



Samfelld þjónusta ljósmæðra

Heilsusamtal eftir fæðingu

Sandra Bjarnadóttir

Ritgerð til kandídatsprófs (8 einingar) í ljósmóðurfræði

Námsbraut í ljósmóðurfræði



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Samfelld þjónusta ljósmæðra
Heilsusamtal eftir fæðingu

Sandra Bjarnadóttir

Ritgerð til kandidateksprófs í ljósmóðurfræði

Leiðbeinendur: Laufey Ólöf Hilmarsdóttir

Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Hjúkrunarfræðideild

Námsbraut í ljósmóðurfræði

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2019

Continuity of Midwifery Care
Postpartum Healthcare Interview

Sandra Bjarnadóttir

Thesis for a degree in Midwifery
Candidata Obstetriciorum
Advisors: Laufey Ólöf Hilmarsdóttir
Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Faculty of Nursing
Department of Midwifery
School of Health Sciences

June 2019

Ritgerð þessi er til kandidateprófs í ljósmóðurfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Sandra Bjarnadóttir 2019

Prentun: Háskólaprent

Reykjavík, Ísland 2019

Ágrip

Fyrstu dagarnir og vikurnar eftir fæðingu eru mikilvægir og viðkvæmt tímabil í lífi móður og barns en samt sem áður eitt það vanræktasta í barneignarferlinu. Mæður upplifa oft eins og þær séu illa undirbúnar fyrir þær tilfinningalegu, líkamlegu og félagslegu breytingar sem eiga sér stað eftir fæðingu. Gæðapjónusta í heilbrigðiskerfinu hefur það markmið að veita heildaræna, líkamlega, andlega og félagslega umönnun. Sú þjónusta sem í boði er fyrir konur eftir fæðingu hefur verið töluvert skoðuð innan ljósmóðurfræðinnar og er heilsusamtal eftir fæðingu eitt af því sem gæti talist hjálplegt fyrir nýbakaðar mæður.

Tilgangur verkefnisins er að fjalla um hvort æskilegt sé að bjóða upp á heilsusamtal 6-8 vikum eftir fæðingu sem hluta af samfelldri þjónustu ljósmæðra á heilsugæslu. Þar gæfist konum tækifæri á að ræða um almenna líðan og fæðingarupplifun, ásamt því að boðið væri upp á getnaðarvarnarráðgjöf og eftirskoðun. Í þessu verkefni er borin saman þjónustan hérlendis eftir fæðingu og annars staðar í heiminum, þá aðallega í Svíþjóð. Gerð er fræðileg samantekt og unnið úr ritrýndum fræðigreinum, frá árunum 2002-2019.

Niðurstöður rannsókna sýna að meirihluti kvenna hafi ríka þörf fyrir að tala um fæðingarreynslu sína og getur það einnig hjálpað þeim mæðrum sem eiga við kvíða, þunglyndi og streitu að stríða. Hætt er við að mæður sem ekki hafa kost á samtali við fagaðila eftir fæðingu loki á upplifun sína, sem getur valdið vandamálum seinna meir. Rannsóknir eru þó að einhverju leyti misvísandi varðandi hversu hjálplegt slíkt samtal er fyrir mæður sem orðið hafa fyrir áfalli í fæðingu, þar sem sumar þeirra sýna ekki fram á marktækan mun á andlegri líðan kvenna. Út frá þeim niðurstöðum mælir NICE ekki formlega með því á að bjóða upp á samtal eftir fæðingu.

Það myndast ákveðið samfellt þjónustuform þegar boðið er upp á heilsusamtal. Konur sækjast eftir samfellu og með því að eiga slíkt samtal við ljósmóðir sem þær þekkja upplifa þær meira öryggi og vissu og hafa minni þörf fyrir frekari eftirfylgni. Bjóða ætti konum upp á samtal við ljósmóður innan heilsugæslunnar eftir fæðingu en það getur haft víðtæk áhrif á andlega og líkamlega heilsu kvenna og fjölskyldna þeirra til framtíðar.

Lykilorð: þjónusta eftir fæðingu (postnatal care), samfelld þjónusta (continuum of care), neikvæð fæðingarupplifun (negative birth experience), ljósmóðurfræði (midwifery)

Abstract

The first days and weeks after birth are an important and delicate period for both the mother and the baby, but still it is the most neglected period regarding quality of care. The mothers often feel like they are not prepared enough for these emotional, biological and social changes which occur after birth. The goal of quality of care in the health care system is to provide holistic, physical, mental and social care. Postpartum care has been considerably researched within midwifery and healthcare interview after birth about the birth experience might be one of the factors that could be helpful within that service.

The purpose of this theoretical summary was to look into continuity of midwifery where midwives offer women healthcare interview 6-8 weeks after birth. The women would get an opportunity to discuss their general wellbeing and their birth experience, as well as offering contraceptive counseling and physical examination. In this summary, postpartum care in Iceland is compared with postpartum care in other countries of the world, especially in Sweden. This is a theoretical summary of criticized quantitative, from 2002-2019.

Research shows that a majority of women feel the need to talk about their birth experience and it can also help mothers deal with a number of negative emotional factors - including anxiety, depression and stress. Mothers who do not have the opportunity to talk to a professional after birth are more likely to suppress the feelings they have regarding their experience, which can cause problems later in life. Research is in some way conflicting on how such interview can be helpful for mothers who have experienced trauma in birth, where some of them do not show a significant difference in mental wellbeing. Based on these results, clinical guidelines do not recommend offering that service.

Specific continuity of care is formed when health care professionals offer a postpartum healthcare interview. Women seek continuity and by having such interview with a midwife they know, they experience more security and certainty and have less need for further follow-up. Postpartum interview offered by the midwife within the healthcare centre could have a widespread impact on the mental and physical health of the woman and her family for the future.

Key words: postnatal care, continuum of care, negative birth experience, midwifery

Þakkir

Ég vill byrja á því að þakka leiðbeinendum mínum Dr. Ólöfu Ástu Ólafsdóttur og Laufeyju Ólöfu Hilmarsdóttur fyrir góðar ábendingar og faglega leiðsögn. Auk þess vill ég þakka umsjónarljósmæðrum mínum Brynju Pálu Helgudóttur, Guðrúnu Böðvarsdóttur, Maríu Rebekku Þórisdóttur og Patrycju Wodkowka fyrir góða leiðsögn, stuðning og hvatningu í gegnum námið. Jafnframt öðrum ljósmæðrum og kennurum sem hafa kennt mér og leiðbeint mér í gegnum námið. Einnig vill ég þakka fjölskyldu minni fyrir mikinn stuðning, þá sérstaklega móður minni Margréti Einarsdóttur og dætrum mínum Birtu og Freyju. Auk þess vill ég þakka Ellen Helgu Steingrímsdóttur fyrir prófarkalestur. Að lokum vil ég þakka ljósusysturum mínum fyrir óendalegan stuðning og hvatningu í gegnum námið og æðislegan félagsskap og vináttu.

Verkefnið er unnið við námsbraut í ljósmóðurfræði í hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, vorið 2019.

Efnisyfirlit

Ágrip	5
Abstract	6
Þakkir	7
Efnisyfirlit	8
Listi yfir skammstafanir	9
1 Inngangur	10
1.1 Ráðlögð þjónusta við konur eftir fæðingu	11
1.2 Samfelld þjónusta	12
1.3 Neikvæð fæðingarupplifun	12
1.4 Ástæða efnisvals	13
1.5 Tilgangur og markmið.....	13
1.6 Mikilvægi fyrir ljósmóðurfræði	14
2 Aðferðir	15
3 Niðurstöður	16
3.1 Samfellt þjónustuform fyrir konur í barneignarferli	16
3.2 Afleiðingar neikvæðrar fæðingarreynslu	16
3.3 Hvaða úrræði eru í boði?	17
3.3.1 Mikilvægi heilsusamtals fyrir úrvinnslu fæðingar	18
3.4 Þjónusta fyrir konur eftir fæðingu í Svíþjóð	20
3.5 Þjónusta fyrir konur eftir fæðingu á Íslandi	22
3.5.1 Ljáðu mér eyra.....	24
3.5.2 Íslensk lög varðandi ávísun hormónatengdra getnaðavarna	24
3.6 Vettvangsferð til Lundar í Svíþjóð	25
4 Umræða	27
Ályktanir	30
Heimildaskrá	31

Listi yfir skammstafanir

WHO: World Health Organization

NICE: National Institute of Health and Care Excellence

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

1 Inngangur

Hlutverk ljósmæðra í barneignarferlinu samanstendur af þjónustu, stuðning og umönnun kvenna. Þær bera ábyrgð á fræðslu og leiðsögn varðandi kynlífs- og frjósemisheilbrigði, umönnun á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu. Sú þjónusta sem stendur konum til boða í barneignarferlinu er einstaklingsmiðuð og heildræn þar sem hugað er að fjölskyldunni í heild sinni. Ljósmæður eru aðal umönnunaraðilar kvenna og fjölskyldna þeirra í gegnum allt barneignarferlið, í samstarfi við annað heilbrigðisstarfsfólk (Ellberg, 2008; International Confederation of Midwives, 2017a; International Confederation of Midwives; 2017b). Það er val hverrar konu að sækja meðgönguvernd hjá ljósmóður, sér að kostnaðarlausu, sé hún sjúkratryggð. Hraustum og heilbrigðum konum stendur til boða að sækja mæðravernd í nærliggjandi heilsugæslustöð, en þær konur sem taldar eru í svokallaðri áhættu-meðgöngu, til dæmis með undirliggjandi sjúkdóma, sækja þjónustu á spítala og á þetta við bæði héraðs og í Svíþjóð. Ljósmóðir sem sinnir meðgönguvernd er alltaf í nánu samstarfi við aðra sérfræðinga, eins og heimilslækna, fæðingar- og kvensjúkdómalækna, næringarfræðinga, sálfræðinga og hjúkrunarfræðinga, þegar þörf er á. Tilgangur meðgönguverndar er að stuðla að heilbrigði móður og barns með fræðslu, stuðningi og umönnun (Berg, Ólafsdóttir og Lundgren, 2012; Hildur Kristjánsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson, 2014; island.is, e.d.).

Klínískar leiðbeiningar héraðs taka mið af breskum leiðbeiningum frá NICE (National Institute of Health and Care Excellence) varðandi meðgönguvernd, sem eru svo lagaðar að íslenskum aðstæðum og útgefnar af Embætti landlæknis (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2014). Samkvæmt þeim er ráðlagt að spyrja konur um andlega líðan, þó ekki sé beint mælt með formlegu samtali um fæðingarupplifun. Hins vegar er mikilvægt að allt heilbrigðisstarfsfólk sé opið fyrir einkennum og merkjum um vandamál tengdum andlegri heilsu móður, sem hún getur fundið fyrir vikum og jafnvel mánuðum eftir fæðingu. Heilbrigðisstarfsmaður sem sér um að samræma þjónustu í barneignarferlinu fer yfir líkamlega, andlega og félagslega heilsu móður í lok sængurlegutímabils, allt að 6-8 vikum eftir fæðingu, þar sem hann tekur tillit til skimana og sjúkrasögu (National Institute of Health and Care Excellence, 2015).

Sængurlegutímabilinu fylgja mikla tilfinningalegar, félagslegar og líkamlegar breytingar þar sem konan er að aðlagast nýju hlutverki (Ellberg, 2008; Guðlaug Einarsdóttir, 2012). Þetta tímabil er ákveðin áskorun fyrir nýbakaðar mæður þar sem þær eru ekki einungis að jafna sig eftir fæðingu, heldur einnig að upplifa nýja ábyrgð, mögulega svefnleysi auk þess að læra að hugsa um nýjan einstakling. Þetta getur því verið töluvert áhættutímabil varðandi heilsu móður vegna þeirra miklu breytinga sem verða í kjölfar fæðingar. Einkenni þunglyndis og kvíða eru algeng, sumar konur upplifa fæðinguna sína á neikvæðan hátt, sem getur haft slæm áhrif á komandi barneignir. Sérstaklega þarf að fylgjast með konum sem glíma við króníska sjúkdóma eða einhverja fylgikvilla á meðgöngu þar sem ákveðin hættu er á að einkenni þeirra geti versnað eftir fæðingu. Þetta er mikilvægt tímabil fyrir heilbrigðisstarfsfólk að grípa inn í og myndast þar tækifæri á að minnka áhættuna á ýmsum fylgikvillum og bæta heilsu kvenna. Ef ekki er gripið inn í á réttum tíma getur það haft alvarlegar afleiðingar og þar sérstaklega hjá konum sem upplifðu fylgikvilla á meðgöngu eða glíma við króníska sjúkdóma (Spelke og Werner, 2018).

