

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 2. tbl. - 91. árgangur - desember 2013 –
Journal of the Icelandic Midwives Association –



Rúmlega á meðgöngu

Belgjalosun

Vímuefnanotkun
og barneignir

Inngrip í fæðingarferlið

Ræðst gegn verkjum



Paratabs®

– Öflugur verkjabani!

Notkunarsvið: Paratabs inniheldur virka efnið parasetamól 500 mg. Paratabs er verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Lyfið er m.a. notað við höfuðverk, tannverk, tíðaverk, vöðvaverk og hita. **Skömmtun:** Fullorðnir og unglingar sem eru 50 kg eða þyngri: 1 til 2 töflur á 4 til 6 klst. fresti eftir þörfum, að hámarki 6 töflur/3 g á dag. Börn og unglingar sem eru 43-50 kg að þyngd: 1 tafla á 4 klst. fresti eftir þörfum, að hámarki 5 töflur/2,5 g á dag. Börn sem eru 34-43 kg að þyngd: 1 tafla á 6 klst. fresti eftir þörfum, að hámarki 4 töflur/2 g á dag. Börn sem eru 26-34 kg að þyngd: ½ tafla á 4 klst. fresti eða 1 tafla á 6 klst. fresti eftir þörfum, að hámarki 3 töflur/1,5 g á dag. Paratabs 500 mg er ekki ætlað börnum sem eru innan við 26 kg. **Varúðarreglur:** Þeir sem hafa ofnæmi fyrir parasetamóli eða einhverju hjálparefnanna eiga ekki að nota lyfið. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrar- og nýrnastarfsemi, samhliða meðferð með lyfjum sem hafa áhrif á á lifrarstarfsemi, skort á glúkósa-6-fosfatdehýdrógenasa, rauðalosblóðleysi, ofnotkun áfengis, ofþornun og langavarandi vannæringu. Forðast skal samhliða notkun Paratabs og áfengis. Paratabs á ekki að nota samtímis öðrum lyfjum sem innihalda parasetamól. Ef teknir eru stærri skammtar en ráðlagðir hámarksskammtar á sólarhring er hætt við alvarlegum lifrarskemmdum. Langvarandi notkun getur valdið alvarlegum og tíðum höfuðverkjum. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með astma, sem eru næmir fyrir acetylsalicylsýru. Ef hár hiti eða einkenni sýkingar eru enn til staðar eftir meðferð í meira en 3 daga, eða ef verkur er enn til staðar eftir meðferð í meira en 5 daga, skal leita til læknis. **Meðganga og brjóstgjöf:** Nota má Paratabs í ráðlögðum skömmtum á meðgöngu eða samhliða brjóstgjöf. **Aukaverkanir:** Parasetamól þolist almennt vel, aukaverkanir eru sjaldgæfar ef ráðlögðum skömmtum er fylgt. Ekki taka meira en ráðlagðan skammt. Athugið að hærri skammtar en ráðlagðir eru geta valdið mjög alvarlegum lifrarskemmdum. **Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.** Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá. Júlí 2013.

Actavis



Ljósmeðrablaðið gefið út af
Ljósmeðrafélags 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
formadur@ljosmodir.is
formadur LMFÍ

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
S. 846 1576 hrafno@internet.is
Edda Sveinsdóttir
eddasveins@simnet.is
Ásrún Ösp Jónsdóttir
asrun@yahoo.com

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

Myndir
Áslaug Valsdóttir
Hrafnhildur Halldórsdóttir
Shutterstock

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Dóra Stephensen

Umbrot og prentvinnsla
Stafræna prentsmiðjan - www.prentun.is

Ljósmeðrablaðið er opinbert tímarit Ljósmeðrafélags Íslands og er öllum ljósmeðrum heimilt að senda efni í blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru alfarið á ábyrgð greinahöfunda og endurspegla ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar eða Ljósmeðrafélagsins. 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 ljósmeðra 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.

Forsiða
Mynd: Shutterstock

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórapistill
- 5 Ávarp formanns
- 6 Líðan kvenna sem liggja rúmlegu á meðgöngu
*Rakel Ösp Hafsteinsdóttir, Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
og Valgerður Lisa Sigurðardóttir*
- 12 Belgjalosun
Jóna Björk Indriðadóttir
- 15 Inngríp í fæðingarferlið
Hildur Sólveig Ragnarsdóttir
- 19 Vímuefnanotkun og barneignir
Valgerður Lisa Sigurðardóttir
- 27 Vinur minn, hann Erlendur Rannsakari
Berglind Hálfðánsdóttir
- 29 Oddrúnarpistill
- 30 Stjórnarfundur NJF
Hildur Kristjánsdóttir,
- 33 Norræn ljósmeðraráðstefna í Osló
- 34 Lygna - Fjölskyldumiðstöð
- 36 Brynhildur Hermannsdóttir ljósmóðir
- 39 Hugleiðingar ljósmóður
Birna Gerður Jónsdóttir



Ritstjórapistill

Það eru aftur að koma jól, þau sem eru nýbúin. Ég man eftir að mamma mín sagði þetta oft við mig þegar ég var lítil, ég skildi ekkert í þessu því mér fannst tíminn ekki svona fljótur að líða þá. Þetta hlýtur að segja eitthvað um að ég sé að eldast. Aðventan er dýrlegur tími og er það orðinn hluti af jólaundirbúningnum hjá mér að ganga frá Ljósmaðrablaðinu. Það kemur aðeins seinna til ykkar þetta árið, er það vegna þess að ég dreif mig í nám og ákvað að fresta lokavinnslu á blaðinu fram yfir prófatímann hjá mér, vona að það komi ekki að sök.

Rúmlega og hvíld á meðgöngu eru meðferðarúræði sem hafa verið notuð til margra ára við meðgöngutengdum sjúkdómum. Ég hef heyrt sögur frá eldri ljósmaðrum af því að konur þurftu að leggja í rúminu eftir fæðingu, þær voru skolaðar að neðan í rúminu, þær sem reyktu voru keyrðar í rúminu fram í reykhvergi til að reykja og svona mætti lengi telja. Ég hef undrast það að fleiri konur hafi ekki dáið vegna hreyfingarleysis eftir fæðingu. Ég hef aldrei skilið hvað gerðist á þessum tíma, af hverju konur voru kyrrsettar svona eftir fæðingu. Ef við hugsum til formæðra okkar sem fæddu í torfbæjum þá heyrði maður sögur um að þær voru að raka á engjunum, fóru inn í bæinn og fæddu og héldu svo áfram að raka, en kannski eru þetta bara þjóðsögur. Þarna eru öfgarnar í báðar áttir og best er að finna hinn gullna meðalveg. Rakel Ösp, Ingibjörg Hreiðarsdóttir og Valgerður Lisa skrifa grein um rúmlegu í blaðið. Þar kemur fram að til sé töluvert af rannsóknum sem hafa skoðað líðan kvenna á rúmlegu, en engar rannsóknir hafa komið fram síðustu áratugi sem styðja gagnsemi rúmlegu á meðgöngu, margar rannsóknir



Hrafnhildur Ólafsdóttir
ritstjóri Ljósmaðrablaðsins

hafa sýnt ítrekað fram á skaðleg áhrif rúmlegu bæði á líkamlegt og sálfélagslegt heilbrigði.

Í dag er það í verklagi ljósmaðra í heilsugæslu að gera innri skoðun hjá konum við 41. viku meðgöngu og bjóða síðan að losa um belgi til að freista þess að þær fari af stað í fæðingu. Í starfi mínu á fæðingagangi á LSH finnst mér ég sjá það allt of oft að verið sé að losa um belgi fyrir þann tíma, jafnvel fyrir 40. viku. Þessar konur fá oft mikla verki, þær koma inn á fæðingadeild og þurfa verkjameðferð. Þær eru ekki í fæðingu, finna bara fyrir verkjum sem valda oft svefnleysi. Að framkvæma belgjalosun fyrir 40 vikna meðgöngu hjá konu í eðlilegri meðgöngu er yfirleitt bjarmargreiði fyrir konuna. Jóna Indriðadóttir skrifar grein í blaðið upp úr lokaverkefni sínu um belgjalosun, þar kemur fram að það sem skiptir miklu máli er að konur fái almennilega fræðslu um aukaverkanir

belgjalosunar, eins og óreglulega samdrætti og jafnvel svefnleysi. Þar kemur einnig fram að belgjalosun skuli ekki framkvæma fyrr en eftir 41 vikna meðgöngu eða þegar það er ákveðið að fara að gangsetja konuna.

Alltaf er verið að ræða og rita um inngripa-tíðni í fæðingum og er það nauðsynlegt, erum við að grípa of mikið inn í eðlilegt fæðingafærlí? Okkur Íslendingum hefur tekist að halda keisaratiðni í lágmarki. En hvað með önnur inngrip eins og belgjarof, notkun hriðaörvandi lyfja og áhaldafæðinga svo eitthvað sé nefnt? Hildur Sólveig Ljósmaðir skrifar grein í blaðið sem fjallar um inngrip í fæðingu. Niðurstöður úttektar hennar gefa til kynna að tíðni og notkun ákveðinna inngripa sé að aukast á Landspítalanum sem er í takt við það sem sést í fræðilegum heimildum. Gæta mætti meiri samræmingu í skráningu á notkun inngripa og ábendingar mættu vera skýrari.

Skjólstaðingar okkar eru fjölbreyttir og vandamálin misjöfn. Eitt heilbrigðisvandamál sem er að aukast er vímuefnanotkun kvenna á barneignaraldri. Talið er að þetta vandamál fari vaxandi á heimsvísu og er þetta ekkert öðruvísi hér á landi, því miður. Valgerður Lisa skrifar grein um hvernig sé best að koma til móts við konur með fíknisjúkdóm og fjölskyldur þeirra. Þarna eru skjólstaðingar okkar að fast við tvö stór verkefni á sama tíma; að verða foreldri og að takast á við erfiðan sjúkdóm. Það gerir stöðu þeirra einstaka en um leið eru ljósmaður líka í einstakri stöðu til að mæta þeim og hafa áhrif á líf þeirra.

Óska ég ljósmaðrum og öðrum lesendum Ljósmaðrablaðsins gleðilegra jóla og farsældar á komandi ári.



Launamisrétti í hálfa öld

Ekki er hægt að segja annað en að þessir tæpu fimm mánuðir sem ég hef starfað sem formaður Ljósmeðrafélags Íslands hafi liðið hratt og verið viðburðaríkir – never a dull moment, hefði pabbi minn sagt væri hann á lífi.

Kjaramálin hafa tekið mestan tíma og kraft í haust. Bæði að ljúka gerð stofnana-samninga og svo undirbúningur kjaraviðræðna í desember og janúar nk. Við höfum í höndum skýrslu þá sem unnin var í kjölfar kjarakönnunar BHM sem sýnir svart á hvítu þann kynbundna launamun sem enn ríkir, því á heildargreiðslum árið 2012 munaði 11,9% á launum karla og kvenna (karlar hærri) þegar búið var að leiðrétta m.t.t. vinnustunda, aldurs, menntunar og mannaforráða. Í skýrslunni kemur einnig skýrt í ljós að 70 þúsund króna launamunur er á meðallaunum ljósmeðra (ljósmeður lægri) og annarra stétta sem eru með svipaða námslengd. Heildarlaun ljósmeðra eru reyndar í áttunda sæti meðal félaga BHM en það skýrist af vaktaálagi því að þegar eingöngu eru tekin grunnlaun reynast ljósmeður aftur vera í áttunda sæti en núna neðan frá. Það er því ljóst að ljósmeður eiga enn langa baráttu fyrir höndum til að fá sanngjörn laun fyrir sína menntun og ábyrgð í starfi.

Þá erum við komin að því sem er hálfleiðinlegt umræðuefni en það er hvernig gengið hefur að fá konur til starfa fyrir félagið. Við erum lítil stétt og verðum að stóla á okkur sjálfar til að knýja fram bætt kjör. Það er enginn annar sem kemur með það til okkar á silfurfati. Nú finnst mér að verði að horfa til framtíðar og þyrfti félagið



Áslaug Valsdóttir
formaður Ljósmeðrafélags Íslands

að mínu mati að koma sér upp að minnsta kosti tveimur konum sem alltaf ynnu að samningamálum fyrir félagið. Þær yrðu þá öllum hnútum kunnugar og þjálfuðust auðvitað með tímanum og yrðu „gamlir refir“. Mín hugmynd er sú að þær yrðu ráðnar hjá félaginu á þeim tíma sem samningar stæðu yfir og yrðu fasti punkturinn, kjaranefnd og formanni til halds, trausts og leiðbeininga. Auðvitað getur alltaf eitthvað komið uppá og enginn er bundinn til lífstíðar en þess vegna þyrftu að vera tvær um þetta. Nýjar konur yrðu svo þjálfaðar upp. Með þessu móti yrðu aldrei eingöngu nýgræðingar í samningamálum.

Það eru að sjálfssögðu til aðrar lausnir á málinu og ein þeirra er til dæmis að sameinast öðrum samtökum. Ég hef heyrt að sú hugmynd hafi nokkuð fylgi. Því

fylgja vissulega nokkrir kostir en baráttumál ljósmeðra fara ekki endilega saman við baráttumál hinna félaganna, við erum vaktavinnustétt en hinir ekki. Við erum lítið félag, mun rödd okkar heyrast? Þá hefur félagið ekki lengur ákveðinn „front“ með eigin skrifstofu. Þetta þarf að minnsta kosti allt að skoða vandlega og stíga varlega til jarðar.

En að málefnum fagsins. Ég held að það sé mjög mikilvægt að ljósmeður sofi ekki á verðinum og standi vörð um sín störf. Allir vita um fækkun fæðingarstaða. Ég held að við verðum að sækja ákveðið fram og tala eins og ekkert sé sjálfsagðara en að þeim stöðum verði þá breytt í fæðingarstað samkvæmt skilgreiningu D. Færri vita um fækkun stöðugilda í heilsugæslunni sem skýtur skökku við á sama tíma og verið er að tala um að efla grunnþjónustu og forvarnir. Því er mjög mikilvægt að gerð verði stefnumótun fyrir barneignarþjónustuna. Hvernig á þetta að vera og hvert á að stefna? Ljósmeður verða að hafa talsmann/-menn í þeirri vinnu.

Samstaða innan stéttarinnar er mjög mikilvæg, að standa við bakið hver á annarri og styðja þær konur sem starfa að málefnum ljósmeðra. Ekkert félag er sterkara en meðlimir þess. Ég segi þetta nú því að líklegt er að ef breytingar eiga að nást fram þá þurfi aðgerðir af einhverju tagi. Við skulum horfa hjartsýnar fram á veginn, við erum vel menntuð stétt sem vinnur mikið ábyrgðarstarf. Berum okkur vel og berum höfuðið hátt nú sem endranær.

Að lokum óska ég öllum ljósmeðrum og fjölskyldum þeirra gleðilegra jóla.



Líðan kvenna sem liggja rúmlegu á meðgöngu



Rakel Ösp Hafsteinsdóttir
ljósmóðir



Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ljósmóðir MSc á Landspítala



Valgerður Lís Sigurðardóttir,
ljósmóðir MSc á Landspítala

INNGANGUR

Rúmlega er eitt algengasta ráð sem notað er til að koma í veg fyrir hótandi fyrirbura-fæðingu og til að takmarka áhrif annarra meðgöngutengdra sjúkdóma (Goldenberg, 2002). Talið er að allt að 20% kvenna sem fæða í Bandaríkjunum hafi verið ráðlögð rúmlega eða einhvers konar takmörkun á hreyfingu eftir 20. viku meðgöngu (Gilbert, 2011). Skiptar skoðanir eru á gagnsemi rúmlegu þar sem rannsóknir hafa sýnt fram á ýmsar neikvæðar afleiðingar hennar bæði í líkamlegu og sálfélagslegu samhengi (Bigelow og Stone, 2011; Gilbert, 2011; Goldenberg, 2002; Maloni, 2002).

Rúmlega (e. bed rest) og takmörkun á hreyfingu (e. activity restriction) á meðgöngu eru tvö hugtök sem oft er talað um í samhengi en ekki er alltaf gerður skýr greinarmunur á milli þeirra (Maloni, 2011). Rúmlega og hvíld á meðgöngu eru meðferðarúrræði sem hafa verið notuð til margra ára við meðgöngutengdum sjúkdómum. Þegar meðganga flokkast sem áhættumeðganga er talsvert algengt að notast sé við meðferðarúrræðið að einhverju leyti, allt frá algerri rúmlegu til einhversrar takmörkunar á hreyfingu á meðgöngutím- anum (Gilbert, 2011). Gagnsemi rúmlegu hefur verið skoðuð í nokkrum rannsóknum en erfitt er að bera þær saman vegna þess að skilgreiningin á rúmlegu er misjöfn, til

dæmis hve lengi hún stendur yfir, hvers konar takmörkun er á hreyfingu og hvort konan liggur heima eða á sjúkrahúsi (Fox, Gelber, Kalish og Chasen, 2009; Sciscione, 2010). Í flestum tilfellum er um að ræða mikla takmörkun á hreyfingu sem felur oft í sér legu í láréttri stöðu meira og minna allan sólarhringinn (Maloni, 2010).

Algennt er að rúmlega eða takmörkun á hreyfingu sé notuð í eftirfarandi tilfellum: Við fyrirmálsrífum himna fyrir tímann (PPROM), leghálsbilun með eða án legháls- saums (cerclage), í tilfellum fyrirsætrar fylgju með blæðingu, við meðgöngu- tengdum háþrýstingi og meðgöngu- eitrun. Einnig þegar saga er um fæðingu fyrir tímann eða núverandi vandamál á meðgöngu sem bendir til hótandi fyrir- burafæðingar, í fjölburaþungunum og þegar viðvarandi blæðing er á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngu. Hversu mikil takmörkun er á hreyfingu eða hvort konum sé fyrirskipuð rúmlega fer allt eftir edli sjúkdóms hverju sinni (Gilbert, 2011).

Í þessari grein verður farið yfir líðan kvenna sem liggja rúmlegu á meðgöngu og hvaða áhrif hún getur haft á konuna og fjölskyldu hennar. Farið er yfir hvers konar umönnun ljósmæður geta veitt konum á rúmlegu og hvort það sé jafnvel hægt að sinna þessum skjólstæðingum heima fyrir. Einnig verður skoðað hvort gagnreynd

þekking búi að baki meðferðarúrræðinu eða hvort það byggist einungis á reynslu- þekkingu og hefð. Greinin byggist á loka- verkefni fyrsta höfundar til kandidateisprófs í ljósmóðurfræði sem ber heitið Líðan kvenna sem liggja rúmlegu á meðgöngu (Rakel Ösp Hafsteinsdóttir, 2013).

Fræðilegur bakgrunnur

Líkamlegar- og lífeðlisfræðilegar breytingar

Rúmlega hefur almennt margvísleg áhrif á líkamsstarfsemi. Þegar barnshafandi kona er í láréttri stöðu eykst blóðflæði um leg því þá dregur úr þrýstingi frá legi á neðri holæð (e. inferior vena cava). Það auðveldar svo fylliþrýsting hjartans (e. venous return) og eykur þar af leiðandi blóðflæði í líkamanum sem eykur blóðflæði um nýru og veldur því auknum þvagútskilnaði. Vegna alls þessa lækkar venjulega blóðþrýstingur og þar með eykst blóðflæði um fylgju og til barns (Gilbert, 2011).

Þegar einstaklingur liggur í langan tíma í rúmi í láréttri stöðu byrjar líkaminn að aðlagast breyttri stöðu og breytingarnar sem eiga sér stað gerast mjög hratt. Líkja má líkamanum við gosflösku sem lögð er á hlið, en líkt og í flöskunni þá færast líkamsvökvar frá fötum í átt að höfði (Maloni, 2002). Þessi breyting á stöðu til lengri tíma hefur eftirfarandi áhrif á konur á meðgöngu og eftir fæðingu: Vöðvarýrning,

Apótekið þitt

í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2



Reykjavíkur Apótek býður upp á allar tegundir lyfja. Mikið og fjölbreytt úrval af heilsulyfjum, bað- og ilmvörum, gjafavörum auk ýmissa annarra góðra kosta.

Reykjavíkur Apótek er sjálfstætt starfandi apótek sem leggur áherslu á persónulega þjónustu og hagstætt verð.



SKAPINN AUGLENGASTOFA

Öryrkjar og eldri borgarar njóta sérkjara hjá okkur

Afgreiðslutími:
9-18:30 virka daga
10-16:00 laugardaga

Reykjavíkur  Apótek

aukið niðurbrot beina, blóð og blóðvökvi minnkar, þyngdartap eða lítil þyngdaraukning, svimi, meltingartruflanir, brjóstsvíði og bakflæði, minnkuð matarlyst, breytingar á svefn- og vökustigi, aukin þvagmyndun, aukin blóðtappahætta, áhrif á innkirtlakerfi, gryn timeri öndun við áreynslu, minnkað útfall hjarta (e. cardiac output) og slagmagn (e. stroke volume) hjarta.

Storkutillhneiging í líkamanum eykst á meðgöngu og er talið að það sé leið náttúrunnar til að minnka blóðmissi í fæðingu og ef fösturlát verður. Konur eru fimmfalt líklegri til að þróa með sér blóðtappa á meðgöngu en þegar þær eru ekki þungaðar (James, Tapson og Goldhaber, 2005). Þegar kona liggur rúmlegu í meira en fjóra daga eykst áhættan á blóðtappa (Gilbert, 2011). Aukin þvagmyndun verður fyrsta sólarhringinn á rúmlegu, þar sem líkaminn reynir að losa sig við aukið magn vökva í brjóstholi og höfði (Maloni, 2002). Blóð og blóðvökvi minnkar um sem svarar 7% af líkamsþyngd (Gilbert, 2011). Blóðþrýstingsnemar (e. baroreceptors) í brjóstholi sem hjálpa við að stýra blóðþrýstingi í stöðubreytingum eru ekki lengur örvaðir. Þegar viðkomandi stendur síðan upp eru nemarnir lengur að taka við sér og getur það valdið réttstöðulágþrýstingi (e. orthostatic hypotension) (Maloni, 2002).

Minni þrýstingur er á vöðva og bein sem veldur þróttleysi í vöðvum og vöðvarýrnun eftir aðeins 24–48 tíma legu. Þessi breyting á sér sérstaklega stað í beinagrindarvöðvum sem bera manneskjuna uppi, eins og í fótum og baki. Talið er að vöðvarúm-mál minnki um meira en 25–30% á fimm vikum (Gilbert, 2011; Maloni, 2002). Þegar líkaminn verður ekki fyrir neinni örvun í lóðrétttri stöðu veldur það einnig breytingum á dægursveiflu (e. circadian rhythms) og getur það truflað svefnmunstur sem leiðir svo til þreytu. Þó það liti út fyrir að viðkomandi sé að hvíla sig þá er raunin sú að rúmlega veldur meiri þreytu (Maloni, 2002). Rúmlega getur haft áhrif á innkirtlakerfi þannig að insúlínviðnám og glúkósuþol eykst (e. glucose intolerance) (Gilbert, 2011).

Rannsóknir sem hafa kannað tengsl fæðingarþyngdar barns og þyngdaraukningar móður á rúmlegu sýna fram á að konur sem liggja rúmlegu á meðgöngu þyngjast ekki sem skyldi á legunni og jafnvel léttast (Maloni, Margevicius og Damato, 2006; Maloni, Alexander, Schluchter, Shah og Park, 2004; Malon, Chance, Zhang, Betts og Gange, 1993). Talið er að þessi litla þyngdaraukning móður geti svo haft áhrif á fæðingarþyngd barna þeirra, en tvær rannsóknir hafa sýnt fram á marktækt lægri fæðingarþyngd barna í einburaföngunum, þegar móðir er á rúmlegu á meðgöngu, í samanburði við mæður sem ekki lágu rúmlegu á meðgöngu (Maloni o.fl., 2004; Maloni o.fl., 1993). Ekki tókst þó að sýna

fram á sömu tengsl í fjölburaþungunum, þó svo að mæðurnar þyngdust ekki alltaf sem skyldi á meðgöngunni (Maloni o.fl., 2006).

Sálfélagsleg liðan kvenna sem liggja rúmlegu á meðgöngu

Rúmlega getur haft í för með sér fjöldan allan af sálfélagslegum fylgikvillum. Vanlíðan er fjölþætt hugtak sem er oft notað í þessu samhengi (Maloni, 2011). Til vanlíðunar teljast þunglyndis- og kvíðaeinkenni, þreyta, streita og álag (Maloni, 2011; Marga Thome og Stefánía B. Arnardóttir, 2009). Einkenni vanlíðunar geta komið fram sem áhugaleysi, breyting á matarlyst og svefni, þreyta, eirðarleysi, vanmáttar-kennd, ráðaleysi, léleg einbeiting, sektar-kennd og fleira (Marga Thome og Stefánía B. Arnardóttir, 2009).

Í breskri langtímarannsókn kemur fram að tíðni þunglyndis og kvíða er jafnvel algengari á meðgöngu en eftir fæðingu. Tíðnin er lægri fyrri part meðgöngu eða 11,8% og fer upp í 13,5% á seinni hluta meðgöngu. Rannsóknir á vanlíðan kvenna á meðgöngu hafa einblint á konur í eðlilegri meðgöngu og því er skortur á rannsóknum sem skoða vanlíðan kvenna í áhættumeðgöngu. En áhættuþættir tengdir meðgöngu geta aukið líkur á þunglyndi, vanlíðan, álagi og kvíða. Konur í áhættumeðgöngu upplifa oft kvíðvænlega hluti eins og skyndilega innlög á sjúkrahús þar sem lífi móður og/ eða barns er ógnað. Vanlíðan kvenna í þeim aðstæðum hefur svo áhrif á liðan fjölskyldu þeirra (Maloni, Park, Anthony og Musil, 2005).

Hvernig lýsa konur liðan sinni á rúmlegu?

Í samantekt rannsókna er snúa að rúmlegu kemur fram að þegar konur eyða mörgum dögum í rúminu virðast dagarnir vera lengi að liða sem og tilfinning um að tíminn standi í stað. Konur eru ótta-slegnar, þeim finnst þær ekki hafa stjórn á aðstæðum né á sínum eigin líkama, þær geta í raun og veru hreyft sig, en mega það ekki samkvæmt fyrirmælum lækna. Aðskilnaður frá fjölskyldunni tekur á, þær hafa áhyggjur af málum innan fjölskyldunnar sem og af sínum eigin neikvæðu tilfinningum og heilsu ófædd barns síns (Maloni, 2011).

Í rannsóknum sem hafa skoðað áhrif rúmlegu á meðgöngu á sálfélagslega liðan hafa eftirtaldir þættir komið fram hjá konum og fjölskyldum þeirra: Tíðni þunglyndis og kvíða er hærri en hjá konum í eðlilegri meðgöngu (Dunn, Handley og Shelton, 2007; Maloni o.fl., 2005). Aukið álag er á fjölskylduna í heild sinni, þá oft tengd hlutverka-skiptingu og fjarlægð frá fjölskyldu (O'Brien, Quenby og Lavender, 2010; Richter, Parkes og Chaw-Kant, 2007; Stainton, Lohan og Woodhart, 2005). Mörgum konum finnst tíminn lengi að liða og að þær séu í stöðugri bið (Rubarth, Schoening, Cosimano og Sanhurst 2012; Stainton o.fl., 2005; Thorn-

burg, 2002), þær finna fyrir leiða og kvarta undan iðjuleysi (Richter o.fl., 2007; Rubarth o.fl., 2012), hafa tilfinningu um að vera fangi (Rubarth o.fl., 2012) og líta á sjálfa sig sem holdi klæddan hitakassa fyrir ófædd börn sín (Stainton o.fl., 2005), fjárhagsferfiðleikar og svefntruflanir gera vart við sig (Rubarth o.fl., 2012; Stainton o.fl., 2005). Einnig koma fram tilfinningar um að hafa enga stjórn og áhyggjur af liðan barns (Richter o.fl., 2007; Rubarth o.fl., 2012). Maki hefur áhyggjur af liðan móður (May, 2001; Stainton o.fl., 2005) og konan hefur áhyggjur af fjölskyldunni sem er heima, ásamt erfiðleikum við að takast á við aðskilnað frá fjölskyldunni (Richter o.fl., 2007; Rubarth o.fl., 2012; Stainton o.fl., 2005). Algengt er að makar upplifi erfiðleika í föðurhlutverkinu, þar sem ábyrgð þeirra á heimilinu er nú meiri en áður (May, 2001) og konur finna fyrir þreytu og erfiðleikum við að einbeita sér (Rubarth o.fl., 2012).

