

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

TÍMARIT LJÓSMÆÐRAFÉLAGS ÍSLANDS 1. TBL. - 95. ÁRGANGUR - JÚLÍ 2017
- JOURNAL OF THE ICELANDIC MIDWIVES ASSOCIATION -



HAMINGJUÓSKIR TIL BJARKARINNAR OG BARNSHAFANDI KVENNA

MAT Á GULU HJÁ NÝBURUM

FÓSTURSKIMUN OG FÓSTURGREINING

NÆRINGARMÆÐFERÐ Í MÆÐRAVERND Á ÍSLANDI

HÓPMÆÐGÖNGUVERND

ALÞJÓÐADAGUR LJÓSMÆÐRA, RÁÐSTEFNAN 5. MAÍ 2017

Smáralind – Kringlan – Glerártorg
#lindexiceland

LINDEX

we make fashion feel good



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

Ábyrgðarmaður
Áslaug Valsdóttir, formaður LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

Ritnefnd
Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is, ritstjóri
Berglind Hálfðánsdóttir, beh6@hi.is
Bryndís Ásta Bragadóttir,
bryndisasita@gmail.com
Hrafnhildur Ólafsdóttir,
hrafno@internet.is
Rut Guðmundsdóttir,
srutgudmunds@gmail.com
Sigfríður Inga Karlsdóttir, inga@unak.is
Steinunn Blöndal,
steinablondal@gmail.com

Ritstjórn fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir, beh6@hi.is
Sigfríður Inga Karlsdóttir, inga@unak.is

Myndir
Anna Weatherstone
Guðlaug María Sigurðardóttir
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Kristinn Ingvarsson, ljósmyndari Háskóla Íslands
Rut Guðmundsdóttir
Þorkell Þorkelsson, ljósmyndari Landspítala
Ljósmyndari Bjarkarinnar

Prófarkalestur
Kristín Edda Búadóttir

Auglýsingar
Ljósmaðrafélag Íslands

Umbrot og prentvinnsla
Prentun.is

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

Forsíða
Mynd: Ljósmyndari Bjarkarinnar

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórnarpistill
- 6 Ávarp formanns LMFÍ
- 7 Stjórn og nefndir LMFÍ 2017-2018
- 8 Skýrsla stjórnar LMFÍ 2016-2017
- 10 Hamingjuóskir til Bjarkarinnar og barnshafandi kvenna
Steinunn H. Blöndal
- 12 Fósturskimun og fósturgreining
Kristín Rut Haraldsdóttir og Sigrún Ingvarsdóttir
- 16 Starfsnám í fósturgreiningu
Guðrún Huld Kristinsdóttir og Signý Dóra Harðardóttir
- 17 Íslenskar ljósmaðrarannsóknir
Berglind Hálfðánsdóttir
- 18 Næringarmeðferð í meðravernd á Íslandi
Ingibjörg Gunnarsdóttir
- 22 Mat á gulu hjá nýburum
Ása Unnur Bergmann og Þórður Þórkelsson
- 26 Nýburagula og nýjungar í meðferð
Ásta Dan Ingibergsdóttir
- 28 Soffía og Maja mamma hennar
Berglind Hálfðánsdóttir
- 30 Blessað breytingaskeiðið
Steinunn Zópháníasdóttir
- 32 Hópmeðgönguvernd
Ella B Rögnvaldsdóttir, Emma Swift og Helga Gottfreðsdóttir
- 36 Alþjóðadagur ljósmaðra, 5. maí 2017
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
- 38 Nálastungunámskeiðin 15 ára
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
- 39 Ljósmaður á saumanámskeiði
Rut Guðmundsdóttir
- 40 Málstofa í ljósmóðurfræði 2017
- 42 Hugleiðingar ljósmóður - um faglega hegðun
Vala Védís Guðmundsdóttir

Lyklum skilað



Núverandi og fyrrverandi ritstjóri Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Hrafnhildur Ólafsdóttir.

Enn kemur Ljósmeðrablaðið út, á 95. aldursári, um mitt sumar þegar sól stendur sem hæst. Á sama tíma er komið að ritnefndar- og ritstjórnaskiptum. Hrafnhildur Ólafsdóttir skilar góðu verki eftir sex ára setu í ritstjórnastólnum og eru henni þökkun vel unnin störf. Ritnefndin og nýr ritstjóri Ólöf Ásta Ólafsdóttir, sem nú tekur við, mótar ritstjórnarstefnu næstu tveggja ára, fram að 100 ára afmæli Ljósmeðrafélagsins sem verður fagnað vorið 2019 þegar Norræna ljósmeðraráðstefnan verður haldin í Reykjavík. Það ár er gert ráð fyrir að útgáfa Ljósmeðrablaðsins verði veigameiri, samfara útgáfu sérstaks afmælisrits og nýs ljósmeðratals, sem löngu er kominn tími til að gefa út.

Litlar sem engar breytingar eru á útliti blaðsins sem nú lítur dagsins ljós, en búast má við einhverjum breytingum þegar fram í sækir. Ýmsar hugmyndir hafa verið settar fram, til dæmis varðandi forsiðu, uppsetningu og efnistöð. Áætlað er að bæta rafræna útgáfu, fjölga ritrýndum greinum en einnig fræðslugreinum samþykktum af ritstjórn sem nýttast til sí- og endurmenntunar. Þá eru uppi hugmyndir um að halda áfram að víkka efnistöð blaðsins jafnvel þannig að blaðið höfði til stærri hóps og þá geta möguleikar opnast fyrir frekari dreifingu. Í auknum mæli verður blaðið menningarlegt á sviði ljósmóðurfræða og þverfræðilegt á gagnrýnan hátt, um heilsuefingu, heilbrigðisþjónustu, kven- og kynheilbrigði, foreldrahlutverk, fjölskylduna, barneignarferlið og nýja barnið.

Þetta blað er eins og síðustu ár prentað hjá Prentun.is í Hafnarfirði, litlu fyrirtæki með stórt hjarta eins og segir á heimasíðu þess. Þar er veitt persónuleg þjónusta og kappkostað er að vinna blaðið samkvæmt nýjustu tækni, á hagkvæman hátt á umhverfisvænan pappír. Skrifstofa Ljósmeðrafélagsins sér um að afla auglýsinga í blaðið og þær standa undir kostnaði við útgáfuna og er það vel.

Að venju er umfjöllunarefni blaðsins fjölbreytt, í formi fræðslugreina, fréttatilkynninga og með birtingu mynda úr námi og fag- og félagsstarfi ljósmæðra. Frásagnir eru frá stjórn og ýmsum hópum ljósmæðra sem þróa sig faglega og sækja af dugnaði námskeið og ráðstefnur á vegum Ljósmeðrafélagsins, ljúka doktorsprófi eða hljóta viðurkenningar fyrir að vera ungur vísindamaður á Landspítala.

Fastir liðir eru á sínum stað; ljósmæður ræða um mál ofarlega í huga sem hvetja okkur til dáða og nemaverkefni birtast en lítið gagn er af þeim lokuðum á netinu eða uppi í hillum. Nýburagulan, greining og meðferð á henni, er tekin fyrir í fræðslugreinum, annars vegar er

um að ræða BS verkefni í læknisfræði og hins vegar klínískt fræðilegt verkefni 2. árs nema í ljósmóðurfræði. Við fáum líka að kynnast nýjungum í meðferð á meðgöngu, í fyrsta lagi um næringarmedferð og öðru lagi um breytingar á skipulagi meðgönguverndar frá því að vera eingöngu einstaklingsbundin til að vera líka veitt í hóp. Saga og þróun í fósturgreiningu er einnig tekin til umfjöllunar og sagt frá skipulagi starfsnáms og sérhæfingu ljósmæðra á þessu mikilvæga sviði.

Það er ljóst að umönnun og samband ljósmæðra við konur og fjölskyldur þeirra byggir á faglegri færni í að þekkja og mæta ólíkum þörfum kvenna og hafa innsæi og kunnáttu í að höndla óvissuna sem fylgir barneignarferlinu. Bakgrunnur, væntingar og þarfir kvenna kalla á ólíka umönnun og ljósmóðurmedferð. Mannréttindi og þörf fyrir mannlega náð er þó í grunninn öllum konum og fjölskyldum mikilvæg og sameiginleg, eins og kom fram í erindi Lesley Page hérlandis á Alþjóðadegi ljósmæðra 5. maí síðast liðinn. Gagnreynd þekking í ljósmóðurstarfi og niðurstöður fjölda rannsókna sýna einnig fram á að ljósmóðurrekin og samfelld þjónusta sé lykilatriði fyrir örugga og farsæla fæðingu. Velta má upp þeirri spurningu hvort það sé í raun forsvaranlegt að bjóða ekki upp á eða þróa samfelld þjónustuform til ávinnings fyrir barnshafandi konur og fjölskyldur þeirra, svokallaða MFS þjónustu. Þá þarf að leita svara við hvers vegna svo erfitt það hefur reynst bæði hér á landi og víða um heim að bjóða upp á og viðhalda slíkri þjónustu.

Segja má að ljósmæður úti á landi, þar sem konur geta fætt í heimabyggð, hafi haldið merkinu á lofti og síðustu ár rekið eins konar fæðingarheimili með samfellda þjónustu að leiðarljósi innan heilbrigðisstofnana með eða án aðgangs að skurðstofu. Nú hafa þau gleðitíðindi gerst í Reykjavík að ljósmæður hafa að nýju, eftir rúm 20 ár, opnað fæðingarheimili utan sjúkrahúss. Til heiðurs þeim prýða þær forsiðu þessa blaðs. Ljósmeðrablaðið tekur undir með Steinunni H. Blöndal sem skrifar í ritstjórnargrein: „Með Þori, Getu og Vilja hafa þessar hugrökku Bjarkarljósmæður nú náð settu markmiði. Til hamingju og megi starfsemin vaxa og dafna barnshafandi konum og fjölskyldum þeirra til gæfu“.

Ný ritstjórn Ljósmeðrablaðsins hlakkar til að fá efni frá ljósmæðrum í blaðið. Ljósmeðrablaðið er okkar vettvangur til samskipta og faglegs þroska innan stéttarinnar og í þágu kvenna og fjölskyldna í ljósmóðurstarfi.

Þetta er engin spurning

Viðbótarlífeyrir er nauðsyn



Tryggir þína framtíð

Allianz

Hugleiðingar um daginn og veginn



Áslaug Íris Valsdóttir
formaður Ljósmeðrafélags Íslands

Nú sit ég í Toronto í Kanada eftir nýafstaðna þátttöku á miðstjórnarfundum alþjóðasamtaka ljósmæðra, ICM. Þetta eru langir og strangir fundir í fjóra daga. Þar er farið yfir ýmis mál er varða ljósmæður heimsins og þá þjónustu sem þær veita. Eins og áður þegar ég hef verið á alþjóðlegum samkomum átta ég mig betur á því hve við og okkar norrænu nágrannar búum vel að barnshafandi konum og nýburum. Hve menntun okkar ljósmæðra er góð í alþjóðlegum samanburði og sjálfstæði okkar ljósmæðra virt enn sem komið er að minnsta kosti. Að því sögðu þýðir það ekki að allt sé fullkomið hér hjá okkur eða að við megum sofna á verðinum.

Það sem hrjáir gjarnan þau lönd sem standa framarlega í þjónustu við barnshafandi konur er að vilja gera svo vel að of mikið er gert af snemma, til að gera örugglega ekki of lítið af seint.

Í nútímasamfélagi blasir það við að heilsufar þjóða er allt annað en áður var. Konur koma nú inn í meðgönguvernd með ýmsa lífsstílssjúkdóma eða aðra sjúkdóma sem áður voru nær óþekktir. Áður fyrr heyrði það til undantekninga ef kona var með heilsufarslegt vandamál í upphafi síns barneignarferils. Nú þarf alheimsáttak til að draga úr lífsstílssjúkdómum eins og sykursýki, háþrýstingi og offitu í alþjóðasamfélaginu öllu. Eftir nokkur ár munu konur þá ef til vill verða hraustari þegar þær hefja barneignir. Hér eru sóknarfæri fyrir ljósmæður og hugmyndin um heilsuefningu fyrir barnsburð (e. preconceptional care) ætti að verða eitt af markmiðum ljósmæðra, þar geta þær nýtt þekkingu sína barnshafandi konum og fjölskyldum þeirra til góðs.

Í Kanada mátti glöggst heyra á tali ljósmæðra frá öðrum þjóðum að það er sami vandi víðast hvar. Erlendar ljósmæður óttast einnig alþjóðlega tilhneigingu til enn frekari sjúkdómsvæðingar barnseignarþjónustunnar og þar með minnkun á sjálfstæði ljósmæðra. Fækkun fæðingarstaða, minnkað framboð á samfelldri þjónustu og aukin tíðni inngripa eru allt dæmi um aukna sjúkdómsvæðingu í barneignarferli. Á Íslandi er vandinn sá sami. Við höfum miðstýringu fæðingarstaða þar sem flestir eiga að fæðast á Hringbraut, þar sem í raun aðeins þær fæðingar sem annaðhvort móðir eða barn eru ekki fullkomlega hraust ættu að fara fram. Það er tilhneiging til aukinna inngripa þrátt fyrir að

rannsóknarniðurstöður gefi ef til vill ekki tilefni til þess. Þetta leiðir til minnkandi sjálfstæðis ljósmæðra.

Þá er það umhugsunarefni að oft gengur illa að koma niðurstöðum rannsókna ljósmæðra í gagnið. Fáar eða engar ljósmæður eru í opinberum valdastöðum og oft fá raddir þeirra lítinn hljómgrunn í stórum ákvarðanatökum. Ljósmæður hafa sömuleiðis oft engan talsmann innan stofnana og alltof oft er það rödd hjúkrunar sem talar fyrir ljósmæður.

Við ljósmæður þurfum að markaðssetja okkar störf og okkar rannsóknir. Við þurfum að hægja á hraða og vera hér og nú. Í dag eru hugtök eins og slow food, slow travelling og fleira mætti telja tengt gæðum. Ég leyfi mér að koma fram með nýtt hugtak: Slow midwifery. Í því felst að veita þjónustu þar sem samveran og virðing fyrir fjölskyldunni er í fyrirrúmi, reynt er að tóna niður hraða samfélagsins og talað er við barnið í bumbunni í stað þess að taka myndir af því. Síðast en ekki síst er mikilvægt að nota jákvæð orð og tala til dæmis frekar um öryggi í stað áhættu með það að markmiði að konan upplifi vellíðan og öryggi í hjarta sínu, hvar sem hún er stödd í ferlinu.