Fyrstu vikur eftir fæðingu er mjög viðkvæmt tímabil í lífi móður og barns og er þörf á frekari þjónustu þar sem það er hvað mest vanræktasta tímabilið í barneignarferlinu hvað varðar þjónustu fyrir móður og

fjölskyldu. Mæðra- og nýburadauði er algengastur á þessu tímabili (World Health Organization, 2013; World Health Organization 2015) og eru um 65 þúsund kvenna í Bandaríkjunum á ári hverju sem upplifa alvarleg veikindi eftir fæðingu vegna krónískra sjúkdóma. Þessi fjöldi kvenna sem veikist eftir fæðingu vekur upp spurningu um hvort þær séu að fá þá þjónustu sem þær þurfa á að halda (Spelke og Werner, 2018).

1.1 Ráðlögð þjónusta við konur eftir fæðingu

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (World Health Organization) mælir með að heilbrigð móðir og nýburi fái umönnun á sjúkrahúsi í að minnsta kosti 24 klukkustundir eftir fæðingu, það er ef fæðingin er áhættulaus og gengur eðlilega fyrir sig. Eftir þann tíma er boðið upp á vitjun á fyrsta degi eftir fæðingu, þriðja degi að sjö til fjórtán dögum loknum og að lokum 6 vikum eftir fæðingu. Fjöldi vitjana er síðan lögð að þörfum móður og barns. Vitjun getur farið fram á heimili viðkomandi fjölskyldu eða á heilsugæslustöð, en fer það eftir tilgangi vitjunar og heilbrigðisstarfsmanni. Mikilvægt er að meta almenna líðan, bæði andlega og líkamlega. Þá er einnig veitt ráðgjöf varðandi næringu, hreinlæti, ofbeldi og gerð fjölskylduáætlunar. Ráðlagt er að spyrja um stuðningsnet og bjargráð í daglegu lífi en auk þess um líkamleg einkenni eins og þvagleka, þvaglát, þarmastarfsemi, gróanda á spangarsvæði, höfuðverki, síþreytu, bakverki, verki í spöng og hreinlæti, vonda lykt á kynfærasvæði, verki fyrir brjósti, verki eða eymsli yfir legi og úthreinsun. Allar konur ættu að vera spurðar út í kynlíf og sársauka við samfarir 2-6 vikum eftir fæðingu. Ef eitthvað af þessum líkamlegu einkennum er til staðar ætti heilbrigðisstarfsmaður að bjóða upp á skoðun. Þá er einnig mikilvægt að fræða konur um áhættuþætti eftir fæðingu og veita getnaðarvarnarráðgjöf (National Institute of Health and Care Excellence, 2015; World Health Organization, 2013; World Health Organization, 2015). Getnaðarvarnarráðgjöf er hluti af þjónustu mæðra eftir fæðingu. Nokkrir þættir hafa áhrif á hvenær konur eru tilbúnar að stunda kynlíf eftir fæðingu og eru það, meðal annars, hvenær þær byrja aftur á tíðablæðingum, brjóstagjöf og hversu langt liðið er frá fæðingu barns. Þessir þættir spila þó jafnframt ekki inn í hvenær konur byrja að nota getnaðarvarnir (Lopez, Grey, Hiller og Chen, 2015). Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni er kynheilbrigði skilgreint sem tilfinningaleg, andleg, líkamleg og félagsleg vellíðan sem tengist frjósemi og kynlífi. Það sem felst meðal annars í því er að hafa greiðan aðgang að upplýsingum og öruggum getnaðarvörnum og þarf einstaklingur að vera vel upplýstur til þess að geta tekið ákvörðun um hvað hentar honum best (Frumvarp til laga um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðheilsu (lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra) nr 93/1994).

Nýbakaðri móður, auk annarra fjölskyldumeðlima er ráðlagt að láta heilbrigðisstarfsmann vita um einhverskonar breytingar á skapi, tilfinningalegu ástandi eða hegðun, sem á sér stað og líkist ekki hennar venjulega tilfinninga- og hegðunarmynstri. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin mælir með því að heilbrigðisstarfsmenn spyrji konur um einkenni sængurkvennagráts 10-14 dögum eftir fæðingu, líkt og kvíða, skappunga, aukinn grátur og séu einkenni enn til staðar á þessum tímavertíki er mikilvægt að meta andlegu heilsu konunnar frekar, þá með tilliti til fæðingarþunglyndis. Mælt er með andlegum stuðningi, með samtali frá þjálfuðum einstaklingi, til þess að reyna að fyrirbyggja fæðingarþunglyndi á meðal kvenna sem teljast vera í aukinni áhættu. Hins vegar eru ekki nægjanlegar vísendingar til staðar til þess að veita slíkt samtal fyrir allar konur, en heilbrigðisstarfsmenn ættu þó ávallt að veita konum

tækifæri á að ræða um þeirra fæðingarupplifun á meðan spítalainnlögn stendur (National Institute of Health and Care Excellence, 2015; World Health Organization, 2013; World Health Organization, 2015).

Markmiðið með umönnun eftir fæðingu er að veita gæðaþjónustu, er varðar bæði líkamlega og andlega umönnun (Ellberg, 2008). Mæður upplifa oft eins og þær séu illa undirbúnar fyrir tímabilið eftir fæðingu, þar sem miklar breytingar eiga sér stað bæði líkamlega, andlega og félagslega. Þeim finnst þær ekki fá nægjanlegar upplýsingar varðandi fæðingarþunglyndi, næringu, líkamlega virkni, þyngdar-
tap, breytingar á kynlífsvirkni og tilfinningalegum viðbrögðum eftir fæðingu. Konum finnst einnig oft erfitt að eiga frumkvæði á að spyrja um ákveðin atriði eins og þvagleka og kynlíf og ættu því ljósmæður að opna umræðuna að fyrri bragði (Spelke og Werner, 2018). Markvisst eftirlit og stuðningur eftir fæðingu frá heilbrigðisstarfsmanni hefur hvað mest að segja varðandi fyrirbyggingu á heilsufarsvanda og vanlíðan hjá móður en ljósmæður eru í einstakri aðstöðu til að fylgjast með hvernig fjölskyldan er að aðlagast nýju hlutverki, líkamlegri aðlögun móður og nýbura, brjóstagið og næringarinntekt. Rannsóknir eru sammála um að flestir foreldrar hafi ríka þörf fyrir stuðning frá heilbrigðisstarfsmanni á þessu tímabili þar sem miklar breytingar eru að eiga sér stað (Guðlaug Einarsdóttir, 2012) og því er mikilvægt að veita einstaklingsmiðaða þjónustu, meta þarfir hverrar móður og fjölskyldu fyrir sig og viðhafa samræmi í upplýsingagjöf (Hildur Sigurðardóttir, 2004).

1.2 Samfelld þjónusta

Mismunandi skilgreiningar hafa verið settar fram um hvað einkenni samfellda þjónustu. Svokölluð samfelld þjónusta felst í heildrænni umönnun og samfellu frá sem fæstum umönnunaraðilum og er samfelld þjónusta eða heildrænt þjónustuform skilgreint sem kerfisbundið utanumhald þar sem lögð er áhersla á heildræna þjónustu sem veitt er frá sömu stofnun (Hildur Sigurðardóttir, 2010). Samfelld þjónusta skal vera veitt af sem fæstum fagaðilum og nauðsynlegt er að samskipti á milli þjónustuaðila séu góð, þar með talið flæði upplýsinga og að allir þeir sem komi að þjónustunni taki þátt í ákvarðanatöku. Þá þarf einnig að gæta þess að meðferðarsambandið sé traust (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2014). Samfelt þjónustuform veitir einstaklingsmiðaðri umönnun, stuðning og fræðslu, byggir upp traust milli aðila og verður eftirlit þannig markvissara (Hildur Sigurðardóttir, 2010). Það er lögð áhersla á umönnun yfir ákveðinn tíma og einblínt á hvern einstakling fyrir sig. Þjónustan byggist á heilsuefli aðferð sem getur jafnframt haft jákvæð áhrif á fæðingarupplifun (Dahlberg, Haugan og Aune, 20016).

Samfella í þjónustu er mikilvægur þáttur fyrir konur í barneignarferlinu og með því að stuðla að slíkri þjónustu náum við sem best að sinna þörfum kvenna í gegnum allt ferlið. Ljósmæður sem vinna með verðandi mæðrum í samfelldri þjónustu finna einnig fyrir aukinni ánægju í starfi og betri tengslum við skjólstaðinga sína (Hildingsson, Karlström, Haines og Johansson, 2016; Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2014; Sigurðardóttir, Gamble, Guðmundsdóttir, Kristjánsdóttir, Sveinsdóttir og Gottfreðsdóttir, 2017; Dahlberg o.fl., 2016; World Health Organization, 2015).

1.3 Neikvæð fæðingarupplifun

Þættir eins og hræðsla við fæðingu, neikvæð fyrri reynsla, tilfinning um stjórnleysi, vanmáttur í fæðingu og saga um andleg veikindi geta haft þau áhrif að konan upplifi fæðinguna sína á neikvæðan hátt. Neikvæð fæðingarreynsla getur þá haft ýmsar afleiðingar, þar með talið tengslamyndun milli móður og

barns, parsambandið, fjölda barna, aldursbil á milli barna, alvarlegar afleiðingar á andlega heilsu konunnar, ótta við komandi fæðingu, framtíðar fjölskylduáætlun og auknar óskir um keisaraskurð þrátt fyrir að ekki séu heilsufarslegar ábendingar til staðar. Auk þess eru mæður líklegri til þess að vera óánægðar með tilfinningalegan stuðning og upplýsingagjöf í meðgönguvernd eftir fæðingu (Sigurðardóttir o.fl., 2017; Valgerður Lísa Sigurðardóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Þóra Steingrimsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir, 2017). Ljósmeður eru aðalumönnunaraðilar í barneignarferlinu og gegna því lykilhlutverki í að opna umræðuna um andlega líðan, bæði á meðgöngu og eftir fæðingu, og bera kennsl á þær konur sem þurfa á samtali að halda. Samtal um fæðingarreynslu ætti því að vera fastur liður hjá ljósmóður eftir fæðingu (Sigurðardóttir o.fl., 2017).

Líkt og fram hefur komið getur neikvæð fæðingarreynsla haft veigamikil og alvarleg áhrif á heilsu móður eftir fæðingu, þar á meðal þunglyndi, kvíða og áfallastreituröskun (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2017). Áfallastreituröskun er geðrænn kvíðasjúkdómur sem komið getur fram þegar einstaklingur verður fyrir andlegu áfalli (Cunen, McNeill og Murrey, 2014). Samkvæmt American Psychiatric Association er það oft atburður sem gerist skyndilega og óvænt og veldur áfalli. Atburðurinn veldur því að einstaklingur upplifir eins og hann hafi ekki stjórn og trú á aðstæðum. Þessu fylgir oft mikill ótti og hjálparleysi og getur einstaklingur upplifað eins og hann sé í lífshættu (Jomeen, 2017). Atburður sem veldur áfalli er ekki endilega mikil hörmung, heldur eitthvað sem kallar fram sterkar tilfinningar og mikil streituvíðbrögð. Sumir einstaklingar sem upplifa áfall jafna sig fljótlega, á meðan aðrir þróa með sér krónískt ástand og er því mikilvægt að takast á við vandamálið strax og á áhrifaríkan hátt (Gamble og Creedy, 2009). Áfallastreituröskun getur fylgt í kjölfarið á erfiðri fæðingarupplifun, eins og hjá þeim sem fara í bráðakeisaraskurð eða þeim sem þurfa aðstoð með áhöldum, en einnig getur hún gert vart við sig hjá konum þar sem fæðing gekk vel og konan fæddi eðlilega. Þá getur áfallastreituröskun haft áhrif á getu konunnar til þess að takast á við og sinna foreldrahlutverkinu á áhrifaríkan hátt (Baxter, McCourt og Jarrett, 2014; Cunen o.fl., 2014).

