

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

TÍMARIT LJÓSMÆÐRAFÉLAGS ÍSLANDS 2. TBL. - 94. ÁRGANGUR - DESEMBER 2016
- JOURNAL OF THE ICELANDIC MIDWIVES ASSOCIATION -



LJÓSMÆÐRAÞJÓNUSTA
Á LANDSBYGGÐINNI

.....

TANGARLEYFI
ÍSLENSKRAR LJÓSMÓÐUR

.....

ÁRANGUSMÆLAR Á
FÆÐINGARVAKT



Njóttu líðandi stundar

timamot.is

TÍMA\MÓT með 



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

Ábyrgðarmaður
Áslaug Valsdóttir, formaður LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
S. 846 1576 hrafno@internet.is
Sigrún Ingvarsdóttir
sigrun81@gmail.com
Rut Guðmundsdóttir
srutgudmunds@gmail.com

Ritstjórn fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
olofol@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir
beh6@hi.is
Embla Ýr Guðmundsdóttir
emblayrg@gmail.com
Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingbjorggre@simnet.is

Myndir
Heiður Sif Heiðarsdóttir
Erla Doris Halldórsdóttir
Edythe Mangindin
Dóra Stephensen
Shutterstock

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Ljósmaðrafélag Íslands

Umbrot og prentvinnsla
Prentun.is

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

Forsíða
Mynd: Shutterstock

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórnarpistill
- 6 Ávarp formanns LMFÍ
- 9 Ljósmaðraþjónusta á landsbyggðinni
Heiður Sif Heiðarsdóttir
- 14 Tangarleyfi íslenskrar ljósmóður
Dr. Erla Dóris Halldórsdóttir
- 18 Árangursmælar á fæðingavakt
Anna Sigríður Vernharðsdóttir og Elín Arna Gunnarsdóttir
- 22 Fæðingarsaga í nánasta umhverfi
Edythe Mangindin
- 26 Metformíngjöf til barnshafandi kvenna með
fjölblöðrueggjastokkaheilkenni (PCOS)
Katla Sigurðardóttir, Rebekka Rós Baldvinsdóttir og Sveinbjörn Gizurarson
- 30 Léttar í Lundi
Dóra Stephensen, Gerður Eva Guðmundsdóttir og Hugborg Kjartansdóttir
- 35 Í upphafi náms
Inga María Árnadóttir
- 36 Fréttir frá Norðurlandasamtökum ljósmaðra (NJF)
Hildur Kristjánsdóttir og Áslaug Íris Valsdóttir
- 39 Fréttir af alþjóðastarfi LMFÍ
Áslaug Íris Valsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir
- 40 Hugleiðingar ljósmóður
Erla Rún Sigurjónsdóttir

Er tæknin alltaf til góðs?

Það getur verið flókið að vera heilbrigðisstarfsmaður á tækniöld og þá sérstaklega ljósmóðir. Miklar tækniframfarir hafa átt sér stað og ég held að við getum verið sammála um það að oftast séu þær til góðs. Við getum skoðað barnið í sónar frá nokkurra vikna og fram að fæðingu, fundið þau börn sem ekki eiga lífsvon. Farið í þrívíddarsónar til að sjá barnið betur. Einnig er hægt að fylgjast með barninu með sírta á meðgöngu og í fæðingu svo eitthvað sé nefnt. En er þetta allt til góðs? Þó að tæknin sé til staðar þurfa þá allar konur á henni að halda? Í mars 2014 voru fæðingarhluti Hreiðursins og fæðingardeild Landspítalans sameinuð í eina fæðingardeild, fæðingarvaktina. Þar var strax farið í það að standa vörð um eðlilegar fæðingar. Konur voru flokkaðar niður eftir því hvort þær voru með einhverja áhættuþætti eða ekki. Konur sem eiga eðlilega meðgöngu að baki og eru í sjálfkrafa sótt þurfa til dæmis ekki að vera tengdar við sírta því rannsóknir sýna að það bætir ekki útkomu fæðinga. Þá hefur einnig verið reynt að fækka innri skoðunum og minnka notkun hriðaðröndu lyfja svo eitthvað sé nefnt. Notaðir eru árangusmælar til að meta árangur af þessum þáttum. En hvað eru árangusmælar? Þessu svara þær Anna Sigríður Vernharðsdóttir og Elín Arna Gunnarsdóttir í grein í blaðinu, þar útskýra þær hvernig viðmið voru fundin út og hvernig gengið hefur að vinna eftir þessum vinnuleiðbeiningum. Ég velti því stundum fyrir mér hvað það hafa verið miklar öfgar í umönnun kvenna í barneignarferlinu. Þegar við bjuggum í torfkofunum var nánast engin mæðravernd, konurnar fæddu heima hjá sér með aðstoð héraðsljósmóður. Eftir spítalavæðinguna fengu feðurnir ekki að vera viðstaddir fæðingarnar, konurnar áttu helst að liggja á bakinu með fætur í stoðum þegar þær fæddu,



Hrafnhildur Ólafsdóttir,
ritstjóri Ljósmæðrablaðsins

mikil notkun á sírta og miklar og flóknar reglur um brjóstgjöf. Núna þurfum við aðeins að fara til baka og ná jafnvægi. Verðum að muna það að tæknin er til að aðstoða okkur en hún getur líka þvælst fyrir okkur.

„Það er ekki hlutverk ljósmæðra, að taka barn með töngum, en hitt þurfa þær að bera skyn á, hvenær tangartak geti komið til mála. Svo að þær geti látið nálgast lækni í tíma, ef svo ber undir“. Svona byrjar grein sem Erla Dóris skrifar um leyfi ljósmæðra til að nota tangir við fæðingar. Það var árið 1910 sem íslensk ljósmóðir fékk leyfi til að nota tangir í fæðingarhjálp, áður hafði tveimur ljósmæðrum verið synjað um að nota tangir. Mér fannst mjög merkilegt að lesa þessa grein, ég ber mikla virðingu fyrir þeim ljósmæðrum sem unnu við fæðingarhjálp á þessum tíma úti á landi, oft var langt að sækja lækni og því hefur það örugglega verið mikilvægt fyrir ljósmæður að geta notað tangir í fæðingum. Í

dag hugsa ég líka oft um ljósmæður sem starfa á landsbyggðinni. Til dæmis er bara ein ljósmóðir starfandi á Ísafirði og gerð var frétt um það á annarri hvorri sjónvarpsstöðinni í vetur. Fréttamaður fór vestur til að ræða við framkvæmdastjóra hjúkrunar um þetta mál. Mér fannst mjög merkilegt að ekkert viðtal var tekið við ljósmóðurina á staðnum sem stendur vaktina allan sólarhringinn alla daga vikunnar.

Aðventan er skemmtilegur tími, í seinni tíð hefur mér fundist hún vera jafnvel skemmtilegri en sjálf jólahátíðin. Þá er hægt að sækja marga viðburði eins og tónleika. Auk þess gera margir vinnustaðir sér dagamun og koma saman og borða góðan mat og hafa gaman, þannig á líka aðventan að vera.

Ég óska ljósmæðrum, ættingjum þeirra og öðrum lesendum Ljósmæðrablaðsins gleðilegrar jólahátíðar og gæfu á nýju ári.



Ljósmæðrafélag Íslands óskar öllum ljósmæðrum og fjölskyldum þeirra, gleðilegra jóla og farsælsdar á nýju ári. Þökkum þeim fjölmörgu ljósmæðrum sem unnið hafa óeigingjarnt starf fyrir félagið.

Með kærri kveðju / Stjórn Ljósmæðrafélags Íslands



AlvoGenius

Fæðubótarefni fyrir mæður og börn

DHA Omega 3 fitusýrur úr þörungum



VITSMUNAPROSKI | ATHYGLISGÁFA | ANDLEG LÍÐAN

Alvogen

DHA - Réttu fitusýran fyrir heilann

DHA er eitt af aðalbyggingarefnum heilans.

Fjölmargar rannsóknir gefa til kynna að nægilegt framboð DHA á meðgöngu og á fyrstu æviárunum bæti vitsmunaproska, athyglisgáfu og andlega líðan barna.

- ▶ Engin mengunarefni úr sjó
- ▶ Ekkert fiskibragð eða eftirbragð
- ▶ Aðeins ein perla á dag
- ▶ Hentar grænmetisætum
- ▶ Sama tegund DHA er notuð í 98% þurrmjólkur í USA

www.alvogenius.com



LYFJA
- LYFJA heill

Heimildir: Innis, S.M. (2008) Dietary omega 3 fatty acids and the developing brain. Brain Research (1237):35-43. Jensen, C. V. (2010). Effects of early maternal docosahexaenoic acid intake on neuropsychological status and visual acuity. The Journal of Pediatrics, 157, 900-905. Brenna, J. L. (2009). Background paper on fat and fatty acid requirements during pregnancy and lactation. Annals of Nutrition & Metabolism, 55, 97-122. Jensen, ibid. Lloyd-Still, J. P.-T. (2006). Bioavailability and safety of a high dose of docosahexaenoic acid triacylglycerol of algal origin in cystic fibrosis patients- a randomized controlled study. Nutrition, 22, 36-46. Fleiri heimildir má finna á www.alvogen.is

Notum við þekkingu okkar eða stingum við höfðinu í sandinn?

Nú þegar Trump er orðinn forseti í Bandaríkjunum, öllum að övörum, Íslendingar kjósa Sjálfstæðisflokkinn aftur þrátt fyrir að hafa mótmælt, krafist breytinga og knúið fram aukakosningar vegna óánægju. Bretar vilja úr Evrópusambandinu en samt ekki og véfengja lýðræðislegar kosningar, er mér verulega umhugað um framtíðina. Mér finnst ríkja óvissa um margt. Hvað mun framtíðin bera í skauti sér og hvernig munum við síðar horfa til þessa tíma sem við lifum nú?

Í smærra samhengi á þetta einnig við um ljósmæður. Viða um heim búa þær einnig við óvissu. Viða eru þær valdalausar eða valdalitlar. Ríkjandi undirmönnun og undirfjármögnun einkennir flestar stofnanir þannig að álag í starfi er orðið það mikið að einhverjar ljósmæður kjósa að hætta að starfa við fagið.

Oft hefur verið sagt að þekking færi okkur völd og við þurfum völd til að breyta og hafa áhrif. En er það svo? Það hefur líka verið sagt að við þurfum að setja fram spurningar og gera rannsóknir til að festast ekki í ákveðnum vinnubrögðum sem eru röng eða að minnsta kosti ekki best. Það merkilega er að í reynd er þetta ekki alltaf svona. Við höfum þekkingu og rannsóknir en við förum ekki endilega eftir þeim. Nú eru a.m.k. tvö ár síðan út komu rannsóknir sem sýndu að hraustum konum í eðlilegri meðgöngu er gjarnan best borgið að fæða utan sjúkrahúsa. Stefnum við markvisst að því að benda konum á þessar niðurstöður? Að vísu hefur ekki verið mikið um val en við höfum þó haft heimahús, fáeinar stofnanir í heimabyggð og svo ljósmæðrareknu einingarnar í Keflavík og Selfossi þar sem um stuttan veg er að fara frá Reykjavík til að fæða. Svo fögnum við auðvitað tilkomu fæðingarstofu Bjarkarinnar sem vonandi vindur hratt og örugglega upp á sig þannig að fæðing utan sjúkrahúsa fyrir ákveðinn hóp kvenna verði normið hjá okkur.

Einnig má nefna fösturhjársláttarritin sem eiga sinn þátt í sjúkdómsvæðingu fæðinga. Erfitt reynist að leggja notkun þeirra alveg af þrátt fyrir að margar, bæði nýjar og gamlar (um fimmtíu ára), rannsóknir sýni að þau eru ekki öruggur mælikvarði á liðan föstursins og það hefur verið vitað nánast frá upphafi. Það sem var þó ekki vitað strax var að lækirnir sem kynnti ritið til sögunnar var einnig eigandi fyrirtækisins sem framleiddi monitora.



Áslaug Iris Valsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

Annað dæmi eru gangsetningar. Mikilvægt er að velta því upp hvort gangsetningar séu allar gerðar af nauðsyn og hvort sú ákvörðun sé vel ígrunduð og studd af góðum rannsóknarrökum. Hvenær er gangsetning til gagns og hvenær ekki? Rútinu umönnun er alltaf röng fyrir einhverja!

Hvernig munu ljósmæður árið 2045 hugsa um okkur þegar þær líta til baka? Munu þær segja: Af hverju tóku þær þátt í þessu þegar rannsóknir sýndu fram á að það væri ekki til bóta fyrir móður og barn? Það er umhugsunar-efni af hverju við gerum stundum hluti sem eru gagnstætt okkar þekkingu og vitneskju. Þegar ljósmóðir kemur inn í stéttina nýkomin úr námi er hún full af hugsjónum og horfir gagnrýnum augum á „kerfið“. Þegar svo rútinan tekur við og mikið er að gera í vinnunni alla daga þá sofa flestir á verðinum og verða kannski svolítið samdauna og taka þátt í þeirri starfsemi sem

fer fram og sætta sig við þau vinnubrögð sem eru á hverri stofnun fyrir sig. Við missum gagnrýnisaugun á okkur sjálfar, auk þess sem mörgum þykir vænt um vinnustaðinn sinn og vilja verja hann fyrir gagnrýni. Auðvitað er langflest vel gert og allt er gert í góðri meiningu. Það er kannski gott að hafa hér bak við eyrað að ÁTVR hafði einkaleyfi á innflutningi eldspýtna í 50 ár á meðan öllum var frjálst að flytja inn kveikjara. Mér finnst það ágætis áminning um að festast ekki í viðjum vanans. Af því að hlutir hafa alltaf verið svona þá er það ekki endilega rétt.

Af kynnum mínum af ljósmæðrum veit ég að við erum ákveðnar metnaðarfullar konur sem gerum kröfur og vitum hvað við viljum. En oft höfum við líka mjög ólíkar skoðanir á því hvernig best sé að ná fram markmiðum, samstaða stéttarinnar er ekki nógu sterk. Það vantar að ljósmæður komi fram sem sterkt afl og standi saman allar sem ein hvað sem tautar og raular. Það er hægt að hafa ólíkar skoðanir innbyrðis en út á við og í meginstefnu verðum við allar að tala sama mál og standa saman. Allar verða að róa í sömu átt, annars komumst við seint og illa og kannski aldrei að landi.

Fyrir hönd stjórnar Ljósmæðrafélags Íslands óska ég öllum ljósmæðrum og fjölskyldum þeirra gleðilegra jóla og farsældar um komandi ár.



**TIME IS RUNNING OUT
REGISTER BY FEBRUARY 28, 2017
FOR EARLY BIRD REGISTRATION RATES**



International
Confederation
of Midwives



CAM
ACSF

TORONTO



31ST ICM Triennial Congress
TORONTO, CANADA 18 – 22 June 2017

www.midwives2017.org



- ◆ Aðeins tvö innihaldsefni; vatn (99,9%) og lítill dropi af greipaldinsafa (0,1%)
- ◆ Viðurkenndar af bresku ofnæmissamtökunum (Allergy UK)
- ◆ Henta frá fæðingu barns

*Hitalækkandi og verkjastillandi mixtúra
fyrir börn frá 3 mánaða aldri (>5 kg),
með appelsínu-vanillubragði*



Íbúfen®

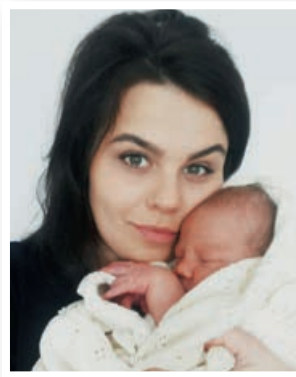
Íbúprófen 20 mg/ml mixtúra, dreifa

Notkunarsvið og skammtar: Íbúfen inniheldur virka efnið íbúprófen sem er bólgueyðandi, verkjastillandi og hitalækkandi lyf gegn vægum til miðlungsalvarlegum verkjum. Lyfið er ætlað börnum 3 mánaða (>5 kg) – 12 ára, til lækkunar hita, þ.m.t hita eftir bólusetningar, gegn særindum í hálsi, tanntökuverkjum, tannpinu, eyrnavek, höfuðverk og öðrum vægum sársauka og gegn einkennum kvefs og inflúensu. Skammtur af Íbúfen mixtúru miðast við líkamsþyngd og skal gefa 20-30 mg á kg á sólarhring, í aðskildum skömmtum. Skammta skal gefa á u.þ.b. 6-8 klst. fresti. **Gegn hita eftir bólusetningar:** Einn 2,5 ml skammtur fylgt eftir með öðrum 2,5 ml skammti 6 klst. síðar ef þörf krefur. Ekki skal nota meira en tvo 2,5 ml skammta á sólarhring. Leita skal til læknisins ef hitinn lækkar ekki. Lyfið er til inntöku og skal hrista vel fyrir notkun. **Varnaðarorð og mikilvægar varúðarreglur:** Gæta skal sérstakrar varúðar hjá sjúklingum með öndunarfærðisjükdóma, rauða úlfu eða blandaða bandvefssjúkdóma, skerðingu eða truflun í nýrum og lifur, sögu um hjarta- og æðasjúkdóma, blæðingu, sár eða rof í meltingarfærum og forðast ætti notkun íbúprófens samhliða notkun annarra bólgueyðandi gigtarlyfja og gæta varúðar við samhliða notkun barkstera, segavarnalyfja, sértækra serótínendurupptökuhema eða lyfja sem hindra samloðun blóðflagna (t.d. asetyl-salisýlsýru). Vísbendingar eru um að lyfið geti skert frjósemi hjá konum með áhrifum á egglos. **Hætta skal notkun lyfsins ef:** Blæðing eða sár koma fram í meltingarfærum, húðútbrot, sár á slímhúð eða önnur ofnæmisviðbrögð koma fram. Sjúklingar með arfgengt frúktósaóþol skulu ekki nota lyfið og forðast skal notkun lyfsins ef um er að ræða hlaupabólu. Íbúprófen getur eins og önnur bólgueyðandi lyf dulið einkenni sykinga. Ef verkjalyf eru notuð í langan tíma geta höfuðverkir komið fram, í slíkum tilfellum skal hætta notkun lyfsins og leita ráða hjá lækni. **Aukaverkunum** má halda í lágmarki með því að nota minnsta virka skammt og skemmsta mögulega meðferðartíma við einkennum. Lyfið inniheldur 2 g af fljótandi maltitóli og 7,37 mg af natríum í hverjum 5 ml skammti. **Meðganga:** Forðast skal notkun lyfsins og lyfið má ekki nota á síðasta þriðjungi meðgöngu. **Lesið vandlega leiðbeiningar á umbúðum og í fylgiseðli fyrir notkun.** Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC. Ágúst 2016.

Actavis

Ljósmæðraþjónusta á landsbyggðinni

Mikilvægi þjónustunnar og upplifun ljósmæðra af því að starfa þar



Heiður Sif Heiðarsdóttir
Ljósmóðir á Sjúkrahúsinu á Akureyri

INNGANGUR

Breytingar hafa orðið á barneignarþjónustu víðsvegar um heiminn og er Ísland ekki þar undanskilið. Lokanir fæðingardeilda á landsbyggðinni hafa leitt til miðstýringar og nú í dag eru flestar fæðingar hérlandis á tveimur stærstu sjúkrahúsum landsins eða um 76% á Landspítalanum í Reykjavík og 9,5% á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Þessi þróun hefur leitt til skerðingar á þjónustu við þær konur sem kjósa að búa á landsbyggðinni og því mikilvægt að skoða hvernig ljósmæðraþjónusta á landsbyggðinni er háttað, ræða mikilvægi hennar og hvernig hægt er að varðveita hana og efla.

Í þessari grein, sem byggir á lokaverkefni í ljósmóðurfræði vorið 2016, er fjallað um þjónustu ljósmæðra á landsbyggðinni með áherslu á hvert mikilvægi ljósmæðraþjónustu er og upplifun ljósmæðra af því að starfa þar, leiðbeinandi minn var Ólöf Ásta Ólafsdóttir. Tekið var viðtal við Önnu Maríu Oddsdóttur, ljósmóður á Sauðárkróki, til að kynna starfi hennar þar og aðstæðum á Norðurlandi.

Breytingar á barneignarþjónustu

Í fæðingarskrá kvennadeildar Landspítalans frá árinu 2013 má sjá hvernig þróun á fækkun fæðingarstaða hefur verið síðastliðin ár. Á árunum 2004–2013 hefur fæðingarstöðum fækkað úr 20 niður í átta (fyrir utan tvo staði þar sem barn fæddist óvænt). Ef skoðaðar eru skýrslur sem sýna tölur lengra aftur í tímann eða til ársins 1997 má sjá að þá voru fæðingarstaðir 17 á landinu, samanborið við átta árið 2013 og ef lítið er á tölur frá Norðurlandi má sjá að á Sauðárkróki fæddust 44 börn árið 1997 og á Húsavík 43 börn (velferðarráðuneytið, 2012). Í dag eru hins vegar ekki áætlaðar fæðingar á þessum stöðum

(Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2014). Vegna breytinga á umsvifi barneignarþjónustunnar á Norðurlandi síðastliðin ár hefur þjónustan fæst að miklu leyti til fæðingardeildarinnar á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Rúmlega þriðjungur kvenna sem fæða barn sitt á Akureyri eru búsettar á staðnum en aðrar þurfa að keyra mislangar vegalengdir. Til að mynda er fjarlægðin frá Þórshöfn til Akureyrar um 235 kílómetrar. Yfir vetrartímann þekkist það að konur þurfi að koma til Akureyrar einhverjum dögum fyrir settan dag og bíða eftir því að fara af stað í fæðingu. Þetta getur haft í för mikið sér töluverða röskun á lífi þeirra og fjölskyldu. Mikið óryggi getur einnig fylgt þessari óvissu og ferðalögum þar sem erfitt er að vita hvenær rétti tíminn sé til að leggja af stað (Guðlaug Einarsdóttir o.fl., 2010). Anna María Oddsdóttir kom inn á þennan þátt í viðtalinu sem tekið var við hana. Hún greinir frá upplifun sinni af ósætti margra kvenna við að geta ekki fætt í sinni heimabyggð, þá sérstaklega fjölbyrjur sem hafa fætt eðlilega áður. Hún skynjar mikið óryggi hjá foreldrum, annars vegar að ekki sé starfandi ljósmóðir á vakt í þeirra heimabyggð og að þurfa að keyra langar vegalengdir, til dæmis ef kona er í fæðingu. Hún segist finna þetta sérstaklega yfir vetrartímann þegar ekki er alltaf hægt að treysta á veður og færð og heiðin sem þarf að fara yfir er jafnvel lokuð. Þetta eru meðal annars ástæður fyrir því að mikilvægt sé að viðhalda ljósmóðurþjónustu í heimabyggð fyrir öryggi móður og barns.

Heilbrigðisstofnun Norðurlands sinnir heilsugæsluþjónustu, sjúkrahúsþjónustu og öldrunarþjónustu en sameining heilbrigðisstofnana á Norðurlandi (annarra en Sjúkrahússins á Akureyri og nokkur hjúkrunar- og dvalarheimili) átti sér stað í október 2014. Þær stofnanir sem tilheyra nú Heilbrigðisstofnun Norðurlands eru Heilbrigðisstofnun Þingeyinga á Húsavík, Heilsugæslan á Akureyri,



Útsýnið af fæðingardeildinni.

Heilsugæslan á Dalvík, Heilbrigðisstofnunin á Sauðárkróki, Heilbrigðisstofnunin á Blönduósi og Fjallabyggð. Flatarmál þessa þjónustusvæðis er stórt og nær frá Blönduósi í vestri til Þórsafnar í austri og á þessu svæði búa um 35.000 manns og eru starfsmenn 500. Ljós-mæðraþjónusta er í boði á öllum starfstöðum, sú þjónusta er unnin í samvinnu við heimilislækna og fæðingarlækna á sjúkrahúsinu á Akureyri, ef þörf er á (Heilbrigðisstofnun Norðurlands, e.d.).

