþekktar aðstæður.

Sem þekktur fyrirlesari hefur Lesley ferðast víða og kynnst ólíkum aðstæðum kvenna, fjölskyldna og ljósmæðra. Hvað hefur vakið sérstaka athygli?



Lesley Page með undirritaðri, Herdís Sveinsdóttur, Helgu Gottfreðsdóttur og Jóni Atla Benediktssyni rektor.

Fyrst og fremst hversu vel hefur verið tekið á móti mér, gestrisnin og vináttan sem hefur skapast, eins og til dæmis hér á landi. Allar ljósmæður vilja það sama og oft finn ég fyrir órventingu, þar sem hlutverk þeirra er ekki virt og þær virða sig ekki sjálfar. Þær og konur búa við alls konar og ómögulegar aðstæður. En það sem stendur upp úr hversu oft ég hef orðið vitni að þrautseigju þeirra og umönnun byggða á virðingu og meðlotningu, þrátt fyrir bágar aðstæður. Ég hef hitt konur í flóttamannabúðum við slæmar aðstæður og líka orðið vör við ofbeldi og illa meðferð og enn er að finna rútínubundinn aðskilnað mæðra og barna. Ég hef áhyggjur af því sem er að gerast víða í heiminum sem hefur áhrif á heilsu mæðra og barna. Okkar hlutverk ljósmæðranna til breytinga er hér mjög mikilvægt.

Við getum líka marga lagt af mörkum í gegnum sambönd okkar við konur, maka þeirra og fjölskyldur, m.a. til að bæta samskipti og tengsl innan fjölskyldunnar fyrir framtíðina. Tengslin eru það sem skipta mestu máli og við sem ljósmæður verðum að viðurkenna hversu stórt og mikilvægt okkar hlutverk er í mannúðlegri barnsfæðingu (Humanising Childbirth) sem byggir á gagnkvæmri virðingu. Mannúðleg barnsfæðing þýðir í stuttu máli tvennt: Annars vegar að meðgangan, fæðingin og fyrstu vikurnar eftir fæðingu er náttúrulegt ferli sem er umbreytandi fyrir foreldra, þegar barnið er borið og fætt í þennan heim til að eiga eins heilbriggt líf og mögulegt er. Slík barnsfæðing hjálpar móður og maka eða hinu foreldrinu við aðlögun í nýju hlutverki sem er að hugsa um mannlega veru til fullorðins ára. Þetta er tími sem kemur aldrei aftur; barnið fæðist ekki aftur og móðirin verður ekki móðir þessa barns aftur. Þessi tími hefur úrslitaáhrif á hvernig barninu farnast, þú getur breytt ýmsu á leiðinni en aldrei endurtekið. Hins vegar tengist mannúðleg umönnun eða barnsfæðing einnig breytingum á skipulagi barneignarþjónustu, menningunni, færni og menntun fagfólks sem sinnir ungu barnafjölskyldunni. Þetta á einnig við um fræðslu í samfélaginu og fjölmiðlum, en umræðan um barneignarferlið getur verið hlaðin fordómum um eðlilegar fæðingar og gagnvart því að inngrip ættu að vera sem fæst og minnst í barneignarferlinu. Þarna birtist ákveðin vankunnátta um ávinning þess að eiga eðlilega fæðingu, lítil þolinmæði er til staðar og menningarleg viðhorf um barneignir hafa almennt breyst í samfélaginu.

Við Lesley tölum um hvernig umræðan um mikilvægi þess að vernda eðlilegar fæðingar getur tengst umhverfismálum, loftlagskrísunni og eyðingu jarðar. Tíminn í kringum barnsburð skipti hér máli. Það eru tilgátur um að í barneignarferlinu sé lagður grunnur að mannúðlegri tengslamyndun, öryggi og ást milli barnsins, móðurrinnar og fjölskyldunnar. Það í sjálfu sér tengist ákveðinni förnýsi, óeigingirni, að vera til staðar, hjálpa og vernda hvert annað og þar með umhverfið. Mannúðleg fæðing getur því haft áhrif til góðs, aukið umhyggju fyrir umhverfinu og kynslóðum framtíðarinnar. Það sem er að gerast í heiminum í dag er að keisaraskurðum fjölgar og eru í veldisvexti. Núna er keisarafæðing ein af hverjum fimm, sem hefur áhrif á líffræðilega fjölbreytni, flóru líkamans, umhverfið og heilsu fólks til frambúðar.

Við Lesley endum þetta samtal með því að huga alþjóðlegri ljósmóðurfræði, er hún kannski um þessa hreyfingu að efla mannúðlega umönnun hvar sem er í heiminum, að við tökum höndum saman um að stuðla að betra fæðingarumhverfi? Lesley segir að þó aðstæður séu ólíkar í heim-



Ljósmaðrabörn spiluðu á hátíðinni og slógu í gegn. Þau eru í fiðlunámi hjá Lilju Hjaltadóttur í Allegro Suzuki skólanum. Undirleik annaðist skólastjórinn Kristinn Örn Kristinnsson. Fyrir miðju er Marianna Arney Ívarsdóttir. Emma Marie Swift er móðir hennar. Til hliðar eru Haraldur Áss Liljason og Sveindís Eir Steinunnardóttir. Þau eru börn Steinunnar Blöndal. Börnin spiluðu lagið Csardas fyrir þrjár fiðlur eftir Michael McLean.

inum, þá hafa ljósmaður svo margt sameiginlegt, sem endurspeglast t.d. í skilgreiningu á hlutverki og hugmyndafræði alþjóðasamtaka ljósmaðra, sem ljósmóðurnám og starf byggir á.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin setur líka fram hæfniviðmið fyrir barneignarþjónustu og hvetur ljósmaður og annað heilbrigðisfagfólk til að vinna saman og leysa vandamál sem tengjast því að grípa inn í barn-eignarferli „of mikið of snemma eða of lítið of seint“. Það hafa orðið

framfarir, við verðum að viðurkenna það, annars verðum við þunglynd og döpur, en það eru áfram vandamál til staðar víða, og verða á næstu árum. Það er ekki nóg að koma í veg fyrir mæðra- og barnadauða og bjarga mannlífum, sem er auðvitað mikilvægt grundvallarmarkmið, heldur þurfum við ljósmaður að gera meira, vera hugrökk, efla menntun og nota vísindin til að bæta ástandið.

Á síðustu tveimur áratugum, síðan ljósmóðurfræði varð að akademískri grein, hafa ljósmaður framleitt mikla þekkingu, framkvæmt fjölda hágæðarannsókna til að efla gagnreynda ljósmóðurþjónustu í starfi. Við eigum að vera stoltar af því að eiga stóran þátt í þeim þekkingargrunni sem nú er til, þar sem við höfum tekið virkan þátt, á skynsaman hátt í tengslum við okkar skjólstaðinga. Þess vegna eigum við líka að hjálpa til annars staðar t.d. í lágtekjulöndum og skoða hvort hægt er að heimafera niðurstöður t.d. á Indlandi eða í Brasilíu, en þaðan kom fyrst upp hugmyndafræðin um mannúðlegar barnsfæðingar. Við eigum að vinna saman sem tvíburar eða sem alþjóðlegar systur, mynda keðju til verða betri ljósmaður í betri fæðingum og í breyttu þjónustuformi. Þar sem samfelld þjónusta, eins og við höfum verið að tala um, er veitt og konan upplifir sjálfræði, er við stjórnmölinn með stuðningi frá maka og sinni ljósmóður.

Það er ljóst að víða er komið fram af vanvirðingu við konur og börn og mannréttindi brotin í barneignarþjónustunni. Lesley telur að við á Íslandi ættum að efla rannsóknir enn frekar og hafa áhrif ásamt öðrum ljósmaðrum í hátekjulöndum sem búa við góðar félagslegar og menningarlegar aðstæður. Allar konur og fjölskyldur þeirra um allan heim eiga rétt á að upplifa mannlega nánd og mannúðlegar betri fæðingar sem einnig hefur jákvæð áhrif á umhverfið okkar.

Um þessi mál og fleira talaði Lesley eftirminnilega í athöfninni þegar hún varð heiðursdoktor í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir.

fastus.is



HUNTLEIGH SONICAID DIGITAL FÓSTURDOPPLER

- Nettur og handhægur doppler
- Háskerpuskjár
- Línurit
- Hleðslubatterí
- Áfastur vatnsheldur prób sem hægt er að nota við fæðingar í vatni

ÓVENJULEGIR FÆÐINGARSTAÐIR Á FYRRI ÖLDUM

Á átjándu og níttjándu öld fæddu konur á Íslandi í flestum tilvikum á heimilum sínum enda engin fæðingarstofnun starfrækt á þeim tíma ef frá er talin fæðingarstofnun í Vestmannaeyjum í nokkur ár um miðja níttjándu öld. Í þessari grein verður fjallað um þrjár íslenskar konur sem fæddu börn sín á óvenjulegum fæðingarstöðum, ein var í haldi mannæringja árið 1627 í Tyrkjaránnu, önnur fæddi í Tukthúsinu í Reykjavík árið 1791, þar sem nú er Stjórnarráðshúsið og forsætisráðuneytið er til húsa og sú þriðja átti barn í hákarlaveiðangri árið 1838. Allar fæddu þær lifandi og heilbrigð börn og lifðu fæðingarnar af.

FÆÐING UM BORD Í RÁNSSKIPI TYRKJA Á LEIÐ Í ÞRÆLDÓM TIL ALGEIRSBORGAR

Prestsfrúin í Vestmannaeyjum árið 1627, Ástriður (Ásta) Þorsteinsdóttir var barnshafandi í júní það ár þegar hún var hertekin af Tyrkjum eða „illmennum og morðingjum“ eins og fram kemur í dagbók séra Ólafs Egilssonar, eiginmanns Ástriðar. Honum, Ástriði og börnum þeirra og fleiri Eyjamönnum var rænt og fólkið flutt nauðugt með Tyrkjaskipi til Algeirsborgar í Norður-Afríku. Þar átti að selja þau í þrældóm. Voru séra Ólafur, Ástriður eiginkona hans og börn þeirra látin dýsa niðri í skipinu og lágu þau þar við gömul segl og tjöld sem Tyrkirnir höfðu rænt í Vestmannaeyjum. Þann 30. júlí 1627 fæddi Ástriður, eiginkona séra Ólafs dreng þarna niðri í skipinu, úti á miðju hafi. Mjög líklega hefur séra Ólafur tekið sjálfur á móti syni sínum og hann skírði drenginn „á laun með hryggðarfullu hjarta“. Drengurinn fékk nafnið Jón. Þegar Tyrkirnir heyrðu barnsgrát söfnuðust þeir saman og tveir þeirra gáfu drengnum gamlar skurtur utan um sig. Bæði drengnum Jóni og móður hans, Ástriði heilsaðist vel eftir fæðinguna. Tyrkjaskipið náði landi í Algeirsborg hálfum mánuði eftir fæðingu Jóns. Hann lést í Algeirsborg sem ungbarn en foreldrum hans, Ástriði og séra Ólafi var sleppt úr ánauð sinni og komu aftur til Vestmannaeyjar, hann árið 1628 og hún ásamt fleiri Eyjamönnum árið 1637.

FÆÐING Í TUKTHÚSINU Í REYKJAVÍK

Þann 23. mars árið 1791 fæddi Ingibjörg Jónsdóttir „lífsfangi“ eins og hún var titluð í kirkjubók fyrir Reykjavík, lifandi stúlkubarn í Tukthúsinu í Reykjavík og gekk fæðingin vel. Ingibjörg lá í fangaklefa sínum í steinbyggðu tukthúsinu. Stúlkun var annað barn hennar en hún sat í fangelsi fyrir að hafa kyrkt fyrsta barn sitt með „bryddingar-fari af peysunni“ sinni og grafið það í fjósahaug í ágúst 1788. Ódæðið framkvæmdi hún á bænum Hofsstöðum í Blönduhlíð í Skagafjarðarsýslu þar sem hún var vinnukona. Faðir barnsins var talinn vera Guðmundur Einarsson, vinnumaður í Mið-Móa í Fljótum. Þessi skelfilegi verknaður Ingibjargar komst upp þegar farið var að grafa í fjósahaug á bænum. Barnið fannst er haugurinn var mokaður. Ingibjörg var flutt á Alþingi þar sem hún var dæmd þann 18. júlí árið 1789 „fyrir að hafa deytt sitt eigið líf-afkvæmi“ eins og fram kemur í *Alþingisbókinni* 1788. Í bók Más Jónssonar, *Dulsmál* kemur fram að líflátsdómur yfir Ingibjörgu var staðfestur af hæstarétti þann 26. maí árið 1790 og Danakonungur staðfesti hann 13. ágúst sama ár.

Ingibjörg var flutt í Tukthúsið í Reykjavík árið 1788 og hefur að öllum líkindum beðið milli vonar og ótta en hennar beið skelfilegur dauðdagi, að „klípast 5 sinnum með glóðandi tóng, hennar hægri hönd lifandi afhöggvast með öxi og síðan höfuðið, hvar

eftir líkaminn leggist á steilur, en höfuðið ásamt hendinni festast á staka“.

Á meðan Ingibjörg beið aftökunnar í Tukthúsinu í Reykjavík fæddi hún annað barn, stúlku þann 23. mars árið 1791. Í kirkjubók fyrir Reykjavík segir þetta: „Ingibjörg Jónsdóttir lífsfangi fæddi stúlku í Tukthúsinu í Reykjavík“. Hún lýsti Þórólf Tómasson vinnumann í Viðey sem föður að stúlkubarni sínu. Þórólfur var þjófur og þau hafa mjög líklega kynnst í Tukthúsinu. Hann fór fram á að kvænast henni en því var neitað af danska kanselliinu í Kaupmannahöfn. Viku eftir fæðinguna var litla stúlkun skírð í Tukthúsinu og fékk nafnið Hólmfríður. Hólmfríður litla var tekin af móður sinni og sett í föstur og átti eftir að vera á flækingi fram á fullorðinsár.

Ingibjörg Jónsdóttir, móðir Hólmfríðar var flutt til Skagafjarðar þegar Hólmfríður dóttir hennar var átján mánaða og „höggvin á háls þann 30. júlí 1792“, að því er talið á Helluhólm við Víðivelli. Er líflát Ingibjargar síðasta aftaka í Skagafjarðarsýslu.

FÆÐING Á HÁKARLAVEIÐUM

Fimmtíu og sjö árum eftir fæðingu Hólmfríðar í Tukthúsinu fæddi önnur íslensk kona á óvenjulegum fæðingarstað. Forsaga þessarar fæðingar er að í baðstofunni á Finnbogastöðum í Árnes-sókn í Strandasýslu þann 26. febrúar 1848 var verið að skíra tveggja daga stúlku. Mjög líklega hefur móðir stúlkunnar, Jófríður Hansdóttir þrítug vinnukona verið viðstödd skírn dóttur sinnar en hún var á öðrum degi í sængurlegu sinni eftir fæðinguna. Jófríður var vinnukona á bænum Krossnesi og átti það til að fara á hákarlaveiðar með húsbónda sínum, Magnúsi Jónssyni, bónda á bænum ásamt fleiri vinnumönnum.

Þennan örlagaríka vetrardag, 24. febrúar 1848 var Jófríður á hákarlaveiðum ásamt Magnúsi, sem reyndar var einnig barnsfaðir hennar. Jófríður var þá barnshafandi og hafði um morguninn,



Í Tukthúsinu, sem nú er Stjórnarráð Íslands fæddi lífsfanginn, Ingibjörg Jónsdóttir 41 árs, Hólmfríði dóttur sína þann 23. mars 1791. Átján mánuðum síðar var Ingibjörg tekin af lífi fyrir að fæða fyrsta barn sitt á laun í ágúst 1788 og fyrirkomu því.



Hér sést til ræningjaskipa í Vestmannaeyjum. Tölvugerð mynd eftir Magnús Þorsteinsson úr heimildarmyndinni Tyrkjaránið (2002).

sama dag fundið fyrir verkjum í kviðnum. Hún ákvað að fara á hákarlaveiðarnar og með í þeim leiðangri voru einnig þau Sveinn Dagsson bóndi á Felli 47 ára, sonur hans Dagur 23 ára á sama bæ, Rannveig Jónsdóttir vinnukona á Krossnesi, önnur ónafngreind kona og svo barnsfaðir Jófríðar og húsbóndi hennar sem jafnframt var formaður á bátnum Magnús Jónsson 25 ára.

Á miðjum hákarlaveiðum fann Jófríður að barnið vildi í heiminn. Sat Rannveig vinnukona yfir henni á meðan hún fæddi stúlku úti á opnum hákarlabát á Atlantshafi. „Bóndi fór úr skinnpeysu sinni og var peysan „látin utan um barnið“. Var síðan haldið í land með Jófríði og barnið. Engum sögum fer af því hvort hákarl hafi verið með um í togi.

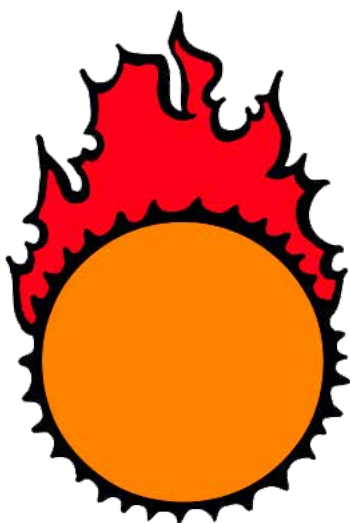
Þegar í land var komið var farið með Jófríði og barnið hennar til Magnúsar Guðmundssonar hreppstjóra á Finnbogastöðum þar



Á hákarlaveiðum fæddist stúlubarn, Guðrún þann 24. febrúar árið 1848. Heimild myndar: Héraðsskjalasafn Austur-Húnavatnssýslu, ítem 1152. Ljósmyndari: Arnór Egilsson.

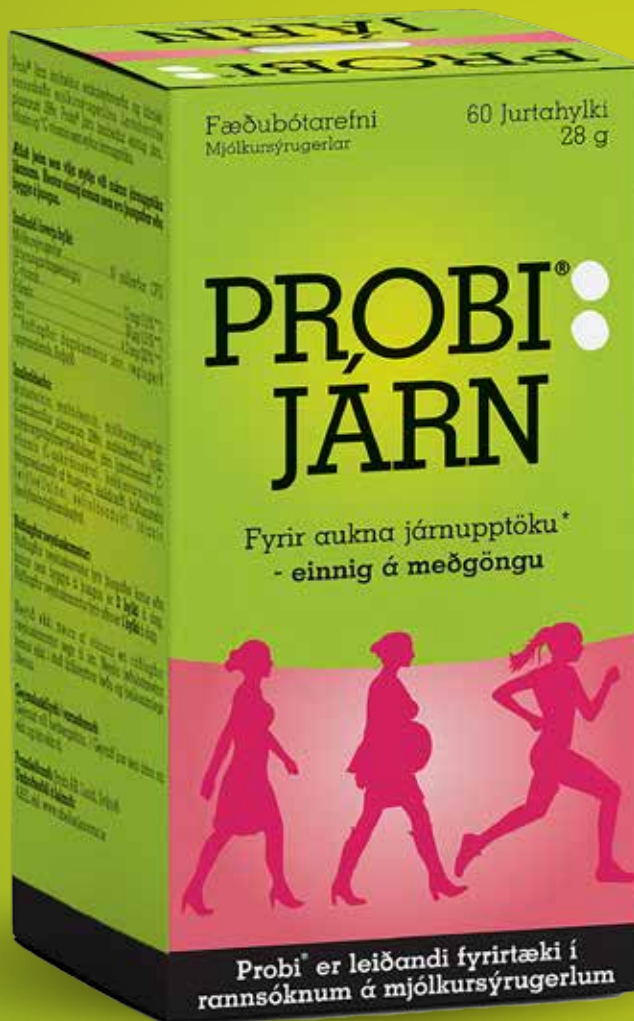
sem hún var skirð. Fæðing litlu Guðrúnar og skírn hennar er staðfest í kirkjubók fyrir Árnessókn. Jófríður móðir hennar var ógift en faðir hennar, Magnús húsbóndi var kvæntur og átti eiginkona hans von á barni þetta sama ár, 1848. Hann eignaðist annað stúlkebarn, Guðlaugu með eiginkonu sinni. Bæði börnin hans, Guðrún sem hann átti með vinnukonu sinni, Jófríði og Guðlaug sem hann átti með eiginkonu sinni, náðu aðeins að verða rúmlega árs gamlar. Guðrún, sem fæddist í hákarlalegunni lést á bænum Ingólfsfirði þann 19. mars 1849 úr „andarteppu“ og Guðlaug lést 29. apríl 1849 af völdum „lærmeins“ á heimili foreldra sinna, Krossnesi.

*Erla Dóris Halldórsdóttir,
sagnfræðingur og hjúkrunarfræðingur.*



PROBI® JÁRN

vinnur gegn lágum járngildum á nýjan máta með því að auka upptöku járns en ekki eingöngu inntöku.



PROBI® JÁRN hentar m.a:

- Konum á barneignaraldri
- Barnshafandi konum
- Unglingum
- Eldra fólki
- Fólki í mikilli þjálfun
- Grænmetisætum/grænkerum, ef lágt járn magn er í fæðu

PROBI® JÁRN inniheldur einn af mest rannsökuðu mjólkursýrugerlum heims sem á hafa verið gerðar yfir 50 klínískar rannsóknir.

PROBI® JÁRN inniheldur einnig fólásín og C-vítamín.

PROBI® vörurnar fást í apótekum, heilsuverslunum og stórmörkuðum.

HEIMAPJÓNUSTA LJÓSMÆÐRA Á ÍSLANDI Á ÁRUNUM 2012-2019

Lýðgrunduð framskyggn ferilrannsókn



Guðlaug Ingibjörg Þorsteinsdóttir,
Miðstöð í lýðheilsuvísindum,
Háskóli Íslands



Kristjana Einarsdóttir,
Miðstöð í lýðheilsuvísindum,
Háskóli Íslands



Hallfríður Kristín Jónsdóttir,
ljósmóðir og brjóstagjafaráðgjafi,
Landspítali - Háskólasjúkrahús



Emma Marie Swift,
Lektor við námsbraut í ljósmóður-
fræði, Hjúkrunarfræðideild,
Háskóli Íslands

ÚTDRÁTTUR

Bakgrunnur: Heimajónusta ljósmæðra til sængurkvenna og nýbura á Íslandi er ætluð fyrir þær mæður og börn sem útskrifast af fæðingarstað innan 72 klukkustunda eða í sérstökum tilvikum innan 86 klukkustunda. Heimajónusta felur í sér ákveðinn fjölda vitjana í heimahúsi innan 10 daga frá fæðingu. Fjöldi vitjana ákvarðast af heilsufari móður og barns. Heilsufarir eru skilgreindar með flokkun A/B/C þar sem mæður og nýburar við góða heilsu eru skilgreindir í A flokki, mæður og nýburar með lítilsháttar heilsufarsfrávik eru skilgreindir í B flokki og alvarlegri heilsufarsfrávik í C flokki. Bráðavítjanir eða sértæk brjóstagjafaráðgjöf ákvarðast eftir þörfum. Markmið rannsóknar var að lýsa heimavitjunum, bráðavítjunum og vitjunum brjóstagjafaráðgjafa til mæðra í sængurlegu á árunum 2012-2019 og meta áhrif heilsufarsflokunar á áhættuna fyrir bráðavítjun eða brjóstagjafaráðgjöf.

Aðferð: Lýðgrunduð gögn frá Sjúkratryggingum Íslands yfir heimaþjónustu ljósmæðra á árunum 2012-2019 voru skoðuð ($N=28.009$). Gögnum var safnað í rauntíma af ljósmæðrum sem sinna heimaþjónustu og innihalda upplýsingar um bakgrunn kvenna, fæðingarmáta og flokkun á heilsufari (A, B eða C). Gögnum var lýst eftir ári og eftir heilsufarsflokkun sem heildarfjöldi og hlutfalli af heild. Marktækni var miðuð við $p < 0,05$. Gagnlíkindi (GL) og leiðrétt gagnlíkindi (LGL) voru reiknuð með 95% öryggismörkum.

Niðurstöður: Mæðrum og nýburum í flokki A fækkaði á tímabilinu úr 55,8% árið 2012 í 31,9% árið 2019 en mæðrum og nýburum í flokki B og C fjölgaði ($p < 0,001$). Bráðavítjanir jukust og fóru úr 1,4% í 5,8% ($p < 0,001$). Vitjanir brjóstagjafaráðgjafa jukust og fóru úr 1,0% í 8,8% ($p < 0,001$). Heilsufarsflokkun B og C jók líkindin á bráðavítjun (LGL=2,42 og 2,40) og á vitjun brjóstagjafaráðgjafa (LGL=2,01 og 2,65) samanborið við heilsufarsflokkun A.

Ályktanir: Rannsóknin sýndi hlutfallslega fækkun á mæðrum og nýburum í heilsufarsflokki A en aukningu í flokkum B og C á

árunum 2012-2019, samhliða því að bráðavítjanir og vitjanir brjóstagjafaráðgjafa jukust. Rannsóknin varpar ljósi á þjónustu sem veitt var af ljósmæðrum í heimaþjónustu og brjóstagjafaráðgjöfum á tímabilinu. Þörf er á rafrænni skráningu á heimaþjónustu ljósmæðra og brjóstagjafaráðgjafa í samræmi við gæðavísa til að meta nánar árangur og þróun í þjónustu.

Lykilorð: Sængurlega, heimaþjónusta, heilsufarsflokkun, ljósmóðir, bráðavítjun, brjóstagjafaráðgjöf

ABSTRACT

Background: In Iceland, postpartum in-home care is provided by midwives for mothers and newborns who are discharged within 72 hours of giving birth, in special cases within 86 hours. In-home visits occur within the first ten days after birth and the number of visits depend on the health of the mother and newborn. An A/B/C health category system is used to describe mother and newborn health. Mother and newborn in good health condition are classified in health category A, mother and newborn with minimal health problems in category B and those with major health problems in category C. Emergency or breastfeeding consultation is provided as needed. The aim of this study was to describe in-home postpartum care, including emergency and lactation consultation, in Iceland from 2012 to 2019 and to assess the association between health category classification and the need for emergency and lactation consultation.

Method: Population-based data was obtained from Sjúkratryggingar Íslands (e. Health Insurance Iceland). Data was collected by midwives in 2012-2019 ($N=28.009$). Data was collected by midwives providing in-home postpartum care and includes information about women's background, birth mode and health category (A, B or C). Data was described by year and health category as a total number and a percent of total. Significance was based on $p < 0,005$. Odds

Ratio (OR) and adjusted OR (AOR) was calculated with 95% Confidence Interval (CI).

Results: During the study period, the proportion of mothers and newborns in category A decreased, 55,8% to 31,9%, while category B and C increased ($p<0,001$). In-home emergency visits increased from 1,4% to 5,8% ($p<0,001$) and breastfeeding consultants' visits increased from 1,0% to 8,8% ($p<0,001$). Health category B and C increased the odds for in-home emergency visits (AOR=2,42 and 2,40, respectively) and for breastfeeding consultants' visits (AOR=2,01 and 2,65, respectively) compared to health category A.

Conclusions: The study showed that the proportion of mothers/newborns in health category A decreased over the study period while the proportion of mothers/newborns in category B and C increased. An increase was seen in in-home emergency and lactation consultation visits. This study provides an overview of postpartum midwifery services as well as highlights the need for electronic recording in accordance with standardized quality indicators to evaluate the scope and effectiveness postpartum midwifery services in Iceland.

Key Words: Postpartum period, in-home care, health category, midwife, emergency visits, lactation consultant.

INNGANGUR

Heimaþjónusta eftir fæðingu tíðkast víða um heim þótt unnið sé eftir ólíkum verklagsreglum að sama markmiðinu, að standa vörð um heilsu mæðra og nýbura (Cheyne o.fl., 2014; „Child checkups in Norway“, 2021; Hildur Sigurðardóttir, 2014a; Kurth o.fl., 2016; National Health Service, 2019; Tesfau o.fl., 2020; World Health Organization og Jhpiego, apríl 2015). Alþjóðlegar lykilstofnanir hafa gefið út leiðbeiningar um heilbrigðisþjónustu sem þykir nauðsynleg við mæður og nýbura í sængurlegu („Caesarean section“, 2019; „Postnatal care up to 8 weeks after birth“, 2015; World Health Organization og Jhpiego, apríl 2015). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (e. World Health Organization, WHO) mælir með fjórum heimavítjunum á fyrstu sex vikunum eftir fæðingu (World Health Organization og Jhpiego, apríl 2015). Þar af ætti að vera ein vítjun á fyrsta sólarhringi eftir fæðingu, önnur á þriðja sólarhringi, þriðja milli 10. til 14. aldursdags barns og síðasta þegar um sex vikur eru liðnar frá fæðingu barns (World Health Organization og Jhpiego, apríl 2015).

Leiðbeiningar National Institute for Health and Care Excellence (NICE) frá Bretlandi eru sambærilegar ráðleggingum WHO. Helsti munurinn er að leiðbeiningar NICE eru með lengri tímaramma fyrir síðustu vítjun og miða við að hún eigi sér stað sex til átta vikum eftir fæðingu barns („Postnatal care up to 8 weeks after birth“, 2015). NICE hefur einnig gefið út ítarlegri leiðbeiningar um þjónustu við mæður sem fæða með keisaraskurði í sængurlegu og er þar gert ráð fyrir þjónustu sem snýr meðal annars að sáraumhirðu („Caesarean section“, 2019).

Margar ólíkar útfærslur eru til af heimaþjónustu eftir fæðingu og ólíkt frá einu landi til annars hvernig heimaþjónusta er útfærð. Í Skotlandi er heimaþjónusta háttað þannig að ljósmóðir fylgir móður og nýbura fyrstu tíu dagana eftir fæðingu (National Health Service, 2019). Flestar mæður og nýburar eru að fá þrjár til fjórar heimavítjanir á þessum tíma en þær eru þó allt frá einni og upp í sjö (Cheyne o.fl., 2014). Eftir að heimaþjónusta lýkur tekur við ungbarneftirlit sem lýsir sér í reglulegu eftirliti á heimili barns (National Health Service, 2019). Þetta fyrirkomulag er svipað því fyrirkomulagi sem við þekkjum hér á landi. Í Sviss geta mæður og nýburar fengið heimaþjónustu fyrstu tíu dagana ef foreldrar hafa sjálfir uppi á ljósmóður sem sinnir vítjunum. Þessi staða getur reynst foreldrum erfið og margir kjósa að biða frekar eftir skyldueftirliti læknis sex vikum frá fæðingu barns (Kurth o.fl., 2016). Í Noregi kemur heilbrigðisstarfsmaður heim til mæðra og nýbura í eina heimsókn með fræðslu („Child checkups in Norway“, 2021). Í Eþíópíu er lagt upp með að heilbrigðisstarfsmaður sinni móður og nýbura innan þriggja sólarhringa eftir fæðingu (Tesfau o.fl., 2020).

Á Íslandi sinna ljósmæður heimaþjónustu til sængurkvenna

sem eru útskrifaðar frá fæðingarstað innan þriggja sólarhringa frá fæðingu. Þessi þjónusta byggir á leiðbeiningum frá NICE frá árinu 2006 um þjónustu við sængurkonur. Árið 2009 gaf Embætti landlæknis út íslenskar klínískar leiðbeiningar fyrir ljósmæður sem sinna heimaþjónustu sem taka mið af aðstæðum hérlendis (Hildur Sigurðardóttir, 2014a). Þær leiðbeiningar voru svo uppfærðar árið 2014.

Heimaþjónusta ljósmæðra byggir á þeim grundvallarmarkmiðum í íslenskri heilbrigðisþjónustu að veita faglega og örugga þjónustu á réttu þjónustustigi. Þjónustan skal vera samfelld og miða að því að veita nýrri fjölskyldu nauðsynlegan stuðning í nýju hlutverki, bæði andlega, líkamlega og félagslega. Á þessum grunni hefur heimaþjónusta ljósmæðra byggt undanfarin ár og var áfram staðfest í nýrri aðgerðaráætlun heilbrigðisráðherra sem birt var á þessu ári (Barn-eignarþjónusta - aðgerðaráætlun, 2021).

Á Íslandi eiga móðir og barn kost á heimaþjónustu í 10 daga eftir fæðingu ef þau eru útskrifuð frá fæðingarstað innan 24-72 klukkutíma. Þessi tímarammi er háður því hvort kona sé að eignast sitt fyrsta barn, heilsufari og fæðingarmáta. Árið 2014 var bætt við í samninginn að í sérstökum undantekningartilvikum geta móðir og barn átt kost á heimaþjónustu eftir allt að 86 klukkustunda dvöl á fæðingarstað eftir fæðingu skrifi barnalæknir upp á beiðni þess efnis. Ef móðir og barn eru lengur en 86 klukkustundir í þjónustu á fæðingarstað missa þau þó allan rétt til niðurgreiðslu á heimaþjónustu. Sjúkratryggðum mæðrum sem eiga í erfiðleikum með brjóstagjöf stendur til boða að fá niðurgreidda þjónustu brjóstagjafaráðgjafa tvisvar fyrstu 14 dagana frá fæðingu. Allar konur geta sótt sér þessa aðstoð að þeim tíma liðnum gegn greiðslu. Ráðgjöfin sem er niðurgreidd af Sjúkratryggingum Íslands er þó háð beiðni ljósmóður sem sinnir heimaþjónustu (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2018). Árið 2021 voru enn á ný gerðir nýir samningar við brjóstagjafaráðgjafa og var þá bæði fjöldi vitjana aukinn og tímaramminn lengdur. Sjúkratryggðar mæður geta nú fengið þrjár vitjanir frá brjóstaráðgjafa í allt að sex mánuði sér að kostnaðarlausu (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2021).

Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) gera verktakasamninga við ljósmæður sem sinna heimaþjónustu á Íslandi og er þjónustan greidd af SÍ fyrir sjúkratryggða einstaklinga (Lög um sjúkratryggingar nr.112/2008; Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2018). Fyrir útskrift af fæðingarstað hljóta móðir og barn sameiginlega heilsufarsflokkan sem skilgreinir heilsufar þeirra. Flokkunin (A/B/C) gefur til kynna hvort um heilsufarsfrávik sé að ræða og þá hve mikil þau eru. Mæður og börn án fráviks/áhættuþátta eru skilgreind í heilsufarsflokk A, mæður og börn með minniháttar frávik á heilsu/áhættuþætti eru skilgreind í flokk B og mæður og börn með alvarlegri frávik/áhættuþætti eru skilgreind í flokk C. Fjöldi vitjana í heimaþjónustu byggir svo á þessari flokkun (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2018). Þjónustan er samfelld og vanalega veitt af einni ljósmóður sem fylgir fjölskyldunni fyrstu tíu dagana eftir fæðingu (Hildur Sigurðardóttir, 2014a). Samfelld þjónusta sem veitt er af sömu ljósmóður eykur gæði þjónustunnar þar sem líklegt er að góð tengsl náist milli móður og ljósmóður (Walker, Rossi og Sander, 2019). Hlutverk ljósmæðra í heimaþjónustu hér á landi er að fylgjast með andlegri og líkamlegri heilsu móður, veita ráðgjöf við brjóstagjöf, fylgjast með heilsu nýburans og styðja foreldrana við að aðlagast nýju hlutverki (Hildur Sigurðardóttir, 2014a).

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar um heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi og engin síðan árið 2014 (Hildur Sigurðardóttir, 2014b). Á árunum 2010-2012 voru yfir 70% mæðra sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu (Hildur Sigurðardóttir, 2014a). Sumarið 2010 var gerð rannsókn á umfangi heimaþjónustu ljósmæðra og birtist þá grein í Ljósmæðrablaðinu (Hildur Sigurðardóttir, 2010a). Niðurstöðurnar leiddu í ljós að algengasti fjöldi vitjana í heimaþjónustu voru átta talsins. Mæður sem fengu fleiri vitjanir en átta voru líklegri til að glíma við heilsufarsvandamál. Erftitt er að staðfæra rannsóknina til dagsins í dag þar sem heimilaður fjöldi vitjana hefur breyst á þessum tíma. Í þágildandi rammamningi var hámarksfjöldi vitjana ellefu en samkvæmt núgildandi samningum er hámarksfjöldi vitjana sjö.

Undanþága er þó til staðar sem heimilar átta vitjanir fyrir mæður sem fæða barn sitt heima. Heimilaður fjöldi vitjana fyrir mæður sem fæða barn sitt á fæðingardeildum spítala eða heilbrigðisstofnunum eru fimm til sjö vitjanir (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2009, 2018).

Markmið þessarar rannsóknar var að lýsa fjölda heimavitjana, bráðavitjana og vitjana brjóstagjafaráðgjafa meðal kvenna í sængurlegu á árunum 2012-2019. Einnig var markmiðið að meta áhrif heilsufarsflokksunar móður og barns á áhættuna á að móðir og/eða barn þyrfti á bráðavitjun eða vitjun brjóstagjafaráðgjafa að halda.

Tilgangur rannsóknar var að varpa ljósi á þjónustu ljósmæðra í sængurlegu og þá þróun sem hefur átt sér stað í heimaþjónustu hér á landi undanfarin ár. Einnig að byggja grunn fyrir ýtarlegri rannsóknir og skapa þekkingu sem gæti stutt við áframhaldandi þróun á þjónustu og gæðaeftirlit.

ADFERÐIR

Rannsóknin var framskyggn ferilrannsókn sem byggði á skráningum frá ljósmæðrum og brjóstagjafaráðgjöfum um mæður og nýbura í heimaþjónustu á árunum 2012-2019. Gögnin fengust frá Sjúkratryggingum Íslands (SÍ) en ljósmæður og brjóstagjafaráðgjafar á verktakasamningum við SÍ sáu um skráningar. Gagna-grunnurinn inniheldur upplýsingar um allar vitjanir ljósmæðra og brjóstagjafaráðgjafa til kvenna í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu. Heildarfjöldi mæðra í rannsókninni var 28.009.

Úr þessum gögnum fengust upplýsingar um aldur móður (samfelld breyta), heilsufarsflokkun (A, B, C), bæri (frumbyrja/fjölbyrja), heilbrigðisumdæmi (höfuðborgarsvæðið, Austurland, Norðurland, Suðurland, Suðurnes, Vestfirðir og Vesturland), fæðingu með keisaraskurði (já/nei), brjóstaráðgjöf (já/nei), bráðavitjun (já/nei) og fjöldi vitjana (samfelld breyta). Fyrir þessa rannsókn var aldur móður settur í flokka; 14-19 ára, 20-29 ára, 30-39 ára, 40-49 ára og 50 ára og eldri.

Heilsufarsflokkun móður og barns er breyta sem skilgreinir heilsu móður og barns (tafla 1). Ef móðir og barn eru heilsuhraust og án áhættuþátta eru þau skilgreind í heilsufarsflokki A, séu litilsháttar heilsufarsfrávik til staðar verður skilgreiningin á heilsufari flokkur B og mæður og nýburar með alvarlegri heilsufarsfrávik eru skilgreind sem flokkur C. Horft er til lífsmarka móður, bláðingar í og eftir fæðingu, fæðingaráverka, þvagláta, daglegra athafna, blóðþrýstings eða meðgöngueitrunar, sykursýki, fjölburaæðingar, keisaraæðingar, sérstakrar lyfjagjafar, sýkinga, geðraskana eða félagslegra aðstæðna þegar heilsa móður er metin. Heilsa barns er einnig metin í sama kerfi (A/B/C). Horft er til 5 mínútna APGAR/lífsmarka, meðgöngulengdar, þyngdar, næringar, útskilnaðar, blóðsykursjórnunar, sýkinga, Rhesus varna, gulu, fósturæðar eða annarra alvarlegra

Tafla 1. Flokkunarkerfi fyrir heilsufarsskráningu hjá móður og barni (Hildur Sigurðardóttir, 2014a).

	A	B	C
Áhættuþáttur			
Móðir			
Lífsmörk	Eðlileg	Frávik, þarfnast eftirlits	Óeðlileg
Bláðing	<800 ml	≥800 ml, <1500 ml, stöðil	≥1500 ml
Fæðingadæmi	Enginn, 1°-2°, episíotomía	3°-4°, hematoma	
Þvaglát	Eðlileg	Með þvaglegg	
Daglegar athafnir	Sjúkþýnga	Óþreytt móðir, sér: ICD O75.0	Ekki sjúkþýnga
Meðgöngueitrun/áþyrstingur	Nei	Vægt, þarfnast eftirlits	Áhræflegt
Sýkursýki (GDM/DM)	Nei	Geð biðsýkursjórnun	Stærst biðsýkur n-lyf
Fjóbúsur	Nei	Tvívurur án fylgikvilla	
Keisaraskurður	Nei	Án fylgikvilla e. 24 klst	Með fylgikvillum
Sérstök lyfjagjöf	Nei (almenn lyf)	Já (nj, lyfseðilsýki lyf)	Þarfnast heikans eftirlits
Sýkingar	Nei	Þarfnast eftirlits	Ögna lífi móður
Geðraskanir	Í andlegu jafnvægi	Þungi/kríðarísk/PTSD	Þarfnast heikans eftirlits
Félagslegar aðstæður	Ásattarlegar	Sannaklæpt gegnum lúk	Ekki ásattarlegar
Barn			
5 mín Appgarit/mörk	≥ 8a lífmörk eðlileg		<7 og lífmörk óeðlileg
Meðgöngulengd	37-42v	Líf lífmörk (nær lóm)	Fyrirbúi
Þyngd	Eðlileg m.v. meðgöngulengd	Lættbur, næst mjög vel	Lættbur, næst ekki vel
Næring	Án vandmeðla, brjóst/þel	Erfiðleikar við gjafir	Ekki eðlileg
Útskilnaður	Án vandmeðla		Ekki eðlilegur
Blóðsykursjórnun	Ávallt stöðug, ef mælt	Stöðug ná	Ekki stöðug
Sýkingar	Nei		Ögna lífi barns
Rhesus varnir	Neg Coombs, ef mælt	Pos Coombs, ekki guft	
Gula	Nei	Væg, eftir 1. sólarhring	Óeðlileg innan 24 klst.
Fósturæð	Lokuð	opin	
Áhræfleg vandamáli	Ekki greind		Greind við skoðun

vandamála (tafla 1). Móðir og barn fá sameiginlegt mat þar sem það gildi sem lýsir verra heilsufari annaðhvort hjá móður eða barni er notað til að lýsa sameiginlegu heilsufarsástandi þeirra, tiltekið gildi skilgreinir heilsufarsflokkun móður og barns. Sem dæmi, ef móðir fær heilsufarsflokkun A en barn heilsufarsflokkun B þá er þeirra sameiginlega heilsufarsflokkun B. Á gögnunum eru tveir vankantar sem vert er að nefna hér. Heilsufarsflokkur mæðra sem áttu börn sín með keisaraskurði eða í heimahúsi var ekki skráður. Einnig var einungis skráð hvort kona var frumbyrja eða fjölbyrja ef hún var í A flokki.

TÖLFRÆÐIGREINING

Flokkabreytum var lýst sem fjölda og hlutfalli af heild (%) og samfelldri breytu var lýst með meðaltali. Marktækni var reiknuð með kí-kvaðrat fyrir flokkabreytum og t-prófi fyrir samfelldar breytur og var skilgreind með $p<0,05$. Bakgrunnsbreytum mæðra var einnig lýst sem fjölda og hlutfalli af heild (%) eftir heilsufarsflokkun móður og barns og eftir ári á tímabilinu 2012-2019. Meðaltöl fjölda vitjana í hverjum heilsufarsflokki var lýst eftir ári og heilsufarsflokkun. Notast var við fjölpáttá lógistíska aðhvarfsgreiningu til að reikna áhættuna á bráðavitjunum og vitjun brjóstagjafaráðgjafa eftir heilsufarsflokkun og niðurstöðum lýst með gagnlíkindahlutfalli (GL) og leiðréttu gagnlíkindahlutfalli (LGL). Notast var við 95% öryggisbil (ÖB). Módelið var leiðrétt fyrir aldri móður (flokka-breytu), keisarafæðingu og heilbrigðisumdæmi. Notast var við tölfræðiforritið R og RStudio útgáfu 1.1.463 við úrvinnslu gagna. Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd þann 7. júlí 2020 (VSN-20-131).

NIÐURSTÖÐUR

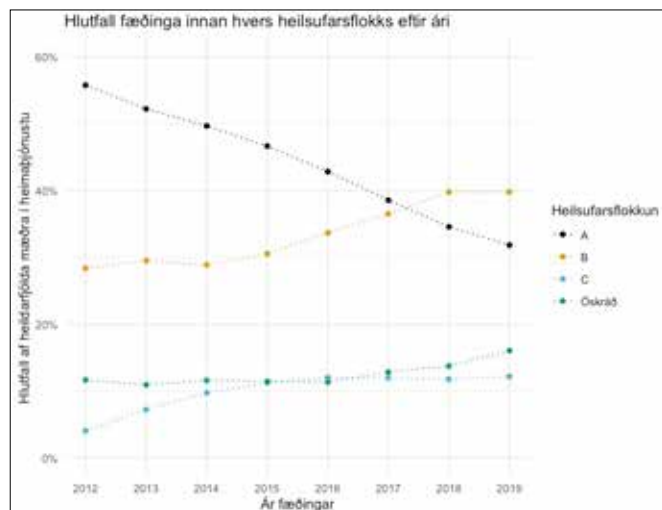
Í heildina voru 28.009 mæður sem nýttu sér heimaþjónustu ljósmæðra á árunum 2012-2019. Fjöldi mæðra í heimaþjónustu sveiflaðist frá 3.360 upp í 3.833 á milli ára (tafla 2). Marktækur munur reyndist á aldursdreifingu mæðra milli ára ($p<0,001$). Mæðrum á aldrinum 14-19 ára fækkaði hlutfallslega um helming á tímabilinu, hlutfallið breyttist úr 2,8% niður í 1,1%. Aðrir aldurshópar voru svipaðir á milli ára (tafla 3). Mæður sem fæddu með keisaraskurði voru 2.362 (8,4%). Marktækur munur milli ára mældist á tíðni mæðra í heimaþjónustu sem fæddu með keisaraskurði (tafla 2).

Tafla 2. Bakgrunnur og heilsufarsflokkun kvenna sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu 2012-2019 (N=28.009).

Ákvarðanir	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Marktækni
Flokkunarbreytur	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-gildi
Heilsufarsflokkun									<0,001
Samtals	3474 (100)	3360 (100)	3487 (100)	3373 (100)	3361 (100)	3461 (100)	3660 (100)	3833 (100)	
A	1939 (55,8)	1766 (52,3)	1734 (49,7)	1575 (46,7)	1441 (42,9)	1336 (38,6)	1267 (34,6)	1222 (31,8)	
B	967 (28,1)	992 (29,5)	1008 (28,9)	1031 (30,6)	1133 (33,7)	1265 (36,6)	1457 (39,8)	1527 (39,8)	
C	142 (4,1)	244 (7,3)	340 (9,8)	387 (11,3)	405 (12,0)	416 (12,0)	412 (11,3)	468 (12,2)	
Óskráð	406 (11,7)	368 (11,0)	405 (11,6)	387 (11,5)	328 (9,8)	445 (12,8)	504 (13,8)	616 (16,1)	
Keisari									0,018
Já	306 (8,8)	281 (8,4)	286 (8,3)	280 (8,3)	260 (7,7)	297 (8,6)	321 (8,8)	328 (8,6)	
Nei	3168 (91,2)	3079 (91,6)	3198 (91,7)	3093 (91,7)	3101 (92,3)	3164 (91,4)	3339 (91,2)	3505 (91,4)	
Aldur									<0,001
14-19	97 (2,8)	53 (1,6)	67 (1,9)	63 (1,9)	54 (1,6)	47 (1,4)	46 (1,3)	42 (1,1)	
20-29	1717 (49,4)	1599 (47,3)	1756 (50,4)	1660 (49,2)	1575 (46,9)	1674 (48,4)	1792 (49,3)	1791 (46,7)	
30-39	1546 (44,5)	1578 (47,0)	1547 (44,4)	1529 (45,3)	1597 (47,5)	1613 (46,6)	1691 (46,2)	1832 (47,8)	
40-49	114 (3,3)	139 (4,1)	117 (3,4)	121 (3,6)	135 (4,0)	127 (3,7)	129 (3,5)	168 (4,4)	
50+	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,1)	0 (0,0)	
Heilbrigðisumdæmi									<0,001
Höfuðborgarsvæðið	2650 (73,4)	2518 (74,94)	2604 (71,81)	2429 (72,6)	2416 (71,9)	2460 (71,3)	2612 (71,4)	2727 (71,2)	
Austurland	50 (1,44)	56 (1,68)	57 (1,63)	77 (2,3)	74 (2,2)	61 (1,8)	67 (1,8)	84 (2,2)	
Norðurland	326 (9,38)	260 (7,74)	278 (7,97)	266 (7,9)	257 (7,7)	268 (7,7)	276 (7,5)	277 (7,2)	
Suðurland	172 (4,95)	187 (5,57)	234 (6,71)	200 (5,9)	224 (6,7)	240 (6,9)	266 (7,3)	306 (8,0)	
Suðurnes	238 (6,85)	226 (6,73)	252 (7,23)	249 (7,4)	241 (7,2)	302 (8,7)	291 (8,0)	294 (7,7)	
Vestfirðir	22 (0,63)	11 (0,33)	16 (0,46)	14 (0,4)	20 (0,6)	16 (0,5)	21 (0,6)	23 (0,6)	
Vesturland	116 (3,34)	116 (3,45)	148 (4,19)	137 (4,1)	128 (3,8)	122 (3,5)	121 (3,3)	119 (3,1)	
Óskráð	1 (0,03)	2 (0,06)	0 (0)	1 (0,03)	1 (0,03)	2 (0,1)	0 (0,0)	3 (0,1)	
Bráðavitjanir									<0,001
Já	47 (1,4)	61 (1,8)	66 (1,9)	111 (3,3)	117 (3,5)	166 (4,8)	214 (5,9)	223 (5,8)	
Nei	3427 (98,7)	3299 (98,2)	3421 (98,1)	3262 (96,7)	3244 (96,5)	3295 (95,2)	3446 (94,4)	3610 (94,2)	
Vitjun brjóstagjafaráðgjafa									<0,001
Já	33 (1,0)	33 (1,0)	44 (1,3)	90 (2,7)	169 (5,0)	273 (7,9)	250 (6,8)	337 (8,8)	
Nei	3441 (99,1)	3327 (99,0)	3443 (98,7)	3283 (97,3)	3192 (95,0)	3188 (92,1)	3410 (93,2)	3496 (91,2)	

Heildarfjöldi A flokkaðra mæðra/nýbura var 12.270 (43,8%), B flokkaðar mæður/nýburar voru 9.400 (33,6%), C flokkaðar 2.826 (10,1%) og mæður/nýburar með óskráðan heilsufarsflokk voru 3.513 (12,5%; tafla 2). Við upphaf rannsóknartímans voru 1.939 (55,8%) mæður og nýburar flokkuð í heilsufarsflokk A en við lok rannsóknartímans voru 1.222 (31,9%) mæður og nýburar A flokkuð.

Á sama tíma jókst hlutfall B og C flokkaðra mæðra og nýbura verulega. Mæður og nýburar í heilsufarsflokki B jukust úr 28.4% í 39.8% yfir rannsóknartímann og C flokkaðar mæður og nýburar 4,1% í 12,2%. Að sama skapi jókst hlutfall mæðra með óskráðan heilsufarsflokk. Munurinn reyndist marktækur á milli ára, $p < 0,001$ (tafla 2). Mynd 1 sýnir línulega þróun á heilsufarsflokkinum yfir tímabilið 2012-2019. Á myndinni má sjá að A flokkuðum mæðrum og nýburum fækkaði jafnt yfir árin 2012-2019. Mesta aukning í heilsufarsflokki B var á milli 2014-2018. Mesta aukning í heilsufarsflokki C var á milli 2012-2015. Mæðrum og nýburum með óskráðan heilsufarsflokk fjölgaði mest frá 2017-2019 (mynd 1).

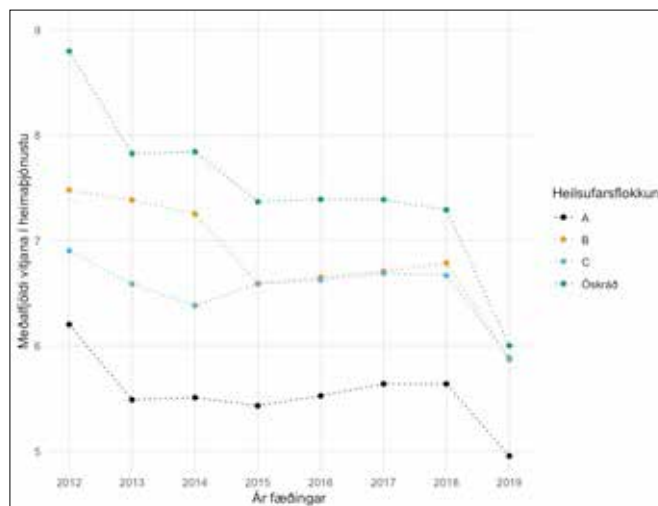


Mynd 1. Hlutfallsleg dreifing heilsufarsflokkanar hjá konum sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu 2012-2019 (N=28.009).

Tafla 3 sýnir dreifingu bakgrunnsbreyta eftir heilsufarsflokkinum. Keisaraskurðir voru algengastir í óskráðum heilsufarsflokki, 97,4%. Hlutfall kvenna 14-19 ára og 40-49 ára var hæst í heilsufarsflokki B. Hlutfall 30-39 ára kvenna lækkaði eftir versnandi heilsufarsflokkinum. Höfuðborgarsvæðið reyndist vera það heilbrigðisumdæmi sem innihélt stærsta hlutfall C flokkaðra mæðra og nýbura. Stærsti hluti kvenna sem fæddi úti á landi var í heilsufarsflokki A að undanskildum mæðrum og nýburum sem tilheyrðu heilbrigðisumdæmi Vestfjarða, þar var heilsufarsflokkur B algengasti flokkurinn. Hlutfall bráðavitjana og vitjana brjóstgafarádggjafa var hæst í heilsufarsflokki B.

Þegar meðalfjöldi vitjana á ársgrundvelli var skoðaður eftir heilsufarsflokkinum kom í ljós að í öllum heilsufarsflokkinum hafði meðalfjöldi heimavitjana fækkað (mynd 2). Frá upphafi til loka rannsóknar varð mest breyting á meðalfjölda vitjana hjá mæðrum

og nýburum með óskráðan heilsufarsflokk. Vitjunum fækkaði úr tæplega níu og niður í sex vitjanir að meðaltali hjá þeim sem voru með óskráðan heilsufarsflokk. Meðalfjöldi vitjana í heilsufarsflokki A fór úr rúmlega sex niður í tæplega fimm. Meðalfjöldi vitjana í heilsufarsflokki B dróst saman, úr sjö og hálfri niður í tæplega sex. Minnsti breytingin varð á meðalfjölda vitjana hjá C flokkuðum mæðrum og börnum, meðalfjöldi vitjana hjá þeim fækkaði úr tæplega sjö í tæplega sex.

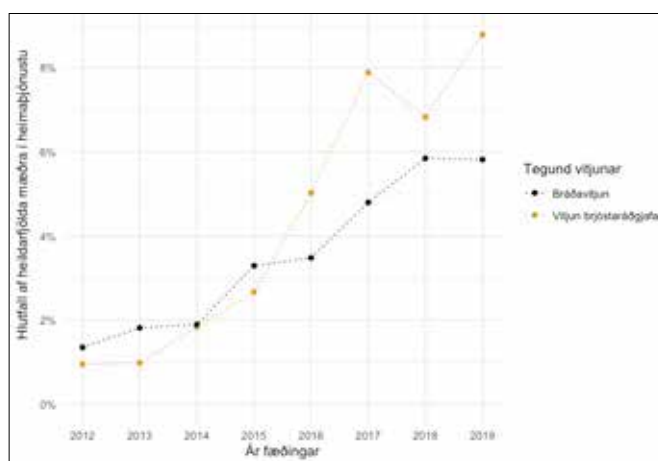


Mynd 2. Meðalfjöldi vitjana ljósmæðra til mæðra og nýbura í heimaþjónustu á Íslandi á árunum 2012-2019 (N=28.009).

Á rannsóknartímanum jókst hlutfall mæðra og nýbura sem fengu bráðþjónustu í heimaþjónustu. Heildaraukningin var 4,5% yfir rannsóknartímann en aukningin var mest frá árinu 2014-2018 (mynd 3). Árið 2012 voru 47 (1,4%) konur í heimaþjónustu sem þurftu á bráðþjónustu ljósmæðra að halda. Við lok rannsóknar voru 223 (5,8%) mæður í heimaþjónustu sem fengu bráðavitjun. Breytingar á milli ára reyndust marktækar ($p < 0,001$; tafla 2). Vitjanir brjóstgafarádggjafa jukust einnig yfir rannsóknartímabilið. Árið 2012 fengu 33 mæður (1,0%) í heimaþjónustu vitjun frá brjóstgafarádggjafa. Miklar breytingar urðu á hlutfalli mæðra og nýbura sem fengu þjónustuna á árunum 2013-2017 eða jókst úr 1% í tæplega 8%. Árið 2018 var fækkun á mæðrum og nýburum sem fengu vitjun frá brjóstgafarádggjafa úr tæplega 8% í tæplega 7% sem jókst aftur árið 2019. Við lok rannsóknartímans náðu vitjanir brjóstgafarádggjafa hámarki þegar 337 (8,8%) mæður í heimaþjónustu fengu þjónustu brjóstgafarádggjafa. Marktækur munur reyndist á fjölda vitjana brjóstgafarádggjafa á milli ára, $p < 0,001$ (tafla 2). Mynd 3 sýnir línulega þróun á hlutfalli bráðavitjana og vitjunum brjóstgafarádggjafa yfir rannsóknartímann.

Tafla 3. Bakgrunnsbreytur fyrir konur í heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi skoðaðar út frá heilsufarsflokkinum mæðra og nýbura á árunum 2012-2019 (N=28.009).

Flokkunarþættir	A n (%)	B n (%)	C n (%)	Óskráð n (%)	Heild n (%)	Marktækni p-gildi
Samtals	12270 (43,8)	9400 (33,6)	2826 (10,1)	3513 (12,5)	28009 (100)	
Keisari						$< 0,001$
Já	4 (0,2)	53 (2,2)	4 (0,2)	2301 (67,4)	2342 (100)	
Nei	12266 (47,8)	9347 (36,4)	2822 (11,0)	1212 (4,7)	25647 (100)	
Aldursbil						$< 0,001$
14 - 19 ára	170 (36,2)	199 (42,4)	82 (17,5)	18 (3,8)	469 (100)	
20 - 29 ára	6079 (44,8)	4742 (35,0)	1420 (10,5)	1314 (9,7)	13555 (100)	
30 - 39 ára	5674 (43,9)	4104 (31,7)	1177 (9,1)	1978 (15,3)	12933 (100)	
40 - 49 ára	346 (33,6)	355 (33,8)	149 (13,9)	203 (19,3)	1050 (100)	
50 ára og eldri	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	2 (100)	
Heilbrigðisumdæmi						$< 0,001$
Höfuðborgarsvæðið	6484 (42,0)	6937 (34,3)	2151 (10,6)	2644 (13,1)	20216 (100)	
Austurland	277 (53,3)	143 (27,5)	47 (9,0)	53 (10,2)	520 (100)	
Norurland	1230 (56,2)	568 (26,0)	141 (6,4)	248 (11,3)	2187 (100)	
Suðurland	851 (47,1)	611 (33,4)	176 (9,6)	181 (9,9)	1829 (100)	
Suðurnes	863 (41,2)	802 (38,3)	193 (9,2)	235 (11,2)	2093 (100)	
Vestfirðir	52 (16,4)	60 (47,0)	11 (7,7)	20 (14,0)	143 (100)	
Vesturland	497 (40,2)	277 (27,4)	108 (10,5)	131 (13,0)	1013 (100)	
Óskráð	6 (60,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	10 (100)	
Bráðavitjanir						$< 0,001$
Já	289 (28,8)	450 (44,8)	135 (13,4)	131 (13,0)	1005 (100)	
Nei	11981 (44,4)	8950 (33,1)	2691 (10,0)	3382 (12,5)	27005 (100)	
Vitjanir brjóstgafarádggjafa						$< 0,001$
Já	328 (26,3)	440 (35,2)	178 (14,1)	305 (24,4)	1249 (100)	
Nei	11942 (44,6)	8960 (33,5)	2650 (10,0)	3208 (12,6)	26760 (100)	



Mynd 3. Bráðavitjanir og vitjun brjóstgafarádggjafa eftir ári hjá konum sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu 2012-2019 (N=28.009).

Þegar gagnlíkindi (GL) heilsufarsflokkanar voru skoðuð fyrir bráðavítjanir kom í ljós að með heilsufarsflokkun B (GL=2,1, 95% ÖB: 1,79-2,42 og C (GL=2,08 ÖB 95% 1,68-2,56) hjá móður og barni voru líkurnar á að móðir og barn fengju bráðavítjun frá ljósmóður auknar í samanburði við mæður og börn í heilsufarsflokki A (tafla 4). Þegar gagnlíkindi voru leiðrétt fyrir aldri móður, bæri, keisaraskurði og heilbrigðisumdæmi varð samband heilsufarsflokkanar við bráðavítjanir enn sterkara, heilsufarsflokkur B (GL=2,42, ÖB 95% 2,02-2,92) jók líkur á bráðavítjun ögn meira en C flokkur (GL=2,4, ÖB 95% 1,9-3,03). Vítjanir brjóstagjafaráðgjafa tengdust einnig heilsu mæðra og nýbura (Tafla 4). Mæður í heilsufarsflokki B voru með aukin líkindi á að fá vítjun brjóstagjafaráðgjafa (GL=1,79, ÖB 95% 1,55-2,07), líkindin voru þó meiri hjá mæðrum í heilsufarsflokki C (GL=2,42, ÖB 95% 2,0-2,91), samanborið við flokk A. Þegar líkindin voru leiðrétt fyrir aldri móður, bæri, keisaraskurði og heilbrigðisumdæmi jukust líkindin á brjóstagjafaráðgjöf hjá öllum heilsufarsflokkum til muna (LGL=2,01 flokkur B og 2,65 flokkur C), samanborið við heilsufarsflokk A. Konur í óskráðum heilsufarsflokki voru einnig í aukinni áhættu á að þurfa bráðavítjun (LGL=1,56, ÖB 95% 1,11-2,15 og heimsókn brjóstagjafaráðgjafa (LGL=8,17, ÖB 95% 6,74-9,90) og var síðari áhættan töluvert hærri en fyrir skráðu heilsufarsflokkana.

Tafla 4. Óleiðrétt og leiðrétt gagnlíkindahlutfall fyrir bráðavítjanir og brjóstagjafaráðgjöf í tengslum við heilsufarsflokkun kvenna sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu 2012-2019.

Áhættuþáttur	Bráðavítjun		Brjóstagjafaráðgjafi	
	GL (ÖM 95%)	LGL (ÖM 95%)	GL (ÖM 95%)	LGL (ÖM 95%)
Heilsufarsflokkur A	Viðmið		Viðmið	
Heilsufarsflokkur B	2,10 (1,79-2,42)	2,42 (2,02-2,92)	1,79 (1,55-2,07)	2,01 (1,70-2,39)
Heilsufarsflokkur C	2,08 (1,68-2,56)	2,40 (1,90-3,03)	2,42 (2,00-2,91)	2,65 (2,15-3,26)
Heilsufarsflokkur óskráður	1,61 (1,23-1,98)	1,56 (1,11-2,15)	3,46 (2,95-4,06)	8,17 (6,74-9,90)

*Leiðrétt fyrir aldri, bæri, keisaraskurði og heilbrigðisumdæmi

UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna aukningu fjölda mæðra/nýbura með heilsufarsflokkun B og C á rannsóknartímabilinu (2012-2019) og sambærilega fækkun á fjölda mæðra/nýbura í heilsufarsflokki A. Yfir rannsóknartímann varð einnig aukning á bráðapjónustuvítjunum og brjóstagjafaráðgjöf. Niðurstöður okkar gáfu til kynna að mæður og nýburar sem eru í hærri áhættuflokki eru líklegri til að þurfa á bráðavítjun eða brjóstaráðgjöf að halda miðað við mæður og nýbura í flokki A. Á rannsóknartímabilinu fækkaði vítjunum ljósmæðra um um það bil eina vítjun í hverjum heilsufarsflokki.

Mikil fjölgun mæðra og nýbura í heilsufarsflokki B og C gefur vísendingar um að heilsa mæðra og nýbura fari versnandi þegar líður á tímabilið. Erfitt er þó að fullyrða nokkuð um nánari ástæður þessara breytinga þar sem heilsufarsflokkunin tilgreinir ekki hvers vegna flokkunin er gefin (Hildur Sigurðardóttir, 2014a; Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2018). Vitað er að ýmsir lífstillstengdir sjúkdómar, svo sem meðgönguháþrýstingur og meðgöngusykursýki, hafa aukist verulega á síðustu árum og getur þetta hafa haft áhrif á þá aukningu sem hefur orðið á heilsufarsflokki B þar sem heilsufarsflokkunin tekur einmitt mið af háþrýstingi, meðgöngueitrun og sykursýki (Ananth o.fl., 2019; Drășutien o.fl., 2016; Gortazar o.fl., 2019; Lavery, Friedman, Keyes, Wright og Ananth, 2017; Swift, Tomasson, Gottfréðsdóttir, Einarsdóttir og Zoega, 2018). Einnig hefur aldur mæðra hækkað og með hækkanndi aldri má gera ráð fyrir auknum áhættuþáttum á meðgöngu og í fæðingu (Swift o.fl., 2018). Að sama skapi hafa erlendar rannsóknir sýnt að blóðmissir eftir fæðingu hefur aukist (Ford, Patterson, Seeho og Roberts, 2015; Mehrabadi, Hutcheon, Lee, Liston og Joseph, 2012). Ekki hafa verið birtar upplýsingar um breytingar á blóðmissi eftir fæðingu en lokaritgerð Karenar Sólars Sævarsdóttur (2020) sýnir að á árunum 2013-2018 var aukning í blæðingu eftir fæðingu sem voru yfir 500 ml og yfir 1000 ml veruleg (Karen Sól Sævarsdóttir, 2020). Þessar breytingar gætu að hluta til skýrt meiri þörf á eftirfylgni ljósmóður í heimaþjón-

ustu á síðustu árum. Að síðustu má benda á að árið 2014 var gerð breyting á rannsamningi og mátti þá gefa undanþágu á C flokkun þannig að konur og börn sem lágu sængurlegu í allt að 86 tíma gætu þegið heimaþjónustu. Það eru því einhverjar líkur á því að fjöldi þeirra kvenna og barna sem hafi átt kost á heimaþjónustu í flokki C hafi aukist vegna þessara breytinga, en gögnin okkar sýna þó ekki fjölgun á skjólstæðingum sem þiggja heimaþjónustu fyrr en á árunum 2018 og 2019. Það má því telja ólíklegt að þessi breyting á rannsamningi skýri þá miklu hlutfallslegu fjölgun sem sést í heilsufarsflokki C.