Nú er ég ekki að segja að á Íslandi sé ekki margt mjög gott og vel gert – við megum bara aldrei verða of ánægðar með okkur né sofna á verðinum. Allt gott má bæta – alveg eins og engin ein regla á við um allar konur.

Ég get ekki látið hjá líða að minnast á að nú rennur gerðardómur út þann 31. ágúst næst komandi og þá fáum við tækifæri til að eiga samtal við „ríkið“. Ég þori ekki að segja ganga til samninga, því að síðast var ekki um það að ræða. „Ríkið“ var ekki tilbúið til samninga. Við förum hins vegar ótrauðar í þessar viðræður og hlökkum til. Við unnum áfangasigur í Héraðsdómi Reykjavíkur þegar við ljósmæður unnum mál okkar vegna vangoldinna launa, frá því í verkfalli fyrir rúmum tveimur árum. Því máli verður væntanlega áfryjað til Hæstaréttar, en vonandi verða það skynsamir og siðprúðir dómarmen sem sitja þar og staðfesta dóm héraðsdóms okkur og réttlætinu í vil.

Ég óska öllum ljósmæðrum og fjölskyldum þeirra til sjávar og sveita gleðilegs sumars og góðra stunda.



Stjórn og nefndir LMFÍ 2017-2018

Nánari upplýsingar á heimsíðu Ljósmeðrafélagsins

STJÓRN:

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

Varaform.: Steina Þórey Ragnarsdóttir
steina@hss.is

Ritari: Bergrún Jónsdóttir
bergrunjons@gmail.com

Vararitari: María Rebekka Þórisdóttir
mariarebekka@gmail.com

Gjaldkeri: Inga Sigríður Árnadóttir
geggja@hotmail.com

Varagjaldk.: Anna M. Einarsdóttir
anname@landspitali.is

Meðstj. Katrín Sif Sigurgeirsdóttir
katrinsif@hss.is

RITNEFND:

Ólöf Ásta Ólafsdóttir ritstjóri,
s. 863 4623, olofol@hi.is

Berglind Háldánsdóttir

Steinunn Rut Guðmundsdóttir

Sigfríður Inga Karlsdóttir

Steinunn Blöndal

Bryndís Ásta Bragadóttir

Hrafhildur Ólafsdóttir

AÐALTRÚNAÐARMAÐUR:

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

KJARANEFND:

Formaður: Katrín Sif Sigurgeirsdóttir
s. 659 0818, katrinsif@hss.is

Elísabet Ósk Vigfúsdóttir

Gréta María Birgisdóttir

Kristín Viktorsdóttir

Hafðís Ólafsdóttir

Formaður LMFÍ
formadur@ljosmodir.is

FRÆÐSLU- OG ENDURMENNTUNARNEFND:

Súsanna Knútsdóttir

Stella Steindórsdóttir

Anna Eðvaldsdóttir

Guðlaug María Sigurðardóttir

Ingibjörg Ýr Óskarsdóttir

Þórunn Pálsdóttir

Harpa Ósk Valgeirsdóttir

SJÓÐANEFND:

Inga Sigríður Árnadóttir, formaður
geggja@hotmail.com

Áslaug Íris Valsdóttir
formadur@ljosmodir.is

Gréta Rún Árnadóttir

Greta Matthíasdóttir

Margrét Guðmundsdóttir (yngri)

KJÖRNEFND:

Elsa María Thor formaður
s. 823 3656, elsathor@yahoo.com

Kristín Helga Einarsdóttir

Tinna Jónsdóttir

SIÐANEFND:

Birna Gerður Jónsdóttir, formaður
birnagi@landspitali.is

Anna Rut Sverrisdóttir

Guðrún Halldórsdóttir

Varamenn:

Gróa Margrét Jónsdóttir

Margrét Guðmundsdóttir (eldri)

SKEMMTINEFND:

Erla Björk Sigurðardóttir

Helga Reynisdóttir

Elsa Ruth Gylfadóttir

Elsa María Thor

ALÞJÓÐLEGUR FULLTRÚI:

Fulltrúi úr stjórn

Hildur Kristjánsdóttir

s. 557 1591, hildurkr@simnet.is

SKOÐUNARMENN:

Ingunn Vattnes Jónsdóttir

Margrét Guðmundsdóttir

Skýrsla stjórnar LMFÍ 2016-2017

Það voru 11 stjórnarfundir haldnir á þessu starfsári. Vinna við kjaramál á þessu ári hefur aðallega snúist um að reyna að koma 1.65% hækkun til útfærslu menntunarákvæðis inn í stofnanasamninga og endurskoða þá eftir föngum. Þessi vinna hefur gengið hægt þar sem ekki er samhljómur milli túlkunar LMFÍ og KMR (kjara- og mannauðssýslu ríkisins) og stofnanir hafa verið tregar til að ljúka stofnanasamningum. Þessari vinnu er þó lokið á fáeinum stöðum. Þegar þetta er skrifað er beðið eftir dómi Héraðsdóms Reykjavíkur sem nú er að minnsta kosti tveimur vikum seinna á ferð en búist var við.

Það er ánægjulegt að segja frá því að félagið hefur nú greitt upp allar skuldir sínar vegna verkfalls 2015, miklu fyrr en áætlað var. Þetta hefur komið til bæði vegna talsverðrar hagræðingar í rekstri félagsins og einnig vegna þess að félagsgjöld eru nú innheimt af heildarlaunum í stað grunnlauna áður.

Félagið hefur tekið þátt í NJF (Nordisk Jordmor Forbund) starfi nú sem endranær. Síðasti stjórnarfundur NJF var í Gautaborg í tengslum við ráðstefnu. LMFÍ átti nú í fyrsta sinn fulltrúa á fundi EMA (European Midwives Association) sem haldinn var í Sofía í Búlgaríu. Það var mjög upplýsandi og er það mat stjórnar að félagið eigi fyllilega heima á þessum vettvangi. Það sem hefur strax komið út úr þessu samstarfi er að félaginu bauðst að tilnefna fulltrúa í ritstjórn (editorial board) nýs rafræns ljósmæðratimarits sem fer að líta dagsins ljós. Félagið tilnefndi Helgu Gottfreðsdóttur prófessor og samþykkti hún að taka að sér verkefnið. Einnig hefur hollenska ljósmæðrafélagið (KNOV) lýst yfir áhuga á samstarfi við Ísland í „twinning“ verkefni. Hollendingar bjóða fulltrúum félagsins til Hollands nú í apríl til að ræða flöt á því og hvort það gæti hentað báðum löndum. Samstarf við ICM (International Confederation of Midwives) hefur verið með hefðbundnum hætti og sótti félagið fund Evrópudeildar ICM sem haldinn var í Sofía í Búlgaríu í kjölfar EMA fundar. Félagið tók einnig á móti hópi ljósmæðra og lækna frá Svíþjóð sem óskuðu eftir að koma til að kynna sér skipulag mæðraverndar á Íslandi.

Ljósmæðradagar voru haldnir á Nauthóli í maí 2016 eins og hefð er orðin fyrir. Fengum við að þessu sinni til okkar ýmsa fyrirlesara auk erlendu gestanna Söru Wichham og Ank de Jonge. Sara Wickham var einnig með heilsdagsvinnustofu. Góður rómur var gerður að þessum dögum. Við fengum einnig aðra erlenda gesti sem töluðu við ljósmæður, má þar nefna Billie Hunter sem ræddi um efnið Caring for the carer, hin sænska Hjördis Högberg kom einnig og ræddi um áfengisneyslu á meðgöngu og hvað væri til ráða. Einnig bryddaði félagið uppá þeirri nýbreytni að bjóða í ljósmæðrakaffi annan miðvikudag í mánuði. Þangað geta allar ljósmæður mætt og sýnt sig og séð aðra. Engin formleg dagskrá er í ljósmæðrakaffinu heldur er leyfilegt að ræða allt milli himins og jarðar.

Formaður fór og ræddi hugmyndir um víkkað starfssvið ljósmæðra bæði við landlækni, forsvarsmenn heilsugæslunnar og ráðherra. Var hugmyndunum vel tekið en lítið gerist í því að koma hugmyndum í framkvæmd hjá hinu opinbera. Í þessu sambandi var einnig rætt um lagabreytingar til að veita ljósmæðrum leyfi til að ávísar ákveðnum flokkum lyfja. Landlæknir studdi þær hugmyndir og sagði það á vefsíðu sinni. Ráðherra og velferðarnefnd hlustuðu á erindið en þar sem frumvarpið að lagabreytingunni komst ekki að og búið er að skipta um bæði ráðherra og velferðarnefnd þarf að ræða þetta allt að nýju.

Á þessu ári komu tvö tölublöð út af Ljósmæðrablaðinu. Blaðið er nú aðgengilegt á vefsíðu félagsins. Í sparnaðarskyni var Fylgjan

gefin út til tveggja ára fyrir ári síðan. Engin Fylgja var því gefin út að þessu sinni. Ekki hefur verið tekin ákvörðun um hvort útgáfunni verður hætt eða með hvaða hætti hún verður ef af verður.

Félagið hefur staðið fyrir tveimur nálastungunámskeiðum á árinu. Leiðbeinandi var Guðlaug María Sigurðardóttir og hefur góður rómur verið gerður að námskeiðunum. Félagið réðst einnig í að fá danska fyrirtækið Gynzone til að koma hingað til lands og halda masterclass í saumaskap. Mikil aðsókn hefur verið á þessi námskeið og eru nú þegar þrjú fullbókuð námskeið í Reykjavík á döfinni og að minnsta kosti eitt fullbókað og annað hálfbókað á Akureyri.

Smáforritið Ljósan – þegar von er á barni, er loksins í burðarliðnum og kemur út nú alveg á næstunni. Forritið er ætlað verðandi foreldrum og er gefið út í samvinnu við Sundhedsstyrelsen í Danmörku og danska ljósmæðrafélagið.

Sem fyrr rekur félagið tvær vefsíður. Ljosmodir.is er mjög vel sótt síða og fjöldi fyrirspurna berst þangað í hverjum mánuði. Síðan er fjármögnuð með auglýsingum og hefur skilað okkur ágætum tekjum frá því að rekstri hennar var umturnað. Ljosmaedrafelag.is er ekki eins virk síða og stjórn hefði kosið. Það er á dagskrá að reyna að koma henni í nútímalegra og gagnlegra horf og nota hana meira.

Allmörg einstaklingsmál hafa borist inn á borð félagsins og hafa þau verið mjög misjafnlega umfangsmikil og flókin. Vel hefur gengið að leysa flest það sem á borð félagsins hefur komið. Félagið hefur nú sem fyrr tekið þátt í öllu samstarfi sem verið hefur innan BHM á árinu. Félagsmenn eru duglegir að nýta sjóði félagsins sem er gott.

Það sem er framundan er vinna við kjarasamninga, gerðardómur rennur út þann 31. ágúst 2017 og einnig er vinna framundan við að ljúka yfirferð á stofnanasamningum. Framundan er líka vinna við undirbúning útgáfu nýs ljósmæðratals og sögu félagsins frá 1979. Við erum þegar byrjuð að undirbúa ráðstefnu og afmæli árið 2019, einnig eru hugmyndir að námskeiðahaldi ef áhugi reynist nægur.

Þó að það komi starfi félagsins ekki beint við er ekki hægt að láta hjá líða að minnast á að á árinu hafa ljósmæður eignast tvo nýja doktora, þær Berglindi Hálfðánsdóttur og Sigfríði Ingu Karlsdóttur og eigum við þessi litla stétt nú samtals fjóra doktora. Síðast en ekki sist er nú fyrsti prófessorinn í röðum ljósmæðra orðinn að veruleika en það er Helga Gottfreðsdóttir. Stjórn félagsins þakkar öllum þeim ljósmæðrum og öðrum sem starfað hafa fyrir félagið á síðasta ári og einnig þeim sem hafa látið sig málefni félagsins varða, haft samband og komið með ábendingar.

Skýrsla ritnefndar

Í ritnefndinni árið 2016 voru Hrafnhildur Ólafsdóttir ritstjóri, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Berglind Hálfðánsdóttir, Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir, Sigrún Ingvarsdóttir, Rut Guðmundsdóttir og Embla Ýr Guðmundsdóttir.

Haldnir voru tveir ritnefndarfundir, einn fyrir hvort blað. Svo eru mikil samskipti hjá nefndinni með tölvupósti.

Árið 2016 voru gefin út tvö blöð eins og undanfarin ár. Ekki hefur verið erfitt að fá efni í blaðið. Nokkrir fastir liðir eru í blaðinu eins og verkefni frá ljósmóðurnema og hugleiðingar ljósmóður. Ein ritrýnd grein var birt á síðasta ári og eru fleiri væntanlegar á þessu ári.

Töluverður kostnaður hefur verið við útgáfu blaðsins, uppsetningu, prentun, auglýsingasöfnun, pökkun og dreifingu og í raun hefur þessi kostnaður hækkað á hverju ári. Dóra Stephensen sem sá um að safna

auglýsingum fyrir blaðið ákvað að hætta því þar sem hún er flutt til Svíþjóðar. Skrifstofa Ljósmæðrafélagsins, Áslaug og Birgit, tóku þetta verkefni að sér og hefur það gengið alveg ágætlega. Höfum við svo hjálpast að við að pakka blaðinu.

Fylgjan var gefin út árið 2015 til tveggja ára svo ekki var hún prentuð í fyrra. Ekki hefur verið tekin ákvörðun hvort hún verður gefin út aftur. Ekki eru allar ljósmæður sáttar við þessa breytingu og greinilegt að ljósmæðrum þykir vænt um Fylgjuna sína.