Mikilvægi ljósmóðurþjónustu og öryggi

Fæðingarstöðum hefur einnig fækkað í öðrum vestrænum löndum. Í Kanada hefur síðustu 15 ár orðið fækkun á þjónustustöðum innan barneignarþjónustunnar og má þar nefna að í British Columbia hefur 20 sjúkrahúsum verið lokað frá því árinu 2000. Hinar ýmsu ástæður liggja þar að baki, til að mynda hefur verið erfitt að fá fagfólk til að starfa á slíkum stöðum og áhyggjur hafa verið af slæmri útkomu þjónustunnar, bæði fyrir móður og barn (Grybowski o.fl., 2015). Lokanir sjúkrahúsa og þar með skerðing á barneignarþjónustunni hafa einnig orðið annars staðar en í Kanada, má þar nefna Skotland, Ástralíu, Bandaríkin, Nýja-Sjáland og Norður-Evrópu. Þessi þróun hefur leitt til þess að flestar fæðingarnar fara fram á hátæknisjúkrahúsum í þéttbýli (Harris o.fl., 2011; Kornelsen og Grzybowski, 2006).

Rannsóknir sína að konur upplifa óöryggi og álag við að hafa ekki ljósmæður í sinni heimabyggð. Þær þurfa gjarnan að keyra langar vegalengdir við erfiðar aðstæður bæði landfræðilegar og veðurlega séð. Það getur einnig verið mikill álagsþáttur fyrir þær konur sem eiga börn að þurfa að fara af heimilinu til að sækja barneignarþjónustu annað. Mikill kostnaður getur fylgt því að þurfa að leita eftir barneignarþjónustu langt frá sinni heimabyggð, til dæmis vegna heimilisrekturs utan heimabyggðar og tekjutaps maka. Þessar aðstæður geta haft áhrif á að konur reyna að skipuleggja barneignir út frá árstíma, til að draga úr líkum á að slæmt veður og færð hafi áhrif þegar kemur að fæðingunni (Kornelsen og Grzybowski, 2006).

Grzybowski o.fl. (2015) benda á að stöðva þurfi þessa þróun og snúa við lokun fæðingarstaða og skerðingu á barneignarþjónustunni á landsbyggðinni. Starf ljósmæðra getur verið krefjandi og ákveðin áskorun þar sem fæðingartíðni er lág, þær starfa oft einar og skortur er á aðgengi að fæðingarlækni og skurðstofu. Þrátt fyrir þessar hindranir hafa niðurstöður rannsókna sýnt fram á mikilvægi barn-eignarþjónustunnar á landsbyggðinni fyrir öryggi móður og barns. Auknar líkur eru á fyrirburafæðingu fyrir 37. viku ef ekki er starfandi ljósmóðir í heimabyggð (Grzybowski o.fl., 2015) og hafa rannsóknarniðurstöður einnig sýnt að því lengra sem kona þarf að ferðast á næsta þjónustustað aukast líkurnar á burðarmálsdauða (Stoll og Kornelsen, 2014; Grzybowski o.fl., 2015).

Viðtal við Önnu María

Í viðtali við Önnu María Oddsdóttur, ljósmóður á Sauðárkróki, þar sem fæðingardeild hefur verið lokað síðan árið 2009 komu fram upplýsingar um hvernig hún hefur á fjórum árum skipulagt og byggt upp öflugt, fjölbreytt og útvíkkað starf ljósmóðurinnar. Hún starfar í 90% stöðu sem ljósmóðir. Hún er í húsi á heilbrigðisstofnuninni með fasta viðveru á dagvinnutíma en er svo með bakvaktarsíma til klukkan átta á kvöldin, alla virka daga. Fyrir utan þann tíma þurfa konur að leita á fæðingardeildina á Akureyri. Hún sinnir konum á meðgöngu, allt frá upphafi hennar og þar til konur fara í fæðingu. Hún sér um alla fræðslu, til að mynda foreldrafræðslu og fæðingarfræðslu, og getur gefið konum nála-stungur, til dæmis undirbúningsnálar fyrir fæðingu. Sauðárkrókur er ekki áætlaður fæðingarstaður í dag og flestar velja þann kost að



Anna María ljósmóðir á Sauðárkróki.

fæða á Akureyri. Þrátt fyrir það er á sjúkrahúsinu á Sauðárkróki tilbúin fæðingarstofa og barnastofa en Anna María hefur tekið á móti sjö börnum þar frá því hún byrjaði og þremur í heimahúsi. Hún sinnir langflestum konunum í heimaþjónustu í sængurlegu og áfram í ungubarnaverndinni upp að sex vikum og hittir þau svo aftur í tveggja og hálfs ár skoðun. Hún hefur einnig sinnt krabbameinsleit á staðnum. Konur hafa leitað til hennar fyrir þungun og þær sem hafa misst á meðgöngu, þar sem hún segist aðallega veita sálrænan stuðning. Hér er því um öfluga og víðtæka samfellda þjónustu að ræða.

Anna María lýsir gríðarlegu álagi að starfa ein í heimabyggð með lítið sem ekkert bakland og ábyrgðinni við að taka ákvarðanir og meta aðstæður ein. Svo dæmi sé tekið, úrlestur hjartsláttarrita og hvort eigi að senda konu til Akureyrar. Hún nefndi einnig að hún væri gjarnan að hugsa til baka og ígrunda hvort hún hafi gert rétt og tekið réttar ákvarðanir. Hún þarf að treysta algjörlega á sjálfa sig en er í góðu samstarfi við ljósmæður og lækna á Akureyri og hún upplifir jákvæðan og mikinn stuðning frá þeim.

Spurð um framtíðarsýn ljósmæðraþjónustunnar á Sauðárkróki, þá telur Anna María að auka þurfi stöðugildi ljósmæðra og hafa fleiri starfandi ljósmæður á staðnum. Til að sá möguleiki sé fyrir hendi hjá konum í eðlilegri meðgöngu að fæða í heimabyggð þurfi að vera starfandi a.m.k. tvær ljósmæður á staðnum og sólarhringsþjónusta ljósmóður. Hún sér einnig fyrir sér að ungubarnaverndin færist í meira mæli yfir í hendur ljósmæðra þar sem ljósmæður gætu sinnt þeim upp að 12 vikna aldri. Hún telur það vera til dæmis álitalegra og í anda samfelldrar þjónustu að ljósmóðir sem sinnt hefur konu frá upphafi meðgöngunnar leggi fyrir hana Edinborgar þunglyndiskvarðann við 9 vikna aldur barnsins heldur en hjúkrunarfræðingur sem er þá jafnvel að hitta konu og barn í fyrsta sinn. Einnig telur hún ljósmæður vera réttu fagaðilana til að sjá um fræðslu og ráðgjöf unglunga og annarra um kven- og kynheilbrigði og getnaðarvarnir.

Upplifun ljósmæðra af að starfa á landsbyggðinni

Niðurstöður erlendra rannsókna sem fjalla um upplifun ljósmæðra af því að starfa á landsbyggðinni eru að mörgu leyti í samræmi við upplifun Önnu Mariu ljósmóður á Sauðárkróki. Ljósmæður sem starfa út á landsbyggðinni þurfa að búa að víðtækri þekkingu og færni, þær þurfa að vera sveigjanlegar, sjálfstæðar og treysta á sjálfa sig. Þær lýsa miklu álagi af því að starfa á landsbyggðinni (Yates, Kelly, Lindsay og Usher, 2013; Harris, o.fl., 2011). Einnig fylgir því mikil ábyrgð að þurfa að framkvæma áhættumat, taka ákvarðanir og standa við þær. Mikilvægt er að ljósmæður hafi landfræðilega þekkingu á svæðinu þegar kemur að því að taka þurfi ákvarðanir, til að mynda vegna álagstíma í umferðinni sem og veðurfars. Ljósmæður lýsa tilfinningum sínum þannig að þær óttast að gera mistök og missa líf, starfinu fylgja oft áhyggjur af því hvernig þær tókust á við tilfellið, hvort þær hafi gert rétt (Harris o.fl., 2011). Ljósmæður sakna þess, þegar þær starfa einar, að hafa einhvern til að ræða hlutina við og fá annað álit, til dæmis við úrlestur rita. Íslenskar ljósmæður sem starfað hafa á landsbyggðinni fjalla einnig um erfiðar aðstæður og álagið sem getur fylgt því að starfa einar á landsbyggðinni þar sem þær þurfa að treysta á sjálfa sig. Þetta kom meðal annars fram í rannsókn Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) en hún skoðaði fæðingarsögur ljósmæðra á Íslandi frá miðri síðustu öld til okkar daga og til að skilgreina hvaða hugmyndafræði og þekking liggur að baki störfum þeirra. Ljósmæður sem unnið hafa í fjölda ára einar á landsbyggðinni sögðust stundum hafa leitað til eins einhvers konar Guðs, eða notað sjötta skilningarvitið, sína innri ljósmóðurþekkingu í gagnkvæmu sambandi við konuna, sem veitti þeim sjálfstraust og þá hafi þær þrátt fyrir allt ekki verið einar í starfi heldur með konunni.

Neikvætt viðmót ljósmæðra sem starfa á herra þjónustustigi í þéttbýli á sjúkrahúsum var eitt af því sem fram kom í frásögn ljósmæðra í rannsókn Harris o.fl. (2011) sem framkvæmd var í Skotlandi. Ljósmæður töldu að þeim sé ekki alltaf sýndur nægi-

legur skilningur á þeirra aðstæðum og að ekki væri borin virðing fyrir þeirra færni og áhættumati með tilliti til flutnings kvenna á herra þjónustustig. Jafnframt töldu þær mikilvægt að hafa gott aðgengi að hjálfun á stærri þjónustustöðum til að geta brugðist rétt við í sinni heimabyggð ef óvænt fæðing yrði og til að viðhalda menntun sinni og færni í fæðingarhjálp, bráðaðþjónustu og endurlifun nýbura. Það er áberandi í niðurstöðum rannsókna að erfitt reynist víða að manna stöður fagfólks úti á landsbyggðinni (Yates, Kelly, Lindsay og Usher, 2013; Harris, o.fl., 2011).



Heiður að skoða nýbura.

LOKAORÐ

Rannsóknir sýna meðal annars að það eykur öryggi bæði móður og barns að starfandi sé ljósmóðir í heimabyggð og að útkoma og upplifun kvenna af bæði meðgöngu og fæðingu er jákvæðari. Þörf er á frekari rannsóknum á þróun starfsviðs landsbyggðarljósmæðra í ákveðnum þjónustukjörnum, þverfræðilegar samvinnu og útkomu þjónustunnar. Mikilvægt er að nýta betur þekkingu ljósmæðra og víkka starfsvið þeirra og auka samfellda þjónustu frá því fyrir þungun, í gegnum barneignarferlið og fylgja konu og fjölskyldu hennar lengur í ung- og smábarnavernd, sinna kynheilbrigði og aukinni fræðslu um getnaðarvarnir og kynheilbrigði almennt. Þjónusta ljósmæðra á landsbyggðinni er fjölbreytt og mikilvæg, bæði vegna öryggis, ánægju og líðan móður og barns og fjölskyldunnar.

Ef kona fær ekki ljósmæðraþjónustu í sinni heimabyggð getur það reynst henni og fjölskyldu hennar töluvert álag og einnig kostnaðarsamt að þurfa að leita annað. Ljósmæður þurfa víðtæka þekkingu og færni til að geta starfað á landsbyggðinni, þær þurfa að vera sveigjanlegar, sjálfstæðar og treysta á sjálfa sig. Rannsóknir sýna einnig að erfitt virðist vera að manna ljósmæðrastöður á landsbyggðinni. Skoða þarf ástæður þess og vekja áhuga ljósmæðra á að starfa þar.

Með sameiningu heilbrigðisstofnana á Norðurlandi er tækifæri til að samræma þá þjónustu sem í boði er á þeim stöðum sem ljósmæður starfa og má þar taka starf ljósmóður á Sauðárkróki til fyrirmyndar. Við Anna María töluðum um að á stöðum eins og Sauðárkróki og Húsavík þyrftu að vera starfandi a.m.k. tvær ljósmæður sem skipta með sér vöktum þannig að í boði verði samfelld þjónusta ljósmæðra allan sólarhringinn fyrir þær konur sem búa þar og í nágrenninu. Þá væri hægt að bjóða konum í eðlilegri meðgöngu upp á að fæða í heimabyggð en rannsóknir telja val á slíkum fæðingarstað vera öruggan þegar hann er í umsjá ljósmæðra. Í klínískum leiðbeiningum NICE frá Bretlandi (2014) er heilbrigðum konum í eðlilegri meðgöngu og fæðingu ráðlagt að fæða á slíkum ljósmæðrareknum einingum sem hér á landi falla undir fæðingarstað D samkvæmt leiðbeiningum um val á fæðingarstað frá embætti landlæknis (2007). Með því að efla ljósmæðraein-



Anna María með nýbura.

ingar út um land væri hægt að auka samstarf þeirra á milli og innan heilbrigðisstofnana eins og á Norðurlandi. Meiri líkur eru þá á jákvæðri upplifun ljósmæðra, en eins og áður hefur komið fram upplifa þær mikið álag við að starfa einar og oft sakna þær þess að starfa í hóp og að geta borið tilfelli undir samstarfsaðila.

Eftir nám mitt í ljósmóðurfraði, þar sem ég tók stóran hluta verknámsins á Akureyri og fór í dagsheimsóknir á Húsavík og Sauðárkrók, og eftir vinnslu þessa verkefnis er mér enn frekar ljóst hversu fjölbreytt, áhugaverð og mikilvæg ljósmæðraþjónusta á

landsbyggðinni er. Ég varð heilluð af starfi landsbyggðarljósmóð-urinnar. Mér þykir starfið spennandi og tel það búa yfir mörgum kostum, jafnframt er ég fullviss um að starfið geti oft á tíðum verið krefjandi og erfið. Vonandi mun ég fá tækifæri til að starfa á minni stað úti á landi sem ljósmóðir. Með skrifum mínum vonast ég til að hafa vakið áhuga ljósmæðra á að starfa út á landi, því það starf þarf að efla og varðveita.

HEIMILDASKRÁ

- Embætti landlæknis. (2007). *Leiðbeiningar um val á fæðingarstað*. Sótt 12. apríl 2016 af: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2818/3304.pdf>
- Guðlaug Einarsdóttir, Helga Sigurðardóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir. (2010). *Barneignarþjónusta á Íslandi 2010: Uppbygging og framtíðarsýn á breytingartímum*. Reykjavík: Ljósmæðrafélag Íslands.
- Grzybowski, S., Fahey, J., Lai, B., Zhang, S., Aelicks, N., Leung, B.M., Attenborough, R. (2015). The safety of Canadian rural maternity services: a multi-jurisdictional cohort analysis. *BMC Health Services Research*, 15. 410-417. DOI: 10.1186/s12913-015-1034-6.
- Harris, F.M., Teijlingen, E., Hundley, V., Farmer, J., Bryers, H., Caldwell, J., Ireland, J., Tucker, J. (2011). The buck stop here: Midwives and maternity care in rural Scotland. *Midwifery*, 27, 301307.
- Heilbrigðisstofnun Norðurlands. Saga. Sótt 1. apríl 2016 af: <http://www.hsn.is/is/um-hsn/sagan>
- Kornelsen, J. og Grzybowski, S. (2006). The reality of resistance: the experience of rural parturient women. *J Midwifery Women's Health*, 51(4), 260–265.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Sótt 20. nóvember 2016 af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). „Lærdómur af fæðingarsögum: Nærvera, tengsl við konur og þekking ljósmæðra“. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritsjórar), *Lausnasteinar: Ljósmóðurfraði og ljósmóðurlist* (bls. 215–239). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson. (2014). Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2013. Reykjavík: Kvinnasvið og Barnasvið – Landspítali.
- Stoll, K. og Kornelsen, J. (2014). Midwifery Care in Rural and Remote British Columbia: A Retrospective cohort study of perinatal outcomes of rural parturient women with a midwife involved in their care, 2003 to 2008. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(1), 60–66.
- Velferðarráðuneytið. (2012). *Sameining heilbrigðisstofnana og ýmissar sérhæfðar heilbrigðisþjónustu*. Sótt 1. apríl 2016 af: https://www.velferdarraduneyti.is/media/Rit_2013/BCG-verkefnahopur5-sameiningendurskipulagning-juni2012.pdf
- Yates, K., Kelly, J., Lindsay, D. og Usher, K. (2013). The experience of rural midwives in dual roles as nurse and midwife: „I'd prefer midwifery but I chose to live here“. *Women and Birth*, 26, 6060.

Kveðja að norðan!
Heiður Sif Heiðarsdóttir



Þetta er engin spurning

Viðbótarlífeyrir er nauðsyn



Tryggir þína framtíð

Allianz 

Tangarleyfi íslenskrar ljósmóður



Dr. Erla Dóris Halldórsdóttir
Sagnfræðingur BA, MA og PhD og
hjúkrunarfræðingur með sérmenntun
í gjörgæsluhjúkrun. Starfar nú sem
sjálfstætt starfandi sagnfræðingur

Það er ekki hlutverk ljósmæðra, að taka barn með tångum, en hitt þurfa þær að bera skyn á, hvenær tangartak geti komið til mála. Svo að þær geti látið nálgast lækni í tíma, ef svo ber undir.¹

Þannig hljóðar texti sem birtist í kennslubók handa ljósmæðrum, *Ljósmóðurfræði*, sem kom út í Reykjavík árið 1923. Höfundur bókarinnar var Kristian Kornelius Hagemann Brandt, prófessor í yfirsetufræðum og kvensjúkdómum við Háskólann í Osló. Í bókinni kemur einnig fram að fæðingartöngin væri eitthvert aðgerðarmesta áhald fæðingarlæknis „til þess að ná burði frá konu um eðlilega fæðingarveginn.“² Þegar *Ljósmóðurfræði* kom út hafði ein ljósmóðir á Íslandi hlotið leyfi landlæknis til að beita fæðingartöng. Tilgangur með þessari grein er að fjalla um fyrstu íslensku ljósmóðurina sem hlaut leyfi til að beita fæðingartöng og einnig verður saga tangarinnar rakin í stuttu máli.

Saga fæðingartangar

Á síðari hluta 16. aldar var fundin upp fæðingartöng af frönskum bartschera, William Chamberlen (1530–1631), sem átti eftir að verða fyrirrennari þeirra gerða tanga sem áttu eftir að koma síðar. Töngin sem hann hannaði var úr járn með tveimur aðskildum blöðum til að krækja um höfuð barnsins, draga það í gegnum fæðingarveginn og ná því lifandi út. Chamberlen og fjölskylda hans gættu hönnun tangarinnar vandlega og þegar farið var með töngina til kvenna í barnsnauð báru tveir einstaklingar þungan kassa á milli sín og inn í húsið. Þar var tjaldað í kringum konuna og barnið dregið út með tönginni án þess að hún sæi til. Fæðingartöng var gerð opinber snemma á 18. öld.

Upp frá því fór fæðingartöng að verða sameign lækna og alls konar tangir komu á markaðinn.³

Á 18. öld voru til margar ólíkar gerðir af fæðingartöngum og unnu margir læknar að því að endurbæta og fullkomna þær. Einn þeirra sem gerði endurbætur á töng á 18. öld var skoskur læknir, William Smellie. Áhugi á hönnun fæðingartangar vaknaði hjá honum þegar hann sjálfur notaði slíkt áhald fyrst árið 1737. Í bók sinni, *A Treatise on the Theory and Practice of Midwifery* frá 1752 segir Smellie að sér hafi þótt sú töng löng og illa formuð þannig að hann átti í erfiðleikum með að stjórna henni af öryggi til að ná góðu taki á höfði barnsins. Rekur Smellie frásögn af því þegar hann fór að starfa sem fæðingarlæknir og var staðráðinn í að fylgja fordæmi annarra fæðingarlækna en eftir að hann sjálfur missti nokkur börn og mæður í fæðingu hóf hann að beita eigin hyggjuviti. Ef ekki var hægt að venda barni í fæðingu var venjan sú að losa um höfuð þess og draga það út með krók. Sagði hann að það vektu ugga meðal fæðandi kvenna, sem tekið höfðu eftir því að þegar leitað var á náðir fæðingarlækna væri úti um móður, barn eða bæði. Af þeim sökum segist Smellie hafa farið að hugleiða að betrumbæta fæðingartöngina. Hann taldi reynsluna hafa sýnt að margt barnið ætti tönginni líf sitt að launa. Smellie notaðist við aflfræðinga og íhugaði hvernig lögmálin um nákvæmar mælingar á ummáli og lögun mjaðmagrindarinnar, lögunina á höfði barnsins og því hvernig eðlilegar fæðingar gengju fyrir sig. Fæðingartöngin sem Smellie hannaði barst til Íslands frá Kaupmannahöfn árið 1784. Skráði Jón Sveinsson landlæknir í bréfabók sína að embættið ætti eina „Smellies tang til barselkonar.“⁴

Árið 1804 fékk embætti landlæknis á Íslandi senda nýja fæðin-

¹ Kr. Brandt, *Ljósmóðurfræði*, bls. 376–377.

² Kr. Brandt, *Ljósmóðurfræði*, bls. 374.

³ Erla Dóris Halldórsdóttir, *Fæðingarhjálp á Íslandi 1760–1880*, bls. 54–55.

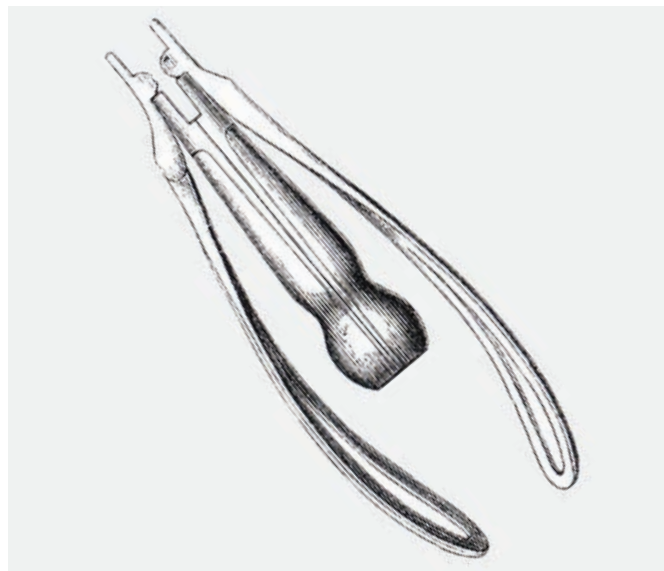
⁴ Erla Dóris Halldórsdóttir, *Fæðingarhjálp á Íslandi 1760–1880*, bls. 56.

gartöng, *Fried's accoucheur tang*.⁵ Þriðja fæðingartöngin barst til Íslands árið 1825. Þá fékk Jón Thorstensen landlæknir senda frá Kaupmannahöfn *Saxtorps accoucher* töng. Töngin var uppfinning Matthíasar Saxtorph, fæðingarlæknis við læknaeild Hafnarháskóla, árið 1791. Þessi fæðingartöng hafði lamir á handföngum þannig að hægt var að beygja tangarblöðin saman þannig að auðvelt var að ferðast með töngina annaðhvort fótgangandi eða á hesti.⁶

Fæðingartöngin tákn um stöðu og mikilvægi

Eitt þeirra læknaáhalda sem ljósmæðrum hefur verið meinað að nota af læknum er fæðingartöng, en hún var mikilvægasta áhaldið sem hægt var að beita í erfiðum fæðingum. Tangirnar voru þó ekki einungis hjálpartæki heldur líka tákn fyrir mikilvægi og stöðu lækna. Í rauninni voru það ekki lög sem bönnuðu ljósmæðrum að notast við fæðingartöng heldur voru það óskráðar reglur, settar af landlækni. Fyrsta kennslubókin þar sem orðið fæðingartöng kemur fyrir er bókin *Stutt ágrip af yfirsetukvennafræðum* frá árinu 1789. Þar kemur fram að ef móðirin er „máttvana orðin til að fullkomna fæðinguna“ skyldi ljósmóðirin láta sækja lækni til að draga barnið út með töng.⁷ Á þessum tíma var aðeins til ein fæðingartöng í landinu, eins og áður hefur komið fram, og var geymd á heimili Jóns Sveinssonar, landlæknis í Nesi við Seltjörn.⁸

Fæðingartöng hefur verið sumum fræðimönnum þynir í augum og telja fræðimenn eins og Datha Clapper Brack, Jane B. Donegan og fleiri að á 18. öld þegar læknar hófu að beita fæðingartöngum í fæðingum hafi ljósmæðrastarfið sem var í höndum kvenna runnið úr greipum þeirra og í hendur læknanna.⁹ Sá óvenjulegi atburður gerðist í Svíþjóð árið 1829, að lærðum ljósmæðrum var leyft að nota fæðingartöngir við erfiðar fæðingar. Sænskur prófessor við Karolinska institutet í Stokkhólmi og kennari ljósmæðra, Pehr Gustaf Cederschiöld, kom því til leiðar að ljósmæður fengu leyfi sænska heilbrigðisráðsins til að beita fæðingartöngum í erfiðum fæðingum og tryggja þannig farsæla fæðingu. Hinn 2. mars 1829 gekk fyrsta sænska ljósmóðirin, Anna Svensdotter frá Järnasökn í Kopparbergslän, undir „instrumentexamen“ hjá Cederschiöld, meðal annars í beitingu á fæðingartöng. Teljast sænskar ljósmæður þær fyrstu í heiminum sem veitt var leyfi til að nota fæðingartöngir að



Fæðingartöng Saxtorph's.