Vítjanir voru að meðaltali færri í lok tímabilsins samanborið við fjölda vítjana í rannsókn frá árinu 2010 (Hildur Sigurðardóttir, 2010a). Erfitt er þó að bera þessar tölur saman þar sem ólíkir rannsamningar ljósmæðra við Sjúkratryggingar voru í gildi á þeim tímum þegar rannsóknirnar voru gerðar (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2009, 2018). Til að mynda var hámarksfjöldi vítjana ellefu árið 2010 en samkvæmt núgildandi samningum er hámarksfjöldi vítjana sem gefinn er sjö. Ein undantekning er á þessu, en það er að mæður sem fæða börn sín í heimahúsi fá að hámarki átta vítjanir. Fækkun á meðalfjölda vítjana samræmist þeim skerðingum sem hafa orðið á heimiludum hámarksfjölda vítjana með breytingum á rannsamningi yfir rannsóknartímann (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2011, 2013, 2018).

Á rannsóknartímanum varð veruleg aukning á bráðavítjunum og geta hlutfallslegar aukningar á heilsufarsflokkum B og C hjá mæðrum og nýburum skýrt þá aukningu að einhverju leyti þar sem mæður sem upplifa kvilla á meðgöngu eða í fæðingu eða fæða með keisaraskurði eru líklegri til þess að þurfa á bráðapjónustu ljósmóður að halda (Batra, Fridman, Leng og Gregory, 2017). Það er líka hugsanlegt að þegar fjöldi heimilaðra vítjana var lækkaður árið 2013 og aftur árið 2018 hafi þörfin á bráðavítjunum aukist. Það er því líklegt að um samspil skertrar þjónustu, breytinga á heilsufari og jafnvel vitundarvakningar í samfélaginu um geðheilbrigðismál hafi haft þessi áhrif á tíðni bráðavítjana. Skýrsla Ljósmæðrafélagsins frá árinu 2010 (Hildur Sigurðardóttir, 2010b) greindi frá því að tæplega 18% mæðra í heimaþjónustu fengu tilvísun á annan fagaðila fyrir frekari aðstoð vegna heilsufarsvandamála. Í langflestum tilfellum var tilvísunin gefin vegna heilsu móður en ekki vegna heilsu barns. Ekki var unnt að finna upplýsingar um hvers vegna bráðavítjanir eiga sér stað eða hve oft þær leiði til innlagna á heilbrigðisstofnun í okkar gögnum en slík rannsókn myndi varpa frekari ljósi á heilsu mæðra og nýbura í sængurlegu.

Aukning varð einnig á fjölda á vítjunum brjóstagjafaráðgjafa á tímabilinu og konur/nýburar í heilsufarsflokki B og C voru líklegri til að þurfa á sérhæfðri brjóstagjafaráðgjöf að halda. Hugsanleg ástæða þess er mikil vitundarvakning á síðustu árum í samfélaginu um mikilvægi brjóstagjafar og að brjóstagjöf hefur orðið sýnilegri (Hallfríður Kristín Jónsdóttir, 2020). Hlutfall brjóstagjafar við tólf mánaða aldur barns jókst einnig á árunum 2004-2008 en engar opinberar tölur um stöðu brjóstagjafar hafa verið birtar síðan þá (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012). Staða brjóstagjafaráðgjafa var starfrækt á Landspítala á árunum 1998-2013 en árið 2013 var hún lögð niður („Saga félags brjóstagjafaráðgjafa á Íslandi“, e.d.). Engin staða brjóstagjafaráðgjafa er við heilsugæsluna á höfuðborgarsvæðinu en sjö ljósmæður sinna sérhæfðri brjóstagjafaráðgjöf á öllu landinu sem verktakar með samning við SÍ. Einnig sinni á tímabilinu ein ljósmóðir sérfræðipjónustu við brjóstagjöf á meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítala Háskólasjúkrahúss („Brjóstagjafaráðgjafi - Ingibjörg Eiríksdóttir“, e.d.). Aukin áhersla var lögð á mikilvægi brjóstagjafar í nýlegri stefnu heilbrigðisyfirvalda um barneignarþjónustu á Íslandi og styður rannsókn okkar við ályktanir þeirra um að þörfin fyrir brjóstaráðgjöf hefur aukist verulega á Íslandi (Barneignarþjónusta - aðgerðaráætlun, 2021).

Árið 2008 var sett á reglugerð um gæðavisa í heilbrigðisþjónustu á Íslandi („Reglugerð um gæðavisa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr 1148/2008“, 2008). Það er hlutverk landlæknis að velja gæðavisa sem henta hverri þjón-

ustu fyrir sig og niðurstöður gæðavísa eiga að vera aðgengilegar fyrir notendur, heilbrigðisstofnanir, starfsfólk í heilbrigðisgeiranum, stjórnendur og stjórnvöld („Reglugerð um gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr 1148/2008“, 2008). Safna þarf gögnum um þessa gæðavísa á skipulagðan hátt, helst með rafrænum hætti í miðlægan gagnagrunn. Þetta hefur verið gert varðandi aðra þætti barneignarþjónustunnar, svo sem meðgönguvernd og fæðingarhjálp. Sængurlega í heimaþjónustu hefur hins vegar setið á hakanum.

Gögnin í þessari rannsókn eru fengin frá SÍ. Enginn gæðavísir er þar í notkun til að meta gæði, þróun, þjónustu og árangur í heimaþjónustu ljósmæðra eða þjónustu brjóstagafráðgjafa og eru gögn SÍ einu gögnin sem til eru um heimaþjónustu ljósmæðra. Til að vinna að markvissum umbótum eru gæðavísar, skráningar á óvæntum atvikum og þjónustukannanir afar mikilvægar svo hægt sé að gera gæðauppgjör. Gæðauppgjörð ætti að gefa þverskurð af gæðum þjónustunnar hvað varðar árangur, öryggi, aðgengi og skilvirkni svo fátt eitt sé nefnt („Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019 – 2030“, 2019). Að auki vantar upplýsingar til að draga ályktanir um þróun á heilsu mæðra og nýbura þar sem nákvæmar skráningar á breytingum, sértækri aðstoð og nákvæmar eru ekki til staðar. Enn fremur eru ekki til nein gögn um gæði, innihald heimaþjónustu ljósmæðra eða útkomur mæðra og nýbura á fyrstu vikum eftir barnsbúð.

Gögnin frá SÍ sem unnið var með eru rekstrargögn og vantar því mikilvægar upplýsingar er lúta að heilbrigði móður og barns til þess að draga frekari ályktanir um áhrif þjónustunnar eða ástæður þeirra breytinga sem sjást á tímabilinu (Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður, 2018). Þar sem SÍ bera ekki ábyrgð á gæðaeftirliti þjónustunnar höfum við engin gögn um hvað felst í starfi ljósmæðra í heimaþjónustu, hverju þær fylgjast með og bregðast við, eða hvernig heilsa mæðra og nýbura er í raun og veru á þessum tíma. Slík gögn eru nauðsynleg til þess að kortleggja betur þá mikilvægu vinnu sem ljósmæður sinna í sængurlegu í heimahúsi. Þörf er á að meta þessa þjónustu með gæðavísu og auka gæðaeftirlit á vegum Embættis landlæknis um þjónustuna og fá þannig skýrari mynd á þá þróun sem hefur orðið og hlutverk ljósmæðra í heilsufarseftirliti mæðra og nýbura. Með tilkomu gæðavísa fyrir heimaþjónustu og miðlægi, rafrænni skráningu væri hægt að skoða á heildstærri hátt þróun á heilsu mæðra og nýbura, allt frá meðgöngu og út ungubarnaeftirliti þar sem að meðgönguskrá, fæðingarskrá og ungubarnaskrá eru nú til hjá Embætti landlæknis.

STYRKLEIKAR OG TAKMARKANIR

Styrkleikar þessarar rannsóknar eru nokkrir. Rannsóknin er lýðgrunduð og gögn frá öllum mæðrum og nýburum á Íslandi sem fengu heimaþjónustu á rannsóknartímabilinu voru skoðuð í rannsókninni. Allar upplýsingarnar eru skráðar af ljósmæðrum samkvæmt stöðluðu formi frá SÍ og er upplýsingum safnað í rauntíma þegar þjónustan er veitt. Niðurstöðurnar gefa því góðar upplýsingar um þá þjónustu sem skráð hefur verið í gögn SÍ. Einhverjar takmarkanir eru þó einnig til staðar. Mikilvægar upplýsingar á borð við upplýsingar um heima-fæðingar, keisaraskurði eða skráningu frumbyrja í heilsufarsflokki B og C voru ekki til staðar við gagnauðvinnslu. Ástæða þessa er sú að gögnin eru í raun rekstrargögn frá SÍ en er ekki safnað í þeim tilgangi að hægt sé að meta innihald þjónustu eða útkomu hennar. Þar sem greitt er eins fyrir frumbyrjur og fjölbyrjur í flokkum B og C, þá er ekki skráð í þessum gögnum hvort kona sé frumbyrja eða fjölbyrja nema hún sé í heilsufarsflokki A. Hins vegar er greitt mismunandi fyrir heimaþjónustu í flokki A eftir því hvort konan er frumbyrja eða fjölbyrja og því er það skráð. Þetta sýnir mjög glögglega hversu mikilvægt er að safna upplýsingum um heimaþjónustu í miðlægan gagnagrunn sem byggður er á rafrænni skráningu um heimaþjónustu ljósmæðra og byggist á faglegum leiðbeiningum og gæðaeftirliti um heilsufar og þjónustu. Einnig er vert að nefna að upplýsingar um bakgrunn og heilsufar mæðra og barna er ekki safnað í þennan gagnagrunn en það hefði styrkt rannsóknina og niðurstöður hennar.

ÁLYKTANIR

Breyting hefur orðið á fjölda mæðra og nýbura í heilsufarsflokki en mæðrum og nýburum í heilsufarsflokki A hefur fækkað (úr 55,8% í 31,9%) á árunum 2012-2019 en mæðrum og nýburum í flokki B og C hefur fjölgað (B flokkur úr 28,4% í 39,8%; C flokkur úr 4,1% í 12,2%). Á sama tíma hefur átt sér stað fækkun á meðalfjölda heimavítjana í öllum heilsufarsflokki (A flokkur úr 6 í 5; B úr 7,5 í 6; C úr 7 í 6). Þróunin endurspeglar breytingar á rammasamningum og þá þjónustuskerðingu sem mæður og börn urðu fyrir með breyttum samningum árið 2013 og aftur árið 2018 sem er á skjön við þá breytingu sem hefur orðið á fjölda mæðra og nýbura sem þurfa meira eftirlit. Samtímis hefur orðið veruleg aukning á fjölda bráðavítjana (úr 1,4% í 5,8%) og vítjana brjóstagafráðgjafa (úr 1,0% í 8,8%) á tímabilinu. Rannsóknin varpar ljósi á þjónustu sem veitt var af ljósmæðrum í heimaþjónustu en gefur líka vísbendingar um að safna þarf á markvissari hátt gögnum um heimaþjónustu í sængurlegu. Þessum gögnum ætti að safna í miðlægan, rafrænan gagnagrunn svipað og gert er með þjónustu í fæðingarhjálp og þannig mætti meta með nákvæmari hætti hlutverk ljósmæðra sem og árangur og þróun í þjónustu.

ÞAKKIR

Sérstakar þakkir fä Sjúkratryggingar Íslands fyrir gott samstarf við gerð rannsóknarinnar.

HEIMILDIR

- Ananth, C. V., Duzjy, C. M., Yadava, S., Schwebel, M., Tita, A. T. N. og Joseph, K. S. (2019). Changes in the Prevalence of Chronic Hypertension in Pregnancy, United States, 1970 to 2010. *Hypertension*, 74(5), 1089–1095. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.12968
- Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019 – 2030. (2019). Reykjavík: Embætti landlæknis. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item36045/Áætlun%20um%20gæðapróun%20%C3%AD%20heilbrigðisþjónustu%2012%202018.pdf>
- Barneignarþjónusta - aðgerðaráætlun. (2021). Reykjavík: Stjórnarráð Íslands. Sótt af <https://www.stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=cf91b9a2-1b94-11ec-8140-005056bc8c60>
- Batra, P., Fridman, M., Leng, M. og Gregory, K. D. (2017). Emergency Department Care in the Postpartum Period: California Births, 2009–2011. *Obstetrics & Gynecology*, 130(5), 1073–1081. doi:10.1097/AOG.0000000000002269
- Brjóstagafráðgjafi - Ingibjörg Eiríksdóttir. (e.d.). Brjóstagafráðgjafi.is. Sótt 20. apríl 2021 af <https://brjostagjafaradgjafi.is/ingibjorg-eiriksdottir/>
- Caesarean section. (2019, 4. september). National Institute for Health and Care Excellence, NICE. Sótt 16. mars 2021 af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>
- Cheyne, H., Skår, S., Paterson, A., David, S., Hodgkiss, F., Scotland, ... APS Group Scotland. (2014). Having a baby in Scotland 2013: women's experiences of maternity care : national report. Sótt 13. apríl 2021 af <http://www.nls.uk/scotgov/2014/9781784122171.pdf>
- Child checkups in Norway: Home visit after the birth. (2021, 18. febrúar). Helse Norge. Sótt 15. apríl 2021 af <https://www.helsenorge.no/en/help-services-in-the-municipalities/infant-healthcare-programme-age-0-5-years/home-visit-7-10-days-after-the-birth/>
- Drašutienė, G. S., Drazdienė, N., Arlauskienė, A., Ramauskaitė, D., Zakarevičienė, J., Kazėnaitė, E., ... Sniečkuvienė, V. (2016). Trends in maternal health in Lithuania 1995–2014. *Acta Medica Lituanica*, 23(2), 117–125. doi:10.6001/actamedica.v23i2.3328
- Ford, J. B., Patterson, J. A., Seeho, S. K. M. og Roberts, C. L. (2015). Trends and outcomes of postpartum haemorrhage, 2003–2011. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 334. doi:10.1186/s12884-015-0788-5
- Gortazar, L., Flores-Le Roux, J. A., Benaiges, D., Sarsanedas, E., Payà, A., Mañé, L., ... Goday, A. (2019). Trends in prevalence of gestational diabetes and perinatal outcomes in Catalonia, Spain, 2006 to 2015: the Diagestcat Study. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 35(5). doi:10.1002/dmrr.3151
- Hallfríður Kristín Jónsdóttir. (2020, júní). Áhrif stuðnings frá ljósmæðrum og hjúkrunarfræðingum á tíðni og lengd brjóstagafrá - Kerfinsbundin fræðileg samantekt. Háskóli Íslands, Reykjavík. Sótt af <https://skemman.is/bitstream/1946/35178/2/MSHjlokala-loka.pdf>
- Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir. (2012). Heilbrigðisupplýsingar: Brjóstagaþjóf og næring ungubarna á Íslandi sem fædd eru 2004–2008. Embætti landlæknis. Sótt af https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item16573/brjostagjof_og_naering_2004-2008_juni.2012.pdf
- Hildur Sigurðardóttir. (2010a). Umfang heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi. Könnun ljósmæðrafélags Íslands. Ljósmæðrablaðið, 88(2), 7–12.
- Hildur Sigurðardóttir. (2010b). Könnun á umfangi Heimaþjónustu ljósmæðra. Reykjavík: Háskóli Íslands og Ljósmæðrafélag Íslands. Sótt af https://www.ljosmaedrafelag.is/GetAsset.ashx?id=356&fbclid=IwAR0g_p5Ej5lbn81iXk-5hdJRE50ssarQ5gYAXy5FcUKAYDY_fRIZ850yDeY

- Hildur Sigurðardóttir. (2014a). Faglegar leiðbeiningar um heimaþjónustu ljósmæðra. Endurskoðuð útgáfa. Reykjavík: Embætti landlæknis. Sótt af https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item23146/Fagl-leidbein-heima_ljosmaedur_2014_heildarskjal.pdf
- Hildur Sigurðardóttir. (2014b). Reynsla og viðhorf kvenna - Umönnun í sængurlegu á stofnun og heima. Ljósmæðrablaðið, 92(1), 16–22.
- Karen Sól Sævarsdóttir. (2020, maí). Tíðni og áhættuþættir mikillar blæðingar eftir fæðingu einbura á Íslandi árin 2013–2018 (Thesis). Reykjavík. Sótt 29. október 2021 af <https://skemman.is/handle/1946/35644>
- Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmli, L., Conzelmann, C. og Zemp, E. (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. BMC Health Services Research, 16(1), 82. doi:10.1186/s12913-016-1300-2
- Lavery, J., Friedman, A., Keys, K., Wright, J. og Ananth, C. (2017). Gestational diabetes in the United States: temporal changes in prevalence rates between 1979 and 2010. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 124(5), 804–813. doi:10.1111/1471-0528.14236
- Lög um sjúkratryggingar nr.112/2008. , 112/2008.
- Mehrabadi, A., Hutcheon, J. A., Lee, L., Liston, R. M. og Joseph, K. (2012). Trends in postpartum hemorrhage from 2000 to 2009: a population-based study. BMC Pregnancy and Childbirth, 12(1), 108. doi:10.1186/1471-2393-12-108
- National Health Service. (2019). Your Health Visiting Service, Information for new parents. Clinical Policy, Documentation & Information Group. Sótt af <https://services.nhs.uk/healthvisitors/Documents/LOT1284%20Your%20Health%20Visiting%20Service.pdf>
- Postnatal care up to 8 weeks after birth. (2015, 1. febrúar). National Institute for Health and Care Excellence. NICE. Sótt 16. mars 2021 af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>
- Reglugerð um gæðavisa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr 1148/2008. (2008). Stjórnarráðið. Sótt af <https://www.stjornartidindi.is/Advert.aspx?ID=3abcc970-adea-49ab-bc62-b2bcf573629e>
- Saga félags brjóstgíftaradgjafa á Íslandi. (e.d.). Félag Brjóstgíftaradgjafa á Íslandi. Sótt af <https://brjostgijftaradgjafi.is/saga-felags-brjostgijftaradgjafa-a-islendi/>
- Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2009). Rammasamningur. Reykjavík. Sótt af https://www.sjukra.is/media/samningar/Rammasamningur_ljosmaedur.pdf
- Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2011). Rammasamningur. Sótt af <https://www.sjukra.is/media/samningar/Rammasamningur-SI-og-ljosmaedra-med-innfaerdum-breytingum-fra-1--juli-2011.pdf>
- Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2013). Rammasamningur. Sótt af https://www.sjukra.is/media/samningar/Samningur-ljosmaedra_1_jan_31_des_2013.pdf
- Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2018). Rammasamningur. Sótt af <https://www.sjukra.is/media/samningar/rammasamningur-um-thjonustu-ljosmaedra-vegna-faedinga-og-umonnunar-saengurkvenna-i-heimahusum.pdf>
- Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2021). Rammasamningur. Sótt af <https://www.sjukra.is/media/samningar/Rammasamningur-ljosmaedra-1-okt-2021.pdf>
- Swift, E. M., Tomasson, G., Gottfreðsdóttir, H., Einarssdóttir, K. og Zoega, H. (2018). Obstetric interventions, trends, and drivers of change: A 20-year population-based study from Iceland. Birth, 45(4), 368–376. doi:10.1111/birt.12353
- Tesfau, Y. B., Kahsay, A. B., Gebrehiwot, T. G., Medhanyie, A. A. og Godefay, H. (2020). Postnatal home visits by health extension workers in rural areas of Ethiopia: a cross-sectional study design. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 305. doi:10.1186/s12884-020-03003-w
- Walker, S. B., Rossi, D. M. og Sander, T. M. (2019). Women's Successful Transition to Motherhood During the Early Postnatal Period: A Qualitative Systematic Review of Postnatal and Midwifery Home Care Literature. Midwifery, 79, 102552. doi:10.1016/j.midw.2019.102552
- World Health Organization og Jhpiego. (2015). Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. World Health Organization.

LJÓSMÆÐUR ÓSKAST TIL STARFA Í FÆÐINGARÞJÓNUSTU LSH

Fæðingavakt og meðgöngu- og sængurlegudeild óska eftir að ráða ljósmæður til starfa nú þegar.

Starfshlutfall er samkomulag, unnið er á þrískiptum vöktum og möguleiki er á skiptu starfi á milli deilda. Þar eru nýir stjórnendur, þær Birna Gerður Jónsdóttir og María Guðrún Þórisdóttir. Þær leggja báðar mikla áherslu á gæða- og umbótastarf, tækifæri til starfsþróunar, faglega umgjörð og góðan starfsanda.

Á deildunum starfar mikill fjöldi fagfólks í teymisvinnu og eru það frábærir starfsmenn sem leggja sig alla fram. Einstaklingsbundin aðlögun er í boði með reyndum ljósmæðrum.

Nú er tækifæri til að koma og taka þátt!

Áhugasamir hafi samband við
Birnu Gerði á fæðingavakt í s. 821-4652
og/eða **Maríu Guðrúnu í s. 899-0101.**



NÝ STEFNA OG AÐGERÐAÁÆTLUN UM BARNEIGNARÞJÓNUSTU Á ÍSLANDI

Árið 2019 var Heilbrigðisstefna – stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030 samþykkt á Alþingi (Heilbrigðisráðuneytið, 2019). Í framhaldinu skipaði þáverandi heilbrigðisráðherra, Svandís Svavarsdóttir, starfshóp sem ætlað var að vinna tillögur að heildstæðri stefnu um barneignarþjónustu á Íslandi fyrir árin 2020–2030, þá fyrstu sinnar tegundar. Starfshópurinn skipaðu: Guðlaug Einarsdóttir, ljósmóðir og sérfræðingur í Heilbrigðisráðuneytinu; Alexander Smásson, kvensjúkdóma- og fæðingarlæknir, tilnefndur af Sjúkrahúsinu á Akureyri; Berglind Hálfðánsdóttir, ljósmóðir, tilnefnd af Háskóla Íslands; Hulda Hjartardóttir, kvensjúkdóma- og fæðingarlæknir, tilnefnd af Landspítala; Ósk Ingvarsdóttir, kvensjúkdóma- og fæðingarlæknir, tilnefnd af Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins; og Sigrún Kristjánsdóttir, ljósmóðir, tilnefnd af Heilbrigðisstofnun Suðurlands. Starfshópurinn leitaði álits hjá fjölmörgum stofnunum og fagfólki sem endurspegladi barneignarþjónustuna eins og hún leit út árið 2020.

Afrakstur vinnu starfshópsins, Barneignarþjónusta – Stöðuskýrsla og tillögur starfshóps ráðherra, leit dagsins ljós í desember 2020 (Heilbrigðisráðuneytið, 2020). Í september 2021 var skýrslunni fylgt eftir með skjalinu Barneignarþjónusta – aðgerðaáætlun, sem unnið var í Heilbrigðisráðuneytinu (Heilbrigðisráðuneytið, 2021). Með tilkomu stefnu- og aðgerðaáætlunar um barneignarþjónustu er lagður grunnur að markvissri og metnaðarfullri þróun barneignarþjónustu á landsvísi. Í þeim felast fjölmörg sóknartækifæri fyrir ljósmæður og annað fagfólk sem starfar í barneignarþjónustu og vill stuðla að umbótum í þágu fæðandi fjölskyldna í landinu. Dæmi um stefnumál sem birt eru í stefnunni, og fylgt eftir í aðgerðaáætluninni, eru:

Fagmennska og menntun:

- Aukin áhersla á fagrýni, gæðaverkefni, nýsköpun og þróun.
- Aukið aðgengi fagfólks á landsbyggðinni að sí- og endurmenntun, bæði í heimabyggð og með fjarskiptabúnaði, og gott aðgengi að uppfærðu fræðslufni stærri stofnana.

Úrbætur á landsbyggðinni:

- Formlegt og skipulagt samstarf stærri stofnana, s.s. Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri, og smærri stofnana á landsbyggðinni svo tryggja megi sem jafnast aðgengi að sérhæfðri þjónustu.
- Innleiðing á stöðu umdæmisljósmóður í hverju heilbrigðisumdæmi sem hafi yfirsýn yfir barneignarþjónustu í umdæmi sínu.
- Innleiðing á stöðum héraðsljósmæðra í dreifðari byggðum sem tryggir að hvergi sé lengra en klukkustundar neyðarflutningur í vaktþjónustu ljósmóður.

Kven- og kynheilbrigði:

- Tryggt aðgengi allra grunn-, framhalds- og háskólanema að ráðgjöf um kynheilbrigði, getnaðarvarnir og barneignir. Kostnaður við kaup á getnaðarvörum takmarki ekki aðgengi.
- Samþætt og bætt ráðgjöf um kven- og kynheilbrigði og ráðgjöf fyrir þungun (e. preconceptional care).
- Tryggt aðgengi að upplýsingum um þungunarrof og samræmt verklag um meðferð utan stærri sjúkrahúsa.

Meðgönguvernd:

- Tryggt aðgengi að faglegri grunnþjónustu í heimabyggð og fræðslu um þá þjónustu sem er í boði, m.a. fösturgeiningu.
- Meðgönguorlof frá 36. viku meðgöngu.
- Þörf fyrir sérhæfða annars stigs þjónustu í hverju heilbrigðisumdæmi verði skilgreind.
- Tækjabúnaður vegna fjarheilbrigðisþjónustu verði til taks og fullur ferðakostnaður greiddur þegar sækja þarf þjónustu fjarri heimabyggð.

- Fjárhagsleg og félagsleg staða sé ekki fyrirstaða fyrir nauðsynlegri sérhæfðri þjónustu, s.s. vegna ófrjósemi.
- Þjónusta vegna fösturmissis verði samfelld og skipulögð.

Fæðingarþjónusta:

- Settur verði á fót faglegur samráðsvettvangur um fæðingar. Samræmdar leiðbeiningar um fæðingarferlið verði gefnar út á landvísi. Gæðavísar taki mið af líkamlegri útkomu og upplifun foreldra.
- Efling fæðingarþjónustu sem miðar að eðlilegu fæðingarferli innan og utan sjúkrahúsa, með óhindruðu aðgengi að ráðgjöf og flutningi á herra þjónustustig.
- Ákvarðanir um dreifingu fæðingarstaða, opnun þeirra eða lokun, verði teknar á faglegum grundvelli með öryggi, gæði og rétt kvenna til að eiga val að leiðarljósi.
- Tryggt aðgengi að fagþekkingu þegar fæðing hefst fjarri skilgreindri fæðingarþjónustu, ásamt aðgengi að húsnæði nærri fæðingarstöðum fyrir foreldra sem búa í dreifðari byggðum.
- Aðbúnaður á kvennadeild Landspítala verði bættur fyrir bæði starfsfólk og notendur.
- Endurskoðun á leiðbeiningum um val á fæðingarstað. Ítarlegar tillögur fylgja.

Sængurlega:

- Heimaþjónusta í sængurlegu fái formlega umgjörð án þess að missa sveigjanleika sinn og fagmennsku. Aðgengi að þjónustunni verði tryggt alla daga ársins.
- Heimaþjónusta verði stýrt og sinnt af ljósmæðrum, ýmist innan stofnana eða hjá sjálfstæðu ljósmæðrafyrirtæki. Tryggt verði að mönnum standi undir óskertri þjónustu.
- Sveigjanleg þjónusta í sængurlegu til fjölskyldna sem búa fjarri helstu þjónustukjörnum verði teknar á faglegum grundvelli með öryggi, gæði og rétt kvenna til að eiga val að leiðarljósi.
- Vitjanir í sængurlegu nái upp að 4–6 vikna aldri barna.
- Aðgengi að sérhæfðri brjóstgjafaráðgjöf verði tryggt upp að sex mánaða aldri barna.
- Nám í brjóstgjafaráðgjöf verði byggt upp hérlandis.

Ósjúkratryggðar og erlendar konur:

- Ósjúkratryggðum og erlendum konum verði tryggt fullnægjandi barneignarþjónusta, góð leiðsögn um réttindi sín og aðstoð við að sækja þau.

Það er von þeirra sem að verkefninu stóðu að nýja stefnan og aðgerðaáætlunin verði ljósmæðrum og öðru fagfólki hvatning til dáða. Á því ári sem nú er að líða hafa ljósmæður þegar haft frumkvæði að spennandi verkefnum sem hægt er að styðja með tilvísun í þau málefni sem sett eru á oddinn í stefnunni. Það verður gaman að sjá nýjar hugmyndir vakna á næstu árum og sjá barneignarþjónustuna blómstra fram til ársins 2030.

*Berglind Hálfðánsdóttir, ljósmóðir og
Sigrún Kristjánsdóttir, ljósmóðir.*

HEIMILDIR

Heilbrigðisráðuneytið. (2019). Heilbrigðisstefna – stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Reykjavík: Heilbrigðisráðuneytið. Sótt á https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Heilbrigdisstefna_4.juli.pdf

Heilbrigðisráðuneytið. (2020). Barneignarþjónusta – Stöðuskýrsla og tillögur starfshóps ráðherra. Reykjavík: Heilbrigðisráðuneytið. Sótt á https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Barneignarþjónusta_Stoduskysrsla_og_tillogur_07012020.pdf

Heilbrigðisráðuneytið. (2021). Barneignarþjónusta – aðgerðaáætlun. Reykjavík: Heilbrigðisráðuneytið. Sótt á <https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Barneignar.pdf>

UMÖNNUNARÞARFIR EINHVERFRA KVENNA OG REYNSLA ÞEIRRA AF BARNEIGNARFERLINU



Rut Vestmann,
ljósmóðir, Heilbrigðisstofnun
Suðurnesja og í heimahúsum



Valgerður Lía Sigurðardóttir,
Lektor í ljósmóðurfraði við H.Í.
Sérfræðiljósmóðir og formaður
fagráðs ljósmæðraþjónustu á
Landspítala



Helga Gottfreðsdóttir,
Prófessor í ljósmóðurfraði við H.Í.
og forstöðumaður fræðasviðs á
Landspítala

INNANGANGUR

Í starfi sínu kynnast ljósmæður fjölbreytilegum fjölskyldum sem allar hafa mismunandi þarfir í gegnum barneignarferlið. Í störfum mínum sem ljósmóðir hef ég orðið vör við að starfsfólk býr yfir takmarkaðri þekkingu á einhverfu. Auk þess er hvergi minnst á einhverfar konur og umönnunarþarfir þeirra í klínískum leiðbeiningum hér á landi.

Orsakir einhverfu eru að mestu óþekktar en talið er að erfðir leiki þar lykilhlutverk (Sæmundsen, Magnússon, Georgsdóttir, Egilsson & Rafnsson, 2013). Einhverfa er samansafn ákveðinna hegðunar-einkenna og persónueinkenna sem geta verið hamlandi við daglegar athafnir í því samfélagi sem við búum í. Þessi persónueinkenni geta verið slök félagsfærni, samskiptaerfiðleikar, skynúrvinnsluvandi auk málþroskaraskana. Þessi einkenni eru þó mismunandi eftir einstaklingum. Það er því óhjákvæmilegt að þau hafi áhrif á jafn viðamiknið ferli eins og barneignarferlið er. Þær einhverfu konur sem ég hef rætt við segja flestar að barneignarferlið hafi verið þeim erfitt og skilningur heilbrigðisstarfsfólks af skornum skammti. Þegar horft er til rannsókna og fræðsluefnis fyrir þennan hóp kemur í ljós að flestar rannsóknir beinast að einhverfum börnum eða foreldrum einhverfra barna en nánast ekkert um einhverfar konur og barn-eignarþjónustu.

Einhverfir einstaklingar hafa oft aðrar greiningar eins og flogaveiki, ADHD, þunglyndi og kvíða. Hins vegar er vitsmunalegur þroski jafn breytilegur og einstaklingarnir eru margir og getur verið allt frá því að einstaklingur er með mikla þroskaskerðingu í að vera með mikla vitsmunalega yfirburði (World Health Organization, 2019). Viðmiðunar-stigun til greiningar fyrir þroskahömlun er 70 á greindarvísitöluprófi samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (World Health Organization, 2004). Ef horft er til niðurstaðna úr rannsókn Sæmundsen og félaga frá árinu 2013 má sjá að yfir helmingur barna með einhverfu var með stigun yfir sjöttíu á greindarvísitöluprófum (Sæmundsen o.fl., 2013).

Þessar niðurstöður gefa til kynna að stór hluti einhverfra er ekki með þroskahömlun og þar af leiðandi hafa þeir aðrar þarfir en þeir einstaklingar sem eru einnig með þroskahömlun.

Áður fyrr var einhverfa talin vera afar sjaldgæf. Hins vegar hefur þekkingu á einhverfu fleygt fram á síðustu árum og greiningarmörk orðin skýrari en algengi einhverfu hér á landi var um það bil 1,2% samkvæmt íslenskri rannsókn sem náði yfir börn fædd á tímabilinu 1994-1998 og fengu einhverfugreiningu fyrir lok árs 2009. Tíðni einhverfugreininga hjá stúlkum var um 0,64% á móti 1,72% hjá drengjum. Tíðni einhverfugreininga hjá rannsóknarhópum tvöfaldadist hins vegar síðustu fjögur ár rannsóknartímabilsins. Þá var mikil aukning í einhverfugreiningum stúlkna á tímabilinu á meðan tíðni einhverfugreininga drengja stóð í stað. Það mætti mögulega túlka á tvo vegu. Annars vegar að einhverfar stúlkur eiga það síður til að vera með þroskahömlun og því ná þær frekar að aðlagast því samfélagi sem þær eru í hverju sinni og þess vegna með aukinni þekkingu fjölgar greiningum hjá þeim (Sæmundsen o.fl., 2013). Hins vegar má hafa í huga að rannsóknir innan heilbrigðiskerfisins hafa í gegnum tíðina almennt tekið meira mið af körlum heldur en konum en einkenni geta verið mjög mismunandi eftir kynjum (Franconi, Campesi, Colombo & Antonini, 2019). Auk þess hafa komið fram vísbendingar um að konum sé frekar mætt með fordómum innan kerfisins sem geta snúið bæði að kyni og/eða fötlun (Cobigo, Ouellette-Kuntz, Balogh, Leung, Lin, & Lunsky, 2013).