Skýrsla sjóðanefndar

Rannsóknar- og þróunarsjóður greiddi höfuðstól sinn inn á Þórdísarsjóð samkvæmt aðalfundarsamþykkt frá árinu 2016. Sjóðurinn er enn að veita styrki sem þegar var búið að úhluta, frestur var veittur um eitt ár til að klára þau verkefni sem áttu inni styrki áður en honum er lokað. Ekki munu berast frekar tekjur inn á þennan sjóð nema vaxtatekjur. Búist verður við því að reikningi verði lokað og sjóður gerður upp í nóvember 2017.

Úthlutað var einum styrk úr Minningarsjóði Jóhönnu Hrafnfjörð (MJH) að upphæð 59.000 krónum. Fleiri umsóknir bárust en einungis ein umsókn reyndist styrkhæf úr sjóðnum.

Eftir úthlutunarfund í nóvember 2016 voru haldnir nokkrir fundir í nóvember og desember. Fór sjóðanefnd í að breyta úhlutunarreglum MJH-sjóðsins. Það var gert því reglurnar virtust ekki nógu skýrar og hnitmiðaðar og ollu misskilningi við umsóknir um styrki úr sjóðnum haustið 2016. Þess vegna setur sjóðanefnd nú inn tillögur að breytingum á reglum MJH á 98. aðalfundi LMFÍ 2017.

Skýrsla síðanefndar

Í síðanefnd eru Birna Gerður Jónsdóttir, formaður, Anna Rut Sverrisdóttir, Guðrún Halldórsdóttir, Til vara: Gróa Margrét Jónsdóttir og Margrét Guðmundsdóttir, eldri. Síðanefndin hefur ekki fengið erindi á sitt borð frá síðasta aðalfundi.

Skýrsla Norðurlandsdeildar LMFÍ

Aðalfundur Norðurlandsdeildar var haldinn að Draflastöðum í Fnjóskadal 26. maí 2016. Fjórtnán félagar mættu til fundar. Hefðbundin aðalfundarstörf fóru fram, þar sem skipti urðu á gjaldkera félagsins en stjórn situr að öðru leyti óbreytt. Núverandi stjórn skipa: Birgitta Nielsdóttir, formaður, María Egilsdóttir, varaformaður, Hrafnhildur Ævarsdóttir, gjaldkeri, Ingibjörg H. Jónsdóttir, ritari og María Bergþórsdóttir, meðstjórnandi. Einn félagi lést á árinu. Freydis Laxdal ljósmóðir lést í febrúar 2016 og var hennar minnst á fundinum. Einn nýr félagi bættist í hópinn. Í maí 2016 voru því 42 félagar á skrá í Norðurlandsdeildinni.

Önnur mál sem rædd voru á fundinum voru meðal annars aðkoma Norðurlandsdeildar að haustþingi Læknafélags Akureyrar í október 2016. Þema þingsins var kvensjúkdómar og fæðingahjálp og stefnt var að því að fá sem flestar ljósmæður til að vera með fyrirlestra. Vakin var athygli á því að árið 2018 yrði Norðurlandsdeildin 50 ára. Málfríður Þórðardóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir sögðu frá ferð sinni á Norðurlandaráðstefnu ljósmæðra í Gautaborg í maí 2016. Tæptu þær á nokkrum áhugaverðum fyrirlestrum sem þær sátu. Sigfríður Inga sagði síðan frá því að til umræðu væri við Háskólann á Akureyri að bjóða ljósmæðrum að 30 einingar af þeirra námi yrði metið til meistaranáms eins og gert er nú við Háskóla Íslands. Að fundi loknum snæddum við þriggja rétta matseðil að hætti staðarhaldara og fengum Vilhjálmi B. Bergmann skemmtikraft sem fór með gamanmál í söng og undirspili öllum til ómældrar ánægju og veltust ljósmæður um af hlátri á köflum. Auk aðalfundar voru tveir stjórnarfundir haldnir á árinu. Fyrir utan það, fara samskipti stjórnar talsvert fram með tölvupóstum eða í gegnum facebook messenger. Norðurlandsdeildin kom síðan að nokkru leyti að skipulagningu haustþings Læknafélags Akureyrar í samvinnu við lækna Fæðingardeildar Sjúkrahússins á Akureyri, sem báru þungann af því að ákveða efni og úttega fyrirlesara. Þrjár ljósmæður fluttu fyrirlestra á þinginu og voru stéttinni að sjálfsögðu til mikils sóma.

Norðurlandsdeildinni var gefinn doppler til að hafa í

heimafæðingatösku deildarinnar. Það voru kvenfélögin Hjálpin og lðunn í Eyjafjarðarsveit, Tilraun í Svarfaðardal og Hlin á Grenivík sem gáfu fé til kaupanna. Norðurlandsdeildin hélt sinn árlega aðventufund 23. nóvember. Átján félagar mættu til fundar. Kom Soffía Einarsdóttir sjúkrahjálfari á fundinn og hélt fræðslu um grindarbotninn og mikilvægi þjálfunar hans. Hún sagði frá ýmsu í sínu starfi en hún hefur meðal annars sérhæft sig talsvert í meðferð þvagleka og vandamála á grindarbotni eftir barnsburð. Lesnar voru frásagnir af ljósmæðrum frá árunum 1910-1930 sem sinntu fæðandi konum um jól og áramót í íslenskri vetrarveðráttu eins og hún getur verið verst. Skipst var á jólapökkum og að sjálfsögðu var kroppurinn nærður með dýrindis kræsingum.

Skýrsla Ljósanna

Starfsemi deildarinnar breytist lítið milli ára. Eftir áramótin 2016 bættust 15 nýjar Ljósar í hópinn. Fyrir aðalfundinn 19. október síðastliðinn voru send út 249 fundarboð þannig að okkur fer fjölgandi í deildinni. Starfsmaður á skrifstofunni ásamt formanni LMFÍ hafa aðstoðað við að bæta á póstlista þeim ljósmæðrum sem verða sextugar á árinu og búa á Íslandi.

Ljósmæðrafélagið hefur borið kostnað af ljósrítun og póstsendingum. Það hefur reynst mjög vel að leita til félagsins með ýmislegt sem viðkemur starfsemi deildarinnar og sömuleiðis er starfsfólk BHM í Borgartúni afar hjálplegt. Starfsemi deildarinnar er svipuð frá ári til árs. Einn almennur fundur var haldinn í mars og aðalfundurinn í október. Haldnir voru þrír stjórnarfundir, en upplýsingaflæði innan stjórnar fer mikið gegnum síma og tölvu. Eins og allir vita verður Ljósmæðrafélagið 100 ára 2. maí 2019. Á aðalfundi félagsins 2015 lagði Sigríður Sía Jónsdóttir fram áhugaverða tillögu um að kanna hvort hægt væri að merkja þá fæðingarstaði í Reykjavík og jafnvel nágrenni þar sem fæðingar fóru fram á tuttugustu öldinni. Formaður félagsins fór þess á leit við stjórn Ljósanna að kanna þetta og í þeirri umræðu kom fram sú hugmynd að merkja frekar staðinn þar sem félagið var stofnað, það er að Laugavegi 20 eða 20b í Reykjavík. Voru þessar hugmyndir ræddar á vordundi og var það mál okkar að kanna þá hugmynd frekar. Haft var samband við Umhverfis- og skipulagsráð Reykjavíkurborgar og tillagan tekin fyrir þar. Þessi hugmynd þótti áhugaverð hjá borginni og vorum við í stjórn boðaðar að Laugavegi 20 eða 20b þar sem líklegt er að félagið hafi verið stofnað. Þar áttum við fund með fulltrúa frá Skipulagsráði (Hildi Gunnlaugsdóttur) og útskýrðum hvernig við höfðum hugsað okkur útfærsluna. Hugmyndin var að setja steinhellu 50x50 cm með merki og nafni Ljósmæðrafélagsins, nýja merkinu, í gangstéttina við Laugaveg 20 og undir merkinu stæði Stofnað 2. maí 1919. Borgin er búin að svara þessu og samþykkja að sjá um vinnuna við að setja helluna niður, en Ljósmæðrafélagið þarf að borga fyrir gerð hellunnar. Stjórn Ljósanna er að kanna verð hjá steinsmiðjum í Reykjavík og er búin að fá tilboð frá Steinsmiðju S.Helgasonar upp á 84.000 kr. Næsta skref er að kynna þetta fyrir stjórn Ljósmæðrafélagsins sem fyrst.

Vorferðin var farin 1. júní og var ferðinni heitið um Snæfellsnes í blíðskaparveðri. Metþátttaka var, gott skipulag í alla staði og fékk ferðanefndin mikið hrós fyrir góðan undirbúning. Ferðanefndina skipuðu: Guðrún Guðbjörnsdóttir, Svanborg Egilsdóttir og Margrét Guðmundsdóttir. Samkvæmt reglum deildarinnar er hvert kjörtímabil 2 ár. Úr stjórn áttu að ganga Halldóra Ásgrímsdóttir og Ásta Lóa Eggertsdóttir. Þær gáfu báðar kost á sér áfram og voru kosnar einróma með miklu lófaklappi. Utan formlegra starfa í Ljósudeild er fastur liður að fara í Perluna í kaffi fyrsta miðvikudag hvers mánaðar, en sá fundur er opinn öllum ljósmæðrum óháð því hvort þær eru skráðar í deildina eða ekki. Vegna framkvæmda í Perlunni síðan í haust hafa þessar samverustundir fallið niður og þurfum við að finna okkur annan stað sem fyrst. Einnig er orðin hefð fyrir því að fara saman út að borða á aðventunni. Að þessu sinni var farið á veitingastaðinn Skrúð á Hótel Sögu og var góð mætning, milli 40-50 ljósmæður. Skemmtu allar sér konunglega, frábær matur og mikil gleði. Ljósudeildin heldur áfram að eflast og stækka með hverju ári.

Hamingjuóskir til Bjarkarinnar og barnshafandi kvenna

„Viltu segja mér aftur frá því þegar Þorvaldur fæddist í svona baði heima hjá sér?“ Við Sveindís, 6 ára dóttir mín, erum að skoða myndir úr nýlegri bók Becky Reed sem heitir Fæðingar í kastljósið (e. Birth in Focus). Þorvaldur er sonur bestu vina okkar og hann fæddist heima. Þetta er upphaldsbók Sveindísar um þessar mundir og hún gægist í bókina þegar færi gefst og spyr eðlilegra spurninga um komu barna í heiminn. „Mamma, var þetta svona þegar ég fæddist? Var svona spegill sem var hægt að horfa á þegar hausinn minn var að koma? Var líka svona slím og líka svona hvítt á húðinni minni?“ Ljósmodírin, mamma hennar, reynir að svara öllum spurningum af kostgæfni og strá fræjum tilhlökkunar til fæðingar framtíðar fyrir þessa litlu stúlku. Halli, strákurinn minn 8 ára sem er yfirleitt mjög spenntur fyrir öllu lesmáli, hefur aftur á móti engan áhuga á ljósmynduðum fæðingum ókunnugra kvenna.



Steinunn H. Blöndal,
ljósmodír

Hann leggur lítilega við hlustir en heldur áfram að lesa Harry Potter.

Bók Becky Reed er hins vegar yndislestur fyrir ljósmodúr. Reed var ein af stofnendum Albany móðelsins sem var ljósmæðrarekin barneignarþjónusta í fátæku hverfi Lundúnaborgar í lok síðustu aldar og í upphafi þessarar. Leiðarstef starfseminnar var samfella í þjónustu, virðing fyrir sjálfræði barnshafandi kvenna og ljósmæðra, hvatning og trú á eðlilegar fæðingar og mikilvægi umhverfis við fæðingar. Allar barnshafandi konur, hvort sem voru í eðlilegu ferli eða í áhættuæðgöngu, gátu valið þetta þjónustuform. Þegar ég fór á mína fyrstu alþjóðlegu ráðstefnu ljósmæðra í Glasgow árið 2006 var ég svo heppin að fá að hlusta á Becky Reed kynna þessa starfsemi og hef fylgst með hennar störfum síðan. Flestir fræðimenn í ljósmóðurfræðum sem hafa skrifað um mismunandi þjónustuform í barneignarþjónustu líta á Albany módelið sem fyrirmynd í þjónustu við konur, enda var útkoma fæðinga og inngrípa ólík því sem við eigum að venjast. Meðal annars valdi tæpur helmingur kvenna að fæða heima og 70% kvenna kaus að fæða án verkjalyfja. Þessar niðurstöður voru sérlega áhugaverðar fyrir þær sakir að konurnar sem kusu þessa þjónustu voru margar hverjar í aukinni áhættu meðal annars vegna félagslegra aðstæðna, auk þess sem aukinn fjöldi kvenna af erlendum uppruna valdi þetta þjónustuform (Reed og Walton, 2009; Reed, 2016). Bókin er byggð á frásögnum Becky Reed, ásamt frásögnum mæðra, fedra, systkina og fæðingarfélaga. Hver fæðingarsaga er skreytt ljósmyndum á afar fallegan hátt.

Það sem strax kemur upp í hugann við lestur bókarinnar er virðing fyrir því hversu ólíkar konur eru þegar kemur að því að velja fæðingarstað og umgjörð eigin fæðingar. Töfrar bókarinnar felast meðal annars í því hvernig staðið er á faglegan hátt með upplýstri ákvörðun konunnar, þótt vissulega séu sumar heima fæðingarsögurnar ólíkar því sem við myndum „leyfa“ í íslensku samhengi. Hér er til dæmis að finna frásögn konu sem gengur með tvíbura, sem eru báðir í sitjandi stöðu, og það er hennar

eindregna ósk að fæða heima. Við fáum innsýn í afdráttarlausan vilja móðurinnar og hennar frásögn um mikilvægi þess að hennar val sé virt, þrátt fyrir ráðleggingar fagfólks um annan fæðingarmáta. Hlutverk ljósmóðurinnar er að standa með konunni og taka faglegar ákvarðanir þegar að fæðingunni kemur. Í þessu tilfelli er til dæmis sjúkrabíll til taks þegar fæðingin byrjar. Á endanum fæðast tvíbúarnir á ólíkum fæðingarstað. Annar fæðist heima en hinn fæðist á sjúkrahúsi nokkrum klukkutímum síðar þar sem hriðir detta niður og ekki er sprengdur belgur í heimahúsi á seinni tvíbura. Út í gegn hrífst maður af þeirri virðingu sem borin er fyrir konunni.