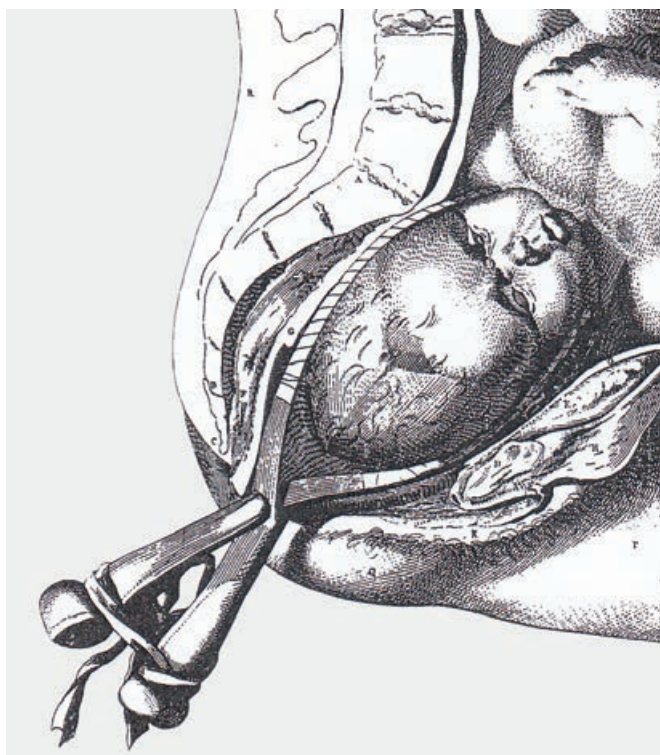
⁵ Þí. Skjalasafn landlæknis A, 3. Bréfabók 1804–1819, bls. 10; Kristinn Magnússon, „Læknigaminjar. Læknirar frá elstu tímum til 19. aldar“, bls. 94.

⁶ Erla Dóris Halldórsdóttir, *Fæðingarhjálp á Íslandi 1760–1880*, bls. 55–56.

⁷ Saxtorph, Matthias, *Stutt ágrip af yfirsetukvennafræðum*, bls. 110, 233.

⁸ Erla Dóris Halldórsdóttir, *Fæðingarhjálp á Íslandi 1760–1880*, bls. 56.

⁹ Datha Clapper Brack, „Displaced-The Midwife by the Male Physician“, bls. 88; Adrian Wilson, *The Making of Man-midwifery*, bls. 3, Lyle Massey „Pregnancy and Pathology: Picturing Childbirth in Eighteenth-Century Obstetric Atlases“, bls. 73; Jane B. Donegan, *Women & Men Midwives: Medicine, Morality, and Misogyny in Early America*, bls. 4.



Smellies töng úr stáli.

undangengnu sérstöku prófi hjá lækni.¹⁰ Sænski sagnfræðingurinn Christina Romlid telur að leyfið hafi sænskar ljósmæður fengið frá embættismönnum sænska heilbrigðisráðsins vegna skorts á læknum til sveita. Í raun stóð það ráð á brauðfötum vegna þessa ástands. Til að efla vald sitt og útbreiða heilbrigðisvísindi beittu þeir ljósmæðrum sem vopni og má segja að ráðið hafi aukið vald sitt með hjálp þessara kvenna. Finniskum ljósmæðrum var einnig leyft að beita fæðingartöngum eftir að þær höfðu gengist undir nám og lokið prófi, en það gerðist fyrst árið 1879.¹¹ Mjög líklegt er að Ísland sé þriðja landið sem leyfði ljósmóður að beita fæðingartöng en það leyfi var aðeins bundið við eitt ákveðið ljósmóðurumdæmi, Hofshreppi í Öræfum árið 1910.¹²

Tvær ljósmæður óska eftir því að fá að beita fæðingartöngum

Árið 1910 fékk íslensk ljósmóðir leyfi landlæknis hér á landi til að beita fæðingartöng. Ekki fór hún sjálf fram á það leyfi eins og tvær íslenskar ljósmæður höfðu gert á 19. öld og var báðum synjað. Önnur þeirra var Helga Egilsdóttir sem lauk ljósmóðurprófi frá *Jordemodernskolen* í Kaupmannahöfn 1. maí 1854. Þegar Helga kom aftur til Íslands sama ár settist hún að á Akureyri og varð ljósmóðir þar. Helga sótti um leyfið 1865. Hin konan sem sótti um tangarleyfi var Þórunn Gísladóttir árið 1872.

Helga Egilsdóttir, ljósmóðir á Akureyri, skrifaði Jóni Hjalta-lín landlækni bréf 18. febrúar 1865 þar sem hún fór fram á að sér yrði veitt lækisleyfi til að mega nota fæðingartöng í sérhverju því tilfelli sem henni virtist fæðing með engu móti geta gengið fyrir sig án tangarinnar. Í bréfinu kom fram að hún hafði setið yfir konum í barnsnauð og látið sækja lækni til að ná barninu með fæðingartöng. Þegar læknirinn hafi svo komið hafi barnið stundum verið fætt en stundum hafi læknirinn þurft að nota töngina.¹³ Með bréfi Helgu til landlæknis fylgdi annað frá Jóni Finsen, héraðslækni á Akureyri,

¹⁰ Christina Romlid, *Makt, motstånd och förändring: Vårdens historia speglad genom det svenska barnmorskeväsendet 1663–1908*, bls. 208–211; Lisa Öberg, *Barnmorskan och läkare. Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870–1920*, bls. 149.

¹¹ Christina Romlid, *Makt, motstånd och förändring*, bls. 208–211.

¹² Þí. Skjalasafn landlæknis C, 58. Bréf til landlæknis. Yfirsetukonur 1906–1911.

¹³ DRA. 2183 B. Danmarks Jordemodernskole, København. Protokol, Jordemoderud-dannelsens historie, „Jordemoderkommissionen“, færdiguddannede jordemødre 1739–1982, bls. 316; Sjá um Helgu Egilsdóttir í *Ljósmæður á Íslandi I*. bindi, bls. 260–261.



Guðrún Aradóttir Ljósmodir.

sem lagði til að lærðum ljósmæðrum hér á landi yrði kennt að beita fæðingartöng við fæðingar, þegar og þar sem ekki væri mögulegt að ná til lækis alveg eins og þeim væri leyft að snúa burði ef nauðsyn krefði áður en lækinn kæmi.¹⁴ Helga fékk ekki leyfi landlækis til að beita fæðingartöng með þeim rökum að þar sem það tíðkaðist ekki í Danmörku að ljósmæður notuðu fæðingartöngir gæti hann ekki heimilað henni það. Hin ljósmóðirin sem fór fram á að fá leyfi til að beita fæðingartöngum í fæðingum var Þórunn Gísladóttir, ljósmóðir í Vestur-Skaftafellssýslu. Þórunn hafði gengist undir ljósmóðurpróf hjá Þorgrími Johnsen, héraðslækni í austurhéraði Suðurlandsins, vorið 1870.¹⁵

Þórunn hafði leitað til séra Páls Pálssonar á Prestbakka og hann skrifaði bréf til Hilmars Finsen stiftamtmanns 29. nóvember 1872, þar sem hann fór fram á að Þorgrímur Johnsen héraðslæknir veitti Þórunni leyfi til að viðhafa fæðingartöngir og að „henni yrði þær útvegaðar.“¹⁶ Í svarbréfi Jóns Hjaltaíns til Hilmars Finsens, dagsett 18. mars 1873, kom þetta fram:

Eins og það er alveg óviðvanalegt að ljósmæðrum í Danmörku, sé trúað fyrir að viðhafa tangir; eins veit ég eigi til að neinni af þeim íslensku ljósmæðrum, er lært hafa á stiptuninni, hafi verið kennt að viðhafa þetta verkfæri, og þar af sýnist leiða að löggjöfin hafi enn ei ætlast til að þeim væri fengið það í hendi, jafnvel þó ég hafi heyrt af slíkt eigi sér stað í Svíþjóð, og að það, undir ýmsum kringumstæðum, jafnvel gæti átt sér stað hér á landi.¹⁷

Kom enn fremur fram hjá Jóni að mörgum ungum ljósmæðrum hætti til að vilja flýta fæðingunni hjá þeim sem fæddu í fyrsta sinn. Jón líkti fæðingartöng við „tvíeggjað sverð“, því hún væri bæði nauðsynlegt verkfæri en gæti einnig valdið hinum fæðandi konum

miklum skaða ef þær lentu í höndum óæfðra. Þær ljósmæður sem lærðu hjá héraðslæknum fengu ekki aðra verklega þjálfun í fæðingarhjálp en á mjaðmagrindarlíkinu og af þeim sökum taldi Jón þær ekki geta metið þær aðstæður hvenær nota skuli töngina í fæðingarhjálpinni. Í lok bréfsins sagðist Jón vonast til þess að Skaftafellssýsla fengi sinn eigin héraðslækni og baðst undan að veita Þórunni leyfi til að notast við fæðingartöng.¹⁸ Afstaða landlækis að veita ekki lærðum ljósmæðrum leyfi til að notast við fæðingartöng var í takt við það sem Anne Witz félagsfræðingur kallar „discursive strategy“ eða útilokunarorðræðu, þ.e. þegar karlastéttir reyna að koma á verkaskiptingu við kvennastéttir með kynjaðri orðræðu eins og þegar landlæknir í þessu tilviki notar svo karlmannlegt myndmál að líkja fæðingartönginni við „tvíeggjað sverð.“¹⁹

Guðrún Aradóttir fyrst íslenskra ljósmæðra sem fær leyfi til að beita fæðingartöng

Á ferð um Hofshrepp (Öræfi) í Austur-Skaftafellssýslu sumarið 1909 færðu Öræfingar í tal við Guðmund Björnsson landlækni vandræði sín „ef hjálpar þyrfti handa konu í barnsnauð“, þar sem það gat tekið tvær dagleiðir á hesti að ná í lækni umdæmisins. Hofshreppur eða Öræfi, eins og hreppurinn var einnig nefndur, náði frá Jökulsá á Fjöllum að Gígjukvísl. Hofshreppur var mjög afskekktur vegna jökulvatna. Engar brýr voru þá eins og nú og allar ferðir manna á landi voru á hestum eða fótgangandi. Á Guðmundur að hafa svarað Öræfingum á þá leið að ef hreppurinn útvegaði efnilega konu í ljósmóðurnám myndi hann kenna henni að nota fæðingartöng.²⁰

Í bók Arnþórs Gunnarssonar, *Saga Hafnar í Hornafirði*, kemur fram að Austur-Skaftafellingar áttu og eiga enn mikið undir duttlungum Vatnajökuls að etja.²¹ Læknaumdæmið, Hornafjarðarlæknishérað, náði yfir alla hreppi í Austur-Skaftafellssýslu og var erfitt yfirferðar. Fyrir lækna í þessu umdæmi voru ferðir í Hofshrepp þar sem Guðrún Aradóttir bjó erfiðastar og tímafrekastar vegna straumharðra áa sem þeir þurftu að fara yfir. Hinn 1. nóvember 1905 var Þorvaldur Pálsson settur lækni í Hornafjarðarhéraði. Hann settist að á Höfn í Hornafirði. Talsvert los virðist hafa verið á Þorvaldi því hann dvaldi langtíðum erlendis. Hornfirðingar undu þessu ástandi illa og kvörtuðu sáran við Guðmund Björnsson landlækni en þótt „landlæknir ávítti Þorvald hélt hann áfram að vanrækja skyldur sínar.“²²

Árið 1909 völdu Öræfingar Guðrúnu Aradóttur 26 ára til ljósmóðurnáms. Guðrún var ógift og bjó á Fagurhólsmýri með foreldrum sínum, Ara Hálfðánarsyni hreppstjóra og Guðrúnu Sigurðardóttur húsfreyju. Haustið 1909 er Guðrún komin í ljósmóðurnám við Yfirsetukvennaskólann í Reykjavík eins og fram kemur í bréfi sem faðir hennar, Ari, skrifaði til Magnúsar Bjarnasonar, prófests á Prestbakka. Í bréfinu segist Ari hafa ferðast til Reykjavíkur og heimsótt dóttur sína. Hann upplýsir prest einnig að Guðrún dóttir hans leigi eitt herbergi á efsta lofti á Smiðjustíg 6. Það séu 11 konur í ljósmæðranámi og kenni Guðmundur landlæknir þeim. Enn fremur segir Ari að Guðrún fylgi ljósmóður Reykjavíkur til fæðandi kvenna í bænum. Fyrsta fæðing sem Guðrún var viðstödd gekk illa en að lækarnir tveir, þeir „Guðmundur Hannesson og Sigurður Magnússon urðu að svæfa konuna til að snúa barninu, er náðist andvana og konan dó litlu síðar. Gunnar var tvisvar sendur á apótekið eftir meðulum meðan á þessu stóð og var konan liðin þegar hún kom í seinna skiptið með meðölin. Síðan hefur allt gengið vel.“²³

Guðrún lauk ljósmæðraprófi 31. mars árið 1910. Þá hafði hún verið við nám í ½ ár. Að því loknu veitti Guðmundur henni leiðsögn í því að nota fæðingartöng. Í bréfi sem Guðmundur skrifaði stjórnarráðinu um nauðsyn þess að leyfa ljósmóður í Hofshreppi að beita

¹⁸ Þf. Skjalasafn landlækis A, 16. Bréfabók 1869–1877, bls. 166.

¹⁹ Anne Witz, *Professions and Patriarchy*, bls. 169.

²⁰ Þf. Skjalasafn landlækis C, 58. Bréf til landlækis. Yfirsetukonur 1906–1911, örk yfirsetukonur 1910. Bréf Guðmundar Björnssonar landlækis til stjórnarráðsins, dagsett 29. júlí 1910.

²¹ Arnþór Gunnarsson, *Saga Hafnar í Hornafirði: Aðdragandi búsetu og frumbylisár I*. bindi, bls. 11.

²² Árið 1912 fengu Austur-Skaftafellingar nýjan lækni þegar Henrik Erlendsson flutti til Hafnar í Hornafirði. Arnþór Gunnarsson, *Saga Hafnar í Hornafirði I*. bindi, bls. 312.

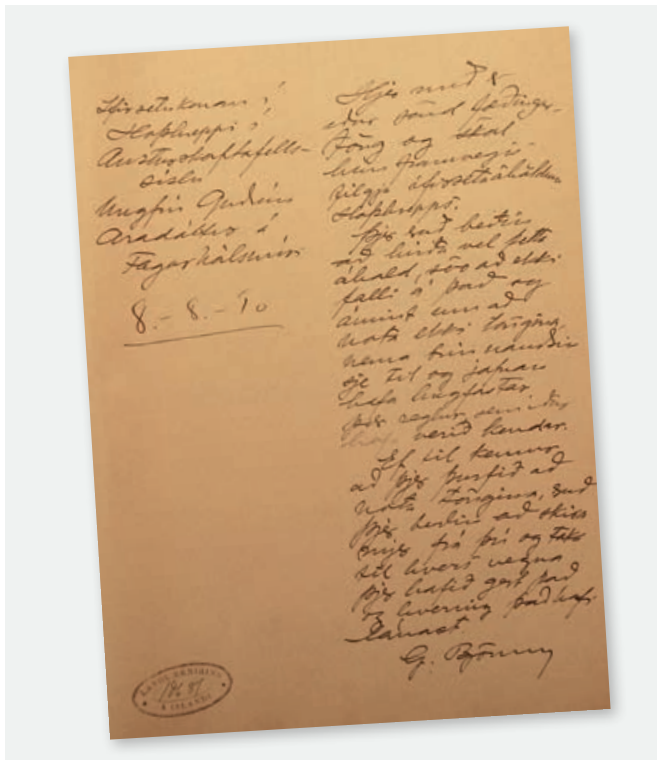
²³ Lbs. *Handritadeild* Lbs. 3445 4to.

¹⁴ Þf. Skjalasafn landlækis D, 6. Ársskýrslur lækna 1858–1865. Ársskýrslur lækna 1865. Bréf Jóns Finsens héraðslækis, dagsett 15. febrúar 1865.

¹⁵ Sjá um Þórunni Gísladóttur í *Ljósmæður á Íslandi I*. bindi, bls. 681–682.

¹⁶ Þf. Skjalasafn landlækis A, 16. Bréfabók 1869–1877, bls. 166.

¹⁷ Þf. Skjalasafn landlækis A, 16. Bréfabók 1869–1877, bls. 166.



Bréf landlæknis til Guðrúnar Aradóttur ljósmóðir:

fæðingartöng sagði að Guðrún væri „mjög greind og ráðsett stúlka og vel að sér; trúi ég henni vel fyrir tönginni.“²⁴

Hinn 4. ágúst 1910 féllst stjórnarráðið á tillöguna og veitti samþykki „til að fæðingartöng megi eftirleiðis fylgja ljósmæðraáhöldum í Hofshreppi (Öræfum) í Austur-Skaftafellssýslu.“²⁵ Fjórum dögum síðar sendi landlæknir fæðingartöng ásamt bréfi stíluðu á ungfrú Guðrúnu Aradóttur á Fagurhólsmýri:

*Hjer með er yður send fæðingatöng og skal hún fylgja framvegis yfirsetukvennaáhöldum Hofshrepps. Þjer eruð beðin að hirða vel þetta áhald, svo að ekki falli á það og áminnt um að nota ekki töngina nema brýn nauðsyn sje til og jafnan hafa hugfastar þær reglur sem yður hafa verið kenndar. Ef til kemur að þjer þurfið að nota töngina, eruð þjer beðin að skýra mér frá því og taka til hvers vegna þjer hafið gert það og hvernig það hafi lánast.*²⁶

Þessi heimild telst merkileg fyrir þær sakir að ljósmóður var leyft að beita læknaáhaldi sem læknar höfðu einokað. Engum öðrum ljósmæðrum á Íslandi var leyft að notast við fæðingartöng. Engin tilviljun réði því að ljósmóðir fékk leyfi til að beita fæðingar-

²⁴ ÞÍ. Skjalasafn landlæknis C, 58. Bréf til landlæknis. Yfirsetukonur 1906–1911, örk yfirsetukonur 1910. Bréf Guðmundar Björnssonar landlæknis til stjórnarráðsins, dagsett 29. júlí 1910.

²⁵ ÞÍ. Skjalasafn landlæknis C, 58. Bréf til landlæknis. Yfirsetukonur 1906–1911, örk yfirsetukonur 1910. Bréf frá Stjórnarráði Íslands til landlæknis, dagsett 4. ágúst 1910.

²⁶ ÞÍ. Skjalasafn landlæknis C, 58. Bréf til landlæknis. Yfirsetukonur 1906–1911, örk yfirsetukonur 1910. Bréf Guðmundar Björnssonar landlæknis til Guðrúnar Aradóttur, dagsett 8. ágúst 1910.

töng heldur var það neyðin sem olli því. Töngin fylgdi síðan ljósmæðraumdæmi Hofshrepps í Öræfum en engar upplýsingar finnast um það hvenær það var aflagt.

Guðrún Aradóttir flutti úr Hofshreppi til Djúpavogs árið 1925. Lydí Angelika Pálsdóttir tók við sem ljósmóðir hreppsins árið 1925 og átti eftir að starfa þar til ársins 1960. Engar upplýsingar finnast um það hvort hún hafi fengið kennslu í beitingu fæðingartangar eins og Guðrún. Lydí Angelika lauk ljósmóðurprófi 11. júní 1925. Þegar Lydí Angelika hætti störfum árið 1960 varð Halla Þuríður Gunnarsdóttir ljósmóður Hofshrepps. Hún hafði lokið ljósmæðraprófi frá Ljósmæðraskóla Íslands árið 1958. Ljósmæðraumdæmi Hofshrepps sem sett hafði verið á árið 1877 var lagt niður rúmum hundrað árum síðar. Það gerðist þegar lög um heilbrigðisþjónustu voru sett 1973 og tóku gildi 1. janúar 1974. Þá var landinu skipt í heilsugæsluumdæmi. Heilsugæslustöðin á Höfn tók til starfa árið 1977 og náði starfssvæði stöðvarinnar yfir alla Austur-Skaftafellssýslu.²⁷

HEIMILDASKRÁ:

Óprentaðar heimildir

Handritadeild Landsbókasafns Íslands (Lbs.–Hbs.)

Lbs. 3445 4to.

Rigsarkivet i Kaupmannahöfn (DRA.)

2183 B. Danmarks Jordemoderskole, København. Protokol, Jordemoderuddannelsens historie, „Jordemodercommissionen“, færdiguddannede jordemødre 1739–1982.

Þjóðskjalasafn Íslands (ÞÍ)

Skjalasafn landlæknis A, 3. Bréfabók 1804–1819.

Skjalasafn landlæknis A, 16. Bréfabók 1869–1877.

Skjalasafn landlæknis C, 58. Bréf til landlæknis. Yfirsetukonur 1906–1911.

Skjalasafn landlæknis D, 6. Ársskýrslur lækna 1858–1865. Ársskýrslur lækna 1865.

Prentaðar heimildir

Arnþór Gunnarsson, *Saga Hafnar í Hornafirði: Aðdragandi búsetu og frumþýlisár* I. bindi.

Hornafjörður: Hornafjarðarbær, 1997.

Brack, Datha Clapper, „Displaced-The Midwife by the Male Physician“, *Women Look at Biology Looking at Women: A Collection of Feminist Critiques*. Ritstjórar: Ruth Hubbard, Mary Sue Henifin, Barbara Fried. Cambridge: Schenkman Publishing Co, 1979, bls. 82–101.

Brandt, Kr., *Ljósmóðurfræði*. Reykjavík: Bókavarslun Sigfúsar Eymundssonar, 1923.

Donegan, Jane B., *Women & Men Midwives: Medicine, Morality, and Misogyny in Early America*. London: Greenwood Press, 1978.

Erla Dóris Halldórsdóttir, *Fæðingarhjálp á Íslandi 1760–1880*. Reykjavík: Háskóli Íslands, hugvísindasvið, 2016.

Ingibjörg R. Magnúsdóttir, *Heilsugæslustöðvar: Rit heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins 1/1985*.

Kristinn Magnússon, „Lækningaminjar. Lækningar frá elstu tímum til 19. aldar“, *Hluta-velta tímans: Menningararfur á Þjóðminjasafni*. Reykjavík: Þjóðminjasafn Íslands, 2004, bls. 87–95.