Algengt er að einhverfar konur fái greiningu á einhverfu seint eða alls ekki. Algengar misgreiningar eru kvíði, þunglyndi, átröskun, áráttu- og þráhyggjuröskun og persónuleikaröskun. Hins vegar geta einhverfar konur þróað með sér slíkar raskanir rétt eins og aðrar konur sem ekki eru einhverfar (Begeer, Mandell, Wijnker-Holmes, Venderbosch, Rem, Stekelenburg, & Koot, 2012). Áætla má einnig að um 35% kvenna í heiminum hafi orðið fyrir líkamlegu og/eða

kyrferðislegu ofbeldi á lífsleiðinni (World Health Organization, 2017). Ef horft er til einhverfra einstaklinga þykir líklegt að tíðnin sé mun hærri en það (World Health Organization, 2019).

Það að vera ekki með rétta greiningu getur mögulega haft áhrif á barneignarferlið og þar með skilning og umönnun heilbrigðisstarfsfólks (Kitson-Reynolds, Kitson & Humphrys, 2015).

Markmið greinarinnar sem byggir á lokaverkefni til kandidatesprófs í ljósmóðurfræði vorið 2020, er að leita svara við eftirfarandi spurningum: Hver er reynsla einhverfra kvenna af barneignarferlinu og hverjar eru umönnunarþarfar þeirra? Í þeim heimildum sem notaðar eru í samantektinni er leitast við að fá innsýn í reynslu einhverfra kvenna í gegnum allt barneignarferlið

AÐFERÐAFRÆÐI – FRÆÐILEG SAMANTEKT

Til þess að svara þessum spurningum var gerð fræðileg samantekt. Þar sem engar íslenskar rannsóknir liggja fyrir um einhverfar konur sem verða barnshafandi voru erlendar rannsóknir skoðaðar. Gerð var heimildaleit í gagnagrunnum PubMed, Scopus og Google Scholar. Leitarorð sem notuð voru: Autistic disorder, qualitative study, perception, experience, postpartum period, birth og pregnancy. Þar sem markmið samantektarinnar var að draga fram reynslu einhverfra kvenna af barneignarferlinu var lögð áhersla á að finna eigindlegar rannsóknir sem gætu dýpkað skilning á upplifun og reynslu þeirra. Leitað var eftir greinum sem höfðu verið útgefnar á síðustu tíu árum og útilokaðar voru rannsóknir sem flokkuðu einhverfar konur í hóp kvenna með þroskahamlanir nema þær væru með báðar greiningar. Frumheimildir voru skoðaðar.

NIÐURSTÖÐUR

Leitin skilaði átta niðurstöðum sem bæði fjölluðu beint um einhverfar konur og barneignarferlið. Þær heimildir sem greinin byggir að mestu á eru greinar frá árunum 2014-2020. Þær voru aðallega frá Bretlandi og Ástralíu en einnig voru notaðar greinar frá Japan og Kanada. Þetta eru allt lönd sem hafa verið með skilvirkt og það sem má kallast gott heilbrigðiskerfi í gegnum tíðina rétt eins og Ísland (World Health Organization, e.d.b). Einnig voru bæði íslenskar og erlendar vefsíður hagsmunasamtaka einhverfra einstaklinga skoðaðar. Þar var rýnt í og notað fræðsluefni um einhverfu til að dýpka skilning á efninu auk rannsókna. Enn fremur var vefsíða Alþjóðahailbrigðissamtakanna WHO skoðuð með tilliti til viðfangsefnis. Þegar þessari úrvinnslu var lokið voru leitarorðin postpartum depression, violence against women og violence and autism notuð til að dýpka betur skilning á ákveðnu viðfangsefni tengt fyrrnefndum niðurstöðum.

Rannsóknir hafa sýnt fram á að einhverfar konur mæti mun stærri hindrunum þegar kemur að heilbrigðiskerfinu en aðrar konur. Þessar hindranir geta tengst þeirra eigin skynúrvinnslu, samskiptum þeirra við heilbrigðisstarfsfólk, skorti á stuðningi eða þær geta verið af tilfinningalegum toga (Lum, Garnett & O'Connor, 2014).

MEDGANGAN

Medgangan sjálf getur átt það til að ýta undir þætti þar sem konur eru viðkvæmar fyrir. Eitt af því sem virðist vera mikilvægt í þessu samhengi er skynúrvinnsla. Skynúrvinnsla er það hvernig einstaklingur vinnur úr þeim áreitum sem hafa áhrif á skynfæri hans en skynáreiti geta verið lýsing, hljóð, snerting, lykt, bragð eða annað sem hefur áhrif á skynfærin. Skynúrvinnsla einhverfra virðist vera ólík skynúrvinnslu annarra. Áreiti sem fólk tekur jafnan ekki eftir getur verið yfirþyrmandi fyrir einhverfan einstakling (Australian Autism Alliance, 2017). Áreiti og skynúrvinnsla einhverfra kvenna getur haft gríðarleg áhrif á líðan þeirra í gegnum barneignarferlið og hefur verið lýst sem hver skynúrvinnsluáskorunin á fætur annarri (Rogers, Lephed, Ganguly & Jacob-Rogers, 2016). Einvær konur geta upplifað það sem mikla þolinmæðisraun þegar kemur að skorti á þekkingu heilbrigðisstarfsfólks sem sinnir þeim og getur það reynst þeim mjög erfitt (Lum, o.fl., 2014). Mikilvægt er að hafa í huga að einhverfar konur hafa oft ekki góða upplifun af heilbrigðiskerfinu í heild og margar þeirra hafa jafnvel fundið fyrir vanmætti

eftir erfiða reynslu af heilbrigðiskerfinu allt frá barnæsku (Rogers, o.fl., 2016). Þegar horft er til reynslu einhverfra mæðra af þjónustunni sem þær fá í gegnum barneignarferlið virðast þær upplifa skilningsleysi og vanþekkingu heilbrigðisstarfsfólks á einhverfurófsröskunum (Rogers, o.fl., 2016; Australian Autism Alliance, 2017; Tint & Weiss, 2017). Að auki upplifa þær oft hræðslu við að tjá sig opinskátt við það heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir þeim. Þær eru jafnframt óvissar hverju er viðeigandi að deila með heilbrigðisstarfsfólki. Þetta hefur þau áhrif að þær upplifa meiri kvíða en aðrar mæður í samskiptum sínum (Pohl, o.fl., 2020). Ef horft er til langana einhverfra kvenna eftir stuðningi er meirihluti þeirra fylgjandi því að fá aukinn stuðning. Hins vegar er einungis um 14% þeirra sem upplifa stuðninginn góðan og viðeigandi (Pohl, Crockford, Allison & Baron-Cohen, 2020).

Ef tekið er mið af því að einhverfum konum er hættara að verða fyrir ofbeldi en öðrum konum þá gerir það eitt og sér þennan hóp kvenna að viðkvæmum hópi þegar kemur að barneignarferlinu og getur það eitt og sér aukið líkur á meðgönguþunglyndi (Pohl o.fl., 2020).

Eins og komið hefur fram er skynúrvinnsla einhverfra ólík því sem flestir aðrir upplifa. Þetta getur magnast upp á meðgöngunni þar sem konur eru almennt viðkvæmari á meðgöngu fyrir áreiti úr umhverfinu. Mikilvægt er að átta sig á að hlutir sem aðrir hugsa mögulega lítið út í eins og blóðþrýstingsmæling, að finna hreyfingar barns síns í móðurkviði, bið á biðstofu eða lýsing í herberginu getur gert skynúrvinnslu þeirra næstum óbærilega og valdið kvíðaeinkennum (Rogers o.fl, 2016; Lum, o.fl, 2014; Gardner, Suplee, Block & Lecks, 2016). Einvær konur í meðgönguvernd hafa einnig lýst erfiðleikum í skoðuninni hjá ljósmóður. Margar þeirra finna fyrir miklum óþægindum við létta snertingu. Þær hafa lýst óþægindum þegar ljósmóðir er að snerta kvið þeirra í meðgönguvernd auk þess sem sumar finna einnig fyrir miklum óþægindum við notkun á geli sem sett er á kviðinn við ómskoðun. Þegar horft er til skynúrvinnslu vegna umhverfis þá virðist jafnframt sem þær upplifi mikla truflun vegna lýsingar í skoðunarherbergjum. Flúorljós eru þar einna helst nefnd og skynúrvinnslutilfinningunni er oft lýst sem óþægilegum viðbrögðum sem líkjast einbeitingarskort og svima (Gardner o.fl, 2016).

Ef horft er til samskipta við heilbrigðisstarfsfólk virðist það vera reynsla einhverfra kvenna að þær upplifi aukna erfiðleika við yrta tjáningu í samskiptum sínum við sinn umönnunaraðila hverju sinni. Einnig upplifa þær skort á stuðningi í meðgönguvernd. Ef rýnt er frekar í hvað er átt við með skorti á stuðningi þá virðist sem reynsla þeirra sé sú að gagnsemi upplýsinga sem þær fá í meðgönguvernd er takmörkuð og að heilbrigðisstarfsfólk átti sig ekki á þeirra stuðningsþörfum (Lum, o.fl., 2014; Gardner o.fl, 2016). Þær hafa lýst því að ráðleggingar og fræðsla þurfi að vera hnitmiðuð og skýr (Gardner o.fl. 2016). Hins vegar virðist ekki vera munur á þátttöku í fæðingarfræðslunámskeiðum (Pohl o.fl., 2020). Form upplýsingagjafar virðist því skipta miklu máli en greinagóðar upplýsingar þar sem lögð er áhersla á raunverulegar aðstæður auk myndrænnar fræðslu er líklega ákjósanlegri en yrtar upplýsingar á faglegu máli (Gardner o.fl, 2016). Þegar kemur að samskiptum einhverfra kvenna við sinn umönnunaraðila í barneignarferlinu virðast þær líklegri en aðrar konur til að upplifa vanvirðingu í samskiptum sínum við umönnunaraðilann. Þær finna til vanmáttar og finnast umönnunaraðilinn tala niðrandi til sín. Þær upplifa viðmót þeirra einnig dæmandi og eiga af þeim sökum það til að koma sjaldnar í meðgönguvernd (Rogers, o.fl, 2016).

FÆÐINGIN

Skynáreiti í fæðingu skiptir höfuðmáli þar sem einhverfar konur hafa tjáð að skynáreiti getur jafnvel verið verra en líkamlegur sársauki (Tint & Weiss, 2017). Hafa má í huga að í fæðingunni, rétt eins og í meðgönguvernd, getur mikil lýsing í fæðingarstofunni reynst þeim erfið. Flúorljós geta verið sérstaklega truflandi og geta þau haft mjög mikil áhrif á líðan konunnar. Auk þessara skynáreita getur lykt og hljóð einnig haft neikvæð áhrif á upplifun

ina (Gardner o.fl., 2016). Fjöldi heilbrigðisstarfsfólks sem sinnir konunni getur haft mikil áhrif á hana þar sem aukinn fjöldi starfsmanna inni á fæðingarstofunni eykur umhverfisáreiti til muna. Að auki hafa umhverfisáreiti eins og hljóð úr tækjum sem notuð eru inni á fæðingarstofum verulega truflandi áhrif á konuna (Rogers o.fl., 2016).

Einhverfar mæður hafa sérstaklega lýst samskiptaerfiðleikum í fæðingunni sjálfri (Lum, o.fl., 2014). Þær upplifa oft hræðslu í samskiptum og þora ekki að tjá skoðanir sínar og tilfinningar við þá ljósmóður sem sinnir þeim (Pohl, o.fl., 2020). Í rannsókn Rogers og félaga frá árinu 2016 lýsti ein konan því að það hefði valdið henni mun meiri sársauka og vanlíðan að þurfa að eiga við spítalann en sársaukinn sem hún fann fyrir í fæðingunni sjálfri (Rogers o.fl., 2016). Þegar horft er betur til sársauka sem er óhjákvæmilega eitt af því sem konur hugsa um þegar kemur að fæðingu þá virðast margar einhverfar konur hafa frekar háan sársaukaþröskuld, en aftur á móti þá gæti það einnig verið afleiðing þess að þær upplifi erfiðleika við að tjá og lýsa þeim sársauka sem þær finna (Lum o.fl., 2014; Tint & Weiss, 2017). Það sem einhverfar konur hafa þörf fyrir í fæðingunni sjálfri eru skýr skilaboð og samskipti, að hafa stjórn á umhverfisáreitum og að hafa stjórn á aðstæðum (Rogers o.fl., 2016). Flestir einstaklingar finna þörf fyrir að hafa stjórn á þeim aðstæðum sem þeir eru í. Einhverfar konur eru þar ekki undanskildar. Sumar þeirra hafa lýst því hvernig þeim finnst þær hvorki hafa stjórn á eigin gjörðum né umhverfinu og að fæðingaráætlun hefði getað skipt þar sköpum (Gardner, o.fl., 2016). Þær hafa einnig lýst því hvernig það að vita hvernig hlutirnir gerast og jafnvel hvernig áferð eða tilfinning við eitthvað lýsir sér hjálpi þeim að takast á við það þegar að því kemur. Það að vita hvað er að fara að gerast getur gert gæfumuninn og að umönnunaraðilar biðji um leyfi fyrir allri snertingu (Rogers o.fl., 2016).

SÆNGURLEGA

Einhverfar konur eru líklegri en aðrar konur til að þróa með sér fæðingarþunglyndi (Pohl o.fl., 2020; Asano o.fl., 2014). Rannsókn Pohl og félaga frá árinu 2020 sýndi tíðni fæðingarþunglyndis hjá einhverfum mæðrum vera allt að 58%. Einhverfar mæður eru á margan hátt viðkvæmari fyrir hlutum sem geta ýtt undir líkur á fæðingarþunglyndi. Þær eru til dæmis líklegri til að glíma við vandamál af geðrænum toga, hafa orðið fyrir ofbeldi, líklegri til að einangrast, eiga erfiðara með að biðja um aðstoð og upplifa dæmandi viðmót í sambandi við þeirra foreldrafærni (Pohl, o.fl., 2020). Afleiðingar fæðingarþunglyndis geta meðal annars verið aukinn kvíði, minna öryggi í móðurhlutverkinu, minni geta til að aðlagast móðurhlutverkinu, seinkaður taugaproski hjá nýburanum og fleiri afleiðingar sem mikilvægt þykir að koma í veg fyrir (Meaney, 2018).

Einhverfar mæður eru líklegri til að eiga erfitt með að leita eftir aðstoð hjá heilbrigðisstarfsfólki. Sérstaklega virðist sem þeim finnist erfitt að leita eftir aðstoð er varðar börnin sín og finnst þeim heilbrigðisstarfsfólk oft en ekki misskilja sig. Þær upplifa mun meiri kvíða í samskiptum sínum við þann fagaðila sem sinnir þeim þegar kemur að umönnun barna þeirra og finna fyrir óöryggi varðandi hvaða atriðum er viðeigandi að deila með þeim fagaðila (Pohl o.fl., 2020). Í rannsókn Pohl og félaga kom í ljós að um 80% einhverfra mæðra sögðu ekki frá því að þær væru einhverfar vegna hræðslu við að það yrði komið verr fram við þær. Auk þess upplifa einhverfar mæður móðurhlutverkið meira einangrandi en aðrar mæður og þeim finnst þær frekar vera dæmdar og eiga þar af leiðandi erfiðara með að biðja um þann stuðning sem þær þurfa hverju sinni (Pohl o.fl., 2020). Einhverfar mæður þurfa þó á stuðningi að halda og vilja standa sig í móðurhlutverkinu þar sem rannsóknir hafa sýnt að einhverfar mæður eru ekki frábrugðnar öðrum mæðrum þegar horft er til foreldravirkni. Hins vegar þurfa þær annars konar aðstoð en flestar aðrar konur (Pow-Lau, Peterson, Attwood, Garnett & Kelly, 2016).

Þegar kemur að brjóstagjöf einhverfra kvenna þá er mikilvægt að hafa það í huga að það að hafa barn á brjósti getur haft veruleg

áhrif á skynúrvinnslu þeirra. Við brjóstagjöf er mikið um snertingu auk þess sem þetta er skyntilfinning sem er ólík öðru sem maður þekkir. Þetta getur reynst einhverfum konum óþægilegt og getur þessi skynjun, tilfinning og skynúrvinnsla einmitt verið hindrandi þáttur í brjóstagjöf. Þegar kemur að því að aðstoða einhverfar konur við brjóstagjöf virðist vera ýmislegt sem þær upplifa frá heilbrigðisstarfsfólki sem þær eiga erfitt með. Það er þeirra upplifun að það sé ekki endilega hlustað á þær og hvaða langanir þær hafa varðandi næringu nýburans. Þær vilja fá greinagóðar upplýsingar um mikilvægi brjóstagjafar en í rannsókn Gardner og félaga frá árinu 2016 voru nánast allar einhverfu mæðurnar með börnin sín á brjósti þrátt fyrir óþægindi sem tengjast þeirra skynúrvinnslu. Það virtist vera lykilatriði fyrir þær að vita af hverju brjóstagjöf er mikilvæg og flestar fengu góða aðstoð frá fagaðila í upphafi brjóstagjafar (Gardner o.fl., 2016). Þegar tíðni brjóstagjafar hjá einhverfum konum og konum sem ekki eru einhverfar er borin saman er ekki marktækur munur á milli þessara tveggja hópa hvort þær reyndu að hafa börn sín á brjósti eða ekki (Pohl o.fl., 2020). Þegar bornar eru saman þarfir einhverfra mæðra og annarra mæðra virðast vera fleiri hindranir fyrir þær einhverfu til að gera eins vel og þær vilja í móðurhlutverkinu. Þær upplifa það að þær eiga erfiðara með að hugsa um allt sem viðkemur heimili á þessum breyttu tímum sem sængurlegan er, þeim finnst erfiðara að finna félagsleg tækifæri fyrir börn sín og þær upplifa sig oft en ekki sem óskipulagðar mæður. Hins vegar virðist ekki vera munur á milli þessara tveggja hópa þegar kemur að því að forgangsraða þörfum barns síns ofar en eigin þörfum auk þess sem báðir hópar sýndu jafn mikla viðleitni í að auka sjálfstraust barna sinna (Pohl o.fl., 2020). Þegar horft er til foreldravirkni eða álags í foreldrahlutverki, þá leiddi rannsókn Lau og félaga frá árinu 2016 í ljós að geta til að tileinka sér foreldrahlutverkið og foreldravirkni einhverfra mæðra sem eiga einhverf börn var ekki minni en hjá mæðrum sem voru ekki einhverfar sem áttu einhverf börn (Pow-Lau o.fl., 2016).

Niðurstöður eru teknar saman í töflu 1 sem á margan hátt svarar spurningunum sem settar voru fram í upphafi. Þar er farið yfir hvert tímabil fyrir sig í barneignarferlinu og hvað heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir þessum konum getur haft í huga við umönnun þeirra með tilliti til reynslu þeirra af ferlinu.

UMRÆÐUR

Ef horft er til reynslu einhverfra kvenna af barneignarferlinu og þeirra umönnunarþarfa benda niðurstöður til þess að þörfum þeirra sé ekki mætt eins vel og hægt er. Ákveðnir vankantar sem viðkoma þjónustu við þennan hóp komu fram á meðgöngu, í fæðingu, sængurlegu og brjóstagjöf. Þetta ferli er eitt af mikilvægustu þroskaverkefnum í lífi hverrar fjölskyldu. Reynsla þeirra af ferlinu byggir meðal annars á eigin reynslu og upplifun í gegnum lífið og hlutverk ljósmæðra er að styðja konur og fjölskyldur þeirra í gegnum þessar mikilvægu stundir. Ef horft er til þeirra þátta sem geta bætt upplifun og reynslu einhverfra kvenna í gegnum barneignarferlið, þá er vitundarvakning, viðurkenning og grunnþekking heilbrigðisstarfsfólks á einhverfu líklega lykilatriði. Þessar konur hafa oft en ekki þurft að glíma við móthbyr í samfélaginu, dæmandi viðmót og niðrandi samskipti í gegnum líf sitt. Afleiðing þessa getur orðið til þess að þær telji sig oft en ekki þurfa, umfram aðra, að sanna sig í foreldrahlutverkinu, en slíkt getur haft áhrif á líðan og löngun til að biðja um og þiggja þá aðstoð sem í boði er hverju sinni. Einnig virðist það vera þannig að ekki sé alltaf tekið tillit til þess að þessi hópur glímir við skynúrvinnsluvanda og að sá vandi sé mögulega ekki tekinn nægilega alvarlega. Eitt það mikilvægasta við umönnun einhverfra kvenna í fæðingu er að reyna að stuðla að rölegu umhverfi með sem minnstu áreiti. Mikilvægt er ennfremur að spyrgja einhverfar konur sem koma í meðgönguvernd út í þeirra skynúrvinnslu og áhyggjur og gera viðeigandi ráðstafanir í samráði við þarfir hverrar konu fyrir sig. Að gera fæðingaráætlun, draga úr umhverfisáreitum, gefa greinagóðar upplýsingar og fræðslu, veita góðan stuðning við brjóstagjöf og tengslamyndun getur skipt höfuðmáli í heildarumönnun þessa hóps kvenna. Allt þetta er til þess fallið

Tafla 1. Góð ráð við umönnun einhverfra kvenna í gegnum barneignarferlið

Í gegnum allt barneignarferlið	
Stuðla að því að konan sé við stjórn	
Fjöldi heilbrigðisstarfsfólks sem sinnir konunni í lágmarki	
Elga samskipti sem einkennast af virðingu	
Veita hnitmiðaða, skýra og jafnvægi myndræna fræðslu	
Fá leyfi fyrir alfri smertingu	
Meðganga	
Veita aukinn andlegan stuðning	
Hafa lýsingu í lágmarki og helst engin flúorljós	
Bóka tíma í byrjun eða lok dags þegar fálir eru á biðstofum	
Fæðing	
Stuðla að rólegu umhverfi með litlu áreiti	
Engin auka hljóð úr tækjum	
Lýsing í lágmarki og engin flúorljós	
Fá leyfi fyrir notkun ilmjarnanna	
Finna góða leið í samráði við konu til að tjá sársauka	
Sængurleiga	
Veita aukinn andlegan stuðning	
Muna að einhverfar mæður bera hag barna sinna ekki siður fyrir brjósti en aðrar mæður	
Góður stuðningur við brjóstgjöf auk skilnings á skýrnvinnslu við brjóstgjöf	
Aðstoða mæður að lesa í merki nýburans	
Stuðla að tengslamyndun	

að gera komur í meðgönguvernd auðveldari og draga úr kviða þeirra fyrir fæðingunni. Með auknu utunumhaldi og stuðningi gæti ávinningurinn orðið mikill til framtíðar, dregið úr líkum á fæðingarþung-lyndi, aukði ánægju í gegnum ferlið og ýtt undir farsæla brjóst-
gjöf. Þegar horft er til úrbóta fyrir kerfið í heild er samfelld þjónusta það sem getur skipt höfuðmáli í umönnun einhverfra kvenna og í raun allra barnshafandi kvenna. Með samfelldri þjónustu væri lögð áhersla á að einungis litill hópur heilbrigðisstarfsfólks myndi sinna konunni á öllum stigum barneignarferlisins, þar sem hún væri við stjórn og einstaklingsbundnar þarfir hennar og langanir virtar. Aukin fræðsla og þekking um einhverfu og áhrif hennar á barneignarferlið hjá ljósmæðrum og öðrum heilbrigðisstéttum er mikilvæg. Þetta er raunverulegur hópur og því afar mikilvægt að það séu til klínískar leiðbeiningar eða fróðleikur er varðar þeirra þarfir við umönnun.

Gildi þessarar greinar fyrir ljósmóðurfræði er að hún eykur við þekkingu á þörfum einhverfra kvenna en einhverfar konur mæta mögulega fordómum og þekkingarleysi innan heilbrigðisþjón-
ustunnar. Mikilvægt er fyrir ljósmæður að hafa grunnþekkingu á einhverfu og því sem þarf að hafa í huga þegar einhverfum konum er sinnt í gegnum barneignarferlið.

HEIMILDIR

Asano, R., Tsuchiya, K.J., Takei, N., Harada, T., Kugizaki, Y., Nakahara, R., ... Mori, N. (2014). Broader autism phenotype as a risk factor for postpartum depression: Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(12), 1672-1678. doi:10.1016/j.rasd.2014.08.010

Australian autism alliance. (2017). Multiple and intersecting forms of discrimination against autistic women. Sótt af <http://www.a4.org.au/sites/default/files/Australia-UN-Country-Visit-AutisticWomen.pdf>

Begeer, S., Mandell, D., Wijnker-Holmes, B., Venderbosch, S., Rem, D., Stekelenburg, F. & Koot, H.M. (2012). Sex Differences in the Timing of Identification Among Children and Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(5), 1151-1156. doi:10.1007/s10803-012-1656-z

Cobigo, V., Ouellette-Kuntz, H., Balogh, R., Leung, F., Lin, E. & Lunskey, Y. (2013). Are cervical and breast cancer screening programmes equitable? The case of women with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(5), 478-488. doi:10.1111/jir.12035

Franconi, F., Campesi, I., Colombo, D., & Antonini, P. (2019). Sex-Gender Variable: Methodological Recommendations for Increasing Scientific Value of Clinical Studies. *Cells*, 8(5), 17. doi:10.3390/cells8050476

Gardner, M., Supplee, P.D., Bloch, J. & Lecks, K. (2016). Exploratory Study of Childbearing Experiences of Women with Asperger Syndrome. *Nursing for rWomen's Health*, 20(1), 28-37. doi:10.1016/j.nwh.2015.12.001

Kitson-Reynolds, E., Kitson, W. & Humphrys, K. (2015). Living with autism: what's your superpower? A personal reflection. *British Journal of Midwifery*, 23(11), 808-14. doi:https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.11.808

Lum, M., Garnett, M. og O'Connor, E. (2014). Health communication: A pilot study comparing perceptions of women with and without high functioning autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(12), 1713-1721. doi:10.1016/j.rasd.2014.09.009

Meaney, M.J. (2018). Perinatal Maternal Depressive Symptoms as an Issue for Population Health. *The American Journal of psychiatry*, 175(11), 1084-1093. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17091031

Pohl, A.L., Crockford, S.K., Allison C. & Baron-Cohen, S. (2020). A comparative study of autistic and non-autistic women's experience of motherhood. *Molecular Autism*, 11(1). Rafræn útgáfa. doi:10.1186/s13229-019-0304-2

Pow-Lau, Y.W., Peterson, C.C., Attwood, T., Garnett, M.S. & Kelly, A.B. (2016). Parents on the autism continuum: Links with parenting efficacy. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 26, 57-64. doi:https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.02.007

Rogers, C., Lephed, L., Ganguly, R. og Jacob-Rogers, S. (2017). Perinatal issues for women with high functioning autism spectrum disorder. *Women and Birth*, 30(2), 89-95. doi:https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.009

Sæmundsen, E., Magnússon, P., Georgsdóttir, I., Egilsson, E. & Rafnsson, V. (2013). Prevalence of autism spectrum disorders in an Icelandic birth cohort. *BMJ open*, 3(6). Rafræn útgáfa. doi:10.1136/bmjopen-2013-002748

Tint, A. & Weiss, J.A. (2017). A qualitative study of the service experience of women with autism spectrum disorder. *Autism*, Rafræn útgáfa. doi:10.1177/1362361317702561

World health organization. (2004). Mental and behavioural disorders. Sótt af <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2004/fr-icd.htm?gf70.htm>

World Health Organization. (2017.a). 10 facts on breastfeeding. Sótt af <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>

World Health Organization. (2017.b). Violence against women. Sótt af <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/violence-against-women>

World Health Organization. (2019). Autism spectrum disorders. Sótt af <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/autism-spectrum>

World Health Organization. (e.d.b). Measuring overall health system performance for 191 countries. Sótt af <https://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>

FÆÐINGARSTELLINGAR KVENNA Á ÍSLANDI ÁRIN 2012-2018 OG HELSTU ÁHRIFABÆTTIR

Lýðgrunduð ferilrannsókn



Embla Ýr Guðmundsdóttir,
Aðjúnt við námsbraut í ljósmóður-
fræði og doktorsnemi við Háskóla
Íslands



Elfa Lind Einarsdóttir,
MS í ljósmóðurfræði frá námsbraut
í ljósmóðurfræði vorið 2021



Helga Gottfreðsdóttir,
Prófessor í ljósmóðurfræði við H.Í.
og forstöðumaður fræðasviðs á
Landspítala

Bakgrunnur: Fæðingarstellinging kvenna getur haft áhrif á framgang fæðingar og fæðingarreynslu þeirra. Bættir sem hafa áhrif á fæðingarstellingingu eru margir s.s. menning fæðingarstaðar, aldur konu og fjöldi fyrri fæðinga. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna í hvaða stellingum konur fæða á Íslandi ásamt því að skoða tengsl ýmissa bakgrunnsbreyta kvennanna, notkun utanbastsdeyfingar og fæðingarstaðar við fæðingarstellingingu.

Aðferð: Rannsóknin var lýðgrunduð ferilrannsókn, byggð á gögnum úr Fæðingaskrá. Úrtakið voru allar konur sem fæddu einbura í höfuðstöðu um fæðingarveg án áhalds á árunum 2012-2018, alls 20.870 fæðingar. Fæðingarstellingingar voru skilgreindar láréttar og uppréttar. Til láréttar stellinga töldust á hlið, hálfstíjandi, hálfstíjandi með fætur í fótstígum, í stoðum og liggjandi á baki. Til uppréttar stellinga töldust fæðingastóll, á hnjám í uppréttari stoðu, á fjórum fótum og standandi staða. Við greiningu gagna var reiknaður fjöldi og hlutfall af heild skráðra fæðingarstellinginga, gerðar krosstöflur og kí-kvaðrat próf og var marktækni miðuð við 95% marktæktarmörk ($p < 0.05$).

Niðurstöður: Alls voru 16.064 fæðingarstellingingar kvenna skráðar eða 76,9% úrtaks. Meðalaldur frumbyrja var 26 ár og meðalaldur fjölbyrja 31 ár. Á tímabilinu fæddu 91,0% kvenna í láréttari fæðingarstellingingu. Algengasta stellingin var hálfstíjandi staða (58,7%) og næstalgengust var liggjandi á baki (12,9%). Fjölbyrjur og konur eldri en 39 ára fæddu frekar í uppréttari fæðingarstellingingu (12,0% og 14,8%), samanborið við frumbyrjur (4,7%, $p < 0.001$) og konur 25-29 ára (7,0%, $p < 0.001$) og konur með erlent ríkisfang fæddu frekar í láréttum stellingum (92,4%) samanborið við íslenskar konur (90,8%, $p < 0.001$). Þær konur sem fæddu á fæðingarstöðum flokkuðum A og B fæddu í 91,6% tilvika í láréttum stellingum og konur sem voru með utanbastsdeyfingu voru oftast í hálfstíjandi stellingu (65,8%), samanborið við þær konur sem fæddu án deyfingar (54,3%, $p < 0.001$).

Ályktun: Konur hér á landi fæða oftast í láréttum stellingum. Tengsl

eru milli lægri aldurs, að vera frumbyrja, búsetu á höfuðborgarsvæðinu, að vera ekki í sambúð/gift, að vera ekki í námi/starfi, með erlent ríkisfang, að fæða á fæðingarstað A eða B og notkun utanbastsdeyfingar, og að fæða í láréttari stellingu.

Lykilorð: Fæðingarstellinging, barnshafandi konur, upplýst val, ljósmóðurfræði.

Background: Women's birth positions can affect the progress of childbirth and women's birth experience. There are many factors that affect birth positions, e.g. culture of the birthplace, woman's age and parity. We aimed to study Icelandic women's birth positions and relationship between women's background variables, epidural analgesia and place of birth with birth position.

Method: The study was a population-based cohort study with data from the Birth Registry in Iceland. The sample was women who gave birth vaginally to a single child in vertex position, without instruments in the years 2012-2018, a total of 20.870 births. Birth positions were defined supine and upright. Supine position included lying on the side, semi-recumbent, semi-recumbent with feet in the steps, lithostomy and lying on the back. Upright position included a birthing chair, on knees in an upright position, on all fours and a standing position. The proportion and frequency of birth positions, cross-tabulations and chi-square tests were used to calculate and analyze the data and significance was based on a 95% significance level ($p < 0.05$).

Results: A total of 16.064 birth positions were registered, or 76,9% of the sample. The mean age of primiparas were 26 years and 31 years among multiparas. During the study period, 91,0% of women gave birth in a supine position. The most common position was a semi-recumbent (58,7%) and the next most common position was lying on the back (12,9%). Multigravidas and women more than

39 years old gave birth more often in an upright position (12,0% and 14,8%), compared to primigravidas (4,7%, $p < 0.001$) and women aged 25-29 (7,0%, $p < 0.001$) and women with foreign citizenship gave birth more often in a supine birth positions (92,4%), compared to Icelandic women (90,8%, $p < 0.001$). The prevalence for a supine birth position in birth place A and B was 91,6% and women who had an epidural were more likely to give birth in a semi-recumbent position (65,8%), compared to women who gave birth without an epidural (54,3%, $p < 0.001$).

Conclusion: The majority of women in Iceland use supine positions in childbirth. There is a relationship between lower age, being a primipara, having a capital area residence, not being married/cohabiting, not being employed/student, having a foreign citizenship, giving birth in a birth place A or B and epidural use, and giving birth in a supine position.

Keywords: Birth position, pregnant women, informed choice, midwifery.

INNGANGUR

Upprétt fæðingarstelling og hreyfing á fyrsta stigi fæðingar hefur jákvæð áhrif á framgang fæðingar og sumar stellingar tengjast beinlínis betri útkomu móður og nýbura í fæðingu, eins og styttra öðru stigi fæðingar, lægri tíðni áhalda- og keisarafæðinga auk færri tilfella óeðlilegs fösturhjártsláttar (Zang o.fl., 2020; Gupta o.fl., 2017). Þannig benda klínískar leiðbeiningar á að ihlutun í fæðingu geti falist í því eingöngu að breyta um stellingu (NICE, 2017). Fæðingarstellingar geta einnig haft áhrif á liðan konu í fæðingu og að hún upplifi sig með meiri stjórn þegar val um stellinguna liggur hjá henni sjálfri (Nieuwenhuijze o.fl., 2013). Með því að upplýsa konur um kosti mismunandi fæðingarstella, geta ljósmæður ýtt undir tilfinningu þeirra um stjórn og þannig haft jákvæð áhrif á fæðingarupplifun þeirra (Nieuwenhuijze o.fl., 2012).