Þá er áhugavert að grípa niður í frásögn Reed af fæðingu fjölbyrju sem er að fæða sitt sjötta barn:

Þrátt fyrir að flestar konur kjósi stuðning og aðstoð í fæðingum, eru sumar sem vilja vera einar. Það var augljóst að Sheelagh vildi vera í friði og í eigin heimi í fæðingunni, með Dan, manninn sinn, í hæfilegri fjarlægð og okkur ljósmæðurnar hennar tvær í kallferi. Við sátum saman á neðri hæðinni og undirbyggjum okkur fyrir að taka á móti barninu. Við hlustuðum á þessi fallegu hljóð sem eiga sér stað þegar framgangur fæðingar er eðlilegur og allt gengur vel. Það er sorglegt að hæfileikinn til að lesa í þess konar framgang er í hættu á að glatast hjá ljósmæðrum dagsins í dag, þar sem fleiri og fleiri konur eru undir áhrifum lyfja í fæðingum og framgangur fæðingar er metinn með innri skoðun og úrvikkuð skráð á línugraf (Reed, 2016, bls. 97).

Mér finnst gott að lesa þessi viðvörðunarorð Becky Reed. Við sem vinnum við fæðingar verðum að minna okkur á að ábyrgð okkar sjálfra á að vernda eðlilegar fæðingar er mikil. Ljósmæður hafa ítrekað lýst því hvernig þær telja að umhverfi áhættuhugsunar, sem er hluti af vinnumenningu á stórum fæðingardeildum, geti haft neikvæð áhrif á verndun eðlilegra fæðinga (Hunter, Berg, Lundgren, Olafsdóttir og Kirkham, 2008; Keating og Flemming, 2009; Kennedy, Grant, Walton, Shaw-Battista og Sandall, 2010). Rannsóknir hafa sömuleiðis ítrekað sýnt að minni ljósmóðurreknar einingar, samfella í þjónustu, trú á hugmyndafræði ljósmæðra og heima fæðingar séu þær leiðir sem líklegastar séu til árangurs fyrir verndun eðlilegra fæðinga, (Bocklehurst o.fl., 2010; Sandall, Soltani, Gates, Shennan og Devane, 2013).

Mér er það líka minnisstætt að á ráðstefnu um mannréttindi í fæðingum í Belgíu fyrir nokkrum árum fjallaði hollenskur lögfræðingur um það hversu sérstakt það væri að í skipulagi fæðingajónustu væri gengið út frá því að hægt væri að búa til kerfi sem byggðist á einsleitni, að gengið væri út frá því að ólíkar konur hefðu sömu/svipaðar þarfir. Staðreyndin væri hins vegar sú að konur eru eins ólíkar og þær eru margar og þarfir þeirra í þeirri óvissuferð sem barnsfæðing er sömuleiðis.



Opnun fæðingastofu Bjarkarinnar

Það eru þess vegna miklar gleðifrétir í fæðingarþjónustu á Íslandi að langþráður draumur hefur nú ræst: Björkin hefur skotið rötum, er farin að blómstra og ný afkvæmi spretta fram. Ásetningur Bjarkarljósmæðra hefur frá upphafi verið að auka valmöguleika í fæðingajónustu við barnshafandi konur á Íslandi, fyrst með því að bætast í hóp fámennra, öflugra ljósmæðra sem ruddu brautina síðustu tvo áratugi með fjölgun heima fæðinga sem nú er um 2% fæðinga, frá því að vera í lágmarki fyrir árið 1995, og nú með stofnun ljósmóðurrekins fæðingarstaðar, Fæðingastofu Bjarkarinnar (Halldansdóttir, Smarason, Olafsdóttir, Hildingsson og Sveinsdóttir, 2015). Frá því að Fæðingarheimili Reykjavíkur var endanlega lokað árið 1995 held ég að það megi fullyrða að flestir útskriftarárgangar ljósmæðra hafi átt sér þann draum að endurvekja og bjóða konum á höfuðborgarsvæðinu frekari valmöguleika á fæðingarstað, einhvers konar fæðingarheimili utan spítalaumhverfis. Raddir um nauðsyn þess að auka valmöguleika kvenna og fjölskyldna þeirra á fæðingarstað urðu líklega hávarari þegar Hreiðrið var lagt niður árið 2014 og það sameinaðist Fæðingardeild í eina sameiginlega Fæðingarvakt á Landspítalanum. Þróun síðustu áratuga hérlandis hefur auk þess verið fækkun fæðingarstaða á landsbyggðinni og konur utan af landi hafa í auknum mæli þurft að fara langan veg til Reykjavíkur að fæða. Björkin hefur einmitt tiltekið að þeirra þjónusta sé einnig viðbót fyrir konur utan af landi. Þær hafa oft á tíðum ekki val um heima fæðingu þar eð þær eru fjarri heimilum sínum og langt í næsta sjúkrahús ef á þyrfti að halda í fæðingunni.

Fyrir þó nokkru síðan átti ég eftirminnilegt samtal við konu sem fæddi yngri börnin sín tvö heima. Þá var búið að loka Fæðingarheimilinu við Eiríksgötu, en þar höfðu eldri börnin hennar tvö fæðst. Hún gat ekki hugsað sér að fæða á spítala. Þessi kona var mjög spennt fyrir undirbúningi heima fæðingarinnar og vildi svo gjarnan að eldri börnin tækju þátt í undirbúningnum. Þetta var fyrir tíma YouTube, en hún hafði orðið sér úti um hollensk fæðingarmyndbönd sem áttu að undirbúa eldri börnin við að taka þátt í fæðingunni. Skemmti mér frá því að segja að börnin tvö höfðu lítinn áhuga á að sjá þessar ókunnugu hollensku konur fæða börn. Og strákurinn hennar, þá líklega um 11 ára, sagði við hana „Veistu

mamma, ég hef allveg áhuga á að sjá systkini mín fæðast, en ég get ekki gert mér upp löngun til að hafa áhuga á þessum ókunnugu konum í fæðingum.“ Mér segir svo hugur að þeir Halli minn séu sammála. Heima fæðingar þessarar konu gengu hins vegar vel. Ég veit líka að í dag fagnar þessi kona með okkur áhugafólki um verndun eðlilegra fæðinga tilkomu Fæðingastofu Bjarkarinnar. Það kæmi mér ekki á óvart ef sonur hennar fagnaði líka, þrátt fyrir takmarkaðan áhuga á hollenskum myndböndum. Opnun slíkrar stofu er nefnilega ekki bara áfangi fyrir barnshafandi konur heldur fjölskyldur þeirra líka, verðandi fedur, systkini og samfélagið í heild.

Með *Þori*, *Getu* og *Vilja* hafa þessar hugröckku Bjarkarljósmæður nú náð settu markmiði. Til hamingju og megi starfsemin vaxa og dafna barnshafandi konum og fjölskyldum þeirra til gæfu.

HEIMILDASKRÁ

- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., McCourt, N., Marlow, A., Miller, M., Newburn, S., Petrou, D., Puddicombe, M., Redshaw, R., Rowe, J., Sandall, L., Silvertown, M., Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal* 343. doi:10.1136/bmj.d7400
- Halldansdóttir, B., Smarason, A. K., Olafsdóttir, O. A., Hildingsson, I., and Sveinsdóttir, H. (2015). Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005–2009: a retrospective cohort study. *Birth*, 42, 16–26. doi: 10.1111/birt.12150
- Hunter, M., Berg, I., Lundgren, O. A., Olafsdóttir, M., Kirkham, (2008). Relationships: the hidden threads in the tapestry of maternity care, *Midwifery*, 24 (2)32–137. doi: 10.1016/j.midw.2008.02.003
- Keating, A. og Fleming, V. (2009). Midwives – experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective, *Midwifery*, 25 (5), 518–527. doi:10.1016/j.midw.2007.08.009
- Kennedy, H.P., Grant, J., Walton, C., Shaw-Battista, J. og Sandall, J. (2010). Normalizing birth in England: a qualitative study, *Journal Midwifery Health*, 55(3), 262–9 doi: 10.1016/j.jmwh.2010.01.006
- Reed, B. og Walton, C. (2009). The Albany Midwifery Practice. Í Davies-Floyd, R., Barclay, L., Daviss, B. og Tritten, J. (ritstjórar). *Birth models that work*: England: University of California Press.
- Reed, B. (2016). *Birth in Focus*: London: Pinter and Martin.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. og Devane, D. (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub3

Fósturskimun og fósturgreining

Fortíð – nútíð – og framtíð?



Kristín Rut Haraldsdóttir,
ljósmóðir í fósturgreiningu á
Landspítala



Sigrún Ingvarsdóttir,
ljósmóðir í fósturgreiningu á
Landspítala

INNGANGUR

Einn þáttur af nútíma mæðra- og meðgönguvernd eru fósturskimanir og fósturgreiningar. Þær hafa tekið miklum breytingum undanfarin ár. Hér áður fyrr voru legástungur mjög almennar hjá konum 35 ára og eldri en með tilkomu hnakkapýkktarmælingar við tólf vikna ómun og síðar samþætts líkindamats hefur það gjörbreyst. Þær konur sem nú fara í legástungu hafa flestar farið í samþætt líkindamat og fengið niðurstöður um auknar líkur á litningafrávikum. Auk þess er ákveðinn hópur kvenna sem fer í legástungu vegna erfðasjúkdóma.

Fósturskimun er í sífelldri þróun og miklar framfarir hafa átt sér stað á þessu sviði. Á undanförmum árum hefur fósturskimun í móðurlblóði sem hægt er að framkvæma frá tíundu viku meðgöngu verið að ryðja sér til rúms. Þar er hægt að skima fyrir litningafrávikum með meira næmi en fyrri skimunarpróf gerðu. Ekki hefur enn verið tekin ákvörðun hér á landi um upptöku slíkrar skimunar.

Legástungur

Saga fósturgreiningar er ekki löng, en þó má finna heimildir frá miðbiki síðustu aldar þess efnis að sérfræðingar leituðu leiða til að rannsaka fósturvef. Árið 1949 uppgötvuðu Murray L. Barr og félagar hans í Lundúnum, að hægt væri að aðgreina kven- og karlkynsfóstur. Árið 1955 fannst aðferð til að skoða kynlitninga í legvatni og í framhaldi af því birtist fyrsta greinin um að föstri hefði verið eytt vegna kynbundins litningafráviks eftir legvatnsástungu. Næstu fimmtán árin þar á eftir voru legvatnsástungur í þróun og leitað var leiða til að gera þær eins öruggar og hægt væri. Franski frumufræðingurinn Jerome LeJeune uppgötvaði árið 1959 að ástæður Downs heilkennis væri þristæða á litningi 21 (Cowan, 1994).

Legvatnsástungur urðu fljótt mjög almennar hjá konum 35 ára og eldri, sérstaklega í Bandaríkjunum eftir að fjöldi foreldra sem eignuðust fötluð börn fóru í málarekstur við lækna sem ekki höfðu boðið þeim litningapróf. Bandarísk samtök fæðinga-

og kvensjúkdómalækna sem og samtök barnalækna ráðlögðu í framhaldinu að rétt væri að bjóða verðandi foreldrum upp á litningarannsókn (Cowan, 1994). Aldursviðmið voru mismunandi, en flestar þjóðir miðuðu við að bjóða konum sem voru á aldrinum 35 til 38 ára upp á legvatnsástungu (Holland, Stewart og Masseria, 2006).

Litningarannsóknir hófust á Íslandi árið 1967 og fyrstu árin var aðaláherslan lögð á að finna og skrá Downs heilkenni. Legvatnsástungur hófust hér á landi árið 1973, en fyrstu fimm árin voru sýnin send til Danmerkur til rannsókna. Litningarannsóknir á legvatnsfrumum hófust hér á landi árið 1978 og árið 1983 hófst undirbúningur að fylgjuvefsrannsóknum, en fyrsta sýnið var tekið árið 1984 (Jóhann Heiðar Jóhannsson, 2001).

Legvatnsfrumur eru lifandi frumur sem fljóta um í legvatninu en þær eru fyrst og fremst taldar upprunnar frá föstrinu. Legvatnssýni eru tekin við 16 vikna meðgöngu og tekur um tvær vikur að fá niðurstöður úr legvatnsástungu. Sýnataka úr fylgjuvef hefur komið að miklu leyti í staðinn fyrir legvatnsástunguna, en samheiti fyrir þessar tvær aðferðir, legvatnsástungu og fylgjusýnitöku kallast legástunga. Hægt er að greina litningagerð fóstursins með fylgjusýnitöku þar sem frumur fylgjuvefsins eru af sama uppruna og frumur fóstursins og hafa því sömu litningagerð. Fylgjusýni má taka frá 11 vikna meðgöngulengd og fæst bráðabirgðasvar eftir tvo daga. Frumur í fylgjuvefnum eru í mun örari skiptingu en húðfrumur í legvatninu, sem gerir mögulegt að fá svarið fljótt. Hluti sýnisins er ræktaður áfram í 10-14 daga til að fá fullnaðargreiningu, en sjaldgæft er að ósamræmi sé í niðurstöðum hennar og bráðabirgðasvarsins (Hulda Hjartardóttir, 2001). Líkur á fösturláti í kjölfar legástungu eru um 1% ef um einburameðgöngu er að ræða en aðeins hærra ef um tvíburameðgöngu er að ræða (Kristín Rut Haraldsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir og Reynir Tómas Geirsson, 2014).

Frá árinu 1978 bauðst öllum konum á Íslandi, 35 ára og eldri, að fara í legvatnsástungu til að greina litningagerð fósturs.

Legvatnsástungum fór stöðugt fjölgaandi og árið 1997 voru þær orðnar 500, en hlutfall verðandi mæðra sem eru 35 ára og eldri hefur farið úr 5% 1978 í 21% árið 2016 (Hagstofa Íslands, 2017). Á síðasta áratug hefur verðandi foreldrum verið boðið samþætt líkindamat á fyrsta þriðjungi meðgöngu, sem leiðir til þess að inngripum eins og legástungum hefur fækkað.