1.4 Ástæða efnisvals

Ástæða fyrir vali á þessu viðfangsefni er meðal annars eigin reynsla af þjónustu í Svíþjóð eftir fæðingu. Þar er boðið er upp á heilsusamtal, eftirskoðun og getnaðarvarnarráðgjöf sem veitir ákveðna samfellu hjá ljósmóður á heilsugæslu. Konan hittir aðila sem hún þekkir og oftast treystir og tel ég að það gæti verið góð viðbót að bjóða upp á heilsusamtal 6-8 vikum eftir fæðingu, meðal annars til þess að fara yfir fæðingarupplifun viðkomandi. Höfundur fór í vettvangsferð til Lundar í byrjun apríl á þessu ári sem gaf enn betri sýn í störf ljósmæðra í Svíþjóð.

1.5 Tilgangur og markmið

Tilgangur verkefnisins er að fjalla um hvort æskilegt sé að bjóða upp á heilsusamtal 6-8 vikum eftir fæðingu sem hluta af samfelldri þjónustu ljósmæðra á heilsugæslu. Þar gæfist konum tækifæri á að ræða um almenna líðan og fæðingarupplifun, ásamt því að boðið væri upp á getnaðarvarnarráðgjöf og eftirskoðun. Til þess að afla upplýsinga fyrir þetta verkefni er fræðileg umræða um málefnið skoðuð, ásamt ritrýndum heimildum um efnið og niðurstöðum rannsókna. Í þessu verkefni er borin saman þjónustan hérlendis eftir fæðingu og annars staðar í heiminum, þá aðallega í Svíþjóð.

Markmiðið verkefnisins er að svara eftirfarandi spurningu:

-Hvert er gildi þess að bjóða upp á heilsusamtal og skoðun 6-8 vikum eftir fæðingu sem hluti af samfelldri þjónusta hjá ljósmóður á heilsugæslustöð?

1.6 Mikilvægi fyrir ljósmóðurfræði

Ljósmæður gegna veigamiklu hlutverki í þjónustu við konur í barneignarferlinu og er því á þeirra ábyrgð að tryggja líkamlega, andlega og félagslega heilsu móður. Tímabilið eftir fæðingu er viðkvæmur tími en jafnframt eitt það vanræktasta í barneignarferlinu, þar sem ófullnægjandi umönnun getur haft alvarlegar afleiðingar á heilsu kvenna. Ljósmæður þurfa að vera vakandi fyrir einkennum og merkjum um vandamál tengdum andlegri og líkamlegri heilsu móðurinnar, vikum og jafnvel mánuðum eftir fæðingu.

Samfellt þjónustuform ljósmæðra veitir einstaklingsmiðaða umönnun og byggir oftast upp traustu og sterku sambandi á milli beggja aðila. Þjónustan verður þannig markvissari og stuðningur og fræðsla einstaklingsmiðaðri. Með því að bjóða konum upp á heilsusamtal, skoðun og getnaðarvarnarráðgjöf 6-8 vikum eftir fæðingu hjá ljósmóður á heilsugæslunni verður samfella í þjónustu.

Hérlendis fer meðgönguvernd fram hjá ljósmæðrum á heilsugæslustöð, en með því að veita samfellda þjónustu þar, aukast líkurnar á eðlilegri fæðingu, ánægja kvenna eykst og dregur úr líkum á inngripum og keisaraskurðum. Þegar mæður þekkja ljósmóðurina finna þær fyrir meira öryggi, þeim finnst auðveldara að tjá sig og taka við ráðleggingum, samskiptin verða opnari og hafa þær minni þörf fyrir frekari eftirfylgni.

Ljósmæður eru ennfremur aðalumönnunaðilar í fæðingu og mikilvægt er því að skoða hvaða áhrif heilsusamtal og skoðun eftir fæðingu hefur. Samtal eftir fæðingu getur hjálpað mæðrum að vinna úr upplifun fæðingar og að bera kennsl á þær konur sem þurfa á frekari aðstoð að halda t.d. vegna fæðingarhræðslu, þunglyndis, kvíða og streitu, sem virðist vera vaxandi vandamál í nútímasamfélagi.

2 Aðferðir

Í þessari fræðilegu samantekt var notast við ritrýndar heimildir úr fræðilegum gagnagrunnum. Gagnasöfnun fór fram á tímabilinu janúar til maí 2019. Leit að heimildum fór mestmegnis fram í gagnagrunnum eins og Scopus, PubMed og Cinahl en auk þess úr tímaritsgreinum úr Ljósmaðrablaðinu, útgefnum leiðbeiningum frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnun (WHO), klínískum leiðbeiningum frá National Institute of Health and Care Excellence (NICE) og löggjöf frá Alþingi. Einblínt var á öflun fræðilegra heimilda varðandi þjónustu fyrir konur eftir fæðingu hérlandis og í Svíþjóð en einnig frá Noregi, Bandaríkjunum, Bretlandi og Ástralíu, allt frá árunum 2002-2018. Unnið var úr heimildum á íslensku og á sænsku. Höfundur studdist við meginlegar, eigindlegar og blandaðar rannsóknir. Flestar rannsóknirnar sem höfundur notaðist við voru meginlegar en með því að nota einnig eigindlegar rannsóknir fékkst dýpri skilningur á viðfangsefninu. Fjöldi heimilda sem notast var við voru 36.

Leitarorð: postnatal care, continuum of care, negative birth experience, midwifery.

3 Niðurstöður

3.1 Samfellt þjónustuform fyrir konur í barneignarferli

Umönnun ljósmæðra í samfelldri þjónustu felst í því að konan myndi samband við eina manneskju eða teymi, að hún sé kunnug starfsfólkinu og fái upplýsingar sem eru í samræmi á milli fagaðila. Þegar fjöldi fólks innan mismunandi geira heilbrigðiskerfisins tekur þátt í umönnun viðkomandi og ekki er samræmi á milli þeirra geta komið upp ólíkar skoðanir hjá fagaðilum sem geta valdið neikvæðri upplifun konunnar á þjónustunni. Þá getur hún orðið gagnrýnin á hvernig þjónustan er skipulögð og misst traust á henni og starfsfólki tengt henni (Dahlberg o.fl., 2016).

Samkvæmt rannsókn Hildar Kristjánsdóttur og fleiri (2014) voru 74% kvenna sem töldu það mjög mikilvægt að hitta sömu ljósmóður í barneignarferlinu á meðan 24% fannst það nokkuð mikilvægt, en aðeins 2% fannst það ekki skipta máli. Í rannsókn Hildar Sigurðardóttir (2014) kemur fram að 64% kvenna finnst frekar eða mjög mikilvægt að þekkja heimaþjónustuljósmóðurina en 43% finnst það ekki skipta máli. Mæður leitast eftir traustu sambandi og góðri tengslamyndun sem er oft auðveldara þegar þær þekkja ljósmóðurina. Þegar mæður finna fyrir öryggi eiga þær auðveldara með að spyrja spurninga og á ljósmóðirin þá einnig auðveldara með að skilja áhyggjur þeirra. Hins vegar virtist það ekki skipta máli hvort að konan þekkti heimaþjónustuljósmóðurina áður, svo lengi sem þær náðu vel saman, að hún sýndi trúnað og gat sett sig inn í aðstæður konunnar. Mæður telja það einnig vera góðan kost ef ljósmóðirin er athugul, fagleg, hress, jákvæð og opin.

Samfelld þjónusta getur aukið líkurnar á eðlilegri fæðingu og stuðlað að ánægju kvenna auk þess að minnka líkurnar á inngripum og tíðni keisaraskurða. Konur sækjast eftir samfellu þar sem þær geta myndað traust og sterkt samband við ljósmóður (Hildingsson o.fl., 2016; Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2014; Sigurðardóttir o.fl., 2017; Dahlberg o.fl.).

3.2 Afleiðingar neikvæðrar fæðingarreynslu

Fæðing getur verið mjög flókinn atburður og getur leitt til ýmissa sálfræðilegra viðbragða. Konur geta upplifað fæðingu sem áfall, en það fer helst eftir fæðingarmáta, inngripum og hvernig komið er fram við þær af heilbrigðisstarfsfólki í fæðingu. Það sem telst vera eðlilegt fyrir heilbrigðisstarfsfólk getur verið mikið áfall fyrir konuna (Cunen o.fl., 2014). Neikvæð fæðingarreynsla getur haft mikil áhrif á líðan konunar og nýburans og eru um 5-17% kvenna sem upplifa fæðingarreynslu sína á neikvæðan hátt (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2017).

Hræðsla kvenna við fæðingar hefur aukist og er það viðurkennt vandamál í dag sem hefur haft í för með sér aukna tíðni inngripa í fæðingu og keisaraskurða. Sýnt hefur verið fram á tengsl á milli neikvæðrar fæðingarreynslu og áhaldafæðingu, langdreginnar fæðingu, keisaraskurða, fylgikvilla sem eiga sér stað á meðgöngu eða í fæðingunni og innlagnartíðni á sjúkrahús á meðgöngu. Aukin tíðni keisaraskurða kemur fram bæði hérlendis og í Svíþjóð. Á Íslandi var hún um 10% árið 1980 og jókst upp í 16,5% árið 2009. Í Svíþjóð var hún um 5% árið 1973 en jókst upp í 17% árið 2009. Frá árunum 2006-2016 hefur keisaratíðni hérlendis verið á bilinu 15-17% (Berg, Ólafsdóttir og Ludgren, 2012; Fernwick, Toohill, Slavin, Creedy og Gamble, 2017; Schytt og Waldenstöm, 2013; Sigurðardóttir o.fl., 2017; Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2017).

Mæður sem fara í keisaraskurð eða ganga í gegnum áhaldafæðingu eru í aukinni áhættu á að þróa með sér þunglyndi eftir fæðingu (Baxter o.fl., 2014). 1-6% kvenna sem upplifa fæðinguna sína á neikvæðan hátt eru taldar þróa með sér áfallastreituröskun og eru þær í frekari áhættu á að hræðast komandi fæðingar og óska eftir valkeisaraskurði (Sigurðardóttir o.fl., 2017). Rannsóknir sem gerðar voru í Svíþjóð, Ástralíu, Bretlandi og Bandaríkjunum benda til að 2-6% kvenna fá greininguna áfallastreituröskun eftir fæðingu (Gamble og Creedy, 2009) en áfallastreituröskun eftir fæðingu hefur verið umdeild að einhverju leyti þar sem fæðing er yfirleitt hugsaður sem náttúrulegur og jákvæður atburður (Cunen o.fl., 2014).

Konur upplifa oft ýmiskonar líkamleg og andleg vandamál eftir barnsburð sem geta varað til lengri tíma. Líkamlegt ástand getur vakið upp einkenni þunglyndis og þunglyndi getur valdið töfum á að móðir nái sinni fyrri líkamlegri heilsu, til dæmis bíða þær með að leita sér aðstoðar, sýna fram á lélega meðferðarhæðni og viðhafa neikvæða heilsuhegðun. Einkenni þunglyndis eru algeng fyrstu mánuði eftir fæðingu og samkvæmt rannsókn Woolhouse, Gartland, Perlen, Donath og Brown (2014) eru 16,1% kvenna sem finna fyrir þunglyndiseinkennum fyrstu 12 mánuði eftir fæðingu.

Tengsl eru á milli kvartana undan líkamlegum vandamálum þremur mánuðum eftir fæðingu, og einkennum þunglyndis og eru líkamleg einkenni eins og þreyta (í 67% tilfella), verkir í baki (í 47% tilfella), vandamál tengd brjóstum (í 37% tilfella), verkir í spöng (í 30% tilfella), þvagleki (í 29% tilfella), hægðatregða og gyllinæð, allt einkenni sem geta bent til andlegrar vanlíðunar. Önnur líkamleg vandamál sem tengjast einkennum þunglyndis 3 mánuðum eftir fæðingu eru meðal annars ítrekað kvef, hósti og verkir í skurði eftir keisara. 6-12 mánuðum eftir fæðingu voru verkir í neðra og efra baki, hægðatregða, gyllinæð, ítrekað kvef og hósti algeng einkenni. Þegar mæður kvarta undan fimm eða fleiri vandamálum eru sexfalt meiri líkur á þunglyndiseinkennum 3 mánuðum eftir fæðingu og þrefalt meiri líkur 6-12 mánuðum eftir fæðingu. Konur sem upplifa einkenni þunglyndis 3 mánuðum eftir fæðingu eru líklegri til þess að vera einhleypar, fráskildar eða hafa skilið við barnsföður snemma á meðgöngu, atvinnulausar snemma á meðgöngu og líklegri til að fá lífeyri á meðgöngu. Þættir sem auka áhættuna á einkennum þunglyndis 6-12 mánuðum eftir fæðingu eru ungar mæður, mæður undir 25 ára aldri, mæður sem fæðast erlendis og eru ekki með enskumælandi bakgrunn, lágar tekjur, atvinnuleysi snemma á meðgöngu, lífeyristaka snemma á meðgöngu og reykingar (Woolhouse o.fl., 2014).