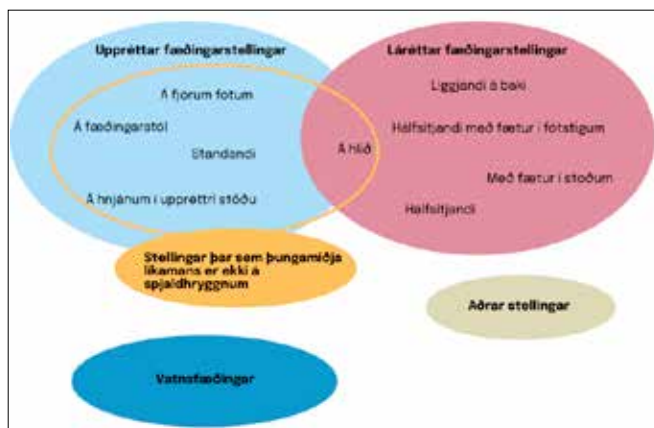
Fjöldi þátta hefur áhrif á hvaða fæðingarstellingar konur nota. Einn er fæðingarumhverfið, bæði fæðingarstofan en ekki síður fæðingarstaðurinn en í vestrænum heimi er algennt að hafa rúm í miðju fæðingarherbergis. Rúmið verður þannig í brennidepli sem styður auðveldara eftirlit og auðveldar jafnframt aðgengi að konunni ef þörf er á inngripum í fæðinguna. Hins vegar er hættara við því að konunni líði eins og hún þurfi að fæða þar og getur staðsetning á rúmi í fæðingarstofu því beinlínis haft áhrif á val konu um fæðingarstillingu (Jenkinson o.fl., 2014). Með sívaxandi notkun utanbastsdeyfinga innan sjúkrahúsa eru konur enn frekar bundnar við rúm í láréttum fæðingarstellingum vegna áhrifa deyfingarinnar á taugakerfi líkamans og vinnuleiðbeininga sem gilda um umönnun kvenna með utanbastsdeyfingu (Anna S. Verharðsdóttir o.fl., 2017; Desseauve o.fl., 2017). Aðrir þættir, svo sem hærri menntunarstig konunnar, hafa verið tengdir við uppréttar fæðingarstellingar (Nieuwenhuijze o.fl., 2013). Upplýsingagjöf og fræðsla á meðgöngu virðist jafnframt skipta máli en þátttaka konu í fæðingarfræðslunámskeiði hefur verið tengd vali á uppréttri fæðingarstillingu (Nieuwenhuijze o.fl., 2013). Þannig eru stellingar sem konur eru í við fæðingu undir áhrifum margra samverkandi þátta s.s. fæðingarumhverfisins, menntunar, fræðslu á meðgöngu og vinnulags á hverjum fæðingarstað.

Engar upplýsingar hafa verið birtar um fæðingarstellingar kvenna hér á landi. Markmið þessarar rannsóknar er að kanna í hvaða stellingum konur á Íslandi fæða einbura í höfuðstöðu, jafnframt því að kanna tengsl milli ýmissa bakgrunnsbreyta kvennanna, notkun utanbastsdeyfingar og fæðingarstaðar við fæðingarstellingar. Tilgangurinn var að skapa umræður meðal ljósmæðra og annarra sem sinna fæðingarhjálp og auka þekkingu sem gæti nýst við endurskoðun á upplýsingagjöf og fræðslu til barnshafandi kvenna um fæðingarstellingar.

FRÆÐILEGUR BAKGRUNNUR

Fæðingarstellingum er oft skipt upp í tvo megin flokka, uppréttar og láréttar stellingar. Fer þá skiptingin eftir horninu sem lárétta planið (oft rúmið) og miðpunktur þriðju og fimmtu lendahryggja konu mynda. Ef það er meira en 45° þá er staðan talin upprétt en annars liggjandi.

Hnébeygjustaða, sitjandi staða og standandi stöður með allskyns breytileika eru því taldar uppréttar stöður. Hins vegar eru stöðurnar liggjandi á baki, með fætur í stoðum, hliðarstöður og fleiri, taldar liggjandi stöður (Desseauve o.fl., 2017; Gupta o.fl., 2017). Aðrar rannsóknir skipta stellingum í flokka eftir því hvar spjaldhryggurinn sveigist, þá hvort spjaldbein konu heldur uppi líkamsþyngd hennar eða ekki. Þær stellingar sem á ensku kallast Flexible sacral positions eru liggjandi á hlið, á fjórum fótum, standandi, sitjandi upprétt og hnébeygjustaða (Berta o.fl., 2019; Zang o.fl., 2020). Þessar stellingar eiga það sameiginlegt að í þeim heldur spjaldbein konu ekki uppi líkamsþyngd hennar. Sjá má á Mynd 1 hvernig stellingar eru almennt flokkaðar og er myndin byggð á grein Gupta o.fl. (2017) sem er yfirlitsgrein 32 rannsókna.



Mynd 1. Flokkun fæðingarstella byggð á flokkun Gupta o.fl. (2017).

Við fæðingu barns þurfa margir þættir að vinna saman, líkami móður og staða barnsins. Í líkama móður þarf leghálsinn að umbreyta byggingu sinni fyrir tilstilli samdráttar sem verða vegna hormóna og þrýstings af kolli barns. Þegar barn snýr með hnacka fram og höku að bringu sinni lágmarkar það þvermál kollsins sem þarf að komast í gegnum mjaðmagrind móður (Desseauve o.fl., 2017). Uppréttar stellingar eða stellingar þar sem spjaldbein konu getur sveigst (Zang o.fl., 2020) geta aukið grindarinnangang um 6-8 mm (Desseauve o.fl., 2020). Nokkrar rannsóknir hafa sýnt fram á styttra annað stig fæðingar þegar konur voru í uppréttum stellingum eða stellingum þar sem spjaldhryggur gat sveigst (Gupta o.fl., 2017; Zang o.fl., 2020; Moraloglu o.fl., 2017). Þegar konur eru í uppréttum stellingum eykur það líkur á að barn nái að snúa sér í fæðingu og fæðist með hnacka fram (Gizzo o.fl., 2014).

Tengsl bakgrunnsbreyta og fæðingarstella

Í rannsókn Nieuwenhuijze o.fl. (2013) frá Hollandi voru könnuð tengsl milli bakgrunns kvenna og fæðingarstella þeirra. Líklegra var að frumbyrjur fæddu í uppréttum fæðingarstellingum. Í rannsókn de Jonge o.fl. (2009) sem einnig var gerð í Hollandi um tengsl bakgrunnsbreyta og fæðingarstella gáfu niðurstöður til kynna að konur eldri en 36 ára og konur með hærri menntunarstig voru líklegri til að fæða í uppréttri stellingu samanborið við yngri konur. Hjúskaparstaða, að eiga barn áður og lengd rembingssstigs hafði ekki marktæk áhrif á fæðingarstillingu (de Jonge o.fl., 2009). Lítið hefur verið skrifað um tengsl ríkisfangs og fæðingarstella en í grein de Jonge o.fl. (2009) kom ekki fram að uppruni hefði áhrif á fæðingarstillingu. Í rannsókninni var eingöngu safnað gögnum frá ljósmæðrastýrðum einingum í Hollandi en í úrtakinu voru færri konur af erlendum uppruna en í almenna þýðinu. Hinsvegar gáfu niðurstöður ástralskrar rannsóknar Hennegan o.fl. (2014) til kynna að konur af erlendum uppruna og þær sem töluðu annað tungumál en áströlsku, fæddu frekar í láréttum stellingum eins og liggjandi á baki eða á hlið, í stað uppréttra stella.

Tengsl fæðingarstaðar og fæðingarstella

Í áðurnefndri rannsókn de Jonge o.fl. (2009) sem gerð var á ljósmæðra-

stýrðum einingum í Hollandi, fæddu 90% kvenna í láréttri stellingu. Þá voru um 6% kvenna sem fæddu í fæðingarstól, 1% sitjandi, 1% standandi og 1% í hnébeygjstöðu. Í rannsókn Nieuwnhuijze o.fl. (2013) fæddu konur sem fæddu barn sitt heima frekar í uppréttum fæðingarstillingum samanborið við hóp sem fæddi á sjúkrahúsi. Niðurstöður rannsóknafrá fæðingarheimili í Ástralíu leiddu hins vegar í ljós að algengasta fæðingarstillingin var að vera á fjórum fótum eða á hnjám í uppréttri stöðu en um 48% kvenna fæddi í henni. Þá voru 12% kvennanna í hálfisitjandi stellingu, 10% notuðust við fæðingarstól, 8% standandi, 5% á hlið og 3% í hnébeygjstöðu (Dahlen o.fl., 2013). Í austurrískri rannsókn Bodner-Adler o.fl. frá 2004 kom fram að uppréttar fæðingarstillingar voru algengari á ljósmæðrastýrðri einingu en blandaðri fæðingardeild. Í rannsókninni kom jafnframt fram að hálfisitjandi staða var algengust á báðum einingunum (Bodner-Adler o.fl., 2004).

Tengsl notkunar utanbastsdeyfingar og fæðingarstillinga

Utanbastsdeyfing er ein áhrifaríkasta verkjameðferðin í fæðingu en getur aukið lengd fæðingar og aukið notkun áhalda í fæðingu (Walker o.fl., 2018) og er deyfingin jafnframt tengd láréttum fæðingarstillingum vegna áhrifa hennar á taugakerfi líkamans (Desseauve o.fl., 2017). Þannig syndu niðurstöður viðtalsrannsóknafrá Norður-Ítalíu þar sem tekin voru viðtöl við ljósmæður á þremur fæðingardeildum, að uppréttar stöður voru ekki alltaf í boði fyrir konur með mænurótardeyfingu vegna áhrifa deyfingarinnar á líkamann. Ljósmæðurnar sögðu hálfisitjandi stöðu og með fætur í stoðum vera algengustu stellingarnar í fæðingu á þeirra vinnustað. Þær sögðust hvetja konur í upprétta stöðu eða vera á fjórum fótum ef konurnar réðu við það til að hjálpa höfði barnsins að færast niður fæðingarveginn (Colciago o.fl., 2019). Í samantekt Walker o.fl. (2018) voru ákveðnar útkomubreytur skoðaðar hjá konum í uppréttum fæðingarstillingum eftir því hvort konurnar fengu deyfingu eða ekki. Samkvæmt samantektinni virðist upprétt stelling fyrir konur með epidural deyfingu ekki hafa verri útkomu fæðingar í för með sér sé litið til fjölda fæðinga sem enda með keisaraskurði, áhaldafæðinga, blæðingu eftir fæðingu, lengd 2.stigs, áverka á spangarsvæði eða útkomu barns.

ADFERÐ

Þessari rannsókn var ætlað að kanna í hvaða fæðingarstillingum konur á Íslandi fæða og skoða tengsl milli breyta sem kunna að hafa áhrif á fæðingarstillingar, eins og ýmissa bakgrunnsþátta kvennanna, fæðingarstað og notkun utanbastsdeyfingar við fæðingarstillingar. Þetta efni hefur ekki verið skoðað áður hér á landi og var markmið rannsóknarinnar að hún gefi upplýsingar um í hvaða stellingum konur fæða hér á landi, og hvaða þættir geta mögulega haft áhrif á fæðingarstillingar kvenna á Íslandi.

Settar voru fram tvær rannsóknarspurningar.

1. Í hvaða stellingum fæddu konur einbura í höfuðstöðu, um fæðingarveg án áhalda, á Íslandi á árunum 2012-2018?
2. Eru tengsl milli aldurs kvenna, bæri, fjölda fyrri barna, búsetu, hjúskaparstöðu, ríkisfangs, atvinnu, fæðingarstaðar eða notkunar utanbastsdeyfingar, og stellinga sem þær fæða í?

Til að svara þessum rannsóknarspurningum var gerð lýðgrunduð ferilrannsókn hjá hópi kvenna sem fæddu einbura í höfuðstöðu, um leggöng án áhalda, á árunum 2012 til 2018, alls 20.870 fæðingar. Upplýsingar voru fengnar úr gagnasafni Fæðingaskráar Íslands og var rannsóknartímabilið ákvarðað út frá skráningu á fæðingarstillingum sem hófst markvisst árið 2012. Gagnasafnið inniheldur upplýsingar um allar fæðingar á Íslandi frá 22+0 vikna meðgöngulengd eða ef þyngd nýbura er ≥ 500 g. Ferilhópurinn var takmarkaður við fæðingar einbura, barna í höfuðstöðu og þeirra barna sem fæðast án áhalda þar sem þær konur hafa frekar val um fæðingarstillingu.

Breytur

Frumbreyturnar voru aldur við fæðingu barns (≤ 19 ára, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 og ≥ 40 ára), hjúskaparstaða (í sambúð/giftar, annað), búseta (höfuðborgarsvæðið, annað), atvinna (í námi/

vinnu, annað), bæri (frumbyrja, fjölbyrja), utanbastsdeyfing (ICD-10: WAA307 og ZXXX30), ríkisfang (íslenskt, erlent og Human Development Index (HDI) $\geq 0,900$, HDI 0,850-0,899, HDI $\leq 0,849$) og fæðingarstaður (A+B, C og D). Konur með erlent ríkisfang voru flokkaðar í 3 hópa eftir HDI ríkisfangslands þess. Til þeirra landa sem eru með HDI $\leq 0,849$, má nefna Pakistan, Úkraína og Litháen. Í mið HDI-hópnum voru lönd líkt og Pólland og Tékkland með HDI 0,850-0,899. Í þriðja hópnum voru lönd eins og Norðurlönd og Bretland, með HDI $\geq 0,900$. Frekari upplýsingar um gagnasafn rannsóknarinnar og aðferðafræði má finna í Guðmundsdóttir o.fl. (2021). Skráningu vantaði um ríkisfang fyrir 59 konur (0,4%) og gátu þær því ekki flokkast með HDI vísitölu. Þær voru þó í hópnum konur með erlent ríkisfang. Breytan fæðingarstaður var flokkuð eftir þjónustustigi þeirra í hópa samkvæmt leiðbeiningum um fæðingarstað frá Embætti Landlæknis. Landspítali er í flokki A, Sjúkrahús Akureyrar í flokki B, Heilbrigðisstofnun Vesturlands er dæmi um flokk C og Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og Björkin/heimafæðing dæmi um fæðingarstað í flokki D (Landlæknisembættið, 2007). Fæðingarstaðir A og B voru sameinaðir sem þriðja stigs fæðingarstaður, þar sem konum sem eru í áhættumeðgöngu/-fæðingu er ráðlagt að fæða, aðgengi er að ljósmæðrum, fæðingarlæknum, svæfingalæknum, nýburalæknum og -hjúkrunarfræðingum og nýburagjörgæslu.

Fylgibreytur rannsóknarinnar voru eftirfarandi fæðingarstillingar: á hlið, hálfisitjandi, hálfisitjandi með fætur í fótstigum, í stoðum, liggjandi á baki, fæðingastóll, á fjórum fótum, á hnjánum í uppréttri stöðu, standandi og önnur stelling. Þá voru fæðingarstillingarnar einnig settar saman í tvo hópa samkvæmt Cochrane samantekt Gupta o.fl. (2017), í láréttar og uppréttar stellingar. Láréttar stellingar eru á hlið, hálfisitjandi, hálfisitjandi með fætur í fótstigum, í stoðum og liggjandi. Uppréttar stellingar eru fæðingastóll, á fjórum fótum, á hnjám í uppréttri stöðu og standandi. Í gagnasafninu voru vatnsfæðingar með skráðar fæðingarstillingar í 60% tilfella ($n=1.088$) og voru þær því í úrtakinu.

Tölfræðileg úrvinnsla

Reiknuð voru hlutföll og tíðni allra frumbreyta og átta mismunandi fæðingarstillinga, auk breytunnar önnur stelling. Hlutfall var reiknað af öllum skráðum fæðingarstillingum. gerðar krosstölur og kí-kvaðrat marktektarpróf til að skoða tengsl milli frumbreyta við fæðingarstillingarnar á hlið, hálfisitjandi, hálfisitjandi með fætur í fótstigum, í stoðum, liggjandi á baki, fæðingastóll, á fjórum fótum, á hnjánum í uppréttri stöðu, standandi og breytunnar önnur stelling. Miðað var við 95% marktektarmörk, ($p < 0.05$). Að auki var spönn aldurs kvenna (samfelld breyta), meðalaldur og staðalfrávik (SD) reiknuð.

Þessi rannsókn er hluti af stærra verkefni sem ber nafnið „Erlendar konur á Íslandi: útkoma á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu og samskipti þeirra við heilbrigðiskerfið“. Tilvísunarnúmer: VSNb2019050003/03.01. Viðbótarleyfi fékkst vegna þessarar rannsóknar (nr. 19-104.V1).

NIÐURSTÖÐUR

Af 20.870 fæðingum kvenna sem fæddu einbura í höfuðstöðu um fæðingarveg án áhalda á tímabilinu, voru skráðar fæðingarstillingar alls 16.064, eða um 77% fæðinganna. Meðalaldur kvennanna var um 29 ár við fæðingu (SD = 5,32), spönn 14-48 ár. Frumbyrjur voru 39,6% þeirra kvenna með skráða fæðingarstillingu og fjölbyrjur 60,4%. Meðalaldur frumbyrja var 26 ár og meðalaldur fjölbyrja 31 ár. Konur með íslenskt ríkisfang voru 87,2% þeirra með skráða fæðingarstillingu og konur með erlent ríkisfang 12,8%. Flestar kvennanna með skráða fæðingarstillingu, það er 96,2%, fæddu á fæðingarstöðum A eða B, 3,1% á fæðingarstöðum C og 0,7% á fæðingarstöðum sem eru flokkaðir D. Af öllum konum með skráða fæðingarstillingu, notuðu 38,3% utanbastsdeyfingu. Í Töflu 1 má sjá tíðni og hlutfall allra fæðingarstillinga á árunum 2012-2018.

Algengast var að konur með skráða fæðingarstillingu fæddu í láréttri fæðingarstöðu á rannsóknartímabilinu (91%), 58,7% fæddu í hálfisitjandi stöðu, 12,9% í liggjandi stöðu á baki og 10,9% kvenna

fæddu á hlið. Af þeim konum sem voru með skráða fæðingarstellingu fæddu 8% kvenna í uppréttri fæðingarstellingu, algengust þeirra var á fjórum fótum en 5,8% kvenna notuðust við hana. Sjaldnast var að konur fæddu í fæðingastól en í þeirri stellingu voru aðeins 0,3% kvenna á tímabilinu. Um 1% kvenna með skráða fæðingarstellingu var í stellingu sem var skráð sem önnur stelling.

Tafla 1. Tíðni og hlutfall skráðra fæðingarstellinga kvenna sem fæddu einbura í höfuðstöðu, um fæðingarveg án áhalds, á rannsóknartímabilinu 2012-2018, n = 16.064.

	n	%
Láréttar	14611	91,0
Á hlið	1755	10,9
Hálfsitjandi	9433	58,7
Hálfsitjandi með fætur í fótstigum	670	4,2
Í stoðum	676	4,2
Liggjandi á baki	2077	12,9
Uppréttar	1280	8,0
Fæðingastóll	41	0,3
Á fjórum fótum	927	5,8
Á hnám í uppréttri stöðu	144	0,9
Standandi	168	1,0
Önnur stelling	173	1,0

Líkt og sjá má í Töflu 2 voru marktæk tengsl aldurs við fæðingarstellingar (χ^2 (45; N = 16.064) = 291,63, $p < .001$). Þær konur sem voru í elsta aldurshópnum ≥ 40 ára fæddu í 2,5% tilfella í standandi stellingu en 0,3% þeirra sem voru í yngsta hópnum ≤ 19 ára og 0,5% þeirra á aldrinum 20-24 ára.

Það hvort konur væru frumbyrjur eða fjölbyrjur hafði tengsl við fæðingarstellingar (χ^2 (9; N = 16.064) = 634,52, $p < .001$). Þá voru frumbyrjur líklegri að fæða í lárétttri stellingu samanborið við fjölbyrjur. Fjöldi fyrri barna fjölbyrja hafði einnig marktæk tengsl við fæðingarstellingar, (χ^2 (18; N = 9.696) = 47,68, $p < .001$). Þá voru konur sem áttu tvö börn eða fleiri líklegri að fæða í uppréttri stellingu samanborið við konur sem áttu eitt barn fyrir (Tafla 2).

Búseta hafði marktæk tengsl við fæðingarstellingar (χ^2 (9; N = 16.064) = 109,36, $p < .001$) en þær konur sem höfðu búsetu á landsbyggðinni fæddu oftari í hálfsitjandi stellingu, 64,4% (n=701) samanborið við þær sem voru búsettar á höfuðborgarsvæðinu, 56,7% (n=6.732). Algengara var að konur af höfuðborgarsvæðinu fæddu liggjandi á baki, 13,6% (n=1.618) samanborið við konur af landsbyggðinni 10,9% (n=459) (Tafla 2).

Hjúskaparstaða hafði einnig marktæk tengsl við fæðingarstellingar (χ^2 (9; N = 16.064) = 61,55, $p < .001$) eins og Tafla 2 sýnir. Hlutfallslega færri konur sem voru í sambúð eða giftar voru í hálfsitjandi stellingu, það er 56,4% (n=2.670), en 59,7% (n=6.555) þeirra sem voru það ekki.

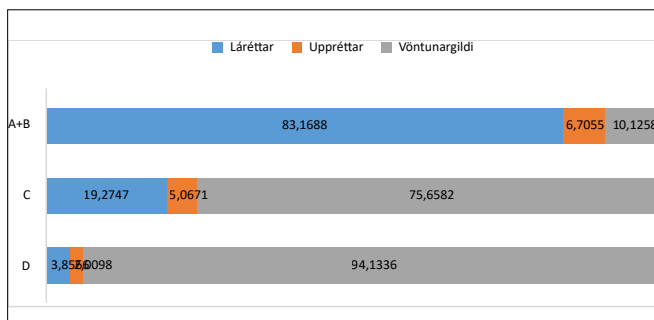
Ríkisfang hafði jafnframt marktæk tengsl við fæðingarstellingar (χ^2 (9; N = 16.064) = 79,93, $p < .001$) þar sem 6,1% kvenna með erlent ríkisfang fæddu í stoðum samanborið við 3,9% þeirra sem höfðu íslenskt ríkisfang (Tafla 2). Þá var marktækur munur á fæðingarstellingum á milli kvenna með íslenskt ríkisfang og kvenna með ríkisfang frá hæsta HDI hópnum $\geq 0,900$ (χ^2 (9; N = 14.329) = 17,02, $p = 0,048$). Í þeim hópi voru m.a. konur með ríkisfang frá hinum Norðurlöndunum og Englandi. Þá voru einnig marktæk tengsl þegar konur með íslenskt ríkisfang voru bornar saman við konur með ríkisfang í landi úr mið HDI hópnum 0,850-0,899 (χ^2 (9; N = 15.243) = 52,98, $p < .001$) sem samanstóð m.a. af konum með ríkisfang frá Póllandi og Litháen og konum úr lægsta HDI hópnum $\leq 0,849$ (χ^2 (9; N = 14.461) = 48,95, $p < .001$), sem samanstóð m.a. af konum með ríkisfang frá Filippseyjum og Thailandi.

Marktæk tengsl voru milli atvinnu og fæðingarstellingar (χ^2 (9; N = 16.064) = 17,00, $p = 0,049$). Þær konur sem voru skráðar í nám eða starf fæddu í 8,3% tilfella í uppréttum stellingum, samanborið við 6,3% tilfella kvenna sem voru skráðar í annað (Tafla 2).

Tafla 2. Hlutfall skráðra fæðingarstellinga eftir bakgrunnsbreytum kvenna sem fæddu einbura í höfuðstöðu, um fæðingarveg án áhalds, á rannsóknartímabilinu 2012-2018, n = 16.064.

	Láréttar fæðingarstellingar						Uppréttar fæðingarstellingar				Standandi	Önnur stelling	p
	n (%)	%	%	%	%	%	Fæðingastóll	Á fjórum fótum	Á hnám í uppréttri stöðu	%			
Aldur (ár)													<0,001
≤ 19	332 (2,1)	7,5	61,4	5,4	7,2	15,7	0,0	2,1	0,0	0,3	0,3		
20-24	2593 (16,1)	8,5	63,8	5,2	4,6	12,5	0,2	3,5	0,4	0,5	0,8		
25-29	5342 (33,3)	9,9	60,3	4,2	4,8	13,7	0,3	4,6	0,6	0,7	0,8		
30-34	4798 (29,9)	12,2	56,5	3,8	3,5	12,7	0,2	7,0	1,4	1,3	1,4		
35-39	2471 (15,4)	12,8	55,6	3,8	3,4	11,8	0,4	8,2	1,0	1,7	1,4		
≥ 40	528 (3,3)	14,2	50,6	3,6	4,0	12,9	0,4	8,7	1,9	2,5	1,3		
Vöntunargildi	0												
Fyrri börn													<0,001
Frumbyrjur	6368 (39,6)	9,1	60,2	6,8	6,9	12,4	0,3	3,2	0,4	0,3	0,5		
Fjölbyrjur	9696 (60,4)	12,1	57,8	2,5	2,4	13,3	0,3	7,5	1,2	1,6	1,4		<0,001
Eitt barn	5862 (60,5)	11,5	59	2,8	2,6	13,3	0,2	7,1	1,0	1,2	1,3		
Tvö börn	2939 (30,3)	13,2	55,4	1,9	2,4	13,2	0,3	8,3	1,6	2,1	1,6		
Þrjú börn og fleiri	895 (9,2)	12,5	57,2	1,9	1,6	13,3	0,3	7,7	1,2	2,3	1,9		
Vöntunargildi	0												
Búseta													<0,001
Höfuðborgarsvæði	11867 (73,9)	11,8	56,7	4,5	4,4	13,6	0,2	5,8	0,9	0,9	1,1		
Landsbyggðin	4197 (26,1)	8,3	64,4	3,3	3,7	10,9	0,3	5,7	0,9	1,5	1,0		
Hjúskaparstaða													<0,001
Sambúð/gift	4734 (30,1)	11,6	56,4	3,6	3,8	13,2	0,2	7,0	1,3	1,5	1,4		
Annað	10989 (69,9)	10,8	59,7	4,3	4,3	12,8	0,3	5,3	0,7	0,8	1,0		
Vöntunargildi	341 (2,1)												
Ríkisfang													<0,001
Íslenskt ríkisfang	14014 (87,8)	11,4	58,7	3,9	3,9	12,9	0,3	6,0	0,9	1,0	1,1		
HDI $\geq 0,900$	315 (2,0)	12,1	51,4	6	6,7	13,7	0,0	6,0	1,0	1,0	2,2	0,048	
HDI $\geq 0,850$ -0,899	1229 (7,7)	6,7	60,6	6	5,7	12,9	0,1	4,6	1,0	1,5	0,9	<0,001	
HDI $\leq 0,849$	447 (2,8)	7,8	60,6	7,4	7,4	13,0	0,4	2,2	0,7	0,0	0,4	<0,001	
Vöntunargildi	59 (0,4)												
Erlent ríkisfang	2050 (12,8)	7,6	59,1	6,3	6,1	13,3	0,1	4,3	0,9	1,1	1,0	<0,001	
Vöntunargildi	0												
Atvinna													0,049
Nemi/i starfi	14332 (89,2)	11,0	58,7	4,2	4,1	12,8	0,3	6,0	0,9	1,1	1,1		
Annað	1732 (10,8)	10,3	58,8	4,2	5,0	14,4	0,2	4,2	1,0	0,8	1,0		
Vöntunargildi	0												

Skráning fæðingarstellinga var mismikil eftir fæðingarstöðum (Mynd 2). Á fæðingarstað A (Landspítala) og B (Sjúkrahús Akureyrar) voru 89,9% fæðinga á tímabilinu með skráðar fæðingarstellingar (94,3% á fæðingarstað A og 66,3% á fæðingarstað B). Á fæðingarstöðum C var í 24,4% fæðinga skráð fæðingarstelling og fæðingarstaðir D voru með skráðar stellingar í 5,9% fæðinga.



Mynd 2. Hlutfall uppréttra og lárétttra stellinga auk vöntunargilda eftir fæðingarstöðum á meðal kvenna sem fæddu einbura í höfuðstöðu, um fæðingarveg án áhalds, á rannsóknartímabilinu 2012-2018, n = 16.064.

Meirihluti kvenna með skráða fæðingarstellingu sem fæddi á fæðingarstöðum A, B og C (59,0% á A og B og 53,9% á C) fæddi í hálfsitjandi stellingu en 44,1% á fæðingarstöðum D (Tafla 3). Það voru 20,7% sem fæddu á fjórum fótum á fæðingarstöðum D en um 5,4% á fæðingarstöðum A og B og 12,7% á fæðingarstöðum C. Það voru 13,1% kvenna á fæðingarstöðum A og B sem fæddu liggjandi á baki samanborið við 7,8% á fæðingarstöðum C og 9,9% á D.

Notkun utanbastsdeyfingar í fæðingu hafði marktæk tengsl við fæðingarstellingar (χ^2 (9; N = 16.064) = 1.082,28, $p < .001$) (Tafla 3). Þær konur sem voru með skráða fæðingarstellingu og notuðu utanbastsdeyfingu voru oftari í hálfsitjandi stellingu (65,8%) samanborið við konur sem ekki voru með deyfingu (54,3%). Þá fæddu 7,2% kvenna með deyfingu í stoðum, en 2,3% kvenna án deyfingar.

Tafla 3. Hlutfall skráðra fæðingarstella eftir fæðingarstað og notkun utanbastsdeyfingar á meðal kvenna sem fæddu einbura í höfuðstöðu, um fæðingurveg án áhalds, á rannsóknartímabilinu 2012-2018, n = 16.064.

	n (%)	Láréttar fæðingarstella					Uppréttar fæðingarstella				Annað	p
		Á hlið	Hálf-sitjandi	Hálfs. m. fætur í fótstígum	Í stoðum	Liggjandi á baki	Fæðinga-stóll	Á fjórum fótum	Á hnám í uppr. stöðu	Standandi	Önnur stelling	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Fæðingarstaðir												<0,001
A + B	15.450 (96,2)	10,9	59	4,3	4,3	13,1	0,2	5,4	0,8	0,9	1	
C	503 (3,1)	12,1	53,9	1,6	1,8	7,8	0,4	12,7	2,8	4,4	2,6	
D	111 (0,7)	9	44,1	0,9	0	9,9	0,9	20,7	5,4	6,3	2,7	
Vöntunargildi	0											
Utanbastsdeyfing												<0,001
Með deyfingu	6.157 (38,3)	7,9	65,8	6,9	7,2	9,2	0,2	2,3	0,1	0,3	0,1	
Án deyfingar	9.907 (61,7)	12,8	54,3	2,5	2,3	15,2	0,3	7,9	1,4	1,5	1,7	
Vöntunargildi	0											

UMRÆÐUR

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa góða mynd af fæðingarstellingum á Íslandi á fæðingarstöðum A og B. Vegna vanskráninga er ekki hægt að draga sömu ályktanir af notkun fæðingarstella á fæðingarstöðum C og D. Niðurstöðurnar gefa upplýsingar um fæðingarstella eingöngu en segja ekkert til um þær stella sem konur kunna að nýta sér á 2.stigi fæðingar. Þrjár algengustu fæðingarstella á tímabilinu voru hálf-sitjandi (58,7%), liggjandi á baki (12,9%) og á hlið (10,9%). Þær flokkast allar undir láréttar stella sem gerir aðgengi auðveldara fyrir ljósmæður og lækna (Gupta o.fl., 2017). Ákvörðun um fæðingarstella tengist mörgum þáttum. Af þeim konum sem sóttu fæðingarfræðslunám-skeið í rannsókn Nieuwenhuijze o.fl. (2012) voru 80% upplýstar um fæðingarstella en aðeins rúmur fimmtungur taldi sig vera með nægilega góðar upplýsingar fyrir fæðingu um þær fæðingarstella sem standa þeim til boða. Því má velja fyrir sér hvort nægileg umræða um fæðingarstella sé í meðgönguvernd eða á fæðingarfræðslunámsskeiðum hér á landi og hvernig hún fer fram en í íslenskri rannsókn frá 2011 þar sem notagildi foreldrafræðslunámsskeiða var skoðað frá sjónarhorni foreldra, töldu eingöngu 47,5% kvenna að fræðslan hefði hjálpað þeim að taka ákvarðanir varðandi stella í fæðingu (Helga Gottfreðsdóttir, 2011). Þekking á áhrifum fæðingar-rýmis á framgang fæðingar hefur aukist síðustu ár en fæðingar-rýmið er jafnframt þáttur sem virðist hafa áhrif á hvaða bjargráð konur nýta sér í fæðingu. Til að mynda gefur staðsetning rúms í miðri fæðingarstofu til kynna að nota eigi rúmið við fæðingu (Jenkinson o.fl., 2014) en niðurstöður þessarar rannsóknar gefa til kynna að flestar konur nýti sér það. Landspítali er langstærsti fæðingarstaður landsins með blandaðri fæðingardeild en þar er skráning á fæðingarstella best, sé horft til rannsóknartímabilsins sem hér um ræðir. Fyrir nokkrum árum var þar innleitt breytt vinnulag til að lækka tíðni alvarlegra spangaráverka (Sveinsdóttir o.fl., 2019) en skráning fæðingarstella hófst sérstaklega eftir innleiðingu verklagsins. Skráningin fólst í að ljósmóðir skráði upplýsingar um m.a. spangaráverka og fæðingarstella á sérstakt blað en einn þáttur í breyttu vinnulagi Landspítalans um spangarstuðning felst í að konu sé leiðbeint í fæðingarstella sem auðveldar ljósmóður að sjá spöngina við fæðingu barns (Sveinsdóttir o.fl., 2019). Því mætti leiða að því líkur að ljósmæður á Landspítalanum séu líklegar til að stýra konum í ákveðnar fæðingarstella við framkvæmd spangarstuðnings sem hafi hugsanlega áhrif á val kvenna um stella í fæðingu.