Ljósmæður á Íslandi I. bindi. Ritstjóri: Björn Einarssdóttir. Reykjavík: Ljósmæðrafélag Íslands, 1984.

Ljósmæður á Íslandi II. bindi. Reykjavík: Ljósmæðrafélag Íslands, 1984.

Massey, Lyle, „Pregnancy and Pathology: Picturing Childbirth in Eighteenth-Century Obstetric Atlases“. *The Art Bulletin* 87:1 (2005), bls. 73–91.

Romlid, Christina, *Makt, motstånd och förändring: Världens historia speglad genom det svenska barnmorskeväsendet 1663–1908*. Stokkhólmur: Vårdförbundet, 1998.

Saxtorph, Matthias, *Stutt ágríp af yfirsetukvennafræðum*. Íslensk þýðing: Jón Sveinsson. Kaupmannahöfn, 1789.

Wilson, Adrian, *The Making of Man-midwifery: Childbirth in England, 1660–1770*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

Witz, Anne, *Professions and Patriarchy*. London: Routledge, 1992.

Öberg, Lisa, *Barnmorskan och läkare. Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870–1920*. Stokkhólmur: Ordfronts förlag, 1996.

²⁷ Ingibjörg R. Magnúsdóttir, *Heilsugæslustöðvar: Rit heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins 1/1985*, bls. 6, 56; *Ljósmæður á Íslandi* II. bindi, bls. 361.



Árangursmælar á fæðingarvakt



Anna Sigríður Vernharðsdóttir,
yfirljósmóðir fæðingarvaktar Landspítala



Elín Arna Gunnarsdóttir,
ljósmóðir á fæðingarvakt Landspítala

Bakgrunnur

Hinn 1. mars 2014 voru fæðingarhluti Hreiðursins og fæðingardeild Landspítalans sameinuð í eina fæðingardeild, fæðingarvaktina. Ein af þeim áskorunum sem við stóðum frammi fyrir þá var að standa vörð um eðlilegar fæðingar því sá möguleiki er fyrir hendi að vinna ljósmæðra með konum sem hafa áhættuþætti geti litað starfshætti þeirra í vinnu með konum í eðlilegu ferli. Við förum því af stað á þessari nýju deild meðvituð um þessa áhættu og með vilja til að standa vörð um eðlilegar fæðingar. Við vissum að það var mikilvægt að fylgjast stöðugt með árangri okkar og útkomu til að geta fylgst með því hvort við værum að ná markmiðum okkar eða ekki.

Frá árinu 2011 höfum við á Landspítalanum verið í átaksverkefni til að fækka alvarlegum spangarrifum við fæðingar og höfum fylgst náið með útkomunni. Það útheimtir talsverða vinnu að taka saman tölur og birta reglulega og stundum geta annir komið í veg fyrir slíka vinnu og þá er hætt við að fólk sofni á verðinum. Við vissum því að við þyrftum að nýta okkur tæknina til að gera okkur kleift að hafa góðan aðgang að upplýsingum og fylgjast stöðugt með árangri.

Fyrirmyndin

Við höfðum heyrt af svokölluðum rauntímamælum sem voru í notkun á bráðadeild Landspítalans. Rauntímamælarnir höfðu verið þróaðir af starfsmönnum heilbrigðis- og upplýsingatæknideildar í samvinnu við fagfólk og stjórnendur bráðadeildar. Mælar bráðadeildar mæla fyrst og fremst þætti sem tengjast flæði sjúklinga, svo sem biðtíma, fjölda og þess háttar. Þannig eru aðgengilegar áreiðanlegar upplýsingar á hverjum tíma um biðtíma og álag. Notkun rauntímamæla byggir á aðferðafræði straumlínustjórnunar (e. Lean management) sem miðar að því að innleiða öfluga umbótamenn-

ingu sem eykur öryggi sjúklinga, gæði þjónustunnar og minnkar sóun (Páll Matthíasson, 2014). Rauntímamælar bráðadeildar eru fyrirmynd að okkar mælum sem við höfum kosið að kalla árangursmæla. Þeir sýna fyrst og fremst árangur okkar á ákveðnum sviðum sem við höfum valið að fylgjast með. Þeir sýna vissulega nokkurn veginn í rauntíma en vegna eðli upplýsinganna þótti okkur nægjanlegt að láta þá uppfærast einu sinni í viku en ekki á nokkurra mínútna fresti eins og rauntímamælar gera.

Undirbúningur

Elín Arna Gunnarsdóttir ljósmóðir leiddi undirbúningsvinnu fyrir hönd fagfólks fæðingarvaktar og Hulda Guðmundsdóttir var fulltrúi heilbrigðis- og upplýsingatæknideildar. Hulda Hjartardóttir fæðingarlæknir og Anna Sigríður Vernharðsdóttir yfirljósmóðir tóku einnig þátt í undirbúningi. Vinna við mælana hófst í janúar 2014 og markmiðið var að þeir væru tilbúnir 1. mars sama ár. Okkar fyrsta verk var að ákveða hvaða mæla við vildum hafa og skilgreina öll greiningarnúmer á bak við hvern og einn mæli. Forsenda þess að geta fengið upplýsingar inn í árangursmæli er að upplýsingarnar séu skráðar rafrænt. Næsta verkefni var að skilgreina græn, gul og rauð svæði á mælunum. Grænt svæði táknar ákjósanlegan árangur, gult svæði ásættanlegan árangur en rautt svæði óásættanlegan árangur. Þetta reyndist þrautin þyngr og við komumst að því að það var ekki mögulegt að skilgreina þessi svæði fyrir alla mælana, a.m.k. ekki að svo stöddu. Hulda Hjartardóttir og Elín Arna Gunnarsdóttir tóku að sér að skoða fræði og tölur sem mögulega gætu gefið okkur hugmyndir um viðmið um markmið og hvernig við gætum skilgreint græn, gul og rauð svæði. Þannig lögðum við af stað með viðmið sem voru misjafnlega vel rökstudd og misjafn-



Næring á fósturskeiði og fyrstu 24 mánuði ævinnar (1000 dagar) hefur áhrif á vöxt, þroska og heilsu einstaklingsins fram á fullorðinsár.

NMB er traustur og óháður gagnvirkur vefur byggður á nýjustu þekkingu á sviði næringar snemma á lífsleiðinni.

Vissir þú að fjórðungur barnshafandi kvenna fær ekki nóg af næringarefnum sem eru nauðsynleg fyrir fósturþroska og getu barnsins til að læra?

Gunnarsdóttir I o.fl. Læknablaðið 2016;102:378-84

Fróðleikur um mataræði á meðgöngu var gerður aðgengilegur á forsíðu NMB síðastliðið vor með stuðningi Lýðheilsusjóðs Embættis landlæknis.

Einstaklingmiðuð næringarráðgjöf sem byggir á svörum í næringarkönnun NMB verður áfram einungis aðgengileg notendum í áskrift.

Vissir þú að konur yfir kjörþyngd virðast ekki vera í aukinni hættu á að fá meðgöngusykursýki borði þær hollan mat?

Tryggvadóttir EA o.fl. Eur J Clin Nutr 2016;70:237-42

NÝTT Á NMB

STÖK NÆRINGARKÖNNUN sem kostar aðeins 2000 KR.

Það tekur 5-10 mínútur að svara könnuninni.

Konan fær viðeigandi upplýsingar **ef vísbendingar eru um of litla neyslu** næringarefna sem eru mikilvæg fyrir fósturþroska.

Konan fær **einstaklingsmiðaða endurgjöf** um hollustu fæðunnar og hvar hún er stödd miðað við ráðleggingar um neyslu mismunandi fæðuteigunda.

Tafla 1. Árangursmælar fæðingarvaktar

Heiti mælis	Skýring	Greiningar á bak við mæli*				
Belgjarof	Hlutfall belgjarofs í fæðingum sem fara sjálfkrafa af stað.	Fæðingar með aðgerðanúmerið MASC05, útiloka fæðingar með greiningunum O83.8 og O82.0.				
		<table> <tr> <td>Grænt svæði</td><td>Gult svæði</td><td>Rautt svæði</td></tr> <tr> <td>0–11,9%</td><td>12–19,9%</td><td>20–100%</td></tr> </table>	Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði	0–11,9%
Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði				
0–11,9%	12–19,9%	20–100%				
Örvun með Syntocinon®	Hlutfall þeirra sem fá örvun með Syntocinon® í fæðingum sem fara sjálfkrafa af stað.	Fæðingar með aðgerðanúmerið MAXC00, útiloka fæðingar með greiningunum O83.8 og O82.0.				
		<table> <tr> <td>Grænt svæði</td><td>Gult svæði</td><td>Rautt svæði</td></tr> <tr> <td>0–13,9%</td><td>14–17,9%</td><td>18–100%</td></tr> </table>	Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði	0–13,9%
Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði				
0–13,9%	14–17,9%	18–100%				
Útanbastsdeyfingar	Hlutfall þeirra sem fá utanbastsdeyfingu í fæðingu.	Fæðingar með aðgerðanúmerið WAA307, útiloka fæðingar með greiningunni O82.0.				
		Höfum ekki sett viðmið fyrir utanbastsdeyfingar				
Síritun fósturhartsláttar	Hlutfall kvenna sem fer í siríta í fæðingum sem fara sjálfkrafa af stað.	Fæðingar með aðgerðanúmerið MAFA30, útiloka fæðingar með greiningunum O83.8 og O82.0.				
		<table> <tr> <td>Grænt svæði</td><td>Gult svæði</td><td>Rautt svæði</td></tr> <tr> <td>0–57,9%</td><td>58–66,9%</td><td>67–100%</td></tr> </table>	Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði	0–57,9%
Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði				
0–57,9%	58–66,9%	67–100%				
Náttúrulegar fæðingar	Hlutfall náttúrulegra fæðinga.	Fæðingar með greiningarnúmer O80.0, O80.1, O80.8, O80.9. Útiloka greiningu O83.8 og aðgerðarnúmer MASC05, MAXC00, WAA307 og MAXX00.				
		<table> <tr> <td>Grænt svæði</td><td>Gult svæði</td><td>Rautt svæði</td></tr> <tr> <td>35–100%</td><td>30–34,9%</td><td>0–29,9%</td></tr> </table>	Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði	35–100%
Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði				
35–100%	30–34,9%	0–29,9%				
Náttúrulegar fæðingar með utanbastsdeyfingu	Hlutfall náttúrulegra fæðinga með utanbastsdeyfingu.	Fæðingar með greiningarnúmer O80, O80.1, O80.8, O80.9 og aðgerðarnúmer WAA307. Útiloka O83.8. Útiloka aðgerðarnúmer MASC05, MAXC00, MAXX00.				
		Höfum ekki sett viðmið fyrir utanbastsdeyfingar				
Áhaldafæðingar	Hlutfall áhaldafæðinga af öllum fæðingum.	Fæðingar með greiningarnúmerunum O81.0, O81.1, O81.2, O81.3, O81.4, O81.5 sem hlutfall af öllum fæðingum.				
		<table> <tr> <td>Grænt svæði</td><td>Gult svæði</td><td>Rautt svæði</td></tr> <tr> <td>0–7,9%</td><td>8–9,9%</td><td>10–100%</td></tr> </table>	Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði	0–7,9%
Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði				
0–7,9%	8–9,9%	10–100%				
Keisaraskurðir	Hlutfall keisarafæðinga af öllum fæðingum	Fæðingar með greiningarnúmerunum O82.0, O82.1, O82.2, O82.8, O82.9 sem hlutfall af öllum fæðingum.				
		<table> <tr> <td>Grænt svæði</td><td>Gult svæði</td><td>Rautt svæði</td></tr> <tr> <td>0–14,9%</td><td>15–17,9%</td><td>18–100%</td></tr> </table>	Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði	0–14,9%
Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði				
0–14,9%	15–17,9%	18–100%				
Gangsetningar	Hlutfall gangsetninga af öllum fæðingum.	Fæðingar með greiningarnúmerið O83.8 sem hlutfall af öllum fæðingum.				
		<table> <tr> <td>Grænt svæði</td><td>Gult svæði</td><td>Rautt svæði</td></tr> <tr> <td>0–19,9%</td><td>20–24,9%</td><td>25–100%</td></tr> </table>	Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði	0–19,9%
Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði				
0–19,9%	20–24,9%	25–100%				
Alvarlegar spangarrifur	Hlutfall 3 og 4° rífa af fæðingum um leggöng.	Fæðingar með greiningarnúmerin O70.2 eða O70.3, útiloka fæðingar með greiningunum O82, O82.0, O82.1, O82.2, O82.8, O82.9.				
		<table> <tr> <td>Grænt svæði</td><td>Gult svæði</td><td>Rautt svæði</td></tr> <tr> <td>0–2,9%</td><td>3,0–4,9%</td><td>≥5</td></tr> </table>	Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði	0–2,9%
Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði				
0–2,9%	3,0–4,9%	≥5				
Spangarklippingar	Hlutfall spangarklippinga af fæðingum um leggöng.	Fæðingar með aðgerðanúmerinu MAXX00, útiloka fæðingar með O82, O82.0, O82.1, O82.2, O82.8, O82.9.				
		Höfum ekki sett viðmið fyrir spangarklippingar				
Fósturköfnun	Hlutfall barna sem fæðast og fær fósturköfnunargreiningu.	Hlutfall barna sem fæðast og fá greiningarnúmerin P21, P21.0, P21.1, P21.9				
		<table> <tr> <td>Grænt svæði</td><td>Gult svæði</td><td>Rautt svæði</td></tr> <tr> <td>0–1,24%</td><td>1,25–2%</td><td>≥2</td></tr> </table>	Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði	0–1,24%
Grænt svæði	Gult svæði	Rautt svæði				
0–1,24%	1,25–2%	≥2				
Fæðing án fylgikvilla	Hlutfall fæðinga án eftirfarandi fylgikvilla: 3° rífa, 4° rífa, blæðing með fastri fylgju, blæðing vegna atóniu.	Fæðing með greiningarnúmerum O80.0, O80.1, O80.8, O80.9. Útiloka númer O70.2, O70.3, O72.0, O72.1, O36.4. Útiloka aðgerðarnúmer MAXX00, MBSC33. Útiloka börn sem fá Apgar <7 eftir 5 min. og börn sem innskrifast á vökudeild.				
		Höfum ekki sett viðmið fyrir fæðingar án fylgikvilla				

krafa sótt. Út frá þessum mæðraskrár var unnt að skoða hversu oft raunveruleg ábending var til staðar fyrir þessum inngrípum og notuðum við þær tölur til að setja ný viðmið.

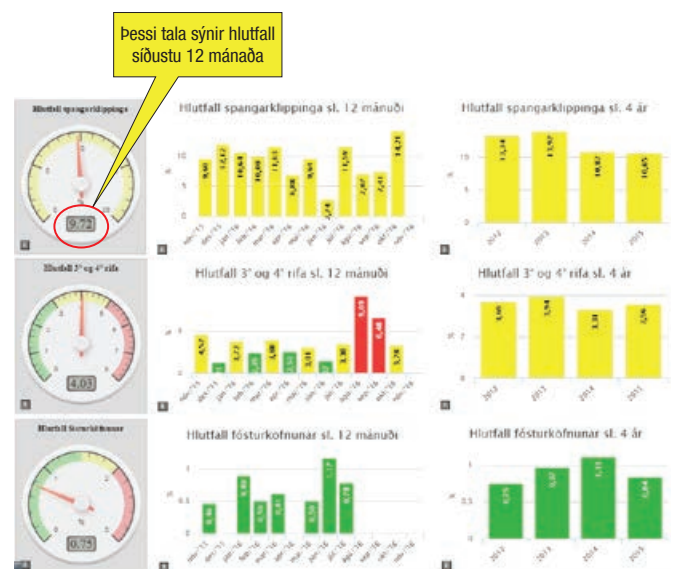
Í töflu 1 má sjá yfirlit yfir árangursmæla fæðingarvaktar, ásamt skýringum, greiningum og viðmiðum. Í töflu 2 er að finna skýringar á greiningarnúmerum. Dæmi um árangursmæla má sjá á meðfylgjandi myndum. Eins og sjá má hefur okkur tekist að standa vörð um eðlilegar fæðingar ef marka má tölur um tíðni belgjarofs, tíðni örvunar með Syntocinon® og tíðni mænurótardeyfinga. Tíðni gangsetninga er hins vegar áhyggjuefni sem þarf að rýna betur í.

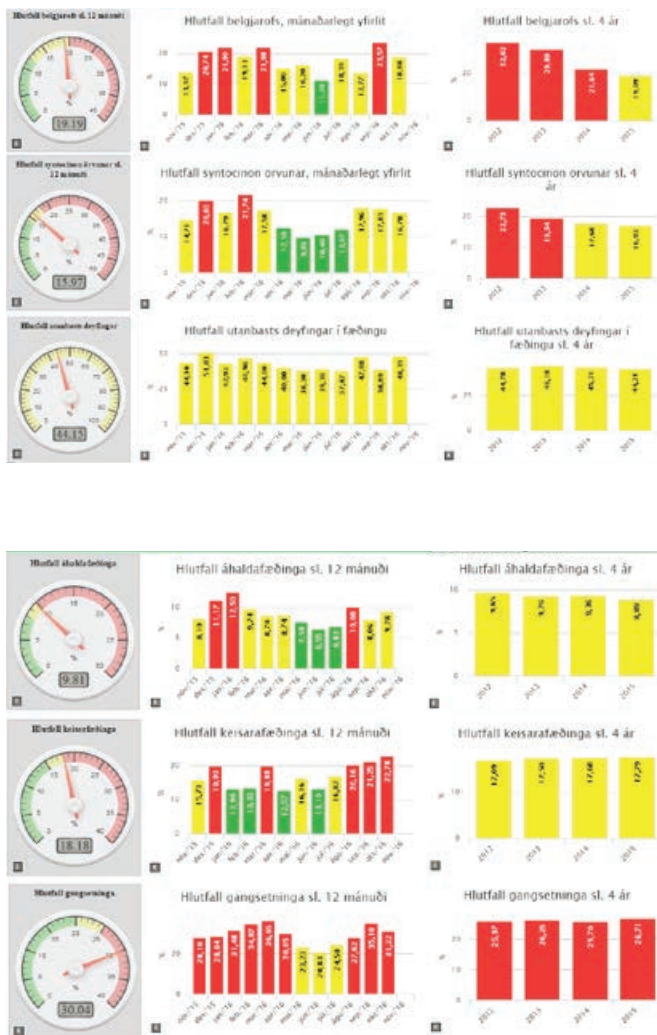
Tafla 2: *Skýring á greiningum

Greiningar-númer	Flokkunar-kerfi	Skýring
P21	ICD-10	Fæðingarköfnun
P21.0	ICD-10	Svæsin fæðingarköfnun
O82.0	ICD-10	Fæðing með valkeisaraskurði
O80.0	ICD-10	Sjálfkrafa fæðing í hvírfilstöðu
O81.0	ICD-10	Fæðing með lágrí töng
O72.1	ICD-10	Önnur blæðing eftir fæðingu (Samdráttarleysi)
P21.1	ICD-10	Væg og miðlungs fæðingarköfnun
O82.1	ICD-10	Fæðing með bráðakeisaraskurði
O80.1	ICD-10	Sjálfkrafa sitjandafæðing
O81.1	ICD-10	Fæðing með miðgrindartöng
O70.2	ICD-10	3° spangarrífa
O82.2	ICD-10	Fæðing með legnámi í keisaraskurði
O81.2	ICD-10	Miðgrindartöng með snúningi
O70.3	ICD-10	4° spangarrífa
O81.3	ICD-10	Önnur og ótilgreind tangarfæðing
O36.4	ICD-10	Mæðrahjálþ vegna dauða fösturs í legi
O81.4	ICD-10	Sogklukkufæðing
O81.5	ICD-10	Fæðing með bæði töng og sogklukku
O83.8	ICD-10	Framköllun fæðingar
O82.8	ICD-10	Önnur einburafæðing með keisaraskurði
O80.8	ICD-10	Sjálfkrafa fæðing í framhöfuð-, ennis- eða andlitsstöðu
P21.9	ICD-10	Fæðingarköfnun, ótilgreind
O82.9	ICD-10	Fæðing með keisaraskurði, ótilgreind
O72.0	ICD-10	Blæðing með fastri fylgju
O80.9	ICD-10	Vatnsfæðing
MASC05	NCSP-IS	Belgjarof í fæðingu
MAXC00	NCSP-IS	Framköllun fæðingar eða örvun með Syntocinon®
WAA307	NCSP-IS	Útanbastsdeyfing í fæðingu
MAFA30	NCSP-IS	Síritun fósturhartsláttar
MAXX00	NCSP-IS	Spangarklipping

lega mikil fræðileg þekking á bak við. Við gerðum okkur grein fyrir því að þessi viðmið ættu eftir að breytast enda eiga þau að vera í stöðugri þróun í takt við nýja þekkingu og þann hóp kvenna sem hjá okkur fæðir. Dæmi um slíka þróun eru viðmið um æskilegt hlutfall keisaraskurða. Um allanlt skeið hefur World Health Organization (WHO) hvatt til þess að halda hlutfalli keisaraskurða innan við 15% en samkvæmt yfirlýsingu þeirra frá 2015 hafa komið fram gögn sem sýna að keisaratiðni sem er hærri en 10% hefur ekki fylgni við fækkun mæðra- eða nýburadauða og því ætti að lækka viðmiðið enn frekar. Í þessari yfirlýsingu er þó lögð áhersla á að mikilvægara sé að framkvæma keisaraskurð hjá þeim konum þar sem ábending er skýr en að einblína bara á ákveðið hlutfall.

Þar sem við höfðum áður sett okkur markmið varðandi alvarlegar spangarrifur voru þau viðmið klár í upphafi. Núverandi viðmið fyrir belgjarof, örvun með Syntocinon og síritun fósturhartsláttar eru byggð á innri úttekt sem gerð var haustið 2015. Þá skoðaði Elín Arna mæðraskrár 263 kvenna sem komu á fæðingarvaktina í sjálf-





Að lokum

Árangursmælarnir eru komnir til að vera og nú gætum við ekki hugsað okkur að vera án þeirra. Daglegar ákvarðanir byggja auðvitað ekki á stöðu þeirra en þeir gefa okkur visbendingu um hvort við séum á réttri leið eða ekki. Árangursmælir sem er stöðugt á rauðu ætti t.d. að vera okkur hvatning til að rýna betur í verklag okkar, nú eða viðmiðin.

HEIMILDIR

Embætti landlæknis (2014) ICD-10 2014 styttri útgáfa. Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála. Skoðað 18. apríl 2016 á <http://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item4273/>

Embætti landlæknis (2014). NCSP-IS 2014. Norræn flokkun aðferða og aðgerða í skurðlækningum. Skoðað 18. apríl 2016 á <http://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item4272/>

Páll Matthíasson (2014). Forstjórastíll 28. janúar 2014. Skoðað 15. apríl 2016 á <http://www.landspitali.is/um-landspitala/spitalinn/skipulag/forstjori/forstjorapistlar/frett/2014/01/28/Forstjorapistill-28-januar-2014/>

World Health Organization (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Skoðað 15. apríl 2016 á http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/



Fæðingarsaga í nánasta umhverfi

Að aðstoða barnshafandi konur í neyð



Edythe Mangindin
ljósmóðurnemi

Við erum heppin sem eigum heima á Íslandi og með fæðingarsögurnar okkar. Við erum heppin að njóta góðrar heilbrigðis- og barneignarþjónustu, vera ríkt hjóðfélag með góðar félagslegar aðstæður og vera með þeim sem hafa lægsta mæðra- og ungbarnadauða í heiminum. Ein ástæða þessa alls er að ljósmæður eru viðstaddar og hjálpa til við allar barnsfæðingar á Íslandi.