Lífefnaskimun

Lífefnaskimun fyrir fósturgöllum er um 50 ára gömul og í fyrstu var markmiðið að leita að miðtaugakerfisgöllum með mælingum á alfa-fósturprótíni (AFP) í sermi eða legvatni. Fyrir tilviljun uppgötvaðist að lágt AFP í sermi móður sást oftast ef um var að ræða litningafrávik hjá föstri og jukust þá rannsóknir á notkun lífefnamælinga í forburðarskimun. Í framhaldi af því voru þróuð fjölþátta próf með fleiri lífefnavísunum, svonefnd tví-, þrí- og fjórpróf sem notuð voru á öðrum þriðjungi meðgöngu til að meta líkur á litningagöllum. Á tíunda áratug síðustu aldar var þróuð lífefnaskimun byggð á mælingum á PAPP-A (pregnancy associated plasma protein A) og fríu β-hCG (free-human chorionic gonadotropin) í sermi móður við 11-13 vikna meðgöngu (Guðlaug Torfadóttir og Jón Jóhannes Jónsson, 2001).

Hnakkapýkktarmæling

Frá árinu 1990 birtust greinar í tímaritum um niðurstöður rannsókna þess efnis að hægt væri að mæla hnakkapýkkt fósturs við 10-14 vikna meðgöngu. Um var að ræða ómsnautt svæði á hnakka fósturs sem gat verið misjafnlega þykkt. Ef hnakkapýkktin var aukin reyndust vera meiri líkur á litningafrávikum eða hjartagalla hjá föstri (Cullen o.fl. 1990; Nicolaides, Azar, Byrne, Mansur og Marks, 1992; Szabo og Gellen, 1990).

Sá sem þróaði aðferðina var grískur fæðingalæknir, Kypros Nicolaides. Hann ásamt samstarfsfólki sínu hjá Fetal Medicine Foundation í Bretlandi hannaði jafnframt tölvuforrit þar sem fleiri breytur voru teknar inn í útreikninga, svo sem aldur móður, meðgöngulengd, hnakkapýkktarmælingin og ef saga var um litningafrávik í fyrri meðgöngum (Finberg, 2004).

Í desember árið 1998 hófust hnakkapýkktarmælingar hér á landi sem voru fyrst og fremst í boði fyrir konur sem voru 35 ára og eldri (María Jóna Hreinsdóttir og Ólafía Margrét Guðmundsdóttir, 2009).

Samþætt líkindamat

Kevin Spencer ásamt Kypros Nicolaides og samstarfsmönnum á Fetal Medicine Foundation lögðu síðan grunninn að samþættu líkindamati (Guðlaug Torfadóttir og Jón Jóhannes Jónsson, 2001). Í því fölst að fyrsta þriðjungs lífefnaskimun og hnakkapýkktarmæling voru framkvæmd á sama tíma á meðgöngu. Niðurstöðurnar voru færðar ásamt öðrum upplýsingum um móðurina inn í tölvuforritið og jafnframt var ákveðið að þrengja tímamörkin þannig að rannsóknin væri gerð við 11 til 14 vikna meðgöngu. Með þessu var næmi skimprófsins allt að 90%, en ef einungis hnakkapýkkt er notuð var næmið tæp 80%. Ef niðurstaða prófsins sýnir að líkur á þristæðu 21 eru 1:100 eða meira og líkur á þristæðu 18 eða 13 1:50 eða meira býðst konunni greiningarpróf, legástunga, ef hún óskar þess (Nicolaides o.fl., 1992). Líkur á litningafrávikum aukast með hækkandi aldri móður. Aftur á móti finnast um 95% fósturgalla hjá konum sem eru með enga skilgreinda áhættuþætti. Ein skýring er sú að konur sem eru yngri en 35 ára eignast að jafnaði fleiri börn (María Hreinsdóttir, 2001; Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smárason, Gestur I. Pálsson og Eva Jónasdóttir, 2014).

Árið 2006 var kynnt í dreifibréfi frá Landlæknisembættinu að bjóða ætti öllum barnshafandi konum/verðandi foreldrum upplýsingar um fósturskimun á fyrsta þriðjungi meðgöngu og samkvæmt klíniskum leiðbeiningum um meðgönguvernd á að bjóða öllum barnshafandi konum/verðandi foreldrum upplýsingar um fósturskimun (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010; Landlæknisembættið, 2006). Hérlandis eru 75% til 80% kvenna sem fara í samþætt líkindamat (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2014).

Fósturskimun í móðurlblóði (NIPT)

Í þróun hefur verið ný tegund fósturskimunar sem felur í sér að tekin er blóðprufa úr móðurinni og utanfrumu erfðaeftni fóstursins (e. cell-free DNA) skoðað í móðurlblóði (Hill, Fisher, Chitty og Morris., 2012). Árið 1997 fannst erfðaeftni fósturs í blóði verðandi mæðra. Þessi uppgötvun sýndi fram á að mögulegt var að framkvæma fósturgreiningu sem fæli ekki í sér aukna áhættu á fösturláti (Lo o.fl., 1997). Hægt er að greina erfðaeftni fósturs við fjögurra til fimm vikna meðgöngu, en það hverfur fljótt úr blóðrás móður eftir fæðingu sem gerir það sértækt á meðgöngu. Þó hægt sé að greina erfðaeftni fóstursins strax við fjögurra vikna meðgöngu sýna rannsóknir að greiningin er ekki áreiðanleg fyrr en við tíu vikna meðgöngu (Gil, Quezada, Revello, Akolekar og Nicolaides., 2015; Lo o.fl., 1997). Þetta próf getur gefið sterka vísbendingu um hvort föstrið er með þristæðu á litningi 21, 18 eða 13. Einnig er hægt að greina fleiri litningafrávik og genagalla með þessari aðferð en munurinn felst í mismunandi tegundum prófa sem eru í boði (Benn, 2014). Helsti annmarki þessarar skimunar er að litill en marktækur hluti á niðurstöðum eru falskt jákvæðar og því þarf frekari greiningu með legástungu. Næmi NIPT fyrir þristæðu á litningi 21 er yfir 99% við tíu vikna meðgöngu (sjá töflu 1) og tíðni falskt jákvæðra niðurstæðna er 0,1-1% (Ashoor, Syngelaki, Wagner, Birdir og Nicolaides., 2012; Bianchi o.fl., 2012; Gil o.fl., 2015; Iwarsson o.fl., 2017). NIPT var fyrst kynnt í Hong Kong í ágúst árið 2011 og fljótlega eftir það, eða í október sama ár, var verðandi foreldrum á einkastofum í Bandaríkjunum boðið upp á þessa skimun. Árið 2014 var NIPT í boði fyrir barnshafandi konur á einkastofum í yfir 60 löndum (Allyse o.fl., 2015).

Fósturskimun í móðurlblóði skimar fyrir ofangreindum litningafrávikum með mun meiri nákvæmni en núverandi aðferðir við fósturskimun og því verður minni þörf fyrir fósturgreiningu með legástungu sem felur í sér 1% hættu á fösturláti. Eins og staðan er í dag getur fósturskimun í móðurlblóði ekki gefið sömu upplýsingar og fósturgreining með legástungu. Aðferðin er þó í stöðugri þróun og fjöldi gena- og litningafrávikna sem hægt er að greina með aðferðinni er alltaf að aukast (Benn, 2014; Hill o.fl., 2012).

Rannsóknir benda til að klíniskur ávinningur af upptöku fósturskimunar í móðurlblóði sé augljós þar sem aðferðin hefur enga hættu á fösturláti í för með sér og hægt er að nota þessa aðferð snemma á meðgöngu. Aftur á móti fást ekki jafn ítarlegar niðurstöður eins og þegar greining er fengin með legástungu, þar sem mögulegt er að skoða nákvæma litningagerð fóstursins og greina sjaldgæfari litningafrávik.

Tafla 1.

	Næmi	Falskt jákvæð svör
Þristæða 21	99,8%	0,05%
Þristæða 18	97,7%	0,05%
Þristæða 13	97,5%	0,04%

(Iwarsson o.fl., 2017)

Á ráðstefnu Fetal Medicine foundation sem haldin var í London í desember árið 2016 kynntu fimm þjóðir hvernig fyrirkomulag fósturskimunar í móðurlblóði væri háttað hjá þeim. Frá apríl á þessu ári ætla Hollendingar að bjóða öllum konum að fara í NIPT blóðprufu við 11 vikna meðgöngu, Frakkar munu bjóða konum sem fá líkur yfir 1:1000 úr samþættu líkindamati og konum sem eru í áhættuhóp. Þá breyttu Danir viðmiðunum sínum í janúar á þessu ári þannig að öllum konum sem fá líkur yfir 1:300 og konum í áhættuhóp er boðið að velja milli blóðprufu eða legástungu. Auk þess eru tilmæli um að bjóða þeim konum sem fá yfir 1:1000 einnig upp á skimun. Á Spáni er mælt með blóðprufu til þeirra kvenna sem fá líkur yfir 1:250 en legástungu ef líkur eru yfir 1:10. Ofangreind viðmið eru í opinbera kerfinu en í einkageiranum, sem er mjög almennur á Spáni býðst



Ljósmaður í starfsnámi í fósturgreiningu ásamt kennara.

öllum konum þessi blóðprufa. Í Kanada er notað viðmiðið 1:300 og konur sem eru í áhættuhóp. Hins vegar mega allar konur fara í blóðprufu sem það vilja.

Við Karólínska sjúkrahúsið í Stokkhólmi fá konur boð um fósturskimun í móðurlóði ef líkur úr samþætta líkindamatinu er 1:50-1:250 en þær sem eru yfir 1:50 fá boð um legástungu þar sem skoðaðir eru litningar og auk þess gerð örflogugreining. Einnig geta konur á Stokkhólmsvæðinu fengið blóðprufuna gegn greiðslu á einkastofum (Karólínska sjúkrahúsið munnleg heimild, febrúar 2016).

Hér á landi hefur fósturskimun í móðurlóði ekki staðið konum til boða. Fjölmargar fyrirspurnir hafa borist fósturgreiningardeildinni og vitað er um nokkrar konur sem hafa farið erlendis í þessa skimun. Auk þess hafa konur farið í skimprófið sem hafa byrjað meðgönguverndina erlendis en síðan flutt heim.

Líklegt má telja að fósturskimun í móðurlóði verði tekin upp hér á landi. Í hvaða mynd er enn óráðið. Skoða þarf vel fyrirkomulagið, á til dæmis einungis að bjóða þeim konum sem fá auknar líkur úr samþætta líkindamatinu og konum í áhættuhóp upp á slíka blóðprufu? Á að bjóða konum sem fá yfir 1:100 áfram legástungu en þær konur sem fá niðurstöður úr líkindamati á bilinu 1:100-1:1000 blóðprufu? Eða á að bjóða öllum konum þessa skimun? Í dag liggur ekki ljóst fyrir hvort, hvenær eða á hvern hátt þessu verður háttað hér á landi.

LOKAORD

Mikil þróun hefur verið á sviði fósturskimunar og fósturgreiningar á undanföllum áratugum og er innleiðing á NIPT líklega væntanleg hér á landi. Ljósmaður eru í lykilhlutverki í þjónustu við verðandi



Um fjöllun Ljósmaðrablaðsins, frá upphafsárum sónar skoðana.

foreldra og aukin þróun í fósturskimun kallar á aukna þekkingu ljósmæðra á þessu sviði. Samfara aukinni þróun verður ráðgjöf um fósturskimun flóknari en mikilvægt er að veita samræmdar upplýsingar sem byggjast á gagnreyndri þekkingu.

HEIMILDIR

Allyse, M., Minear, M., Berson, E., Sridhar, S., Rote, M., Hung, A. o.fl. (2015). Non-invasive prenatal testing: a review of international implementation and challenges. *International Journal of Women's Health*, 7, 113-126.

Ashoor, G., Syngelaki, A., Wagner, M., Birdir, C. og Nicolaides, K. H. (2012). Chromosome selective sequencing of maternal plasma cell-free DNA for first-trimester detection of trisomy 21 and trisomy 18. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(4), 322.e1-5.

Benn, P. A. og Chapman, A. R. (2010). Ethical challenges in providing noninvasive prenatal diagnosis. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 22(2), 128-134. doi: 10.1097/GCO.0b013e328372352

Bianchi, D. W., Platt, L. D., Goldberg, J. D., Abuhamad, A. Z., Sehner, A. J. og Rava, R. P. (2012). Genome-wide fetal aneuploidy detection by maternal plasma DNA sequencing. *Obstetrics and Gynecology*, 119(5), 890-901.

Cowan, R.S. (1994). Women's Roles in the History of Amniocentesis and Chorionic Villi Sampling. Í K. Rothenberg og E.J. Thomson (ritstjórar), *Women and Prenatal Testing: Facing the Challenges of Genetic Testing* (bls. 35-48). Columbus, Ohio: Ohio State University Press.

Cullen, M.T., Gabrielli, S., Green, J.J., Rizzo, N., Mahoney, M.J., Salafia, C. o.fl. (1990). Diagnosis and significance of cystic hygroma in the first trimester. *Prenatal Diagnosis*, 10(10), 643-651.

Finberg, H. J. (2004). Whither (with?) the Ultrasound Specialist? *Journal of Ultrasound in Medicine: Official Journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*, 23(12), 1543-1547.

Gil, M., Quezada, M., Revello, R., Akolekar, R. og Nicolaides, K. (2015). Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for fetal aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 45(3), 249-266.

Guðlaug Torfadóttir og Jón Jóhannes Jónsson. (2001). Lifefnaskimun fyrir fósturgöllum. *Læknablaðið*, 87, 431-440.

Hagstofa Íslands. (2017). Lífandi fæddir, öll börn og frumburðir eftir aldri móður 1971-2015. Sótt 21. mars 2017 á http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar_Faeddirdanir_Faeddur_faedingar/MAN05101.px

Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfreðsdóttir, Rúnar Reynisson, Sigríður Sía Jónsdóttir og Þóra Steingrimsdóttir. Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klinískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið 2010. Sótt 17. mars 2017 af: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>.

Hill, M., Fisher, J., Chitty, L. S. og Morris, S. (2012). Women's and health professionals preferences for prenatal tests for Down syndrome: a discrete choice experiment to contrast noninvasive prenatal diagnosis with current invasive tests. *Genetics in Medicine*, 14(11), 905- 913. doi: 10.1038/gim.2012.68.