Niðurstöður þessarar rannsóknar á tengslum aldurs við fæðingarstella eru í samræmi við niðurstöður rannsóknar de Jonge o.fl. (2009) þar sem eldri konur voru líklegri að fæða í uppréttum fæðingarstella samanborið við yngri konur. Frumbyrjur fæddu síður í uppréttum fæðingarstella, samanborið við fjölbyrjur en þær niðurstöður eru ekki í samræmi við niðurstöður rannsóknar

Nieuwenhuijze o.fl. (2013), sem framkvæmdu sína rannsókn á ljósmæðrastýrðum einingum. Búseta kvenna virtist hafa tengsl við fæðingarstella þar sem konur búsettar á landsbyggðinni fæddu oftast í hálf-sitjandi stella og konur búsettar á höfuðborgarsvæðinu fæddu oftast í liggjandi stella. Hér ber þó að horfa til þess að flestar konur á höfuðborgarsvæðinu fæða á Landspítala en á fæðingarstöðum C og D eru visbendingar um að uppréttar stella séu meira notaðar auk vatnsfæðinga. Hins vegar má benda á að hópurinn sem fæðir á Landspítala er stór en um 70-75% fæðinga fara að jafnaði fram þar og sá hópur er blandaður, konur með og án áhættuþátta. Giftar konur eða konur í sambúð fæddu oftast í uppréttum stella sem samræmist ekki niðurstöðum rannsóknar de Jonge o.fl. (2009). Velja má fyrir sér hvort hjúskaparstaða hafi þau áhrif á fæðingarstella að makar fæðandi kvenna styðji við þær að tileinka sér uppréttar stella í fæðingu.

Konur með erlent ríkisfang eru 12,8% allra kvenna með skráða fæðingarstella. Þær konur með uppruna í lægsta HDI flokknum (<0,849) fæddu oftast í stoðum en konur með íslenskt ríkisfang. Í hollenskri rannsókn reyndist uppruni ekki hafa marktæk áhrif á fæðingarstella (de Jonge o.fl., 2009) líkt og var í niðurstöðum þessarar rannsóknar. Í ástraliskri rannsókn kom hins vegar í ljós að konur af erlendum uppruna voru ólíklegri til þess að finnast þær taka þátt í ákvörðunum varðandi fæðinguna og skilja valmöguleika sína í fæðingu (Hennegan o.fl., 2015). Það að taka þátt í ákvörðunum getur haft áhrif á fæðingarstella og upplifun um stjórn í fæðingu (Nieuwenhuijze o.fl., 2013) og niðurstöður þessarar rannsóknar eru því innlegg í umræðu um hvernig staðið er að upplýsingagjöf, stuðningi og einstaklingsmiðaðri umönnun kvenna af erlendum uppruna hér á landi.

Tengsl eru á milli notkunar á utanbastsdeyfingu og fæðingarstella samkvæmt niðurstöðum okkar. Við túlkun þeirra ber þó að hafa í huga að fæðingarstaðir C og D bjóða ekki utanbastsdeyfingu. Niðurstöður ítalskrar eiginlegrar rannsóknar sýna að ljósmæður upplifa að faglegt sjálfræði þeirra skerðist þegar konan er komin með utanbastsdeyfingu og þannig geti þær síður ráðlagt aðrar stella í fæðingu (Colciago o.fl., 2019). Velja má fyrir sér hvort þetta sé upplifun ljósmæðra á Landspítala og Sjúkrahúsins á Akureyri en þar var notkun utanbastsdeyfinga 46% og 53% árið 2019 (Alexander Kr. Smásson o.fl., 2021). Á þeim stöðum fæddu konur sem nýttu sér utanbastsdeyfingu frekar í hálf-sitjandi stella og frekar voru notaðar stoðir hjá þeim en hjá konum sem ekki nýttu sér utanbastsdeyfingu.

Konur sem fæddu á fæðingarstöðum A og B fæddu í 92% tilvika í láréttari stella. Hægt er að velja upp hugsanlegum ástæðum fyrir þessari háu tíðni láréttra fæðingastaða. Ein ástæða væri notkun utanbastsdeyfingar. Einnig mætti nefna ástand kvenna, þar sem veikari konur og konum með hærri BMI er frekar ráðlagt að fæða

á fæðingarstöðum með herra þjónustustig. Tengsl fæðingarstellinga og fæðingarstaðar hafa verið skoðuð í nokkrum rannsóknum, þá gjarnan þegar borin eru saman mismunandi þjónustuform eins og ljósmæðrastýrð þjónusta og blönduð þjónusta á fæðingardeild. Niðurstöður rannsókna Bodner-Adler o.fl. (2004) þar sem bornar voru saman fæðingarstellingar kvenna á ljósmæðrastýrðri einingu annars vegar og blandaðri fæðingardeild hins vegar sýndu að sé horft til sambærilegra hópa kvenna í fæðingu þá fæddu flestar konur í láréttri stöðu en marktækt fleiri konur fæddu í uppréttri stöðu í ljósmæðrastýrðu einingunni. Hins vegar er mikilvægt að hafa í huga að það er erfitt að túlka niðurstöður þessarar rannsóknar m.t.t. tengsla fæðingarstaða og fæðingarstellinga, þar sem skráningu á fæðingarstellingum var ábótavant á fæðingarstöðum C og D. Hugsanleg skýring á dræmri skráningu á fæðingarstellingu á öðrum fæðingarstöðum en Landspítala getur verið vöntun á skráningarreit í skriflegri fæðingaskrá en búast má við því að skráning muni almennt aukast með tilkomu rafrænnar Fæðingarskrár.

Styrkleikar og veikleikar rannsóknar

Styrkleikar þessarar rannsóknar er að notast var við gagnasafn Fæðingarskrár sem er rafræn miðlæg skráning á landsvísi yfir allar fæðingar. Rannsóknin náði yfir stórt úrtak þeirra fæðinga sem fóru fram á rannsóknartímabilinu sem uppfylltu skilyrði sem greint var frá hér að ofan og var hópur þátttakenda fjölbreyttur með tilliti til bakgrunns. Að auki er öllum gögnum safnað í rauntíma sem mætti teljast til styrks rannsóknar.

Veikleikar rannsóknarinnar tengjast fyrst og fremst skráningu. Alls voru fæðingarstellingar skráðar í 77% þeirra fæðinga sem uppfylltu skilyrðin. Lítil skráning var á fæðingarstöðum C og D sem kann að hafa áhrif á niðurstöður rannsóknarinnar sem lýsir þá alls ekki vel fæðingarstellingum kvenna sem fæddu á þeim stöðum og gefur því ekki fullnægjandi mynd af fæðingarstellingum kvenna á öllum fæðingarstöðum í landinu á rannsóknartímabilinu. Þessi skortur á skráningu á fæðingarstellingum veldur því að lítið er hægt að draga ályktanir um niðurstöður á þessum fæðingarstöðum. Þá er ekki víst að allar ljósmæður meti stellingar á sama hátt eða skrái rétt inn fæðingarstellingu og mætti það einnig teljast til veikleika gagna.

Notagildi og framtíðarrannsóknir

Æskilegt væri að umræða um fæðingarstellingar kvenna og eðlilegar fæðingar í samfélaginu myndi aukast og er það von okkar að þessi rannsókn styðji við frekari faglegar umræður um fæðingarstellingar og verði til þess að fræðsla um fæðingarstellingar til kvenna á meðgöngu sem og í fæðingu eflist til að þær verði færar um að taka upplýsta ákvörðun um þá stellingu sem þær fæða í. Jafnframt væri æskilegt að skráning á fæðingarstellingum verði betri. Mikilvægt er að í upplýsingum og fræðslu sé horft til niðurstaðna rannsókna þar sem kemur fram hver ávinningurinn er fyrir móður og barn að nota uppréttar stellingar í fæðingu. Í menningarheimi þar sem konur fæða mestmegnis í láréttum stellingum, þá benda uppréttar stellingar kvenna til að þær hafi haft val. Hér á landi hafa fæðingarstellingar lítið verið rannsakaðar en áhugavert væri að kanna hvað hefur áhrif á fæðingarstellingar kvenna hér á landi, hvort konur upplifi sig að hafa sjálfar tekið ákvörðun um stellingu, hvort líkaminn hafi beint þeim í ákveðnar stellingar í fæðingunni, hvort ljósmóðir hafi tekið ákvörðunina eða fleira.

Rannsóknin er góður grunnur til að vinna út frá en þörf er á frekari rannsóknum um fæðingarstellingar. Mikilvægt er t.d. að afla upplýsinga um hvernig og hvort konur upplifi að þær hafi val um fæðingarstellingu og hvernig eða hvort þær eru fræddar um fæðingarstellingar. Jafnframt væri athyglisvert að kanna viðhorf ljósmæðra til fæðingarstellinga, hvort þær upplifi umhverfi fæðinga styðjandi í því að taka á móti börnum í fjölbreyttum stellingum kvenna og hvort vinulag innan stofnana kunní að hafa áhrif.

HEIMILDIR

- Anna S. Vernharsdóttir, Berglind Steffensen og Guðlaug Pálsdóttir. (2017). Verklagsregla 4.01. Verndun spangar. Landspítali.
Alexander Kr. Smárasen, Eva Jónasdóttir, Jóhanna Gunnarsdóttir og Védis Helga Eiríks-

- dóttir. (2021). Skýrsla Fæðingaskráningar starfsárið 2019. Landspítali. <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item46775/Faedingarskyrsla%202019.pdf>
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S. og Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P. og Mayerhofer, K. (2004). Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: A comparison between midwife and physician management. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 116(11), 379-384. <https://doi.org/10.1007/BF03040917>
- Colciago, E., Fumagalli, S., Inzis, I., Borrelli, S. E. og Nespoli, A. (2019). Management of the second stage of labour in women with epidural analgesia: A qualitative study exploring Midwives' experiences in Northern Italy. *Midwifery*, 78, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.013>
- Dahlen, H. G., Dowling, H., Tracy, M., Schmied, V. og Tracy, S. (2013). Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*, 29(7), 759-764. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.002>
- de Jonge, A., Rijnders, M. E. B., van Diem, M. T., Scheepers, P. L. H. og Lagro-Janssen, A. L. M. (2009). Are there inequalities in choice of birthing position?: Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery*, 25(4), 439-448. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.013>
- Desseuve, D., Fradet, L., Lacouture, P. og Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 208, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. og Nardelli, G. B. (2014). Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int*, 638093. <https://doi.org/10.1155/2014/638093>
- Guðmundsdóttir, E. Y., Gottfréðsdóttir, H., Hálfðánsdóttir, B., Nieuwenhuijze, M., Gissler, M. og Einarsdóttir, K. (2021). Challenges in migrant women's maternity care in a high-income country: A population-based cohort study of maternal and perinatal outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. og Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Hagstofa Íslands. (2019). Félagsvísar: Sérhefti um innflytjendur. Hagtiðindi, 104(2). <http://hagstofan.is/3.amazonaws.com/media/public/2019/901e98bb-a182-4dc1-9059-261b7bea719b.pdf>
- Helga Gottfréðsdóttir. (2011). Notagildi skipulagðar foreldrafræðslu á vegum Heilsgæslu höfuðborgarsvæðisins: Sjóðarhorn foreldra fyrir og eftir fæðingu. *Ljósmæðrablaðið*, 1.tbl. 90.árg. bls. 7-14. https://www.ljosmaedrafelag.is/assets/Lj%3C%3Bsm%3C%A6%3C%B0rabla%3C%B0%3C%B0/Ljosmaedur_nytt_2323594.pdf
- Helga Lára Helgadóttir. (2003). Afturvirkar rannsóknir byggðar á upplýsingum úr sjúkraskrá. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 393-409). Háskólinn á Akureyri.
- Hennegan, J., Redshaw, M., & Miller, Y. (2014). Born in another country: Women's experience of labour and birth in Queensland, Australia. *Women and Birth*, 27(2), 91-97. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.02.002>
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J. og Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460-467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- Jenkinson, B., Josey, N. og Kruske, S. (2014). BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3962.8964>
- Kovacevic, M. (2010). Review of HDI critiques and potential improvements. *Human development research paper*, 33, 1-44.
- Landlæknisembættið. (2007). Leiðbeiningar um val á fæðingarstað. Embætti Landlæknis.
- Moraloglu, O., Kansu-Celik, H., Tasci, Y., Karakaya, B. K., Yilmaz, Y., Cakir, E. og Yakut, H. I. (2017). The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 30(2), 245-249. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1169525>
- NICE. (2017). Intrapartum Care - Care of healthy women and their babies during childbirth. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#second-stage-of-labour>
- Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I. og Lagro-Jansse, T. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 33(1), 25-31. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2011.642428>
- Nieuwenhuijze, M. J., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. og Lagro-Janssen, T. L. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), e107-114. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.007>
- Sveinsdóttir, E., Gottfréðsdóttir, H., Vernharsdóttir, A. S., Tryggvadóttir, G. B., & Geirsson, R. T. (2019). Effects of an intervention program for reducing severe perineal trauma during the second stage of labor. *Birth*, 46(2), 371-378. <https://doi.org/10.1111/birt.12409>
- Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G. og Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), Cd008070. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008070.pub4>
- Zang, Y., Lu, H., Zhao, Y., Huang, J., Ren, L. og Li, X. (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*, 29(17-18), 3154-3169. <https://doi.org/10.1111/jocn.15376>

ÞJÓNUSTA LJÓSMÆÐRA VIÐ BARNSHAFANDI KONUR OG VERÐANDI MÆÐUR MEÐ VÍMUEFNAVANDA

Rætt við Valgerði Lísu Sigurðardóttur og
Elísabetu Ósk Vigfúsdóttur

Ritnefnd Ljósmaðrablaðsins ákvað að í þessu blaði yrði áfram fjallað um þjónustu ljósmæðra við ólíka skjólstaðingahópa í barneignarþjónustunni. Undirritaðar höfðu samband við Valgerði Lísu Sigurðardóttur, sérfræðiljósmodur á Meðgönguvernd, fösturgreiningu og bráðaðþjónustu kvennadeilda á Landspítala, til þess að fá upplýsingar um viðkvæma hópa í barneignarþjónustunni og þjónustu við þá. Einnig var rætt við ljósmodurina Elísabetu Ósk Vigfúsdóttur, sem hefur sinnt einum af þessum hópum sérstaklega þ.e. þeim sem glíma við vímuefnavanda og/eða erfiðar félagslegar aðstæður. Erfiðar félagslegar aðstæður fylgja gjarnan vímuefnavanda svo sem fjárhags- og búsetuvandi sem og lítið stuðningsnet. Ekki er síst mikilvægt að fá upplýsingar frá þessum ljósmæðrum um það sem betur mætti fara í þjónustu við konur sem minna mega sín og fjölskyldur þeirra.

SKIPULAG ÞJÓNUSTU OG MEÐGÖNGUVERND

Barnshafandi konum með fíknivanda er í flestum tilvikum vísað í meðgönguvernd á Landspítala og hefur fjöldi þeirra síðastliðin ár verið um 40-50 konur á ári, samkvæmt Valgerði Lísu. Sérhæfðar ljósmæður bjóða konunni viðtal, gera heilsufarsmat, meta þörf hennar fyrir þjónustu í barneignarferlinu, veita fræðslu og ráðgjöf og hvetja hana til að þiggja meðferð vegna síns fíknivanda. Á meðgöngunni er þétt utanumhald og stuðningur og koma aðrir fagaðilar þar einnig að, svo sem félagsráðgjafar og fagaðilar með sérhæfingu í fíknimeðferð. Bæði SÁÁ og fíknigeðdeild Landspítala veita barnshafandi konum forgang í meðferð. Ef um innlögn er að ræða er oftast boðið upp á eftirfylgd á göngudeild í kjölfarið. Í sumum tilvikum er ekki þörf á innlögn og er meðferð þá veitt á göngudeild. Flestum konum tekst að hætta vímuefnanotkun fljótlega með þessum úrræðum. En félagslegar aðstæður geta verið mjög misjafnar og er það tilfinning ljósmæðra á deildinni að fjölgað hafi í hópi þeirra sem býr við mjög erfiðar félagslegar aðstæður en erfitt er þó að segja til um breytingar á milli ára vegna þess hve fáir einstaklingar þetta eru.

Þarfir kvennanna eru mismunandi, sumar hafa aðgang að stuðningsneti í kringum sig á meðan aðrar hafa meiri þörf fyrir samfélagslegan stuðning. Veruleg þörf er á hentugu úrræði fyrir þann hóp kvenna - eitthvert skjólshús fyrir þær meðan þær eru að ná tökum á tilverunni í bataferlinu og með lítið barn. Stundum hafa konur farið eftir fæðingu í íbúð á vegum Barnaverndar Reykjavíkur en önnur sveitarfélög hafa leitað til stuðningsfjölskyldna fyrir mæður og börn eftir fæðingu. Í samanburði við nágrannalönd okkar þurfum við á Íslandi að bæta okkur í að skapa þessum fjölskyldum barnvænar aðstæður til dæmis húsnæði og stuðning í þessu nýja hlutverki. Sem dæmi um þjónustu sem hefur reynst vel í Danmörku er Familiambulatoriet (Family center) sem er starfrækt þar á nokkrum stöðum. Það er einmitt kerfi sem veitir samhæfða og heildræna þjónustu fyrir viðkvæma hópa alveg frá því þungun uppgötvast og jafnvel þar til börnin fara í skóla. Þetta virðist hafa gefið góða raun hvað varðar

útkomu hjá börnunum. Hér á landi vantar einnig kerfisbundið eftirlit og mat t.d. barnasálfræðinga eða barnageðlækna á börnum sem voru útsett fyrir vímuefnum á meðgöngu, eins og gert er víða á Norður-löndunum.

Stofnanir og kerfi þurfa að vinna betur saman til að stuðla að heildrænni og helst samfelldri þjónustu fyrir þennan hóp skjólstaðinga. Viðkvæmar fjölskyldur þurfa að hafa gott aðgengi að þjónustu og stuðningi í nærumhverfi og helst undir sama þaki. Eins og staðan er í dag þarf fólk að fara á milli staða og samstarf þyrfti að efla til dæmis milli meðgönguverndar, ung- og smábarnaverndar heilsugæslu og félagsþjónustu. Sérhæfð meðgönguvernd fyrir allra verst stadda hópinn þyrfti jafnvel að vera meira í nærþjónustu frekar en að þær þurfi allar að koma á Landspítala vikulega. Sá hópur þyrfti líka einna helst á samfelldri þjónustu að halda í barneignarferlinu og jafnvel áfram fyrstu árin eftir fæðingu á meðan foreldrar eru að finna sinn takt í lífinu og tilverunni með barninu. Lengi býr að fyrstu gerð - fyrstu 1000 dagarnir (meðgöngu og fyrstu tvö æviárin) í lífi barns skipta sköpum varðandi heilsu og velferð til framtíðar.

URÐARBRUNNUR: VIÐTAL VIÐ ELÍSABETU ÓSK

Ljósmæður í meðgönguvernd á Landspítala þekkja þennan hóp vel og þarfir þeirra og eru með sérhæfða þekkingu. Ein þeirra tók af skarið og ákvað að gera það sem í hennar valdi stæði til þess að bæta þjónustu við þessar konur. Síðastliðið vor stofnaði Elísabet Ósk Urðarbrunn, heimili sem styður viðkvæmar fjölskyldur í tengslum við barneignarferlið. Okkur langaði til þess að fá að forvitnast örlítið um tilurð Urðarbrunn, starfsemi heimilisins og markmið og lögðum við því nokkrar spurningar fyrir Elísabetu.

Segðu okkur fyrst aðeins frá sjálfri þér. Hvenær útskrifaðist þú sem ljósmóðir og hvar hefur þú starfað undanfarin ár?

Ég bý í Hafnarfirði og er gift manningum mínum honum Jens. Saman eigum við fjögur börn og tvo hunda. Ég reyni að sinna heilsunni minni vel og er líkamsrækt mér mikilvæg og er spinning mitt kjarnasport. Ég fer reglulega í ferðalög með fjölskyldu og vinum og elska að fara í göngutúra og fjallgöngur og það geri ég helst ein með hundunum mínum en stundum fá einhverjir heppnir að fljóta með.

Ég útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur í Danmörku árið 2008 og síðan úr ljósmóðurfræði hér á Íslandi 2013. Ég kláraði svo nám í Hugrænni atferlismeðferð árið 2016 og næsta vor útskrifast ég úr tveggja ára diplómanámi á meistarastigi í Fjölskyldumeðferð en ég er að klára þriðju önnina af fjórum.

Ég starfa sem ljósmóðir á Meðgönguvernd, fösturgreiningu og bráðaðþjónustu á Landspítalanum og sérhæfi mig í meðgöngu-eftirliti kvenna sem eiga við geð- og eða fíknivandamál að stríða. Ég hef verið að sinna þessum skjólstaðingahópi síðan 2015. Við komum ekki í veg fyrir að konur í einhverskonar vanda, þá



Elisabet Ósk Vigfúsdóttir í íbúðinni sem hún leigði fyrir Urðarbrunn.

sama hvers konar vanda, líffræðilegum, andlegum, félagslegum eða tengdum vímuefnum, verði barnshafandi. Okkur ber að taka öllum konum opnum örmum og veita þeim þjónustu án fordóma. Sumar ljósmæður eiga auðveldara með að sinna konum til dæmis með sykursýki meðan aðrar konum með fíknivandamál. Ég legg hug minn allan í að sinna konum með geð- og eða fíknivanda en langofast er um hvoru tveggja að ræða.

Hvar og hvenær kviknaði hugmyndin að stofnun Urðarbrunnis? Og hvers vegna ákvaðst þú að ráðast í þetta verkefni?

Ég hef í gegnum starfið mitt upplifað mikið úrræðaleysi fyrir marga af skjólstæðingum mínum, þá hvað varðar búsetuúrræði með möguleika á undirbúningi fyrir foreldrahlutverkið og hjálfun í færni til að sinna nýburanum og heimilishaldi, og þetta hefur mér þótt mjög miður að horfa upp á. Í íslensku samfélagi hefur fram að þessu ekki verið til úrræði sem gerir þessum litla hópi kvenna kleift að eiga möguleika á slíkri hjálfun og þá möguleikann að geta sannað sig í móðurhlutverkinu.

Þegar ég starfaði sem hjúkrunarfræðingur í Danmörku kynntist ég úrræðum eða heimilum sem bjóða upp á þessa þjónustu. Svona heimili eru til á öllum Norðurlöndunum og eru að skila mjög góðum árangri. Ég fór því út í smá rannsóknarvinnu og fór að afla mér frekari upplýsinga um hugmyndafræðina sem liggur að baki slíku úrræði. Það varð að endingu til þess að ég ákvað að taka málin í eigin hendur og stofna sjálf slíkt heimili. Ég horfði aðallega til tveggja svona heimila í Danmörku sem mér leist best á og tók mér til fyrirmyndar uppbyggingu og hugmyndafræði þeirra og þannig varð Urðarbrunnur til.

Hver er hugmyndin á bak við nafn heimilisins: Urðarbrunnur?

Þegar kom að því að velja nafn á úrræðið fannst mér Urðarbrunnur henta fullkomlega og vera lýsandi. Urðarbrunnur kemur úr norrænni goðafræði og er brunnur sem liggur fyrir neðan eina af þremur rótum Asks Yggdrasils og er heimili örloganornanna Urðar, Verðandi og Skuldar. Urður er norn fortíðar og merkir nafn hennar „það sem orðið er“, Verðandi, „hin liðandi stund“, er norn nútímans og Skuld, „það sem skal gerast“ er norn framtíðar. Þær stýra örlögum manna og hafa til þess langa þræði sem þær hugsa um af ítrustu varfærni. Einnig vökva þær Askinn með hvítri lefju úr brunninum til að viðhalda lífskrafti hans. Þetta finnst mér eiga vel við því konurnar sem Urðarbrunnur er ætlaður

hafa því miður flestar átt miður góða fortíð, þær eru á ákveðnum stað í núinu og eru í Urðarbrunni að fá tækifæri til þess að hafa áhrif á framtíðina.

Hvernig hefur starfsemi heimilisins verið háttað og hverjir geta óskað eftir þjónustu Urðarbrunnis?

Urðarbrunnur er sólarhringsvaktað úrræði fyrir viðkvæmar fjölskyldur í félagslegum vanda sem eiga von á barni eða eru með nýbura. Vandamál og þarfir fjölskyldna geta verið af mismunandi toga hverju sinni. Við leggjum okkur fram við að reyna að sinna öllum þeim fjölskyldum sem barnaverndarnefnd og/eða félagsþjónusta telur að þurfi á aðstoð að halda til þess að sinna ófæddu barni eða nýbura með það að markmiði að koma í veg fyrir hvers konar vanrækslu. Þetta geta verið seinsferar konur, konur sem hafa sjálfar orðið fyrir tengslaröskun og erfiðleikum í sínu uppeldi og ef til vill orðið fyrir áföllum á lífsleiðinni, jaðarsettir hópar í samfélaginu eins og heimilisláusar konur sem eru verðandi foreldrar og konur sem eiga við vímuefnavanda að stríða. Að þessu sögðu þá tekur Urðarbrunnur einnig vel á móti feðrum í viðlíka aðstæðum ef barnaverndarnefnd óskar þess. Að sjálf-sögðu eru þetta einnig börn, fædd eða ófædd, sem eiga í hættu á að verða fyrir vanrækslu af hálfu foreldra og/eða hættu á að verða sett í varanlega vistun til fösturforeldra, þá án þess að fjölskyldan hafi fengið fullreynt tækifæri að koma í veg fyrir slíkt. Auðvitað getur það komið upp að foreldri/ar standist ekki markmið og telj-ist ekki hæfir til þess að sinna barninu og í þeim tilfellum býður Urðarbrunnur upp á fösturaðlögun inni á heimilinu.

Dvöl eða vistun á Urðarbrunni er ávallt að beiðni félagsþjónustu og/eða barnaverndarnefndar frá því sveitarfélagi sem viðkomandi fjölskylda kemur frá og er sveitarfélagið þannig verkkaupinn á þjónustunni. Þá gerir verkkaupinn með sér samning um vistunina á Urðarbrunni þá ef til vill sem hluta af meðferðaráætlun milli hans og foreldra. Urðarbrunnur gerir svo árangursmælingar, mat og skýrslur um markmið og framgang dvalarinnar. Urðarbrunnur hefur látið lögræðistofu útbúa sniðmát af þjónustusamningi og gera Urðarbrunnur og verkkaupi því með sér samning um dvöl fyrir fjölskyldu. Samninginn má aðlaga hverju tilfelli fyrir sig hverju sinni enda geta verið um mismunandi þarfir að ræða og getur dvalartími þjónustuþega verið áætlaður og mislangur eftir þörfum hvers þjónustuþega.

Dvölin getur verið veitt sem liður í barnaverndarlögum nr. 80/2002 eða á grundvelli laga um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991 en einnig laga um þjónustu við fatlað fólk nr. 38/2018. Urðarbrunnur hefur fengið tilskilin leyfi til að veita slíka þjónustu og er úrræðið einnig samþykkt af Barnaverndarstofu og hefur verið fært inn í úrræðabankann þeirra.

Hver eru helstu markmið starfseminnar?

Þjónustan á að vera heildræn og stuðla að góðri líðan og heilbrigði foreldra og barna. Markmiðið er að veita foreldrum stuðning og hjálfun svo þeir geti mætt barni með ákveðnum ramma og festu og verið betur í stakk búnir til þess að tryggja öryggi og vellíðan þess. Grundvallaratriðið er að fækka alvarlegum barnaverndarmálum og móta leiðir til þess að hægt sé að bregðast við um leið og velferð barna er í hættu. Dvölin á Urðarbrunni á að gera þessum hópi kvenna eða foreldra kleift að geta borið ábyrgð á heimilishaldi, umönnun og uppeldi barna og búa börnum sínum góð uppvaxtarskilyrði allt frá meðgöngu og fæðingu. Og síðast en ekki síst að koma í veg fyrir kynslóðatilfærslu ef við á.

Hverjar eru megin áherslurnar í starfinu?

Þjónustan felur meðal annars í sér:

- Stuðning á meðgöngunni hvað varðar heilbrigði og mataræði/bæti-efni.
- Fræðslu á meðgöngu – fæðingarfræðslu og brjóstgögnun.
- Aðstoð við að útvega heppilegan klæðnað og búnað fyrir nýburann.
- Leiðbeiningar í að sinna nýburanum eftir þörfum og aldri barns.
- Aðstoð og kennslu við að sinna heimilishaldi s.s. þrifum, elda-mennsku, innkaupum og þvotti.
- Stuðning til þess að draga úr áhrifum áfalla og stuðla að tengslamyndun.
- Skaðaminnkandi inngrip.
- Náms- og starfsráðgjöf.
- Undirbúningur fyrir flutning fjölskyldu í eigin búsetu.
- Fósturaðlögun ef til þess kemur.

Hverjir starfa á heimilinu? Hvaða menntun hafa þeir sem þar vinna?

Ég legg mikla áherslu á að á Urðarbrunni starfi fagmenntað starfsfólk og helst með reynslu. Sem dæmi um fagfólk eru ljósmæður, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, náms- og starfsráðgjafar, uppeldisfræðingar, þroskahjálparar, áfengis- og vímuefnaráðgjafar, fjölskylduráðgjafar og matráður.

Nú hafa borist fréttir að rekstur heimilisins gangi ekki vel. Hver hefur staðið á bak við reksturinn hingað til og er búið að leysa rekstrarvandann?

Urðarbrunnur var með fullbúna fallega íbúð í blokk á Völlum í Hafnarfirði. Þetta taldi ég heppilega staðsetningu þar sem Vellirnir eru á höfuðborgarsvæðinu en þó ekki miðsvæðis en það er mikilvægt að huga að slíku fyrir svona þjónustu. Af Völlum er stutt í alla þjónustu og samgönguleiðir góðar. Gert var ráð fyrir að í upphafi yrði eitt úrræði fyrir þjónustuna en markmiðið samkvæmt rekstraráætlun var að strax á árinu 2022 yrðu tvö mismunandi húsnæði í boði fyrir þjónustuna og 2023 þrjú. Þetta töldum við mikilvægt þar sem fjölskyldurnar geta verið í misjöfnum aðstæðum og með misjafnar þarfir og því afar mikilvægt að velja heppilegt úrræði þegar taka á ákvörðun um hvaða heimili hentar hverjum og einum.

Staðan er varðar rekstur Urðarbrunnar er hins vegar afar flókin eins og er og er hálfgerð pattstaða í gangi. Fyrir það fyrsta tók hálf á að fá leyfið í gegn fyrir rekstri þjónustunnar. Þegar leyfið var svo loksins komið þá tóku við erjur er varðar kostnaðarhlutann en það hefur ekki náðst samkomulag um greiðslufyrirkomulag vegna þjónustunnar. Ríkið vill að svo stöddu ekki taka þátt né greiða fyrir þjónustuna því samkvæmt lögum á þjónusta er varðar vistun barna að vera á herðum sveitarfélaganna. Sveitarfélögin segjast hins vegar ekki geta greitt fyrir þjónustuna. Það er

afar sorgleg staðreynd að ekki sé hægt að vinna að samkomulagi um greiðslufyrirkomulag til dæmis á þann hátt að ríkið og sveitarfélög deili kostnaði á einhvern hátt. Eins og ég lit á þetta er þetta nefnilega ekki kostnaður heldur fjárfesting í framtíð barnanna og í raun foreldranna líka því það er svo mikilvægt að þau upplifi að þau hafi fengið tækifæri. Þessir fyrstu mánuðir og í rauninni ár í lífi barns er svo gríðarlega mikilvægur fyrir framtíð barnsins. Tengsl sem börn mynda við foreldra sína leggja grunn að framtíð þeirra og hafa áhrif á þroska, velferð og heilsu þeirra fram á fullorðinsár. Foreldrar geta átt erfitt með tengslamyndun þegar þeir eru hjálparþurfi og er þá mikilvægt að veita þeim stuðning á fyrstu æviárum barnsins til að fyrirbyggja neikvæð tengsl. Annars erum við að rúlla áfram snjóbolta og viðhalda vandamálunum innan fjölskyldunnar eða þessari svokölluðu kynslóðatilfærslu.

Hver eru þá örlög Urðarbrunnar?

Því miður er staðreyndin sú að á meðan að þetta ósamkomulag er í gangi þá getum við ekki veitt þjónustuna. Ég þurfti nýlega að skila íbúðinni sem ég hafði tekið á leigu fyrir þjónustuna og því er ekkert heimili starfrækt sem stendur. Ég hafði sjálf lagt út fyrir öllum kostnaði í kringum þetta en á einhverjum tímamarki varð ég að stoppa. Ég er að biða eftir að allt skýrist betur með nýrri ríkisstjórn og þá tekur við vinna með samráðshóp um efnið. Ég ætla að berjast eins og ég get fyrir breytingu á lögnum eða halda áfram með tillögu til lagabreytinga á þessu sviði sem hefur legið ofan í skúffu ráðherra síðan í byrjun árs 2013. Þessi þjónusta ætti að vera veitt af ríkinu svo öll börn eigi jafnan rétt á góðri framtíð óháð búsetu.

Er eitthvað sem þú vilt koma á framfæri um stöðuna, ástæður og áhrif vímuefnavandans á barneignarferlið?