Einstaklingar sem hafa lent í áfalli eiga það til að fresta því að vinna úr hlutunum þangað til síðar meir sem undirstrikar mikilvægi þess að bera kennsl á þær konur sem upplifað hafa fæðinguna sína á neikvæðan hátt og nýta þau úrræði sem eru í boði í þeirra þágu (Sigurðardóttir o.fl., 2017).

3.3 Hvaða úrræði eru í boði?

Þegar ljósmæður beita snemmtækum inngripum, til dæmis með því að bera kennsl á líkamleg vandamál, getur það leitt til bættrar andlegrar heilsu móður. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem vinna á heilsugæslustöðvum leggja fyrir Edinborgarskalann (EPDS) 9 vikum eftir fæðingu til þess að meta andlega heilsu mæðra eftir fæðingu. EPDS skalinn er gott mælitæki þar sem hægt er að grípa inn í og veita viðeigandi úrræði þegar þörf er á (Embætti landlæknis, e.d.a; Embætti landlæknis, e.d.b; Woolhouse o.fl., 2014).

Meirihluti kvenna finnur þörf fyrir að tala um sína fæðingarreynslu og hvaða þýðingu hún hefur fyrir þeim, hvort sem þær hafa upplifað hana sem áfall eða ekki. Flestum konum finnst gagnlegt að fá þeirra eigin útgáfu af atburðarrásinni staðfesta af heilbrigðisstarfsmanni. Mæður sem fá ekki tækifæri á að tala um sína upplifun á fæðingunni getað lokað fyrir hana og getur það valdið vandamálum seinna meir (Baxter o.fl., 2014; Dahlberg o.fl., 2016; Gamble og Creedy, 2009). Algengt er að konur kenni sjálfum sér um vegna þeirra neikvæðu fæðingarupplifunar og upplifa sumar konur ákveðin missi og sorg í tengslum við fæðinguna. Samt sem áður finna þær fyrir félagslegum þrýstingi frá samfélaginu til þess að viðurkenna að allt sé í lagi, sérstaklega þegar barnið er heilbrigt. Móðir getur þá fundið fyrir missi, til dæmis eftir aðskilnað frá barninu eftir fæðingu, missi á von um að halda að hún geti átt góða fæðingarupplifun, upplifað varanlegan líkamlegan skaða, stjórnleysi og upplifun um að hafa mistekist. Þessi viðfangsefni þarf sérstaklega að tala um af ljósmóður (Gamble og Creedy, 2009).

3.3.1 Mikilvægi heilsusamtals fyrir úrvinnslu fæðingar

Markmiðið með heilsusamtali eftir fæðingu er að minnka andlega kvilla og sjúkdóma og byggist það á þeim forsendum að styrkja sjálfsöryggi kvenna og veita þeim skýrari mynd af aðstæðum með staðreyndum og upplýsingum (Gamble og Creedy, 2009). Þar sem mæður hafa mikla þörf fyrir að tala um sína upplifun af fæðingunni þá leita þær gjarnan til maka, fjölskyldumeðlima eða vina sem ber ekki alltaf þann árangur sem þær óska eftir. Samtal eftir fæðingu við fagaðila getur veitt mæðrum dýpri skilning á sinni fæðingarupplifun, skilning á atburðum og afhverju þeir eiga sér stað. Oft er þörf á skýringu á hugtökum, atburðum, tíma og staðreyndum út frá sjónarmiði kvenna. Samtal við ljósmóður eða heilbrigðisstarfsmann veitir þeim viðurkenningu á þeirra hlið sögunnar, sérstaklega þegar upplifunin er erfið og veitir þeim fullvissu að fæðingu þurfa ekki alltaf að fylgja erfiðleikar og áföll. Mæðrum er létt þegar þær skilja hvað var í gangi í fæðingunni og að reynsla þeirra hafi í raunveruleikanum verið erfið. Mikilvægt er að hafa í huga að hver og einn getur haft ólíka hugmynd af skilgreiningunni erfið fæðingarupplifun, hvort sem það er á milli kvenna eða heilbrigðisstarfsfólks (Baxter o.fl., 2014).

Heilsusamtal eftir fæðingu hjá ljósmóður getur haft víðtæk áhrif á andlega heilsu kvenna, þar á meðal minnkað einkenni kvíða og þunglyndis, minnkað hræðslu varðandi framtíðar fæðingar, dregið úr streitu foreldra og aukið ánægju í parsambandi. Samtal snemma eftir fæðingu er þó hvorki talið hindra né draga úr andlegum veikindum og getur þvert á móti aukið vandamálin (Baxter o.fl., 2014; Gamle og Creedy, 2009). Mæður sem fá samtal þrem vikum eftir keisaraskurð líta frekar á fæðinguna með jákvæðum augum, minni tíðni er á einkennum áfallastreituröskunar og færri merki um andlega streitu. Hins vegar hefur samtal eftir fæðingu engin áhrif á þær konur sem eru þegar með alvarleg einkenni áfallastreituröskunar og glíma við alvarleg andleg veikindi (Gamble og Creedy, 2009).

Í rannsókn Gamble og Creedy (2009) lýsa höfundar reynslu kvenna sem upplifa erfiða fæðingu, þar sem mæður fá tækifæri á að tala um sína fæðingarreynslu við ljósmóður, til að fá skilning á atburðum og fá tilfinningar sínar staðfestar. 50 mæður sem höfðu upplifað áfall í fæðingu tóku þátt í rannsókninni þar sem þær fengu ráðgjöf 48-72 klukkustundum eftir fæðingu og 4-6 vikum eftir fæðingu. Hver tími var um 45-75 mínútur. Niðurstöður sýna að mæður áttu auðveldara með að vinna úr atburðum 4-6 vikum eftir fæðingu í samanburði við fljótlega eftir fæðingu. Samtal snemma eftir fæðingu getur truflað hugrænt ferli sem leyfir einstaklingnum að skilja atburðina og sætta sig við þá sem venjulega minningu en ekki

sem áfall (Gamble og Creedy, 2009). Konan þarf að vera tilbúin að tjá sig en margar mæður eiga erfitt með að meðtaka allar hliðar af sinni reynslu fyrstu dagana eftir fæðingu. Ráðlagt er að ljósmóðir spyrji opinna spurninga, sem eru ekki ógnandi, og gerir konunni kleift að viðhalda stjórn á hraða upplýsinga. Mikilvægt er að ljósmóðir sýni virka hlustun og samþykki hennar upplifun án þess að fara í vörn eða sýnast andlega fjarverandi. Ljósmóðir skuli þekkja sögu konunnar og hvað hún hefur gengið í gegnum, sýni samúð og geti veitt viðeigandi stuðning. Skilningur og góðvild ljósmóður eru þættir sem hjálpa konum að finna fyrir trausti og öryggi. Eitt af hlutverkum ljósmóður er að einbeita sér að persónulegum styrk konunnar sem getur hjálpað henni að endurheimta tilfinningalega færnei. Mikilvægt er að ljósmóðir leiðrétti ekki frásögn konunnar, leggi mat á hana eða stjórni hvað hún segir og mun það verða til þess það að konan hlusti einnig á sjálfa sig. Ljósmæður ættu ekki að verja eða réttlæta umönnun starfssystra sinna heldur vera raunhæfar og koma með staðreyndir. Það er mikilvægt að svara hverri spurningu og áhyggjum á vandaðan hátt og ekki veita yfirborðskennda fullvissu (Gamble og Creedy, 2009; Dahlberg o.fl., 2016). Ljósmæður eru í góðri aðstöðu til þess að veita þennan stuðning og ráðgjöf til mæðra sem upplifa streitu eða áfall tengda fæðingu (Gamble og Creedy, 2009).

Árið 2002 kom fram í yfirlitsgrein frá Cochrane um áhrif samtals eftir fæðingu á andlega streitu og fyrirbyggingu áfallastreituröskunar. Gerðar voru 6 slembiraðaðar samanburðarannsóknir þar sem ein þeirra sýnir fram á það að samtal eftir fæðingu sé gagnlegt á meðan hinar 5 sýna engar vísbendingar um gagnsemi (Rose, Bisson, Churchill og Wessely, 2002). Út frá niðurstöðum mælir NICE ekki með því að bjóða upp á formlegt samtal í eitt skipti eftir fæðingu í þeim tilgangi að fyrirbyggja andlega streitu (Dahlberg o.fl., 2016; National Institute of Health Care Excellence, 2007; National Institute of Health Care Excellence, 2015). Niðurstöður rannsókna sýna þó fram á að meirihluti kvenna hefur samt sem áður mikla þörf fyrir að tala um fæðingarreynslu sína, hvort sem þær hafa upplifað hana sem áfall eða ekki. Þeim finnst það vera hjálplegt að hafa hlustanda sem veitir þeim stuðning. Það er ekki lögð mikil áhersla á samtal eftir fæðingu og lýsa konur stöðugt yfir óánægju sinni varðandi þjónustu tengt andlegri heilsu og takmarkandi tækifærum á að eiga samtal um fæðingarreynslu sína (Baxter o.fl., 2014; Gamble og Creedy, 2009).

Í rannsókn Baxter og fleiri (2014) taka höfundar saman áhrifin sem það hefur á mæður að veita þeim samtal eftir fæðingu. Tuttugu rannsóknir voru framkvæmdar í mismunandi löndum, 10 í Bretlandi, 7 í Ástralíu og 3 í Svíþjóð. 13% kvenna sem höfðu átt erfiða fæðingarupplifun eða upplifðu áfall í fæðingu fengu samtal eftir fæðingu, 45% af þeim fengu samtal við ljósmóður eða fæðingarlækni, 20% fengu samtal við ljósmóðurráðgjafa og 14% hittu sálfræðing. Konum finnst mest viðeigandi að eiga samtalið við ljósmóður sem hafði sinnt þeim í meðgönguvernd og leituðu helst eftir eiginleikum eins og skilningi, umhyggju og samkennd. Það var ákveðin staðfesting fyrir mæður að tala um sína upplifun af fæðingunni, að það sé hlustað á þær, að fá tækifæri til þess að spyrja og að ljósmóðir veiti þeim gagnlegar upplýsingar. Heildarniðurstaðan sýnir að mæður eru almennt jákvæðari gagnvart því að fá samtal eftir fæðingu og virtust hafa sterka þörf til þess að segja frá sinni upplifun. Út frá þessum niðurstöðum er ráðlagt að ljósmæður eða aðrir heilbrigðisstarfsmenn bjóði upp á samtal eftir fæðingu til þess að mæta þörfum kvenna fyrirfram (Baxter o.fl., 2014). Ekki kom fram hvaða tími væri ákjósanlegastur í samtal eftir fæðingu en í yfirlitsgrein frá Cochrane er talað um að minnsta kosti einum mánuði eftir fæðingu, ef

að kona hefur lent í áfalli (Rose o.fl., 2002). Þó það sé enginn ákveðinn tími sem er bestur þarf alltaf að hafa það í huga að konan sjálf sé tilbúin (Baxter o.fl., 2014).