Vanlíðan á meðgöngu - áhrif á ófætt barn

Á árum áður var talið að föstur væri varið fyrir streitu á meðgöngu. Í dag er hins vegar talið að streita berist til fösturs í gegnum fylgjuna. Kortísól, sem er streitu- eða sársaukaviðbragð vegna áreitiss í móðurkviði, hefur mælst hækkad hjá 20 vikna föstri. Konur sem finna fyrir kvíða og streitu eru með hærra magn kortísóls í blóði. Áhrifin eru svo talin geta haft áhrif á þroska barns fram eftir aldri (Gitau, Fisk, Teixeira, Cameron og Glover, 2001). Þó meirihluti kortísóls sem berst frá móður til barns um fylgju sé brotið niður, þá virðist vera að kortísól geti komist yfir fylgju í einhverju magni, sem hefur svo áhrif á heilabroska barns. Auknar líkur eru á að mikill kvíði og streita hjá þunguðum konum trufla eða hafi áhrif á þroska miðtauga- og innkirtlakerfis hjá barni (e. hypothalamic-pituitary-adrenal axis, HPA). Styrkur kortísóls ásamt andrenokortikótrópin (ACTH) hækkar í blóði móður þegar hún upplifir mikla streitu. Hins vegar getur góður félagslegur stuðningur haft jákvæð áhrif, það er að bæði kortísól og ACTH lækka. Því má leiða líkum að því að félagslegur stuðningur og bjargráð virki sem höggdeyfir (e. buffer) á áhrif fyrrgreindra efna á miðtauga- og innkirtlakerfi barns í streituvaldandi lífsviðburðum hjá móður (Talge, Neal og Glover, 2007). Nýlegar rannsóknir hafa einnig skoðað líffræðileg áhrif þunglyndis á útkomu meðgöngunnar. Þá sérstaklega hafa kortísól og streituhormón verið skoðuð, þar sem framleiðsla á þeim eykst þegar um er að ræða mikið þunglyndi. En þessi streitu-hormón eru talin auka losun á fylgjuhormóninu kortikótrópin, CRH, sem er eitt af þeim hormónum sem kemur af stað fæðingu (Dayan o.fl., 2006).

Mikill kvíði og þunglyndi á meðgöngu getur leitt til þess að kortísól mælist hátt í blóði barns eftir fæðingu. Það getur svo haft áhrif á mynstur streituvíðbragða hjá börnum

þessara kvenna og eru til að mynda meiri líkur á gráti fyrstu mánuðina í lífi barnsins (Davis o.fl., 2007). Kvíða- og þunglyndiseinkenni móður hefur áhrif á bæði skamm- og langtíma tilfinninga- og vitsmunabroska barns samkvæmt samantektarannsókn 14 meginlegra rannsókna (van den Bergh, Mulder, Mennes og Glover, 2005). Það er svo við fjögurra ára aldur sem áhrif til lengri tíma koma fram á tilfinningabroska og hegðun barnsins (O'Connor, Heron, Golding, Beveridge og Glover, 2002).

Er munur á liðan kvenna sem liggja rúmlegu heima í samanburði við rúmlegu á sjúkrahúsi?

Til eru fáar rannsóknir sem hafa skoðað útkomu rúmlegu í samanburði við það að liggja á sjúkrahúsi. Hefðbundin meðferð er að leggja konur inn á sérhæfða meðgöngu-deild til eftirlits (Salvador o.fl., 2003; Stainton o.fl., 2005). En þegar rúmlega á sjúkrahúsi er borin saman við rúmlegu heima fyrir sýna rannsóknarniðurstöður Salvador og félaga (2003) almenna ánægju hjúkrunarfræðinga, lækna og skjólstaðinga með rúmlegu heima fyrir. Það kemur jafnframt fram að enginn marktækur munur er á meðgöngulengd, fæðingarþyngd, Apgar stigun né fjölda innlagna inn á vökudeild á milli þeirra sem voru á rúmlegu heima og þeirra sem lágu á sjúkrahúsi. Í ástralskri rannsókn kemur fram að konur sem liggja rúmlegu heima finna síður fyrir líkamlegum verkjum, en svefnleysi og þreyta er jafn algeng á rúmlegu á sjúkrahúsi og heima sem og kvíði. Konum sem liggja á sjúkrahúsi finnst þær þó frekar hafa misst stjórn og sjálfstæði og sakna frekar vana og fjölskyldu (Stainton o.fl., 2005).

Algengi rúmlegu og trú heilbrigðisstarfsfólks á meðferðarúrræðinu

Ákvörðun um að fyrirskipa rúmlegu á meðgöngu virðist vera byggð á þeirri trú að meðferðin sé gagnleg til að minnka líkur á fyrirburafæðingu og sé örugg fyrir bæði móður og barn (Maloni, 2010). Hins vegar hefur rannsakendum undanfarna tvo áratugi ekki tekist að sýna fram á gagnsemi rúmlegu til að bæta útkomu barns (Fox o.fl., 2009; Goldenberg, 2002; Maloni, 2010). Niðurstöður rannsókna sem skoðað hafa algengi þess að lækna og ljósmæður mæli með rúmlegu í tilfellum um hótandi fyrirburafæðingu og fyrirmálsrifnun himna fyrir tímann sýna fram á að mikill meirihluti lækna og stór hluti ljósmæðra mælir með rúmlegu í þessum tilfellum þrátt fyrir að telja lítinn sem engan ávinning af meðferðinni (Fox o.fl., 2009; Sprague, O'Brien, Newburn-Cook, Heaman, og Nimrod, 2008). Rannsókn Fox og félaga (2009) sýnir einnig fram á það að heilbrigðisstarfsmenn virðast ekki hafa næga þekkingu á þeim aukaverkunum rúmlegu þar sem 85% þátttakenda telja rúmlegu ekki

hafa neina áhættu í för með sér. Þó hafa rannsóknir itrekað sýnt fram á skaðleg áhrif af rúmlegu, bæði líkamleg og sálfélagsleg (Bigelow og Stone, 2011; May, 2001; Maloni, 2011; Maloni, 2010; Maloni o.fl., 1993; Rubarth o.fl., 2012; Scisicone, 2010).

Leiðir til að bæta liðan kvenna sem liggja á rúmlegu

Rannsakendur telja mikilvægt að ljósmæður, hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk sem annast konur á rúmlegu sé vel vakandi fyrir vanliðan og streitumerkjum. Talið er að stuðningur frá fjölskyldu geti skipt sköpum fyrir konur og getur haft mikið að segja um hvernig þær takast á við meðgönguna undir breyttum formerkjum (Richter o.fl., 2007; Sittner, DeFrain og Hudson, 2005). Sittner og félagar (2005) telja að með því að koma auga á styrkleika hverrar fjölskyldu fyrir sig geta hjúkrunarfræðingar hjálpað konum að nýta sér styrkleikana á streituvaldandi tímum á meðgöngunni. Engar tvær meðgöngur eru alveg eins og hver kona er einstök. Konur hafa ólíkan bakgrunn og því eru þarfnar mismunandi. Því er mikilvægt að mati rannsakenda að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður ræði erfiðar tilfinningar, komi auga á stuðningsþarfir konunnar og meti hvernig konan skynjar meðferðina. Hlusta skal á skjólstaðinginn og taka mið af einstaklingsþörfum hvers og eins. Út frá því er svo hægt að byggja upp einstaklingshæfða hjúkrunarmeðferð fyrir hverja konu fyrir sig.

Að mati May (2001) verða heilbrigðisstarfsmenn einnig að vera vel meðvitaðir um að makar eru undir miklu álagi þegar konan þeirra er á rúmlegu og því mikilvægt að hlúa að þörfum þeirra samhliða þörfum kvennanna. Fræðsluþarfir kvenna eru einnig aðrar og með öðrum áherslum. Ásamt þessum þáttum benda Sittner og félagar (2005) einnig á að þessi skjólstaðingar eru allir í aukinni áhættu að eiga barn fyrir tímann og hluti af þeim mun sinna barni eða börnum sem liggja til lengri eða skemmri tíma á vökudeild. Því þarf að fræða þessar konur um umönnun fyrirbura og kynna fyrir þeim fræðslufni.

Maloni (2002) bendir á að lega til lengri tíma veldur líkamlegum verkjum og konan er háð öðrum um margar athafnir daglegs lífs. Það getur því verið gott að nauðsynlegustu hlutir séu í nálægð við rúmið svo hægt sé að ná í þá án hjálpar. Það eitt getur stuðlað að því að konunni finnist hún minna háð öðrum og finnist hún jafnvel hafa meiri stjórn á aðstæðum. Mikilvægt er að konan liggi einnig í góðu rúmi. Auk þess ber einnig að hafa eftirfarandi í huga: að hafa ísskáp nálægt rúminu, síma, sjónvarp og að stutt sé á salerni. Gott getur verið að borða frekar litlar máltíðir en stórar og nota magasýrulyf ef þess þarf. Stundaskrá fyrir daginn getur minnkað líkur á leiða. Hvetja

ætti konur til að klæða sig á hverjum degi, ekki liggja í náttfötunum allan daginn, mála sig og laga hárið eins og viðkomandi er vön að gera, allt til að minnka líkur á þunglyndiseinkennum. Einnig ætti að hvetja konur til að sofa sem minnst á daginn til að ná góðum nætursvefni. En sinnuleysi og slen eru oft fylgifyskar rúmlegu þrátt fyrir að konur reyni sitt allra besta til að berjast á móti því með ofantöldum þáttum. Mikilvægt er að koma þeim í skilning um að það var ekkert sem þær gerðu sem hefði getað breytt gangi meðgöngunnar, en sjálfsásökun er algeng hjá konum á rúmlegu (Maloni, 2002). Þjódá ætti konum sem liggja rúmlegu að hitta félagsráðgjafa, sálfræðing eða geðlækni sé þess talin þörf (Stainton, Lohan, Fethney, Woodhart og Islam, 2006).

Í eigindlegri rannsókn Rubarth og félaga (2012) voru dagbækur kvenna sem lágu rúmlegu greindar niður og þarfir þeirra metnar út frá skrifum þeirra. Út frá þeim niðurstöðum var lagt til að hafa rúma heimsóknatíma og að þær fengju frelsi til að ráða deginum sínum eins og hægt var í þeim tilgangi að bæta liðan kvenna á rúmlegu. Mikilvægt er að konan hafi val um hvenær matmálstímar eru, klukkan hvað farið sé í hjartsláttarrit og í sturtu og hvort hún vilji heyra í hjartsláttarritinu eða hafa slökkt á hljóðinu. Ástæðan var að ritið vakti upp ótta hjá hluta kvenna um að ekki væri í lagi með föstrið. Það var einnig metið mikilvægt út frá skrifum kvennanna að fagna merkmum áföngum í meðgöngunni, eins og þegar vissum vikum meðgöngunnar væri náð og fá fjölskylduna til að fagna með konunni og hrósa henni fyrir árangurinn. Jafnframt þyrfti að skoða hvort hægt væri að bjóða upp á einhvers konar iðju til að láta tímann líða. Tölva og nettenging getur haft mikið að segja til að konur geti haft samband við fólk utan sjúkrahússins. En margar lýstu skorti á því að hafa eitthvað fyrir stafni. Þá þyrfti að bjóða upp á félagsráðgjöf til að fara yfir tryggingamál og aðra þætti er snúa að réttindum. Mikilvægt er að vera til staðar fyrir konuna og spyrja hvort það séu einhverjir þættir sem valda ótta og kvíða og vinna í því með konunni. Virða ætti friðhelgi einkalífsins eftir besta móti, þó konan sé inniliggjandi á sjúkrahúsi en mörgum fannst þær eiga sér lítið sem ekkert einkalíf í þessum aðstæðum.

UMRÆÐUR OG LOKAORÐ

Ljóst er að margir þættir hafa áhrif á liðan kvenna á rúmlegu og það að leggja konur á rúmlegu getur haft talsverð áhrif á líkamlega og sálfélagslega liðan þeirra. Til er töluvert af rannsóknum sem hafa skoðað liðan kvenna á rúmlegu, en engar rannsóknir hafa komið fram síðustu áratugi sem styðja gagnsemi rúmlegu á meðgöngu. Vissulega má ekki gera lítið úr

margra ára reynslu lækna og ljósmæðra af því að nota úrræðið og getur vel verið að konur vilji einfaldlega krossleggja lappir og leggjast upp í rúm og gera allt sem þær geta til að lengja meðgönguna. Löng hefð er fyrir rúmlegu og kannski hafa heilbrigðisstarfsmenn jafnvel ekkert annað vopn uppi í erminni gagnvart því þegar upp kemur áhætta eins og hótandi fyrirburafæðing eða blæðing á meðgöngunni. Það getur skýrt hversu lífseig rúmlegan er sem meðferðarúrræði. Áhugavert er þó í þessu samhengi að skoða hversu hátt hlutfall heilbrigðisstarfsmanna myndi ráðleggja rúmlegu þrátt fyrir að telja lítinn sem engan ávinning af legunni (Fox o.fl., 2009, Sprague o.fl., 2008). Á sama tíma hafa rannsóknir sýnt ítrekað fram á skaðleg áhrif rúmlegu bæði á líkamlegt og sálfélagslegt heilbrigði (Bigelow og Stone, 2011; May, 2001; Maloni 2011; Maloni, 2010; Maloni o.fl., 1993; Rubarth o.fl., 2012; Scisicone, 2010). Svo virðist sem heilbrigðisstarfsmenn hafi ekki mikla þekkingu á aukaverkunum því mikill meirihluti þeirra telur að rúmlega hafi ekki neina áhættu í för með sér (Fox o.fl., 2009).

Athyglisvert er jafnframt að skoða áhrif streituhormóna á ófætt barn þar sem þau eru talin auka losun á fylgjuhormóninu kortikótrópin, CRH, en það er eitt af þeim hormónum sem kemur af stað fæðingu (Dayan o.fl., 2006). Þessar niðurstöður eru áhugaverðar í ljósi þess að konur sem liggja rúmlegu á meðgöngu eru jafnan undir meira álagi en aðrar þungaðar konur. Því velta höfundar þessarar greinar fyrir sér hvort streita sem afleiðing rúmlegunnar geti jafnvel ýtt undir fæðingu fyrir tímann fremur en sjúkdómsástandið sem varð til þess að konan var sett á rúmlegu. Þá má ekki vanmeta þau áhrif sem of hátt magn kortísóls í blóði getur haft á tilfinninga- og vitsmunapróska barns til lengri eða skemmri tíma sem og áhrif á tengsla-myndun móður og barns.

Oft á tíðum er rúmlega ein af þeim meðferðum sem notuð er þegar áhættan er orðin talsverð fyrir móður og/eða barn. Rúmlegan hefur svo víðtæk áhrif á liðan og hefur í för með sér sálfélagslegar aukaverkanir, ásamt líkamlegum og lífeðlisfræðilegum breytingum sem þegar hafa verið nefndar (Gilbert, 2011; Maloni o.fl., 2005; Maloni, 2002). Áhættuþættir tengdir fæðingu fyrir tímann eins og ungbarna-dauði, sjúkdómar fyrirbura og áhættan á langri vökudeildarmeðferð er mun meiri eftir því sem meðgöngulengd er styttri. En eftir því sem lengra liður á meðgönguna eru lífslíkur barns meiri og sjúkdómstíðni tengd fyrirburði lægri. Konur sem eru komnar styttra á leið í sinni meðgöngu eru því líklegri til að sýna einkenni þunglyndis og er það talið tengjast því að

lífslíkur barns þeirra eru minni á þessum tímamarki (Maloni o.fl., 2005). Ljóst er að heilbrigðisstarfsmenn sem vinna með konum í áhættumeðgöngu og sér í lagi þeim sem liggja rúmlegu þurfa að vera vel vakandi fyrir neikvæðum áhrifum legunnar á andlega og líkamlega heilsu. Mikilvægt er að hjálpa konum að koma auga á styrkleika sína og fjölskyldunnar til að hægt sé að takast á við meðgönguna undir breyttum formerkjum (Richter o.fl., 2007; Sittner o.fl., 2005). Höfundar telja jafnframt brýnt að gera rannsóknir á heilsu og liðan kvenna sem liggja rúmlegu hér á landi og bera saman við erlendar niðurstöður. Einnig væri áhugavert að sjá hvort hægt væri að sinna fleiri konum í dagdeildarþjónustu og/eða með heimaþjónustu ljósmæðra og fækka innlögnum inn á meðgöngudeild og meta árangur verkefnisins samtímis.

Heimildaskrá

- Bigelow, C. og Stone, J. (2011). Bed rest in pregnancy. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(2), 291–302.
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C., Chiciz-Demet, A. og Sandman, C. A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 737–746.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M. N., Conroy, S., Herlicovitz, M., Dreyfus, M. og Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 938–946.
- Dunn, L. L., Handley, M. C. og Shelton, M. M. (2007). Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bedrest. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(11), 1235–1246.
- Fox, N. S., Gelber, S. E., Kalish, R. B., og Chasen, S. T. (2009). The recommendation for bed rest in the setting of arrested preterm labor and premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(2), 165–e1.
- Gilbert, E. S. (2011). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. Mosby.
- Gitau, R., Fisk, N. M., Teixeira, J. M., Cameron, A. og Glover, V. (2001). Fetal hypothalamic-pituitary-adrenal stress responses to invasive procedures are independent of maternal responses. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 86(1), 104–109.
- Goldenberg, R. L. (2002). The management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*, 100(5, hluti 1), 1020–1037.
- James, A. H., Tapon, V. F. og Goldhaber, S. Z. (2005). Thrombosis during pregnancy and the postpartum period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(1), 216–219.
- Maloni, J. A. (2002). Astronauts & pregnancy bed rest. *AWHONN Lifelines*, 6(4), 318–323.
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106–124.
- Maloni, J. A. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert review of Obstetrics and Gynecology*, 6(4), 385–393.
- Maloni, J. A., Alexander, G. R., Schluchter, M. D., Shah, D. M. og Park, S. (2004). Antepartum bed rest: Maternal weight change and infant birth weight. *Biological Research for Nursing*, 5(3), 177–186.
- Maloni, J. A., Chance, B., Zhang, C., Betts, A. W. C. D. og Gange, S. J. (1993). Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest. *Nursing research*, 42(4), 202–203.
- Maloni, J. A., Margevicius, S. P. og Damato, E. G. (2006). Multiple gestation: Side effects of antepartum bed rest. *Biological Research for Nursing*, 8(2), 115–128.
- Maloni, J. A., Park, S., Anthony, M. K. og Musil, C. M. (2005). Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. *Research in nursing & health*, 28(1), 16–26.
- Marga Thome og Stefánía B. Arnardóttir. (2009). Vanliðan kvenna á meðgöngu: Eðli, tíðni og áhrif móður og fösturs. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (Ritstj.), *Lausnarsteinar: Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 21–37). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- May, K. A. (2001). Impact of prescribed activity restriction during pregnancy on women and families. *Health Care for Women International*, 22(1–2), 29–47.
- O'Brien, E. T., Quenby, S. og Lavender, T. (2010). Women's views of high risk pregnancy under threat of preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(3), 79–84.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M. og Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 502–508.
- Rakel Ösp Hafsteinsdóttir (2013). *Liðan kvenna sem liggja rúmlegu á meðgöngu*. Óútgefin kandidatsritgerð. Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Richter, M. S., Parkes, C. og Chaw-Kant, J. (2007). Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patient. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(4), 313–318.
- Rubarth, L. B., Schoening, A. M., Cosimano, A. og Sandhurst, H. (2012). Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(3), 398–407.
- Salvador, A., Davies, B., Fung, K. F. K., Clinch, J., Coyle, D. og Sweetman, A. (2003). Program evaluation of hospital-based antenatal home care for high-risk women. *Hosp Q*, 6(3), 67–73.
- Sciscione, A. C. (2010). Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(3), 232–e1.
- Sittner, B. J., DeFrain, J. og Hudson, D. B. (2005). Effects of high-risk pregnancies on families. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(2), 121–126.
- Sprague, A. E., O'Brien, B., Newburn-Cook, C., Heaman, M. og Nimrod, C. (2008). Bed rest and activity restriction for women at risk for preterm birth: a survey of Canadian prenatal care providers. *JOGC-TORONTO*, 30(4), 317.
- Stainton, M. C., Lohan, M. og Woodhart, L. (2005). Women's experiences of being in high-risk antenatal care day stay and hospital admission. *Australian Midwifery*, 18(1), 16–20.
- Stainton, M. C., Lohan, M., Fethney, J., Woodhart, L. og Islam, S. (2006). Women's responses to two models of antepartum high-risk care: day stay and hospital stay. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 19(4), 89–95.
- Talge, N. M., Neal, C. og Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 245–261.
- Thornburg, P. (2002). "Waiting" as experienced by women hospitalized during the antepartum period. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27(4), 245–248.
- Van den Bergh, B. R., Mulder, E. J., Mennes, M. og Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237–258.

Fæðingardeild Landspítala

Borgina værðin sig vefur
velflestir komnir í rúmið.
Borgarinn sætt nú sefur
sígur á miðnæturhúmið.

Uppljómuð, ógnum slungin
ein stendur bygging grá,
ofleiga angist þrungen
óp berast henni frá.

Kvennanna kvalasetur
kalla má þetta hús.
Auðargná engin getur
inn þangað komið fús.

Flekaðar fyrst af mönnum
forvitnar meyar og blíðar
nú koma nauðandi í hrönnunum
nú mánuðum síðar.

Glymja um alla ganga
geigvænleg kvalahljóð.
Líður svo nóttin langa
legvatnið streymir og blóð.

Húsbóndinn heitir Pétur
um hann snúast allir í kring.
Af list hann og lagni getur
lagt á Kielland með sving.

Hann Laugi er lækni slyngur
er lýsa ég best tel svo:
Hann leikur við hvern sinn fingur
en heldur þó mest upp á tvo.

Í tengur er klókur að kippa
kíurginn Hannessonur,
stendur hann oft við að strippa
stórar og feitar konur.

Litaða línu hann þræðir
lífið svo dásamlegt finnur
Hjaltalín hér um ræðir:
Hann elska flestar kvinnur.

Er kvenmannslaus kúr' eg und feldi
kyrja ég aríu snjall
og dreymir á hverju kveldi
um krúttið Maríu Hall.

Að líkna og leggja á hendur
líðandi konur og bomm,
fremst allra í flokki stendur
svo fögur hún Kidda mín Tomm.

Skutfagarar ljósmæður skálma
í skyndi um hússins ganga.
Um framsettar vambir fálma
með fallegan roða á vanga.

Iðka þær oft sér til dundurs
svo íturfagarar á velli
með físléttum þrýstingi á fundus
að fyra út börnum í hveli.

Á fjögur nú fylkingin æðir
með ferlegum pilsabyt.
Þar fjölbyrja liggur og fæðir
svo fljótt að þær standa bit.

Einn stúdent við vaskinn stendur
með stóran og gljáandi skalla
og hreinsar í ofboði hendur
ég held að hann nái því varla.

Að höndla þann hrinandi krakka
sem heimsins birtu er að líta
og fyririnn má fyrir þakka
ef fer hann um strenginn að hnýta.

Á baðinu er útvíkkun búin,
byrjuð að rembast ein kvinnan.
Hvert er nú kandidat flúinn?
Hvergi tekst neinum að finn' ann.

Höfundur: Páll Ásmundsson lækni. Þessar vísur urðu til þegar hann var
stúdent á fæðingardeildinni árið 1961 og eru birtar með hans leyfi.

Belgjalosun

Fræðileg úttekt

INNGANGUR

Ég var beðin um að skrifa þessa grein til að kynna fyrir lesendum lokaverkefnið mitt um belgjalosun. Ástæðan fyrir því að ég ákvað að taka fyrir belgjalosun í mínu verkefni er sú að ég var ekki sannfærð um notagildi hennar til að koma af stað fæðingu. Mér fannst meiri áhætta á inngripum í fæðingu vegna þess að konur koma á fæðingardeild með óreglulega samdráttarverki sem ullu þeim óþægindum og svefnleysi en þær voru kannski ekki beint komnar af stað í fæðingu og í einhverjum tilfellum var gert rof á belgi. Leiðbeinandi minn var Valgerður Lís Sigurðardóttir.

Megintilgangurinn var að skoða notkun belgjalosunnar, t.d. líkur á að belgjalosun komi af stað fæðingu og komi í veg fyrir lengda meðgöngu, hvenær ljósmæður gera belgjalosun og hvaða tilfinningu þær hafa varðandi árangur hennar og hvort henni fylgja óþægindi hjá konunum. Tekið var viðtal við ljósmæður í rýnihóp og voru þær spurðar út í þessi atriði til að fá aðeins betri sýn á það hvað ljósmæður gera varðandi belgjalosun. Einnig skoðaði ég á hvaða tíma meðgöngu framkvæma eigi belgjalosun, hvort Bishop score hafi einhver áhrif á útkomuna, hversu oft eigi að losa um belgi og hvað líði langur tími frá belgjalosun til fæðingar.

Samkvæmt klíniskum leiðbeiningum um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu á að bjóða öllum konum upp á belgjalosun við 41. viku meðgöngunnar og er það hið sama og NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) leiðbeiningarnar mæla með (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2008).

Belgjalosun: Aðferð

Belgjalosun var fyrst lýst fyrir 200 árum en allt bendir til þess að belgjalosun hafi verið gerð í lengri tíma. Árið 1810 mælti James Hamilton með þessari meðferð til að koma af stað fæðingu (Swann, 1958). Í dag er belgjalosun gerð til að reyna að koma af stað fæðingu áður en gripa þarf til framköllunar með lyfjum eða belgjarofi (Henderson og Macdonald, 2004).

Til að hægt sé að losa um belgi þá þarf leghálsinn að vera búinn að opna sig



Jóna Björk Indriðadóttir
ljósmóðir

aðeins svo hægt sé að koma inn fingri. Fingurinn er síðan hreyfður þannig að hann nái að mynda hring inn í leghálsinum og er það gert nokkuð ákveðið til að losa himnuna frá leghálsinum. Leghálsinn er þannig togaður og teygður og einnig er krafað í himnuna svo hún losni aðeins frá. Þessi aðferð gerir það að verkum að framleiðsla hormónsins prostaglandin eykst í leghálsinum og getur komið af stað samdráttum (Adair, 2000; Henderson og Macdonald, 2004).

Í rannsókn eftir Mitchell o.fl., (1977) var prostaglandin mælt fimm mínútum eftir innri skoðun og eftir belgjalosun og belgjarof. Komist var að því að magn prostaglandins jókst verulega eftir belgjalosun og belgjarof. Áhrif prostaglandins hormónsins geta varað í allt að sex tíma eftir belgjalosun (Tan, Jacob og Omar, 2006). Þetta styður þá hugmyndafræði að belgjalosun losi hormón til koma af stað fæðingu, en skyldi losna nægjanlegt magn til að belgjalosun sé réttlætanagerð?