Staðreyndin er sú að á síðastliðnum árum hefur neysla ólöglegra vímuefna verið sívaxandi vandi og er orðinn þó nokkuð umfangsmikill hér á Íslandi sem og annars staðar í heiminum. Því miður er aukningin mest meðal yngra fólks og sýna kannanir að konur séu í auknum mæli að sækja sér vímuefnaeðferð, einkum ungar konur. Þar sem hluti vímuefnaneytenda eru ungar konur á barneignaraldri er óhjákvæmilegt að einhverjar þessara kvenna verði barnshafandi. Aukin þekking og dýpri skilningur á áfalla-sögu og heilbrigðisvanda kvenna með alvarlegan vímuefnavanda sýnir okkur að mikilvægt er að mæta þeim með jákvæðu hugarfari, án fordóma og líta á fíkn sem sjúkdóm en ekki sjálfsvalinn lífsstíl. Einnig er mikilvægt að veita þessum konum víðeigandi úrræði til þess að styðja við þær og veita þeim öruggt skjól. Á sama tíma erum við þá að koma til móts við þarfir og mótun barnsins þar sem lífarni móður og tengslamyndun þeirra á milli hefur mikið að segja til um það hvernig líf barnsins sem einstaklingur á eftir að þróast. Vímuefnaneysla á meðgöngu getur haft ýmsar alvarlegar afleiðingar á för með sér bæði fyrir móðurina og ekki síst barnið. Því fyrr sem gripið er inn í á meðgöngu því meiri möguleikar eru á að lífsgæði þeirra beggja geti batnað til muna og að þau eigi fyrir sér hjartari framtíð sem samfélagsþegnar.

Við þökkum Elísabetu kærlega fyrir og óskum henni góðs gengis með þetta frumkvöðlastarf. Vonandi vökva örlaganornir Askinn til að lífskraftur Urðarbrunnar viðhaldist og þessi mikilvæga og tímabæra þjónusta verði komin af stað aftur sem allra fyrst.

Anna Guðný Hallgrímsdóttir og
Guðlaug Erla Vilhjálmisdóttir.

HEIMILDIR OG ÍTAREFNI

- Danielsdóttir, Sigrún og Ingudóttir, Jenný. (2020). The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis. <https://pub.norden.org/nord2020-051/nord2020-051.pdf>
- Nissinen, N. M., og Frederiksen, N. (2020). 'Identifying use of alcohol and other substances during pregnancy A Nordic overview'. Nordic Welfare Centre: Stockholm <https://nordicwelfare.org/en/projekt/pregnancy-alcohol/>
- Heimasíða samtaka allra Norðurlandanna FASD Nordic um vímuefni og barneignarferlið: <https://www.fasdnordic.org/>

LOKSINS, LOKSINS KOMIÐ LEYFI TIL AÐ ÁVISA GETNAÐARVÖRNUM, EN...

Viðtal við Steinu Þóreyju Ragnarsdóttur, ljósmóður í Keflavík

Lög voru samþykkt á Alþingi 18. desember 2018 um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðheilsu og reglugerð frá 24. ágúst 2020 um heimildir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra til ávísunar hormónalyfja til getnaðarvarna. Í samræmi við þetta hafa verið í boði á vegum Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands námskeið um getnaðarvarnarráðgjöf, í umsjón Hildar Sigurðardóttur og Sóleyjar Bender.

Námskeiðið er fyrir nemendur í ljósmóðurfræði í MS námi til starfsréttinda, starfandi ljósmæður og hjúkrunarfræðinga sem eru í eða hafa lokið framhaldsnámi á viðeigandi sviði. Í fyrsta námskeiðinu sem fór fram í byrjun árs 2020, tóku bæði nemendur og starfandi ljósmæður þátt. Nú er þetta námskeið tvíkennt, annars vegar fyrir nemendur í ljósmóðurnámi og hins vegar fyrir ljósmæður og hjúkrunarfræðinga. Haldin hafa verið alls þrjú námskeið og nú hafa 60 lokið því (54 ljósmæður eða ljósmæðranemar og 6 hjúkrunarfræðingar). Á þessari stundu er ekki ljóst hversu margir hafa sótt um leyfi og hafið ávísun á getnaðarvarnarlyfjum en ljóst er að það er vandkvæðum bundið vegna kerfislægra galla og tafa hjá Landlæknisembættinu.

Ein af ljósmæðrunum sem lauk fyrsta námskeiðinu innan ljósmóðurnámsins, sem einnig hefur fengið formlegt leyfi til að ávisa getnaðarvörnum, er Steina Þórey Ragnarsdóttir ljósmóðir í Keflavík. Fyrir hönd Ljósmæðrablaðsins fór ritstjórnin á stúfana og ræddi við hana um þetta nýja mikilvæga námskeið, reynsluna og þá möguleika sem ljósmæður hafa nú til að efla þjónustu við konur fyrir og eftir barneign.

NÁMSKEIÐIÐ UM GETNAÐARVARNARRÁÐGJÖF OG ÁVÍSANIR HORMÓNAGETNAÐARVARNA

„Við sem vorum í fyrsta hópnum til þess að fá þessa kennslu, vorum mjög spenntar yfir því að fá þetta tækifæri. Námskeiðið sjálft stóð yfir í 5 daga og lauk 4 mánuðum seinna með krossaprófi. Tímenn á milli átta að nota til að afla sér reynslu, og fá að fylgja eftir fagfólki með kunnáttu og færni s.s. kvensjúkdómalækni, setja upp hormónastafinn eða lykkju. Í námsmatinu fólst að skrá þessa reynslu og svo voru tvö verkefni um getnaðarvarnarráðgjöf sem voru kynnt í umræðutíma. Þetta var allt í allt mjög áhugavert námskeið en með nokkrum vanköntum, sem er ekki skýtið þar sem verið var að kenna námskeiðið í fyrsta sinn og það enn í mótun. Kennararnir voru yndislegir sem vildu endilega fá frá okkur hvað mætti gera betur. Okkur fannst vera svolítið af endurtekningum milli tíma hjá kennurunum, en þeir voru ljósmæður, hjúkrunarfræðingar, lækni, kvensjúkdómalækni og lyfjafræðingur. Þetta var hins vegar skemmtilegt efni og einnig verklægu æfingarnar“.

Í umræðum við fleiri ljósmæður sem hafa tekið námskeiðið hefur komið fram að almennt þykir það ókostur við fyrirkomulag námskeiðsins að nemendur þurfi sjálfir að verða sér úti um námstækifæri og klíniska starfsþjálfun, t.d. til að fylgjast með getnaðarvarnarráðgjöf, finna og fá tækifæri til að fylgja kvensjúkdómalækni og æfa sig að setja upp lykkju og hormónastafinn. „Ég var heppin þar sem að ég fékk að fylgja kvensjúkdómalækni sem vinnur á sömu heilsugæslu og ég gat því fylgst með hvenær hún væri að



setja upp lykkju og mætti þá. Það hefði getað gengið vel upp á þessum tíma ef kórónuveiran hefði ekki stungið sér niður. Þá gat ég ekki haldið áfram að vera með henni“.

Það er ljóst að þegar farið er af stað með svona nýtt verkefni þá þarf að undirbúa það mjög vel. Steinu finnst fræðileg umfjöllun, handbók og glærur hafa nýst vel; „en ég veit að flestar ljósmæður sem hafa tekið námskeiðið hafa átt í erfiðleikum með að verða sér úti um þau námstækifæri sem varða lykkjuuppsetninguna, taka lykkjuna úr ásamt því að fá þekkingu við að meta í sónar hvort lykkjan sitji á réttum stað. Ég hefði viljað útfæra þann þátt þannig að samið væri við ákveðna kvensjúkdómalækna með aðstöðu á LSH, fá nauðsynlega þjálfun þar og öðlast góða reynslu áður en farið væri á sínar heilsugæslustöðvar til að efla þessa þjónustu ljósmæðra þar“.



Nemendur og kennarar á fyrsta námskeiðinu um getnaðarvarnir.

LAGASETNING, REGLUGERÐ OG LEYFI

Þegar farið var af stað með námskeiðið þá var ekki komin reglugerð með lögunum eða útfærsla í kerfinu um aðgang ljósmæðra til að ávísar getnaðarvarnarlyfjum.

Ári eftir fyrsta námskeiðið, í janúar 2021, var leyfi komið til að ávísar getnaðarvarnarlyfjum. „Þá var sagan ekki öll sögð þar sem Landlæknisembættið var ekki búð að innleiða eða setja inn í Sögukerfið möguleikann á að ávísar. Reynsla ljósmæðra af að veita þessa getnaðarvarnarráðgjöf er því enn takmörkuð, sem eru vonbrigði. Þetta tímabil „the computer said no“ hefur staðið í allt of langan tíma“.

Enn eru þessir hlutir ekki komnir á hreint. Nú í lok árs 2021 eru þó einhverjar ljósmæður komnar með prufuadgang þar sem þær geta ávísar getnaðarvarnarlyfjum í gegnum Sögukerfið.

LJÓSMÆÐRAREKIN EINING Í KEFLAVÍK

„Mig langar til að deila því með ykkur hvernig ég sé þessa þjónustu þróast á því svæði þar sem ég hef unnið, á Ljósmæðravakt í Keflavík og í heimaþjónustu í sængurlegu. Ljósmæðravaktin er ljósmæðrarekin eining innan Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja (HSS) þar sem markmiðið er að veita konum og fjölskyldum þeirra samfellda og einstaklingsmiðaða þjónustu. Við ljósmæðurnar sinnum konum í meðgönguvernd, fæðingu og sængurlegu hvort sem það er innan HSS eða heima. Einnig erum við með göngu-deildarþjónustu þar sem við sinnum konum með meðgönguvandamál eða vandamál eftir fæðingu. Einnig sinna ljósmæður sýnatöku í krabbameinsleit. Því er það svo sannarlega góð viðbót í okkar samfelldu þjónustu að geta veitt konum og mökum þeirra getnaðarvarnarráðgjöf, ávísar getnaðarvarnarlyfjum sem tekin eru

í töfluformi, setja upp lykkju eða hormónastafinn, gefa hormónasprautur eða kenna konum að nota hormónahringinn. Við ljósmæður höfum alla burði og þekkingu til þess að sinna þessari einstaklingsbundnu þjónustu vel bæði faglega og af nærgætni þar sem við þekkjum skjólstaðinga okkar vel. Það er ekki nóg að skrifa bara út lyfseðil heldur þarf að fræða foreldra um milli-verkanir, aukaverkanir og finna út með þeim hvaða getnaðarvörn hentar þeim. Ég sé þetta þannig fyrir mér í framtíð að þegar ljósmóðir er að útskrifa konu og fjölskyldu hennar úr heimaþjónustu, þá geti fyrsta samtalið og ráðgjöfin um getnaðarvarnir átt sér stað. Valmöguleikar sem eru í boði væru kynntir og síðan gæti parið komið á Ljósmæðravaktina og hitt sína ljósmóður þar sem farið er yfir þá getnaðarvörn sem valin er, kosti og galla. Hægt væri að setja upp lykkju eða hormónastafinn eða hreinlega að kenna þeim á aðrar getnaðarvarnir. Síðan gæti eftirfylgni verið í síma, þar sem gengið er úr skugga um að verið sé að nota getnaðarvörnina rétt eða að það séu ekki miklar aukaverkanir“.

NÁGRANNALÖNDIN - FRAMTÍÐIN

Ljósmæðrareknar einingar eru einnig að þróast á höfuðborgarsvæðinu eins og með tilkomu Bjarkarinnar frá því fyrir nær fjórum árum og nú nýstofnuðu Fæðingarheimili Reykjavíkur. Heima-fæðingum fjölga einnig á landinu og nálgast að vera 3 % allra fæðinga. Í þessum þjónustueiningum eru barneignar- og kynheilbrigðisþjónusta í höndum ljósmæðra sem getur verið frá því fyrir getnað og þar til eftir fæðingu. Heilsuráðgjöf og meðferð er þá jafnvel veitt frá vöggu til grafar.

Að lokum vitnar Steina til þess hvernig þessari þjónustu er háttað erlendis og hvernig hún hefur fulla trú á íslenskum ljósmæðrum til að sinna kynheilbrigðisþjónustu. „Við erlendis svo sem í Svíþjóð og Hollandi eru til staðar slíkar ljósmæðrareknar einingar, nokkurs konar kvennaeiningar. Konur og fjölskyldur þeirra geta verið í sambandi við ljósmæður allan tímann á meðan þær eru á barneignaraldrinum til breytingaskeiðs. Ljósmæður þar hafa séð um getnaðarvarnarráðgjöf og ávísun á pilluna og uppsetningu á lykkju til fjölda ára. Því segi ég loksins, loksins - og vonandi er þetta fyrsta skrefið í að ljósmæður fái einnig formleg leyfi til að skrifa upp á veikindavottorð á meðgöngu og fyrir að hafa helstu lyf sem okkar skjólstaðingar þurfa í okkar „ljósmæðratösku“ t.d. vegna fæðingarhjálpur og brjóstgíftarvandamála. Við á Íslandi erum vel í stakk búin til þess að gera alla þessa hluti vel, með vel menntuðum ljósmæðrum í góðu sambandi við skjólstaðinga okkar“.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir.



Ljósmæður sem fyrst hljóta leyfi: Katrín Síf, Kristbjörg, Steina Þórey, Ólafía og Hrafnhildur Lóa.

SÉRFRÆÐINÁM OG SÉRFRÆÐILEYFI Í LJÓSMÓÐURFRÆÐI

Hugleiðingar um framtíðarskipulag

Vorið 2021 útskrifaðist fyrsti hópur ljósmæðra úr breyttu námi, Ljósmodurfræði til starfsréttinda, MS. Við þessa breytingu útskrifast allar ljósmæður sem lokið hafa námi frá Háskóla Íslands með meistaragráðu og geta þá í framhaldinu sótt um starfsleyfi.

Breyting á námi ljósmæðra á sér nokkurn aðdraganda eins og lýst hefur verið áður á síðum blaðsins. Aðalrökin fyrir því að leggja niður kandiðatsprófið og taka upp meistaragráðu voru þau að með því styttest nám ljósmæðra til meistaragráðu úr að lágmarki sjö árum í sex og meistaragráða fellur betur að ríkjandi fyrirkomulagi varðandi prófgráður og skipulag náms innan háskóla. Að verða ljósmóðir hér á landi er þó eftir sem áður lengra nám en í nágrannalöndum okkar og munar þar helst um þann tíma sem það tekur að læra hjúkrunarfræði á Íslandi sem er undanfari náms í ljósmóðurfræði.

Við breytingu á lögum um ljósmæður þar sem ljósmæðralög frá 1984 voru felld úr gildi og felld undir lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34 frá 15. maí 2012, var samin reglugerð um menntun, réttindi og skyldur ljósmæðra og skilyrði til að hljóta starfsleyfi og sérfræðileyfi. Árið 2009 var sett á stofn sérstök námsleið fyrir ljósmæður með kandiðatsprófi sem vildu ljúka meistaranámi. Það leiddi til umræðu um sérfræðileyfi, sérfræðinám/þjálfun og sérfræðingsstöður í klínisku starfi. Samkvæmt reglugerðinni eru sérstök ákvæði um sérfræðileyfi í 5. og 6. grein en þar stendur:

5. gr. Sérfræðileyfi.

Rétt til að kalla sig sérfræðing á klíniskum sérsviðum ljósmóðurfræði og starfa sem slíkur hér á landi hefur sá einn sem hefur fengið til þess leyfi ländæknis.

6. gr. Skilyrði fyrir sérfræðileyfi

Sérfræðileyfi má veita á klíniskum sérsviðum ljósmóðurfræði. Skilyrði er að sérfræðinám umsækjanda sé skilgreint innan þess sérsviðs sem umsókn hans um sérfræðileyfi tekur til. Viðkomandi sérsvið skal standa á traustum fræðilegum grunni og eiga sér samsvörum á viðurkenndum alþjóðlegum vettvangi.

Með klíniskum sérsviðum er átt við svið þar sem störf fela í sér bein samskipti við sjúklinga, sem og forvarnir og ljósmóðurfræðilega greiningu og meðferð.

Til að ljósmóðir geti átt rétt á að hljóta sérfræðileyfi skv. 5. gr. skal hún uppfylla eftirtaldir kröfur:

1. Hún skal hafa starfsleyfi sem ljósmóðir hér á landi skv. 2. gr.
2. Hún skal hafa lokið meistaraprófi eða doktorsprófi í ljósmóðurfræði frá viðurkenndum háskóla eða hafa sambærilega menntun.
3. Hún skal hafa starfað við ljósmóðurstörf að loknu prófi skv. 2. tölul. sem svarar til að minnsta kosti tveggja ára í fullu starfi á því sérsviði sem umsókn hennar um sérfræðileyfi tekur til. Sé starfshlutfall lægra, lengist starfstíminn sem því nemur.

Til frádráttar geta komið allt að tólf mánuðir í fullu starfi ef viðkomandi hefur starfað samhliða doktorsnámi á viðkomandi sérsviði.

Um frekari skilyrði fyrir veitingu sérfræðileyfis fer skv. 13. gr.

Ljóst er að í dag heimilar reglugerðin þannig þeim ljósmæðrum sem hafa meistarapróf að sækja um sérfræðileyfi eftir tveggja ára starfsreynslu. Tilgangur þessara hugleiðinga er að varpa því fram hvernig beri að haga veitingu sérfræðileyfis í framtíðinni. Athuga þarf að sérfræðileyfi gefur ekki rétt til sérfræðingsstöðu – það er mál stofnana hvernig þær sjá fyrir sér að nýta sérfræðiljósmæður í starfi. Hægt er að hugsa sér tvær leiðir:

1. Halda reglugerðinni óbreyttri, þ.e. allar ljósmæður geti sótt um sérfræðileyfi eftir tvö ár í starfi á því sérsviði sem umsóknin beinist að.
2. Reglugerðinni yrði breytt í þá veru að ljósmæður þyrftu að hafa lokið skipulögðu námi/þjálfun til sérfræðiréttinda. Rætt hefur verið um að skipulögð þjálfun yrði í boði fyrir ákveðin hóp ljósmæðra á hverju ári. Það yrði skipulagt í samvinnu við heilbrigðisstofnanir, helstu kennslustofnanir HÍ, LSH, HH, ÞÍH og SAK en gert yrði ráð fyrir 18 mánaða prógrammi þar sem ljósmóðir yrði á launum. Litið yrði til þess fyrirkomulags sem hefur verið í boði á Landspítala um sérfræðinám í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði við mótun frekari hugmynda.

Á haustmánuðum 2021 var settur saman vinnuhópur til að fjalla um framtíð starfsþjálfunar ljósmæðra til sérfræðiréttinda í ljósi ofangreindra breytinga. Vinnuhópurinn skipa Helga Gottfreðsdóttir fyrir hönd Námsbrautar í ljósmóðurfræði í Háskóla Íslands, Valgerður Lís Sigurðardóttir fyrir hönd Fagráðs um ljósmæðraþjónustu á Landspítala, Edda Sveinsdóttir fyrir hönd ljósmæðra sem lokið hafa starfsnámi til sérfræðiréttinda, Guðlaug María Sigurðardóttir fyrir hönd stjórnar Ljósmæðrafélags Íslands og Ástþóra Kristinsdóttir fyrir hönd Þróunarmiðstöðvar íslenskrar heilsugæslu. Vinnuhópurinn hefur það hlutverk að endurskoða fyrirkomulag á veitingu sérfræðileyfa ljósmæðra í framtíðinni og samhliða því að skapa umræðu um þörf fyrir sérfræðipækkingu ljósmæðra innan barneignarþjónustu á landsvisu. Í þeirri vinnu mun hópurinn m.a. leita til yfirljósmæðra um allt land í þeim tilgangi að fá sýn þeirra á þörf fyrir sérfræðiljósmæður og tilhögun sérfræðipjálfunar/-náms ljósmæðra á mismunandi stöðum. Gera má ráð fyrir að þörf fyrir sérfræðipækkingu sé mismunandi á milli stofnana og mikilvægt að hver stofnun skoði það út frá starfssviði ljósmæðra á hverjum stað.

Það er von vinnuhópsins að umræða skapist meðal ljósmæðra alls staðar á landinu um hvernig veitingu sérfræðileyfis verður hagað í framtíðinni.

Fyrir hönd vinnuhópsins,

Helga Gottfreðsdóttir, prófessor og námsbrautarstjóri í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands.

Valgerður Lís Sigurðardóttir, sérfræðiljósmóðir á Landspítala og lektor við Námsbraut í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands.

NORRÆN RÁÐSTEFNA BRJÓSTAGJAFARÁÐGJAFA OG FÉLAG BRJÓSTARÁÐGJAFA Á ÍSLANDI

Síðastliðið haust var haldin Norræn ráðstefna brjóstagjafaráðgjafa í niunda sinn. Í þetta sinn á Íslandi og það í annað sinn. Þetta var dagana 23.-24. september á Hilton Reykjavík Nordica og fyrsta alþjóðlega ráðstefnan haldin í langan tíma eftir að heimsfaraldur skall á. Stund reyndist vera á milli stríða og ekki þurfti að vera með ráðstefnuna á netinu. Heiti ráðstefnunnar var Brjóstagjöf í núinu eða á ensku Mindful Breastfeeding. Á heimasíðu ráðstefnunnar kom fram að hugsunin væri að vera með barn á brjósti í núvitund, njóta brjóstagjafarinnar og horfa á barnið, frekar en klukkuna eða appið. Einnig að fagfólk sé meðvitað um ólíkar þarfir mæðra, afli sér þekkingar, leiti lausna til stuðnings við foreldra og næringu barnsins á leið til farsællar brjóstagjafar. Í ráðstefnunefnd voru fyrir utan fulltrúa Félags brjóstagjafaráðgjafa á Íslandi, einnig fulltrúar frá Háskóla Íslands, Hjúkrunarfræðideild, námsbraut í ljósmóðurfræði og frá kvenna- og barnasviði Landspítala og Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu.

Þátttakendur voru tæplega 200 og komu víða að, flestir frá Íslandi og Norðurlöndunum en einnig frá Belgíu, Ítalíu, Króatíu, Litháen, Rúmeníu og Þýskalandi. Í hópnum voru ljósmæður, hjúkrunarfræðingar, læknar, talmeinafræðingar og ljósmæðranemar. Margir voru brjóstagjafaráðgjafar eða fólk með reynslu og áhuga á stuðningi við brjóstagjöf og til að læra meira, enda mikilvægt að efla brjóstagjöf við upphaf lífs sem hefur áhrif á lýðheilsu.

Aðalfyrirlesari var Professor Amy Brown við Swansea University í Bretlandi. Hennar bakgrunnur er í sálfræði og hún rannsakar meðal annars, lága brjóstagjafartíðni í heiminum, hvaða sálfélags- og menningarlegar ástæður eða hindranir liggja þar að baki sem hafa síðan áhrif á lýðheilsu samfélaga. Frá Íslandi héldu aðalfyrirlestira ljósmæðurnar og brjóstagjafaráðgjafarnir Ingibjörg Eiríksdóttir og Hallfríður K. Jónsdóttir. Ingibjörg fjallaði um sögu brjóstagjafar á Íslandi í 100 ár og Hallfríður byggði sinn fyrirlestur á kerfisbundinni fræðilegri samantekt um stuðning ljósmæðra og hjúkrunarfræðinga og áhrif á tíðni og lengd brjóstagjafar. Sonja Magnúsdóttir, sjálfstætt starfandi talmeinafræðingur sem sinnir greiningu og þjálfun barna með tal- og málmein, fjallaði um tunguhaft, meðferð og áhrif á brjóstagjöf.

Formaður ráðstefnunefndar var Hulda Sigurlína Þórðardóttir en hún er formaður Félags brjóstagjafaráðgjafa á Íslandi. Mikil ánægja var með ráðstefnuna og fréttinni fylgja myndir sem sýna stemninguna.



FÉLAG BRJÓSTAGJAFARÁÐGJAFA Á ÍSLANDI

Félagið var stofnað þann 10. janúar 2003 af konum sem höfðu lokið prófi frá International Board of Lactation Consultant Examiners (IBCLC). Prófið er alþjóðlegt próf sem nú er metið til 11 eininga á háskólastigi og veitir réttindi til að starfa sem brjóstagjafaráðgjafi hvar sem er í heiminum. Gerðar eru forkröfur fyrir prófið sem er haldið tvisvar á ári, í apríl og október. Fyrst og fremst ljósmæður, hjúkrunarfræðingar og læknar taka prófið en einnig áhugafólk um brjóstagjöf með ólíkan bakgrunn. Brjóstagjafaráðgjafi þarf að uppfylla lágmarkskröfur um endurmenntun og heldur þannig réttindum í 5 ár, en prófið þarf að endurtaka

á 10 ára fresti. Frá árinu 2000 hefur verið hægt að taka prófið á Íslandi en nú er það rafrænt alls staðar í heiminum. Lesa má um prófið á heimasíðu alþjóðlegra brjóstagjafasamtakanna <http://europe.iblce.org>. Ingibjörg Eiríksdóttir brjóstagjafaráðgafi og sérfræðiljósmóðir ingibjorgei@hotmail.com er tengiliður LBCLC á Íslandi og gefur nánari upplýsingar.

Nú eru brjóstagjafaráðgjafar IBCLC hér á landi um 12 talsins og 7 eru með samning við Sjúkratryggingar Íslands. Það er ánægjulegt að segja frá því að haustið 2022, verður í boði diplómanám í heilsugæslu með áherslu á brjóstagjöf við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands í samstarfi við Félag brjóstagjafaráðgjafa.

BRJÓSTALEIKFIMI

Í föstum þætti *Hugleiðing ljósmóður* sem blaðið endar oftast á, fjallar Anna Guðný Hallgrímsdóttir ljósmóðir um reynslu sína af erfiðleikum við brjóstagjöf og því hvernig brjóstagjafarráðgjöf hjálpaði henni þegar ekkert gekk með að framleiða brjóstamjól. Hún fékk þá góð ný ráð um brjóstaleikfimi frá Huldu Sigurlínu Þórðardóttir brjóstagjafarráðgjafa sem hjálpuðu henni og syni hennar. Síðustu áratugi hefur áherslan gjarnan verið á að snerta brjóstin sem minnst og handmjólkun nánast verið úr sögunni. Þess vegna er gaman að velta fyrir sér hvernig þessi brjóstaleikfimi, vinding eða nudd virkar. Önnu Guðnýju var næst að hringja í Huldu Línu - og við í ritnefndinni höfðum samband í fjarfundi og fengum að vita meira og heyra hvernig þetta ráð er dæmi um þegar brjóstagjafarráðgjafi leitar nýrra leiða, endurmenntar sig og bætir við sig ráðum fyrir konur með barn á brjósti.

BRJÓSTALEIKFIMI, HVAÐ ER ÞAÐ?

„Það var árið 2018 sem ég fór að leita að námskeiðum um hvernig hægt væri að nudda brjóst þannig að þau störfuðu betur. Í nokkur ár hafði ég notað sogæðanudd við bjúg, stíflum, sýkingum og verkjum í brjósti með góðum árangri en langaði að læra meira. Ég hafði lesið um japanskt brjóstannudd sem kallað er *Oketani* og yfir þeirri aðferð hvílir mikil leynd og eftir því sem ég komst næst er það um eins árs nám, í Japan. Það hentaði mér ekki þannig að ég hélt leitinni áfram.

Svo var það síðla árs 2019 að Google fann námskeið handa mér. Vinnusmiðja á vegum Félags brjóstagjafarráðgjafa í New York dúkkaði upp á facebook. Þetta var námskeið um brjóstannudd og handmjólkun, kennt af Rússneskum brjóstagjafarráðgjöfum, önnur hafði búið í Bandaríkjunum í 30 ár, hin býr í Moskvu en hún er með verkfræði sem bakgrunn og var meðal annars með áhuga-

verðar og verkfræðilegar þælingar um stellingar og tak barnsins á brjóstinu“ (NYLCA's 2020 Workshop "The Art of Therapeutic Breast Massage and The Mindful Latch" with Maya Bolman, BA, BSN, IBCLC and Tatiana Kondrashova, MA, IBCLC).

„Það sem ég tók með mér úr námskeiðinu og hægt er að kenna öllum er brjóstaleikfimin sem örvar sogæðakerfið og er eins konar brjóstannudd. Hugmyndafræðin sem býr að baki er að koma meiri hreyfingu á sogæðavökva, hvernig nota má eigið sogæðakerfi til að létta á bjúg og þrýstingi í brjóstum. Þrýstingurinn sem oft verður í brjóstum er ekki endilega vegna mjólkurframleiðslu heldur vegna bjúgs, sérstaklega í upphafi brjóstagjafar“. Hér má sjá kennslumyndband <https://www.facebook.com/watch/?v=514997092534695>.

„Þessi brjóstaleikfimi og sogæðanudd er eitt af stærstu verkfærunum sem ég hef fengið í hendurnar síðan ég byrjaði sem brjóstagjafarráðgjafi fyrir 13 árum og ég hef einnig dæmisögu um konu sem ekki beinlínis gerði brjóstaleikfimina heldur nuddaði eitlana í sogæðakerfinu í kringum brjóstin. Brjóstaleikfimin er einfaldari leið til að gera einmitt það. Þessi kona hafði alltaf verki í brjóstagjöfinni með fyrra barn sem ollu því að hún var ekki viss um hvort hún lagði í brjóstagjöf á ný. Þegar barnið var 3 mánaða var það enn á brjósti og hún þurfti að gera þetta nudd á 2-3 daga fresti til að vera verkjalaus. Þessi kona hefur gefið mér leyfi til að segja þetta hverjum sem er, því í raun hafði hún enga trú á því að þetta virkaði, en það gerði það“.

Í máli Huldu Línu kom einnig fram sú tilgáta að brjóstaleikfimin væri í raun góð fyrir brjóst kvenna á öllum aldri til að halda þeim heilbrigðum. Hreyfing er góð fyrir heilsuna, fyrir allan líkamann, þar með talið brjóstin.



Hulda Lína kennir um brjóstaleikfimi á ráðstefnunni Brjóstagjöf í núinu.

AÐ STANDA VÖRÐ UM VAL KONUNNAR VIÐ UPPHAF BRJÓSTAGJAFAR

Dagbókarverkefni 1. árs ljósmóðurnema

INNGANGUR

Þetta nemaverkefni fjallar um dagbók þar sem klínískt tilfelli um upphaf brjóstagjafar var skráð eftir starfsnám á meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítalans. Fjallað er um það í samhengi við fræðilega þekkingu um mjólkurmyndun og þörf fyrir ábót á brjóstagjöfina. Aðstæðum er lýst, greiningum og ákvörðunum. Íhugað er hvaða lærdóm megi draga fyrir hina verðandi ljósmóður með tilliti til réttar konunnar á upplýstu vali og samráði sem stuðlar að farsælli brjóstagjöf. Ekki sist hjá konum sem eru að takast á við ýmis heilsufarsvandamál á meðgöngunni, í fæðingunni og sængurlegunni eins og sagt er frá hér á eftir.

LÝSING Á AÐSTÆÐUM

Ég tek á móti mæðginum sem koma á sængurkvennadeild og fæ ég upplýsingar frá ljósmóðurinni sem hafði sinnt þeim á fæðingarvakt eftir bráða-keisaraskurð. Um fyrsta barn er að ræða og drengurinn nokkuð stór, rúm 5 kíló. Þar kom fram að drengurinn hafði ekki tekið brjóst og ekki hafi komið neinn broddur úr brjóstum móðurinnar við handmjólkun. Blóðsykur barnsins hafði verið innan marka frá fæðingu og drengurinn áhugasamur um að fara á brjóst. Ljósmóðirin benti mér á það að gefa ætti drengnum fljótlega ábót af þurrmjólk þar sem hann hafði ekkert fengið frá fæðingu. Ég segi móðurinni að ég ætli að fara fram og sækja handa drengnum ábót. Á leiðinni lýsi ég aðstæðum fyrir ljósmóður sem var vaktstjóri og spyr í framhaldinu hversu mikið af þurrmjólk drengurinn eigi að fá. Hún spyr mig hvers vegna ég ætli að gefa drengnum ábót og hvort að það væri eindregin ósk móðurinnar. Ég svara því að svo sé ekki og spyr ljósmóðurina hvort að það væri nokkuð möguleiki fyrir þessa móður að vera með barn sitt á brjósti byggt á hennar sögu og þeirri staðreynd að enginn broddur kæmi úr brjóstum hennar. Ég fékk þau svör að það væri ekki ákvörðun sem við gætum tekið fyrir þessa móður og þrátt fyrir getgátur væri brjóstagjöf ekki fullreynd og ekki tímabært að gefa barninu þurrmjólkurabót.

TILFINNINGAR/HUGSANIR

Á þessum tímapunkti hafði ég ekki mikla reynslu af brjóstagjöf og því að sinna konum í sængurlegu. Ég gaf mér það að vegna sögu konunnar, þar sem hún var orðin fertug, var í mikilli ofþyngd og hafði getið barnið með gjafaegg, að hún væri ein af þessum konum sem mjólkuðu ekki einn einasta dropa og gátu þar af leiðandi ekki verið með börn sín á brjósti. Var þetta mikið vanmat hjá mér á getu konunnar og í raun og veru fordómar. Mér fannst réttast að bjóða barninu ábót þrátt fyrir að engin ástæða væri fyrir því að gera það strax þar sem bæði móður og barni leið vel á þessari stundu. Ég hafði hins vegar áhyggjur af því að barnið yrði svangt eða færi í blóðsykursfall, sérstaklega þar sem móðirin hafði verið með meðgöngusykursýki og barnið var þungburi. Þar að auki hafði ljósmóðirin sem sinnti þessum mæðginum á undan mér, haft orð á því að barnið ætti fljótlega að fá ábót. Ég tók því mjög bókstaflega þar sem ég var ekki með jafn mikla reynslu og hún, verandi 1. árs ljósmóðurnemi.

Þegar mér var sagt mjög skýrt að ég ætti ekki að taka þá ákvörðun fyrir konuna að gefa barninu ábót skammaðist ég mín. Ég áttaði mig á því að ég hefði átt að standa betur vörð um val konunnar, sem var að reyna brjóstagjöf



Lilja Kristín Guðjónsdóttir,
ljósmóðir á Landspítala

og að það væri hin ljósmóðurfræðilega meðferð sem ég hefði fyrst og fremst átt að vera að veita henni.