Í rannsókn Dahlberg og fleiri (2016) sem framkvæmd var í Noregi var markmiðið að fá dýpri skilning á upplifun kvenna varðandi heimaþjónustu ljósmæðra. Tekin voru fyrir þrjú megin þemu: samfella í þjónustu, mikilvægi samtals eftir fæðingu og varnarleysi snemma eftir fæðingu. Konum var boðið ein eða fleiri heimavitjun af ljósmóður frá heilsugæslustöðunni sem hafði sinnt henni á meðgöngu, 2-6 dögum eftir fæðingu. Hún veitti ráðgjöf varðandi brjóstgjöf, umönnun nýburans, framkvæmdi líkamsskoðun hjá móður og barni og bauð móðurinni að tala um fæðingarupplifun sína. Mæðrum fannst ákjósanlegra að ræða um fæðingarupplifun við ljósmóður sem viðstödd var fæðinguna í stað ljósmóður á sængurlegudeild. Ef samtalið var við ljósmóður af sængurlegudeild þá upplifðu þær eins og það væri aðeins byggt upp á staðreyndum í stað upplifunar. Hins vegar fannst mæðrum auðveldara að tjá sig um fæðingarupplifun þegar einhver tími hafði liðið frá fæðingu og var þá samtalið við ljósmóður sem kom í heimavitjun frá heilsugæslunni mjög mikilvægt. Þá þekkti konan ljósmóðurina frá meðgöngunni, hún upplifði meira öryggi og vissu og hafði minni þörf fyrir frekari eftirfylgni. Ef eitthvað kom upp á meðgöngu var auðveldara að tala um viðfangsefnið, ræða um þarfir kvennana og halda áfram þar sem frá var skilið. Samskiptin urðu opnari, mæður fundu fyrir meiri ró og sjálföryggi sem gerði það auðveldara að taka á móti ráðleggingum og leiðsögn. Sambandið varð persónulegra og upplifðu mæður ekki tímaskort í samanburði við þjónustu á sængurlegudeildum. Þegar konunar þekktu ekki ljósmóðurina sem kom í vitjun varð hún styttri, það var frekar farið yfir hagnýt atriði, skipst á upplýsingum, staðfest að allt væri í lagi og deildu mæður engum aukalegum upplýsingum nema þeim sem voru algjörlega nauðsynlegar. Það urðu ekki til djúpar samræður um fæðinguna og upplifun konunnar þó svo að ljósmóðir hvatti konuna til þess að tjá sig. Fyrir konur getur það verið óþægilegt að opna sig fyrir ljósmóður sem þær þekkja ekki og finnst þeim erfitt að mynda samband bara út frá einni heimsókn (Dahlberg o.fl., 2016).

Stór hluti ljósmæðra eru sammála um að heilsusamtal eftir fæðingu er gagnlegt, bæði almennt til að leita úrræða fyrir vanda sem getur komið upp og fyrir konur sem hafa upplifað áfall í fæðingu. Þegar móðir hefur lent í erfiðleikum í fæðingu er mikilvægt að ljósmóðir hefji samtalið um þann stuðning og úrræði sem eru í boði en einnig ber þeim að hafa í huga að samtalið stjórnað af konunni sjálfri. Ljósmæður á heilsugæslustöðvum eru í góðri stöðu til þess að eiga þetta samtalið og aðstoða konur þar sem samfellt þjónustuform er hvetjandi þáttur (Baxter o.fl., 2014; Gamble og Creedy, 2009). Í Svíþjóð er boðið upp á skoðun 6-8 vikum eftir fæðingu þar sem meðal annars er farið yfir almenna heilsu og fæðingarupplifun kvenna. Sú skoðun fer fram hjá ljósmóðir sem sinnti þeim í meðgönguvernd og þar með myndast samfella í umönnunar þeirra (Kunskapscentrum kvinnohälsa, 2018).

3.4 Þjónusta fyrir konur eftir fæðingu í Svíþjóð

Í ljósmóðurfræði í Svíþjóð er kennsla og þjálfun í kynheilbrigði þar sem er meðal annars farið í ráðgjöf og umönnun í tengslum við kynhneigð, breytingarskeiðið, kvensjúkdóma, getnaðarvarnaráðgjöf og ávísun lyfseðla (Schytt og Waldenstöm, 2013). Ljósmæður sem vinna á unglingamóttökum, fæðingardeildum, kvennamóttökum eða móttökum þar sem veitt er fræðsla og ráðgjöf varðandi kynsjúkdóma og getnaðarvarnir hafa leyfi til þess að ávísa hormónatengdum getnaðarvarnarlyfjum (Frumpvarp til laga um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðheilsu (lyfjaávisanir

hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra) nr 93/1994). Í Svíþjóð er getnaðarvarnarráðgjöf og ávísun getnaðarvarna veitt af ljósmæðrum eða fæðingar- og kvennsjúkdómalæknum og eru þrem af hverjum fjórum getnaðarvarnarlyfseðlum ávísað af ljósmæðrum (Ekelund, Melander og Gemzell-Danielsson, 2014).

Eftir fæðingu bera ljósmæður á sængurlegudeild ábyrgð á móður og nýbura upp í allt að eina viku eftir fæðingu (Barimani og Vikström, 2018). Í Svíþjóð er stuttur legutími mæðra á sængurlegudeild ef engir áhættuþættir eru til staðar. Fjölskyldum gefst kostur á að fá fjölskylduherbergi eftir fæðingu sem er staðsett nálægt spítalanum. Þar geta foreldrar slakað á og fengið upplýsingar, stuðning og aðstoð fyrstu dagana eftir fæðingu. Þessi valmöguleiki getur aukið öryggi þerra þar sem spítalinn er nálægt og auðvelt að nálgast viðeigandi þjónustu. Þær mæður sem eru heilbrigðar, með hraustan nýbura og fæddu eðlilega fá kost á því að dvelja í fjölskylduherberginu eftir fæðingu annars dvelja þær á sængurlegudeild. Foreldrar fá upplýsingar um sængurlegutímabilið á meðgöngu og þekkja því ferlið eftir eðlilega fæðingu. Flestir foreldrar, 70%, eru ánægðir með heildarþjónustuna eftir fæðingu en 72% voru óánægð með einhvern hluta úr þjónustu (Ellberg, 2008). Eftir um það bil viku frá fæðingu kemur hjúkrunarfræðingur, með sérhæfingu á barnasviði, af heilsugæslunni í heimavítjun eða foreldrar fara á heilsugæsluna. Þar er lagt áherslu á heilsu nýburans frekar en móðurinnar (Barimani og Vikström, 2018).

Niðurstöður úr rannsókn Barimani og Vikström (2018) sýna að 12% mæðra fara á bráðamóttökuna fyrstu vikuna eftir fæðingu vegna vandamála varðandi brjóstagjöf eða tengdum fæðingunni. 17,7% mæðra finnst stuðningur ekki vera nægjanlegur eftir fæðingu, um 40% finnst þörf á meiri stuðning varðandi líkamlega og andlegu heilsu auk þess upplifa mæður ónógan stuðningu við maka og skort á samfellu, þar sem aukin þörf er fyrir heildarumönnun fjölskyldunar (Ellberg, 2008). 7% kvenna í Svíþjóð fara í keisaraskurð, 8-15% glíma við þunglyndi eftir fæðingu, 4-8% lenda í alvarlegum spangarrifum í fæðingu og 30% glíma við vandamál varðandi brjóstagjöf. Allir þessir þættir krefjast góðrar eftirfylgni eftir fæðingu og þar sem konur liggja í stuttan tíma á sængurlegudeildum er erfiðara að finna þessar konur sem eru í aukinni hættu (Barimani og Vikström, 2018).

Samkvæmt The National Board of Health and Welfare í Svíþjóð er þörf á breytingum í tengslum við þjónustu mæðra og fjölskyldna eftir fæðingu. Skipulag umönnunar er talið vera ófullnægjandi í samanburði við önnur lönd í Evrópu. Það er þörf á aukinni eftirfylgni á andlegri og líkamlegri heilsu kvenna. Aðgengi og samfella í þjónustu er ábótarvön og þörf á öruggari og jafnari þjónustu á meðgöngu og eftir fæðingu. Ráðlagt er að ljósmóðir tekur ábyrgð á heilsu konunar í ár eftir fæðingu þar sem hlutverk ljósmóður er stórt og getur haft djúpstæð áhrif, bæði til skemmri og lengri tíma. Mikilvægt er að foreldrar viti hvert þeir geta leitað eftir fæðingu, fái heilsufarsskoðun bæði fyrir móður og barn, fái þjónustu heim og ráðleggingar frá heilbrigðisstarfsmanni varðandi umönnun nýburans (Barimani og Vikström, 2018). Svíþjóð er með alþjóðlegt orðspor á að veita hágæða þjónustu í barneignarferlinu, jafnvel þótt að samfelld þjónusta sé sjaldgæf (Hildingsson o.fl., 2016). Ljósmæður sinna konum í öllu barneignarferlinu og á meðgöngu myndast ákveðin samfella, auk þess þar sem boðið er upp á skoðun 6-8 vikum eftir fæðingu hjá sömu ljósmóðir. Konur eru oftast búnar að mynda sterkt og traust samband við þá ljósmóður. Í þeirri skoðun er farið yfir fæðingarupplifun konunnar, boðið upp á eftirskoðun, krabbameinsleit, veitt fræðsla varðandi hreyfingu, grindarbotnsæfingar, heilbrigðan lífstíl, kynlíf, brjóstagjöf og getnaðarvarnarráðgjöf, ávísað hormónatengdum getnaðarvörnum og sett upp lykkjur og stafinn ef konur

óska eftir því (Barimani og Vikström, 2018; Kunskapscentrum kvinnohälsa, 2018). Þjónusta eftir fæðingu í Svíþjóð er ekki alltaf sú hagkvæmasta og er mikil þörf á að bæta hana þar sem stuðningur eftir fæðingu frá heilbrigðisstarfsmanni getur haft mikil áhrif á heilsu móður, nýburans og ánægju foreldrana (Guðlaug Einarsdóttir, 2012).

3.5 Þjónusta fyrir konur eftir fæðingu á Íslandi

Ljósmaður héraendis sinna nánast öllum venjubundnum skoðunum á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu en í samstarfi við annað fagfólk. Héraendis er haldið í ákveðna samfellu þar sem sama ljósmóðir sinnir konu á meðgöngu þó aðeins 1/3 fái þjónustu í meðgönguvernd frá einni ljósmóður. 17% kvenna fá þjónustu í meðgönguvernd frá þrem eða fleirum ljósmæðrum og að meðaltali hitta þær 1,9 ljósmæður. Skýring á því getur verið vegna sumarafleysinga eða ef konan flyst yfir í áhættumæðravernd vegna heilsufarsvanda. Mæður sem hitta þrjár eða fleiri ljósmæður á meðgöngu eru síður mjög ánægðar með tilfinningalegan stuðning og eftirliti frá heilbrigðisstarfsfólki en þær konur sem hitta eina ljósmóður (Sigurðardóttir o.fl., 2017; Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2014).

Sjúkrahúsdvöl eftir fæðingu hefur stýttst víðsvegar um heiminn og hefur því þjónusta eins og héraendis færst í heimahús (Hildur Sigurðardóttir, 2004). Þær konur sem útskrifast heim innan ákveðins tímaramma geta þegið þjónustu frá ljósmæðrum í heimahús, hins vegar ef þær fara yfir þennan tímaramma flyst eftirlitið beint yfir á heilsugæslustöðina til hjúkrunarfræðings í ung- og smábarnaeftirlitinu. Heimþjónusta ljósmæðra hefur verið í boði á Íslandi til lengri tíma, um 20 ár, og eru alltaf fleiri konur sem nýta sér þá þjónustu þar sem snemmútskriftir eru algengari (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Heimþjónusta ljósmæðra hófst eftir að gerður var samningur á milli Ljósmæðrafélags Íslands og Tryggingarstofnunar Ríkisins árið 1993. Til að byrja með voru vitjanirnar 11 að hámarki en eftir að endurnýjun var gerð árið 2002 voru þær 8. Alltaf er miðað við þörf hverrar fjölskyldu fyrir sig (Hildur Sigurðardóttir, 2004; Hildur Sigurðardóttir, 2010). Algengast er að hver móðir fái 6-7 heimavitjanir sem eru 30-60 mín í senn. Langstærsti hluti mæðra er ánægður með fjölda vitjana, 87%, og lengd þeirra, 92% (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Þegar starfsemi heimþjónustu ljósmæðra hófst voru aðeins 2,5% kvenna sem nýttu sér hana en hefur það aukist stöðugt. Árið 2004 voru 58% sængurkvenna sem nýttu sér þjónustuna, 2007 voru 72% og um 80% árið 2010 (Hildur Sigurðardóttir, 2010). Til þess að byrja með var heimþjónusta ljósmæðra fyrst og fremst ætluð fyrir heilbrigðar konur og hrausta nýbura en í dag er þjónustan einnig í boði fyrir konur sem glíma við heilsuvandamál eða hafa farið í keisaraskurð (Guðlaug Einarsdóttir, 2012).