Fræðileg úttekt á Belgjalosun

Um 20% meðganga enda með framköllun fæðingar. Framköllun fæðingar er algengasta inngripið í fæðingarferlinu (Yildirim o.fl., 2010). Markmið með belgjalosun er að reyna að koma í veg fyrir framköllun fæðingar með hormóninu oxytocin, prostaglandini eða belgjarofi (Boulvain o.fl., 1998).

Lengd meðganga verður hjá allt að 4–14% kvenna. Lengd meðganga getur haft neikvæðar afleiðingar í för með sér fyrir barnið (Magann o.fl., 1999). Við lengda meðgöngu aukast líkur á litlu legvatni, að fósturhægðir séu blandaðar legvatninu, að barnið verði of stórt, vanþroska heilkennum og burðarmálsdauða. Ástæður lengdrar meðgöngu eru ekki ljósar (Magann o.fl., 1998).

Hvort belgjalosun sé árangursrík aðferð til að koma af stað fæðingu er ekki alveg nógu skýrt en belgjalosun kemur í veg fyrir lengda meðgöngu og minnkar verulega líkurnar á því að konur þurfi framköllun fæðingar. Nokkrar rannsóknir benda til þess að belgjalosun sé árangursrík leið til að koma af stað fæðingu innan sjö daga frá belgjalosun og það séu minni líkur á að konur gangi með lengur en 41 viku (Yildirim o.fl., 2010; Gupta, Vasishta, Sewhney og Ray, 1998; Dare og Oboro, 2002; WiriyaSirivaj, Vutyavanich, og Ruangsri, 1996; McColgin o.fl., 1990). Þátttakendur í áður nefndum rýnihóphöfðu þá tilfinningu að belgjalosun virki vel. Þegar bornar voru saman konur gengnar 38 til 40 vikur og konur gengnar 41 til 43 vikur þá kom glögglega í ljós að það er mun þýðingameira að gera belgjalosun seinna (Goldenberg o.fl., 1995; Crane o.fl., 1997) og voru þátttakendur í rýnihópnum sammála um að losa ekki um belgi fyrr en við 41. viku. Rannsóknir sem til er um belgjalosun gerðar oftar en einu sinni sýna fram á að það sé árangursríkt að losa oftar um belgi hjá konum sem fara ekki strax af stað í fæðingu eftir fyrstu belgjalosun. Þó er árangurinn bestur eftir 41. viku. Það virðist vera ávinningur af því að gera belgjalosun vikulega en samt sýna rannsóknir að meirihluti kvennanna sem losað var um belgi hjá vikulega, fæddu innan sjö daga og því bara einu sinni búið að losa um belgi. Þó græddu þær konur sem ekki fæddu innan þess tíma á því að fá aftur belgjalosun og jók það líkurnar á því að þær færu sjálfkrafa í fæðingu og minnkaði verulega líkurnar á lengdri meðgöngu (Berghella, Rogers og Lescale, 1996; Cammu og Haitsma, 1998). Dagleg belgjalosun frá 41. viku minnkar verulega líkurnar á lengdri meðgöngu (Magann

o.fl., 1998; Magann o.fl., 1999). Þó kemur ekki fram hvaða áhrif þetta hafði á konurnar. Svo virðist sem belgjalosun gerð annan hvern dag frá 41. viku minnki verulega líkurnar á lengdri meðgöngu en flestar fæddu innan tveggja daga og því var belgjalosun bara gerð einu sinni hjá flestum konunum. Það sama á við um þegar losað er á þriggja daga fresti frá 39. viku (de Miranda, vander Bom, Bleker og Rosendaal, 2006; Magann o.fl., 1998).

Nokkrar rannsóknir bentu til þess að belgjalosun væri ekki árangursrík til að koma af stað fæðingu og í veg fyrir lengda meðgöngu og ekki væri marktækur munur á milli þeirra sem fengu belgjalosun og þeirra sem voru í viðmiðunarhóp (Kashanian, Akbarian, Baradaran og Samiee, 2006; Boulvain o.fl., 1998; Wong, Hui, Choi og Ho, 2002; Hill o.fl., 2008). Þó eru þetta mun færri rannsóknir heldur en þær heimildir sem ber saman um árangur belgjalosunar.

Þegar heimildir eru skoðaðar með það í huga hvenær á meðgöngunni sé best að gera belgjalosun þá ber þeim saman um að mestur árangur er af belgjalosun eftir 41. viku. Þó er ekkert því til fyrirstöðu að reyna belgjalosun fyrr þegar framköllun fæðingar er ákveðin, því rannsóknum á belgjalosun ber saman um að það getur komið fæðingu af stað fyrr en það er enginn ávinningur að vera að losa um belgi fyrir 41. viku í eðlilegri meðgöngu. Viðmælendur mínir í rýnihópnum voru alveg sammála þessu, að það eigi ekki að losa um belgi fyrr en við 41. viku nema framköllun fæðingar hafi verið ákveðin. Í einhverjum tilfellum losuðu þær um belgi fyrr og var að þeirra mati ástæðan sú að barnið mætti alveg fara að koma í heiminn þar sem móðir var kannski með hækkaðan blóðþrýsting, sögu um erfða fæðingareynslu eða aukið álag eða svefnleysi. Að mínu mati þarf að meta hvert tilfelli fyrir sig og huga að ávinningi á móti afleiðingu ef belgjalosun heppnast ekki og þeim aukaverkunum sem geta fylgt í kjölfarið.

Belgjalosun við upphaf framköllun fæðingar getur bætt útkomu hennar. Það virðist vera sem að belgjalosun stytta þann tíma sem konan er í fæðingu og það eru minni líkur á inngripum (Foong, Vanaja, Tan og Chua, 2000; Tan, Jacob og Omar, 2006). Þó ber að hafa í huga að losa aðeins um belgi áður en stíll er settur í leggöngin til að koma fæðingu af stað eða áður en belgjarof er gert. Þetta hefur ekki tíðkast hér á landi og var þetta því ekki rætt í rýnihópnum en spurning að taka þetta til umhugsunar.

Margt skemmtilegt kom í ljós þegar Bishop score var skoðað samhliða árangri belgjalosunar. Eins og fram kom í rýnihópnum þá fannst þeim mikilvægt að vera ekki að losa um belgi á óhagstæðan legháls en það virðist ekki skipta máli. Sumar rann-

sóknir sýna að belgjalosun sé árangursríkari hjá þeim sem hafa lágt Bishop score og þá sérstaklega þegar um frumbyrjur er að ræða (Gupta, Vasishta, Sewhney og Ray, 1998; McColgin o.fl., 1990; Crane o.fl., 1997; Berghella, Rogers og Lescale, 1996; Foong, Vanaja, Tan og Chua, 2000; Boulvain o.fl., 1998). Ekki voru allir sammála þessu og töldu sumir ólíklegra að konurnar með lágt Bishop score færu sjálfar af stað í fæðingu (Yildirim o.fl., 2010; Tan o.fl., 2011). Svo voru enn aðrir sem töldu að Bishop score hefði ekkert með útkomuna að gera (Goldenberg o.fl., 1995; Crane o.fl., 1997). Þó benda rannsóknir til að óreglulegir samdrættir virðast hafa áhrif á að leghálsinn opni sig aðeins og að belgjalosun gerð nokkrum sinnum hækki Bishop score (Cammu og Haitsma, 1998; Wiriya-sirivaj, Vutyavanich og Ruangsri, 1996; Hamdan o.fl., 2009; Magann o.fl., 1999). Það virðist skipta mestu máli á hvaða tíma meðgöngunnar belgjalosun er gerð og þó svo Bishop score sé lágt þá er það ekki endilega fyrirstæða nema ekki sé hægt að framkvæma belgjalosun þar sem leghálsinn er alveg lokaður.

Belgjalosun getur valdið konum miklum óþægindum og þær geta fundið fyrir óreglulegum samdráttum í einhvern tíma á eftir. En það virðist ekki hafa áhrif á það hvort þær þiggi belgjalosun eða ekki. Konur eru tilbúnar að reyna aftur belgjalosun þó svo að hún hafi verið sársaukafull og í þeim tilfellum þar sem fæðing fer af stað þá eru þær yfirleitt ánægðari með útkomuna (Boulvain o.fl., 1998; Tan, Jacob og Omar, 2006; de Miranda, vander Bom, Bleker og Rosendaal, 2006). Ég held að með rétttri fræðslu þá upplifi konur ekki eins mikil óþægindi við belgjalosun og þegar lítill fræðsla er í boði. Ljósmeðurnar í rýnihópnum voru allar sammála um að fræða þurfi konur betur um belgjalosun, áhrif hennar og þær aukaverkanir sem geta fylgt á eftir.

Mismunandi er eftir heimildum hvað liður langur tími frá belgjalosun til fæðingar. Losun prostaglandins getur varað í allt að sex tíma eftir belgjalosun (Tan, Jacob og Omar, 2006) og voru konurnar yfirleitt að eiga innan sjö daga frá belgjalosun og því spurning hvað áhrif belgjalosunar vara lengi eða hvort belgjalosun hjálpi til við undirbúning leghálsins.

LOKAORD

Þegar ég var að byrja að skoða þetta efni þá hafði ég litla trú á belgjalosun en eftir að hafa unnið með heimildirnar þá hefur skoðun mín algjörlega snúist við. Belgjalosun er árangursrík aðferð til að koma í veg fyrir lengda meðgöngu en ekki á almennt að framkvæma hana fyrr en um 41. viku. En í þeim tilfellum þar sem búið er að ákveða framköllun fæðingar þá er ekkert því til fyrirstöðu að losa um belgi

áður og reyna að koma fæðingu sjálfkrafa af stað. Þó finnst mér mikilvægast í öllu þessu ferli að fræða konurnar nóg. Fram kom í rýnihópnum að líklegast fái konur ekki næga fræðslu um afleiðingar og aukaverkanir belgjalosunar og því valdi það núningi milli heilsugæslunnar og fæðingardeilda. Að mínu mati skipir miklu máli að konur fái almennilega fræðslu um aukaverkanir belgjalosunar eins og óreglulega samdrætti og jafnvel svefnleysi. Einnig finnst mér að það megi skoða það að gera belgjalosun oftast en einu sinni hjá hverri konu, því þó svo að það komi kannski ekki fæðingunni af stað þá undirbýr það leghálsinn og verður hann hagstæðari þegar kemur að framköllun fæðingar.

Gaman væri í framtíðinni að gera smá rannsókn á því á hvaða tíma meðgöngunnar ljósmeður á Íslandi losa um belgi og hvað það liður langur tími frá belgjalosun og til fæðingar. Einnig er mikilvægt að skráning belgjalosunar sé eflað til muna svo hægt sé að skoða hvernig hún virkar á Íslandi og hvort verið sé að vinna rétt miðað við klínísku leiðbeiningarnar. Eins og kom fram í rýnihópnum þá hafa þessar ljósmeður fulla trú á belgjalosun og myndu ekki beita henni ef þær hefðu ekki trú á því að hún virkaði. Einnig fannst þeim að þó svo að í sumum tilfellum kæmi hún ekki af stað fæðingu þá væri leghálsinn meira tilbúinn þegar að framköllun fæðingar var komið. Belgjalosun stuðlar að eðlilegu ferli, hjálpar náttúrunni að koma í veg fyrir lengda meðgöngu og styður því þá hugmyndafræði sem við ljósmeður viljum vinna eftir.

Loka niðurstaðan er því sú að belgjalosun getur komið í veg fyrir lengda meðgöngu. Bishop score virðist ekki segja til um árangur belgjalosunar heldur er meiri árangur ef hún er framkvæmd seint á meðgöngunni eða um 41. viku. Það ætti að bjóða konum sem fara ekki af stað í fæðingu fljótlega eftir belgjalosun að koma aftur og losa um belgi því það hefur borið árangur að losa oftast um belgi. Þó svo konur finni fyrir óþægindum þá er það ekki fyrirstæða fyrir belgjalosun en enn mikilvægara er að fræða þær vel áður en belgjalosun er gerð.

Heimildaskrá

- Adair, D. C. (2000). Cervical Ripening and Labor Induction. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 43(3), 447–454.
- Berghella, V., Rogers, R. A. og Lescale, K. (1996). Stripping of Membranes as a Safe Method to Reduce Prolonged Pregnancies. *Obstet Gynecol*, 87(6), 927–931.
- Boulvain, M., Fraser, W. D., Marcoux, S., Fontaine, J. Y., Bazin, S., Pinault, J. J. og Blouin, D. (1998). Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour? A randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 34–40.
- Boulvain, M., Irion, O., Marcoux, S. og Fraser, W. (1999). Sweeping of the membranes to prevent post-term pregnancy and to induce labour: a systematic review. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106, 481–485.

Boulvain, M., Stan, C. og Irion, O. (2005). Membrane sweeping for induction of labour. *BIRTH*, 32(2), 152.

Cammu, H. og Haitsma, V. (1998). Sweeping of the membranes at 39 weeks in nulliparous women: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 41–44.

Crane, J., Bennett, K., Young, D., Windrim, R. og Kravitz, H. (1997). The Effectiveness of Sweeping Membranes at Term: A Randomized Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 89, 586–590.

Dare, F. O. og Oboro, V. O. (2002). The role of membrane stripping in prevention of post term pregnancy: a randomized clinical trial in Ile-Ife, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(3), 283–286.

de Miranda, E., vander Bom, J. G., Bleker, O. P. og Rosendaal, F. R. (2006). Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. *BJOG*, 113, 402–408.

Foong, L. C., Vanaja, K., Tan, G. og Chua, S. (2000). Membrane Sweeping in Conjunction With Labor Induction. *Obstetrics & Gynecology*, 96(4), 539–542.

Goldenberg, M., Dulitzky, M., Feldman, B., Zolti, M. og Bider, D. (1995). Stretching of the cervix and stripping of the membranes at term: a randomized controlled study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 66, 129–132.

Gupta, R., Vasishtha, K., Sewhney, H. og Ray, P. (1998). Safety and efficacy of stripping the membranes at term. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 60, 115–121.

Hamdan, M., Sidhu, K., Sabir, N., Omar, S. Z. og Tan, P. C. (2009). Serial Membrane Sweeping at Term in Planned Vaginal Birth After Cesarean. *Obstetrics & Gynecology*, 114(4), 745–751.

Henderson, C. og Macdonald, S. (2004). *Mayes' Midwifery A Textbook for Midwives* (13. útgáfa). London: Bailliere Tindall.

Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfreðsdóttir, Rúnar Reynisson, Sigríður Sía Jónsdóttir og Þóra Steingrimsdóttir. (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið*.

Hill, M. J., McWilliams, G. D., Garcia-Sur, D., Ghen, B., Munroe, M. og Hoeldtke, N. J. (2008). The Effect of Membrane Sweeping on Prelabour Rupture of Membranes: A Randomized controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 111(6), 1313–1319.

Kashanian, M., Akbarian, A., Baradaran, H. og Samiee, M. M. (2006). Effect of membrane sweeping at term pregnancy on duration of pregnancy and labor induction: A randomized Trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62, 41–44.

Magann, E. F., Chauhan, S. P., McNamara, M. F., Bass, J. D., Estes, C. M. og Morrison, J. C. (1999). Membrane Sweeping versus Dinoprostone Vaginal Insert in the Management of Pregnancies beyond 41 Weeks with an Unfavorable Cervix. *Journal of Perinatology*, 19(2), 88–91.

Magann, E. F., Chauhan, S. P., Nevils, B. G., McNamara, M. F., Kinsella, M. J. og Morrison, J. C. (1998). Management of pregnancies beyond forty-one weeks' gestation with an unfavorable cervix. *Am J Obstet Gynecol*, 178, 1278–1287.

Magann, E. F., McNamara, M. F., Withworth, N. S., Chauhan, S. P., Thorpe, R. A. og Morrison, J. C. (1998). Can we decrease postdatism in women with an unfavorable cervix and a negative fetal fibronectin test result at term by serial membrane sweeping? *Am J Obstet Gynecol*, 179, 890–894.

McColgin, S. W., Hampton, H. L., McCaul, J. F., Howard, P. R., Andrew, M. E. og Morrison, J. C. (1990). Stripping Membranes at Term: Can it Safely Reduce the Incidence of Post-Term Pregnancies? *Obstetrics & Gynecology*, 76, 678–680.

Mitchell, M. D., Flint, A. P. F., Bibby, J., Brunt, J., Arnold, J. M., Anderson, A. B. M. og Turnbull, A. C. (1977). Rapid increases in plasma prostaglandin concentrations after vaginal examination and amniotomy. *British Medical Journal*, 2, 1183–1185.

Swann, R. O. (1958). Induction of Labor by Stripping Membranes. *Obstetrics & Gynecology*, 11(1), 74–78.

Tan, P. C., Jacob, R. og Omar, S. Z. (2006). Membrane sweeping at initiation of formal labor induction. *Obstetrics & Gynecology*, 107(3), 569–577.

Tan, P. C., Khine, P. P., Sabdin, N. H., Vallikkannu, N. og Sulaiman, S. (2011). Effect of Membrane Sweeping on Cervical Length by Transvaginal Ultrasonography and Impact of Cervical Shortening on Cesarean Delivery. *J Ultrasound Med*, 30, 227–233.

Wiriyasirivaj, B., Vutyavanich, T. og Ruangsri, R. A. (1996). A Randomized Controlled Trial of Membrane Stripping at Term to Promote Labor. *Obstetrics & Gynecology*, 87(5), 767–770.

Wong, S. F., Hui, S. K., Choi, H. og Ho, L. C. (2002). Does sweeping of the membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labour? *BJOG*, 109, 632–636.

Yildirim, G., Güngördük, K., Karadağ, Ö. İ., Aslan, H., Turhan, E. og Ceylan, Y. (2010). Membrane sweeping to induce labor in low-risk patients at term pregnancy: A randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 23(7), 681–687.

ÁN OFNÆMIS- VALDANDI EFNA

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

40 ÞVOTTAR Í 2 KG PAKKA

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

MILT

HREIN TILVERA



FARÐU MILDUM HÖNDUM UM ÞIG, ÞVOTTINN OG UMHVERFIÐ

Inngrip í fæðingarferlið

Fagleg úttekt

ÚTDRÁTTUR

Rannsóknir benda til þess að inngripum í fæðingarferlið fari fjölgandi. Tíðni inngripa, eins og framköllun fæðingar og notkun mænurótardeyfingar, hefur aukist jafnt og þétt síðastliðin ár hér á landi líkt og í löndunum í kringum okkur. Hér á landi eru til tölur um tíðni ýmissa inngripa en ekki hefur áður verið skoðað ítarlega hvaða ábendingar liggja að baki né hvernig skráningu er háttað.

Tilgangur þessa verkefnis var að skoða algengustu inngrip sem viðhöfð eru á fæðingardeild og í Hreiðrinu á Landspítalanum. Markmiðið var að skoða tíðni og skráningu inngripa, sérstaklega hvort skráð var ástæða og hvort skýrar ábendingar fyrir inngripunum hafi verið fyrir hendi.

Þetta er fagleg úttekt með þversniði og stuðst er við lýsandi tölfræði. Úrtakið var allar fæðingar á Landspítalanum einn tiltekinn mánuð. Rýnt var í hverja mæðraskrá með það fyrir augum að skrá tíðni ákveðinna breyta, hvort ábending var skráð og hvort sú ábending hafi verið skýr.

Niðurstöður úttektarinnar gefa til kynna að tíðni og notkun ákveðinna inngripa fari fjölgandi á Landspítalanum sem er í takt við það sem sést í fræðilegum heimildum. Meiri samræmingu mætti gæta í skráningu á notkun inngripa og ábendingar mættu vera skýrari. Skráning ákveðinna inngripa er mjög góð og þá sérstaklega þar sem skráning er auðveld.

INNGANGUR

Hér á eftir er samantekt úr verkefni sem unnið var til kandiðsþrófs í ljósmóðurfræði. Leiðbeinendur voru Anna Sigríður Vernharðsdóttir, ljósmóðir og klínískur lektor, og Ragnheiður I. Bjarnadóttir, fæðingarlæknir og klínískur lektor. Tilgangurinn, eins og fram hefur komið, var að skoða algengustu inngrip sem viðhöfð eru á Landspítalanum en hér verður áhersla lögð á að skoða útkomu varðandi gangsetningar.

Hugmyndafræðilegur bakgrunnur verkefnisins er sá að ljósmæður líta á fæðinguna sem lífeðlislegt ferli þar til annað kemur í ljós. Það er tilfinning margra að inngripum í fæðingarferlið fari fjölgandi og að sama skapi fækki eðlilegum fæðingum eða fæðingum án



Hildur Sólveig Ragnarsdóttir
ljósmóðir á Landspítala

inngripa. Inngrip í fæðingarferlið getur ógnað hinu lífeðlislega ferli og hæfileika konunnar til að fæða. Það vakti athygli mína í upphafi verknáms míns í ljósmóðurfræði hve mörg hin ýmsu inngrip í fæðinguna voru. Því vaknaði áhugi hjá mér að skoða inngrip í fæðingarferlið, sérstaklega tíðnina og skráninguna með það fyrir augum að meta hvort skráðar séu ábendingar að baki þeirra inngripa sem verið er að framkvæma og hvort þær séu skýrar.

Fræðilegur bakgrunnur

Eðlileg fæðing

Hugmyndafræðin sem liggur að baki námi í ljósmóðurfræði leggur áherslu á að barneign sé lífeðlislegt ferli en ekki sjúkdómur og að fæðingin sjálf sé einstakur atburður í lífi fólks sem mikilvægt er að upplifðu sé á jákvæðan hátt (Háskóli Íslands, e.d.). Hlutverk ljósmæðra er að standa vörð um eðlilegar fæðingar og því er það ljósmæðrum mikilvægt að skilgreina hvað sé eðlileg fæðing. Það getur þó reynst erfitt og flókið að skilgreina hvað eðlileg fæðing er, t.d. með því að gera greinarmun á því hvað er eðlilegt og hvað er algengt. Margir eru á því að eðlileg fæðing sé fæðing án allra inngripa meðan aðrir vilja meina að fæðing sé eðlileg sé hún um fæðingarveg þó svo að konan fái til dæmis mænurótardeyfingu (Waldenström, 2007). Það er mjög teygjanlegt hugtak hvað sé eðlileg fæðing. Fæðing án inngripa/fylgikvilla er samkvæmt íslensku

Fæðingaskráningunni: náttúruleg fæðing án framköllunar, oxytocin örvunar, utanbastdeyfingar, spangaskurðar, sogklukku/tangar, eða keisaraskurðar (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson, 2010). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) skilgreinir eðlilega fæðingu sem fæðingu sem byrjar sjálfkrafa, án áhættuþátta frá upphafi til enda, barnið fæðist í höfuðstöðu um fæðingarveg eftir 37–42 vikna meðgöngu og móður og barni heilsast vel eftir fæðinguna (WHO, 1996). Ljósmæður hafa lýst því svo að eðlilegar fæðingar eigi sér stað innan spítala en samt sem áður er sá möguleiki oft á undanhaldi vegna umhverfisins eða stofnanamenningar. Umhverfið á sjúkrahúsum eigi í sumum tilfellum til að ýta frekar undir læknisfræðilega nálgun fæðingarnar (Keating og Fleming, 2009). Í þessu sambandi er áhugavert að skoða yfirlit Christiaens, Nieuwenhuijze og de Vries (2012). Þar var verið að bera saman tíðni ákveðinna inngripa í fæðingafæðing í Hollandi og svo Flæmingjalandi (hluti af Belgíu þar sem landamæri liggja að Hollandi) síðastliðin ár með tilliti til þróunarinnar. Holland er þekkt fyrir stórt hlutfall heima-fæðinga sem og fæðinga inn á ljósmæðrastýrðum einingum. Í Hollandi er lítið á fæðinguna sem lífeðlislegt ferli og hefur tíðni inngripa ekki verið há þar á landi. Ljósmæður skipa stóran sess í þeirri mæðraþjónustu sem Hollendingar bjóða upp á. Í Flæmingjalandi er aftur á móti lítið á fæðinguna út frá læknisfræðilegu sjónarhorni, fæðingarlæknar stjórna að stórum hluta mæðravernd þar á landi og heima-fæðingar eru fátíðar. Að sama skapi hefur tíðni inngripa í fæðingarferlið verið frekar há þar á landi en einhverjar tölur hafa þó farið lakkandi. Tíðni mænurótardeyfinga er til að mynda frekar lág í Hollandi, um 11,3% árið 2008 borið saman við 67,4% í Flæmingjalandi. Það er samt tilfinning margra sem koma að fæðingarþjónustunni í Hollandi að tíðni mænurótardeyfinga fari ört vaxandi ásamt öðrum inngripum. Höfundar þessa yfirlits leggja áherslu á að ef ljósmæður vilji standa vörð um hinn eðlilega gang fæðingarinnar sé hægt að hafa hugmyndafræði þessara tveggja landa að vopni. Áhyggjum af ört vaxandi tíðni inngripa og þá sérstaklega hjá heilbrigðum konum hefur verið lýst í fleiri

rannsóknnum. Niðurstöður rannsóknar í Ástralíu benda til þess að samband sé á milli fjölda inngripa og möguleikanum á fæðingu um fæðingarveg án aðstoðar. Því fleiri inngrip því minni líkur eru á fæðingu án aðstoðar (Tracy, Sullivan, Wang, Black og Tracy, 2007).

Framköllun fæðingar og tíðni

Ekki ætti að framkalla fæðingu nema um brýna nauðsyn sé að ræða. Þegar ástand móður eða barns er þannig að betra sé að ljúka meðgöngunni en að halda henni áfram þá er komin ábending fyrir framköllun fæðingar (McGeown, 2011). Þegar horft er á þá aukningu sem orðið hefur á framkölluðum fæðingum er það áhyggjuefni hve mikil aukning er á framköllunum án lækisfræðilegra ábendinga (e. elective induction) (Gammu, Martens, Ruysseck og Amy, 2002; Grivelli, Reilly, Oakey, Chan og Dodd, 2011; Guerra o.fl., 2009). Tíðni framkallana hér á landi var 15,1% árið 2003 og hefur tíðnin aukist jafnt og þétt síðastliðin ár. Árið 2011 var tíðnin komin í 25,7% samkvæmt skýrslu frá Fæðingaskráningunni. Ekki er útlistað hvaða ábendingar liggja að baki þessum framköllunum. Tekið er fram í Fæðingaskráningunni frá 2002 að markmiðið sé að hafa tíðni framkallana á bilinu 10 til 12% (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smásson og Gestur Pálsson, 2012; Reynir Tómas Geirsson, Guðrún Garðarsdóttir og Gestur Pálsson, 2004). Svo virðist sem þessi aukning á framköllunum eigi sér stað víðsvegar í hinum vestræna heimi. Í Bandaríkjunum fór tíðnin úr 9,5% árið 1990 í 31,1% árið 2006 (Ohnsorg og Schiff, 2010). Tölur frá Nýja-Sjálandi sýna fram á aukningu úr 18,6% árunum 1990 í 26,2% árið 2008 (Patterson, Roberts, Ford og Morris, 2011). Í Hollandi er tíðnin frekar lág og er 15,5% árið 2008. Ekki eru til tölur fyrir þann tíma þar sem tölum um gangsetningu og örvun var safnað saman í eina heild. Aftur á móti hefur tíðnin lækkað í Flæmingjalandi, tíðnin var 30% árið 2003 en lækkaði niður í 25,3% árið 2008. Þessa lækkun er talið að megri rekja til þess að breytt var um vinnulag varðandi gangsetningar og var sú breyting meðal annars fólgin í því að mæður þurftu að skrifa undir upplýst samþykki fyrir gangsetningunni (Christians, o.fl., 2012).

Ábendingar

Rætt hefur verið um að ýmsar ábendingar fyrir gangsetningum séu í rauninni ekki byggðar á nægilega gagnreyndri þekkingu. Í fræðilegu yfirliti Mozurkewich, Chilimgras, Koepke, Keeton og King (2009) eru skoðaðar þær gagnreyndu rannsóknir sem liggja að baki ábendingum fyrir framköllun fæðinga.