Átak á sér stað um að bæta barneignarþjónustu í heiminum, heilbrigðisþjónustu sem á að miðast við þarfir fólks og viðurkennir laga- og mannréttindi, væntingar um virðingu og jafnræði til að fá hágæða örugga umönnun við barnsburð. Í öllum löndum fyrir allar mæður og börn skiptir ljósmóðurfræðin þar sköpum. Auka þarf aðgengi að gæða ljósmæðraþjónustu sem mætir þörfum kvenna og fjölskyldna þeirra. Einnig til að leggja enn meiri áherslu en áður á að ná Þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna 2015, og áfram til 2030, til að útrýma hinum háa mæðra- og ungbarnadauða í heiminum.

Ljósmóðurfræðin skiptir máli, meira en nokkru sinni áður, til að bjarga milljónum kvenna og barna sem deyja við barnsburð. Þetta kemur m.a. fram í skýrslum frá Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni frá 2016, *Midwives' voices, midwives' realities report* og í mikilvægri ritröð sem var gefin út af *Lancet* tímaritinu og fjallaði um ljósmóðurfræði (sjá, www.thelancet.com Vol. 384 27. september, 2014). Alþjóðlegur hópur sérfræðinga í þverfræðilegri samvinnu skoðaði á gagnrýninn hátt störf ljósmæðra og setti fram umönnunarlíkan til að vinna eftir og meta jákvæð áhrif hágæða ljósmæðraþjónustu á heilsu mæðra og barna. Fyrir utan að bjarga lífi þá hefur slík þjónusta í för með sér langtímaávinning sem lýsir sér í bættri heilsu mæðra og barna til frambúðar. Það var einnig mat *Lancet* hópsins að fjárfesting sem veitt er til kennslu og ráðningar ljósmæðra í heilbrigðisþjónustu margborgi sig, á sama hátt, og ekki síður en bólusetningar hafa bjargað lífi og verið hagkvæmar fyrir lýðheilsu hvers samfélags.

Sérfræðihópurinn varar einnig við sjúkdóms- og tæknivæðingu í barneignarferlinu, óþarfa inngripum og auknum fjölda keisaraskurða bæði í fátækum og ríkum löndum með alvarlegum afleiðingum fyrir heilsuna sem og auknum kostnaði. Þó svo mæðra- og barnadauði sé

mestur í þróunarlöndum þar sem innkoma er lág og vöntun á ljósmæðraþjónustu hindrar góða útkomu í barneignarþjónustu, þá er vert að taka fram að ofurtæknivæðing læknisfræðinnar í hinum vestræna heimi getur líka haft alvarlegar afleiðingar fyrir heilsu mæðra, barna þeirra og fjölskyldna.

Áætlað er að ef aðgengi að árangursríkri ljósmæðraþjónustu væri til staðar fyrir allar konur í heiminum, þá væri hægt að koma í veg fyrir mæðra- og barnadauða á næstu 15 árum. Miðað við hógvæðari væntingar, þ.e. að ljósmæðraþjónusta í fleiri löndum myndi fjórfaldast, má gera ráð fyrir að mæðra- og barnadauði í heiminum hafi lækkað um helming árið 2030. Í ljósi þessa er vert að taka undir með Edythe ljósmóðurnema: „Það eru forréttindi að fá að læra ljósmóðurfræði en með því fylgir skuldbinding til þess að gera allt sem í manns valdi stendur til að aðstoða barnshafandi konur í neyð.“

Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
dósent í ljósmóðurfræði

INNGANGUR

Ljósmóðurstarfinu má skipta niður í marga þætti: Fræðilegan þátt og reynslu, mannlegt eðli og ljósmóðurlist. Þetta gerir starf ljósmóður einstakt innan heilbrigðiskerfisins. Nemendur í ljósmóðurfræði afla sér þekkingar í lífeðlisfræði og læknisfræði í gegnum kennslubækur og fræðilegar greinar. Hins vegar nær fæðingarsagan hvað best utan um hugtakið ljósmóðurlist. Í gegnum fæðingarsögur geta nemendur lært hvernig tími, staðsetning, félagslegar aðstæður, menning og trú hafa áhrif á konur og barnsfæðingar.

Tilgangur þessa verkefnis var 1) að taka viðtal um fæðingarsögu og reynslu af barnsfæðingu í nánasta umhverfi og 2) að skilgreina hvaða hugtök eða viðhorf um barneignir endurspeglast í sögunni. Viðtalið var tekið við ömmu mína, sem eignaðist fjögur börn á Filippseyjum á 5. áratug síðustu aldar. Fyrst verður aðstæðum mæðra á Filippseyjum lýst. Síðan verður sagt frá fæðingarsögu ömmu minnar. Að lokum verður rætt um hvernig félagslegar aðstæður, stjórnmöld og skipulag heilbrigðiskerfisins geta skapað ótta og kvíða hjá verðandi mæðrum,

bil í heilbrigðisþjónustu á milli fátækra og ríkra og síðast en ekki síst stórhættulegar afleiðingar fyrir mæður og fjölskyldur.

Bakgrunnur fæðingarsögu

Filippseyjar eru þróunarland með 100 milljónir íbúa og 25 milljónir þeirra eru konur á milli 15 og 49 ára. Félagslegar, fjárhagslegar og landfræðilegar hindranir skapa bil í heilbrigðisþjónustu á milli þeirra fátæku og ríku. Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni er Maternal Mortality Rate (MMR) 120 á hverjar 100.000 fæðingar og dánartíðni mæðra í fæðingu var 3.000 árið 2013 (WHO, 2013). Helstu dánarorsakir mæðra eru ómeðhöndlaður háþrýstingur og blæðing eftir fæðingu. Allt að 83,9% kvenna í æðri stéttinni eignast börn á spítölum í samanburði við 13,0% kvenna í lægstu stéttinni. Læknar, hjúkrunarfræðingar eða ljósmæður eru viðstödd í 94% fæðinga hjá konum í æðri stéttinni, en aðeins 25,7% fæðinga hjá konum í lægstu stéttinni (Romualdez o.fl., 2011). Ófaglærðar yfirsetukonur sinna konum í heima-fæðingu og skortur er á þekkingu og þjálfun sem ýtir undir háa dánartíðni mæðra í fæðingu. Einungis 70% mæðra fá þjónustu eftir fæðingu (Rogan og Olvena, 2004). Rómversk-kaþólska kirkjan er ríkjandi á Filippseyjum og er á móti getnaðarvörnum og föstureyðingum (Þorbjörg Guðmundsdóttir og Vilborg Ingólfssdóttir, 2001). Áratugum saman hefur ríkisstjórnin barist við að lækka dánartíðni mæðra í barnsfæðingum á Filippseyjum, en illa hefur gengið.

Eftirfarandi er fæðingarsaga ömmu minnar sem var 24 ára þegar hún og afi laumuðust til þess að gifta sig. Hún var hárgreiðslukona og afi minn vann sem sölumaður. Þau bjuggu í Manila, höfuðborg Filippseyja, og áttu von á fyrsta barninu árið 1950. Í dag er hún 89 ára og býr í San Francisco, Kaliforníu í Bandaríkjunum. Hún á fjögur uppkomin börn, níu barnabörn og tíu langömmubörn.

Fæðingarsagan

Strax eftir að við laumuðumst á brott varð ég ólétt. Getnaðarvarnir voru ekki til. Alla meðgönguna var ég hrædd við að fæða barnið mitt. Ég var búin að heyra hræðilegar fæðingarsögur vinkvenna minna. Ester vinkona mín missti sjónina og Anna María önnur vinkona mín missti mikið blóð og dó við að fæða barnið heima hjá sér. Í gamla daga á Filippseyjum þegar konur eignuðust börn í heimahúsi voru ekki faglærðar ljósmæður á staðnum heldur ómenntaðar konur sem voru með einhverskonar reynslu. Ofi gengu heima-fæðingar mjög illa og þess vegna ákvað ég að fæða á spítala. Ég var líka mjög hrædd við verkina sem fylgdu barnsfæðingum. Ég var alls ekki tilbúin þegar þeir byrjuðu. Maðurinn minn var í vinnunni á skrifstofu, þannig að mamma mín fór með mér upp á ríkisspítalann. Ég var í stofu með 9 öðrum óléttum konum. Einkastofur voru ekki í boði á ríkisspítölum, bara á einkareknum spítölum. Stofan var þéttskipuð og ég var lafandi hrædd. Verkurinn var óbærilegur og ég hélt að ég mundi deyja. Ég hugsaði: Hvað

ef eitthvað fer úrskeiðis? Maður veit aldrei hvað getur komið fyrir en ég var mjög dugleg að fara með bænir.

Þegar barnið mitt var tilbúið að koma í heiminn var ég færð í fæðingarstofuna. Ég var mjög hrædd og kvíðin. Ljósmóðirin var mjög góð í að leiðbeina mér við fæðinguna. Hún sagði mér hvernig og hvenær ég átti að ýta. Það var rosalega sárt og verkjalyf voru ekki í boði. Eftir fæðinguna var ég færð aftur í 10 manna stofuna og þar þurfti ég að vera í þrjá daga. Ég fékk litla sem enga aðstoð eftir fæðinguna þar sem ljósmæðurnar voru alltaf uppteknar. Ég var svo heppin að allt gekk vel og barnið var heilbriggt. Ég hugsaði að ég gæti ekki gert þetta aftur, en þar sem það var ekki hægt að fá getnaðarvarnir í þá daga, gátu hlutirnir gerst aftur ef ekki var að gáð. Ár eftir ár var ég hrædd við að verða ólétt. Það eru ekki nema tvö ár á milli barnanna minna og ég á fjögur börn. Loksins kom pillan eftir ég eignaðist fjórða og síðasta barnið mitt. Ef ég hefði ekki fengið getnaðarvarnir mundi ég vera í sömu sporum og eldri systir mín sem eignaðist tíu börn.

Umræða

Þessi fæðingarsaga er dæmigerð og lýsandi fyrir veikburða heilbrigðiskerfi sem er víða til, með háa dánartíðni mæðra og barna. Gæði þjónustunnar er ábótavant sökum takmarkaðs fjármagns og menntaðs heilbrigðisstarfsfólks, skorts á pólitískum vilja og ófullnægjandi langtíma áætlunum (Rasanathan o.fl., 2014).

Viðtalið sem var tekið einkenndist af hræðslu og ótta. Það var augljóst að amma átti erfitt með að segja frá fæðingarsögu sinni vegna neikvæðra minninga. Af hverju voru svo margar filippseyskar konur hræddar við barnsfæðingar? Hvaða áhrif hefur stofnanaleg nálgun þjónustunnar? Fæðingarótti er víða algengur og er mikið áhyggju-efni. Rannsóknir sýna að margir þættir ýta undir fæðingarótta, eins og neikvæðar fæðingarsögur og neikvæð reynsla konunnar (Tsui o.fl., 2006).

Dánartíðni mæðra við fæðingu er há á Filippseyjum og ein helsta orsök er sú að ófaglærðar yfirsetukonur sinna fátækum konum í fæðingum. Skortur á þekkingu og markvissri þjálfun getur leitt til vandkvæða í heima-fæðingu eða jafnvel dauða mæðra. Til að bæta þjónustu og auka öryggi þarf betri aðgang að mæðravernd og faglærðum ljósmæðrum. Einnig þarf að eiga sér stað skjót áhættugreining (Buowari, 2012). Faglegt og menntað heilbrigðisstarfsfólk er lykillinn að því að bjarga mannslífum og er mikilvægur þáttur í að lækka dánartíðni mæðra við fæðingu. Fátækustu konurnar eru ólíklegastar til að fá slíka umönnun, vegna þess að þær eru líklegri en efnaðar konur til að fæða heima án faglegrar aðstoðar (Singh o.fl., 2008).

Konur höfðu enga stjórn á aðstæðum sínum á 5. áratugnum á Filippseyjum. Á þessum tíma voru getnaðarvarnir og föstureyðingar bannaðar. Konur höfðu ekkert um það að segja þegar kom að ákvörðun sem sneri að lífi þeirra og velferð. Í nútímasamfélagi Filippseyja hefur



Brjóstagiöf á sængurlegurdeild á Filippseyjum.



Því miður lítið verið gert til að bæta þessar aðstæður. Dánartíðni mæðra er því miður ennþá há og ófaglærðar yfirsetukonur halda áfram að vera vandamál sem ekkert er gert í.

Á Íslandi er veruleikinn allur annar. Það er himinn og haf á milli gæða þjónustu barnshafandi mæðra á Filippseyjum og á Íslandi þar sem MMR er 4 á hverjar 100.000 fæðingar og dánartíðni mæðra var engin árið 2013 (WHO, 2013). Allar barnshafandi konur, óháð efnahag, eiga rétt á fullkominni heilbrigðisþjónustu sem er veitt af háskólamenntuðum ljósmæðrum eða fæðingarlæknum (Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007; Lög um réttindi sjúklinga, nr. 74/1997). Á milli 80–90% mæðra á Íslandi njóta heimaþjónustu eftir fæðingu (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Getnaðarvarnir eru auðfánlegar sem gerir konum kleift að stjórna ákvörðun um barneign. Í umsjá hæfra ljósmæðra er lítið á heimaþjónustu sem öruggan kost fyrir heilbrigðar mæður með eðlilega meðgöngu. Og síðast en ekki síst, þá er staðall fyrir hágæða heilbrigðisþjónustu barnshafandi kvenna og eru öll alvarleg atvik rannsökuð af embætti landlæknis og gripið til aðgerða til þess að koma í veg fyrir að þau endurtaki sig.

LOKAORD

Ákvarðanir ráðandi stjórnvalda, auk stjórnenda heilbrigðiskerfisins geta haft víðtæk áhrif á líf kvenna, þar á meðal reynslu þeirra að eign-

ast barn, minning sem mun fylgja þeim alla ævi. Samkvæmt alþjóðaðsðareglum ljósmæðra taka ljósmæður þátt í þróun og útfærslu þeirrar heilbrigðisstefnu sem stuðla á að bættari heilsu kvenna og fjölskyldna sem von eiga á barni (ICM, 2014). Það þarf mikla vinnu og vilja til að bæta aðstæður á Filippseyjum. Rannsókn á forsögu fæðingarsögu ömmu minnar kveikti áhuga minn á ljósmóðurfræði í þróunarlöndum, sérstaklega á að bæta heilsu mæðra á Filippseyjum. Það hefur veitt mér mikinn innblástur til þess að ferðast og fara í sjálfbæðandi starf í þróunarlöndum í framtíðinni. Það eru forréttindi að fá að læra ljósmóðurfræði en með því fylgir skuldbinding til þess að gera allt sem í manns valdi stendur til að aðstoða barnshafandi konur í neyð.

HEIMILDIR

Buowari, O. Y. (2012). Traditional birth attendants issue: A menace in developing countries. *Nigerian Journal of Medicine*, 21(4), bls. 466–468.

Hildur Sigurðardóttir. (2014). Reynsla og viðhorf kvenna: Umönnun í sængurlegu á stofnun og heima. *Ljósmæðrablaðið*, 92(1): 16–22.

International Council of Midwives (ICM). (2014). International Code of Ethics for Midwives. Hague, Netherlands.

Lög um réttindi sjúklinga, nr. 74/1997.

Lög um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007.

Rasanathan, K., Bakshi, S., Rodriguez, D.C., o.fl. (2014). Where to from here? Policy and financing of integrated community case management (ICCM) of childhood illness in sub-Saharan Africa. *Journal of Global Health*, 4.

Rogan, S. E. G. og Olvena, V.R. (2004). Factors affecting maternal health utilization in the Philippines. *Paper presented at 9th national convention on statistics (NCS)*, Quezon City, Manila, Philippines.

Romualdez, A.G., dela Rosa, J.F.E., Flavier, J. D. A., Quimbo, S. L. A., Hartigan-Go, K. Y., Lagrada, L. P. o.fl. (2011). The Philippine Health System Review. *Health Systems in Transition*, 1(2), bls. 6–11.

Singh, S., Darroch, J.E. og Ashford, L. og Vlassof, M. (2009). Adding it up: The costs and benefits of investing in sexual and reproductive health. New York: Guttmacher Institute.

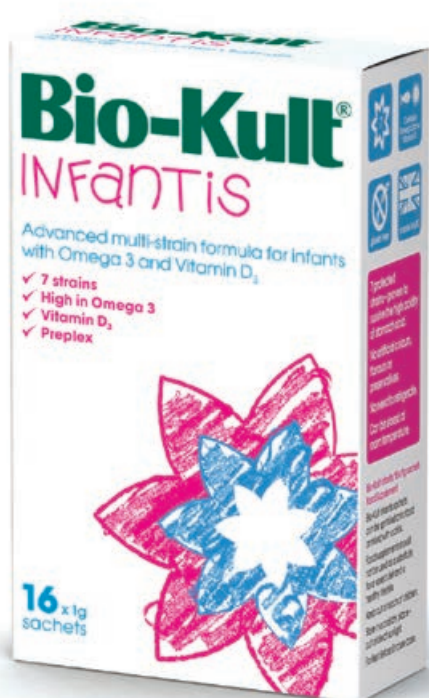
Tsui, M. H., Pang, M. W., Melender, H. L., Xu, L., Lau, T. K. og Leung, T. N. (2006). Maternal fear associated with pregnancy and childbirth in Hong Kong Chinese women. *Women Health*, 44(4), bls. 79–92.

World Health Organization (WHO). (2013). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Geneva: höfundur.

Þorbjörg Guðmundsdóttir og Vilborg Ingólfssdóttir. (2001). *Menningarheimar mætast: Áhrif triara, menningar og arfleifðar á samskipti og meðferð innan heilbrigðisþjónustunnar*. Reykjavík: Landlækniseimbættið.



Bio-Kult® INFANTIS



Meltingargerlar fyrir börn sem bæta meltinguna og heilsuna

Bio-Kult Infantis er vísindalega þróuð góðgerlablanda fyrir börn. Inniheldur 7 gerlastrengi af mismunandi mjólkursýrugerlum. Reynslan og rannsóknir sýna að gerlarnir styrkja og bæta bæði meltinguna og heilsuna, auk þess sem þeir innihalda einnig D3-vítamín og gott hlutfall af Omega 3.

Innihald í hverjum skammti:

1 milljarður af góðgerlablöndu

EPA + DHA: 1 mg

D3-vítamín 2,5mcg 50% RDS

- Bragðlaust, án glúten, auka- og litarefna.
- Má gefa nýburum og mjög ungum börnum.
- Má setja út í vökva eða á geirvörtu móður.
- Má gefa með sýklalyfjum.
- Þarf ekki að geyma í kæli.
- Hefur reynst vel við bakflæði og magakveisu hjá ungbörnum.
- Rannsóknir styðja virkni vörunnar.



Ventlakerfið minnkar loftinntöku

-Pelarnir eru þekktir fyrir að draga úr ropa, maga- og vindverkjum

Lofttæmd hönnun sem skilar næringarefnum

-Vítamín og næringarefni skila sér úr mjólkinni til barnsins

Loftlaus fæða hjálpar til við meltingu

-Pelarnir henta því börnum sem eru gjörn á að fá magakveisu

Pelarnir eru með sérhannað ventlakerfi

-Pelagjöf er því sem líkust brjóstagjöf

Prevent snuðin frá Dr. Brown's draga úr tannskekkju eða skemmdum

-Lítil loftgöt á snuðunum halda þrýsting í framgömi í lágmarki og eru hönnuð af tannlæknum

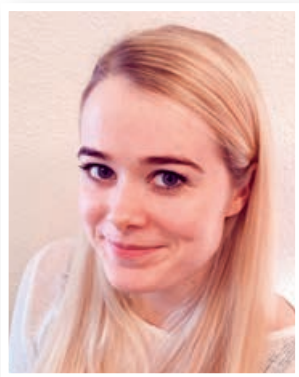
Dr. Brown's
Natural Flow®

www.fifa.is



Allt frá brjóstagjöf yfir
í venjulega fæðugjöf!

Metformíngjöf til barnshafandi kvenna með fjölblöðrueggjastokkaheilkenni (PCOS)



Katla Sigurðardóttir,
BS í lyfjafræði



Rebekka Rós Baldvinsdóttir,
BS í lyfjafræði



Sveinbjörn Gizurarson,
prófessor

Fjölblöðrueggjastokkaheilkenni

Fjölblöðrueggjastokkaheilkenni (e. polycystic ovary syndrome eða PCOS) telst til innkirtlasjúkdóma en sjúkdómurinn leggst á allt að 5–12% kvenna ^[1,2]. PCOS getur komið fram sem blóðrumyndun á eggjastokkum, hækkað magn andrógena í blóði ásamt truflun á tíðahringnum. Algeng meingerð sjúkdómsins er einnig aukið insúlínónæmi og hækkað magn insúlíns í blóði sem eykur líkur á sykursýki af típu 2. Heilkennið getur líka valdið hækkuðum blóðgildum þrígílyseríða og LDL (e. low density lipoprotein) og einnig lágu gildi af HDL (e. high density lipoprotein), sem eykur líkur á hjarta- og æðasjúkdómum ^[3]. Óeðlilegur hárvöxtur (e. hirsutism) getur fylgt hækkuðu magni andrógena og offita er einnig algengur fylgiskur PCOS, þó það sé ekki algilt. PCOS veldur jafnframt truflun á tíðahring sem leiðir til óreglulegs eggloss og getur valdið minni frjósemi og þar af leiðandi erfiðleikum við getnað. Ef þungun á sér stað getur heilkennið valdið erfiðleikum á meðgöngunni, svo sem meðgöngusykursýki og jafnvel valdið fösturláti ^[4].

Þau einkenni sem notuð eru við greiningu á PCOS eru aukin myndun og seyting andrógena, truflun á egglosi til lengri tíma og ómskoðun til greiningar á blóðrumyndun á eggjastokkum. Stöðugasti þátturinn og sá sem er mest áberandi við greiningu er aukinn styrkur andrógena. Greiningin felst meðal annars í því að styrkur testósteróns er mælt í sermi. Einnig má meta aukinn styrk andrógena út frá klínískum þáttum, eins og óeðlilegum hárvexti, gelgubólum (e. acne) og skallablettum. Viðbótarupplýsingar má síðan fá úr blóðprufum til að staðfesta greininguna, eins og styrk blóðsykurs og blóðfitu. Þó hver þáttur fyrir sig renni stoðum undir greininguna ætti ekki að útiloka sjúkdóminn þó einn þessara þátta sé ekki til staðar ^[5].

Hefja ætti meðferð við PCOS á lífstílsbreytingum sem talið er að veiti einna bestu niðurstöður við einkennum. Um 40–60% kvenna með PCOS eru yfir kjörþyngd, en breytt mataræði og hreyfing getur haft jákvæð áhrif á efnaskipti sem leiðir til þess að meiri regla kemst á tíðahring ^[6,7]. Getnaðarvarnarpillur hafa einnig verið notaðar til meðhöndlunar á PCOS þar sem þær geta komið reglu á blæðingar og hafa mótverkandi áhrif á andrógen einkennin. Langtímaáhrif getnaðarvarnarpilla þurfa ávallt að vera með í myndinni eins og aukin hætta á hjarta- og æðasjúkdómum, blóðtappamyndun eða áhrif á efnaskipti glúkósu í þessum konum. Það er því þörf á frekar rannsóknum á því sviði ^[7,8].

Burghen og samstarfsaðilar hafa framkvæmt rannsókn sem bendir til þess að jákvæð fylgni sé á milli hás insúlínsstyrks í blóði (e. hyperinsulinemia) og hás styrks andrógena í blóði (e. hyperandrogenemia) ^[9]. Insúlínið virðist þó frekar valda þessum aukna styrk af andrógenum heldur en öfugt ^[4]. Þetta samhengi hefur beint sjónum vísindamanna að möguleikanum á því að stýra insúlínmagni og insúlínónæmi og hafa þannig áhrif á meðferð PCOS sjúklinga ^[10].

Metformín sem meðferð við PCOS

Sykursýkislyfið metformín hefur verið notað til meðhöndlunar PCOS. Metformín eykur næmi frumna fyrir insúlíni, en eins og áður hefur komið fram er insúlínónæmi stór þáttur í sjúkdómsmynd kvenna með PCOS. Rannsóknir sýna jafnframt að gjöf metformíns hefur jákvæð áhrif á efnaskiptin með því að minnka styrk glúkósu í blóði og draga úr insúlínviðnámi. Önnur jákvæð áhrif eru að blóðþrýstingur lækkar ásamt magni LDL sem dregur úr líkum á viðkomandi þrói með sér hjarta- og æðasjúkdóma ^[11,12].