Í rannsókn Hildur Sigurðardóttir (2004) kannaði hún viðhorf íslenskra mæðra varðandi þjónustu fyrstu vikunar eftir fæðingu. Hún bar saman heimþjónustu ljósmæðra eftir snemmútskrift og þjónustu á sængurlegudeild Landspítalans. Almennu voru mæður með jákvætt viðhorf gangvart þjónustu ljósmæðra fyrstu vikunar hvort sem þær voru heima eða á sængurlegudeild en marktækur munur var á viðhorfum kvenna sem fengu þjónustu heim og sýndi að þær voru almennt með jákvæðara viðhorf gangvart heimþjónustunni. Þær eru ánægðari með fræðsluna í samburði við þær sem liggja sængurlegudeild en mæður sem liggja sængurlegu finnst þær fá misvísandi skilaboð varðandi fræðslu og ekki sé samræmi í leiðsögn og vinnubrögðum hjá starfsfólki. Auk þess finna þær fyrir tímaskorti hjá ljósmæðrum. Mikilvægt er að hafa fræðsluna einstaklingsbundna og að hún sé samræmd á milli fagaðila. Það verður

meiri stöðuleiki í ráðleggingum þegar einungis ein ljósmóðir veitir þær heima fyrir sem getur ýtt undir sjálfsöryggi móðurinnar. Það sem mæður eru óánægðastar með bæði á spítalanum og í heimaþjónustu var fræðsla um helstu heilsufarsvandamál hjá móðir og barni, líkams- og styrktarþjálfun hjá móður, grindarbotnsæfingar, fræðsla varðandi getnaðarvarnir og kynlíf, aðlögun annarra fjölskyldumeðlima að nýburanum og slysavarnir. Það sem mæður eru hvað ánægðastar með er fræðsla og ráðleggingar varðandi brjóstgjöf, útskilnað, umhirðu og næringu nýburans. Í rannsókn Hildar Sigurðardóttir frá 2014 eru mæður ánægðari með heimaþjónustu ljósmæðra í samanburði við þjónustu á sængurlegudeild Landspítalans. Það sem er ábótavant á sængurlegudeildinni er fræðsla varðandi slysavarnir nýbura, aðlögun að breyttu hlutverki, stuðningur við feður, aðstoð við brjóstgjöf, fræðsla varðandi getnaðarvarnir og grindarbotninn, kynlíf eftir fæðingu og líkamsrækt eða líkamsstyrkingu. Hins vegar finna mæður fyrir góðum stuðning varðandi brjóstgjöf og fræðslu frá ljósmóður sem sinnir heimaþjónustu. Meirihluti, 96%, kvennanna vildu halda þjónustunni óbreyttri, 44% vildu hafa heimaþjónustuna lengri þannig hún næði yfir 6 vikur eftir fæðingu, 31% vildu að ungbarnaefirlitið í sinni heilsugæslustöð myndi annast fjölskylduna eftir fæðingu og 3% kvennanna eru ekki með skoðun. Að hafa val um að dvelja á sængurlegudeild er þáttur sem mætti bæta án þess að heimaþjónustan myndi skerðast (Hildur Sigurðarsóttir, 2004).

Eftir að kona útskrifast úr heimaþjónustu hjá ljósmóðir flyst hún yfir í heilsugæslustöðina þar sem hjúkrunarfræðingur í ung- og smábarnavernd tekur við. Fyrstu vikurnar er boðið upp á heimvitjun og í kjölfarið flyst barnið í skoðanir á heilsugæsluna. Fyrsta vitjun er æskileg 7-14 dögum eftir fæðingu og eru 2-3 heimavitjanir fram að 6 vikna skoðun. Þar metur hjúkrunarfræðingur sögu og aðstæður fjölskyldunar og hvaða fræðslu og stuðning er þörf á. Þá eru gefnar ráðleggingar varðandi kynlíf, getnaðarvarnir og grindarbotnsæfingar. Ef að grunur liggur að konunni líði illa andlega er lagður fyrir EPDS, til þess að meta andlega líðan, annars er hann vanalega lagður fyrir um það bil 9 vikum eftir fæðingu (Embætti landlæknis, e.d.a; Embætti landlæknis, e.d.b.). Hérlandis eru það ljósmæður og hjúkrunarfræðingar sem veita getnaðarvarnaráðgjöf en hafa ekki haft leyfi til þess að ávísa þeim þar til nýlega (Frumpvarp til laga um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðheilsu (lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra) nr 93/1994).

Æskilegt er að fá eftirskoðun hjá kvennsjúkdómalækni eða ljósmóður 6-10 vikum eftir fæðingu þar sem metið er heilsufar móður og veitt ráðgjöf (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2014). Hérlandis er ekki algengt að mæður fái tíma í eftirskoðun hjá ljósmóðir á heilsugæslu en þær hafa möguleikann á því að bóka tíma hjá kvennsjúkdómalækni gegn gjaldi. Hérlandis bjóða kvennsjúkdóma- og fæðingarlæknar upp á alla almenna þjónustu þar á meðal getnaðarvarnarráðgjöf, lykkjuuppsetningar, lykkjufjarlægingar, krabbameinsskoðun og skoðun og meðferð vegna kynsjúkdóma. Þeir starfa samkvæmt samningi við Sjúkratryggjinar Íslands sem tekur þátt í greiðslu og tryggir jafn aðgengi allra að þjónustunni (Kvennsjúkdómalæknir.is, e.d.). Erfitt var að afla upplýsinga um eftirskoðun hérlandis þar sem ekki er mikið um efnið að finna. Haft var samband við ljósmóður á áhættumæðravernd, ljósmóður á þróunarstofu Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins og Embætti Landslæknis. Auk þess eru ekki til klínískar leiðbeiningar varðandi hvaða hópur kvenna er ráðlagt að fara í eftirskoðun.

3.5.1 Ljáðu mér eyra

Ljáðu mér eyra er viðtalsmeðferð sem er eitt af þeim úrræðum sem eru í boði hérlandis til þess að vinna úr erfiðri fæðingarreynslu og ótta við komandi fæðingu. Hún hefur verið í boði á Landspítalanum frá 1999, bæði fyrir konur og pör. 1-2% mæðra leita ár hvert aðstoðar hjá Ljáðu mér eyra en um 5-5,7% kvenna hérlandis upplifa fæðinguna sína á neikvæðan hátt. Hluti þessara mæðra leita sér aðstoðar hjá öðrum fagaðilum, samt sem áður er fjöldi kvenna sem fá ekki viðeigandi aðstoð og hafa þessa slæmu reynslu að baki. Mikilvægt er að ljósmæður spyrji og greini þessar konur sem þurfa að ræða um og vinna úr sinni reynslu. Vilji konunar að þiggja og leita sér aðstoðar skiptir auðvitað máli en það getur verið erfitt að segja hvaða tímapunktur sé bestur fyrir það samtal. Konur eru almennt ánægðar með þjónustuna og finnst meðferðin vera gagnleg en þær konur sem fundu fyrir einkennum áfallastreituröskun fundu fyrir minni einkennum eftir viðtal hjá Ljáðu mér eyra (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2017).

Stór hluti kvenna sem leita sér aðstoðar hjá Ljáðu mér eyra upplifa íhlutun í fæðingu, fæðingarþunglyndi eða höfðu áður leitað sér aðstoðar vegna andlegarar vanlíðunar. Um 96% kvenna telja sig vera við góða andlega heilsu, 40% glíma við fæðingarþunglyndi og um 66% kvenna hafa leitað sér aðstoðar vegna andlegrar vanlíðunar. Frá fyrri fæðingarreynslu voru 45,1% kvenna sem hafa reynslu af áhaldafæðingu (gangsetningu eða aðstoð með sogklukka eða tögum), 73,3% hafa fengið mænurótardeygingu, 13% hafa farið í valkeisaraskurð og 34,4% kvenna fóru í bráðakeisaraskurð. Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsmenn og þá oft ljósmæður sem eru aðalumnunaraðilar beri kennsl á þessar konur og veiti þeim viðeigandi úrræði til þess að vinna úr neikvæðri fæðingarreynslu. Samtal um fæðingarreynslu getur því verið mikill stuðningur fyrir móður bæði á meðgöngu og eftir fæðingu (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2017).

3.5.2 Íslensk lög varðandi ávísun hormónatengdra getnaðavarna

Árið 2012 var lagt fram frumvarp um að ljósmæður og hjúkrunarfræðingar fengu leyfi til þess að ávísa hormónatengdum getnaðarvarnarlyfjum. Nýlega hafa verið gerðar breytingar á 11. grein laganna, það er að segja að ljósmæður og hjúkrunarfræðingar hafa nú sérstakt leyfi landlæknis til þess að ávísa lyfseðil á hormónatengdum getnaðarvörnum. Sá sami þarf að vinna þar sem fæðingar-, heilsugæslu- eða kvennlæningarþjónusta er veitt. Markmið með þessu frumvarpi er að stuðla að bættu aðgengi kvenna að kynheilbrigðisþjónustu hérlandis og einnig til þess að nýta fagþekkingu ljósmæðra og hjúkrunarfræðinga á sviði heilbrigðisþjónustunnar (Frumvarp til laga um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðheilsu (lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra) nr 93/1994).

Í lögum nr. 25/1975 er kveðið á að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður veiti fræðslu og ráðgjöf á sjúkrahúsum og heilsugæslustöðvum varðandi barneignir, kynlíf, fóstureyðingar, ófrjósemisaðgerðir og getnaðarvarnir og útvegum á þeim. Sú þjónusta, þá aðallega varðandi getnaðarvarnir, hefur ekki verið sinnt að fullu og er talin ástæðan vera sú að hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum er óheimilt að ávísa hormónatengdum getnaðarvarnarlyfjum. Í endurskoðun á lögum nr. 25/1975 frá 2016 kemur fram að það sé mikil þörf í okkar samfélagi að standa vörð um kynheilbrigði einstaklinga og eru þar heilbrigðisþjónusta og kynfræðsla grundvallaratriði. Það þarf að vera gott aðgengi að getnaðarvörnum og ráðgjöf. Með því að veita ljósmæðrum og hjúkrunarfræðingum leyfi fyrir ávísun á hormónatengdum getnaðarvörnum yrði það einn þáttur í að auka aðgengið. Hérlandis hefur almenningur greiðan aðgang

að upplýsingum og fræðslu varðandi kynheilbrigði og getnaðarvörnum, bæði hjá kvennsjúkdómalæknum og á heilsugsælustöðvum (Frumpvarp til laga um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðheilsu (lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra) nr 93/1994).

Þegar frumvarpið var lagt fram var aðallega litið til Svíþjóðar og Noregs þar sem ljósmæður og hjúkrunarfræðingar hafa leyfi til þess að ávísa hormónatengdum getnaðarvarnalyfjum. Með frumvarpinu var bent á að ljósmæður og hjúkrunarfræðingar myndu fá sérstaka þjálfun varðandi hormónatengd getnaðarvarnalyf til þess að tryggja rétt vinnubrögð þar sem aukaverkanir lyfjana eru ekki áhættulaus. Þjálfunin fæli meðal annars í sér kennslu um verkun lyfjanna, frábendingar og aukaverkanir. Einnig þyrfti alltaf að vera læknisfræðilegur bakhjarl við hverrja ávísun. Með þessu frumvarpi er stefnt á að nýta þá fagþekkingu sem ljósmæður og hjúkrunarfræðingar búa yfir og veita þá skilvirkari heilbrigðisþjónustu til kvenna. Til þess að fá leyfi að ávísa hormónatengdum getnaðarvarnalyfjum þurfa ljósmæður og hjúkrunarfræðingar að hafa sótt og staðist klíniska og fræðileg námskeið varðandi lyfjaávisanir (Frumpvarp til laga um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðheilsu (lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra) nr 93/1994).

Breytingar á lyfjalögum voru samþykktar 13. desember 2018 og hafa nú ljósmæður og hjúkrunarfræðingar með sérmenntun leyfi til þess að ávísa hormónatengdum getnaðarvörnum í fyrsta sinn á Íslandi (Lög um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðheilsu (lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra) með áorðnum breytingum nr. 93/1994).