Þar kemur fram að ýmsar ábendingar hafi ekki nægilega góða gagnreynda þekkingu að baki sér. Framköllun fæðingar vegna meðgöngulengdar eftir að 41. viku er náð er studd með góðum gagnreyndum rannsóknnum. Sama er að segja um framköllun vegna fyrirmálsrifnun himna við fulla meðgöngulengd. Ef eingöngu er um farið vatn að ræða, þ.e. engir aðrir áhættuþættir til staðar, er ráðlagt að bjóða konum framköllun fæðingar en í lagi sé að biða og sjá hvort fæðing fari ekki sjálfkrafa af stað allt að 24 tímum eftir að vatnið fer (NICE, 2008). Ekki virðast vera nægilega góðar og gagnreyndar rannsóknir að baki ábendingum um framköllun fæðingar þegar um tvíburameðgöngu er að ræða, „oligohydramnios“ (lítið legvatn) og gallstasa svo eitthvað sé nefnt (Mozurkewich, o.fl., 2009). Í NICE (2008) leiðbeiningum er tekið fram að ekki eigi að framkalla fæðingu að eigin ósk móður nema undir sérstökum kringumstæðum.

Fylgikvillar gangsetninga

Þegar fæðing er framkölluð eða örvuð, þá er talað um að inngrip í fæðingarferlið hafi átt sér stað. Það getur svo aukið áhættuna á fleiri inngripum. Helstu inngrip eru bláðarleggur, aukið eftirlit, þ.á.m. síritun, takmörkuð hreyfigeta, aukin þörf á mænudeygingu og aukin áhætta á áhaldafæðingu (Gilbert, 2011) og keisarafæðingu (Gilbert, 2011; Glantz, 2010; Jonsson, Cnattingius og Wikström, 2013; Kisewetter og Lehner, 2012). Þessi aukning á keisaratíðni hefur einna helst verið tengd framköllun fæðinga hjá frumbyrjum (Ehrenthal, Jiang og Strobino, 2010; Glantz, 2010; Patterson, o.fl., 2011; Thorsell, Lyrenas, Andolf og Kaljser, 2011). Í rannsókn Guerra o.fl. (2009) var meðal annars verið að meta útkomu framkallaðra fæðinga hjá konum í Suður-Ameríku. Rannsóknin var hluti af athugun á vegum WHO (World Health Organization) sem kallaðist Global survey for Maternal and Perinatal Health. Þar kemur fram að auk þeirra fylgikvilla sem lýst hefur verið hér að framan var aukin tíðni innlagna á gjörgæslu, aukin tíðni spangarriða og aukin tíðni legnáms. Auka-verkanir fyrir barnið voru meðal annars lægri 5 mínútna Apgar, aukin innlög á vökudeild og töf á brjóstagjöf. Ekki var þó sýnt fram á aukningu á keisaraskurðum.

ADFERDAFRÆÐI

Ekki var um eiginlega rannsókn að ræða heldur faglega úttekt (audit). Segja má að úttektin svipi til þversniðsrannsóknar þar sem þátttakendur eru allar fæðingar á tilteknu tímabili. Stuðst var við lýsandi tölfraði. Valinn var einn mánuður af handahófi á tímabilinu janúar 2012 til og með september 2012. Ástæða þess að allir mánuðir ársins voru ekki með

í valinu er sú að tilkynnt var um efnisval verkefnisins um mánaðamótið september/október og því hefði það getað skekkt niðurstöður ef starfsfólk hefði vitað af úttektinni. Mánuðurinn sem varð fyrir valinu var mars 2012 og var hann valinn í viðurvist vitna. Fengin voru öll tilskilin leyfi, þ.e. frá framkvæmdastjóra lækninga á Landspítalanum, siðanefnd Landspítalans og Persónuvernd. Fæðingar í þessum mánuði voru 231 talsins en þar sem 14 skýrslur voru ekki tiltækar voru eingöngu skoðaðar 217 skýrslur. Eftirfarandi breytur voru skoðaðar: aldur; fjöldi fyrri fæðinga; fæðingarstaður (fæðingar-gangur eða Hreiðrið); meðgöngulengd; sjálfkrafa sótt eða framköllun; framköll-unaraðferð; komurit; síritun; belgjarof; Syntocinon dreypi; mænurótardeyging; lengd fæðingar; fæðingarmáti; Apgar; pH gildi blóðs frá kolli barns; fæðingar-þyngd; spangaráverki (1°, 2°, 3° a,b,c, og spangarskurður); legvatn (tært eða litað) og önnur inngrip. Rýnt var í hverja mæðraskrá með það fyrir augum að skrá tíðni og ábendingar fyrir ofanefndum breytum, hvort ábending var skráð og hvort sú ábending hafi verið skýr. Allar tölur og textar voru færðar inn í Excel-skjal þar sem úrvinnsla gagnanna fór einnig fram. Notuð var lýsandi tölfraði, þ.e. hver breyta er reiknuð sem prósentu-hlutfall.

Niðurstöður og umræður

Fjöldi fæðinga

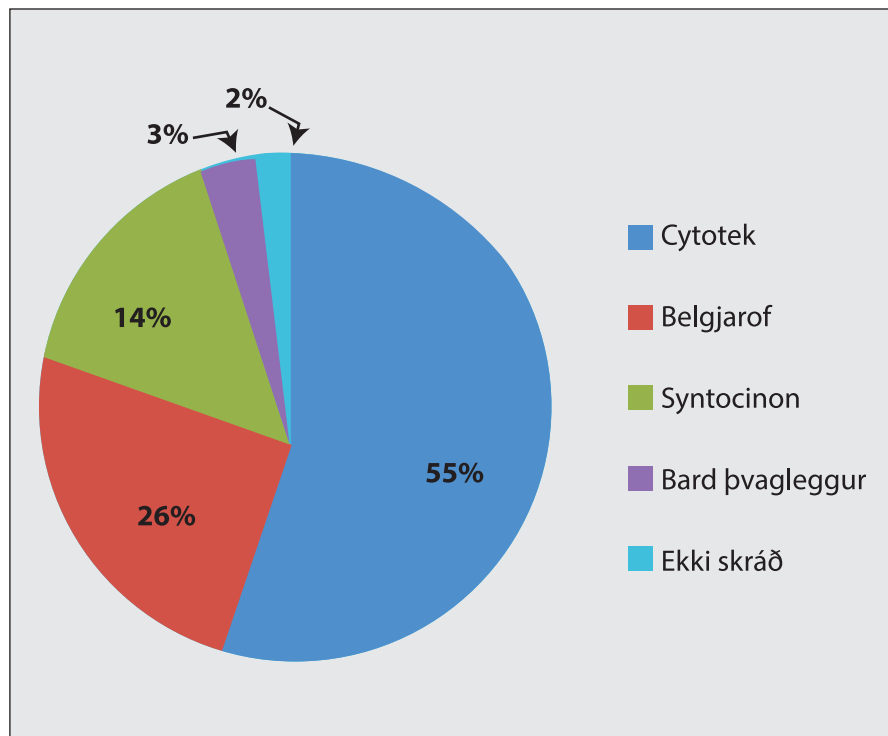
Í mars mánuði 2012 fæddu alls 231 konur, bæði um fæðingarveg og með keisaraskurði, 217 mæðraskrár voru tiltækar. Þrír tvíburar fæddust þennan mánuðinn. Frumbyrjur voru 85 talsins eða 39,2% og fjölbyrjur 118 (60,8%). Hlutfall keisaraskurða þennan mánuðinn er 18% (39 keisaraskurðir) og var meiri hluti þeirra bráðakeisaraskurðir eða um 64,1% (25 keisarar) og valkeisaraskurðir því 35,9% (14 keisarar). Hlutfall bráðakeisaraskurða af öllum fæðingum er 11,5% og hlutfall valkeisaraskurða 6,5%. Ofangreind hlutföll voru reiknuð sem hlutföll af öllum fæðingum þ.á.m. valkeisaraskurðum. Hér á eftir er verið að reikna hlutföll þar sem nefnarinn er allar fæðingar sem ráðgerðar eru um leggöng, þ.e. ekki valkeisaraskurðir. Ráðgerðar fæðingar um fæðingarveg voru 93,5% og fæðingar um fæðingarveg voru 87,7%.

Tíðni gangsetninga og gangsetningaraðferð

Hlutfall gangsetninga í mars mánuði 2012 er örlítið hærri en það var allt árið 2011, þ.e. 30,5% borið saman við 25,7%. Þegar þetta er hins vegar borið saman við árið 2003 er hlutfallið helmingi herra þar sem tíðni framkallaðra fæðinga er 15,1% árið 2003. Í skýrslu Fæðingaskráningar-

innar frá 2003 er það tekið fram að markmiðið sé að hafa framkallaðar fæðingar á bilinu 10–12% (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2012; Reynir Tómas Geirsson, o.fl., 2004). En tölur segja okkur að tíðnin hafi tvöfaldast. Þetta er svipað og þróunin virðist vera erlendis og hafa niðurstöður rannsókna bent til þess að hluta af þessari aukningu megi rekja til aukninga á gangsetningum án skýrra læknisfræðilegra ábendinga eða “elective induction” (Gammu, Martens, Ruysseineck og Amy, 2002; Grivelli, Reilly, Oakey, Guerra o.fl., 2009; Patterson, Roberts, Ford og Morris, 2011). Orsök á aukningu í tíðni framkallana er að auki hægt að skýra að einhverju leyti með því að meðalaldur þungaðra kvenna er hærri, eins og fram hefur komið, aukinni tíðni offitu, meðgöngusykursýki og háþrýstingi. Einnig má velta því fyrir sér hvort breyttar aðferðir við framköllun hafi eitthvað með þessa auknu tíðni að gera. Í þessu samhengi er vert að skoða að verklagsreglum var breytt árið 2008 á Landspítalanum en þá var byrjað að nota Misoprostol (Cytotek) til gangsetningar í stað dinoprostone (Berglind Steffensen o.fl., 2012). En flestar fæðingar voru framkallaðar með cytotec (misoprostol) eða 34 fæðingar sem eru um 54,8%. 16 fæðingar voru framkallaðar með belgjarofi eða 25,8%. Fæðingar framkallaðar með Syntocinon voru 9 eða 14,5% (hjá konum með farið vatn) og fæðingar framkallaðar með Bard þvaglegg voru 2 eða 3,2% (framköllun eftir fyrri keisaraskurð). Í einu tilviki var ekki skráð gangsetningaraðferð. Sjá mynd 1.

Í töflu 1 hér að neðan gefur að líta helstu ábendingar framköllunar og meðgöngulengd við framköllun. Nokkuð oft eða í 10% tilvika var hvergi skráð hver ábending fyrir framkölluninni var og þar að auki vantaði ICD-skráningu í 21% tilvika sem er nokkuð mikið. Í nokkrum tilvikum kom fram á barnablaði



Mynd 1. Gangsetningaraðferð.

hver ábending var. Oftast var skráningu á ICD-greiningu ábótavant þegar um fyrirmálsrifnun himna var að ræða. Svo virðist vera að það vanti frekari samræmingu í skráningu hvað þetta varðar, þ.e. hvenær fæðingin er örvuð eða gangsett. Samræmi var ábótavant yfirhöfuð í skráningu. Ábending var ekki alltaf skráð framan á mæðraskrá og stundum eingöngu í fæðingarlýsingu og öfugt þannig að oft var erfitt að átta sig á hver ábendingin var. Algengasta ábendingin fyrir framköllun var þó fyrirmálsrifnun himna og meðgöngulengd en það er svipað og sést í fræðilegum heimildum (Guerra o.fl., 2009; Mozurkewich o.fl., 2009). Þær fæðingar sem voru framkallaðar vegna meðgöngulengdar voru að

meðaltali framkallaðar eftir 41 viku og 6 daga. Rannsóknir benda til þess að framköllun fæðingar við 41. viku eða seinna geti lækkað tíðni fósturdaða og ásvelgingu á legvatni með barnabiki (e. meconium aspiration syndrome) meðal annars (Mozurkewich o.fl., 2009).

Erfitt er að átta sig á hvernig staðan er hér varðandi „val-framkallanir“ en niðurstöður úttektarinnar benda til þess að 6,5% allra framkallana sé vegna verkja og 6,5% vegna slæmrar fæðingarsögu eða eigin óskar. Þetta eru 13,5% allra framkallana. Samkvæmt verklagsreglum Landspítalans er tekið fram að þegar ástand móður eða barns bendir til þess að betra sé að ljúka meðgöngunni en að halda henni áfram þá sé komin ábending fyrir framköllun. Þar eru einnig útlistaðar helstu ábendingar fyrir framköllun fæðingar. Slæma fæðingarsögu væri hægt að flokka undir sálfélagslega þætti en ekki er tekið fram að verkir séu ábending fyrir framköllun (Berglind Steffensen, o.fl., 2012). Erfitt er þó að meta hvert og eitt tilfelli án þess að vita nákvæmlega hvað liggur að baki ákvörðuninni.

Gangsetning og mænurótardeyfing

Notkun mænurótardeyfingar er 47,8% mars mánuð 2012. Hlutfallið er nokkuð jafnt hjá frumbyrjum og fjölbyrjum, en 48,2% frumbyrja notuðu mænurótardeyfingu og 47,5% fjölbyrja. Þegar fæðing er framkölluð virðist vera aukin þörf á mænurótardeyfingu (Gammu, o.fl., 2002; Grivell, o.fl., 2012; Jonsson, o.fl., 2012). Þetta er samhljóma niðurstöðum úttektarinnar þar sem mænurótardeyfingar

Tafla 1. Ábendingar framkallana og meðgöngulengd miðað við framköllun.

Ábendingar	Fjöldi	Prósenthlutfall	Meðal meðgöngulengd við framköllun
Fyrirmálsrifnun himna	14	22,6%	39v + 3d
Meðgöngulengd	12	19,4%	41v + 6d
Meðgöngueitrun/háþrýstingur	11	17,7%	39v + 2d
GDMA1 og 2	7	11,3%	39v + 4d
Vaxtaskerðing (IUGR)	5	8,1%	37v + 4d
Verkir	4	6,5%	40v + 5d
BOH og eigin ósk	4	6,5%	39v + 8d
Vending	1	1,6%	40v + 5d
Tvíburar	1	1,6%	38v
Ekki skráð	3	4,8%	41v

voru notaðar í tæplega 70% framkallaðra fæðinga en í rétt um 26,6% tilfella hjá þeim sem voru í sjálfkrafa sótt.

Fæðingarmáti

Fremur stór hluti þeirra fæðinga sem voru framkallaðar enduðu með soglukku-fæðingu eða 22,6% þeirra, aftur á móti voru fáar framkallaðar fæðingar sem enduðu með keisaraskurði eða um 6,5%. Frekar erfitt er að álykta út frá svona litlu úrtaki þar sem ekki er hægt að bera saman fæðingar sem eru framkallaðar vegna einhverra undirliggjandi áhættuþátta hjá móður og barni og bera það svo saman við eðlilegar fæðingar án undirliggjandi áhættuþátta. Einhverjar rannsóknir hafa sýnt fram á aukningu á áhaldafæðingum (Gammu, o.fl., 2002; Patterson, o.fl., 2011) en flestar skoða samband framkallana og keisaraskurða. Aukning á keisaraskurðum hefur verið lýst og þá sérstaklega hjá frumbyrjum (Ehrenthal, Jiang og Strobino, 2010; Gammu, o.fl., 2002; Glantz, 2010; Patterson, o.fl., 2011; Thorsell, o.fl., 2011). Niðurstöður rannsókna eru þó misvísandi hvað þetta varðar. Í Skotlandi var gerð yfirgripsmikil afturvirk rannsókn sem spannaði 26 ár. Markmiðið var að bera saman útkomu fæðinga fyrir móður og barn eftir því hvort um framköllun fæðingar án lækisfræðilegra ábendinga var að ræða eða beðið var eftir að 41 vikna meðgöngulengd var náð. Niðurstöður þeirrar rannsóknar sem tók til 1.272.549 kvenna sýndi fram á að keisaratiðni jókst ekki í gangsetning-arhópnum. Framköllunin virtist einnig minnka líkur á burðarmálsdauða, minni blæðingartíðni hjá móður og færri rifum á hringvöðva. Þó var aukin þörf á innlögnum á vökudeild hjá börnum kvenna þar sem fæðingin var framkölluð. Samkvæmt niðurstöðum höfunda þarf að framkalla 1.040 fæðingar til að koma í veg fyrir einn burðarmálsdauða (Stock, o.fl., 2012). Í annarri afturvirkri rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum á árunum 2004 til 2008 þar sem úrtakið var 38.147 konur kom fram að framköllun fæðinga eykur líkur á keisaraskurði. Þó svo að sú áhætta sé ekki sérlega mikil að mati höfunda, þá er samt sem áður mikilvægt að hafa í huga að framköllun getur þá bætt við þann ört vaxandi hóp kvenna sem fer í keisaraskurð sem kannski væri óþarfi. Fylgikvillar keisaraskurðar eru þó nokkrir eins og blæðing, sýkingarhætta, blóðtappamyndun og auknar líkur á keisaraskurði í næstu fæðingu. Höfundur bendir á að oftast er ekki erfitt að bera saman framköllun og svo aftur að bíða og sjá. Það geti farið eftir því hvernig samanburðarhópurinn er skilgreindur hver áhættan verður. Samt sem áður sýndu niðurstöðurnar fram á aukna tíðni keisaraskurða hvort sem bornir voru saman hópar sem fæddu sjálfkrafa í

sömu viku eða seinna (Glantz, 2010).

LOKAORÐ

Ljóst er að tíðni ýmissa inngripa hefur farið vaxandi hér á landi eins og víða í hinum vestræna heimi. Fram kemur í niðurstöðum úttektarinnar að aðeins fjórðungur allra fæðinga er án inngripa sem er ekki hátt hlutfall þegar horft er til þess að stærstur hluti þungaðra kvenna eru heilbrigðar konur í eðlilegri meðgöngu. Það er áhugavert að skoða þetta í sambandi við umræðu í samfélaginu er snýr að heilbrigðiskerfinu og hagræðingu innan þess. Þar sem niðurstöður fræðilegra heimilda gefa það til kynna að eitt inngrip geti leitt af sér fleiri inngrip er nauðsynlegt að staldra við og vega og meta þá þjónustu sem verið er að veita, bæði hvað varðar kostnað fyrir heilbrigðiskerfið en ekki siður fyrir móðurina. Það er því ljóst að nauðsynlegt er samdrei fyrir að ljós-mæður séu meðvitaðar um hver þróunin er, leggi enn frekari áherslu á fæðinguna sem eðlilegt ferli og reyni að snúa þróuninni við.

Ábendingar fyrir hinum ýmsu inngripum voru í of mörgum tilfellum óskýr eða engin. Niðurstöður fræðilegra heimilda benda til hins sama, þ.e. að framkvæmd ýmissa inngripa er ómarkviss og ekki í samræmi við gildandi verklag.

Niðurstöður úttektarinnar benda til þess að margt mætti betur fara í skráningu umönnunar í fæðingu. Á einhverjum sviðum er skráningu ábótavant og sums staðar skortir á samræmingu. Samræma þarf skráningu á einn stað, það yrði bæði til hagsbóta fyrir þá sem þiggja þjónustuna og þá er hana veita. Jafnframt ef taka á saman upplýsingar í sambandi við barneignaðþjónustuna liggur fyrir að mikil vinna er fólgin í því að fara í gegnum handskrifuð gögn og fyrir utan það að aldrei er hægt að tryggja að sú skráning sé fullkomin.

Heimildaskrá

- Christiaens, W., Nieuwenhuijze, M. J. og de Vries, R. (2012). Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery*, 29(1), 1–8.
- Ehrenthal, D. B., Jiang, X. og Strobino, D. M. (2010). Labor induction and the risk of a cesarean delivery among nulliparous women at term. *Obstetrics & Gynecology*, 116(1), 35–42.
- Gammu, H., Martens, G., Ruysinck, G. og Amy, J.J. (2002). Outcome after elective labor induction in nulliparous women: A matched cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(2), 240–244.
- Gilbert, E. S. (ritstj.) (2011). *Manual of high risk pregnancy & delivery*. St.Louis: Elsevier Mosby.
- Glantz, J. C. (2010). Term labor induction compared with expectant management. *Obstetrics & Gynecology*, 115(1), 70–76.
- Grivell, R.M., Reilly, A.J., Pakey, H., Chan, A. og Dodd, J.M. (2011). Maternal and neonatal outcomes following induction of labor: a cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 198–203.

- Guerra, G.V., Cecatti, J.G. Souza, J.P., Faundes, A., Morais, S.S., Gulmezoglu, A.M., Parpinelli, M.A., Passini Jr, R. og Carroli, G. (2009). Factors and outcomes associated with the induction of labor in Latin America. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, 1762–1772.
- Háskóli Íslands (e.d.). Hugmyndafræðilegar áherslur náms í ljósmóðurfæði. Sótt 24. apríl 2013 af: <https://ugla.hi.is/kennsluskrá/index.php?tab=skoli&chapter=content&id=12815&kennslu-ar=2009>.
- Jonsson, M., Cnattingius, S. og Wikström, A.K. (2013). „Elective induction of labor and the risk of cesarean section in low-risk parous women: a cohort study“. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 92(2), 198–203.
- Keating, A. og Fleming, V. E. (2009). Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Midwifery*, 25(5), 518–527.
- Kiesewetter, B. og Lehner, R. (2012). Maternal outcome monitoring: induction of labor versus spontaneous onset of labor — a retrospective data analysis. *Archives of gynecology and obstetrics*, 286(1), 37–41.
- McGeown, P. (2011). Induction of labour and post-term pregnancy. Í MacDonald, S. & Magill-Cuerden, J. (ritstj.). *Maye's midwifery: a textbook for midwives* (bls. 851–860). UK: Bailliere Tindall.
- Mozurkewich, E., Chilimigras, J., Koepke, E., Keeton, K. og King, V. J. (2009). Indications for induction of labour: a best-evidence review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(5), 626–636.
- Nice guidelines. (2008). Induction of labour. National Institute for Health and Clinical Excellence. Sótt 27. apríl 2013 af: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12012/41256/41256.pdf>.
- Ohnsorg, T. og Schiff, J. (2010). Preventing elective induction before 39 weeks. *Minnesota medicine*, 93(11), 44–46.
- Patterson, J. A., Roberts, C. L., Ford, J. B. og Morris, J. M. (2011). Trends and outcomes of induction of labour among nullipara at term. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51(6), 510–517.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson. (2010). Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2009. Reykjavík: Landspítali – háskólasjúkrahús.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson. (2012). Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2011. Reykjavík: Landspítali – háskólasjúkrahús.
- Reynir Tómas Geirsson, Guðrún Garðarsdóttir, Gestur I. Pálsson og Ragnheiður I. Bjarnadóttir. (2004). Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2004. Reykjavík: Landspítali – háskólasjúkrahús.
- Stock, S.J., Ferguson, E., Duffy, A., Ford, I., Chakmers, J. og Norman, J.E. (2012). Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *British Medical Journal*, 344, 1–13.
- Thorsell, M., Lyrenas, S., Andolf, E. og Kaijser, R. M. (2011). Induction of labor and the risk for emergency cesarean section in nulliparous and multiparous women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(10), 1094–1099.
- Tracy, S.K., Sullivan, E., Wang, Y.A., Black, D. og Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study. *Women and Birth*, 20, 41–48.
- Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and birth*, 20, 175–180.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Sótt 2. maí 2013 af: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_SM_96.24.pdf.

Vímuefnanotkun og barneignir:

Hvað er til ráða?

Tilgangur þessarar greinar er að fjalla um þær áskoranir sem felast í því að sinna fjölskyldum með vímuefnavanda og hvaða úrræði eru fyrir hendi hér á landi. Byggt verður á verklagi og leiðbeiningum um vímuefni og barneignarferlið sem komu út á Landspítala sl. vor, en um var að ræða samvinnuverkefni milli Landspítala og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Jafnframt verður komið inn á hvert hlutverk ljósmæðra er í þessu samhengi og hvernig það er í samræmi við Alþjóðasiðareglur ljósmæðra. Loks er komið inn á mikilvægi samfelli í umönnun og þverfaglegar samvinnu við umönnun þessa hóps.

Umfang og eðli vandans

Talið er að vandamál vegna vímuefnanotkunar fari vaxandi á heimsvísu og er okkar ástkæra Ísland því miður engin undantekning þar. Til vímuefnafara teljast efni eins og áfengi, ólögleg fíkniefni og ávanabindandi lyf (t.d. róandi lyf, morfínskyld lyf, Ritalin o.fl.) sem notuð eru í þeim tilgangi að komast í vímu. Nærri helmingur þeirra sem eiga við fíknisjúkdóma að stríða notar ólöglega vímuefnafara en einnig hefur notkun á lyfjum ætluðum til lækninga, í þeim tilgangi að komast í vímu, aukist undanfarin ár (SÁÁ 2007–2010).

Umfang vímuefnavanda á meðgöngu hér á landi er ekki þekkt. En tölur frá þeim löndum sem við berum okkur gjarnan saman við, benda til að vandamálið sé vissulega til staðar. Undanfarin ár hefur fjöldi þeirra sem hafa verið í meðgönguvernd á göngudeild mæðra- verndar á Landspítala vegna vímuefnavanda verið um 30–40 konur á ári, ýmist vegna nýlegrar sögu um notkun vímuefna eða vegna þess að þær eru í virkri neyslu. Í bandarískum rannsóknum á algengi vímuefnanotkunar á meðgöngu, viðurkenndi 4–5,5% kvenna að hafa notað ólögleg vímuefni á meðgöngu og á bilinu 6–19% viðurkenndi að hafa neytt áfengis á meðgöngu (Havens, Simmons, Shannon og Hansen, 2009; SAMSHA, 2009). Í rannsókn sem gerð var í London var skimað fyrir vímuefnum í þvagi barnshafandi kvenna og samkvæmt því reyndust 16% barnshafandi kvenna vera að nota vímuefni (Sherwood, Keating, Kavvadia, Greenough og Peters, 1999). Ef íslenskur veruleiki er eitthvað í takt við þessar erlendu tölur mætti búast við að 180–225 konur neyttu ólöglegra vímuefna á meðgöngu og enn fleiri áfengis. En þar sem tíðnitölur hérlandis vantar þá er ekki mögulegt að segja til um umfang vandans. Hins vegar



Valgerður Lís Sigurðardóttir,
ljósmóðir MSc á Landspítala

kemur fram í ársskýrslu SÁÁ að 4,1% núlifandi kvenna eldri en 15 ára hefur lagst inn á Vog vegna vímuefnavanda. Af innlögðum sjúklingum á Vog árin 2007–2010 var um þriðjungur konur og var 70% þeirra á barn eignaraldri eða á aldrinum 14–44 ára (SÁÁ 2007–2010).

Vel er þekkt og staðfest með rannsóknum að neysla áfengis hefur skaðleg áhrif á föstur með aukinni áhættu á fyrirburafæðingum, léttburafæðingum, fösturdauða og FAS (fetal alcohol syndrome) (Andersen, Andersen, Olsen, Gronbaek og Strandberg-Larsen, 2012; Welch-Carre, 2005; O'Leary, 2004; Mills, Graubard, Harley, Rhoads, Berendes, 1984). Rannsóknir á öðrum vímuefnum ber saman um að neysla þeirra á meðgöngu hafi neikvæðar heilsufarslegar og félagslegar afleiðingar fyrir móður og barn. Hins vegar hefur reynst erfitt að greina á milli þess hvort skaðsemin sé aðallega vegna vímuefnanna sjálfra eða hvort aðrir áhrifaþættir, s.s. félagslegar aðstæður, lífsstíll og almennt heilsufar, spili þar inn í. Tvennt virðist þó vera sameiginlegt í rannsóknaniðurstöðum þegar skaðsemi allra vímuefnafara er skoðuð en það er aukin hættu á fæðingu fyrir tímann og lágru fæðingarþyngd fyrir meðgöngulengd (Craig, 2001; Kennare, Heard, og Chan, 2005). Það er því ljóst að vímuefnanotkun hefur alvarlegar afleiðingar fyrir föstur og heilsufar nýburans.