Metformín getur einnig komið reglu á blæðingar og stöðvað virkni eggjastokkanna. Það þýðir að það verða meiri líkur á egglosi og þar með þungun ^[13]. Í þeim fjölmörgu rannsóknum þar sem metformín hefur verið notað hefur meðferðin borið árangur á tiltölulega stuttum tíma, jafnvel eftir tvo tíðahringi ^[14].

Niðurstaða greinar eftir Morin-Papunen og samstarfsaðila sýnir að metformíngjöf gat aukið þungunar- og fæðingartíðni kvenna með PCOS. Þær konur sem höfðu mest gagn af meðferðinni voru í hópi kvenna með háan líkamsþyngdarstuðul ^[15]. Lífsstílsbreytingar, til dæmis minni sykurinntaka, teljast þó vera fyrsti og besti kosturinn fyrir þær konur sem greinast með PCOS og hafa ekki egglos og/eda þjást af offitu áður en gripið er til lyfja sem framkalla egglos. Þrátt fyrir allt framannefnt er mikilvægt að hafa í huga að ekki hefur tekist að sýna fram á að gjöf metformíns við ófrjóssemi kvenna með PCOS sýni betri árangur en önnur lyf sem örva egglos ^[10].

PCOS og áhrif á meðgöngu

Konur með PCOS gætu þurft að glíma við ýmislegt á meðgöngu. Sökum lélegs insúlínbúskapar er fremur algengt að þær þrói með sér meðgöngusykursýki. Þær konur sem fá meðgöngusykursýki eru í aukinni hættu að fá sykursýki seinna á lífsleiðinni og þess vegna getur þungunin aukið enn meira þessa hættu hjá konum með PCOS. Því er ljóst að þörf er á góðri greiningu og/eda meðferð á PCOS, sérstaklega þegar þungun á sér stað ^[1,16].

Þar sem PCOS er eins algengt og raun ber vitni og framfarir í læknavísindum hafa auðveldað getnað hjá þeim konum sem eru með heilkennið, þá skiptir gríðarlega miklu máli að stýra þeim einkennum sem geta fylgt PCOS á meðgöngu og þannig minnkað hættu á fósturláti og öðrum meðgöngukvillum ^[1].

Mögulegt hlutverk metformíns í ófrískum konum með PCOS

Sýnt hefur verið fram á gagn metformíns við PCOS, eins og áður sagði, en einnig eru vísbendingar um gagnsemi lyfsins hjá barns-

hafandi konum með PCOS. Metformín kemst greiðlega yfir fylgju og til fósturs þegar það er tekið inn á meðgöngu ^[17,18]. Þar af leiðandi skiptir máli að þekkja þau áhrif sem lyfið getur haft á móður og fóstur á meðan meðgöngu stendur, sem og þau áhrif sem lyfið gæti hugsanlega haft á barnið eftir fæðingu.

Rannsóknir Baraldi og samstarfsfélaga benda til þess að metformín dvelur skemur í líkama barnshafandi kvenna með PCOS en í óþunguðum heilbrigðum konum eða óþunguðum konum með sykursýki. Ein af þeim breytingum sem sjást á hegðun lyfsins er að helmingunartími þess styttest samhliða aukinni virkni nýrna hjá barnshafandi konum. Sterk fylgni er á milli útskilnaðar kreatíníns og útskilnaðar metformíns. Dreifirúmmál lyfsins eykst einnig mikið á meðgöngu sökum aukins plasmarúmmáls og vegna þess að fósttrið og fylgjan gegna hlutverki nýrra „hólfa“ í líkamanum sem lyfið getur dreifst til. Fyrir vikið næst ekki eins hár metformínstyrkur í blóði barnshafandi kvenna miðað við þær sem ekki eru þungaðar þó báðum hópum sé gefinn sami skammtur ^[3,19]. Því þarf að aðlaga skammta metformíns þegar það er gefið barnshafandi konum, sér í lagi á seinni hluta meðgöngu. Rannsóknum ber ekki alveg saman um hve stórt hlutfall lyfsins fer yfir til fósturs en allir eru sammála um að fósttrið fær verulegan skammt. Sumar rannsóknir segja að blóðstyrkur í fósttri sé hærri en hjá móður, á meðan aðrir segja að hann sé jafn mikill ^[17,18]. Í rannsókn Baraldís og samstarfsfélaga mældist blóðstyrkur metformíns 0,3 µg/mL í naflastrengsblóði, en 0,4 µg/mL í blóði móður, þannig að í öllum tilfellum er fósttrið að fá nokkuð háan skammt af metformíni ^[3].

Lautatzis og samstarfsaðilar báru saman 13 mismunandi rannsóknir á metformínmeðferð til barnshafandi kvenna með PCOS. Allar voru þær framkvæmdar á síðustu 13 árum. Af þessum rannsóknum voru þrjár aftursýnar, sex framsýnar en aðeins fjórar voru með slembiurtaki. Flestum greinum ber saman um að einhverja kosti sé að hafa af lyfjagjöfnni. Kostirnir eru meðal annars þeir að metformín minnkar líkur á tilkomu meðgöngusykursýki, þörf á



Nóg járn á meðgöngu

Einkenni járnskorts
er m.a. fölví, þreyta, minna úthald, særindi í munni og tungu, kyngingarörðugleikar, aflagaðar neglur og hand- og fótukuldi.

Þungaðar konur þurfa að auka neyslu á járnríkri fæðu vegna meðgögunnar.
Aukin þörf verður fyrir járn vegna aukinna frumskiptinga þegar fósttrið vex. Það er ekki óalgengt að konur þurfi að auka járninntöku til viðbótar fæðunni á meðgöngu, sérstaklega eftir 20. viku.

Hvernig er best að viðhalda járnþörf líkamans eðlilegri ?
Til að viðhalda járnþörf líkamans þarf að borða mikið af járnríkum mat og auka hann ef um járnkort er að ræða. Mörgum ófrískum konum finnst erfitt að borða það magn sem þarf til að hækka og viðhalda járnþörf líkamans.
Þá þurfa þær önnur ráð, Floradix hægæða járnþætandi blanda getur hjálpað til að ná upp járnþörf líkamans hratt.
Floradix inniheldur járn sem frásogast auðveldlega í líkamanum ásamt C-vitamíni, ávaxta- og jurtabyggnir til að bæta enn á upptökuna. Þessar sérstöku blöndur innihalda mykjandi jurtir sem hjálpa til að halda meltingunni góðri og koma í veg fyrir harðlífi sem járnöflur geta valdið.

Mikilvægt er að nýbakaðar mæður haldi áfram að taka Floradix eftir fæðingu til að viðhalda góðum járnþörf og byggja upp orku og kraft. Því litla barnið þarfnast þess að eiga mómmu sem er full af orku og áhuga.



Floradix®

Fæst í apótekum, heilsuvörverslunum og helstu matvöruverslunum.

insúlíngjöf, fósturláti snemma á meðgöngu og fyrirburafæðingum^[20]. Hins vegar birtu Vanky og félagar þær niðurstöður að metformín-gjöf minnkar ekki líkur á meðgöngukvillum^[21]. Niðurstaða þessa samanburðar bendir til þess að metformínmeðferð hafi ýmsa kosti, þó rannsóknum beri ekki öllum saman um öryggi lyfsins í barnshafandi konum með PCOS.

Rannsóknir á fylgju sýna að engar sjáanlegar breytingar virðast verða á henni eftir gjöf lyfsins. Rannsóknir benda einnig til þess að lífsmörk barna voru eðlileg við fæðingu og engir meðfæddir sjúkdómar sjáanlegir í börnunum þar sem mæður höfðu fengið metformín á meðgöngunni. Þetta gildi hvort heldur þær voru með sykursýki eða ekki^[3,20]. Kovo og samstarfsaðilar benda á að fæðingarþyngd nýbura geti verið lægri hafi móðirin verið meðhöndluð með metformíni á meðgöngunni, en þetta þarf að rannsaka nánar^[22]. Lyfið er því talið öruggt sé það notað á meðgöngunni.

Niðurlag

Flest bendir til þess að metformín-gjöf til ófrískra kvenna með PCOS sé gagnleg og án alvarlegra aukaverkana, þó heimildum beri ekki alveg saman um virkni og öryggi þess þegar það er gefið barnshafandi konum. Því er þörf á frekari rannsóknum bæði með stærri þýði og yfir lengri tímabil. Þeir sem hafa rannsakað meðhöndlun PCOS í barnshafandi konum eru sammála um að metformín getur haft jákvæð áhrif á meðgönguna og minnkað líkur á meðgöngusykursýki, auk þess sem lyfið getur hjálpað óþunguðum konum með PCOS að verða þungaðar. Sér í lagi þyrfti að rannsaka langtímaáhrif metformíns á þau börn sem hafa fengið lyfið í móðurkviði.

HEIMILDIR

- [1] Rumialdi, D., De Cicco, S., Gagliano, D., Busacca, M., Campagna, G., Lanzone, A. og Guido, M. (2013). How Metformin Acts in PCOS Pregnant Women: Insights into insulin secretion and peripheral action at each trimester of gestation. *Diabetes Care*, 36, 1477–1482.
- [2] Jakubowicz, D. J., Iuorno, M. J., Jakubowicz, S., Roberts, K. A. og Nestler, J. E. (2002). Effects of Metformin on Early Pregnancy Loss in the Polycystic Ovary Syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(2), 524–529.
- [3] Baraldi, C. d. O., Lanchote, V. L., Antunes, N. d. J., Carvalho, T. M. d. J. P., Moisés, E. C. D., Duarte, G. og Cavalli, R. C. (2011). Metformin pharmacokinetics in nondiabetic pregnant women with polycystic ovary syndrome. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67, 1027–1033.
- [4] Franks, S. (1995). Polycystic Ovary Syndrome. *Medical Progress*, 333, (13), 853–861.
- [5] Norman, R. J., Dewailly, D., Legro, R.S. og Hickey, T. E. (2007). Polycystic ovary syndrome. *Lancet*, 370, 685–697.

- [6] Moran, L. J., Brinkworth, G.D. og Norman, R. J. (2008). Dietary therapy in polycystic ovary syndrome. *Semin. Reprod. Med.* 26(1), 85–92.
- [7] Desai, P., Shridhar, J. og Sabale, U. (2016). Polycystic ovary syndrome: Past, Present, and Future. Í H. Deshpande (ritstj.), *Practical management of ovulation induction* (bls. 64–65). New Delhi: Jaypee Brothers Medical publishers.
- [8] Yildiz, B.O. (2008). Oral contraceptives in polycystic ovary syndrome: risk-benefit assessment. *Semin. Reprod. Med.* 26(1), 111–120.
- [9] Burghen, G. A., Givens, J. R. og Kitabchi, A. E. (1980). Correlation of Hyperandrogenism with Hyperinsulinism in Polycystic Ovarian Disease. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 50, 113.
- [10] Hashim, H. A. (2015). Twenty years of ovulation induction with metformin for PCOS; what is the best available evidence? *Reproductive Biomedicine online*, 32(1), 44–53.
- [11] Lord, J. M., Flight, I. H. K. og Norman, R. J. (2003). Metformin in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *British medical journal*, 327, 951.
- [12] Diamanti-Kandarakis, E., Economou, F., Palimeri, S. og Christakou C. (2010). Metformin in polycystic ovary syndrome. *Annals of the New York academy of sciences*, 1205, 192–198.
- [13] Morin-Papunen, L. C., Koivunen, R. M., Ruokonen, A. og Martikainen H. K. (1998). Metformin therapy improves the menstrual pattern with minimal endocrine and metabolic effects in women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and sterility*, 69(4), 691–696.
- [14] Haas, D. A., Carr, B. R. og Attia, G. R. (2003). Effects of metformin on body mass index, menstrual cyclicity, and ovulation induction in women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and sterility*, 79(3), 469–481.
- [15] Morin-Papunen, L., Rantala, A. S., Unkilla-Kallio, L., Tiitinen, A. Hippelainen, M., Perheentupa, A. o.fl. (2012). Metformin improves pregnancy and live-birth rates in women with polycystic ovary syndrome (PCOS): A multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 97(5), 1492–1500.
- [16] Glueck, C. J., Wang, P., Kobayashi, S., Phillips, H. og Sieve-Smith, L. (2002). Metformin therapy throughout pregnancy reduces the development of gestational diabetes in women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 77(3), 520–525.
- [17] Charles, B., Norris, R., Xiao, X. og Hague, W. (2006). Population Pharmacokinetics of Metformin in Late Pregnancy. *Therapeutic Drug Monitoring*, 28(1), 67–72.
- [18] Vanky, E., Zahlsen, K., Spigset, O. og Carlsen, S. M. (2005). Placental passage of metformin in women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 83, 1575–1578.
- [19] Hughes, R. C. E., Gardiner, S. J., Begg, E. J. og Zhang, M. (2006). Effect of pregnancy on the pharmacokinetics of metformin. *Diabetic Medicine*, 23, 323–326.
- [20] Lautatzis, M. E., Goulis, D. G. og Vrontakis, M. (2013). Efficacy and safety of metformin during pregnancy in women with gestational diabetes mellitus or polycystic ovary syndrome: A systematic review. *Metabolism*, 62(11), 1522–1534.
- [21] Vanky, E., Stridsklev, S., Heimstad, R., Romundstad, P., Skogoy, K. o.fl. (2010). Metformin Versus Placebo from First Trimester to Delivery in Polycystic Ovary Syndrome: A Randomized, Controlled Multicenter Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(12), E448–E455.
- [22] Kovo, M., Weissman, A., Gur, D., Levran, D., Rotmensh, S. og Glezerman, M. (2006). Neonatal outcome in polycystic ovarian syndrome patients treated with metformin during pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19(7), 415–419.



ENTROSEAL

Öruggt meðferð
gegn niðurgangi



ENTROSEAL

Ný og framsækin lausn

- ▶ STÖÐVAR NIÐURGANG ÁN AUKAVERKANNA
- ▶ MEÐHÖNDLAR BÆÐI ORSÖK OG EINKENNI
- ▶ NÁTTÚRULEGT OG BRAGÐLAUST
- ▶ ÖRUGGT FYRIR ALLA ALDURSHÓPA

Entroseal myndar himnu yfir þarmavegginn sem hlífir slímhúðinni ásamt því að hlutleysa bakteríur og bólgvalda. Þannig flýtir það verulega fyrir bata ásamt því að minnka einkenni niðurgangs.

Verkun Entroseal hefur verið vel rannsökuð og engar aukaverkanir hafa komið fram. Því er Entroseal talið öruggt fyrir alla einstaklinga á öllum aldri, einnig kornabörn.



Skráð sem lækningatæki
Inniheldur: Gelatín tannat

Fæst í apótekum
www.alvogen.is

Heimildir:

Esteban Carretero J, Durban Reguera F, López-Argueta Álvarez S, Lopes Montes J.(2009). A comparative analysis of response to ORS (oral rehydration solution) vs. ORS + gelatin tannate in two cohorts of pediatric patients with acute diarrhea. Rev Esp Enferm Dig;101(1):41-48.

Léttar í Lundi

Fyrir rúmu ári síðan tókum við, þrjár íslenskar ljósmæður, þá ákvörðun að flytja til Lundar í Svíþjóð. Ástæðan fyrir flutningunum voru erfðir atvinnumöguleikar í faginu á Íslandi og allar áttum við þann draum að prófa að búa og starfa í öðru landi.

Lundur er ellefta stærsta borg Svíþjóðar og er staðsett á Skáni í Suður-Svíþjóð. Í sveitarfélaginu eru um 110.000 íbúar en í borginni sjálfri eru um 83.000 íbúar. Lundur er í um 15 km fjarlægð frá Malmö, sem er þriðja stærsta borg Svíþjóðar á eftir Stokkhólmi og Gautaborg.

Það var tilviljun að Lundur varð fyrir valinu hjá okkur öllum, en allar þekktum við til einhvers sem hafði reynslu af því að búa hér og höfðum við heyrt góðar sögur af bænum. Í Lundi er einn elsti, stærsti og virtasti háskóli Norður-Evrópu og eru margir Íslendingar sem leggja leið sína þangað til náms. Það er því ekki sjaldgæft að heyra okkar ástkæra ylhýra á götum Lundar sem og á sjúkrahúsinu. Við getum nú ekki sleppt því að nefna það hér að sjálfur Georg Bjarn-

freðarson segist vera með fimm háskólagráður, einmitt frá háskólunum í Lundi og samkvæmt Financial Times er Lundur næstbesti staður til að búa á í Evrópu.

Staðsetning Lundar er einnig mjög góð, en samgöngur til og frá Íslandi í gegnum Kaupmannahöfn eru mjög hentugar en ferðin með Eyrarsundslestinni tekur aðeins 40 mínútur frá Lundi til Kastrup.

Ákvörðun um flutning var tekin hjá okkur öllum sumarið 2015 og mættum við allar í atvinnuviðtal þá um sumarið. Tvær okkar, Gerður Eva og Dóra, fluttu svo út í lok ágúst og Hugborg kom svo í desember.

Það var auðvelt að fá vinnu á fæðingardeildinni, enda skortur á ljósmæðrum á Skáni. Þó var sett sú krafa á okkur að við töluðum tungumálið. Tvær okkar hafa búið í Danmörku og Noregi þannig að tungumálakunnáttan þaðan hjálpaði vissulega í byrjun. Eftir stöðu-
próf í sænsku fóru tvær okkar á mánaðarnámskeið og svo þurfti maður að gjöra svo vel að læra hratt! Það var þó tekið mjög vel á móti okkur og fengum við nokkra vikna aðlögunartíma þar sem við fylgdum öðrum ljósmæðrum.

Á Skáni búa 1,3 milljónir manna og þar eru starfandi fimm fæðingardeildir sem þjóna þessum hópi. Fæðingardeildin í Lundi sinnir fyrst og fremst konum í nágrenni Lundar en tekur við konum af öllu þessu svæði sem eru með vandamál á meðgöngu. Vökudeildin í Lundi er sérhæfð í fyrirburafæðingum og hjartveikum börnum, þar af leiðandi er mikið um slíkar fæðingar á fæðingardeildinni og því stór hluti fæðinga áhættufæðingar. Á deildinni fæðast um 3500–4000 börn á ári.

Á fæðingardeildinni eru tíu fæðingarstofur, móttökustofa, ein sér stofa með baðkari og æfingastofa með fæðingardúkkum og æfingasettum fyrir saumaskap. Á deildinni starfa 32 ljósmæður og 24 sjúkraliðar. Á hverri vakt er lágmarksmönnun fimm ljósmæður og fjórir sjúkraliðar. Ein ljósmóðir er vaktstjóri og er hún þá með yfirsýn yfir deildina, deilir út verkefnum, tekur á móti öllum símötum, fylgist með ritum og aðstoðar við fæðingar þegar þörf krefur. Á gólfinu starfa að lágmarki fjórar ljósmæður þar sem hver og ein vinnur í teymi með sjúkraliða og sinnir hvert teymi tveimur til þremur skjólstæðingum í einu, þó vissulega komi rólegar vaktir inn á milli þar sem hvert teymi er bara með einn skjólstæðing. Stefnan er sú að hvert teymi hafi ekki fleiri en tvær konur í fæðingu samtímis, þó svo að það takist ekki alltaf og höfum við allar þrjár lent í því að vera með tvo skjólstæðinga sem fæða á sama tíma, en í svoleiðis aðstæðum fær maður að sjálfsögðu hjálp frá hinum ljósmæðrunum. Til að geta sinnt fleiri en einum skjólstæðing í einu eru öll rit sýnileg frammi á vaktherbergi og í fartölvum sem finnast á öllum stofum. Þannig getur ljósmóðirin fylgst með riti hjá einni konu á meðan hún er inni á stofu hjá annarri.

Í grófum dráttum er margt svipað hér og því sem við höfum vanist á fæðingarvaktinni á Íslandi, en nokkur atriði hafa þó vakið athygli okkar. Má þá nefna notkun svokallaðs intrauterin-leggs sem að bæði metur styrk og fjölda hriða hjá konum og er mikið notaður hjá konum sem hafa áður farið í keisaraskurð. Einnig er hægt að nota legginn til að fylla á legvatn með saltvatni og er það gert þegar rit eru grunsam-



Dóra, Hugborg og Gerður Eva ljósmæður í Lundi í Svíþjóð.

leg, til dæmis ef legvatnið er litað eða ef konan er með lítið vatn eftir rof á belgium og oftar en ekki lagast rit við þetta.

Einnig sjáum við mun minni notkun á utanbastsdeyfingu hér en á Íslandi. Hver ástæðan er þar á bakvið er kannski erfitt að segja en okkar tilfinning er sú að konur hér vilji margar forðast utanbastsdeyfingu og taka það jafnvel fram í fæðingarbréfi. Einnig er morfin mikið notað til verkjastillingar á fyrsta stigi fæðingar og er það þá gefið í vöðva og nægir það oft til að hjálpa konum yfir erfiðasta hjallann.

Það hefur einnig vakið athygli okkar að óhefðbundnar meðferðir í fæðingu eru lítið sem ekkert notaðar hér. Mjög fáar ljósmæður eru með menntun í nálastungum, ilmoliur þekktust ekki áður en við mættum á svæðið, en nú höfum við tekið inn piparmyntuolíuna sem hefur gefið mjög góða raun. Reboza þekkist lítið og er ekkert notað. Baðið er lítið notað. Vatnsfæðingar eru ekki leyfðar hér og þar að auki er það í verklagsreglum að setja konur í fæðingu í rit á tveggja tíma fresti, þrátt fyrir hléhlustun. Þá þurfa konurnar að fara upp úr baðinu og inn á stofuna sína til að fara í rit, fæstar fara aftur í baðið. Einnig höfum við lítið orðið varar við notkun slökunartónlistar, nema þá í einstaka tilfellum þegar skjólstæðingur kemur sjálfur með tónlistina. Sitjandafæðingar eru einnig mjög sjaldgæfar hér og mælt er með því, ef vending tekst ekki, að konur fari í keisaraskurð.

Það sem okkur finnst kannski stærsti munurinn á reynslu okkar á Íslandi og svo reynslu okkar hér er að þar sem að rit eru sýnileg utan fæðingarstofa þá er yfirsetan ekki eins mikil og langar yfirsetur þekkjast ekki. Við sjáum að sjálfsögðu bæði kosti og galla við þetta. Hér reyna ljósmæður eftir fremsta megni að sýna nærveru en þegar mikið er að gera og krafan um stöðuga yfirsetu er ekki til staðar þá segir það sig sjálft að hún er mun minni. Kosturinn við það að vinna í teymi með sjúkraliða er að þegar mikið er að gera og sinna þarf tveimur krefjandi skjólstæðingum á sama tíma þá getum við deilt verkefnum okkar á milli en ljósmóðirin og sjúkraliðinn þurfa ekki að vera bæði til staðar nema við sjálfa fæðinguna.

Öll skráning í fæðingarferlinu fer fram á tölvutæku formi og eina sem konan þarf að taka með sér á fæðingardeildina er blóðflokkunarblað og skilríki. Fæðingardeildin hefur aðgang að tölvutækum mæðraskrá sem og rannsóknarniðurstöðum frá heilsugæslunni og skráning eftir fæðingu byggist á því að haka í þar til gerð stöðluð form þannig að samfelldur texti er ekki mikill.

Ekkert er mikið um heimafæðingar hér á Skáni, meðal annars vegna þess að konur þurfa að standa undir öllum kostnaði sjálfar. Einnig eru skilyrði fyrir að fá að fæða heima strangari en við þekkjum á Íslandi, til dæmis má frumbyrja ekki fæða heima þrátt fyrir að vera alveg hraust í eðlilegri meðgöngu.