Holland, W.W., Stewart, S. og Masseria, C. (2006). Policy Brief: Screening in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies: WHO. Sótt 21. mars 2017 á http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/108961/E88698.pdf

Hulda Hjartardóttir. (2001). Legvatnsástunga og fylgjuvefssýni til greiningar á litningagerð fósturs. *Læknablaðið*, 87(5), 447-449.

Iwarsson, E., Jacobsson, B., Dagerhamn, J., Davidson, T., Bernabé, E. og Armlind, M.H. (2017). Analysis of cellfree fetal DNA in maternal blood for detection of trisomy 21, 18 and 13 in a general pregnant population and in a high risk population - a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(1), 7-18. doi: 10.1111/aogs.13047

Jóhann Heiðar Jóhannsson. (2001). Litningarannsóknir til fósturgreiningar. *Læknablaðið*, 87(5), 451-453.

Kristín Rut Haraldsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir og Reynir Tómas Geirsson. (2014). Fósturlát í kjölfar legvatnsástungu og fylgjusýnitöku á Íslandi. *Læknablaðið*, 100, 147-151.

Landlæknisembættið. (2006). Tilmæli um fósturskimun á meðgöngu. Dreifibréf Landlæknisembættisins nr. 9/2006. Sótt 17. mars 2017 af: <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisstarfsfolk/dreifibref/nanar/item15335/Dreifibref-nr-9/2006--Fosturskimun-a-medgongu>

Lo, Y. M. D., Corbetta, N., Chamberlain, P. F., Rai, V., Sargent, I. L., Redman, C. W. G. o.fl. (1997). Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. *The Lancet*, 350, 485-487.

Maria Hreinsdóttir. (2001). Ráðgjöf til foreldra um ómskoðanir í meðgöngu. *Læknablaðið*, 87(5), 459-461.

Maria Hreinsdóttir og Ólafía Margrét Guðmundsdóttir. (2009). Ljósmaður við ómskoðanir í 25 ár. *Ljósmaðrablaðið*, 87(2), 15-19

Nicolaides, K.H., Azar, G., Byrne, D., Mansur, C. og Marks, K. (1992). Fetal nuchal translucency: ultrasound screening for chromosomal defects in first trimester of pregnancy. *British Medical Journal* 304(6831), 867-889.

Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smásson, Gestur I. Pálsson og Eva Jónasdóttir (ritstj.). (2014). *Skýrsla frá Fæðingarskráningunni fyrir árið 2014*. Landspítali: Kvenna- og barnasvið.

Szabo, J. og Gellen, J. (1990). Nuchal fluid accumulation in trisomy-21 detected by vaginal sonography in first trimester. *Lancet*, 336(8723), 1133.



ARDO brjóstagjafarvörur í Rekstrarlandi

Pegar kemur að því að geyma og meðhöndla brjóstamjól er mikilvægt að vanda valið. Rekstrarland býður upp á fyrsta flokks brjóstagjafarvörur frá ARDO sem fagaðilar mæla óhikað með. Vönduðu rafmagns- og handdælnar frá ARDO hafa reynst fjölmörgum mæðrum frábærlega enda eru þær bæði skilvirkar og þægilegar í notkun.

Rekstrarland býður einnig mikið úrval af fylgihlutum:

- Frystipokar
- Brjóstakrem
- Brjóstainnlegg og leka hlífur
- Brjóstamjólkurílát og fleira

Allar vörur frá ARDO eru framleiddar í Sviss.



Rekstrarland leigir út brjóstadælar til lengri eða skemri tíma.

Starfsnám í fósturgreiningu

á Göngudeild mæðraverndar og fósturgreiningar á Landspítala



Höfundarnir Guðrún Huld og Signý Dóra.

Fósturgreining er nákvæm rannsókn sem krefst vandaðra vinnubragða og góðrar undirstöðuþekkingar. Undanfarin misseri hefur farið af stað langþráð þjálfun nýliða í fósturgreiningu á Landspítala. Um er að ræða eins árs skipulagt nám á Göngudeild fósturgreiningar hér heima og erlendis, þar sem bóknað og verkleg kennsla er samþætt. Kristín Rut Haraldsdóttir sérfræðiljósmodir í fósturgreiningu sér um skipulag námsins og heldur utan um nemana á námstímanum. Stuðst er við námsefni Fetal Medicine Foundation (FMF) sem hefur verið leiðandi í kennslu og rannsóknum á sviði fósturgreiningar. Einnig er sótt námskeið hjá Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) í London.

Á síðustu 18 mánuðum hafa þrjár ljósmæður hafið þetta nám og hefur ein nú þegar lokið námi og tvær eru komnar vel áleiðis. Fósturgreining var alveg nýr starfsvettvangur fyrir okkur sem ljósmæður þar sem fyrra nám og reynsla nýttust aðeins að hluta og minna en á mörgum öðrum stöðum. Okkur langar að segja aðeins frá náminu og upplifun okkar af því.

Áður en byrjað er á kennslu í fósturgreiningu er nemandinn kynntur fyrir störfum ljósmóður á fósturgreiningardeild þar sem nemandinn fylgir reyndum ljósmæðrum í allar tegundir ómskoðana. Þetta var spennandi en jafnframt ofurlítið ógnvekjandi. Á skjánum birtust myndir af litlum geimverum sem ýmist kúðu í hinum ýmsu stellingum eða voru ekki kyrrar eitt augnablik. Ljósmæðurnar renndu af mikilli fimi í gegnum skoðun eftir skoðun. En eftir stóð neminn sem eitt stórt spurningamerki, hvernig sá hún nýrun? Hvað á lærleggur að vera langur og hvernig læri ég þetta? Hér runnu á okkur tvær grímur, hvað vorum við búnar að koma okkur út í? Smám saman áttuðum við okkur á því sem á skjánum var og við tók næsta skref.

Næsta skref fólst í að við sjálfar lærðum tæknina við að ná þeim sneiðmyndum sem fósturrannsóknirnar byggja á. Byrjað er á að kenna 20 vikna skoðun, misjafnt er hversu langan tíma það tekur að ná færni en algengt er að það taki um þrjá mánuði. Meðan á þessari þjálfun stendur er áfram unnið í bóklega náminu, tekið hjartanámskeið hjá FMF og rýnt í myndbönd af fósturgöllum. Sótt er veggja daga námskeið hjá RCOG í London. Nemandinn safnar grunnmyndum

sem 20 vikna skoðunin byggist á í „loggbók“ og eftir að færnin hefur verið metin fær viðkomandi leyfi til að framkvæma skoðun við 20 vikur sjálfstætt. Hér byrjaði sem sagt leitinn að föstrinu, neminn með „prób“ í hönd og fullur eftirvæntingar. En það er ekkert grín að ná að mynda kríli sem er að meðaltali 25cm langt, vegur um 300g, liggur í alls konar stellingum, og syndir um í nægu vatni. Okkur fannst við rosa klárar ef við náðum að mæla koll OG ná rétttri mynd af heilanum. Smátt og smátt batnaði færnin og við fengum meira sjálfstraust. Við áttum okkar góðu daga þar sem við náðum öllum myndunum og líka erfiða daga þar sem ekkert virtist ganga upp.

Sem betur fer sjá reyndar ljósmæður um að leiðbeina og styðja við okkur nemana því þegar erfiðlega gekk þurftum við svo sannarlega á uppörvun og stuðningi að halda. Hér byrjum við algerlega á byrjunarreit. Það er ekki hægt að lesa sér til um fósturgreiningu og byrja bara, það þarf langa og stranga þjálfun og við vorum fljótur að átta okkur á því. Flestir sem koma í skoðun fara út með góðar fréttir og glaðir með að hafa fengið að horfa á barnið sitt stutta stund. Því miður er ekki alltaf svo og við þurfum stundum að færa erfiðar fréttir. Það er kannski þar sem fyrri reynsla úr hjúkrun og ljósmóðurstarfinu nýtist vel.

Næsta verkefni var að læra að meta vöxt hjá föstri og gera blóðflæðimælingar. Áfram heldur lesturinn og leiðbeinandi er með nemanda þar til hann hefur náð færni til að gera þessa skoðun sjálfur. Aftur er misjafnt hvað það tekur langan tíma en núna er komin færni í tækninni sem gerir þetta auðveldara. Þegar hingað var komið héldum við að við værum nú „meðetta“, en svo var nú ekki alveg enda þessi rannsókn talsvert frábrugðin 20 vikna skoðun. Með aukinni reynslu kom þó sjálfstraustið við þessa skoðun og við gátum haldið áfram.

Þegar nemandi hefur náð góðri færni í ofantöldu hefst kennsla í 11-14 vikna skimun. Þar er eins og áður stuðst við námskeið á netinu hjá FMF og nemandi tekur próf, sendir myndir til FMF og að fengnu samþykki þeirra er viðkomandi kominn með formleg réttindi til að framkvæma 11-14 vikna ómun og mæla hnakkapýkt. Þetta leyfi þarf síðan að endurnýja árlega. Unnið er að því að allir þeir sem gera 20 vikna ómun fái einnig til þess formlegt leyfi frá FMF, sambærilegu við það sem gildir fyrir 11-14 vikna skimunina. Fram að þessu hefur ekki verið um það að ræða heldur uppfyllir nemandi ákveðin hæfnivíðmið sem leiðbeinendur á deildinni meta.

Námið í fósturgreiningu er bæði áhugavert og spennandi en gerir líka miklar kröfur um fagmennsku, þolinmæði og nákvæmni. Einnig er það krefjandi að fara úr því að vera fullfær í starfi þar sem hæfni og þekking manns nýtist og fara því sem næst á byrjunarreit aftur. Við hefðum eflaust farið nálægt því að gefast upp einhverstaðar á leiðinni ef ekki væri fyrir dásamlegt samstarfsfólk sem hefur hvatt okkur áfram og stappað í okkur stálinu.

Eftir eitt ár í starfsnámi á fósturgreiningardeild ætti viðkomandi að hafa færni í allar helstu skoðanir sem eru framkvæmdar á deildinni. Oft er það þó svo að fyrstu árin þarf að leita ráða og fá hjálp við erfiðari verkefni. Það má með sanni segja að góð samvinna sé milli fagstétta á deildinni, þar sem lækna og ljósmæður vinna saman að því að veita framúrskarandi þjónustu til sinna skjólstæðinga. Það er metnaður deildarinnar að þar starfi einungis þeir sem hafa aflað sér menntunar og öðlast færni til að sinna ómskoðunum þungaðra kvenna.

Guðrún Huld Kristinsdóttir
og Signý Dóra Harðardóttir

Íslenskar ljósmæðrarannsóknir

Síðastliðið ár hafa íslenskar ljósmæður stundað margvíslegar rannsóknir sem geta haft áhrif á stefnumótun um barneignarþjónustu og störf ljósmæðra á Íslandi. Ljósmæðrablaðið er sameiginlegur vettvangur okkar og því kjörið að kynna hér þau rannsóknarverkefni sem íslenskar ljósmæður vinna að í dag og rannsóknargreinar sem birst hafa á öðrum vettvangi og íslenskar ljósmæður eru höfundar að.

Sigfríður Inga Karlsdóttir lauk þann 15. desember síðastliðinn doktorsnámi í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands þar sem hún rannsakaði sársauka í fæðingu frá sjónarhóli kvenna. Í dag stunda fjórar íslenskar ljósmæður rannsóknarnám á doktorsstigi, en þær eru Ingibjörg Eiríksdóttir, Sigríður Sía Jónsdóttir, Valgerður Lisa Sigurðardóttir og Emma Swift. Íslenskar ljósmæður eru þátttakendur í stórum samstarfsverkefnum bæði á innlendum og erlendum vettvangi. Þau verkefni og rannsóknir sem unnið er að um þessar mundir eru:

- Barneign og Heilsa: Hildur Kristjánsdóttir og Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir.
- BIDENS rannsóknarsamstarfið (Belgium, Iceland, Denmark, Estonia, Norway and Sweden): Hildur Kristjánsdóttir.
- COST verkefnið Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Dr. Helga Gottfreðsdóttir.
- COST verkefnið BIRTH, Building Intrapartum Research Through Health: Dr. Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Sía Jónsdóttir.
- MiMo módelið: Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir
- The Nordic Homebirth Study: Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Ásrún Ösp Jónsdóttir og Dr. Berglind Hálfðánsdóttir.
- Fjölpjódlegt rannsóknarsamstarf um mælikvarða til að meta fæðingarótt: Emma Svift.
- Við fyrri samstarfsverkefni hefur bæst þátttaka Dr. Berglindar Hálfðánsdóttur í rannsóknarsamstarfinu International Variations Study í Hollandi, Brasilíu, Kanada, Chile, Danmörku, Belgíu, Frakklandi, Þýskalandi, Íslandi, Írlandi, Möltu, Mexíkó, Norður-Írlandi, Noregi, Bretlandi og Bandaríkjunum undir stjórn Dr. Ank de Jonge, þar sem skoðuð verður tíðni inngripa í ólíkum löndum og tengsl inngripatíðni við útkomu fæðinga.