En vímuefnanotkun hefur ekki aðeins neikvæð áhrif á fæðingarþyngd og líkamlegt heilsufar barns, heldur einnig á andlega og tilfinningalega heilsu þess og geta áhrifin varað alla ævi. Það er ýmislegt sem tengist heilsu

verðandi móður sem getur haft áhrif á hvernig barnið þroskast. Fólki sem glímur við fíknisjúkdóma getur verið með aðra undirliggjandi geðsjúkdóma, s.s. þunglyndi og kvíða. Einnig er algengt að hjá þeim sé saga um erfiðan bakgrunn og áfallasaga, sem jafnvel nær aftur í barnæsku. Því til viðbótar er oft lítið stuðningsnet í kringum þessa einstaklinga. Allt hefur þetta áhrif á það hvernig verðandi foreldrum farnast í foreldrahlutverkinu og hvernig tengslamyndun verður. Vaxandi þekking undanfarinna tveggja til þriggja áratuga hefur leitt í ljós að góð tengslamyndun við umönnunaraðila er ungabarninu mjög mikilvæg. Ungabörn eru tilfinningaverur og eru mjög næm á tilfinningástand umönnunaraðila, það reynir mikið á foreldra á þessum tíma að lesa í þarfir barnsins og svara þeim á næman og viðeigandi hátt. Ef þörfum barnsins er ekki svarað nægilega vel þá upplifir barnið mikla streitu og það geta orðið vandamál með svefn og næringu. Auk þess geta tilfinningatengsl sem myndast milli barns og foreldra orðið órugg. Streita hefur mjög neikvæð áhrif á heilaproska og almenna heilsu barnsins, s.s. ónæmiskerfið. Þar sem heili ungabarnsins er í örum vexti og taugabrautir eru að verða til, þá geta þessi áhrif verið varanleg og því er mjög mikilvægt að grípa snemma inn í til að styðja foreldra og styrkja þá í foreldrahlutverkinu og efla tengslamyndun foreldris og barns. Snemmtæk iðlutun hefur því mikið forvarnargildi (Gerhardt, 2006; Baradon, 2010; Murray, 2000; Sroufe, Egeland, Carlson og Collins, 2005).

Hlutverk ljósmæðra

Ljósmæður sjá þverskurð íslensks samfélags í sínum daglegu störfum. Fjölskyldur með fíknivanda er að finna alls staðar í samfélaginu og geta því komið inn á borð ljósmæðra hvar sem þær starfa. Í Alþjóðasiðareglum ljósmæðra kemur fram að meðal hlutverka ljósmæðra sé að „leitast við að sinna sálrænum, líkamlegum, tilfinningalegum og andlegum þörfum kvenna sem til þeirra leita, hverjar svo sem aðstæður þeirra kunna að vera“ (Ljósmæðrafélag Íslands, e.d.). Til að geta sem best komið til móts við þarfir þessa hóps er mikilvægt að skilja eðli fíknisjúkdómsins og þekkja þau úrræði sem fyrir hendi eru til að mæta þörfum verðandi mæðra og/öðra foreldra. Fíknisjúkdómur er fyrst og fremst heilsufarsvandamál og oft er sjúkdómurinn langvinnur. En einstaklingar sem glíma við fíknisjúkdóm eru oftast ekki

með flókin vandamál af sálfélagslegum toga, t.d. eru geðraskanir algengar, félagsleg staða er oft erfið og oftar en ekki er saga um ofbeldi. Neyslunni fylgir gjarnan óheilbrigður og óreiðukenndur lífsstíll sem hefur slæm áhrif á líkamlegt heilsufar. Því þarf að huga vel að næringarástandi, skima fyrir sýkingum s.s. HIV, lifrabólgu, kynsjúkdómum og öðrum sýkingum t.d. á stungustöðum (Kennare, o.fl., 2005).

Meðgangan er bara upphafið að því ævilanga verkefni sem foreldrahlutverkið er. Í alþjóðlegri skilgreiningu á hlutverki ljósmæðra kemur fram að „ljósmóðir gegnir mikilvægu hlutverki í heilbrigðisfræðslu og ráðgjöf ekki aðeins fyrir konur, heldur einnig fyrir fjölskylduna og þjóðfélagið í heild. Í hlutverki ljósmóður felst fræðsla á meðgöngu, undirbúningur fyrir foreldrahlutverkið, einnig fræðsla um heilbrigði og kynheilbrigði kvenna ásamt umönnun barna“ (Ljósmæðrafélag Íslands, e.d.). Þarna kemur sterkt fram hve

mikilvægur þáttur ljósmóður í meðgönguvernd er einmitt fyrir þennan hóp sem glímir við fíknisjúkdóm. Meðgöngutíminn er gjarnan tími mikilla breytinga í lífi fólks og hægt að líkja því við að það opnast einskonar „gluggi“ þar sem konan leitar til heilbrigðisþjónustunnar. Þarna skapast því tækifæri til að hafa áhrif og er samfelld þjónusta ljósmæðra lykilatriði í því sambandi. Þegar konan hittir sömu ljósmóður alla meðgönguna verður einstakt tækifæri til að traust samband myndist á milli þeirra, sem aftur auðveldar samskipti og möguleika til að vinna að og hvetja til heilbrigðra lífnaðarháttá. Mikilvægt er að nota tímann vel á meðgöngunni til að hugsa lengra fram í tímann — hvað tekur við eftir fæðingu?

Fíknisjúkdómurinn er flókinn sjúkdómur og vandinn er ekki leystur með einföldum hætti. Því er nauðsynlegt að leita til annarra fagstétta eins og réttilega er bent á í Alþjóðasiðareglum ljósmæðra. Þar segir: „Ljósmæður starfa með öðru fagfólki í heilbrigðisþjónustu og

leita stuðnings annarra eða vísa á aðra sérfræðinga þegar þörf konu fyrir umönnun verður ekki sinnt af ljósmóðurrinni einni“ (Ljósmæðrafélag Íslands, e.d.). Þarna er beinlínis hvatt til þverfaglegs samstarfs þegar það á við.

Skimanir fyrir notkun vímuefna

Í klínískum leiðbeiningum frá Washington og Kanada er mælt með að spyrja allar konur út í notkun vímuefna á meðgöngunni (Washington State Department of Health, 2013; Wong, Ordean, og Kahan, 2011). Ýmsar hindranir geta þó verið fyrir því að konur segi frá vímuefnanotkun, t.d. er algengt að þær upplifi skömm og sektarkennd. Einnig er oft skortur á fjölskyldustuðningi og maki er jafnvel í neyslu líka. Þá getur verið ótti við að missa börnin frá sér og konan getur óttast neikvæð viðbrögð heilbrigðisstarfsfólks. Í leiðbeiningunum eru dæmi um spurningar sem hægt er að nota við skimun. Ef konan segir frá að hún sé með fíknivanda þá er mikilvægt að afla frekari upplýsinga um umfang og eðli vandans, heilsufar, félagslega stöðu o.fl. Það eru leiðbeiningar um upplýsingaöflun í verklagsreglunni.

Þróun verklags og leiðbeininga

Fíknivandi og barneignir eru flókið fyrirbæri sem þarf að nálgast með faglegum hætti. Í því skini að bæta þjónustu við þennan viðkvæma hóp voru gefnar út verklagsreglur á Landspítala árið 2009, um meðgönguvernd kvenna með vímuefnavanda. Þar voru lagðar línur um hvernig best væri að koma til móts við þarfir þessa hóps kvenna og stuðla að heilbrigði ófædds barns. Inn í verklagsreglunum var gert ráð fyrir aðkomu félagsráðgjafa og annarra fagstétta eftir þörfum á meðgöngunni. Þetta varð fyrsti vísir að því að skilgreina formlega þverfaglegt samstarf vegna þessa hóps en að sjálfsögðu hafði verið unnið þannig um nokkurt skeið. En verklagið náði einungis yfir meðgönguna. Fljótlega varð ljóst að þörf var á að þróa verklagið frekar og taka inn í það alla þætti barneignarferlisins. Með tilkomu FMB teymis (Foreldrar – meðganga – barn) sem stofnað var árið 2011 skapaðist einnig enn meira svigrúm til að efla enn frekar þverfaglega samvinnu í kringum þennan hóp. Teymið var stofnað í samvinnu geðsviðs og kvenna- og barnasviðs. Markmið þess er að koma til móts við sértækar þarfir kvenna sem glíma við geðræn vandamál í barneignarferlinu á meðgöngu og fyrsta árið eftir fæðingu. Lögð er sérstök áhersla á að vinna með tengslamyndun við barnið og sinna þeim sem hafa margþættan og langvinnan geðrænan vanda (Landspítali, e.d.).

Í ljósi þessa var ákveðið að fara í það verkefni að þróa verklag og leiðbeiningar sem næðu yfir meðgöngu, fæðingu, sængurlegu, umönnun nýburans og eftirfylgd. Að verkefninu kom fagfólk úr ýmsum áttum til að ná yfir alla þætti vandans, m.a. ljósmæður sem sinna meðgönguvernd, fæðingarhjálp og sængurlegu

medela



Í Móðurást færðu faglega ráðgjöf
hjá brjóstagjafaráðgjafa IBCLC við val
á mjaltavélum frá Medela

Móðurást - Hamraborg 9 - 200 Kópavogur - s: 5641451

á Landspítala, fæðingarlæknir og félagsráðgjafar frá Landspítala, ljósmóðir og heimilislæknir frá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og félagsráðgjafi frá Barnaverndarstofu. Einnig komu að verkefni hjúkrunarfræðingar og barnalæknir frá Vökudeild Landspítala og var samhlíða gefin út verklagsregla um eftirlit og umönnun nýbura ef móðir neytti vímuefna á meðgöngunni.

Helstu nýjungar í verklagi og leiðbeiningum árið 2013

Barneignarferlið í heild

Með nýju verklagi sem innleitt var á Landspítalanum á árinu 2013 urðu nokkrar breytingar frá fyrra verklagi sem gera það að verkum að þjónustan við þennan hóp er orðin skilvirkari en áður var. Verklagið tekur yfir allt barneignarferlið, þ.e. meðgöngu, fæðingu, sængurlegu og útskriftar til ung- og smábarnaverndar í heilsugæslu. Þannig er reynt að brúa bil á milli deilda og stofnana með því að bæta samskipti og upplýsingaflæði milli fagfólks. Gert er ráð fyrir að í lok meðgöngunnar liggi fyrir skrifleg áætlun um umönnun í fæðingu, sængurlegu og eftirfylgd. Til markhóps teljast allar konur sem hafa sögu um notkun vímuefna síðastliðið ár fyrir þungun, en einnig þær konur sem telja sig þurfa stuðning þrátt fyrir að hafa verið edru lengur en eitt ár.

Þverfagleg samvinna – aðkoma FMB teymis

Gert er ráð fyrir tilvísun í FMB teymi fyrir allan markhópinn. Teymið er þverfaglegt og þar starfa m.a. geðlæknar, geðhjúkrunarfræðingar, hjúkrunarfræðingar frá fíknigeðdeild, félagsráðgjafar og ljósmóðir. Með aðkomu teymisins verður meðferð og stuðningur vegna fíknisjúkdómsins markvissari því öllum konum sem vísað er í teymið vegna fíknivanda er boðið viðtal við fagfólk á sviði vímuefnameðferðar. Þetta er í samræmi við það sem mælt er með annars staðar en þar hefur fjölfagleg nálgun þar sem umönnun er veitt af fagfólki með mismunandi þekkingu reynst árangursrík fyrir þennan hóp (Wright og Walker, 2007). Þá er þáttur meðgönguverndar mikilvægur og er gert ráð fyrir viðtali á göngudeild mæðraverndar 22-B. Þar er m.a. lagt mat á heilsufar konunnar og metið hvar best sé fyrir hana að vera í meðgönguvernd.

Eftir að þverfaglegt mat hefur farið fram er gerð áætlun um meðferð, eftirlit og umönnun á meðgöngunni. Meðferðarúrræðin eru margvísleg og geta falist í innlögnum á fíknigeðdeild, dagdeildarmeðferð í hóp eða reglubundnum einstaklingsviðtölum á göngudeild fíknimeðferðar, allt eftir þörfum hverrar konu. Þáttur tengslaeflingar er mikilvægur og er unnið með þann þátt bæði í einstaklingsviðtölum og í hópmeðferð. Á vegum FMB teymis hefur verið boðið upp á sex vikna hópmeðferð fyrir verðandi mæður þar sem markmiðið er að stuðla að vellíðan, efla tengslamyndun og undirbúa þær fyrir

foreldrahlutverkið. Hópmeðferðin sem kallast *Bliðar bumbur*, byggist á hugmyndafræði Mellow Parenting en það var þróað í Skotlandi (Mellow Parenting, e.d.). Einnig hefur verið boðið upp á hópmeðferð eftir fæðingu sem kallast *Móðir-barn hópur*.

Rétt er að taka fram að FMB teymið er fyrir foreldra – það þýðir að þjónustan er líka fyrir feður og er því hægt að vísa feðrum sem glíma við fíknisjúkdóm í teymið líka.

Það er til mikils að vinna því sýnt hefur verið fram á betri útkomu fyrir barnið ef gripið er inn í vímuefnavanda á meðgöngunni, t.d. færri fyrirburafæðingar og minni líkur á öndunaraðstoð nýbura (Goler, Armstrong, Taillac og Osejo, 2008), en ljóst er að þverfagleg samvinna er nauðsynleg til að árangur náist (Economidoy, Klimi og Vivilaki, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2010). Við þróun verklagsins var horft til frænda okkar í Danmörku en þar hefur verið komið á fót sérstöku þverfaglegu teymi fyrir þennan hóp. Það kallast *Familieambulatoriet* og var upphaflega þróað á Hvidovre og Rigshospitalet í Kaupmannahöfn (Sunhedsstyrelsen, 2010). Þar er konunni/fjölskyldunni fylgt eftir frá því hún uppgötvar þungun og henni/þeim fylgt eftir í nokkur ár. Þau börn sem talin eru viðkvæmust fá eftirfylgd í sex ár. Nú er komin nokkurra ára reynsla af þessu meðferðarteymi og virðist árangur vera mjög jákvæður. T.d. hefur fyrirburafæðingum fækkað úr 20% í 7%, léttburafæðingum hefur fækkað úr 31% í 7%, tilfelli þar sem er súrefnisskortur í fæðingu úr 20% í 5%, börnum með fráhrarf NAS (neonatal abstinence syndrome) sem þarfnast meðhöndlunar úr 85% í 60% og þroskafrávikum hefur fækkað úr 90% í 11% (Sundhedsstyrelsen, 2010).

Hvar verður meðgönguverndin?

Með aðkomu FMB teymis hefur skapast aukið svigrúm til að meðgönguvernd geti farið fram í heilsugæslunni. Ef konan er hætt að nota vímuefni við upphaf þungunar, vímuefnaleit er neikvæð og hún er í góðum farvegi í sínu bataferli, þá getur hún vel verið á sinni heilsugæslustöð í meðgönguvernd en um leið fengið alla þá þjónustu sem FMB teymið býður upp á. Lögð er áhersla á að konan hafi heimilislækni á þeirri stöð sem hún tilheyrir.

Umönnun nýburans

Samhlíða útgáfu þessara leiðbeininga var gefin út verklagsregla um eftirlit og umönnun nýburans ef um vímuefnaneyslu var að ræða á meðgöngunni. Sérstakur kaflir er þar um þau tilvik þar sem nýburinn þarf á fráhrarfsmeðferð að halda.

Sængurlega — Eftirfylgd

Gert er ráð fyrir sængurlegu á meðgöngu— og sængurkvennadeild ef konan hefur notað vímuefni á meðgöngunni. Möguleikar eru á heimaþjónustu í flokk C í sumum tilvikum. Huga þarf að getnaðarvörnum í sængurlegunni og gera ráðstafanir til að

konan geti fengið þá getnaðarvörn sem verður fyrir valinu, fyrir útskrift.

Til að tryggja eftirfylgd fyrir þennan viðkvæma hóp er lögð áhersla á að tryggja samfellu í upplýsingaflæði. Því er gert ráð fyrir að upplýsingar frá sængurlegu séu veittar skriflega og símleiðis til yfirhjúkrunarfræðings á þeirri heilsugæslustöð sem kemur til með að sinna fjölskyldunni í ung- og smábarnavernd. Yfirhjúkrunarfræðingur ber síðan ábyrgð á að koma upplýsingunum áleiðis til þeirra sem sinna fjölskyldunni. Einnig er gert ráð fyrir eftirfylgni og stuðningi FMB teymis eftir þörfum fjölskyldunnar, fyrsta árið eftir fæðingu.

Leiðarljós við umönnun

Það er heilmikil fagleg áskorun sem felst í því að vinna með konum og fjölskyldum með fíknisjúkdóma. Viðmót heilbrigðisstarfsfólks skiptir þar miklu máli því konur eru líklegri til að koma í meðgönguvernd ef þær mæta hlýju og fordómalaus viðmóti. Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk viðurkenni hugrekki og þrautseigju konunnar þar sem hún stendur frammi fyrir mjög flóknum og erfiðum kringumstæðum. Hún er að takast á við erfiðan sjúkdóm á sama tíma og hún er að verða móðir. Umönnun þarf að einkennast af sveigjanleika, jákvæðum samskiptum og stuðningi. Heildræn umönnun sem veitt er á einum stað er hagkvæmari og leiðir til betri útkomu fyrir bæði móður og barn (Wong, Ordean, og Kahan, 2011; Washington State Department of Health, 2013).

Undanfarin ár hefur nálgun sem byggist á hugmyndafræði um áhugahvetjandi samtal (motivational interviewing) verið notuð í vaxandi mæli í meðferð þar sem þörf er á lífsstílsbreytingum. Þessi aðferð hefur reynst vel fyrir fólk með fíknisjúkdóma, en þar er lögð áhersla á að einstaklingurinn taki sjálfur ákvörðun um breytingar á lífi sínu (Miller og Rollnick, 2002). Hornsteinninn í áhugahvetjandi viðtali er að fólk trúir því sem það heyrir sjálft sig segja. Sú staða að eiga von á barni getur aukið verulega áhugann á að vera edru (Wong, Ordean og Kahan, 2011).

Samantekt — Framtíðarsýn

Hér hefur einungis verið tæpt á helstu atriðum verklagsreglunnar og vinnuleiðbeininganna sem henni fylgja. Því er mikilvægt að fagfólk í barneignarþjónustu kynni sér verkefnið í heild. Með tilkomu FMB teymis hefur skapast mun betri grundvöllur fyrir þeirri þverfaglegu nálgun sem nauðsynleg er við umönnun þessa viðkvæma hóps.

Grunnur hefur verið lagður að bættari þjónustu við þennan hóp sem glímir við fíknivanda í barneignarferlinu. En mikill vill meira – í framtíðinni þarf að leggja áherslu á að tryggja áframhaldandi stuðning. Ef horft er til þess árangurs sem hefur náðst hjá *Familieambulatoriet* í Danmörku þá eigum við enn langt í land. Brýnt er að þróa og efla enn frekar þjónustu fyrir þennan viðkvæma hóp.

Hér á landi hafa ekki verið gerðar neinar rannsóknir, hvorki á umfangi vandans í barneignarferlinu né á gagnsemi úrræða við vímuefnavanda í barneignarferlinu. Mikilvægt er að þessi mál verði skoðuð með markvissum hætti í framtíðinni.

LOKAORÐ

Að annast verðandi mæður og/eða foreldra með vímuefnavanda er mikil áskorun fyrir þá sem að því koma. Þarna eru skjólstæðingar okkar að fást við tvö stór verkefni á sama tíma; að verða foreldri og að takast á við erfiðan sjúkdóm. Það gerir stöðu þeirra einstaka – en um leið eru ljósmæður líka í einstakri stöðu til að mæta þeim og hafa áhrif á líf þeirra. Uppbygging og hugmyndafræði umönnunar ljósmæðra byggir á samfelli í þjónustu með einstöku tækifæri til að byggja upp traust samband, en það er lykilatriði í því að hafa áhrif. Ávinningurinn er gríðarlegur – velferð barns er þar í húfi.

Heimildaskrá

Andersen, A. M. N., Andersen, P. K., Olsen, J., Grøn-bæk, M., & Strandberg-Larsen, K. (2012). Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. *International journal of epidemiology*, 41(2), 405–413.

Barandon, T. (2010). *Relational Trauma in Infancy*. London, Routledge.

Craig, M. (2001). Substance misuse in pregnancy. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 11(6), 365–371.

Economidoy, E., Klimi, A., & Vivilaki, V. G. (2012). Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. *Health Science Journal*, 6(1), 161–9.

Gerhardt, S. (2006). Why love matters: How affection

shapes a baby's brain. *Infant Observation*, 9(3), 305–309.

Goler, N. C., Armstrong, M. A., Taillac, C. J., & Osejo, V. M. (2008). Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: a new standard. *Journal of Perinatology*, 28(9), 597–603.

Havens, J. R., Simmons, L. A., Shannon, L. M., & Hansen, W. F. (2009). Factors associated with substance use during pregnancy: results from a national sample. *Drug and alcohol dependence*, 99(1), 89–95.

Kennare, R., Heard, A., & Chan, A. (2005). Substance use during pregnancy: risk factors and obstetric and perinatal outcomes in South Australia. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*, 45(3), 220–225.

Landspítali (e.d.). *FMB teymi*. Sótt á veraldarvefinn 15. nóvember 2013: <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=27197>.

Mellow Parenting (e.d.). Sótt á veraldarvefinn 15. nóvember, 2013: <http://www.mellowparenting.org/>.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford press.

Mills, J.L., Graubard, B.I., Harley, E.E., Rhoads, G.G., Berendes, H.W. (1984). Maternal consumption and birth weight. How much drinking during pregnancy is safe? *JAMA*, 252, 875–887.

Murray, L., & Andrews, L. (2000). *The social baby*. S. Parish (Ed.). Richmond UK: CP Publishing.

O'Leary, C. M. (2004). Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40(1-2), 2–7.

SÁÁ (2007–2010). Ársrit SÁÁ, sótt á veraldarvefinn 15. nóvember 2013: http://saa.is/Files/Skra_0042334.pdf.

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

Wong, S., Ordean, A., & Kahan, M. (2011). SOGC clinical practice guidelines: Substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International*

Federation of Gynaecology and Obstetrics, 114(2), 190. Sótt á veraldarvefinn 15. nóvember, 2013

Sroufe, A.L., Egeland, B., Carlson, E.A. og Collins, A. (2005). *The development of the person*. Guilford Press.

Substance abuse and mental health services administration (SAMHSA). (2009). The NSDUH report: substance use among women during pregnancy and following childbirth, Rockville.

Sundhedsstyrelsen. (2010). *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer: Familieambulatoriets interventionsmodel* (2. útgáfa). København.

Ljósmæðrafélag Íslands, e.d. *Alþjóðasiðareglur ljósmæðra*. Sótt á veraldarvefinn 14. nóvember 2013: <http://www.ljosmaedrafelag.is/ljosmodir/althjodasidareglur#F>. Hvernig er hægt að nota siðareglur?

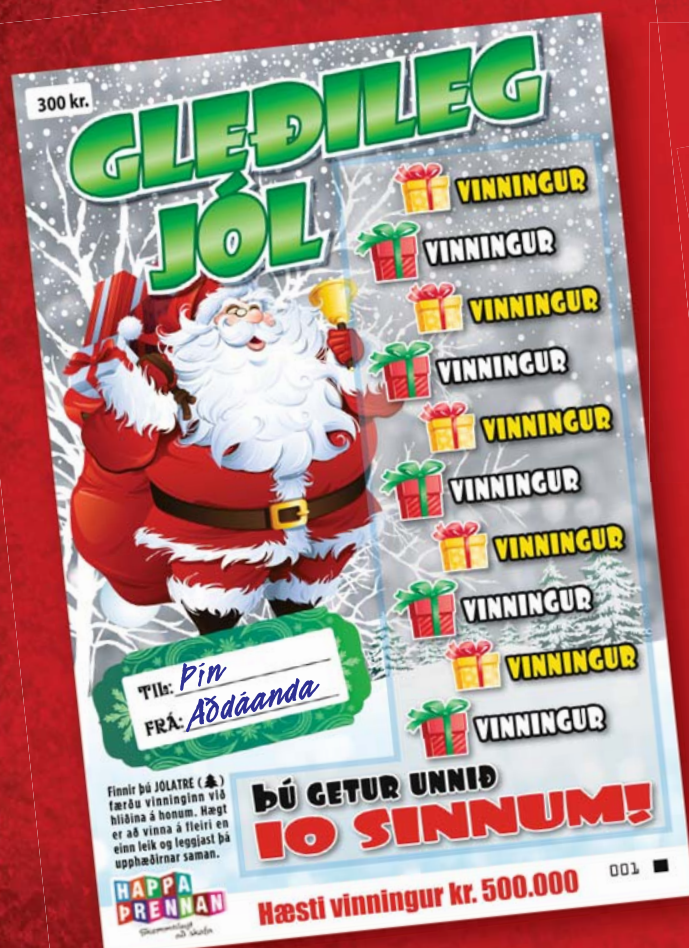
Valgerður Lisa Sigurðardóttir, Gróa Margrét Jónsdóttir, Brynja Ragnarsdóttir, Þórunn Pálsdóttir, Ástþóra Kristinsdóttir, Nanna S. Kristinsdóttir o.fl. (2013) *Vímuefni og barneignarferlið*. Verklagsregla og vinnuleiðbeiningar. Landspítali.

Welch-Carre, E. (2005). The neurodevelopmental consequences of prenatal alcohol exposure. *Advances in Neonatal Care*, 5(4), 217–229.

Washington State Department of Health. (2013). *Substance abuse during pregnancy: Guidelines for screening*. Sótt á veraldarvefinn 15. nóvember, 2013: http://here.doh.wa.gov/materials/guidelines-substance-abuse-pregnancy/15_PregSubs_E13L.pdf.

Wong, S., Ordean, A., & Kahan, M. (2011). SOGC clinical practice guidelines: Substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 114(2), 190. Sótt á veraldarvefinn 15. nóvember 2013: <http://sogc.org/guidelines/substance-use-in-pregnancy/>.

Wright, A., & Walker, J. (2007, April). Management of women who use drugs during pregnancy. In *Seminars in fetal and neonatal medicine* (Vol. 12, No. 2, pp. 114–118). WB Saunders.



Gleðileg lukkujól!

Góð tækifærisgjöf, merkimiði á pakka
eða á diskana í jólaboðinu!



Skemmtilegt að skafa!