Skjólstæðingararnir okkar eru fjölbreyttur hópur en Lundur er mikið fjölmenningsamfélag, bæði útaf háskólanum og einnig vegna fjölda innflytjenda. Fjölmenningin í Svíþjóð gæti einnig verið



Af fæðingarstofu.

ástæðan fyrir því hversu frábært viðmót við höfum fengið frá okkar skjólstæðingum, en Sviarnir eru vanir því að heyra bjagaða sænsku og það frá fólki í öllum stéttum og stöðum. Við erum allar sammála um það að hafa aldrei þurft að líða fyrir það að vera útlendingar. Við höfðum allar áhyggjur af því í byrjun að sinna konum í fæðingu, varla talandi á tungumálinu og bjuggumst kannski við því að konur myndu vilja skipta okkur út fyrir ljósmóður sem væri talandi, en það gerðist aldrei. Aftur á móti hafa Sviarnir verið duglegir að hrósa okkur og hafa margir haft orð á því hvað Íslendingar eru fljótir að ná sænskunni.

Við erum allar sammála um að lífið hér í Svíþjóð er afar gott. Þó launin séu svipuð og á Íslandi þá er mun ódýrara að lifa herna. Það kom okkur til dæmis mikið á óvart þegar börnin okkar byrjuðu í skóla hér og við þurftum ekki að kaupa neitt fyrir skólann, nema þá



Af vaktherberginu.



Gerður Eva, Anna Sigfrid deildastjórinn á fæðingardeildinni og Dóra.

kannski skólatösku. Hér fá börnin öll námsgögn í skólanum, allt frá blýöntum upp í fartölvur, okkur að kostnaðarlausu. Einnig eru allar skólamáltíðir ókeypis. Þetta á við leik-, grunn- og framhaldsskóla.

Við höfum allar nýtt okkur staðsetninguna vel til ferðalaga. Í sumar ferðuðumst við um Evrópu á okkar einkabílum, Hugborg og fjölskylda keyrðu í gegnum Danmörku til Þýskalands, Gerður Eva og fjölskylda keyrðu alla leið til Frakklands með viðkomu í Þýskalandi og Belgíu og Dóra og fjölskylda keyrðu til Króatíu með viðkomu í Þýskalandi, Tékklandi, Slóveníu og Austurríki.

Sumarið hér var dásamlegt, það má segja að það hafi vorað frekar seint en mars og apríl voru óvenju kaldir mánuðir í ár en svo kom maí með sól og blíðu og hátt í 30 stiga hita. Sumarið endaði einnig vel, eftir heldur rigningasaman ágúst mánuð kom september með 25 stiga hita í rúma viku og þá er gott að njóta lífsins á skánsku ströndunum. Veturnir á Skáni eru kaldir og gráir, meðalhitastig köldustu mánuðina er á bilinu 0–3 gráður og vegna rakans hérna þá nístir sá kuldi inn að beini. Það er ekki laust við að maður sakni svolítið snjósins á Íslandi í mesta vetrargrámanum.

En lífið er gott, við erum allar að aðlagast nýjum vinnustað, nýju tungumáli og nýju samfélagi. Börnin okkar hafa það gott og erum

við allar yfir okkur stoltar af þeim fyrir dugnaðinn sem þau hafa sýnt undanfarið ár, því vissulega eru svona breytingar ekkert alltaf dans á rósum. Við erum allar sannfærðar um það að þetta gerir okkur og fjölskyldum okkar gott og við eigum eftir að búa að þessari reynslu um ókomna tíð.

Fjöldi fæðinga	3653
-frumbyrjur	42,9%
-fjölbyrjur	57,1%
Tvíburafæðingar	1,7%
Fæðing um leggöng	81,5%
Keisaraskurðir	18,6%
-valkeisaraskurðir	8,0%
-bráðakeisaraskurðir	10,6%
Sphinter rifur	2,7%
-þriðju gráðu	2,5%
-fjórðu gráðu	0,2%
Spangarskurðir	8,1%
Utanbastdeyfing	16,3%
Gangsetningar	17,2%
Sitjandi fæðingar	0,2%



Kveðja til Íslands
Dóra Stephensen
Gerður Eva Guðmundsdóttir
Hugborg Kjartansdóttir

Nýtt!

BOSSAKREM Í ÚÐAFORMI

Hreinlegt, fljótlegt
og árangursríkt

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

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

Sveindís Yr Sigríðar Sveinsdóttir
Dagforeldri



ÁN ILMEFNA, PARABENA OG ROTVARNAREFNA

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

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

Fæst í apótekum

Alvogen
alvogen.is

REGION SKÅNE SÖKER



BARNMORSKA/MIDWIFE

Förlossningsenhet och BB-enhet
Malmö, Sverige

Är du intresserad av tjänsten? Kontakta områdeschef
Ann-Kristin Eriksson Herzog

Telefonnummer: +46 705 643 470
Email: ann-kristin.erikssonherzog@skane.se

Alla jobb hittar du på [Skane.se/jobb](https://www.skane.se/jobb)



Gör skillnad. Varje dag.

Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och en hållbar utveckling i hela Skåne. Vårt högsta beslutande organ är regionfullmäktige, som väljs direkt av invånarna i Skåne. För att lyckas i rollen tror vi att du är en god ambassadör för våra värderingar; välkomnande, drivande, omtanke och respekt.

Jólanótt

*María heilög María
minnst ég þín á jólanótt
yfir þér hvílir einstök dýrð
sem ekki verður til manna sótt
hugfangin horfir þú barnið á
himneskri birtu því stafar frá
María heilög María
mikil er köllun þín*

*María heilög María
meðal kvenna þú blessuð sért
ávöxtur kviðar þíns kom í nótt
kunnugt það verði öllum gert
fæddir þú soninn frumgetin
í fátækt innan um húsdýrin
María heilög María
mikil er köllun þín*

*María heilög María
mönnnum er borgið því sonur þinn
hingað er komin úr himins dýrð
hann sem er Guð og Frelsarinn
jötuna nálgumst hver jóla á ný
Jesús þar hvílir við höldum því
María heilög María
hátíð á jólanótt*

Þórdís Klara Ágústsdóttir

STOÐMJÓLK

FYRIR 1/2 TIL 2 ÁRA

SAMHLIDA
BRJÓSTAGJÖF



FYRIR TENNUR
& BEIN BARNA

PRÓTEININNIHALD
SNIÐIÐ AÐ BÖRNUM



TILBÚIN
TIL DRYKKJAR

C-VÍTAMÍN
ÖRVAR
JÁRNUPPTÖKU

ÞÆGILEGAR
UMBÚÐIR



Í upphafi náms

Nú er u.þ.b. hálft ár síðan við fengum fréttirnar um að við værum komnar inn í ljósmóðurfræði. Ég man tilfinninguna eins og hún hafi gerst í gær. Það var föstudagur og ég hafði beðið með óþreyju alla vikuna en okkur hafði verið tjáð að við myndum fá fréttirnar fyrir helgi. Þegar tölvupósturinn birtist á skjánum á símanum mínum fraus ég. Ég sneri símanum á hvolf og stífnaði upp. Ég þorði ekki að kíkja. Það tók mig tæpa klukkustund að manna mig upp til þess að skoða póstinn og ég fór náttúrulega að hágráta þegar ég las svarið. Þó svo að ég væri himinlifandi vissi ég ekkert hvað var í vændum.

Fyrstu dagarnir voru dásamlegir. Við fórum rólega af stað og fengum góðan tíma til að kynnst hópnum. Við þurftum að setta okkur við að vera ekki í gömlu stofunni í Eirbergi en sú stofa var víst ekki mönnum bjóðandi sökum heilsuspillandi myglu. Ég hugsa þó að húsnæðismálin hafi tekið meira á kennarana en okkur og voru sumir í hálfgerðu uppnámi yfir skrýtna andrúmsloftinu í Lækna-garði og öllu kertaleysinu. Einnig höfum við staðið í ströngu varðandi bakkelsismál og lent upp á kant við húsvörðinn sem vildi ekki leyfa okkur að vera með mat og drykk inni í kennslustofum. Við höfum þó komist upp á lagið með að leyna hann því að við séum með veitingar þar sem það kemur ekki til greina að fara á mis við þá rótgrónu hefð að klára áfanga með hlaðborði af veitingum fyrir hópinn.

Við höldum einnig uppi heiðri hefðarinnar um að fara saman í sumarbústað og skelltum okkur á virkum degi. Sú ferð æxlaðist á töluvert annan hátt en ég hafði gert mér í hugarlund en fljótlega vorum við allar sestar niður með þrjóna og heklunál líkt og við gerum alla jafna í kennslustundum. Voru flestar að byrja á

hinu margumrædda ljósmæðrateppi sem sést í þáttunum „Call the Midwife“ og því lík og önnur eins framleiðsla! Það var ekki fyrr en garnirnar voru farnar að gaula allhressilega sem að einhverjar tóku að sér að standa upp og snúa sér að eldamennskunni. Eftir dýrindis lambalæri og ágætt spilakvöld var haldið í pottinn og fljótlega eftir það fór ein og ein að tynast í háttinn.

Nú eigum við aðeins einn áfanga eftir og við erum orðnar ansi þreyttar. Ef ljósmóðurfræðinámið hefur kennt okkur eitt-hvað þessa fyrstu mánuði, þá er það hvernig veita skal buguðu samstarfsfólki viðeigandi stuðning. Við værum ekki hér ef við hefðum ekki hver aðra. Eftir hvern einasta áfanga höfum við tekið nokkurs konar þústfundi þar sem við fáum útrás fyrir óhóflegt verkefnaálag. „Bara nokkrir dagar í jólafrí“ er það síðasta sem ég hélt að ég myndi hugsa í þessu námi. Allt er svo áhuga-vert og skemmtilegt, en þegar álagið verður of mikið verður upplifunin önnur. Við hlökkum því til að snúa til baka, úthvildar og þrautlesnar, úr jólafríinu til þess að takast á við framhaldið.

Þrátt fyrir mikla andlega bugun og þreytu í hópnum höfum við náð að kynnst hver annarri mjög vel. Á nokkrum mánuðum erum við orðin hálfgerð fjölskylda og er ekki furða að samnemendur kalli hver aðra systur. Við erum gríðarlega sterkur hópur með ólíkan bakgrunn og við höfum lært óendanlega mikið af hver annarri. Ég gæti ekki verið þakklátari fyrir hópinn og get ekki beðið eftir því að starfa með þessum drottningum í framtíðinni.

*Inga María Árnadóttir,
nemandi á 1. ári í ljósmóðurfræði*



Fyrsta árs ljósmæðranemar.

Fréttir frá Norðurlandasamtökum ljósmæðra (NJF)

STJÓRNARFUNDUR 2015

Stjórnarfundur Norðurlandasamtaka Ljósmæðra (NJF) var haldinn í Reykjavík 19.–20. maí 2015. Fundurinn var haldinn í Borgartúni 6 og að þessu sinni sátu hann fulltrúar allra Norðurlandanna, ásamt íslensku fulltrúunum Áslaugu Valsdóttur, formanns LMFÍ, Hildi Kristjánsdóttur, formanni NJF, Steinu Þóreyju Ragnarsdóttur, Ástu Hlínar Ólafsdóttur og Grétu Rún Árnadóttur. Ásta Hlín og Gréta Rún voru kosnar ritarar fundarins. Lillian Bondo, formaður danska ljósmæðrafélagsins, komst því miður ekki á fundinn að þessu sinni.

Fundurinn hófst á hefðbundnum fundarstörfum. Áslaug Valsdóttir, formaður LMFÍ, bauð fundargesti velkomna og ræddi stuttlega fyrirkomulag fundarins og hagnýta þætti. Að því búnu tók forseti samtakanna við fundarstjórn. Að því loknu var gengið til hefðbundinnar dagskrár sem fólst meðal annars í samþykkt fundarboðunar, vali á fundarritara, yfirferð og samþykkt fundargerðar síðasta fundar sem haldinn var í Helsinki 2014.

Forseti flutti skýrslu sína og farið var yfir póstlista stjórnarmeðlima. Að venju höfðu öll löndin sent skýrslu sína til fundarins fyrir fundinn. Fulltrúar landanna kynntu helstu atriði síns lands og svöruðu fyrirspurnum. Skýrslurnar liggja frammi á skrifstofu Ljósmæðrafélags Íslands og er hægt að lesa þær þar. Hér á eftir verður stiklað á stóru úr skýrslum landanna og umræðum um þær.

Danmörk

Danska ljósmæðrafélagið hefur frá árinu 2009 unnið eftir stefnumótun sinni „Ljósmóðir allt lífið – allt lífið ljósmæðrum til handa. Þessi stefnumótun tekur á sex meginatriðum; *starfsvettvangi ljósmæðra, umfangi starfsins, góðum vinnustað, rannsóknnum og menntun og stjórnun og stöðu ljósmæðra í samfélaginu* (sjá nánar hér: http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Politik_og_organisation/Politik_og_visioner/2012_Strateginotat_efter_kongres_og_HB_2012.pdf).

Danska ljósmæðrafélagið hefur unnið markvisst að því að auka fjölda ljósmæðra í fullu starfi og hefur sú aukning orðið 40% á síðustu fimm árum. Þrátt fyrir þetta ber enn nokkuð á atvinnuleysi meðal ljósmæðra í Danmörku.

Eins og víðar á Norðurlöndunum hefur verið mikill niðurskurður í heilbrigðisþjónustu en ljósmæðrum hefur tekist að halda í gæðastaðal um nærveru og stuðning ljósmæðra í fæðingu. Verkefnið þekkt ljósmóðir, sem felur í sér að sama ljósmóðir sinnir konunni gegnum allt ferlið, er virkt um allt land nema í Kaupmannahöfn. Ljósmæður starfa í æ meiri mæli í einkarekstri og æ fleiri svæði eru að opna unglingamóttökur sem ljósmæður sinna. Áfram er stefnt að því að ljósmæður komi meira að nýburarþjónustu en það hefur ekki verið svo fram til þessa. Um 90% allra ljósmæðra í Danmörku eru félagar í ljósmæðrafélaginu sem er bæði fag- og kjarafélag.

Finnland

Breytingar á heilbrigðiskerfinu hafa orðið á þann veg að fæðingardeildum með færri en 1000 fæðingar á ári hefur verið lokað og

hefur það valdið miklum óróa í samfélaginu. Nú árið 2015 eru 27 fæðingardeildir í landinu. Til þess að vekja athygli á þessari stöðu mála efndu ljósmæður til einskonar leiksýningar meðfram þjóðvegum landsins og á bensinstöðvum þar sem voru opnaðar svokallaðar pop-up fæðingardeildir. Uppátækið vakti mikla athygli hjá fjölmiðlum og almenningi og áhyggjuraddir vegna ástandsins urðu háværari en áður.

Ákveðið hefur verið að þróa menntun ljósmæðra enn frekar og hefur verið skipuð nefnd á landsvísi til þess að vinna tillögur að þessu. Á árinu voru gefnar út opinberar leiðbeiningar um umskurð drengja án læknisfræðilegrar ástæðu.

Árið 2013 fæddust 58.525 börn í Finnlandi og var meðalaldur fæðandi kvenna 30,4 ár. Fæðingu þar sem soglukka var notuð fjölgaði nokkuð og voru þetta ár 8,7% en fyrir 10 árum síðan aðeins 6,4%. Tiðni keisaraskurða var 16,3%. Epidural-deyfingar eru nú notaðar við 48% fæðinga um fæðingarveg á landsvísi og 75% frumbyrja nota deyfinguna. Á háskólasjúkrahúsunum er notkunin 56%.

Ljósmæður sinna fæðingum og sængurlegu í Finnlandi en heilsugæsluhjúkrunarfræðingar annast meðgönguvernd. Finnsla ljósmæðrafélagið er fyrst og fremst fagfélag ljósmæðra og ljósmæðranema. Meðlimir voru 4321.

Færeyjar

Yfirljósmóðirin á fæðingardeild sjúkrahússins í Þórshöfn hefur sagt starfi sínu laus þar sem hún telur að hún geti ekki sinnt því í samræmi við starfslýsingu sína. Ljósmæður sinna mæðravernd, fæðingarþjónustu og sængurlegu, en hjúkrunarfræðingar sinna nýburum á deildinni. Forstjóri sjúkrahússins hefur lagt til að hjúkrunarfræðingar taki alfarið að sér sængurlegu og nýburarþjónustu og ljósmæðrum verði fækkað á hverri vakt. Ljósmæður eru að vonum reiðar yfir þessu og telja að hæfni þeirra og kunnáttu sé gróflega vanmetin og að þetta muni hafa í för með sér lélegri þjónustu þessa hóps. Vatnsfæðingar eru ekki leyfðar á sjúkrahúsinu og þær konur sem vilja fæða í vatni gera það heima.

Þann 1. janúar 2016 var fæðingardeildinni á Suðurey lokað þar sem ekki hafði tekist að ráða þangað skurðlækni til þess að gera keisaraskurði og svæfingateymi var heldur ekki til staðar. Ekki stóð til að hafa fæðingardeildina án þessarar þjónustu. Þetta hefur í för með sér að konur sem búa á eyinni þurfa að fara til Þórshafnar 1–2 vikum fyrir áætlaðan fæðingardag og búa á sjúkrahótel.

Fæðingardeildin í Færeyjum hefur verið vinsæl meðal ljósmæðranema bæði frá Danmörku og Noregi og er alltaf einhver fjöldi nema þar hverju sinni. Fæðingar árið 2014 voru 623. Ljósmæðrafélag Færeyja er bæði fag- og kjarafélag og eru meðlimir um 20. Flestar ljósmæður eru menntaðar í Danmörku.

Ísland

Vísað er til skýrslu formanns LMFÍ frá aðalfundi félagsins. Meðan á fundinum stóð var kjarabaráttu ljósmæðra í algleymingi og hitti stjórnin margar ljósmæður á kjarafundi. Stjórn NJF gaf út stuðnings-

yfirlýsingu við þessa baráttu og verkfall ljósmæðra. Á fundinum var sérstaklega rætt að frumkvæði okkar um kvartanir og meðferð þeirra í heilbrigðiskerfinu og kom Elísabet Benedíks yfirlæknir á fundinn og sagði frá aðferðafræði rötargreiningar. Hildur Sigurðardóttir ljósmóðir og Bergrún S. Jónsdóttir kynntu heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi. Góður rómur var gerður að þessu efni.

Noregur

Ljósmæður í Noregi starfa flestar í hlutastöðum og árið 2009 var tekin ákvörðun um það á norska Stórþinginu að styrkja ætti starfsumhverfi og starfsvettvang ljósmæðra bæði hvað varðaði gæði og magn þjónustu.

Við stjórnskiptin 2012 varð enn ljósara hvernig þessi framkvæmd ætti að vera og ljósmæðrum var ætlað að sinna lífsstílsamtölum í heimaþjónustu í sængurlegu. Í framhaldinu voru unnar leiðbeiningar um sængurlegu og þar er skýrt að ljósmæður heimsækja konur eftir fæðingu og er gert ráð fyrir því að ljósmæður í heilsugæslu sinni þessari þjónustu.

Leiðbeiningar um fæðingarstaði, gæði þjónustu þeirra og skipulag á landsvísi varð til þess að tveimur fæðingarstöðum var lokað ásamt einni fæðingarstofu þar sem mönnun var ekki í samræmi við leiðbeiningarnar. Stórum fæðingardeildum hefur reynst erfitt að fylgja eftir leiðbeiningum um að konur eigi að hafa „sína“ ljósmóður meðan þær eru í „aktívum“ fasa fæðingar. Enn fremur reynist ekki vera tími til þess að sinna sí- og endurmenntun ljósmæðra né handleiða nýjar ljósmæður í starfi.

Árið 2012 voru gefnar út klínískar leiðbeiningar um heima-fæðingar. Þjónustan er sérfræðiþjónusta og ekki hluti af heilbrigðiskerfinu og konur sem óska eftir heima-fæðingu þurfa að semja sérstaklega um það við ljósmóður og borga henni úr eigin vasa. Vandí hefur komið upp varðandi lyf sem nota á við heima-fæðingar og þurfa konurnar að semja við sinn lækni um að fá ávísað þessum lyfjum. Ljósmæðrafélagið reynir að semja við stjórnvöld um greiðslur fyrir þessa þjónustu.

Um áramótin 2015/2016 var ávísanaréttur ljósmæðra og heilsugæsluhjúkrunarfræðinga (n. helsesöster) sem hafa hlotið sérstaka menntun/þjálfun, útvikkaður og nær til allra kvenna sem orðnar eru 16 ára í stað eingöngu kvenna 16–19 ára. Enn fremur nær rétturinn til allra hormónagetnaðarvarna og hann verður bundinn við einstaklinginn en ekki heilsugæslustöðina eins og áður var. Um 90% allra ljósmæðra í Noregi eru meðlimir í norska ljósmæðrafélaginu sem er bæði fag- og kjarafélag.

Svíþjóð

Töluverður skortur er á menntuðum ljósmæðrum í Svíþjóð og er hann mest áberandi í stærri bæjum/borgum. Þetta hefur orðið til þess að ljósmæðranemum hefur fjölgað og var opnaður ljósmæðraskóli við Sophiahemmet í Stokkhólmi haustið 2013. Gert er ráð fyrir að útskrifa um 200 ljósmæður árlega næstu árin. Ný fæðingar-deild opnaði í Stokkhólmi á árinu og úr varð að þar voru ráðnar 70 ljósmæður sem eðlilegs málsins samkvæmt komu frá öðrum fæðingar-deildum í Stokkhólmi. Þetta hafði mikil áhrif á laun ljósmæðra sem hækkuðu að meðaltali um ca. 5.000 sænskar krónur á mánuði.

Málefni fæðingarþjónustu í Svíþjóð hafa verið til umræðu víða og meðal annars leitt til þess að ríkið mun gera úttekt á þjónustunni og kortleggja hana. Lítil samfella er í þjónustu ljósmæðra þar sem meðgönguverndin fer fram í heilsugæslu/hjá sveitarfélögum, fæðingar eru á fæðingardeildum sem ekki hafa endilega tengingu við þær og sængurlegan er annars staðar á sjúkrahúsunum eða á sjúkrahótelum. Greiðslufyrirkomulag vegna fæðinga er mismunandi eftir stöðum og sama á við um meðgönguverndina.

Ljósmæðrafélagið hefur hafið samtal við fæðinga- og kvensjúkdómalækna um framtíð fæðingarþjónustu í landinu og vonast til þess að það samtal verði árangursríkt. Rætt er um að ljósmæðrastýrðar einingar séu hagkvæmur kostur fyrir hraustar konur í eðlilegri meðgöngu frekar en teymisþjónusta á hátæknisjúkrahúsum fyrir allar konur óháð áhættustigi.

Heima-fæðingar eru afar sjaldgæfar í Svíþjóð og þá aðallega óskipulagðar. Um eitt prómill fæðinga eru skipulagðar fyrirfram og það er aðeins í Stokkhólmi og sum staðar nyrst í Svíþjóð sem ríkið greiðir fyrir þessar fæðingar. Árið 2014 fæddust 114.907 börn í Svíþjóð. Sænska ljósmæðrafélagið er fyrst og fremst fagfélag og eru allar starfandi ljósmæður félagar.

ÖNNUR MÁL

Menntun

Á síðasta fundi samtakanna var rætt um menntunarmál og ákveðið að hraða yrði gerð skýrsla um málið. Helga Gottfreðsdóttir námsbrautarstjóri var gestur fundarins og kynnti stöðuna hér á landi. Umræðum verður haldið áfram á næsta fundi.

Stjórnarfundur var haldinn í Gautaborg 11. maí 2016 og ráðstefna Norðurlandasamtakanna var í Gautaborg 12.–14. maí 2016 en þá var sænska ljósmæðrafélagið 130 ára. Ísland mun svo halda ráðstefnuna 2019, á 100 ára afmæli LMFÍ.

Allar frekari upplýsingar er hægt að nálgast hjá undirrituðum.

Reykjavík í mars 2016.

Hildur Kristjánsdóttir og Áslaug Íris Valsdóttir.