3.6 Vettvangsferð til Lundar í Svíþjóð

Í klínískri þjálfun fá ljósmóðurnemar valkost að sækja um að fara erlendis í verknám sem hluti af landsbyggðarverknámi. Höfundur sótti um að fara til Svíþjóðar vegna eigin reynslu af þjónustu í barneignarferlinu og fór þangað dagana 8-12 apríl til Lundar á Skáni. Þar sem lokaverkefnið snýst um heilsusamtal fékk höfundur tækifæri á að fara á Admira Kvinnohälsa sem er einkarekin ljósmæðraeining. Þar starfa fjórar ljósmæður sem sinna ýmsum verkefnum tengdum kyheilbrigði kvenna, hvort sem það er á meðgöngu, eftir fæðingu, ungum konum eða konum sem eru að ganga í gegnum tíðarhvörf. Auk þess hafði höfundur samband við íslenskar ljósmæður sem vinna á fæðingardeildinni í Lund og fékk að kynnast betur þeirra starfi og sjá ólíkar vinnuáðstæður. Með því að fara til Svíþjóðar veitti það höfundi betri innsýn í þeirra þjónustu frá sjónarhorni ljósmæðra og á samanburð þjónustu kvenna eftir fæðingu hérlendis og í Svíþjóð.

Stór hluti kvenna sem nýta sér þjónustu Admira Kvinnohälsa eru konur í barneignarferlinu en auk þess sinnar þær getnaðarvarnarráðgjöf, ávísa hormónategndum getnaðarvörnum, setja upp og taka lykkjur og stafi, taka leghálskrabbameinssýni og veita ráðleggingar um tíðarhvörf. Þær eru í góðu samstarfi við kvennsjúkdómalækni sem kemur aðra hverja viku og sinnir þeim konum sem þurfa á frekari ráðgjöf að halda. Grunnskipulagið í meðgönguvernd er svipað og hérlendis en það sem má hvað helst nefna er að þær koma fyrr í fyrstu skoðun þannig að þær sem kjósa að fara í 12 vikna ómskoðun fá lokasvar þegar þær mæta á spítalann, frumbyrjur og fjölbyrjur fá jafn margar skoðanir, ljósmæður taka allar blóðprufur sjálfar, framkvæma sykurþolspróf og bjóða upp á foreldrafræðslunámskeið fyrir verðandi foreldra að kostnaðarlausu. Konum er boðið að koma í skoðun 6-8 vikum eftir fæðingu til ljósmóðir sem

hefur fylgt þeim í gegnum meðgönguna, þar sem farið er yfir fæðingarupplifun, veitt getnaðarvarnar-ráðgjöf, ráðgjöf varðandi kynlíf, hreyfingu og grindarbotnsæfingar, ávísað hormónatengdum getnaðar-vörnum og boðið upp á eftirskoðun.

4 Umræða

Niðurstöður rannsókna sýna að meirihluti kvenna hefur þörf fyrir að tala um fæðingarreynslu sína, hvort sem þær hafa upplifað hana sem áfall eða ekki. Þeim finnst mikilvægt að hafa hlustanda sem sýnir þeim stuðning sem hjálpar einnig þeim sem eiga við kvíða, þunglyndi og streitu að stríða. Samtal eftir fæðingu getur haft víðtæk áhrif á andlega heilsu kvenna og getur meðal annars hjálpað þeim að vinna úr hræðslu varðandi framtíðar fæðingar, kvíða, þunglyndi, streitu foreldra og skapað ánægju í parasambandi (Baxter o.fl., 2014; Dahlberg o.fl., 2016; Gamle og Creedy, 2009). Hætt er við að mæður sem ekki hafa kost á samtali við fagaðila eftir fæðingu loki á upplifun sína, sem getur valdið vandamálum seinna meir. Rannsóknir eru þó að einhverju leyti misvísandi varðandi hversu hjálplegt slíkt samtal er fyrir mæður sem hafa orðið fyrir áfalli í fæðingu og sýna sumar þeirra ekki maktækan mun á líðan kvenna eftir eitt samtal. Út frá þeim niðurstöðum mælir NICE ekki formlega með því á að bjóða upp á samtal eftir fæðingu í þeim tilgangi að fyrirbyggja andlega streitu (Baxter o.fl., 2014; Dahlberg o.fl., 2016; National Institute of Health Care Excellence, 2007; National Institute of Health Care Excellence, 2015). Ekki er lögð mikil áhersla á samtal eftir fæðingu og tjá konur stöðugt óánægju sína með þjónustu á andlegri heilsu og takmarkandi tækifæri á að eiga samtal um sína fæðingarreynslu (Baxter o.fl., 2014; Gamble og Creedy, 2009).

Það myndast ákveðið samfelld þjónustuform þegar boðið er upp á heilsusamtal meðal annars um fæðingarupplifun 6-8 vikum eftir fæðingu en samfelld þjónusta getur aukið líkurnar á eðlilegri fæðingu og ánægju kvenna auk þess minnkað líkurnar á inngripum og tíðni keisaraskurða. Konur sækjast eftir samfellu þar sem þær geta myndað traust og sterkt samaband við ljósmóður (Hildingsson o.fl., 2016; Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2014; Sigurðardóttir o.fl., 2017; Dahlberg o.fl.). Mæður sem fara í keisaraskurð eða ganga í gegnum áhaldafæðingu eru í aukinni áhættu á að þróa með sér þunglyndi eftir fæðingu og getur áfallastreituröskun fylgt í kjölfarið á erfiðri fæðingarupplifun. Hafa þarf þó í huga að konur sem fæða eðlilega geta einnig þróað með sér áfallastreituröskun (Baxter o.fl., 2014; Cunen o.fl., 2014). Mæður sem fá samtal þrem vikum eftir keisaraskurð líta frekar á fæðinguna með jákvæðum augum, það er minni tíðni á einkennum áfallastreituröskunar og færri merki um andlega streitu. Hins vegar hafði samtal eftir fæðingu enginn áhrif á þær konur sem voru nú þegar með alvarleg einkenni áfallastreituröskunar og glímdu við alvarleg andleg veikindi (Gamble og Creedy, 2009).

Rannsóknir benda til þess að mæðrum finnst ákjósanlegra að ræða við ljósmóðir um fæðingarupplifun sem var viðstödd fæðinguna í samanburði að ræða við ljósmóðir á sængurlegudeild sem þær höfðu aldrei hitt áður. Hins vegar fannst mæðrum auðveldara að tjá sig um fæðingarupplifun þegar einhver tími hefur liðið frá fæðingu og var þá samtal við ljósmóðir frá heilsugæslunni mjög mikilvægt, þá þekkir konan ljósmóðirina frá meðgöngunni, hún upplifir meira öryggi og vissu og hefur minni þörf fyrir upplýsingar og frekari eftirfylgni (Baxter o.fl., 2014; Dahlberg o.fl., 2016). Ekki er ákveðinn tími talin vera ákjósanlegastur fyrir slíkt samtal en mæður eiga auðveldara með að vinna úr atburðum 4-6 vikum eftir fæðingu í samanburði við stuttu eftir fæðingu. Samtal snemma eftir fæðingu getur truflað ferli konunar að vinna úr atburðum og ef samtalið er tekið of snemma er það ekki talið hindra né draga úr andlegum veikindum og getur jafnvel aukið vandamál (Baxter o.fl., 2014; Gamle og Creedy, 2009; Valgerður Líska Sigurðardóttir o.fl., 2017). Ef að kona hefur lent í áfalli í fæðingu er talað um að líða þurfi að minnsta

kosti einn mánuður frá fæðingu (Rose o.fl., 2002). Þó það sé enginn ákveðin tími sem er bestur fyrir samtali þarf alltaf að hafa það í huga að konan sjálf sé tilbúin (Baxter o.fl., 2014).

Niðurstöður sýna að stór hluti ljósmæðra eru sammála um að heilsusamtal eftir fæðingu sé gagnlegt, bæði almennt og fyrir konur sem hafa upplifað áfall í fæðingu. Ljósmæður eru í góðri aðstöðu til þess að veita stuðning og ráðgjöf til mæðra, hvort sem þær hafa upplifað streitu og áfall tengda fæðingu eða ekki og er samfelld þjónusta hvetjandi þáttur fyrir þær (Baxter, o.fl., 2014; Gamble og Creedy, 2009). Mæður eru almennt jákvæðar gangvart því að fá samtali eftir fæðingu og virðast hafa sterka þörf til þess að segja frá sinni upplifun. Út frá þessum niðurstöðum er ráðlagt að ljósmæður eða aðrir heilbrigðisstarfsmenn bjóði upp á samtali eftir fæðingu til þess að mæta heildrænum þörfum kvenna fyrirfram (Baxter o.fl., 2014; Dahlberg o.fl., 2016).

Þar sem ég er að bera saman þjónustu hérlendis og í Svíþjóð eftir fæðingu gefa niðurstöður í ljós að konur á Íslandi eru almennt ánægðar með þjónustuna. Samkvæmt The National Board of Health and Welfare í Svíþjóð er hins vegar þörf á breytingum í tengslum við þjónustu fyrir mæður og fjölskyldur þeirra eftir fæðingu. Skipulag umönnunar er talið vera ófullnægjandi í samanburði við önnur lönd í Evrópu. Það er þörf á betri eftirfylgni á andlegri og líkamlegri heilsu kvenna. Aðgengi og samfella er ábótavant og þörf á öruggari og jafnri þjónustu á meðgöngu og eftir fæðingu (Barimani og Vikström, 2018). Það myndast þó ákveðin samfella þar sem ljósmóðir í meðgönguvernd hittir konuna 6-8 vikum eftir fæðingu (Barimani og Vikström, 2018; Kunskapscentrum kvinnohälsa, 2018). Hérlendis eru mæður almennt með jákvætt viðhorf gangvart þjónustu ljósmæðra fyrstu vikunar hvort sem þær voru heima eða á Landspítalanum. Þó er marktækur munur á viðhorfum kvenna sem fengu þjónustu heim, þar sem viðhorfið var almennt jákvæðara gangvart heimaþjónustunni. Að hafa val um að dvelja á sængurlegudeild er þáttur sem mætti bæta án þess að heimaþjónustan myndi skerðast. Það sem mæður eru sammála um að sé ábótavant bæði inn á spítalanum og í heimaþjónustu er fræðsla um helstu heilsufarsvandamál hjá móðir og barni, líkams- og styrktarþjálfun hjá móður, grindarbotnsæfingar, fræðsla um getnaðarvarnir og kynlíf, aðlögun annarra fjölskyldumeðlima að nýburanum og slysavarnir (Hildur Sigurðardóttir, 2004; Hildur Sigurðardóttir, 2014). Eftir að kona útskrifast úr heimaþjónustu hjá ljósmóðir er æskilegt að fá eftirskoðun hjá kvennsjúkdómalækni eða ljósmóður 6-10 vikum eftir fæðingu þar sem heilsufar móður er metið og ráðgjöf veitt (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2014). Ekki er þekkt hérlendis að mæður fái tíma í eftirskoðun hjá ljósmóður en þær hafa möguleikan á því að bóka tíma hjá kvennsjúkdóma- og fæðingarlækni gegn gjaldi (Kvennsjúkdómalæknir.is, e.d.).

Markvisst eftirlit og stuðningur eftir fæðingu frá heilbrigðisstarfsmanni hefur hvað mest að segja varðandi fyrirbyggingu á heilsufarsvanda og vanlíðan hjá móður (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Stuðningur ljósmóður eftir fæðingu er mikilvægur þáttur í barneignarferlinu og hafa flestir foreldrar þörf fyrir stuðning frá heilbrigðisstarfsmanni á þessu tímabili þar sem líkamlegar, félagslegar og tilfinningalegar breytingar eiga sér stað (Guðlaug Einarsdóttir, 2012). Þetta getur verið áhættutímabil fyrir heilsu móður og mikilvægt tímabil fyrir heilbrigðisstarfsólk að grípa inn í og minnka áhættuna á ýmsum fylgikvillum og bæta heilsuna (Spelke og Werner, 2018). Með samtali um fæðingarupplifun 6-8 vikum eftir fæðingu hjá ljósmóður á heilsugæslunni er hægt að veita konum samfellda þjónustu og mögulega hindra fylgikvilla sem geta fylgt barneignarferlinu.