Fóstureyðingar



Helga Sól Ólafsdóttir
Ph.d. MSc.SW. Félagsráðgjafi,
Kvennadeild Landspítalans



Erna Harðardóttir
MA nemi í félagsráðgjöf

Á öllum tímum og í öllum samfélögum hafa jafnt einstaklingar sem þör stundum ekki vilja, aðstæður eða getu til að ala upp barn. Fóstureyðingar hafa því verið nauðsynlegar til að aðstoða fólk í þessum aðstæðum. Aðgengi að fóstureyðingum er ólíkt eftir því hvar í heiminum kona verður þunguð. Í dag eru til öruggar aðferðir til að binda endi á þungun sem hægt er að nota í upphafi þungunar, en þrátt fyrir það eru konur víðs vegar í heiminum neyddar til að leita sér aðstoðar sem er þeim lífshættuleg. Í sumum löndum er fóstureyðing bönnuð undir öllum kringumstæðum, en í öðrum er fóstureyðing leyfileg ef líf konunnar er í hættu eða henni hefur verið nauðgað. Í löndum með frjálsslyndari löggjöf geta verið ákveðin skilyrði til að fá leyfi fyrir fóstureyðingu eða að konur geta sjálfar óskað eftir fóstureyðingu fram að 12. viku meðgöngu. Frjálsslynd fóstureyðingarlöggjöf virðist ekki auka tíðni fóstureyðinga. Ef lítið er á tíðni fóstureyðinga í Vestur-Evrópu þá eru um 17 fóstureyðingar á hverjar 1.000 konur, en til samanburðar þá er tíðni fóstureyðinga í Suður-Ameríku, þar sem löggjöf um fóstureyðingar er ströng, 32 eða meira á hverjar 1.000 konur (Guttmacher Institute, 2013). Sagan og staðreyndir hafa sýnt að konur sem þurfa hjálp til að binda endi á ótímabæra þungun munu finna leið, hvort heldur sem hún er lögleg eða ólögleg, örugg eða ekki.

Skortur á löglegum úrræðum opnar

markað fyrir aðstoð sem getur reynst konunni hættuleg. WHO skilgreinir ólöglega fóstureyðingu „sem aðgerð sem bindur enda á þungun, framkvæmd af aðila sem skortir þá þekkingu er til þarf við slíka aðgerð, eða að aðgerðin er framkvæmd í umhverfi sem ekki uppfyllir læknisfræðileg skilyrði, eða bæði“ (WHO, 2011). Ólöglegar fóstureyðingar geta leitt til lífshættulegra aukaverkana og samkvæmt tölum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar deyja árlega 47.000 konur af völdum ólöglegra fóstureyðinga (WHO, 2011). Enn fleiri þjást af alvarlegum fylgikvillum eftir aðgerðina (WHO, 2011). Flest þessara atvika eiga sér stað þar sem fóstureyðingar eru ólöglegar og lítið sem ekkert aðgengi er að ráðgjöf um getnaðarvarnir og fjölskylduáætlanir.

Fóstureyðingar á Íslandi

Á Íslandi hefur verið löggjöf um fóstureyðingar frá 1935, en sú sem er í gildi er frá 1975, lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir, nr. 25. Fóstureyðing er heimil hér á landi þegar ákveðnar félagslegar og/eða læknisfræðilegar aðstæður liggja að baki eða ef konu hefur verið nauðgað eða orðið þunguð af öðru refsiverðu atferli. Samkvæmt fyrrnefndum lögum skal fóstureyðing framkvæmd eins fljótt og hægt er, en helst fyrir 12. viku meðgöngu. Leyfilegt er

að framkvæma fóstureyðingu upp að 16 vikum ef sérstakar félagslegar aðstæður eru til staðar, en upp að 22. viku ef um er að ræða læknisfræðilegar ástæður. Samkvæmt áðurnefndum lögum er konunni skylt að tala við lækni og félagsráðgjafa eða tvo lækna sem verða að veita samþykki fyrir framkvæmd fóstureyðingar.

Aðgerð – lyfjameðferð

Fóstureyðing með lyfjum hefur verið notuð hér á landi frá árinu 2006 og samkvæmt rannsóknnum reyndist aðferðin örugg (Kapp, Whyte, Tang, Jackson og Brahmi 2013). Fóstureyðing með lyfjum er aðferð þar sem konunni eru gefin lyf, mífeprestón og prostaglandín. Þessi lyf stöðva annars vegar upptöku hormóns sem nauðsynlegt er til að halda áfram meðgöngu og hins vegar framkalla þau samdrætti í leginu. Þessi lyfjameðferð framkallar fósturlát og er gerð fram að 9. viku meðgöngu eða innan 63ja daga frá síðustu blæðingum (Ágúst Ingi Ágústsson, Kristín Jónsdóttir og Jens A. Guðmundsson, 2010). Legtæming er aðferð sem notuð er á fyrstu 12 vikum meðgöngu. Þessi aðferð er læknisfræðileg aðgerð þar sem konan er svæfð, legið tæmt og tekur aðgerðin 5–15 mínútur. Í flestum tilfellum fer konan heim samdægurs. Í dag kys meirihluti kvenna lyfjameðferð ef þeim stendur það til boða.

Landlæknir heldur skrá yfir fóstur-

Félagslegar aðstæður eru skv. 9. gr. laga nr. 25/1975:

„Þegar ætla má, að þungun og tilkoma barns verði konunni og hennar nánustu of erfið vegna óviðráðanlegra félagslegra ástæðna. Við slíkar aðstæður skal tekið tillit til eftirfarandi:

- Hafi konan alið mörg börn með stuttu millibili og skammt er liðið frá síðasta barnsburði.
- Eigi konan við að búa bágar heimilis- aðstæður vegna ómegðar eða alvarlegs heilsuleysis annarra á heimilinu.
- Þegar konan getur ekki vegna æsku og þroskaleysis annast barnið á fullnægjandi hátt.
- Annarra ástæðna, séu þær fyllilega sambærilegar við ofangreindar aðstæður“.

Dæmi um forsendur til að fá fóstureyðingu skv. d-lið 9. gr. laganna eru:

- Ótryggt eða ekkert samband við barnsföður
- Erfiðar félagslegar aðstæður hvað snertir fjárhag, húsnæði og/eða atvinnu
- Ólokið nám
- Einstætt foreldri með eitt eða fleiri börn
- Heilsufarsástæður sem hafa áhrif á félagslegar aðstæður (þunglyndi, kvíði, veikindi á fyrri meðgöngu, áfengis- og vímuefnavandamál)
- Sambúðarvandamál/sambúðarslit/skilnaður
- Ýmis persónubundin vandamál (erfiðleikar varðandi feðrun, maðurinn kvæntur, framhjáhald o.s.frv.)
- Erfiðleikar með getnaðarvarnarnotkun (þolir ekki, ótti við auka-verkanir, getnaðarvarnarnar brugðust)

Þegar fóstureyðing vegna læknisfræðilegra ástæðna er samþykkt eru ákveðin skilyrði nauðsynleg skv. 9. gr. laga nr. 25/1975:

- „Þegar ætla má, að heilsu konu, líkamlegri eða andlegri, sé hættu búin af áframhaldandi meðgöngu og fæðingu.
- Þegar ætla má, að barn sem kona gengur með, eigi á hættu að fæðast vanskapað eða haldið alvarlegum sjúkdómi vegna erfða eða sköddunar í fósturlífi.
- Þegar sjúkdómur, líkamlegur eða geðrænn, dregur alvarlega úr getu konu eða manns til að annast og ala upp barn“.

eyðingar og ófrjósemisaðgerðir og gefur út árlega skýrslu um þróun þessa málaflokks hérlandis. Á Íslandi eru rúmlega 900 fóstureyðingar framkvæmdar árlega (980 árið 2012) og hefur fjöldinn haldist nokkuð stöðugur frá aldamótum, en flestar voru þær árið 2000 eða 987. Í um 95% tilfella er um að ræða fóstureyðingar af félagslegum ástæðum. Stærsti hópurinn er konur á aldrinum 20–24 ára, eða 306 kona árið 2012, og sem betur fer hefur fækkað í yngsta hópunum en árið 2012 voru bara 155 konur undir 19 ára sem sóttu um fóstureyðingu. Flestar fóstureyðingar eru gerðar fyrir 9. viku, eða um 75%, og um 88% kvenna hafa aldrei þurft á þessari hjálp að halda áður eða farið einu sinni áður (64% hefur aldrei farið áður) (Landlæknir, 2013). Algengt er að kona hafi farið í fóstureyðingu á unga aldri, en þurfi síðan aftur að nýta sér þessa hjálp þegar hún hefur eignast þau börn sem hún getur með góðu móti annast. Það er því ekki hægt að segja að íslenskar konur ofnoti fóstureyðingar.

Félagsráðgjafar á Kvennadeild Landspítalans taka á móti mörgum þessara kvenna. Aðstæður þeirra eru jafn mismunandi og þær eru margar. Hlutverk félagsráðgjafa er að mæta konum og þörum þar sem þau eru stödd og styðja þær/þau í ákvörðunarferli sínu. Stundum þarf eitt viðtal þar sem konan eða parið hafa hugsað sín mál vel og er/eru ákveðin. Hjá öðrum er ákvörðunin flóknari og það krefst nokkurra meðferðarsamtala til að komast að niðurstöðu.

Dæmi um ástæður fyrir því að óska eftir fóstureyðingu eru:

„Ég sæk um vegna aldurs. Ég er ekki nógu þroskuð til að eiga barn og hann ekki heldur“. (stúlka undir 18 ára)

„Er á leið í nám næsta haust. Ekki mjög örugg með sambandið og vil ekki lenda í því að verða einstæð móðir. Vil geta boðið barni betra en ég get í dag“. (stúlka um tvítugt)

„Á 8 mánaða gamalt barn og var slæm á meðgöngunni af grindargliðnun og háþrýstingi. Treysti mér ekki svona fljótt í aðra meðgöngu og fæðingu með svona lítið barn“. (kona á milli 25–30 ára)

„Er að skilja, bý í ótryggu leiguhúsnæði með tvö börn á framsferi. Erfiður fjárhagur“. (kona um 35 ára)

„Ég á 3 börn sem eru stálpuð. Ég er búin að fá nóg, enda búin að vera móðir í 20 ár og á von á ömmubarni. Ég sæk um vegna aldurs og annarra aðstæðna“. (kona yfir fertugt)

Andleg líðan eftir fóstureyðingu

Það er ljóst að enginn vill þurfa að taka svona ákvörðun, en stundum eru aðstæður þannig að þó að vilji sé fyrir hendi þá bjóða aðstæður ekki upp á barn. Yfirlitsgrein um rannsóknir á andlegri líðan

kvenna sem þurfa að fara í fóstureyðingu sýnir fram á að 40–45% kvenna upplifa kvíða og vanlíðan á meðan þær eru að ákveða hvaða leið þær þurfa að fara. En mánuði eftir fóstureyðingu hefur bæði kvíði og vanlíðan marktækt minnkað í 8–32% eftir rannsóknum (Bradshaw og Slade 2003). Áfallastreituröskun (PTS) gefur sams konar niðurstöður og virðist frekar vera tengd áfallinu sem orsakast af ótímabærri þungun frekar en sjálfri fóstureyðingunni (Miller, Pasta og Dean, 1998). Að þurfa að taka þessa ákvörðun krefst þess að viðkomandi kona eða par þurfa að skoða vel og vandlega aðstæður sínar og byggja ákvörðun sína á eigin mati á aðstæðunum.

Langtímarannsóknir hafa sýnt fram á að hjá andlega heilsuhaustum konum fylgi andleg vanlíðan almennt ekki eftir fóstureyðingu, en ef konan hefur undirliggjandi kvíðaröskun eða þunglyndi er það áhættuþáttur fyrir langtíma vanlíðan (Bradshaw o.fl., 2003). Einnig hefur komið fram að sumar konur finna fyrir létti eftir fóstureyðinguna (Bradshaw o.fl., 2003), en þær geta átt erfitt með að leyfa sér það vegna fordóma í samfélaginu.

Fóstureyðing er úrræði sem verður að vera til og aðgengilegt fyrir alla en fækkun fóstureyðinga er auðvitað markmiðið, konur og þör eiga ekki að þurfa að standa frammi fyrir þessari ákvörðun. Notkun getnaðarvarna og fagleg fræðsla um getnaðarvarnir skiptir höfuðmáli í að ná því markmiði. Ókeypis getnaðarvarnir fyrir ungt fólk undir 20 ára og getnaðarvarnir á viðráðanlegu verði fyrir aðra myndi skipta sköpum í að fækka fóstureyðingum, sem hlýtur að vera lýðheilsu- og velferðarsamfélagi eins og á Íslandi.

Heimildaskrá

- Ágúst Ingi Ágústsson, Kristín Jónsdóttir og Jens A. Guðmundsson. (2010). Fóstureyðing með lyfjum. Fyrstu 246 meðferðirnar á Íslandi. *Læknablaðið*, 5, 331–333.
- Bradshaw, Z. og Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationship: A critical review of the literature. *Clinical psychology review*, 23, 929–958.
- Gottmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. Sótt 10. október 2013. http://www.gottmacher.org/pubs/fb_IAW.html.
- Kapp, N., Whyte, P., Tang, J., Jackson, E. og Brahmi, D. (2013). A review of evidence for safe abortion care. *Contraception*, 88, 350–363.
- Landlæknir (e.d.) Fóstureyðingaskrá. Sótt 10. október 2013. <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsaknir/tolfraedi/heilbrigdisthjonusta/adgerdir/>.
- Lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir, nr. 25/1975.
- Miller, W.B., Pasta, D.J. og Dean, C.L. (1998). Testing the model of the psychological consequences of induced abortions. *Journal of social issues*, 48, 67–93.
- World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva (Switzerland): World Health Organization: 2011.

Fæðingarsaga

Margir halda því fram að það að missa barn sé ein erfiðasta lífsreynsla sem manneskja gengur í gegnum. Sorgin sem er samfara slíkum missi fylgir einstaklingnum ævilangt. Að missa barn á meðgöngu er átakanleg reynsla en sú sorg getur verið mjög einmanaleg þar sem barnið er á meðgöngu samofið lífi móðurinnar en aðrir í kring eru einungis áhorfendur. Sagan sem hér fer á eftir segir frá missi á meðgöngu sem átti sér stað fyrir nokkrum áratugum. Þar kemur vel fram hvernig lítið var á slíka reynslu, bæði af fagfólki og nánasta umhverfi konunnar. Sem betur fer hefur þekking á slíku ferli aukist og umönnun kvenna í dag með allt öðrum hætti. Nú er leitast við að veita persónulega þjónustu þar sem nærgætni og virðing fyrir því sem verðandi foreldrar ganga í gegnum er í öndvegi. Þar eru ljósmæður í lykilhlutverki en mikilvægt er að þjónustan taki mið af þörfum verðandi foreldra á hverjum tíma.

Helga Gottfredsdóttir

INNGANGUR

Í flestum tilfellum eru ljósmæður með konum í gegnum meðgöngu, fæðingu og sængurlegu. Ljósmæður hafa tækifæri til að mynda góð tengsl við skjólstæðinga sína en þau eru einmitt lykilatriði í góðri umönnun. Ljósmóðir þarf að geta mætt konu á þeim stað sem hún er stödd, hlustað á hana, ráðlagt og stutt þannig að líðan hennar og ófædd barns hennar sé sem best tryggt. Tilgangur þessa verkefnis er að þjálf mig sem ljósmæðranema í að hlusta á reynslu kvenna og skoðanir og í að skynja líðan þeirra.

Nærri mér stendur kona sem á að baki mjög erfiða fæðingarreynslu. Tæp fjörutíu ár eru líðin og hún hefur ekki fengið neina aðstoð við að vinna úr reynslu sinni hingað til. Ég taldi því að það væri gott bæði fyrir mig og fyrir hana að við ræddum saman um þessa reynslu. Fyrir mig er það þjálfun í að hlusta á erfiða reynslu en fyrir hana getur verið gott að segja frá sinni líðan.

Eins og fyrr segir átti fæðingarreynslan



*Sigríður Berglind Birgisdóttir,
nemi í Ljósmóðurfræðum á 1. ári*

sér stað fyrir tæpum fjörutíu árum, þá var konan 32ja ára gömul og bjó í Borgarnesi ásamt eiginmanni og þremur börnum á grunnskólaaldri. Þetta var fjórða meðganga hennar, fyrri meðgöngur og fæðingar höfðu gengið mjög vel og var konan hraust.

Í dag er konan 71 árs gömul og býr í Reykjavík ásamt eiginmanni sínum til 53ja ára. Þau eiga 4 uppkomin börn og 12 barnabörn.

Viðtalið

Ég hafði samband við konuna til að spyrja hvort hún væri tilbúin að tala við mig um sína fæðingarreynslu. Hún var tilbúin til þess en sagði jafnframt að mörg ár væru líðin og kannski myndi hún ekki allt. Við ákváðum að hittast heima hjá mér á mánudagskvöldi, það var rigning úti en við sátum inni við kertaljós og það var róleg og notaleg stemmning.

Fæðingarsaga

Tæp fjörutíu ár eru síðan, það var 23. janúar 1973. „Ég gleymi aldrei þessum degi, þetta var dagurinn sem byrjaði að gjósa í Vestmannaeyjum“. Þarna var hún gengin um 32 vikur, barnið átti að fæðast

í lok mars. Hún vaknar að morgni til að aðstoða börn sín að hafa sig til fyrir skólann, en finnur fljótt fyrir vanlíðan og stuttu síðar koma verkir. Hún hugsaði með sér að nú væri eitthvað að gerast og ákvað því að hringja á heilsugæsluna í Borgarnesi þar sem hún bjó og hafði verið í meðgöngu-vernd. Þar var henni sagt að hún yrði að fara á Akranes í skoðun. Sjúkrabíll kemur ásamt vakthafandi lækni sem skoðar hana. Hann lætur fæðingardeildina á Akranesi vita af væntanlegri komu hennar. Hún fer ein með sjúkrabílnum, eiginmaður hennar er heima að sinna eldri börnunum þeirra.

Við komu á Akranes er tekið á móti henni, henni tilkynnt að mikið sé að gera, fæðingarstofan sé upptekin og því er henni rúllað í rúmi inn á baðherbergi. Fljótlega kemur ljósmóðir ásamt fæðingarlækni sem skoðar hana. Þau segja henni að enginn hjartsláttur finnist hjá barninu, það sé látið og hún þurfi að fæða. Belgir eru sprengdir til að flýta fyrir fæðingu. Fæðingarstofan var enn upptekin, því var hún áfram á baðherberginu, engin bjalla var á þar inni og því er hún látin hafa kúabjöllu og sagt að bjalla hátt ef hún þurfi aðstoð. Hún liggur ein inni á baðherbergi með mikla verki og biður þess að fæða andvana barn sitt. Þremur tímum síðar er bankað á hurðina, það er móðir hennar en hún vann í eldhúsi sjúkráðsins og hafði hún fengið leyfi til að skjótast til hennar í hádegishléinu sínu. „Mikið var gott að sjá hana,“ segir konan. Örfáum mínútum eftir að móðir hennar kemur til hennar finnur hún mikinn þrýsting niður, hún þreifar og finnur koll, hún biður móður sína um að fara fram til að sækja aðstoð. Inn komu ljósmóðir og fæðingarlæknir, og stuttu síðar fæðist andvana stúlka. Læknirinn skoðar konuna og öllum til mikillar furðu kom í ljós að stúlkan var ekki einburi. Aðeins örfáum mínútum síðar finnur hún rembingþörf, hún rembist og það fæðist önnur andvana stúlka. Hún fær ekki að sjá stúlkurnar, ljósmóðirin fer strax með þær fram. Konan spyr hvort hún megi ekki sjá þær, svarið var: „Þú færð að sjá þær

en ekki strax“. Daginn eftir spyr hún aftur hvort hún megi sjá þær en þá er henni sagt að það sé ekki hægt, það sé búið að brenna þær. „Það fannst mér agalegt, ég fékk ekki að sjá þær og á ekki neitt til minningar um þær“.

Hún lá nokkra daga sængurlegu. Læknir sem viðstaddur var fæðingu stúlknanna kom til hennar og ræddi við hana um hugsanlegar skýringar á þessum atburði. Önnur stúlkan var mikið minni og talið var að hún hafi verið látin í allt að mánuð en hin stúlkan í einn til tvo sólarhringa. Ekki var hægt að fullyrða um orsök en talið var að naflastrengirnir hefðu vafist saman með þeim afleiðingum að súrefnisflæði varð skert.

Áður en hún var útskrifuð heim voru brjóst hennar reyrd til að minnka mjólkurframleiðslu. Nokkrum dögum eftir útskrift fór hún í eftirlit til læknis sem segir henni að engin mjólk sé í brjóstunum og tekur vafninginn burt. Morguninn eftir vaknar hún með brjóstin full af mjólk, hún segir það hafa tekið mjög á að vera ein heima með brjóstin full af mjólk og ekkert barn.

Konan segist aldrei hafa verið spurð út í andlega líðan, engin aðstoð var í boði hvorki fyrir hana, manninn hennar eða börn. Maðurinn hennar hefur aldrei viljað ræða þessa reynslu sem hann lokaði alveg á. Hún segir það hafa tekið sig mörg ár að vinna úr þessu en er ekki viss um að maðurinn sinn hafi nokkurn tíma gert það.

Mat á aðstæðum

Að mínu mati eru aðstæður konunnar á allan hátt óviðunandi, flest ef ekki allt hefði verið hægt að gera betur. Ég velti fyrir mér hvað réttlæti þá ákvörðun að sprengja belg til að flýta fyrir fæðingu ef enginn er til að vera með konunni í fæðingunni? Eiga ekki allar konur rétt á yfirsetu og nærveru ljósmóður í fæðingu? Það er mikilvægur þáttur í fæðingarferlinu að fæðandi kona og ljósmóðir hennar nái að mynda tengsl, bæði til þess að byggja upp traust og til að ljósmóðir geti lesið í líðan móður (Spencer, 2012).

Fyrstu klukkustundirnar eftir fæðingu eru afar dýrmætar og mikilvægt er að foreldrar fái allan þann stuðning sem þeir þurfa (Thomas, 2012). Það er ekkert í lífinu sem getur búið foreldra undir að takast á við það að missa barn. Móðirin segist ekki á neinum tímupunkti hafa

upplifað stuðning, auk þess sem ósk hennar um að fá að sjá dætur sínar var ekki virt og hún ekki látin vita að brenna ætti stúlkurnar. Thomas (2012) bendir á að minningar um barnið/börnin geta hjálpað foreldrum í sorginni. Í þessu tilfelli er þetta tækifæri tekið af foreldrunum. Líklegt er að minni stúlkan hafi verið illa farin þar sem talið var að hún hafi verið látin í einhverjar vikur en stærri stúlkan var nýlátin og því líklega í lagi að leyfa móðurinni að sjá hana. Ef ekki, þá hefði verið hægt að klippa hárlokk eða taka handafar og/eða fótspor til minninga. Í klínískum leiðbeiningum sem Landlæknisembættið (2008) hefur gefið út segir að í sorgarferli skipti miklu máli að virða óskir aðstandenda og að þeir fái tækifæri til að vera með hinum látna eftir andlát.

Ég tel að flest allir heilbrigðisstarfsmenn átti sig í dag á því að eftir upplifun sem þessa eru miklar líkur á vanlíðan, sorg og jafnvel áfallastreituröskun. Sorgarferli einstaklinga er mismunandi og getur það tekið allt að 1–2 ár eða lengur. Foreldrar upplifa leiða, fá samviskubít, kvíða og jafnvel þunglyndi (Badenhorst og Hughes, 2007). Feður sýna oft minni einkenni en mæður og eru fyrri til að jafna sig og togstreita getur myndast í sambandinu sem getur haft veruleg áhrif á samband hjóna (Badenhorst og Hughes, 2007).

LOKAORÐ

Á síðustu fjörutíu árum hefur margt breyst í okkar samfélagi. Tæknivæðing hefur farið vaxandi og samfélagslegar breytingar, svo sem þátttaka feðra í tengslum við barneignir er mun meiri en áður. Ef við berum fæðingarsögu konunar saman við fæðingar í dag má ætla að margt færi öðruvísi. Flest allar konur fara í ómskoðun og því hefði tvíburameðganga verið greind á fyrri hluta meðgöngu. Sé vitað af tvíburameðgöngu er mælt með því að kona mæti oftari í mæðravernd og ómskoðun til að fylgjast betur með vexti og legu barnanna (Landspítali, 2007). Ekki er hægt að segja til um hvort stúlkubörnin sem um ræðir í sögunni hefðu frekar lifað í dag en að öllum líkindum hefði verið gripið fyrir inn í aðstæður, þ.e. með auknu eftirliti hefði fyrir uppgötvast að annar tvíburinn var látinn og fæðing framkölluð fyrir.

Síðustu ár og áratugi hefur meiri áhersla verið lögð á líðan kvenna eftir fæðingu, til að mynda er starfrækt starfseining innan Landspítala sem sérhæfir sig í að aðstoða konur við að vinna úr erfiðri fæðingarreynslu. Þessi starfsemi kallast „Ljáðu mér eyra“. Einnig er konum sérstaklega fylgt eftir sem fara í gegnum andvana fæðingu og er það gjarnan ljósmóðirin sem var með konunni í fæðingu sem sinnir henni fyrstu vikuna á eftir og jafnvel lengur. Ég er ánægð og stolt þegar ég ber saman þessa tíma, það er greinileg þróun til hins betra en alltaf má gera betur og því þurfa ljósmæður að vera vakandi fyrir hvers kyns tækifærum til að bæta þá þjónustu sem þær veita.

Við gerð þessa verkefnis las ég rannsókn þar sem skoðað var hvað gagnast foreldrum best í þessum aðstæðum. Þar er samfelld þjónusta stór þáttur. Þannig skiptir máli að það sé sem mest sama ljósmóðirin sem annast foreldra í þessu ferli. Þá myndast traust og líklegra er að ljósmóðirin geti veitt markvissari þjónustu og leiðbeint foreldrum um sérhæfðari meðferð ef henni finnst þess þurfa (Fenwick, Jennings, Downie, Butt og Okanaga, 2007). Í rannsóknarniðurstöðum kemur jafnframt fram að það að hjálpa foreldrum að eiga minningar um barnið, taka myndir, klippa hárlokk, taka fótspor og fleira skiptir höfuðmáli í sambandi við alla úrvinnslu.

Heimildaskrá

- Badenhorst, W. og Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research*, 21(2), 249–259.
- Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J. og Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20, 153–160.
- Landlæknisembættið (2008). *Leiðbeiningar við andlát*. Sótt 10. september 2013 af: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2820/3416.pdf>.
- Landspítali Háskólasjúkrahús (2007). Ómskoðun í tvíburameðgöngu. Sótt 11. september 2013 af: [https://slxkaldur1.landspitali.is/bokasafn/timaritabrunnurlsh.nsf/B%3C3%A6klingur/26D86754AC1B79C700256E15005BD798/\\$file/Omskodun_Tviburamedgongu.pdf](https://slxkaldur1.landspitali.is/bokasafn/timaritabrunnurlsh.nsf/B%3C3%A6klingur/26D86754AC1B79C700256E15005BD798/$file/Omskodun_Tviburamedgongu.pdf).
- Spencer, L. (2012). Psychological context. Í Macdonald, S. og Magill-Cuerden, J. (ritstjórar), *Mayes' Midwifery* (14. útgáfa) (bls. 147–155). London: Elsevier.
- Thomas, J. (2012). Grief and bereavement. Í Macdonald, S. og Magill-Cuerden, J. (ritstjórar), *Mayes' Midwifery* (14. útgáfa) (bls. 953–968). London: Elsevier.



Vinur minn, hann Erlendur Rannsakari

- Um heimafæðingar og samskipti heilbrigðisstarfsmanna við fjölmiðla á öld hraðans

Eitt af mörgum orðatiltækjum sem ég hef tekið í arf frá móður minni er um heimildarmanninn Erlend Rannsakara. Fjölmiðlar landsins vísa iðulega í þennan merka heimildarmann þegar „erlendir rannsakerndur“ hafa komist að einhverju nýju sem á erindi við landann, að mati fréttamanna. Þar sem við mæðgur erum tiltölulega fróðleiksfúsar hafa margar samræður okkar einmitt hafist á setningunni: „Veistu hverju hann Erlendur Rannsakari var að komast að núna?“ Eftir að ég hóf að feta þá braut að verða sjálf ein af þessum rannsakerndum sem vinna við að draga fram nýja þekkingu hef ég hins vegar stundum velt fyrir mér tengslum fjölmiðla við félagi minn, Erlend Rannsakara, og hvernig þeim væri háttað í fullkomnari heimi en þeim sem við byggjum í dag.