Það sem eftir var vaktar lagði ég mikinn metnað og tíma í að aðstoða þetta barn á brjóst. Við lok hennar höfðu móðir og barn náð betri tókum á brjóstagjöfinni og barnið saug vel og lengi. Blóðsykur barnsins var innan eðlilegra marka á meðan það var í minni umsjá. Enn í dag veit ég ekki hvort að nokkur broddur eða mjólk hafi komið úr brjóstum móðurinnar á einhverjum tímapunkti.

ÍHUGUN Í FRÆÐILEGU SAMHENG

Mjólkurmyndun brjósta skiptist í tvö stig. Annars vegar Lactogenesis I en það er þegar þekjufrumur í brjóstum breytast í seytingarfrumur, eða mjólkurfrumur á meðgöngu. Þá hefur brjóstskirtillinn framleiðslu á broddinum sem er fullur af mótefnum og er tileinkaður barninu fyrst eftir fæðingu. Seinna mjólkurmyndunarstigið hefst þegar hormónabreytingar

verða við fæðingu fylgjunnar. Seinkuð mjólkurmyndun er þegar engin mjólk hefur myndast hjá móður eftir 72 klukkustundir. Áhættuþættir seinkaðrar mjólkurmyndunar hjá móður eru: frumbyrja, aldur yfir 30 ár, offita, barn fæðist yfir 3600g, keisaraskurður, löng fæðing og hækkað kortisol í blóði hjá móður eða barni (Nommsen-Rivers, Chantry, Peerson, Cohen og Dewey, 2010). Nánast öll þessi ofantalin atriði eiga við í þessu tilfelli. Því er mikil hætta á seinkaðri mjólkurmyndun og enn mikilvægara að veita konu og barni góðan stuðning við brjóstagjöfina og huga að því að konan fái nægilega örvun til mjólkurmyndunar.

Samkvæmt verklagsreglum á Landspítala eru helstu ábendingar fyrir ábótargjöf nýbura: blóðsykursfall, klínískt mat á ofþornun hjá nýbura, litil næringarinntekt barns þrátt fyrir næga mjólk móður, þyngdartap er yfir 8-10% af fæðingarþyngd, barn hefur litlar hægðir, er léttburi eða með gulu (Ingibjörg Eiríksdóttir, 2016). Engin ofangreindra ábendinga átti við í þessu tilfelli. Skýrt kemur fram í sömu verklagsreglum að heilbrigður nýburi þarfnast ekki ábótargjafar vegna lítillar næringarinntektar á fyrstu tveimur sólarhringum eftir fæðingu. Samkvæmt verklagsreglunni þarfnast ábótargjöf einnig upplýsts samþykkis móður (Ingibjörg Eiríksdóttir, 2016).

Hefði ég gefið barninu ábót eins og til stóð, hefði móðirin ekki fengið tækifæri til að gefa fullkomlega upplýst samþykki þar sem ég hafði að öllum líkindum ekki haft næga þekkingu og vitund til að veita henni viðeigandi fræðslu um ábótargjöfina. Það að fá þurrmjólk með þessari þörf og ókost að slíkt getur minnkað getu barnsins til að sjúga brjóst og þar af leiðandi komið niður á mjólkurframleiðslu móðurinnar (Zanardo o.fl., 2013). Því er mikilvægt að reyna að finna aðrar leiðir til að gefa barni ábót sé þess þörf. Hægt er að gefa barni ábót meðal annars með fingurgjöf eða hjálparbrjósti en í þeim tilvikum þarf barnið að sjúga og með hjálparbrjósti örvar barnið jafnframt mjólkurmyndun móðurinnar (Ljósmóðir.is, 2019).

AFSTAÐA NEMANDA

Þetta tilfelli fannst mér vera mjög góður lærdómur. Það kenndi mér að taka umræðum annarra ekki bókstaflega og að vera ekki með fyrir fram ákveðnar hugmyndir um eitthvað sem er ekki endilega sannleikur. Ég hafði verið búin að ákveða fyrir fram að þessi kona myndi aldrei framleiða mjólk m.a. vegna umræðu sem hafði verið á kaffistofunni en í raun hafði ég engar sannanir fyrir

Því að þetta gæti ekki gengið. Einnig hafði ljósmóðirin sem sinnti konunni á undan mér lagt upp með það að drengurinn fengi ábót sem fyrst, þrátt fyrir að engin ástæða hafi verið til þess á þessum tímapunkti. Ég hafði gefið móðurinni strax þau skilaboð að barnið þyrfti ábót og þar með að hún gæti ekki gefið því sína eigin brjóstamjólk. Þar dró ég úr henni í stað þess að styrkja hennar sjálfsöryggi við brjóstagjöfina.

Eftir á að hyggja skiptir það minnstu máli hvort broddur eða mjólk hafi að lokum komið hjá konunni. Mestu máli skiptir að viðhorf mitt breyttist og ég lagði mitt af mörkum til að styðja þessa konu og aðstoða við að leggja grunn að farsælli brjóstagjöf. Í þessu tilfelli ætlaði ég að fara eftir tilfinningu sem byggð var á vanþekkingu og fordómum og er ég þakklát fyrir að hafa verið stöðvuð af áður en lengra gekk og ég fékk tækifæri til að veita þessari nýju fjölskyldu þá umönnun sem þau áttu rétt á.

LOKAORÐ

Móðir hefur rétt á því að taka sjálf upplýstar ákvarðanir um atriði sem snúa að hennar eigin brjóstagjöf og ættu ljósmæður og heilbrigðisstarfsfólk að virða það til hins ýrasta. Jákvæð viðhorf ljósmæðra til brjóstagjafar sem miðast við upplýst val konu eru mikilvæg til að veita nauðsynlegan stuðning við brjóstagjöfina.

HEIMILDASKRÁ

Embætti landlæknis. (2015). Brjóstagjöf. Sótt þann 26. ágúst 2020 af:

<https://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item/25346/>

Ingibjörg Eiríksdóttir. (2016). Ábóttagjöf nýbura. Gæðahandbók Landspítalans.

Dahlen, H., Jackson, M. og Stevens, J. (2011). Homebirth, freebirth and doulas: Casualty and Ljósmóðir.is. (2019). Brjóstakorn: Upphafid og ábótargjafir. Sótt þann 26. ágúst 2020 af:

<http://www.ljosmodir.is/saengurlega/brjostakorn/nanar/5703/upphafid-og-abotargjafir>

McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., . . . MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2), Cd001141. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5

Nommsen-Rivers, L. A., Chantry, C. J., Pearson, J. M., Cohen, R. J. og Dewey, K. G. (2010). Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(3), 574-584. doi:10.3945/ajcn.2010.29192

Su, L.-L., Chong, Y.-S., Chan, Y.-H., Chan, Y.-S., Fok, D., Tun, K.-T., . . . Rauff, M. (2007).

Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breastfeeding: randomised controlled trial. 335(7620), 596. doi:10.1136/bmj.39279.656343.55

Zanardo, V., Pigozzo, A., Wainer, G., Marchesoni, D., Gasparoni, A., Di Fabio, S., . . . Trevisanuto, D. (2013). Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. 98(1), F37-F41. doi:10.1136/archdischild-2011-301218



ÁFALLA
OG SÁLFRÆÐIMIÐSTÖÐIN

Eins og kemur fram í formannspistli þá hefur stjórn Ljósmæðrafélags Íslands nú gert samning við Áfalla- og sálfræðimiðstöðina um þjónustu fyrir ljósmæður sem hafa orðið fyrir alvarlegu áfalli í starfi eða þurfa á handleiðslu að halda.

Áfalla- og sálfræðimiðstöðin hefur á að skipa þverfaglegum hópi fagaðila sem leggur áherslu á gagnreyndar aðferðir. Boðið er upp á fjölbreytta þjónustu fyrir einstaklinga, fyrirtæki og stofnanir.

Samningurinn við Ljósmæðrafélagið felur í sér að félagsmenn fái forgang á biðlista og að reynt sé að finna meðferðartíma eins fljótt og unnt er. Um er að ræða einstaklingsviðtöl en einnig er mögulegt að bjóða upp á fræðslu í formi fyrirlestra fyrir stærri hóp.

Starfsstöð Áfalla- og sálfræðimiðstöðvarinnar er í Hamraborg 11 í Kópavogi en einnig er boðið upp á fjarþjónustu í gegnum Kara Connect og því hægt að veita ljósmæðrum þessa sérhæfðu þjónustu um allt land. Sjöfn Evertsdóttir, sálfræðingur er framkvæmdastjóri Áfalla- og sálfræðimiðstöðvarinnar og segir hún mikinn áhuga vera á samstarfi við Ljósmæðrafélagið hjá sínu fólki og það sé ánægjulegt að geta þjónustað þennan mikilvæga hóp sem ljósmæður eru.

Nánari upplýsingar um Áfalla- og sálfræðimiðstöðina er að finna heimasíðunni www.asm.is

SUBWAY

Máttid
DAGSINS

6 tommur 999 kr.
12 tommur 1.399 kr.

Mán.

Skinku-
bátur

Þri.

Bræðingur

Mið.

Sterkur
ítaliskur

Fim.

Pizzabátur

Fös.

BLT beikon

Lau.

Ítaliskur
BMT

Sun.

Græn-
metisbuff



FAGRÁÐ UM LJÓSMÆÐRAÐJÓNUSTU Á LANDSPÍTALA - ÁRSFUNDUR

INNGANGUR

Fagråd ljósmæðra var stofnað á kvenna- og barnasviði Landspítala 2008 í kjölfar samstarfssamnings milli Háskóla Íslands og Landspítala sem undirritaður var 2006. Fyrsti formaður ráðsins var Ólöf Ásta Ólafsdóttir. Samningurinn var endurnýjaður 2012 og í honum segir m.a. að eitt af fimm meginhlutverkum Háskóla Íslands gagnvart Landspítala sé að taka þátt í þróun klínískrar starfsemi á spítalanum. Nafni fagráðsins var breytt í byrjun árs 2021 og heitir nú *Fagråd um ljósmæðraþjónustu* á Landspítala.

Fagråd innan hjúkrunar- og ljósmóðurfræða eru skilgreind sem samstarfsvettvangur Landspítala og Háskóla Íslands. Meginhlutverk fagráðanna er að móta stefnu um þjónustu, rannsóknir, kennslu, nám og starfsþróun innan sérgreina hjúkrunar- og ljósmóðurfræða. Samkvæmt samkomulagi um starfsemi fagráða á Landspítala 2020 sitja í fagráðinu forstöðumaður fræðasviðs, sérfræðiljósmæður, doktors- eða meistaramenntaðar ljósmæður, yfirljósmæður og eftir atvikum aðrir faglegir leiðtogar innan ljósmóðurfræði.

Fagråd um ljósmæðraþjónustu er vettvangur til að þróa og efla ljósmæðraþjónustu, kennslu og rannsóknir á Landspítala í samstarfi við námsbraut í ljósmóðurfræði í Háskóla Íslands. Gert er ráð fyrir að fagráðið skipi 5-7 manna stjórn og er hún skipuð til tveggja ára í senn. Formaður fagráðs skal hafa skilgreindan tíma til að sinna verkefnum sínum og tekur hann jafnframt þátt í faglegri uppbyggingu stjórnendahóps hvers kjarna. Ný stjórn var kosin á ársfundi 12. desember 2020. Valgerður Lísu Sigurðardóttir tók við formennsku af Helgu Gottfreðsdóttur.

ÚR ÁRSSKÝRSLU FORMANNS FAGRÁÐS UM LJÓSMÆÐRAÐJÓNUSTU Á LANDSPÍTALA 2020-2021

Starfsemi á árinu

Stjórnarfundir eru að jafnaði haldnir tvisvar í mánuði nema yfir sumarleyfistímamann og eru skráðir 13 fundir á starfsárinu að meðtöldum aðalfundi 9. desember 2021. Fyrsti fundur starfsársins var haldinn 14. janúar og voru fyrstu fundirnir nýttir í umræðu um hlutverk og starf fagráðs samkvæmt nýju samkomulagi. Nokkur brýn verkefni biðu umfjöllunar stjórnar strax í upphafi starfsársins og fór drjúgur hluti fundanna á fyrri hluta ársins í að ræða og ljúka þeim málum:

- Umsögn um stöðuskýrslu og tillögur starfshóps ráðherra um barn-eignarþjónustu í Samráðsgátt á island.is var send þann 8. febrúar. Umsögnin var í nokkrum liðum og almennt lýsti stjórnin yfir ánægju með skýrslunna en gerði athugasemdir við nokkur atriði: fjölbreyttara val hefði mátt vera á álitsgjöfum skýrslunnar, vöntun var á skýrari sýn varðandi ýmsa þætti s.s. hlutverk sérfræðiljósmæðra, stöðu yfirljósmóður á Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, stefnu um að efla eðlilegar fæðingar og samfellda þjónustu, eðli símenntunar fagfólks og aðbúnað fæðandi kvenna á stærsta fæðingarstað landsins – Landspítala.
- Ályktun var send til forstjóra Landspítala þann 5. febrúar vegna stofnunar þverfaglegs fagráðs á Landspítala. Stjórn fagráðs um ljósmæðraþjónustu lýsti þar yfir áhyggjum í aðdraganda þess að ljósmæður ættu þar ekki fulltrúa og að einungis væri gert ráð fyrir einum sameiginlegum fulltrúa hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í þverfaglegu ráði.
- Þarfagreining var gerð um fjölda sérfræðiljósmæðra innan Landspítala á næstu fimm árum. Greiningin felur í sér að skilgreina þörf og/

eða hugsanlega vöntun á sérfræðipökkingu og leggja drög að þróun sérfræðipökkunar innan ljósmóðurfræða. Drög að þarfagreiningu voru send að beiðni framkvæmdastjóra hjúkrunar þann 23. febrúar og lokagreining síðan þann 28. október. Greiningin gerir ráð fyrir að stöðugildi sérfræðiljósmæðra þyrftu að vera a.m.k. 13 en eru í dag aðeins 3,1.

Á árinu voru fleiri mál einnig áberandi í umræðunni á fundum stýrnefndar. Þar ber hæst áhyggjur af mönnun ljósmæðra á Landspítala en staðan var óvenju slæm fyrir sumarið, auk þess sem fyrirsjáanleg var 15-20% aukning á fæðingum. Stjórn fagráðs sendi frá sér ályktun vegna þessa til heilbrigðisráðherra þann 8. júní, með afriti til forstjóra og stjórnenda. Jafnframt var mönnun ljósmæðra til umræðu á fundi stjórnar með yfirljósmæðrum fæðingarþjónustu þann 18. nóvember og voru aðilar fundarins sammála um að skoða þyrfti leiðir til að laða fleiri ljósmæður til starfa á spítalanum. Mun því samtali verða haldið áfram eftir áramótin.

Þá hefur verið mikil umræða um þróun og breytingar á námi í ljósmóðurfræði en fyrsta útskrift úr breyttu ljósmæðranámi til MS gráðu var í lok júní. Þessi breyting kallar á endurskoðun á veitingu sérfræðileyfa og að frumkvæði stjórnar fagráðs var settur á laggirnar vinnuhópur um framtíð sérfræðipjálfunar ljósmæðra. Vinnuhópurinn samanstendur af fulltrúum frá Námsbraut í ljósmóðurfræði í HÍ, Landspítala, Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu og Ljósmæðrafélaginu.

Umræða var um mikilvægi þess að auka sýnileika rannsóknarverkefna sem unnin eru á vegum ljósmæðra, t.d. meistara- og doktorsverkefna. Töluverður fjöldi ljósmæðra stundar rannsóknartengt framhaldsnám, auk þess sem nú munu útskrifast 10-14 á hverju ári með meistaraþróf í ljósmóðurfræði til starfsréttinda.

Ákveðið var að halda reglulega opnar málstofur, Rannsóknakaffi, í þeim tilgangi að skapa tækifæri til umræðu á klíniskum vettvangi um niðurstöður rannsókna ljósmæðra. Fyrirhugað er að halda slíkar málstofur a.m.k. ársfjórðungslega og var sú fyrsta haldin 9. september. Þar kynnti Helga Gottfreðsdóttir MS rannsókn Laufeyjar Rúnar Ingólfsdóttur um fæðingarumhverfi á íslenskum fæðingarstöðum og Emma Marie Swift kynnti fyrirhugaða rannsókn á gögnum um erfiða fæðingarreynslu úr Áfallasögu kvenna. Þann 9. desember var svo fjallað um brjóstagið í málstofunni. Þar kynnti Ingibjörg Eiríksdóttir rannsókn á brjóstagið yfir heila öld og Hallfríður Jónsdóttir kynnti meistaraverkefni sitt um áhrif stuðnings ljósmæðra og hjúkrunarfræðinga á tíðni og lengd brjóstagjafa. Að erindum loknum var ársskýrsla stjórnar kynnt og að lokum las Kristín Svava Tómasdóttir upp úr ljóðabók sinni *Hetju-sögur* sem kom út 2020 og fjallar um íslenskar ljósmæður.

Samhliða vinnu fagráðsins við þarfagreiningu fyrir sérfræðipökkingu kom skýrt fram hversu hægt gengur að ráða sérfræðiljósmæður í stöður innan spítalans. Ein ný sérfræðiljósmóðir, Bryndís Ásta Bragadóttir, var ráðin í stöðu á 22-B meðgönguvernd, fósturgreiningu og bráðþjónustu frá 1. september. Athygli vekur þó að einungis eru fjórar ljósmæður í 3,1 stöðugildi sérfræðiljósmæðra innan Landspítala og allar eru þær sérfræðingar á sviði meðgönguverndar og fósturgreiningar. Engin ljósmóðir gegnir nú stöðu sérfræðiljósmóður á

sviði fæðingarhjálp, sængurlegu, brjóstgjafar eða kynheilbrigðis á spítalanum þrátt fyrir að nokkrar séu með sérfræðingsleyfi. Það er umhugsunarvert í ljósi þess að Landspítali er flaggskip fæðingarþjónustu á landsvísu með um 75% allra fæðinga á landinu. Það er brýnt að vinna að því að fjölga stöðum sérfræðiljósmæðra þannig að stöður séu við allar deildir barneignarþjónustu og/eða innan helstu áherslusviða í barneignarþjónustu á Landspítala.

Fyrir utan ljósmæður sem útskrifuðust úr ljósmóðurnámi til starfsréttinda með MS gráðu vorið 2021, luku þrjár ljósmæður meistaranámi á árinu 2021 meðfram starfi á Landspítala. Nokkrar ljósmæður á Landspítala stunda nú meistaranám og tengjast verkefni þeirra í mörgum tilvikum klínískri starfsemi.

Einn stjórnarmeðlimur, Emma Marie Swift, hætti störfum á Landspítala og gekk því úr stjórn fagráðsins í september. Í stjórn sitja nú sex ljósmæður og mynda tengingu við öll sérsvið ljósmóðurfræðinnar. Allar hafa þær setið í stjórn í eitt ár og gefa kost á sér til áframhaldandi stjórnasetu 2022.

Starfið framundan

Fjöldmörg verkefni eru framundan hjá Fagráði um ljósmæðraþjónustu. Fyrst á dagskrá er framhald samtals yfirljósmæðra og stjórnar um leiðir til að laða ljósmæður til starfa á Landspítala.

Jafnframt verða skoðaðir möguleikar á stofnun faghópa innan fagráðsins í þeim tilgangi að vinna að málefnum innan hvers sérsviðs ljósmóðurfræða.

Þá er stefnt að Rannsóknakaffi í málstofum tvisvar á vormisseri 2022 og tvisvar á haustmisseri.

Fagráðið mun beita sér áfram fyrir því að stöðum sérfræðiljósmæðra verði fjölgað í samræmi við þarfagreininguna sem unnin var á árinu.

Fagráðið vinnur áfram að þróun starfsþjálfunar/-náms til sérfræðiréttinda ljósmæðra á landsvísu, í samvinnu við Námsbraut í ljósmóðurfræði, Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu og Ljósmæðrafélag Íslands.

Efla þarf samskipti við meðlimi fagráðs utan stjórnar sem forstöðumann kjarna, framkvæmdastjóra sviðs og framkvæmdastjóra hjúkrunar í samræmi við verklag um skipulag fagráða.

Í stjórn fagráðs sitja:

Valgerður Lísá Sigurðardóttir, formaður
Helga Gottfreðsdóttir, varaformaður
Bryndís Ásta Bragadóttir, ritari
Edda Sveinsdóttir
Hallfríður Kristín Jónsdóttir
Sigrún Ingvarsdóttir

Stjórn hvetur til að erindi sem óskað er eftir að fagráðið fjalli um og falla undir hlutverk þess berist á netfangið valgerds@landspitali.is.

LEIÐRÉTTING

Í grein Oddnýjar Aspar Gísladóttur og félaga um reynslu landsbyggðarljósmæðra af notkun klínískra leiðbeininga um sykursýki á meðgöngu (1. tbl. 2021, bls.34-40), misritaðist ártal. Í fræðilegum bakgrunni, þriðju málsgrein á bls. 35, þar sem kemur fram að sitt hvort verklagið um skilgreiningar á meðgöngusykursýki hafi gilt, á að vera ártalið 2008 (ekki 2012).

**Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins
óskar ljósmæðrum gleðilegra jóla og
farsæls komandi árs með þökkum fyrir
ómetanlegt framlag á liðnu ári.**



MIKILVÆGI BRJÓSTAGJAFARRÁÐGJAFAR

Reynslusaga

Nýlega var reglugerð breytt er varðar þjónustu brjóstagjafaráðgjafa en hún gerir konum kleift að fá ráðgjöf frá brjóstagjafaráðgjafa sér að kostnaðarlausu þar til barn er sex mánaða gamalt. Áður var það hægt í þrjár vikur eftir fæðinguna og vitjanir í boði voru aðeins tvær. Þessi aukna og bætt þjónusta er afskaplega mikilvæg til þess að stuðla að góðri brjóstgjöf. Það er nefnilega þannig að vandamál í brjóstgjöf koma ekkert endilega upp fyrstu tvær vikurnar eftir fæðinguna. Því fékk ég að kynnast í vor þegar við hjónin eignuðumst okkar þriðja dreng. Á meðgöngunni hvarflaði aldrei neitt annað að mér en að brjóstgjöfin myndi ganga vel í þriðja sinn enda orðin nokkuð vön móðir og ljósmóðir, en annað kom á daginn, og langar mig að deila okkar brjóstgjafasögu.

Fljótlega eftir fæðinguna reyndi ég að leggja drenginn á brjóst, en hann beit! Svo það mætti segja að þetta hafi byrjað brösuglega en eftir smá stund tók drengurinn brjóstið og saug. Og fyrstu dagarnir gengu vel, drengurinn saug brjóst með hatti líkt og eldri drengirnir höfðu gert í fyrstu og mjólkinn kom mjög fljótt, drengurinn var farinn að kúka gulu á öðrum degi, hann pissaði vel og svaf vel. Í fimm daga skoðun vantaði 10 grömm upp á að hann næði fæðingarpýngd. Allt var eins og ég hafði upplifað áður með þá eldri tvo. Þegar drengurinn var 15 daga gamall kom ljósmóðirin í ungbarnaverndinni heim til okkar. Hennar fyrsta verk var að vigta drenginn og mér til mikillar undrunar hafði hann ekki þyngst frá því í fimm daga skoðuninni heldur lést um 25 grömm. Það sem mér brá! Við ljósmóðirin ræddum stöðuna og ákváðum að bíða aðeins með þurrmjólkurabót og ég sagðist ætla að mjólka mig eftir gjafir og gefa drengnum það sem ég fengi aukalega. Þessi tíðindi höfðu þau áhrif að þegar ljósmóðirin hafði yfirgefið heimilið brast ég í grát enda fannst mér ég algjörlega hafa klikkað í móðurhlutverkinu. Ég hafði strax samband við ljósusystur mína sem kom færandi hendi með brjóstapumpu sem hún átti. Ég byrjaði svo að vanda mig betur við gjafirnar, reyndi að gefa brjóst án hattsins og mjólka mig í kjölfarið. Það kom svo í ljós að ég var ekki að fá mikið aukalega, en það sem ég fékk var drengnum gefið. Ég áttaði mig einnig á því að drengurinn saug sennilega ekki nógu vel og gat ekki tekið brjóstið án hattsins.

Premur dögum síðar var drengurinn vigtaður aftur og hafði þá aðeins þyngst um einhver grömm. Við ljósmóðirin ræddum stöðuna og hún gaf mér ýmsar upplýsingar og ráð en það vildi svo til að hún hafði nýlokið námskeiði um brjóstgjöf þegar þetta var. Hún þuldi meðal annars upp lista yfir matvæli sem eiga að auka mjólkurframleiðslu og sagði mér að það ætti einnig að vera áhrifaríkt að reyna brjóstavindingu. Eitthvað sem ég hafði aðeins heyrt um en aldrei vitað hvað væri. Hún sagði mikilvægt að fá brjóstin á hreyfingu. Ég hlustaði með eftirtekt og þagði þunnu hljóði. Eftir vitjun ljósmóðurinnar fékk ég leigða almennilega mjaltavél og strax fyrsta daginn áttaði ég mig á því hversu lítið ég var í raun og veru að mjólka. Eftir smá umhugsun ákvað ég að hætta að gefa drengnum brjóst og mjólka mig og gefa honum með pela. Fyrstu fimm dagana átti ég ekki alveg nóg ofan í hann svo hann fékk smá þurrmjólkurabót. Og þá grét ég og svo grét ég aðeins meira. Ég sem hef oft gefið öðrum börnum þurrmjólkurabót átti svo



Anna Guðný Hallgrímsdóttir,
brjóstmjólkandi móðir og ljósmóðir

erfitt með að taka því að ÉG þyrfti að gefa barninu mínu þurrmjólk. En ég hafði alltaf trú á því að ég gæti mjólkað nóg ofan í hann því hann var sá léttasti af þeim bræðrum og ég hafði alltaf mjólkað meira en nóg ofan í hina.

Þessa fyrstu daga fór ég eftir ráðum ljósmóðurinnar og passaði upp á að borða hafragraut, spínat og sitthvað fleira alla daga, allt matvæli sem voru á listanum yfir mjólkuraukandi matvæli. Á hverju kvöldi fór ég í sturtu og þar stóð ég og vatt upp á brjóstin, sneri þeim í hringi, hristi þau upp og niður og til hægri og vinstri og allt sem mér datt í hug. Hugsaði þar sem ég stóð í sturtunni að ég væri nú alveg við það að missa vitið.

Á þessum tíma hafði ég einnig samband við yndislega samstarfsskonu mína sem er brjóstgjafaráðgjafi. Eftir að hún fékk að heyra okkar sögu bauðst hún til þess að koma til mín en hún gaf mér einnig góð ráð og benti mér á að prófa mjólkuraukandi töflur og te. Hún sagði mér svo frá því að óáfengur bjór ætti einnig að vera mjólkuraukandi. Þeir sem þekkja mig vita að ég hef aldrei drukkið áfenga drykki og eingöngu vegna þess að mér finnst þeir allir svo bragðvondir. En ég ætlaði mér að ná upp þessari mjólkurframleiðslu svo óáfengur bjór var drukinn yfir Eurovision. Í fyrstu gekk það ágætlega en eftir nokkra sopa var ég farin að halda fyrir nefið til þess að koma björnum niður og gafst upp þegar um helmingurinn var eftir. Hún hvatti mig einnig til þess að hafa samband við Huldu Línu brjóstgjafaráðgjafa.

Ég hringdi strax í Huldu Línu. Hana þekki ég ekki persónulega svo þegar ég hringdi kynnti ég mig sem ljósmóður en fyrst og fremst móður þriggja stráka sem væri í vandræðum með brjóstgjöf þess yngsta. Hún sagðist vera í frii en bauðst til þess að ráðleggja mér í síma. Huldu Línu fannst líklegt að drengurinn væri með sogvillu. Hún taldi að allt hefði gengið vel í upphafi því mjólkurframleiðslan hefði verið svo mikil að hann hefði ekki þurft að hafa neitt fyrir hlutunum og mjólkinn rynni bara upp í hann. En svo þegar á leið hefði það ekki dugað og hann hefði dregið úr mjólkurframleiðslunni með ófullnægjandi sögi. Hún ráðlagði mér að fá höfuðbeina- og spjaldhryggsméðferð fyrir drenginn og vonaðist til að það gæti losað um spennu sem gæti truflað hann. Hún kenndi mér jafnframt aðferð til þess að gefa pela á þann hátt að drengurinn myndi ekki fúlsa við brjóstinu þegar að því kæmi að hann færi á brjóst aftur, en hún taldi allar líkur á því að það gæti tekist þegar hann yrði 5-8 vikna gamall. Hún sagði mér einnig að til þess að mjólka nóg ofan í hann yrði ég að fá um 900 ml á sólarhring með mjaltavélinni. Að endingu sagði Hulda Lína mér að það væri líka mikilvægt að hugsa vel um sjálfa mig og það gæti verið gott að prófa brjóstavindingu.

Í stuttu máli þá fór ég í einu og öllu eftir því sem mér var ráðlagt. Drengurinn fékk höfuðbeina- og spjaldhryggsméðferð sem hafði engin áhrif á getu hans til þess að drekka brjóst. Ég reyndi að hugsa vel um sjálfa mig, hvíldist, drakk og borðaði vel og hélt áfram að stunda brjóstaleikfimi í sturtu. Ég prófaði þó

aldrei mjólkuraukandi te eða töflur því brjóstapokan var svo mikil að ég gleymdi alveg að kaupa slíkt. Ég fór einnig að mæla allt sem ég fékk í mjaltavélinni og viti menn, þegar framleiðslan var komin í 900 ml á sólarhring átti ég allt í einu nóg fyrir drenginn. Ef ég fékk minna þá dugði það ekki til og ef ég fékk mikið meira þá fékk ég stíflur í brjóstin og var á mörkum þess að fá sýkingu.

Þegar drengurinn var orðinn 8 vikna gamall ákvað ég að leggja mig fram við að koma honum á brjóst. Ég hafði prófað af og til allar þessar vikur að leggja hann á en sá að hann var ekkert orðinn flinkari en áður svo pelagjöfin hélt áfram. En af einhverri ástæðu var hann tilbúinn til þess að taka brjóst á þessum tímapunkti og það fór svo að í byrjun júlí, þá 9 vikna gamall, var hann kominn á brjóst eingöngu. Þetta var rétt fyrir sumarfrí en það var markmið mitt að vera laus við mjaltavélina fyrir sumarfrí fjölskyldunnar. Því þó svo að mjaltavélin sé algjör snilld og geri manni kleift að gefa barni sínu brjóstamjók þegar brjóstagjöfin gengur ekki þá fer mjög mikill tími í að gefa pela og að fara í mjaltavél átta sinnum á sólarhring og maður er mjög bundinn vélinni og rafmagni.

Það er skemmst frá því að segja drengurinn fór fljótlega að þyngjast, enda farinn að fá meiri mjólk hvern dag, en ég fékk lánaða vigt frá heilsugæslunni og vigtaði drenginn daglega til þess að byrja með. Hann þyngdist nokkuð hægt í fyrstu en tók svo vel við sér. Svo fyrir utan nokkra daga á annarri viku í lífi drengsins hefur hann þyngst vel og gerir enn.

En hvers vegna er ég að deila þessari sögu með ykkur. Jú, vegna þess að mig langaði til þess að benda á að vandræði með brjóstagjöf koma ekkert endilega fram á fyrstu dögnum. Erfiðleikarnir geta komið fram þegar heimaþjónustuljósmóðirin hefur útskrifað konuna

og þá er mjög mikilvægt að hún geti leitað aðstoðar á heilsugæslunni og fengið tilvísun fyrir ráðgjöf hjá brjóstagjafaráðgjafa, ef á þarf að halda. Eins er ekki hægt að gera ráð fyrir því að brjóstagjöf annars, þriðja eða fjórða barns gangi vel þó fyrri brjóstagjafir hafi gengið vel. Ég veit ekki hversu oft ég hef sjálf sagt við barnshafandi konur að hafa ekki áhyggjur af brjóstagjöfinni ef fyrri brjóstagjafir gengu vel.

Auðvitað er það oftast þannig en hver brjóstagjöf er ólík annarri, alveg eins og engin fæðing er eins. Jafnframt langar mig að benda á mikilvægi þess að ljósmóðir sem eignast barn er fyrst og fremst móðir en ekki ljósmóðir á þeim tímapunkti. Ég veit ekki hversu oft ég hugsaði með mér að ég sjálf hefði átt að átta mig á því að þetta væri ekki að ganga og að drengurinn væri ekki að þyngjast. Ég skammaðist mín fyrir það að hafa ekki tekið eftir þessu. Síðast en ekki síst vil ég benda á að konur sem eru í vanda með brjóstagjöf eru tilbúnar til þess að gera hvað sem er til þess að láta hana ganga. Alla vega þær sem fá til þess stuðning að heiman frá maka og fjölskyldu. Að drekka vandan óáfengan bjór, borða óhóflegt magn af spinati og höfrum, gefa þurrmjólkurábót, gráta í tíma og ótíma og eiga í ástarsambandi við mjaltavél verður manni sjálfsagt þegar erfiðleikar steðja að.

Merkilegast af öllu því sem ég tók mér fyrir hendur er þó brjóstaleikfimin. Ég veit enn þann dag í dag ekki alveg hvað brjóstavinding er og hvort það sem ég gerði var nokkuð skylt henni. Ég veit ekki heldur hvort og hvers vegna í ósköpunum hún virkar. Mér er næst að hringja í Huldu Línu og ræða við hana um málið, því hún virðist vita allt upp á hár og gott betur en það.

Anna Guðný Hallgrímsdóttir,
brjóstmjólkandi móðir og ljósmóðir.



HEILBRIGÐISSTOFNUN
SUÐURLANDS



lindex.is

Frábært úrval af
meðgöngu- og
brjóstgjafafatnaði.

LINDEX