Ljósmeður eru aðalumnunaraðilar í þessu ferli og spila því lykilhlutverki í að opna umræðuna um fæðingarupplifun, bæði á meðgöngu og eftir fæðingu, og bera kennsl á þær konur sem þurfa á því að halda að tjá sig. Samtal um fæðingarreynslu ætti því að vera fastur liður hjá ljósmóður eftir fæðingu (Sigurðardóttir o.fl., 2017; Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2017). Þær meður sem hafa upplifað fæðinguna sína sem áfall eiga það til að fresta úrvinnslunarferlinu sem undirstrikar mikilvægi þess að bera kennsl á þær konur sem hafa orðið fyrir áfalli og nýta þau úrræði sem eru í boði fyrir þennan hóp (Sigurðardóttir o.fl., 2017).

Þau mælitæki sem við höfum hérlendis eru meðal annars EPDS skalinn, sem er lagður fyrir 9 vikum eftir fæðingu af hjúkrunarfræðingi í ung- og smábarnavernd (Embætti landlæknis, e.d.a; Embætti landlæknis, e.d.b; Woolhouse o.fl., 2014). Ljáðu mér eyra er viðtalsmeðferð og eitt af þeim úrræðum sem við höfum í boði hérlendis til þess að vinna úr erfiðri fæðingarreynslu og ótta við komandi fæðingu. 5-5,7% kvenna hérlendis upplifa fæðinguna sína á neikvæðan hátt en þó aðeins 1-2% þeirra sem leita sér aðstoðar ár hvert hjá Ljáðu mér eyra. Hluti þessarar mæðra leita sér aðstoðar hjá öðrum fagaðilium, samt sem áður er fjöldi kvenna sem fá ekki viðeigandi aðstoð. Mikilvægt er að ljósmæður spyrji og greini þessar konur sem þurfa að ræða um og vinna úr sinni reynslu. Konur eru almennt ánægðar með þjónustuna og finnst meðferðin vera gagnleg (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2017). Eins og fram kemur eru hluti kvenna sem upplifa fæðinguna sína á neikvæðan hátt en leita sér ekki aðstoðar þess vegna er mikilvægt að ljósmæður í heilsugæslunni veiti samtál 6-8 vikum eftir fæðingu og finni þær konur sem þurfa á frekari aðstoð að halda. Þar sem ljósmæður samræma þjónustu kvenna í barneignarferlinu bera þær ábyrgð á því að tryggja líkamlega, andlega og félegslega heilsu móðurinnar allt að 6-8 vikum eftir fæðingu (National Institute of Care Excellence, 2015).

Skortur er á heimildum varðandi eftirskoðun bæði í Svíþjóð og á Íslandi þar sem rannsóknir einblína frekar á almenna þjónustu eftir fæðingu. Erfitt var að afla sér tölulegra upplýsinga meðal annars varðandi fjölda kvenna, kostnað og hvað felst í eftirskoðun hérlendis. Auðvelt ætti að vera í framkvæmd að bæta þjónustu kvenna með heilsusamtali eftir fæðingu. Ef að ljósmæður á heilsugæslustöðvum hefðu áhuga og tök á því þá tel ég að það væri framkvæmanlegt með tiltölulega litlum kostnaði, þar sem umgjörðin er til staðar. Samtal eftir fæðingu gæti hjálpað mörgum konum að vinna úr erfiðri fæðingarreynslu og auk þess gefa ljósmæðrum tækifæri á að bera kennsl á þær meður sem þurfa frekari aðstoð.

Að mati höfundar var mjög áhugavert að fá að fylgjast með og taka þátt í starfi ljósmæðra í Lundi, það var fjölbreytt og lærdómsríkt. Þær ljósmæður sem vinna á Admira Kvinnohälsa sinna þessu mikilvæga starfi, þar sem konur geta fylgt sinni ljósmóður gegnum lífsleiðina. Þær hitta ljósmóður í fyrsta lagi við 22 ára aldur, til dæmis vegna getnaðarvarnarráðgjafar, en fyrr ef kona verður þunguð. Fyrir þann aldur er það unglíngamóttan sem sinnir þeim. Samfellan styrkir sambandið á milli ljósmóður og konunar og myndast þá sterkt og traust samband. Telur höfundur það vera kost að sjá og læra nýja hluti, fá aðra sýn á starf ljósmæðra og geta þá tileinkað sér það sem höfundi finnst ábótartant.

Ályktanir

Ljósmeður á heilsugæslum eru í kjöraðstæðum til þess að veita heilsusamtal 6-8 vikum eftir fæðingu, þar sem þær hafa fylgt konunni í gegnum eina eða jafnvel fleiri meðgöngur, og oft hefur myndast traust og gott samband þeirra á milli sem auðveldar konunni að opna sig og ræða um sínar tilfinningar. Eins og fram hefur komið er ekki mælt með formlegu samtali en flestar niðurstöður benda til að samtal eftir fæðingu sé til góðs fyrir konur, hvort sem þær upplifa áfall í fæðingu eða ekki.

Það væri áhugavert að skoða hvort að áhugi sé hjá ljósmeðrum sem vinna á heilsugæslustöðum fyrir því að veita heilsusamtal, getnaðarvarnarráðgjöf og eftirskoðun eftir fæðingu. Auk þess geta lög um ávísanir á getnaðarvörnum víkkað svið ljósmeðra og gert þeim kleift að sinna breiðari hóp kvenna. Þá getur sama ljósmóðir sinnt konu frá unga aldri.

Verkefnið er góð áminning um hversu mikilvægt tímabilið eftir fæðingu er. Það er vanrækt tímabil varðandi gæða þjónustu fyrir meður. Framtíðarsýn mín er að bæta við skoðun hjá ljósmóðir á heilsugælsustöð 6-8 vikum eftir fæðingu þar sem farið er yfir almenna heilsu, fæðingarupplifun, boðið upp á eftirskoðun, getnaðarvarnarráðgjöf og ávísað getnaðarvörnum. Það væri að kostnaðarlausu, sem hluti af þjónustu í barneignarferlinu og myndast þá ákveðin samfella hjá ljósmóður í heilsugæslu. Það hefur sýnt sig að konum finnst töluvert auðveldara að tjá sig og segja frá sinni upplifun við ljósmóðir sem þær þekkja. Samtal eftir fæðingu getur hjálpað ljósmeðrum að bera kennsl á þær konur sem glíma við andleg veikindi og jafnvel fyrirbyggja þau, auk þess vinna með konum sem upplifa hræðslu varðandi komandi barneiginir.

Heimildaskrá

- Barimani, M. og Vikström, A. (2018). Improving postnatal care in Sweden – Midwives have a key role. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 78-79. doi: 10.1016/j.srhc.2018.02.001.
- Baxter, J. D., McCourt, C. og Jarrett, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*, 30(2), 194-219. doi: 10.1016/j.midw.2013.12.013.
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. Á. og Lundgren, I. (2012). A midwifery model of women-centered childbirth in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001.
- Cunen, N. B., McNeill, J. og Murrey, K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30(2), 170-184.
- Dahlberg, U., Haugan, G. og Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57-62. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>.
- Ekelund, M., Melander, M. og Gemzell-Danielsson, K. (2014). Intrauterine contraception: attitudes, practice, and knowledge among Swedish health care providers. *Contraception*, 89(5), 407-412. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.12.014>.
- Ellberg, L. (2008). Postnatal care – Outcomes of various care options in Sweden. *Department of Clinical Science, Obstetrics and Gynaecology*. Svíþjóð: Umeå University.
- Embætti landlæknis. (e.d.a). *Níu vikna skoðun*. Sótt 7. maí 2019 af <https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/leidbeiningar-fyrir-heilsugaeslu/ung-og-smabarnavernd/nanar/item22855/Niu-vikna-skodun>
- Embætti landslæknis. (e.d.b). Heimavitjanir. Sótt 7. maí 2019 af <https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/leidbeiningar-fyrir-heilsugaeslu/ung-og-smabarnavernd/nanar/item22637/Heimavitjanir>
- Fernwick, J., Toohill, J., Slavin, V., Creedy, D. K. og Gamble, J. (2017). Improving psychoeducation for women fearful of childbirth: Evaluation of a research translation project. *Women and Birth*, 31(1), 1-9. doi: 10.1016/j.wombi.2017.06.004.
- Frumparp til laga um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðheilsu (lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra) nr 93/1994.
- Gamble, J. og Creedy, D. K. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25(2), 21-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.04.004>.
- Guðlaug Einarsdóttir. (2012). Sængurleguþjónusta á Íslandi samanborið við önnur OECD lönd. Fyrirkomulag og kostnaður. *Ljósmæðrablaðið*, 90(2) 22-26.
- Hildingsson, I., Karlström, A., Haines, H. og Johansson, M. (2016). Swedish women's interest in models of midwifery care – Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 27-32. doi: 10.1016/j.srhc.2015.11.002.
- Hildur Kristjánsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson. (2014). Fjöldi skoðana í meðgöngu, samfella í þjónustu og reynsla kvenna. Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu barns. *Ljósmæðrablaðið*, 92(1), 7-14.
- Hildur Sigurðardóttir. (2004). Ljósmæðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu. Viðhorf mæðra til þjónustunnar. *Ljósmæðrablaðið*, 82(2), 19-27.
- Hildur Sigurðardóttir. (2010). Umfang heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi. Könnun Ljósmæðrafélgs Íslands. *Ljósmæðrablaðið*, 88(2), 7-12.

- Hildur Sigurðardóttir. (2014). Reynsla og viðhorf kvenna. Umönnun í sængurlegu á stofnun og heima. *Ljósmaðrablaðið*, 92(1), 16-22.
- International Confederation of Midwives. (2017a). *Definition of Midwifery*. Sótt þann 20. maí 2019 https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_midwifery.pdf
- International Confederation of Midwives. (2017b). *International Definition of the Midwife*. Sótt 20. maí 2019 af file:///Users/sandra/Desktop/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf
- island.is (e.d.). *Meðganga og fæðing*. Sótt 18. febrúar 2019 af <https://www.island.is/thjonusta/fjolskyldan/barneignir/medganga-faeding/>
- Jomeen, J. (2017). Psychological context of childbirth. Í Macdonald, S. og Johnson, G (ritstjóri), *Mayes Midwifery*, 186-199. Elsevier.
- Kunskapscentrum kvinnohälsa. (2018). *Basprogram – För graviditetsövervakning/hälsovård I Region Skåne*. Sótt 28. apríl 2019 af https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/basprogram-for-graviditetsovervakning_tabell-2019-02-06.pdf?highlight=basprogram
- Kvennsjúkdómalæknir.is. (e.d.). Gott að vita. Sótt 5. maí 2019 af <https://www.xn--kvensjkdmlaknir-7lb1tpe.is/gott-ad-vita/>.
- Lopez, L. M., Grey, T. W., Hiller, J. E. og Chen, M. (2015). Education for contraceptive use by women after childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-65.
- Lög um breytingu á lyfjalögum og lögum um landlækni og lýðeilsu (lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra) með síðari breytingum nr. 93/1994 nr. 153/2018.
- National Institute of Health and Care Excellence. (2015). *Postnatal care up to 8 weeks after birth*. Sótt 28. janúar 2019 af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>
- National Institute of Health and Clinical Excellence. (2007). *Antenatal and Postnatal Mental Health. The Nice Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, London.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>.
- Schytt, E. og Waldenström, U. (2013). How well does midwifery education prepare for clinical practice? Exploring the views of Swedish students, midwives and obstetricians. *Midwifery*, 29(2), 102-109. doi: 10.1016/j.midw.2011.11.012.
- Sigurðardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Kristjánsdóttir, H., Sveinsdóttir, H. og Gottfreðsdóttir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30(6), 450-459. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003>.
- Spelke, B. og Werner, E. (2018). The Fourth Trimester of Pregnancy: Committing to Maternal Health and Well-Being Postpartum. *Rhode Island Medical Journal*, 30-33.
- Valgerður Lísa Sigurðardóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Þóra Steingrímsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir. (2017). Hvað einkennir þann hóp kvenna sem leita til Ljáðu mér eyra – sérhæfðrar viðtalsmeðferðar á kvinnadeild Landspítala? *Ljósmaðrablaðið*, 95(2), 30-36.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S. og Brown, S. J. (2014). Physical health after childbirth post partum: Result of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30(3), 378-384. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.006>.
- World Health Organization. (2013). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*, 1-62. Sviss: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). Postnatal Care for Mothers and Newborns. Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. *Postnatal Care Guidelines*, 1-8.