Á fjölmiðlum hvílir sú siðferðilega skylda að upplýsa almenning um ýmis hagsmunamál. Að þegja þunnu hljóði yfir mikilvægum málum sem geta varðað almannahag væri siðlaust, ef ekki hreinlega merki um skoðanakúgun sem ekki má viðgangast í lýðræðissamfélagi. Fjölmiðlar eru jú ein af grunnstöðum lýðræðisins og gjarnan kallaðir fjórða valdið, til viðbótar við hið opinbera löggjafarvald, framkvæmdarvald og dómsvald, og eiga að veita hinum opinberu valdsviðum aðhald. Við sem störfum í hinu opinbera heilbrigðiskerfi erum ekki undanskilin því að lenda í kastljósi fjórða valdsins.

Nýleg umfjöllun íslenskra vef- og sjónvarpsmiðla um rannsóknarefni mitt, heimafæðingar, vakti mig til umhugsunar um það hvernig fjallað er um viðkvæm heilbrigðismál sem þessi í hérlandum og erlendum fjölmiðlum. Upphaf umfjöllunarinnar má rekja til bandarískrar rannsóknar sem nýlega var birt og gefur til kynna mjög slæma útkomu heimafæðinga í Bandaríkjunum (Grünebaum o.fl., 2013). Slíkar niðurstöður eru allrar athygli verðar, sérstaklega í ljósi þess að rannsóknir í öðrum löndum hafa ekki sömu sögu að segja (Berglind Hálfðánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Alexander Kristinn Smárason, 2011).



Berglind Hálfðánsdóttir,
ljósmóðir MSc

Önnur bandarísk rannsókn sem birtist í sama tímariti um svipað leyti gefur einnig til kynna slæma útkomu bandarískra heimafæðinga, þótt munurinn sé ekki eins sláandi og í þeirri fyrrnefndu (Cheng, Snowden, King og Caughey, 2013). Höfundar þessarar rannsóknar notast við annars konar gögn og kanna tengsl útkomunnar við ákveðna áhrifaþætti. Þeir benda á í umræðukafla að munur á útkomu milli landa geti skýrst af ýmsum aðstæðum í Bandaríkjunum sem ekki eru til staðar í öðrum löndum. Þar má nefna skort á faglegum viðmiðum um heimafæðingar, hátt hlutfall kvenna með áhættuþætti í heimafæðingum og hátt hlutfall heimafæðingarljósmæðra sem búa ekki að menntun á borð við þá sem íslenskar ljósmæður hafa. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að útkoma heimafæðinga í Bandaríkjunum sé áþekk útkomu sjúkrahúsfæðinga ef þeim er sinnt af ljósmæðrum með viðunandi menntun.

Nú má spyrja sig hvers vegna rannsókn sem skoðar slæma útkomu heimafæðinga í Bandaríkjunum í samhengi og reynir að átta sig á orsakabáttum nær ekki upp á yfirborðið í fjölmiðlaumræðunni. Af hverju beindist öll athygli fjölmiðla og almennings að rannsókn sem bendir á

alvarlegan vanda án þess að leita orsaka og lausna? Ná æsifrættir eyrum okkar betur en yfirveguð, lausnamiðuð umfjöllun?

Afdrif nokkurra stórra heilbrigðismála á síðustu áratugum gefa til kynna að hægt sé að misnota fjölmiðla sem vettvang fyrir villandi upplýsingagjöf um heilbrigðismál. Árið 1998 birtist rannsóknargrein í tímaritinu The Lancet, þar sem bólusetning með samþættu bóluefni gegn mislingum, hettusótt og rauðum hundum var tengd einhverfu hjá börnum (Wakefield o.fl., 1998). Haldinn var blaðamannafundur þar sem niðurstöðurnar voru kynntar fyrir almenningi. Í kjölfarið lækkaði tíðni bólusetninga við þessum sjúkdómum. Niðurstöður rannsóknarinnar voru frá upphafi gagnrýndar harðlega af fræðimönnum. Aðalhöfundur rannsóknarinnar var að lokum kærður fyrir fölsun rannsóknarniðurstæðna og rannsóknargreinin dregin til baka af tímaritinu sem birti hana. Fjölmiðlar áttu sjálfir stóran þátt í að svipta hulunni af óeðlilegum hagsmunatengslum rannsakanda og fluttu fréttir af málalokum (Deer, 2011). Bólusetningartíðni hefur þó lítið aukist, enda hægara um vik að vekja upp ótta foreldra en að sefa hana. Afleiðingarnar sjáum við í dag í faröldrum sem taka líf barna þrátt fyrir að sjúkdómama sé að mestu hægt að fyrirbyggja í nútíma samfélagi.

Í fleiri tilfellum hafa niðurstöður stakra rannsókna leitt til breyttra starfshátta á skömmum tíma. Ef slíkt reynist hafa verið frumhlaup, eins og átti sér stað þegar sitjandafæðingar lögðust að mestu af á nokkrum árum í kjölfar rannsóknar sem birtist árið 2000, er ekki sjálfgefið að breytingarnar gangi til baka í ljósi nýrrar þekkingar. Þótt vissulega megi að ósekju stytta þann tíma sem almennt liður frá því að ný þekking kemur fram þar til hún hefur ratað inn í almenn störf heilbrigðisstarfsmanna sýna dæmin að í þessum efnum borgar sig að flýta sér hægt.

Allar rannsóknir eru takmörkunum háðar. Styrkleika þeirra og veikleika þarf að skoða yfirvegað, bera niðurstöður saman við aðrar rannsóknir á sviðinu og

meta að hve miklu leyti er hægt að yfirfæra þær yfir á þann hóp fólks sem við önnumst hverju sinni. Við heilbrigðisstarfsmenn höfum þróað með okkur aðferðir til að nýta áreiðanlega þekkingu sem grundvöll klínískra og faglegra leiðbeininga. Forsendur þeirrar vinnu er okkar eigin hæfni til að leggja hlutlaust mat á rannsóknir sem liggja að baki nýrri þekkingu. Grunnmenntun heilbrigðisstétta á háskólastigi gerir ráð fyrir ákveðinni getu til að greina hismið frá kjarnanum, og við gerum talsvert meiri kröfur um sérþekkingu á rannsóknum til þeirra sem standa fyrir okkar hönd að stefnumótun um störf okkar.

Flestir fjölmiðlamenn sem hafa menntað sig til starfans sinna verkum sínum af alúð og leggja metnað sinn í vandaða heimildavinnu við öflun fréttu. Í sumum tilfellum hafa þeir jafnvel menntað sig sérstaklega til að annast umfjöllun um vísindarannsóknir. Íslenskir fjölmiðlar hafa þó ekki farið varhluta af efnahagslæðinni og gera má ráð fyrir að fréttatflutningi hér á landi

sé að hluta til sinnt af fólki sem ekki hefur til þess viðunandi menntun eða aðstæður. Í slíku umhverfi er þeim mun mikilvægara að heimildarmenn úr hópi heilbrigðisstarfsmanna tjái sig á faglegum grundvelli.

Þegar upp koma hitamál á borð við heima-fæðingar og útkomu nýbura getum við verið krafín um svör sem er ekki eðlilegt að gefa án vandlegrar umhugsunar. Vönduð rýni á rannsóknargreinum getur tekið langan tíma. Heit frétt er hins vegar fljót að verða köld og fréttamaður í tímapressu getur verið snöggur að finna sér nýjan heimildarmann. Kannski er eðlilegt að það skapist ákveðinn núningur þegar tveir heimar mætast þar sem tíminn gengur ekki á sama hraða. Við sem vinnum að heilbrigðisvísindum vitum að svörin munu koma þegar þeirra tími rennur upp. Þótt það sé ekki svarið sem selur geta fréttamenn í millitíðinni þurft að sætta sig við eina svarið sem er í boði: „Ég hef ekki nægilega þekkingu á efniinu til að tjá mig um það að svo stöddu“.

Heimildaskrá

- Berglind Hálfðánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Alexander Kristinn Smárason. (2011). Að fæða heima – áhætta eða ávinningur? Samanburður á útkomu fyrirfram ákveðinna heima-fæðinga og sjúkrahús-fæðinga á Íslandi 2005–2009: áfturvirk forrannsókn með tilfella-viðmiðasniði. *Ljósmeðrablaðið* 89(2), 6–12.
- Cheng, Y. W., Snowden, J. M., King, T. L., og Caughey, A. B. (2013). Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States [rafræn útgáfa]. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 209, 325.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.06.022.
- Deer, B. (2011). How the case against the MMR vaccine was fixed [rafræn útgáfa]. *BMJ*, 342, c5347. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c5347>.
- Grünebaum, A., McCullough, L. B., Sapra, K. J., Brent, R. L., Levene, M. I., Arabin, B., o.fl. (2013). Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting [rafræn útgáfa]. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 209, 323.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2013.06.025.
- Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., o.fl. (1998). Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*, 351, 637–641.



www.linde-healthcare.is



Verðandi ljósmæður

„Time flies when you're having fun“. Þessi orð komu strax upp í hugann þegar ég ætlaði að fara að skrifa stuttan pistil um ljósmæðranámið. Það voru svo sannarlega spennir verðandi ljósmæðranemar sem mættu í hádegismat eldri ljósmæðranema vorið 2012. Á þeim tíma fannst okkur óralangur tími þar til við gætum farið að kalla okkur ljósmæður. Nú er það hinsvegar þannig að aðeins er um hálf ár í útskrift! Tíminn hefur flogið áfram enda er ljósmóðurfræðin með eindæmum skemmtilegt nám. Hópurinn okkar samanstendur af tíu mjög ólíkum einstaklingum sem ná betur saman en nokkur getur ímyndað sér og var það ljóst strax í upphafi að þarna værum við búnar að eignast níu frábærar systur, vinkonur fyrir lífstíð. Námið byrjaði af krafti og að loknum fyrsta áfanga fórum við systur í bústaðarferð, það var frábær ferð í alla staði sem hristi hópinn enn betur saman.

Ég held að engin okkar gleymi því þegar við sátum og hlustuðum á eldri nema flytja dagbókarverkefnið sín, þvílíkir snillingar og ekki gat maður ímyndað sér að við yrðum svo klárar eftir aðeins eitt ár. Margt sem þær sögðu skildum við ekki einu sinni þó við höfum eflaust kinkað kolli, brosað og þóst vita nákvæmlega um hvað var rétt. Nú á haustmánuðum stóðum við í sporum eldri nema og fluttum dagbókarverkefnið okkar.



Annars árs ljósmæðranemar

Enn í dag finnst okkur við ansi blautar á bakvið eyrun enda er margt sem við eigum eftir ólært og er það einmitt það sem gerir þetta starf svo skemmtilegt, fjölbreytileikinn. Svo lengi lærir sem lifir á svo sannarlega við í þessu starfi.

Sú hefð hefur skapast að yngri nemar fái húfu eða smekk merktan „fyrsta ljósubarnið“ að gjöf frá þeim eldri til að afhenda fyrsta barninu sem tekið er á móti. Janúar 2013 er okkur flestum ofarlega í huga en þá hófst

verknámið okkar og tókum við flestar á móti fyrsta ljósubarninu í þeim mánuði, yndislegt. Gáfum smekkin og fengum margar hverjar mynd af okkur með barninu og smekknunum :) Þegar við tókum okkar fyrstu vaktir í Hreiðrinu vorum við eins og nýbakaðir foreldrar, gengum um á bleiku skýi. Öll upplifun á þessum fyrstu vöktum var framandi en okkur var fljótt ýtt að eldlínunni og fengum við að upplifa hlutverk ljósmæðra beint í æð. Hægt og rólega er verið að sleppa af okkur takinu, við höfum fengið frábæra leiðsögn og okkur verið sýnt mikið traust á meðan okkar fyrstu skref eru stigin í þessu frábæra starfi. Í þessu starfi er ekki hægt annað en að fyllast stolti af kynsystur sínum, ljósmæðrum og ekki síst fæðandi konum, konur eru magnaðar!

Eins og fram hefur komið er ljósmæðranámið einstaklega skemmtilegt nám en líka krefjandi, þrátt fyrir það gleymum við ekki að hafa gaman saman. Árlega er farið í vísindaferð og haldin vegleg árshátíð með tilheyrandi gleðskap, happdrættisvinningum og skemmtatriðum. Haldin eru kókuboð í skólanum við hin ýmsu tilefni eða bara án tilefnis og ekki má gleyma bústaðarferðum, lærdómsferðum, saumaklúbbum, hittingum með börnum og fjölskyldu og svo mætti lengi telja.

Við erum, allar sem ein, mjög lukkulegar með þetta frábæra nám og hlakkar okkur mikið til framhaldsins.

F.h. Oddrúnar

Heiðís Dögg Sigurbjörnsdóttir

Guðrún Elva Guðmundsdóttir



Einbeittir nemar: Guðrún Elva, Eva og Lóa

Stjórnarfundur Norðurlandasamtaka ljósmæðra (NJF)

Stjórnarfundur Norðurlandasamtaka ljósmæðra (NJF) var haldinn í Osló dagana 11. og 12. júní 2013

Fundinn sátu að þessu sinni fulltrúar allra Norðurlandanna og var hann haldinn á Raddisson Blu Scandinavian hótelinu þar sem 19. ráðstefna Norðurlandasamtaka ljósmæðra var haldin. Áslaug Valsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir sóttu fundinn fyrir Íslands hönd.

Fundurinn hófst á hefðbundnum fundarstörfum. Marit Heiberg, formaður norska ljósmæðrafélagsins, bauð fundargesti velkomna og ræddi stuttlega fyrirkomulag fundarins og hagnýta þætti. Að því búnu tók forseti samtakanna og fundarstjóri við fundinum. Fundarmenn kynntu sig stuttlega. Að því loknu var gengið til hefðbundinnar dagskrár sem fólst m.a. í samþykkt fundarboðunar, vali á fundarritara, yfirferð, samþykkt og undirskrift fundargæðar síðasta fundar sem var haldinn í Þórshöfn í Færeyjum 2012. Forseti flutti skýrslu sína og farið var yfir póstlista stjórnarmeðlima.

Að venju kynntu fulltrúar hvers lands það helsta sem er að gerast hjá þeim. Í fundarboði voru óskir landanna um sérs-taka umfjöllun ákveðinna atriða kynntar en þau voru eftirfarandi:

- **Danmörk** óskaði eftir að fjallað yrði um réttindi ljósmæðra sem koma til starfa sem gestir í öðru landi, t.d. hvað varðar félagsaðild og aðstoð frá viðkomandi ljósmæðrafélagi. Umræða varð um að ef ljósmóðir starfar í landinu t.d. í þrjá mánuði sé eðlilegt að hún gangi í félag viðkomandi lands. Rætt var um erfiðleika félaganna að fjalla um mál ljósmæðra sem eru ekki félagsmenn og aðstoða þær.
- **Danmörk** óskaði einnig eftir umræðu um þrýsting frá opinberum aðilum og jafnvel opinberar málssóknir vegna starfa þeirra og vísaði til málssókna í Ungverjalandi. Agnes Gereb, ljósmóðir og fæðingalæknir, fékk viðurkenningu danska ljósmæðrafélagsins <<God start i livet>> fyrir baráttu sína um rétt kvenna til að velja fæðingarstað sinn. Hún hefur setið í stofufangelsi og fangelsi fyrir starf sitt við heimafæðingar í Ungverjalandi. Samþykkt var að Norðurlandasamtök ljósmæðra sendu yfir-



Hildur Kristjánsdóttir,
forseti Norðurlandasamtaka ljósmæðra

völdum í Ungverjalandi áskorun um að fagleg málefni séu rannsökuð af þar til bærum yfirvöldum, en ekki rekin eingöngu í réttarkerfinu.

- **Finnland** óskaði eftir umræðu um starfsleyfi og hvort það ætti að endurnýja þau á ákveðnu árabili. Í Danmörku þurfa ljósmæður að endurnýja leyfi sitt með námskeiði annað hvert ár. Notað er eftirlitskerfi þar sem sú skylda hvílir á eftirlitsljósmóður (supervisor) að tilkynna ef þær verða varar við skort á faglegri færni ljósmæðra. Í hinum löndunum er svipað kerfi og hér á Íslandi, að ljósmæðrum er gert að viðhalda þekkingu sinni og er það ósk allra landanna að endurmenntun af þessu tagi sé greidd af vinnuveitanda en það er nokkuð ólíkt eftir löndum og jafnvel innan hvers lands.

Að venju höfðu öll löndin sent skýrslu sína til fundarins fyrirfram og fulltrúi hvers lands kynnti meginefni sinnar skýrslu og svaraði 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

Stefna Ljósmæðrafélagsins er eins og áður: *Jordemødre til hele livet – hele liv til jordemødre* og var samþykkt á landsfundi

félagsins í nóvember 2008 og endurskoðuð 2012. Smávægilegar breytingar hafa verið gerðar á skjalinu sem má finna hér: <http://www.jordemoderforeningen.dk/strategin-otat>. Stefnumótunin fjallar um hvernig á að þróa fagið svo þekking og reynsla ljósmæðra nýtist sem best með það að markmiði að starf og starfsaðstæður ljósmæðra verði sýnilegri og þörfin fyrir starfskrafta þeirra sé augljós í skipulagi heilbrigðisþjónustu. Um er að ræða sex meginstöðir: *Verkefni ljósmæðra, skipulag ljósmæðra-starfsins, gott vinnuumhverfi, rannsóknir, menntun og stjórnun*. Staða (status) ljósmæðra er þema sem gengur þarna í gegn.

Núna, fimm árum eftir að þessi markvissa vinna hófst, er farinn að sjást árangur m.a. í því að starfsvettvangur ljósmæðra hefur stækkað. Sem dæmi voru nýlega opnaðar tvær unglingamóttökur að samskiptum fyrirmynd á Kaupmannahafnar-svæðinu.

Æ fleiri ljósmæður starfa nú sjálfstætt og er nýjasta verkefnið að vinna að því að fyrirbyggja að barnshafandi konur séu frá vinnu í veikindaorlofi.

Kreppan hefur verið stóra ögrunin, fækkun fæðingarstaða og fækkun ljósmæðra með meira annríki og erfiðara starfsumhverfi er neikvæða hliðin en sú jákvæða er að unnið hefur verið að innleiðingu gæðastaðla og snýr einn þeirra að nærveru ljósmæðra í virkri (aktívri) fæðingu, aukningin er úr 65% í 90% á liðnu ári. Ljósmóðir fær 10 mínútna hlé á hverjum klukkutíma. Verkefnið Þolin-mæði og fæðing fjallar um notkun oxytocin í fæðingu og gerður var fyrirlestur sem byggði á nýjustu úttektum um efnið. Þegar fundurinn var haldinn hafði um helmingur starfandi ljósmæðra hlustað á hann og gefið jákvæða endurgjöf.

Þrátt fyrir kreppu eða kannski vegna hennar og átaksverkefna og samstöðu ljósmæðra er nú nánast ekkert atvinnuleysi meðal ljósmæðra í landinu og á liðnum árum hefur stöðugildum ljósmæðra í opinberu starfi fjölgað um ca. 200.

Meira framboð er af foreldrafræðslu-námskeiðum á meðgöngu, verið er að innleiða nýjar leiðbeiningar um barn-eignarþjónustu og nú þegar sést breyting til batnaðar í öllum þáttum þjónustunnar á öllum fimm svæðum landsins. Sífellt fleiri

fæðingardeildir bjóða nú heimaþjónustu ljósmóður í sængurlegu.

Leiðbeiningar um barneignarþjónustu birtust í lok maí 2013 og munu þær taka gildi 1. október 2013, með þeim fyrirvara þó að kafla 15 er enn í endurskoðun. (sjá umsögn danska ljósmæðrafélagsins og samantekt þeirra um fæðingþjónustuna á: <http://www.jordemoderforeningen.dk/fag-forskning/>)

Verið er að endurskoða nám ljósmæðra og undirbúa tveggja ára kandidatsnám sem væri Master of science in Midwifery gráða (Candidata Maia).

Finnland

Atvinnuleysi meðal finnskra ljósmæðra er enn lágt og skortur er á ljósmæðrum. Fæðingardeildir í landinu eru nú um 30 og er búist við að þeim muni enn fækka og verið er að ræða flokkun sjúkrahúsa og kvenna í lága áhættu og mikla áhættu. Ennþá eru 12 sjúkrahús á landinu með 1.000 fæðingar eða færri og er búist við að þeim verði lokað fljótlega. Fæðingum á leið á fæðingarstað hefur fjölgað og voru þær 35 árið 2011 en 70 árið 2012.

Í þessu samhengi hefur verið umræða um að stofna fæðingarheimili þar sem ekki er í boði verkjameðferð eins og epidural eða sterk verkjalyf. Hugmyndin er umdeild bæði meðal fæðingarlækna og ljósmæðra og virðist sem yngri ljósmæður aðhyllist frekar hátækni fæðingardeildir þar sem hægt er að bjóða epidural deyfingu.

Árið 2011 reyktu um 15–16% barnshafandi kvenna á meðgöngu og meðal BMI stuðull kvennanna var 24,5. Þriðja hver kona var í yfirvigt þ.e. BMI stuðullinn var hærri en 25 og um 12% voru með BMI sem var 30 eða hærri. Tíðni keisarskurða var um 16,3% og spangarskurðum hefur fækkað á síðustu 10 árum og er nú um 22%. Árið 2011 höfðu 92% allra kvenna sem fæddu um fæðingarveg notað að minnsta kosti eina verkjameðferð og epidural deyfing var notuð hjá 46% allra kvenna sem fæddu um fæðingarveg árið 2011 á öllu landinu en er umtalsvert hærri eða 55% á háskólasjúkrahúsunum.

Færeyjar

Félagar í færeyska ljósmæðrafélaginu eru nú 26, þar af eru 18 í starfi. Verið er að semja um laun og vinnutíma en vinnuvika er 40 stundir og ein krafan er 32ja stunda vinnuvika. Í samningum er einnig fjallað um lífeyrismál og er afleiðing af því að færeyska stjórnin ákvað að skattleggja lífeyrisgreiðslur sem hafði í för með sér að ljósmæður geta ekki lengur verið í dönskum lífeyrissjóði sem þær hafa tilheyrt hingað til. Þetta er mikið hitamál og hefur áhrif á tryggingastöðu einstaklinga.

Kreppa hefur verið á fæðingardeildinni

um tíma þar sem yfirljósmóðir hefur sagt stöðu sinni lausri og staðan hefur ekki verið auglýst. Ljósmóðir í 55% starfi situr stöðuna tímabundið. Innri átök eru um þetta mál á sjúkrahúsinu og hafa ljósmæður ekki haft sterkan stuðning um þessa stöðu.

Epidural deyfing er lítið notuð á fæðingardeildinni, fáar konur fæða á leið á fæðingarstað og aðeins ein heima-fæðing var árið 2012.

Ísland

Visað er til skýrslu formanns LMFÍ frá aðalfundi félagsins. Sérstaklega var rætt um fækkun fæðingarstaða og atvinnuleysi meðal ljósmæðra. Einnig var sagt frá þeim málum sem félagið hefur rekið fyrir félagsmenn sína varðandi rétt við stöðumiss.

Noregur

Meðlimum í norska ljósmæðrafélaginu fjölgar með hverju ári og eru nú tæplega 2.400. Á skrifstofu félagsins starfa nú fjórir starfsmenn auk formanns. Ritstjóri blaðsins er verktaki og fær greitt fyrir útgáfu níu blaða á ári.

Mikið vinnuálag er á norskum ljósmæðrum sem vinna á sjúkrahúsum og verri útkoma fæðinga er sýnileg. Um 70% starfandi ljósmæðra eru í hlutastarfi en um 87% ljósmæðra í heilsugæslu. Félagið hefur séð sig knúið til að ráða tvo lögfræðinga til starfa til að aðstoða ljósmæður sem telja að brotið hafi verið á þeim varðandi starfskjör og uppsagnir og fleira í þeim dúr.

Verið er að vinna að leiðbeiningum fyrir fæðingarþjónustu í Noregi og á síðasta ári voru gefnar út leiðbeiningar vegna heima-fæðinga. Fyrirframákveðnar heima-fæðingar eru ekki hluti af fæðingartilboði stjórnvalda þannig að þær konur sem vilja fæða heima þurfa að finna ljósmóður sem vill aðstoða þær og greiða henni sjálfar. Ljósmæður hafa einnig átt erftitt með að útvega þau lyf sem þarf fyrir þessar fæðingar.

Gæðaviðmið fyrir fæðingarþjónustu voru birt árið 2010 og ná þau til skipulags þjónustunnar, verkaskiptingar innan hennar, hæfniskröfur starfsfólks, eftirlitskerfis og krafna um upplýsingar og samskipti. Eftir þessa birtingu hefur einni fæðingarstofu verið lokað og tvær litlar fæðingardeildir verið lagðar niður vegna þess að þær uppfylla ekki kröfur um hæfni starfsfólks.

Krafa um að halda fæðingum eins eðlilegum og kostur er er hávær meðal fagfólks og vinnuhópur ljósmæðra og fæðingarlækna vinnur m.a. að því að skilgreina hvað sé eðlileg fæðing.

Ljósmæður í Noregi hafa haft rétt til að ávísar getnaðarvörnum fyrir ungar konur, 16–19 ára, og hefur það gefið góða raun.

Fóstureyðingatiðni í þessum hópi hefur lækkað verulega og er nú sú lægsta á Norðurlöndunum. Verið er að undirbúa lagasetningu sem gefur ljósmæðrum rétt til að ávísar getnaðarvörnum til allra kvenna.

Félagið vinnur ötullega að menntunarmálum stéttarinnar og hefur til hliðsjónar ályktun frá aðalfundi þess 2011 þar sem ályktað var að félagið ætti að stefna að því að mennta ljósmæður sem fá starfsréttindi með meistaragráðu. Ennfremur er lítið til þess að ljósmæður geti öðlast menntun sína hvort sem þær hafa hjúkrunarnám að baki eða ekki.

Svíþjóð

Sænskar ljósmæður eru uggandi um öryggi skjólstaðinga sinna vegna fækkunar ljósmæðra, mikils vinnuálags á þeim fæðingardeildum sem eftir eru, en þeim hefur fækkað verulega og þurfa konur oft að keyra langar leiðir til að komast að og algengt er að konum sé neitað um að koma á fæðingardeildir í t.d. Stokkhólmi (þar sem eru um 30 þúsund fæðingar árlega) af því að þar sé ekki pláss fyrir þær og ekki starfsfólk til að sinna þeim. Skortur er á ljósmæðrum sérstaklega í Stokkhólmi og það er áhyggjuefni hversu nýliðun í stéttinni er lítil, þrátt fyrir að um 250 útskrifist árlega. Fæðingar eru um 107 þúsund á ári.

Í Svíþjóð er umræða um menntun ljósmæðra mikil eins og er og endurskoðun námsins nauðsynleg þar sem hún er ekki talin uppfylla EU staðla. Umræða er um nám sem ekki krefst hjúkrunarnáms sem inntökuskilyrði og hafa þrír skólar (Karolinska institutet í Stokkhólmi, Ljósmæðraskólinn í Skövde og Háskólinn í Lundi) sótt um að hefja slíkt nám og mun ráðuneytið svara þeirri umleitan í lok þessa árs.

Um 120 ljósmæður hafa lokið doktorsprófi í Svíþjóð og eru flestar virkar í rannsóknum. Ljósmæður í Svíþjóð sjá um 80% allra fóstureyðinga gerðar með lyfjum.

Verið er að þróa fæðingaskráningu landsins í þá átt að sameina meðgönguskráningu, fósturgreiningaskráningu og fæðingaskráninguna í eina skrá.