Aðeins ein ritrýnd grein íslenskra ljósmæðra birtist í Ljósmæðrablaðinu á síðasta ári, eftir Ásrúnu Ösp Jónsdóttur og Ólöfu Ástu Ólafsdóttur undir heitinu: Reynsla íslenskra feðra af heimafæðingu „Frábær upplifun, algjörlega rétt ákvörðun fyrir okkur“

Á sama tíma hafa birst í öðrum tímaritum í það minnsta sex ritrýndar greinar um rannsóknir sem íslenskar ljósmæður hafa gert á efni sem snertir ljósmæðraþjónustu á Íslandi (greinar sem eru hluti af doktorsverkefni eru stjórnumerkta):

Sigrún Ingvarsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í *Læknablaðinu* í júní 2016 greinina **Viðhorf barnshafandi kvenna og heilbrigðisstarfsmanna til fósturskimunar í móðurblóði:** <http://www.laeknabladid.is/tolublod/2016/06/nr/5916>

Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *BMC Pregnancy and Childbirth* í júlí 2016 greinina **Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth:** <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0990-0>

Hildur Kristjánsdóttir og samstarfsaðilar hennar í BIDENS rannsóknarsamstarfinu birtu í tímaritinu *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology* í september 2016 greinina **Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth – a six-country cohort study:** <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0167482X.2016.1181055?journalCode=ipob20>

Hildur Kristjánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Scandinavian journal of primary health care* í desember 2016 greinina **History of violence and subjective health of mother and child:** <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2016.1249060>

*Sigríður Sía Jónsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Women and Birth* í febrúar 2017 greinina **Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women:** <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216300919>

*Emma Swift, Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Sexual & Reproductive Healthcare* í Mars 2017 greinina **Opting for natural birth: A survey of birth intentions among young Icelandic women:** <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575616301409>

Að auki má til gamans geta þess að fjölmargar íslenskar ljósmæður munu kynna rannsóknir sínar á alþjóðlegri ráðstefnu ICM, alþjóðasamtaka ljósmæðra, í Toronto í júnímánuði. Ljósmæðrablaðið hvetur íslenskar ljósmæður til að fylgjast með nýrri þekkingu sem verður til með rannsóknum íslenskra ljósmæðra og jafnframt nýta sér þá styrki sem í boði eru til starfsþróunar til að sækja ráðstefnur um málefni tengd barneignarferlinu hér á landi sem á erlendri grund.

Berglind Hálfðánsdóttir



Næringarmeðferð í mæðravernd á Íslandi staða þekkingar og framtíðarsýn.

Mikilvægi næringarástands móður á meðgöngu og tengsl þess við þroska, vöxt og heilsu barnsins til skemmri og lengri tíma hefur víða verið lýst í rannsóknum (Barker, 2007; Koletzko o.fl., 2014; Netting o.fl., 2014; Ramakrishnan o.fl., 2012). Í þessari grein verður fjallað um aðferðafræðilegar áskoranir í næringarfræði, íslenskar rannsóknir sem tengjast mataræði á meðgöngu og hugmyndir um það hvernig hægt væri að innleiða markvissa næringarmeðferð í mæðravernd á Íslandi til þeirra kvenna sem mest þurfa á slíkri meðferð að halda.

Fæðumynstur kvenna á meðgöngu sem einkennist af riflegri neyslu ávaxta og grænmetis, fisks og hollrar fitu og um leið minni neyslu á næringarsnauðum fæðutegundum tengist minni líkum á meðgöngueitrun, fyrirburafæðingum og öðrum meðgöngukvillum í stórum norrænum rannsóknum (Brantsaeter o.fl., 2009; Englund-Ögge o.fl., 2014; Haugen o.fl., 2008; Knudsen o.fl., 2008; Meltzer o.fl., 2011). Íslensk rannsókn (n=162) frá árunum 2012-2013 sýndi að heilsusamlegt mataræði kvenna á meðgöngu tengist minni líkum á meðgöngusykursýki, eftir að leiðrétt hafði verið fyrir þáttum á borð við aldur, fjölda fyrri barna, þyngd fyrir meðgöngu, orkuinntöku á meðgöngu, vikulegri þyngdaraukningu og hreyfingu (OR: 0,36 95% öryggismörk: 0,14, 0,94) (Tryggvadóttir o.fl., 2016). Neysla lykilnæringarefna fyrir fósturþroska, svo sem omega-3 fitusýra, jóðs og D-vítamíns var af skornum skammti hjá hluta kvenna og fæðuval var almennt ekki eins gott og best væri kosið (Gunnarsdóttir o.fl., 2016; Tryggvadóttir o.fl., 2016), sem er í samræmi við niðurstöður fyrri rannsókna, bæði erlendra og innlendra (Rodriguez-Bernal o.fl., 2013; Haugen o.fl., 2008; O'Neill o.fl., 2011; Ólafsdóttir o.fl., 2006). Það er ljóst að næring á meðgöngu er mikilvæg.

Brýn þörf á skimunartæki

Sú aðferð sem helst er notuð til að rannsaka mataræði í stórum faraldsfræðilegum rannsóknum er tíðnisurningalisti (Food Frequency Questionnaire) (Brantsaeter o.fl., 2009; Knudsen o.fl., 2008). Til að fá nákvæmar upplýsingar um orkuneyslu, framlag orkugefandi næringarefna (fitu, próteina og kolvetnis) til heildarorkuneyslu auk neyslu einstakra næringarefna þá þarf slíkur listi að vera mjög ítarlegur (að lágmarki 180 spurningar eða 10 blaðsíður með ítarlegum spurningum um neyslu mismunandi matvæla). Þar af leiðandi tekur dagóðan tíma að svara listanum (allt að klukkutíma). Aðrar aðferðir sem notaðar eru til að kanna mataræði eru ennþá tímafrekari og um leið dýrari en tíðnisurningalistar. Má þar nefna skráningu neyslu í nokkra daga (yfirleitt þriggja til sjö daga matardagbók) (Gunnarsdóttir o.fl., 2016), upprifjun á mataræði (Þorgeirsdóttir o.fl., 2011) og fæðissögu sem fer fram í viðtali



Dr. Ingibjörg Gunnarsdóttir, næringarfræðingur, Næringastofu Landspítala.

Samstarfsaðilar:

*Laufey Hrólfsdóttir næringarfræðingur,
Bryndís Eva Birgisdóttir næringarfræðingur,
Þórhallur Ingi Halldórsson líftölfraðingur,
Ingibjörg Th Hreiðarsdóttir ljósmóðir
Hildur Harðardóttir lækni.*

við næringarfræðing (tekur yfirleitt um klukkustund). Tímafrekar aðferðir eru í senn dýrar í framkvæmd og fráhrindandi og ekki fýsilegur kostur í klínisku starfi. Brýn þörf er á einföldu skimunartæki til að finna þær konur sem gætu verið að stofna eigin heilsu og fóstursins í hættu með of lítilli neyslu næringarefna sem gegna lykilhlutverki við fósturþroska eða með óheilsusamlegu fæðumynstri. Slíkt skimunartæki þarf ekki einungis að endurspeglar heildargæði mataræðis móður á meðgöngu heldur er einnig mikilvægt að skilgreining á hollustu fæðumynsturs út frá spurningalistanum tengist þekktum áhættuþáttum á meðgöngu eða í fæðingu.

Það borða ekki allar konur yfir kjörþyngd óhollan mat

Töluverð reynsla er komin á skimun fyrir vannæringu (orku- og próteinskorti) meðal sjúklinga á sjúkrastofnunum (Stratton o.fl., 2006; Þórsdóttir o.fl., 1999), meðan skimun fyrir óheilsusamlegu mataræði (nutritional risk) á meðgöngu þekkist ekki. Þyngd fyrir þungun og þyngdaraukning á meðgöngu eru hins vegar breytur sem hafa verið skráðar í sjúkraskrá

(mæðraskrá) víða um heim um árabíl. Í dag er vel þekkt að þyngd móður fyrir þungun ásamt mikilli þyngdaraukningu á meðgöngu tengist ýmsum kvillum á meðgöngu og aukinni tíðni ofþyngdar hjá barninu (Cnattingius o.fl., 2013; Lau o.fl., 2014). Því hefur þyngd fyrir þungun (líkamsþyngdarstuðull) víða verið notuð til að meta þörf kvenna fyrir lífsstílsíhlutanir á meðgöngu. Íhlutanir sem fela í sér bætt mataræði og aukna hreyfingu skila yfirleitt ágætis árangri með tilliti til þyngdaraukningar á meðgöngu (Muktabhant o.fl., 2015). Hins vegar eru verndandi áhrif lífsstílsíhlutanna með tilliti til áhættu fyrir meðgöngusykursýki ekki eins skýr (Bain o.fl., 2015; Poston o.fl., 2015). Hluti skýringarinnar gæti legið í því að þátttakendur í þessum rannsóknum voru valdir á grundvelli þyngdar fyrir þungun en ekki á grundvelli þess hvernig mataræði þeirra (eða hreyfing) var í upphafi meðgöngu. Það er líkt og gert sé ráð fyrir að allar konur yfir kjörþyngd hefðu gagn af því að breyta mataræði sínu. Ein áhugaverðasta niðurstaða nýlegrar íslenskrar rannsóknar var sú að konur yfir kjörþyngd sem borðuðu hollan mat reyndust ekki vera í meiri hættu á að fá meðgöngusykursýki heldur en konur í kjörþyngd (Tryggvadóttir o.fl., 2016) og óverulegur munur virtist vera á mataræði kvenna í kjörþyngd og þeirra sem voru annað hvort of þungar eða of feitar fyrir þungun (Gunnarsdóttir o.fl., 2016). Bendir þetta til þess að sú hefð að velja konur inn í lífsstílsíhlutanir á grundvelli þyngdar eingöngu sé ekki endilega besta nálgunin.

Það að velja þátttakendur inn í lífsstílsíhlutun á grundvelli mataræðis er hins vegar flókið, þar sem sú aðferðafræði sem viðurkennd er í dag til að kanna mataræði einstaklinga er mjög kostnaðarsöm. Víða um heim leita menn að nýjum aðferðum til að meta fæðuval

fólks á einfaldari hátt, en þessar aðferðir eiga það flestar sameiginlegt að krefjast lífsýnis og eru þær mælingar auk þess framkvæmdar á dýrum tækjabúnaði. Af þessum sökum má teljast ólíklegt að þessar aðferðir muni rata inn í klínískt starf á næstu árum. Skortur er í dag á gildismetnu skimunartæki sem á fljótlegan hátt getur metið hættu á ófullnægjandi mataræði, til dæmis meðal barnshafandi kvenna. Slíkt tæki er forsenda þess að hægt sé að innleiða markvissar íhlutanir í mæðravernd þar sem kröftum væri beint að þeim konum þar sem ófullnægjandi næring skapar heilsufarslega áhættu fyrir móður og barn. Mikill sparnaður gæti falist í því að „flokka“ barnshafandi konur inn í lífsstílsíhlutanir í heilbrigðiskerfinu eftir niðurstöðum skimunar fyrir ófullnægjandi mataræði fremur en að gera ráð fyrir því að allar konur sem eru yfir kjörþyngd séu í aukinni hættu (Tryggvadóttir o.fl., 2016).

Leitin að hagkvæmri næringarmeðferð á meðgöngu

Sumarið 2015 fékk fyrirtækið Næring móður og barns ehf. styrk úr Tækniþróunarsjóði Rannís til rannsókna sem hafa verið unnar í nánú samstarfi við Rannsóknastofu í næringarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala, Kvennadeild Landspítala og Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Akureyri. Rannsóknasjóður Háskóla Íslands og Vísindasjóður Landspítala hefur einnig stutt við bakið á þeim vísindamönnum sem standa að baki rannsóknunum. Vísindalegt gildi rannsóknanna felst meðal annars í því að kanna hvort stuttur spurningalisti um fæðuval (skimunartæki) sem lagður er fyrir á fyrsta þriðjungi meðgöngu geti gefið vísbendingar um áhættu á alvarlegum fylgikvillum á meðgöngu til viðbótar við þær vísbendingar sem þekktir áhættuþættir á borð við aldur móður, þyngd og fjölskyldusögu geta gefið. Praktískt gildi rannsóknarinnar felst í því að skilgreina „hversu vont er vont?“ eða „hversu gott er gott?“. Breyting á mataræði getur valdið streitu og þar af leiðandi óþarfi að gera breytingar á mataræði á þessu viðkvæma tímabili ef ekki má vænta þess að breytingin skili ávinningi.

Barnshafandi konum sem mættu í ómskoðun á kvennadeild Landspítala við 11.-14. viku meðgöngu á tímabilinu 1. október 2015 til 31. september 2016 var boðin þátttaka í rannsókninni. Reiknað var með um 80% þátttöku, sem gekk eftir, en alls svöruðu 2117 konur spurningalistanum á rannsóknatímabilinu. Fjöldi þátttakenda gefur nægt tölfraðilegt afl til að skoða tengsl milli fæðuvals og kvilla á meðgöngu á borð við meðgönguháþrýsting, meðgöngusykursýki og meðgöngueitrun (Eliasdóttir o.fl., 2010). Síðanefnd Landspítala samþykkti rannsóknáætlunina (21/2015). Spurningalistinn byggir á norrænum (Nordic Nutrition Recommendations, 2012) og íslenskum ráðleggingum um næringarefni og fæðuval (Embætti landlæknis, 2014), upplýsingum um neysluvenjur íslenskra kvenna á barneignaaldri (Þorgeirsdóttir o.fl., 2011) sem og nýlegum rannsóknum á tengslum fæðuvals og næringargildi fæðu kvenna á meðgöngu við heilsu móður og barns (Gunnarsdóttir o.fl., 2013; Bath o.fl., 2013; Zhou o.fl., 20 til almennrar notkunar á joðbætiefnum meðal barnshafandi kvenna á Íslandi. Grein sem birtist nýlega í Læknablaðinu styður það að ekki sé æskilegt að ráðleggja öllum barnshafandi konum á Íslandi að taka inn joð sem bætiefni á meðgöngu, þar sem slíkt gæti aukði hættu á ofskömmtum hjá hluta þýðisins (Gunnarsdóttir o.fl., 2016). Eina raunhæfa leiðin virðist vera sú að þróa skimunartæki sem gæti gefið í skyn áhættu á joðskorti og í framhaldi af því að móta leiðbeinandi einstaklingsmiðaðar ráðleggingar fyrir þessar konur.