STJÓRNARFUNDUR 2016

Stjórnarfundur Norðurlandasamtaka ljósmæðra (NJF) var haldinn í Gautaborg 11. maí 2016. Á fundinn voru mættir fulltrúar frá öllum Norðurlöndunum og var hann haldinn í húsakynnum Födelsehuset í Gautaborg. Födelsehuset er örlítið húsnæði þriggja ljósmæðra sem halda allskyns námskeið fyrir verðandi foreldra og hafa fengið styrk til þess að mennta doulur af ýmsum þjóðernum sem eru sænskumælendi. Þannig hefur orðið til hópur 60 doulu sem tala ótrúlegan fjölda tungumála og starfa sem túlkar og doulur fyrir konur sem ekki tala sænsku. Þetta verkefni hefur hlotið töluverða athygli og reynst mjög vel.

Eftir að formaður sænska ljósmæðrafélagsins Mia Ahlberg hafði boðið okkur velkomnar og fundarmenn (sérstaklega nýir) höfðu kynnt sig var gengið til hefðbundinna fundarstarfa. Forseti samtakanna tók saman helstu atriði frá síðasta fundi og kynnti dagskrá komandi fundar.

Að venju fluttu löndin skýrslur sínar sem höfðu borist með nokkrum fyrirvara og urðu því góðar umræður um þær. Hér á eftir er stuttlega fjallað um það helsta sem kom nýtt fram frá fyrra ári.

Í **Danmörku** hefur ljósmæðrafélagið boðið upp á námskeið sem kallað er „ambassadör utbildning“ sem hefur það að markmiði að ljósmæður verði meðvitaðar um félag sitt, framkomu í viðtölum, skrif stuttra pistla um málefni sem brenna á ljósmæðrum og konum. Sem saggt að vera talsmenn stéttar sinnar og starfs.

Einnig hefur nýútskrifuðum ljósmæðrum verið boðið til skrafs og ráða til félagsins og fjallað hefur verið um trúnaðarmenn, launakerfi, uppbyggingu félagsins og hlutverk félagsmanna. Bæði þessi námskeið/fundir hafa mælst afar vel fyrir og ljósmæður eru sýnilegri en áður. Áfram er unnið að endurskoðun stefnu félagsins og er þess vænst að hún verði tilbúin á þessu ári. Ljósmæðrafélagið hefur látið gefa út veglegan bækling um ljósmæður í Danmörku sem er skrifaður á dönsku og ensku og fallega myndskreyttur.

Finnskar ljósmæður fengu nýjan formann á liðnu ári og hlakkar hún til að takast á við spennandi verkefni. Það sem ber hæst hjá þeim er lenging námsins úr 4 1/2 ári í 5 ár sem veitir bæði hjúkrunar- og ljósmóðurlýfi. Markmið þessara breytinga er meðal annars að ljósmæður muni sjá um konur á meðgöngu og í sængurlegu. Enn eykst miðstýring fæðinga og eru ljósmæður mjög uggandi vegna aukins fjölda fæðinga á leið á sjúkrahús og heima-fæðinga án ljósmóður.

Í **Færeyjum** er nú aðeins ein fæðingardeild. Stjórnun deildarinnar er ekki í höndum ljósmæðra en mönnun er góð. Nýr stjórnandi hefur hvatt til og aukið verulega samstarf ljósmæðra, hjúkrunarfræðinga og lækna og eru nú tvær til þrjár ljósmæður á vakt á deildinni hverju sinni. Unnið er að kjarabótum sem meðal annars fela í sér að fá greitt vaktaálag og að til dæmis helgarvaktir leiði til færri vinnustunda á viku. Verið er að reyna ýmsar leiðir í þessu efni. Um 600 fæðingar eru á ári á sjúkrahúsinu í Færeyjum og epidural-deyfingar eru nánast undantekning við allar fæðingar.

Áslaug Valsdóttir, formaður Ljósmæðrafélags Íslands, kynnti skýrslu félagsins og spunnust umræður um verkfallið og fjárhagsstöðu félagsins. Einnig var rætt nokkuð um heimafæðingar og sagt frá doktorsvörn Berglindar Hálfðánsdóttur.

Norska ljósmæðrafélagið vinnur að breyttu innra skipulagi aðallega vegna starfsanda á skrifstofunni og slæmrar fjárhagslegrar stöðu félagsins. Varaformaður félagsins hefur tekið við skrifstofurekstrinum og uppsagnir annarra starfsmanna standa fyrir dyrum. Töluverð barátta er milli norska hjúkrunarfélagsins og ljósmæðrafélagsins um félagsmenn og má sem dæmi nefna að hjúkrunarfélagið veitir námsstyrki og afslátt af félagsgjöldum fyrsta árið eftir útskrift. Formenn félaganna eru í viðræðum um þetta, en um er að ræða ástand sem hefur varað lengi og hefur gengið frekar illa að leysa. Fæðingardeildum fækkar enn og nú eru aðeins hátæknisjúkrahús með fæðingardeildir en fæðingarstofur í afskekktum byggðum fá enn að starfa.

Í Noregi er til reglugerð sem segir að kona í fæðingu eigi að hafa ljósmóður sér við hlið meðan hún er í virkri fæðingu. Þessu hefur ekki verið mætt með aukinni mönnun á deildum sjúkrahúsa. Sömu sögu er að segja frá Danmörku, Svíþjóð og Finnlandi, en í Færeyjum tekst ljósmæðrum að ná þessu gæðaviðmiði. Enn fremur ræddu stjórnarmeðlimir að lokun ljósmæðrastýrðra eininga í löndunum hefði ekki haft í för með sér aukna mönnun á fæðingardeildum sem eru opnar. Þar væri því oftast ekki um verulega undirmönnun að ræða. Í kjölfar þessarar umræðu sendir stjórn NJF frá sér yfirlýsingu sem hljóðar svo: *The board of NJF calls upon immediate action from health care authorities to guarantee support to all women during pregnancy and labor from a midwife to ensure life and health.*

Mikil umræða er í **Svíþjóð** vegna lokunar tveggja stórra ljósmæðrastýrðra fæðingardeilda í Stokkhólmi. Konur í Stokkhólmi og nágrenni fá ekki alltaf inni á fæðingardeild og geta þurft að bíða heima eða á biðstofum í marga klukkutíma til þess að komast á fæðingarstofu. Heimafæðingar eru ekki niðurgreiddar nema að hluta af ríkinu og fáar ljósmæður vinna við þær. Mikil umræða er um fimm ára direct entry nám í Svíþjóð. Menntamálaráðuneytið styður ekki tillöguna að svo stöddu en áfram verður reynt að fá þessu framgengt. Umræða er um hæfniviðmið fyrir ljósmæður sem sinna heimafæðingum og sitt sýnist hverjum. Töluverðar umræður urðu um þetta og gátum við sagt frá okkar finu ljósmæðrum hér og töldum þetta ekki vera vandamál.

Ingela Wiklund, fyrrum formaður sænskra ljósmæðra, gjaldkeri í ICM og ráðgjafi hjá World bank og WHO flutti afar fróðlegan fyrirlestur og stýrði umræðum um sjúkdómsvæðingu (medikaliseringu) fæðinga og lífs kvenna almennt.

Ákveðið var að þema næsta fundar yrði notkun ómskoðana í löndunum.

Ýmis önnur mál voru rædd á fundinum og Áslaug Valsdóttir kynnti áform okkar um ráðstefnuna hér 2019 og benti á vefsíðu ráðstefnunnar njfcongress.is.

Næsti stjórnarfundur verður haldinn í Danmörku 20.–21. apríl 2017. ICM ráðstefna verður í Toronto 2017. Hildur var endurkjörinn formaður NJF til næstu þriggja ára.

Að loknum stjórnarfundinum sóttum við ráðstefnu NJF sem var öll hin glæsilegasta. Hildur Kristjánsdóttir, formaður NJF, hélt opunar-ræðu ráðstefnunnar og skoraði á ljósmæður að láta betur og herra í sér heyra í allri umræðu sem snýr að störfum okkar og sækjast eftir störfum í opinberri stjórnsýslu eins og kostur væri. Áslaug Valsdóttir formaður tók þátt í panel umræðum um þau málefni sem hún og aðrir formenn telja nauðsynlegt að setja í forgang og vinna að fram til ársins 2019. Í lok ráðstefnunnar tók Áslaug svo við NJF ráðstefnu styttni úr hendi Miu Ahlberg, formanns sænskra ljósmæðra, til varðveislu fram að næstu ráðstefnu í Reykjavík 2.–4. maí 2019 á 100 ára afmæli félagsins.

Reykjavík 26. maí 2016
Hildur Kristjánsdóttir forseti
Norðurlandasamtaka ljósmæðra og
Áslaug Íris Valsdóttir formaður
Ljósmæðrafélags Íslands



Millarikka Rytkönen finnski formaðurinn, Tuija Alaranta frá Finnlandi, Mia Ahlberg sænski formaðurinn og Kristen Jørgensen norski formaðurinn.

Fréttir af alþjóðastarfi LMFÍ

Á þessu ári gekk Ljósmeðrafélag Íslands í EMA (European Midwives Association) og nú á haustmánuðum tókum við í fyrsta sinn þátt í árlegum fundi EMA sem fram fór í Sofía í Búlgaríu. Tilgangur þess að ganga í EMA er meðal annars sá að fylgjast með því sem er að gerast í nágrannalöndum okkar og hugsanlega leggja okkar af mörkum til að styðja við þau lönd þar sem ljósmeður eiga erfitt uppdráttar.

Það sem kom mest á óvart er hve ljósmeðrastéttin býr víða við mikið mótlæti hjá þjóðum sem eru landfræðilega nálægt okkur. Við þurfum ekki að líta lengra en til Búlgaríu, Rúmeníu eða Ungverjalands þar sem á sumar ljósmeður er lítið sem glæpamenn fyrir að vilja ekki vera aðstoðarstúlkur lækna heldur sinna sínu starfi eins og við þekkjum það. Í löndum sem okkur finnast vera þróuð og standa jafnfætis okkur, svo sem Austurríki, Þýskaland, Frakkland og Spánn, er staða ljósmeðra þannig að þær fá ekki að starfa sjálfstætt né eftir hugmyndafræði ljósmeðra.

Auk þess að fjalla um stöðu ljósmeðra í ýmsum löndum voru nokkur mál sem hafa verið í sviðsljósinu rædd. Mannréttindi og heilsa kvenna og barna eru lykilatriði í starfi EMA og einnig hvað ljósmeður eru að gera á hverjum stað og hvað þær geta gert til að styðja sem best við þessi lykilatriði. Þetta er mikilvægara núna en oft áður þar sem mikill straumur flóttamanna hefur legið til ýmissa landa Evrópu undanfarið, meira að segja til litla Íslands uppi í ballarhafi.

Frændþjóðir okkar hafa brugðist við með því að taka að sér að styðja ljósmeður í þeim löndum þar sem baráttan er erfð. Norðmenn styðja Afganistan og ljósmeður þar, Danir eru með Líbýu í föstri og Svíar eru rúmönskum ljósmeðrum innan handar. Það væri verðugt markmið fyrir Ísland að taka síðar að sér að styðja þjóð þar sem ljósmóðurfræðin á í baráttu.

Menntunarmál voru rædd enda er það hornsteinn að góðri ljósmeðraþjónustu að menntun sé góð og samkvæmt hugmyndafræði ljósmeðra en í sumum löndum reynist hún miðast við lækisfræði og sjúkdómsmiðaða hugmyndafræði (e. medical model). Auk þess kom í ljós að hægt er að útskrifast sem ljósmóðir með eins lítið og þrjár sjálfstæðar fæðingar að baki. Erfitt er fyrir ljósmeðranema að fá sjálfstæðar fæðingar þar sem læknar sjá um vel flestar fæðingar.

Skandinavir bera höfuð og herðar yfir aðrar þjóðir hvað varðar menntun, virðingu sem ljósmeður búa við og sjálfstæði í starfi. Af þeim Evrópuþjóðum sem fjallað var um sýnist okkur að lönd eins og Holland og Bretland komist næst Skandinavíu og athygli vekur að í Grikklandi starfa ljósmeður sjálfstætt utan sjúkrahúsa.

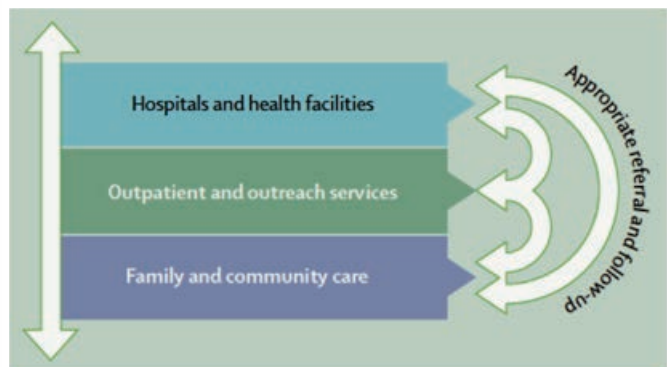
ICM

Evrópufundur ICM var haldinn daginn eftir EMA fundinn og er það til mikils hagræðis og sparnaðar.

Forseti ICM, Francis Day Stirk, talaði um stefnu ICM. Innan

samtakanna eru 125 þjóðir sem hafa stefnu ICM að markmiði. Bandaríkin nota nú staðla um menntun frá ICM til að þróa sitt ljósmeðranám. Talsverðar áhyggjur eru af sjúkdómsvæðingu fæðingaferlisins um allan heim. Við verðum að nota ljósmeðrarannsóknir til að tala gegn þeirri þróun. Í því sambandi er hægt að nota Lancet seríuna um ljósmóðurfræði sem kom út í júní 2014 sem ramma um umræðuna.

Märvi Jookinen, formaður EMA, ræddi um mikilvægi þess að heilbrigðisþjónusta væri samfelld og þverfagleg á þann hátt að notendur þjónustunnar þyrftu ekki að fara á marga staði með óþarflega löngum biðtíma og vera alltaf að segja sömu söguna aftur og aftur. Þetta hefur auðvitað verið rætt heilmikið hér heima og kallað ýmsum nöfnum, eins og teymisvinna, þverfaglegt samstarf (e. skill-mix) o.fl. og benti Märvi á mikilvægi þess að sjúklingum væri vísað á rétta staði. Hún ræddi einnig að ljósmeður störfuðu víða í samræmi við þetta og sýndi mynd úr skjali frá WHO máli sínu til stuðnings. Sjá mynd hér fyrir neðan.



Tekið af: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/292202/Life-Course-Approach-in-SRH.pdf?ua=1

Lesley Page var gestur fundarins og ræddi hún um sjúkdómsvæðinguna og hvernig hægt væri að gera barneignarferlið mannúðlegra og það taki mið af mannréttindasáttmála Sameinuðu þjóðanna og Evrópusambandsins. Hún ræddi einnig að ef til vill ættum við ekki að leggja höfuðáherslu á og tala um að afsúrsa (e. de-medicalize) barn-eignarferlið heldur frekar að horfa til mannúðar hvað það varðar.

Þegar stjórn LMFÍ ákvað að ganga í EMA þá var það til reynslu, til að sjá hvort við ættum erindi inn í þessi samtök. Eftir þátttöku í þessum fundi er ljóst að LMFÍ á heilmikið erindi í samevrópskt samstarf og getur bæði gefið og þegið.

Áslaug Íris Valsdóttir og
Hildur Kristjánsdóttir



Hugleiðingar ljósmóður á Ísafirði



Erla Rún Sigurjónsdóttir
Ljósmóðir á Heilbrigðisstofnun
Vestfjarða

Á lygnum björtum dögum sem oft hafa komið hér fyrir vestan þetta haustið er fátt fallelgra en Ísafjarðardjúp. Þegar ég fluttist hingað vestur fyrir tæpum sjö árum síðan féll ég strax í stafi yfir fegurð Snæfjallastrandarinnar og er enn á þeirri skoðun að það að fá að njóta útsýnis á borð við það vestfirski á leið heim til kvenna og nýfæddra barna þeirra séu sönn forréttindi. Og ég elska starfið. Tengslin sem myndast við konurnar og fjölskyldur þeirra í samfelldri þjónustu á borð við þá sem ég veiti hér fær fátt toppað. En hér í þessu samfélagi virðist það samt svo sjálfsagt. Samfélaginu þar sem sumar þessara sömu kvenna eru með mér í kvennakórnum, á mömmumorgnum, í saumaklúbb og jafnvel á bæjarstjórnarfundum. Þegar samfélagið er náð finnst mörgum að persónuleg og góð þjónusta í mæðravernd, í og eftir fæðingu, komi af sjálfu sér. En hún gerir það ekki.

Nú er svo komið að ég er eina ljósmóðirin á Vestfjörðum. Sú aleina í öllum landshlutanum, eða „höfðinu á Íslandi“ eins og Ísfirðingarnir, börnin mín, kalla það. Og þegar vestfirski lognið fer að hreyfast hraðar, það hvín í þakskegginu og heiðarnar lokast byltir eina ljósmóðirin sér stundum í bælinu og veltir því fyrir sér hvernig konurnar hennar hafi það nú. Og jafnvel hvers vegna ég sé orðin hér alein eftir. Það er ekki vegna þess að hér séu ekki verkefni fyrir fleiri ljósmæður. Og það er heldur ekki vegna þess að ekki sé með neinu móti hægt að fá ljósmæður til starfa. Og það er svo sannarlega ekki vegna þess að konur kjósi ekki að njóta þjónustu í heimabyggð. Það er vegna stefnu stjórnvalda. Þar sem ég ligg þarna og að venju hagræði litlum líkama fæddum á vestfirskri fæðingardeild þannig að ég sé hvorki með tær í andlitinu né olnboga á milli rifja finnst mér eins og niðurskurðarhnífurinn hangi á einu hári yfir fæðingardeildinni minni. Fæðingardeildinni okkar allra hér.

Heilbrigðisstofnun Vestfjarða er burðarás í samfélaginu hér fyrir vestan. Ekki einungis er hún stærsti vinnustaðurinn heldur er þjónustan mjög mikilvæg öllum íbúum hér. Þegar dagarnir eru hvað stytir og nóttin lengst lokast stundum allar leiðir héðan til Reykjavíkur, bæði á landi og í lofti. Þá er nú gott að hér sé opin skurðstofa, færi svo að einhver fengi botnlangakast til dæmis. Og þó að ég vandi valið á þeim

konum sem hér gefst kostur á að fæða og reyni að halda inngrípum í eðlilegt fæðingarferli í lágmarki er skurðstofuþjónustan forsenda fyrir rekstri fæðingardeilda hér. Og þar kreppir skóinn. Skurðstofuþjónusta kostar. Það er alveg sama hversu íbúum kann að þykja þjónustan mikilvæg, teljist hún ekki svara kostnaði fellur niðurskurðarhnífurinn. Á sunnanverðum Vestfjörðum hefur ekki verið fæðingarþjónusta um árabil sem hefur leitt það af sér að þar er ekki lengur nein ljósmóðir til að sinna mæðravernd. Og ekki er það vegna þess að mæðravernd skipti ekki máli.

Það sama skal ekki fá að gerast hér. Þetta er í raun og veru það sem blasir við heilbrigðisstarfsfólki, ljósmæðrum sem og öðrum, hvar sem er á Íslandi. Það verður að standa vörð um þá þjónustu sem þegar er til staðar, því ef hún er skorin niður er ekki víst að neitt komi í staðinn. Að minnsta kosti ekki nema með gífurlegri fyrirhöfn. En alltaf eru einhver ljós í myrkrinu. Við Íslendingar búum að ótrúlega kraftmiklu, vel menntuðu og kláru fagfólki og þar liggja styrkleikar okkar heilbrigðiskerfis. Eins og dæmin sanna geta einstaklingar lyft grettistaki líkt og stelpurnar í Björkinni sem hafa náð koma á fót sjálfstæðri fæðingarstofu og látið þar með langþráðan draum margra ljósmæðra rætast. Hér á Ísafirði er líka margt frábært samstarfsfólk sem er tilbúið að berjast fyrir því að veita hér áfram góða þjónustu. Þó ég sé eina ljósmóðirin sem stendur er ég svo sannarlega ekki ein á báti. Í byrjun nóvembermánaðar tók til starfa nýráðinn forstjóri Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða, Kristín B. Albertsdóttir, og hefur tekið að sér það viðamikla verkefni að reisa fjársvelta heilbrigðisstofnunar úr rústunum. Hún, eins og ég, sér mörg tækifæri fyrir okkar litlu fæðingardeild og hefur hug á að efla hana með ráðum og dáð. Með væntanlegum Dýrafjarðargöngum sem hefjast á handa við á næsta ári opnast möguleiki á því að tengja betur saman heilbrigðisþjónustu á sunnan- og norðanverðum Vestfjörðum og ég hlakka mikið til að geta fengið tækifæri til að þjónusta konur á Patreksfirði og í nálægum byggðarlögum.

Þegar þetta er ritað standa yfir stjórnarmyndunarviðræður. Við skulum vona að við taki stjórn sem getur styrkt okkur Vestfirðinga sem og aðra til góðra verka.

Myndir frá ljósmæðradeginum 4. maí 2016 á Nauthól





Blessuð sé minning þeirra.

† MINNING

Ljósmaður kvaddar 2016

Guðlaug Hrönn Björgvinsdóttir

Fæddist í Kópavogi 29. október 1963. Útskrifaðist sem ljósmóðir frá Háskóla Íslands 12. júní 2010. Hún lést 26. desember 2015.

María Anna Lund

Fæddist á Raufarhöfn 2. september 1927. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1949. Hún lést 8. janúar 2016.

Helga Daniëlsdóttir

Fæddist að Bárustöðum í Andakílshreppi 18. janúar 1926. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1952. Hún lést 8. janúar 2016.

Salome Maríasdóttir

Fæddist að Sætúni í Grunnavíkurhreppi 30. mars 1927. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1948. Hún lést 26. janúar 2016.

Ragna Stefánsdóttir

Fæddist að Hlíð í Lóni 15. október 1912. Útskrifaðist frá LMSÍ 1. október 1937. Hún lést 12. febrúar 2016.

Freydís Th. Laxdal

Fæddist að Meðalheimi á Svalbarðsströnd 8. apríl 1941. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1960. Hún lést 21. febrúar 2016.

Kristín Hulda Þórarinsdóttir

Fæddist að Tjaldanesi í Arnarfirði 20. maí 1951. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1962. Hún lést 23. september 2016.

Lilja Sigurðardóttir

Fæddist í Vestmannaeyjum 26. júní 1942. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1973. Hún lést 24. október 2016.

Kristín Guðrún Jónsdóttir

Fæddist á Mýri í Súðavíkurhreppi 10. júní 1928. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1950. Hún lést 7. desember 2016.

Steinunn Finnbogadóttir

Fæddist í Bolungarvík 9. mars 1924. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1943. Hún var formaður Ljósmaðrafélags Íslands 1971-1979. Steinunn var fyrsta konan sem varð aðstoðarmaður ráðherra en hún var aðstoðamaður Hannibals Valdimarssonar 1971-1973. Steinunn varð heiðursfélagi LMFÍ og var sæmd riddarakrossi Hinnar íslensku fálkaorðu 1982. Hún lést 9. desember 2016.

Fylgstu með á facebook -
Lindex Iceland



LINDEX

we make fashion feel good



NÝR DIGITAL FÓSTURDOPPLER



Huntleigh Sonicaid SR3 er nýr og betrubættur digital fósturdoppler með háskerpuskjá, línuriti og endurhlaðanlegu batteryi. Dopplerinn er með áföstan, vatnsheldan prób sem einnig er hægt að nota við fæðingar í vatni.

Nánari upplýsingar:

Erna Dís Brynjúlfsdóttir Heilbrigðisverkfræðingur B.Sc., sími 580 3919, netfang: erna@fastus.is

Verið velkomin í verslun okkar
Ópið virka daga kl. 8:30–17:00

Síðumúli 16 | 108 Reykjavík | Sími 580 3900 | fastus.is

FASTUS

Veit á vandaða lausn