Menntun

Menntun ljósmæðra var sérstakur liður á dagskránni að þessu sinni með áherslu á þróun námsins í löndunum og hvort og þá hvernig sameiginleg stefna gæti verið.

Hvert land gerði stuttlega grein fyrir stöðu mála í sínu landi.

- **Svíþjóð:** Fram til ársins 2011 var ekki áhugi á því að breyta náminu frá því sem nú er, þ.e. inntökuskilyrði er hjúkrunarnám og stéttin hefur tvenn starfsréttindi. Félagið stefnir nú að því að hjúkrunarnám verði ekki skilyrði fyrir ljósmæðra-

námi og að því ljúki með meistaragráðu og einum starfsréttindum. Viðkomandi ráðuneyti hafa sýnt málinu áhuga og eru jákvæð. Félagið hefur sett á laggirnar fagræð sem ætlar sér að skoða þetta mál ítarlega.

- **Noregur:** Svipaðar áherslur og í Svíþjóð og leggur félagið áherslu á að til þess að hæfniviðmiðum verði náð þurfi námið að vera fjögur ár hið minnsta. Nú er hins vegar stefnt að fimm ára námi sem lýkur með meistaraprófi og starfsréttindum. Eins og gengur eru ólíkar raddir í landinu varðandi þetta. Norska hjúkrunarfélagið er alfarið á móti þessum hugmyndum og telur nauðsynlegt að ljósmæður séu einnig hjúkrunarfræðingar. Fræðingarlæknar aftur á móti styðja hugmyndir Ljósmæðrafélagsins. Einnig hafa heyrst raddir um að þetta námsfyrirkomulag gæti haft of mikla

áherslu á fræðin á kostnað klínískrar færni.

- **Ísland:** Sagt var frá þeirri vinnu sem fer fram hér á landi.
- **Færeyjar:** Hjúkrunarmenntun þar í landi er fjögurra ára nám að íslenskri fyrirmynd. Ekkert ljósmóðurnám er í landinu og sækja nemendur til hinna Norðurlandanna, mest þó til Danmerkur eða Noregs.
- **Finnland:** Námið er samofið hjúkrunar námi og eftir þrjú og hálft ár fá nemendur starfsleyfi sem hjúkrunarfræðingar og eftir fjögur og hálft ár samtals útskrifast þær sem ljósmæður. ICM hefur litið svo á að þarna sé um að ræða eins og hálfs árs ljósmæðranám að loknu hjúkrunar námi. Um það bil 170–180 nemendur útskrifast árlega.
- **Danmörk:** Námið er í dag þrjú og hálft ár en þarf að vera lengra vegna þess hversu starfsumhverfi ljósmæðra hefur

breyst á liðnum árum. Því er verið að skipuleggja meistaránám í ljósmóðurfræðum til að mæta þessum kröfum.

Niðurstaða þessarar umræðu var að halda þyrfti vinnubúðir fljótlega til að ræða málin frekar. Verður það væntanlega gert á næsta ári.

Næsti stjórnarfundur verður haldinn í Finnlandi í mars 2014.

Næsta ráðstefna Norðurlandasamtakanna verður í Stokkhólmi 12.–14. maí 2016 en þá er félagið 130 ára.

Ísland mun svo halda ráðstefnuna 2019, á 100 ára afmæli LMFÍ.

Allar frekari upplýsingar er hægt að nálgast hjá Áslaugu Valsdóttur, formanni LMFÍ, og undirritaðri.

Reykjavík í nóvember 2013

*Hildur Kristjánsdóttir,
forseti Norðurlandasamtaka ljósmæðra.*



Norræn ljósmæðraráðstefna í Osló

Það var bæði skemmtilegt og lærdómsríkt að fara á norrænu ljósmæðraráðstefnuna í Osló í sumar. Ég sótti þar fundi Norðurlandasamtaka ljósmæðra (NJF) ásamt Hildi Kristjánsdóttur, eins og nánar er lýst í annarri grein hér í blaðinu. Það er ánægjulegt að segja frá því að Hildur var endurkjörin forseti Nordisk Jordmor Forbund til næstu þriggja ára.

Ráðstefnan var haldin á Radisson SAS hótelinu og var hin glæsilegasta í alla staði. Nokkur hópur Íslendinga sótti ráðstefnuna, einnig áttu íslenskar ljósmæður sjö fulltrúa í hópi fyrirlesara.

Auk þess var ýmislegt gert til skemmtunar, meðal annars tróð upp Norges lekreste homsekor – Oslo Fagottkor. Þeir voru með mjög skemmtilegt prógramm og ég er alveg sammála þeim. Þeir eru býsna lekker hommakór.

Móttaka var í Ráðhúsinu og var gaman að spjalla við ljósmæður í öðru umhverfi.

Hátíðarkvöldverður var haldinn á Holmenkollen hótelinu og þaðan var fallett að horfa yfir Oslóarfjörðinn. Þangað mættu allnokkrar íslenskar ljósmæður glerfinar í þjóðbúning og margar frá öðrum löndum skórtuðu sínum búningum. Matseðillinn var þríréttaður



Gígja Sveinsdóttir mætt á Holmenkollen.



Oslós lekreste homsekor stígur á stokk.



Guðlaug og Valgerður Lísu glæsilegar með norrænum stöllum.

og í lokin var stigin dans.

Eftir rúmlega fimm ár, sem verða fljót að liða, verður NJF ráðstefnan haldin á Íslandi og sama ár verður Ljósmæðrafélag Íslands 100 ára. Það stendur því mikið til og verðum við að fara að huga að undirbúningi mjög fljótlega.

Áslaug Valsdóttir



Lygna

Fjölskyldumiðstöð

Fimmtudaginn 24. október sl. var fjölskyldumiðstöðin Lygna opnuð með pomp og prakt í Síðumúla 10. Að Lygnu standa þrjú fyrirtæki: Björkin ljósmæður, Barnið okkar og Hönd í hönd doula. Fyrirtækin bjóða upp á ýmsa þjónustu fyrir fjölskyldur, verðandi foreldra og foreldra ungra barna. Í Lygnu er gott að vera, þar hittast foreldrar á meðgöngu og undirbúa sig fyrir fæðingu og brjóstagjöf. Þar er í boði fæðingarráðgjöf og brjóstagjafaráðgjöf, hægt að fara í nudd og nálastungu. Einnig eru skemmtilegir viðburðir eins og t.d. meðgönguspjall, biókvöld og foreldraspjall þar sem nýbakaðir foreldrar hittast með börnin sín. Eftir fæðingu eru ýmis námskeið í boði eins og Barnið byrjar að borða, Baby calm, svefn og svefnlausnir og fljótlega byrja einnig hypnobirth ungbarnanudd námskeið fyrir foreldra. Í Lygnu er lítil verslun þar sem hægt er að kaupa burðarpoka, sjöl, bækur og ýmislegt fleira sem tengist ungbarninu og þeim námskeiðum sem eru í boði. Í Lygnu eru fleiri aðilar með starfsemi og námskeið eins og Valgerður félagsráðgjafi, Sólveig svefnráðgjafi og Ásta nuddari.

Lygna er björt og falleg og tók vel á móti fjöldanum öllum af gestum á opnuninni. Glatt var á hjalla og sérstaklega var gaman að hitta þær ljósmæður sem sáu sér fært



Soffía Bæringsdóttir, Hrafnhildur Halldórsdóttir, Arney Þórarinsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir



Líf og fjör á opunarhátíðinni



Ingibjörg, Arney, Hrafnhildur og Soffía ánægðar með daginn



Minnstu gestirnir höfðu nóg fyrir stafni



Glatt á hjalla

að kíkja á okkur og kynna sér starfsemina. Einnig komu margar fjölskyldur sem við höfum kynnst í gegnum starfsemina okkar og heima fæðingarnar og þá verða alltaf fagnaðarfundir. Við höfum fundið fyrir miklum velvilja í okkar garð og vonum að

starfsemi Bjarkarinnar og okkar allra muni blómstra enn frekar á þessum nýja stað.

Hrafnhildur Halldórsdóttir,
ljósmóðir hjá Björkinni
(nánari upplýsingar á Lygna.is)



Blessuð sé minning þeirra.

† MINNING

Ljósmaður kvaddar 2012

Kristín Sigríður Klemensdóttir

fædd að Brekku í Svarfaðardal, Eyjafirði 5. október 1937. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1960. Lést 16. janúar 2012.

Rannveig Matthíasdóttir

fædd í Arnardal, Eyrarhreppi, N-Ísafjarðarsýslu 24. febrúar 1941. Útskrifaðist frá LMFÍ 25. september 1970. Lést 24. janúar 2012.

Guðrún Lilja Magnúsdóttir

fædd í Vestmannaeyjum 27. september 1928. Útskrifaðist frá LMFÍ 1. október 1955. Lést 11. ágúst 2012.

Freyja Antonsdóttir

fædd á Dalvík 11. mars 1924. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1953. Hún lést 11. september 2012.

Magnea Guðbjörg Guðnadóttir Edvardsson

fædd að Uxahrygg á Rangárvöllum 29. apríl 1922. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1946. Hún lést 6. október 2012.

Ingibjörg Kristjánsdóttir

fæddist á Siglufirði 21. febrúar 1935. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1957. Lést á Landspítalanum 1. desember 2012.

Ólöf Þórunna Jóhannsdóttir

fæddist í Brúnavík við Borgarfjörð eystra 26. september 1922. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1953. Lést á Hjúkrunarheimilinu Eir 14. desember 2012.

† MINNING

Ljósmaður kvaddar 2013

Eva Sveinbjörg Einarsdóttir

fæddist á Hámundarstöðum í Vopnafirði 17. maí 1939. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1971. Lést á líknardeild Landspítalans 5. janúar 2013.

María Guðrún Steingrimsdóttir

fæddist í Miklagarði í Saurbæ í Dalasýslu 6. júní 1927. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1956. Lést á Landspítalanum 4. febrúar 2013.

Rannveig Þorgerður Jónsdóttir

fæddist í Bolungarvík 24. ágúst 1927. Útskrifaðist frá LMSÍ 1. október 1950. Lést á Hrafnistu 27. febrúar 2013.

Ingunn Emma Þorsteinsdóttir

fæddist á Geiteyjarströnd í Mývatnsveit 2. febrúar 1926. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1947. Lést á Hjúkrunarheimilinu Sólvangi 18. mars 2013.

Hanna Guðríður Ármannsdóttir

fæddist á Myrká í Hörgárdal 19. febrúar 1924. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1954. Lést á Dvalarheimilinu Hlíð, Akureyri, 12. september 2013.

Guðrún Erla Sigurðardóttir

fæddist í Reykjavík 12. mars 1934. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1959. Lést á Landspítala 19. september 2013.

Margrét Jónsdóttir Larsen

fæddist 5. nóvember 1919 á Arnarstapa, Snæfellsnesi. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1942. Lést á Litlu-Grund 30. október 2013.

Brynhildur Hermannsdóttir Ljós móðir

frá Hofi í Hörgárdal, Arnarneshreppi, Eyjafirði.

*Varði braut þér lánsins ljós
ljómi enn þín saga.
Lifðu áfram ljúfust rós
unga ævidaga.
(Sverrir Sveinbjörnsson)*

Tengdamóður minni, Brynhildi Hermannsdóttur, er margt til lista lagt, hún hefur marga hæfileika og er vel að sér í ljósmóðurfræðum. Þess vegna langaði mig að stikla á stóru um hennar starfsvettvang. Auk þess sem orðið ljósmóðir var valið fegursta orðið í íslenskri tungu á árinu sem er að liða.

Brynhildur er fædd á Eyrinni á Akureyri árið 1921. Þriggja ára gömul fluttist hún með foreldrum sínum að Hofteigi í Hörgárdal, Arnarneshreppi, og um ferningu fluttist hún að Litlu Brekku í sömu sveit. Hún lauk sinni sveitarveru sem húsfreyja á Hofi í Hörgárdal. Hún giftist Bjarna Pálmasyni árið 1952 en hann lést árið 1994. Brynhildur á sjö börn sem öll eru á lífi. Í dag er hún búsett á Akureyri og er orðin 92 ára gömul.

Tengdamóðir mín var allt í senn; myndar húsmóðir á stóru sveitaheimili, ljósmóðir í sinni sveit og einnig gegndi hún ýmsum öðrum störfum í sveitinni. Meðal annars var hún formaður Kvenfélagsins Freyju í nú á og gjaldkeri þar á bæ um árabil og svo var hún formaður orlofsnefndar húsmæðra í Eyjafirði um skeið. Kvenfélagið var eitt af þessum góðu burðarásunum í sveitinni. Var styrktarfélag, sá um skemmtanir fyrir börn og fullorðna, var með kaffisölu, kvöldvökur, var öflugt í skógrækt og þannig mætti lengi telja.

Brynhildur lauk ljósmæðranámi frá LMSÍ 1947. Námið var tveggja ára nám. Skólinn var til húsa á Landspítalanum. Brynhildur bjó á heimavistinni þar sem hún deildi herbergi með fjórum öðrum stúlkum. Herbergin voru bæði niðri og í risi en þar bjó Brynhildur. Skólastjóri var Guðmundur Thoroddsen og fröken Jóhanna og Ámi Björnsson voru helstu kennarar.

Skólasysturnar voru tíu stúlkur, sem hófu nám saman. Þar voru Anna Eiríksdóttir, Emma Þorsteinsdóttir, María Guðbjartsdóttir, Ingibjörg Jónsdóttir, Ingibjörg Kristjánsdóttir, Salóme Maríasdóttir, Hildur Benediktsdóttir og Jóhanna Hrafnfjörð. Ekki kláruðu þær allar námið saman, ein veiktist og varð að hætta og önnur var smituð af berklum og var farin að smita aðrar, því varð hún fljótlega að víkja úr skólanum.



Brynhildur Hermannsdóttir

Skólatíminn var langur, frá því snemma á morgnana og langt fram á kvöld. Frí var um helgar en þá var yfirleitt farið yfir náms-efnið og komandi vika undirbúin. Námsfni var að mestu á íslensku en einnig á dönsku og sænsku. Námið var bæði bóklegt og verkllegt. Skólasysturnar lásu mikið saman námsfnið og gerðu sér glaðan dag með skemmtidagskrá um helgar.

Í minningunni var skólagangan Brynhildi

góður skóli, kennslan og undirbúningur gott veganesti fyrir það ljósmóðurstarf sem beið hennar. Þá kynntist hún mörgu góðu fólki sem varð henni samferða á lífsins leið.

Brynhildur var ljósmóðir í Arnarneshreppi frá árinu 1947 og starfaði þar í 20 ár. Starfssvæðið hennar náði fram að Skriðu og út í Fagraskóg. Tók hún á móti 7–12 börnum á ári. Alls tók Brynhildur á móti um 500 börnum á starfsævinni. Konunar



Fæðingartaskan



Taskan innihélt nauðsynlega hluti fyrir ljósmóðurina

í sveitinni voru duglegar að eignast börn. Frúin á Hlöðum átti 12 börn, Kristjana í Litlu-Brekku átti 11 börn, Steingerður í Brakanda átti 7 börn, Vilborg á Þrastarhóli

átti 9, Hulda í Tungu 5, Ásta í Spónsgerði 4 og svona mætti lengi telja.

Brynhildur sótti ýmis námskeið í endurhæfingu og framhaldsnám bæði til höfuðborgar-

innar og til Akureyrar. Hún var farsæl í sínu starfi og ekkert alvarlegt henti hana, fæðingar gengu vel þó svo að hún fengi einnig sitjandi fæðingar. Heimafæðingarnar voru sérstakar, aðstæður voru allavega, þá gátu margvíslegir erfiðleikar orðið á veginum. Hún fór í vitjun til kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu samtals í 3–4 skipti eða eftir aðstæðum og var þá með fræðslu um þroska barna, meðgönguna, mataræði og um sjálfa fæðinguna. Fæðingatöskuna sem Brynhildur hafði ávallt með sér rakst ég fyrir tilviljun á upp í hillu í geymslunni hjá henni. Taskan er falleg, úr grófu og vönduðu leðri, og innihélt öll þau tæki og tól sem Brynhildur varð að hafa við hendina í sínum ferðum. Þar leyndist hlustunarpípa, stólpípa, gúmmí þvagleggur, pincetta, nálahaldari, PKU test, sogrör, tabl, Ergometrini frá Stjörnu Apóteki, catgut, nálar í mismunandi stærðum og grófleika, silkigarn, fæðingarbókin og allavega glös. Fleiri vitjanir fer taskan ekki í því nú hefur verið ákveðið að Minjasafnið á Akureyri muni varðveita hana.

Stundum dvaldist Brynhildur lengi að heiman á meðan fæðing var yfirvofandi og kom kannski ekki heim fyrr en daginn eftir eins og ein fæðingin sem var á gamlarskvöld. Ýmist fór hún riðandi á grárri meri, fór á skiðum eða hún var sótt. Í fyrstu þegar rafmagnið var ekki komið á þurfti hún að bíða meðan ljósin voru kveikt á bænum. Launin eða umbunin fyrir þessi störf voru ekki til að hrópa húrri fyrir en Brynhildur vann sín störf vel af myndugleika með einstakri hjartahlýju og hjálpsemi.

Ljóðið í upphafi greinarinnar sýnir þann hlýhug sem börnin í Litlu Brekku báru til hennar en þau tileinkuðu Brynhildi ljóðið á 90 ára afmæli hennar. Brynhildur liðsinnti og aðstoðaði þau eftir bestu getu eftir að móðir þeirra dó í blóma lífsins aðeins 39 ára gömul frá 10 börnum.

Kristín S. Þórarinsdóttir

Af kjaramálum

Vinna í kjaranefnd er komin á fullt skrið. Kröfugerð er að verða fullbúin og viðræðuáætlanir við bæði ríki og sveitarfélög að verða fullmótaðar.

Kjaranefnd lagði fram smá skoðanakönnun til að heyra vilja ljósmæðra. Í henni kom skýrt fram að hækkun grunnlauna er í fyrsta sæti en fast á eftir kom að viðbótarmenntun verði betur metin og styttri vinnuvika.

Kjaranefnd þakkar svörin og mun að sjálfsögðu vinna samkvæmt vilja félagsmanna við kröfugerðina.

Að þessu sögðu kemur hitt en það er sú lína sem ríkisstjórnin hefur slegið með tali um stöðugleika og að ekki sé neitt svigrúm til hækkana. Að nú verði einungis gerðir samningar til styttri tíma og að eingöngu verði rætt við bandalög en ekki smærri félög. BHM er að vinna í þessu og höfum við tekið þátt í öllum undirbúningsfundum og fylgjumst náið

með því sem er að gerast á þeim vettvangi.

Einnig erum við í samstarfi við aðrar vaktavinnustéttir um þau atriði sem falla beint undir hagsmuni vaktavinnufólks. Óskað var eftir fundi við samninganefnd ríkisins en ekkert svar hefur borist þaðan og finnst okkur það slá tóninn í þeim viðræðum sem eru fyrir höndum.

Það er sýnilegt að þetta verður þóf og erfitt að hafa verulega bætt kjör uppúr samningum en kjaranefnd mun gera sitt allra besta og leggja sig alla fram og hvetjum við ljósmæður til að styðja vel við bakið á okkur og sýna okkur stuðning.

Ljósmæður þurfa að leiða hugann að því hvort samstaða er næg til aðgerða og þá hvaða aðgerða því að það er nokkuð ljóst að ekkert mun hafast án þeirra.

Áslaug Valsdóttir

Orðið „Ljósmóðir“ valið fegursta orð íslenskrar tungu

Fékk langflest atkvæði í nýlegri kosningu



Þessi litli nýburi hefur ekki hugmynd um að ljósmóðir hans ber fegursta starfsheiti í íslenskrari tungu

Þetta var niðurstaða kosningar sem fram fór í haust, orðin hugfanginn og spékoppar fylgdu þar á eftir. Rökstuðningurinn var „tvö fállegustu hugtök veraldar sett í eitt.“

Alls bárust tillögur um fegursta orðið frá um 8.500 einstaklingum og úr þeim valdi starfshópur Hugvísindasviðs Háskóla Íslands og RÚV 30 orð, tíu í hverjum aldurshópi, bæði með hliðsjón af orðinu og ástæðu fyrir tilnefningu þeirra. Almennungi gafst svo kostur á að kjósa á milli þessara orða.

Konur sem fengust við að hjálpa öðrum við barnsburð á Norðurlöndunum fengu seint starfsheiti. Í íslenskum fornsögum eru þær hvorki nefndar yfirsetukonur eða ljósmæður, þau heiti koma síðar. Konur sem

tóku á móti börnum voru stundum nefndar þjónustukonur. Yfirsetukona, nærkona og náverukona eru ljósmóðurheiti sem koma fyrir í gömlum heimildum. Orðið ljósmóðir er talið koma fyrst fram í íslenskri bók í Guðbrandar biblíu árið 1584.

Ljósmóðurheitið stendur án efa í sambandi við ljósið sem lítil mannvera sér í fyrsta sinn. Eins og ljósmóðurheitið er fállegt má það furðu gegna hversu seint því tókst að sigr yfirsetukonuheitið eða útrýma því úr daglegu tali. Það var ekki fyrr en talsvert var liðið á 20. öldina sem orðið ljósmóðir náði að festast í sessi. Er ég viss um að orðið yfirsetukona hefði ekki unnið til verðlauna sem fegursta orð íslenskrar tungu.

Hrafnhildur Ólafsdóttir



Hugleiðingar á aðventu

Þegar þetta er skrifað er aðventan að ganga í garð, tími eftirvæntingar eftir jólinum, fæðingarhátíð Jesú. Sem ljósmóðir finnst mér sagan í kringum fæðinguna áhugaverð. María nálgast settan dag þegar hún og Jósef, unnusti hennar, þurfa að ferðast um langan veg til að láta skrásetja sig í heimabæ Jósefs, Betlehem. Yfirvöld kröfðust manntals sem þýddi að María átti ekki annan kost en að setjast á bak asnans og leggja af stað jafnvel þótt stutt væri í fæðingu barnsins hennar. Ef til vill hefur erfitt ferðalagið komið fæðingunni af stað því þegar þau Jósef koma á áfangastað var María langt komin í fæðingu. Þau fá hvergi gistirými og koma sér fyrir í fjárhúsi. María fæðir þar barnið sitt án inngripa að viðstöddum unnusta sínum og nokkrum jórturdýrum.

Manntal okkar tíma er einfaldara og nýfætt barn er skráð hjá Hagstofu Íslands nokkurra mínútna gamalt. Fæðingar okkar tíma eru þó flóknari en frásagan af fæðingu Jesú í fjárhúsinu. Vel menntað heilbrigðisstarfsfólk er viðstatt fæðingar barna á Íslandi og foreldrar fá faglega þjónustu byggða á gagnreyndri þekkingu með velferð móður og barns að leiðarljósi. Við erum komin langt frá fjárhúsinu þegar um fjórðungur kvenna sem koma inn til fæðingar á Landspítalanum koma þangað til gangsetningar en tíðni gangsetninga hefur af ýmsum ástæðum aukist jafnt og þétt á fæðingardeild LSH undanfarin ár. Í haust fékk ég þann lítt eftirsóttu titil að vera gangsetningarstjóri og hef það hlutverk að halda utan um bókanir og hafa faglega yfirsýn yfir gangsetningar á deildinni. Ég viðurkenni fúslega að í hjarta mínu stangast þetta á við hugmyndir mínar um barneignarferlið sem lífeðlislegt ferli og ljósmóðurstarfið sem snýst um að styðja við og stuðla að eðlilegu barneignarferli, sbr. hugmyndafræði og stefnu Ljósmæðrafélags Íslands: „barneignarferlið er lífeðlislegt ferli sem ekki á að trufla með inngripum og tækni nema nauðsyn beri til“. Raunveruleikinn er hins vegar sá að aukin tíðni sjúkdóma á meðgöngu, s.s. sykursýki og háþrýstingur, kallar á þetta inngrip sem er framköllun fæðingarinnar. Aðrar ábendingar eru margar og virðist mér sífellt bætast í þann lista sem þó er í stöðugri endurskoðun af hópi lækna og ljósmæðra þar sem tekið er mið af gagnreyndri þekkingu um efnið hverju sinni. Sumar ábendingar er fagfólk ekki á eitt sátt um, sbr. nýleg umræða um gangsetningu vegna aldurs móður. Þá er



Birna Gerður Jónsdóttir
ljósmóðir MSc á Landspítala

það áhyggjuefni að breytt fæðingarþjónusta utan höfuðborgarsvæðisins kallar á þrýsting á gangsetningu fæðingar vegna búsetu! Aðstæður kvenna sem þurfa að biða eftir fæðingu barnsins síns í bænum eru oft á tíðum erfiðar og mjög skiljanlegt að biðin eftir fæðingunni, oft fjarri eldri börnum og nánustu fjölskyldu, getur verið löng. Einlægur vilji okkar ljósmæðra um að styðja við og stuðla að eðlilegu barneignarferli nær því oft ekki lengra en að vera einlægur vilji.

Enn er það svo að lengd meðgöngu er algengasta ástæðan fyrir framköllun fæðingar og eru það fyrst og fremst þær konur sem ég er í samskiptum við. Samtölin við þessar konur eru oftast mjög skemmtileg og konurnar ánægðar að fá tengingu við ljósmóður á deildinni. Oft fæ ég að heyra um reynslu þeirra af fyrri fæðingum og væntingar þeirra til fæðingarinnar. Þær fá tækifæri til að tjá sig

og spyrja um það sem er í vendum. Ég heyrir hvað stuðningur ljósmæðra í mæðravemdinni síðustu vikurnar skiptir þær miklu máli. Gagnkvæmt traust og samfella í þjónustunni er konunum mikilvæg og veitir þeim öryggi.

Af mörgum ástæðum, m.a. tíðni gangsetninga og breyttrar barneignarþjónustu á landsbyggðinni, eru konur í áhættuhópum stór hluti þeirra kvenna sem fæða á fæðingardeild Landspítalans. Það er áskorun fyrir okkur ljósmæður sem þar störfum að styðja verðandi foreldra í gegnum fæðinguna á þann hátt að upplifun þeirra verði eins góð og hægt er miðað við ástand þeirra og aðstæður. Rannsóknir hafa sýnt að sá stuðningur sem konan fær frá sinni ljósmóður hefur bein áhrif á upplifun konunnar af fæðingunni og gegna ljósmæður mikilvægu hlutverki í að skapa það umhverfi að konan sé sjálf við stjórnvölinn. Þar skiptir yfirseta ljósmóðurinnar miklu máli með stuðningi og nærveru sem leggur áherslu á traust, virðingu og upplýsingagjöf í gegnum allt ferlið.

Fæðing Jesú í fjárhúsinu er eflaust þekktasta fæðingarsaga veraldar. Hluti af henni er frásagan af vitringunum þremur sem fylgdu Betlehemstjörnunni og fundu frelsara heimsins í jötu í fjárhúsi. Það má velta því fyrir sér hvornig sagan hefði verið öðruvísi ef vitringarnir þrír hefðu verið þrjár konur:

Þær hefðu spurt til vegar.
Þær hefðu komið tímanlega.
Þær hefðu tekið á móti barninu.
Þær hefðu þrifið fjárhúsið.
Þær hefðu komið með hagnýtar gjafir.

Ég vil óska ljósmæðrum gleðilegra jóla og farsælla fæðinga á komandi nýju ári.





Ljósmeðrafélag Íslands óskar öllum ljósmeðrum og fjöskyldum þeirra, gleðilegra jóla og farsældar á nýju ári. Þökkum þeim fjölmörgu ljósmeðrum sem unnið hafa óeigingjarnt starf fyrir félagið.

Með kærri kveðju / Stjórn Ljósmeðrafélags Íslands