Sú leið sem oftast er notuð til að skilgreina joðhag þjóða og einstakra hópna er að mæla styrk joðs í þvagprufum frá að minnsta kosti 100 einstaklingum. Reynist miðgildi joðstyrks í þvagi lægra en 150 µg/L í hópi barnshafandi kvenna bendir það til joðskorts í þýðinu (WHO/ UNICEF, 2007; WHO/UNICEF/ICCIDD 2007). Ein þvagprufa er ekki nægjanleg til að gefa til kynna joðhag einstaklinga en talið er að safna þurfi þvagi í allt að 7-14 daga til að niðurstöðurnar séu marktækar fyrir einstaklinginn. Nákvæmari, einstaklingsmiðaðar aðferðir eru í þróun. Dæmi um slíka aðferð eru mælingar á thyroglobulíni í blóði eða serum (Völzke o.fl., 2016). Það má telja ólíklegt að slíkar aðferðir verði innleiddar í klínískt starf á næstunni og muni notkun aðferðanna væntanlega takmarkast við rannsóknir fyrst um sinn. Í ljósi þessa hefur

umræða skapast meðal sérfræðinga á Norðurlöndum (Nyström o.fl., 2016) og í Evrópu (Völzke o.fl., 2016), hvort hægt sé að nota einfalda spurningalista um fæðuval til að meta hættu á joðskorti á meðgöngu. Þar sem helstu uppsprettur joðs í íslensku mataræði (og norsku) eru fyrst og fremst tvær, fiskur og mjólk, þá eru ákvæðnar líkur á að þetta sé hægt hérlandis (Nyström o.fl., 2016).

Fyrstu niðurstöður rannsókna okkar sem lýst hefur verið hér benda til þess að um 12% barnshafandi kvenna borði fisk <1x í viku og noti jafnframt <1 skammt af mjólkurvörum á dag (óbirtar niðurstöður sem byggja á svörum 700 kvenna á tímabilinu október 2015 til janúar 2016). Þessi hópur fær að öllum líkindum ekki nægt joð úr fæði eða vel innan við helming þess sem ráðlagt er. Miðað við þessar niðurstöður þá áætluðum við að með því að safna þvagsýnum frá 1000 konum fengist nægur fjöldi sýna (n>100) frá konum sem gætu verið í hættu á joðskorti og unnt væri að bera joðstyrk í þvagi þeirra saman við skilgreiningar Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar á joðskorti á meðgöngu (miðgildi <150 µg/L) og kvenna sem fylgja ráðleggingum um fisk og mjólkurneyslu. Vísindasiðanefnd hefur samþykkt rannsóknáætlun okkar (VSN-17-057-S1) og er áætlað að gagnasöfnun hefjist haustið 2017 á Kvennadeild Landspítala.

Er rafræn einstaklingsmiðuð næringarráðgjöf lausn?

Næring móður og barns ehf. hefur einnig staðið fyrir forrannsókn í samstarfi við Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Akureyri og Rannsóknastofu í næringarfræði með fjárhagslegum stuðningi frá Tækniþróunarsjóði. Markmið þeirrar rannsóknar er að kanna hvort rafræn, einstaklingsmiðuð næringarráðgjöf sem beint er til barnshafandi kvenna gæti tengst bættu mataræði þeirra síðar á meðgöngunni og minni líkum á óhóflegri þyngdaraukningu á meðgöngu. Skimað var fyrir hugsanlegum þáttakendum (n=100) á Heilsugæslunni á Akureyri. Skilyrði fyrir þátttöku voru: Aldur ≥18 ár og ≤45 ár, líkamsþyngdarstuðull ≥25 kg/m2. Konur með undirliggjandi sjúkdóma (áhættumeðgangi) og fjölbyrjur voru útilokaðar frá þátttöku. Þátttakendum var slembidreift í tilraunahóp (n=50) sem fékk aðgang að rafrænni, einstaklingsmiðaðri næringarráðgjöf gegnum vefsíðuna Næring móður og barns (www.nmb.is) og viðmiðunarhóp (n=50) sem fékk hefðbundna mæðravernd, en tryggt var að allir í viðmiðunarhóp fengju viðeigandi bæklinga um fæðuval samkvæmt klínískum leiðbeiningum.

Munur á fæðuvali og næringargildi fæðu milli tilraunahóps og viðmiðunarhóps verður metið með sólarhrings upprifjunum á mataræði á öðrum (24.-26.viku) og þriðja þriðjungi meðgöngu (35.-38.viku). Næringarfræðingurinn sem tekur viðtölin hefur ekki upplýsingar um það hvorum hópnum þátttakendur tilheyra. Upplýsinga um fæðuval, hæð og þyngd fyrir þungun, félagslegan bakgrunn, reykingasögu, aldur, fjölda fyrri barna og viðhorf til næringarráðgjafar verður aflað með spurningalista. Vísindalegt gildi rannsóknarinnar felst fyrst og fremst í því að kanna fýsileika þess að nota rafræna, einstaklingsmiðaða næringarráðgjöf til að bæta fæðuval og minnka líkur á óhóflegri þyngdaraukningu kvenna á meðgöngu og fá vísbendingar um gagnsemi þess með tilliti til fæðuvals og þyngdaraukningar. Rannsóknin, sem lýkur í september 2017, mun gefa okkur vísbendingar um það hvort sjálfsskoðun kvenna á eigin mataræði og einstaklingsmiðaðar ráðleggingar út frá því hvernig mataræði konunnar er í dag skili sér í betra fæðuvali samanborið við almenna upplýsingagjöf.

Framtíðarsýn

Það getur verið flókið að breyta fæðuveinum og er það einn megin tilgangur rannsókna okkar að hjálpa þeim sem sinna mæðravernd að forgangsraða þeim ráðleggingum á breytingum á fæðuvali sem líklega myndu skila mestum ávinningi til barnshafandi kvenna. Í drögum að tillögu til þingsályktunar um heilbrigðisstefnu til ársins 2022 er gert ráð fyrir að næringarfræðingar verði að störfum í um helmingi heilsugæslustöðva á landinu í lok árs 2022. Hlutverk næringarfræðinga er ekki skilgreint nákvæmlega í stefnunni, en sá hópur sem stendur að þessari grein er sammála um að aðkomu næringarfræðinga að mæðravernd (sem og ung- og smábarnavernd) sé ofarlega í

forgangsstöðinni. Til framtíðar sjáum við fyrir okkur að tilvísun til næringarfræðings í mæðravernd muni ekki byggja á sjúkdómsgreiningu (t.d. offitu, sykursýki, háþrýstingi) heldur niðurstöðu skimunar á fæðuvali konunnar. Það hvort skimunin muni eiga sér stað á vefsíðu sem ætluð er barnshafandi konum, í tengslum við fösturskimun við 11.-14.viku meðgöngu eða í mæðravernd heilsugæslunnar skiptir ekki höfuðmáli. Mikilvægast er að verkefnið haldi áfram, innviðir verði byggðir upp og að rannsóknaniðurstöðurnar verði nýttar til að bæta þjónustu við barnshafandi konur á Íslandi.

HEIMILDIR

Bain, E., Crane, M., Tieu, J., Han, S., Crowther, C.A. og Middleton, P. (2015). Diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD010443.

Barker, D.J. (2007). The origins of the developmental origins theory. *Journal of Internal Medicine*, 261, 412-417.

Bath, S.C., Steer, C.D., Golding, J., Emmett, P. og Rayman, M.P. (2013). Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Lancet*, 382, 331-337.

Brantsæter, A.L., Haugen, M., Samuelsen, S.O., Torjusen, H., Trogstad, L., Alexander, J., o.fl. (2009). A dietary pattern characterized by high intake of vegetables, fruits, and vegetable oils is associated with reduced risk of preeclampsia in nulliparous pregnant Norwegian women. *Journal of Nutrition*, 139 (6), 1162-1168.

Cnattingius, S., Villamor, E., Johansson, S., o.fl. (2013). Maternal obesity and risk of preterm delivery. *Journal of the American Medical Association*, 309, 2362-2370.

Eliasdóttir, Ó.J., Harðardóttir, H. og Þórkelsson, Þ. (2010). Áhrif þyngdar verðandi mæðra á meðgöngu, fæðingu og nýbura. *Læknablaðið*, 96, 691-696.

Embætti landlæknis (2014). Grundvöllur ráðlegginga um mataræði og ráðlagðir dagskamtar næringarefna. Reykjavík.

Englund-Ögge, L., Brantsæter, A.L., Sengpiel, V., Haugen, M., Birgisdóttir, B.E., Myhre, R., o.fl. (2014). Maternal dietary patterns and preterm delivery: results from large prospective cohort study. *British Medical Journal*, 348, g1446.

Haugen, M., Meltzer, H.M., Brantsæter, A.L., Mikkelsen, T., Osterdal, M.L., Alexander, J., o.fl. (2008a). Mediterranean-type diet and risk of preterm birth among women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa): a prospective cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 87, 319-324.

Haugen, M., Brantsæter, A.L., Alexander, J. og Meltzer, H.M. (2008). Dietary supplements contribute substantially to the total nutrient intake in pregnant Norwegian women. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 52, 272-280.

Hyppönen, E., Cavadino, A., Williams, D., Fraser, A., Vercekey, A., Fraser, W.D., o.fl. (2013). Vitamin D and pre-eclampsia: original data, systematic review and meta-analysis. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 63, 331-340.

Hrólfsdóttir, L., Halldórsson, T.I., Birgisdóttir, B.E., Harðardóttir, H., Hreiðarsdóttir, I.Th. og Gunnarsdóttir, I. (2017). Fæðumynstur á meðgöngu – gagnsemi skimunar á fyrsta þriðjungi meðgöngu. *Læknablaðið*, Fylgirit 94, A11.

Gunnarsdóttir, I. og Dahl, L. (2012). Iodine intake in human nutrition: a systematic literature review. *Food & Nutrition Research*, 56. doi: 10.3402/fnr.v56i0.19731.

Gunnarsdóttir, I., Gustavsdóttir, A.G., Steingrimsdóttir, L., Maage, A., Johannesson, A.J. og Thorsdóttir, I. (2013). Iodine status of pregnant women in a population changing from high to lower fish and milk consumption. *Public Health Nutrition*, 16, 325-329.

Gunnarsdóttir, I., Tryggvadóttir, E.A., Birgisdóttir, B.E., Halldórsson, T.I., Medek, H. og Geirsson, R.T. (2016). Fæðuval og næring kvenna á meðgöngu með tilliti til líkamspýngdar. *Læknablaðið*, 102, 378-384.

Gunnarsdóttir, I., Hrólfsdóttir, L., Halldórsson, T.I., Birgisdóttir, B.E., Hreiðarsdóttir, I.Th. og Harðardóttir, H. (2017). Fæðumynstur á meðgöngu - gagnsemi skimunar á fyrsta þriðjungi meðgöngu. *Læknablaðið*, Fylgirit 91, E101.

Keenan, K. og Hipwell, A.E. (2015). Modulation of prenatal stress via docosahexaenoic acid supplementation: implications for child mental health. *Nutrition Reviews*, 73, 166-174.

Knudsen, V.K., Orozova-Bekkevold, I.M., Mikkelsen, T.B., Wolff, S. og Olsen, S.F. (2008). Major dietary patterns in pregnancy and fetal growth. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62, 463-470.

Koletzko, B., Brands, B., Chourdakis, M., Cramer, S., Grote, V., Hellmuth, C., o.fl. (2014). The Power of Programming and the EarlyNutrition project: opportunities for health promotion by nutrition during the first thousand days of life and beyond. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 64, 187-196.

Lau, E.Y., Liu, J., Archer, E., McDonald, S.M. og Liu, J. (2014). Maternal weight gain in pregnancy and risk of obesity among offspring: a systematic review. *Journal of Obesity*, 2014, 524939.

Meltzer, H.M., Brantsæter, A.L., Nilsen, R.M., Magnus, P., Alexander, J. og Haugen, M. (2011). Effect of dietary factors in pregnancy on risk of pregnancy complications: results from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94, 1970S-1974S.

Muktabhant, B., Lawrie, T.A., Lumbiganon, P. og Laopaiboon, M. (2015). Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, CD007145.

Netting, M.J., Middleton, P.F. og Makrides, M. (2014). Does maternal diet during pregnancy and lactation affect outcomes in offspring? A systematic review of food-based approaches. *Nutrition*, 30, 1225-1241.

Nordic Nutrition Recommendations 2012; Integrating nutrition and physical activity. (2014). Nordic Council of Ministers 2014. Sótt 15.mai 2017 af <http://www.norden.org/en/publications/publikationer/2014-002>.

Nyström, H.F., Brantsæter, A.L., Erlund, I., Gunnarsdóttir, I., Hulthén, L., Laurberg, P., o.fl. (2016). Iodine status in the Nordic countries - past and present. *Food & Nutrition Research*, 60, 31969.

O'Neill, J.L., Keaveney, E.M., O'Connor, N., o.fl. (2011). Are women in early pregnancy following the national pyramid recommendations? *Irish Medical Journal*, 104, 270-272.

Olafsdóttir, A.S., Skuladóttir, G.V., Thorsdóttir, I., Hauksson, A. og Steingrimsdóttir, L. (2006). Maternal diet in early and late pregnancy in relation to weight gain. *International Journal of Obesity*, 30, 492-499.

Poston, L., Bell, R., Croker, H., Flynn, A.C., Godfrey, K.M., Goff, L., o.fl. (2015). Effect of a behavioural intervention in obese pregnant women (the UPBEAT study): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 3, 767-777.

Ramakrishnan, U., Grant, F., Goldenberg, T., Zongrone, A. og Martorell, R. (2012). Effect of women's nutrition before and during early pregnancy on maternal and infant outcomes: a systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26, 285-301.

Rodríguez-Bernal, C.L., Ramón, R., Quiles, J., Murcia, M., Navarrete-Muñoz, E.M., Vioque, J., o.fl. (2013). Dietary intake in pregnant women in a Spanish Mediterranean area: as good as it is supposed to be? *Public Health Nutrition*, 16, 1379-1389.

Stratton, R.J., King, C.L., Stroud, M.A., Jackson, A.A. og Elia, M. (2006). 'Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *British Journal of Nutrition*, 95, 325-330.

Tryggvadóttir, E.A., Medek, H., Birgisdóttir, B.E., Geirsson, R.T. og Gunnarsdóttir, I. (2016). Association between healthy maternal dietary pattern and risk for gestational diabetes mellitus. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70, 237-242.

Völzke, H., Caron, P., Dahl, L., de Castro, J.J., Erlund, I., Gaberšček, S., o.fl. (2016). Ensuring Effective Prevention of Iodine Deficiency Disorders. *Thyroid*, 26, 189-196.

WHO/UNICEF. (2007). World Health Organization; 2007. Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children. Joint statement of the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva, World Health Organization.

WHO/UNICEF/ICCIDD. (2008). Assessment of the iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A Guide for program managers. Geneva, World Health Organization.

Zhang, M.X., Pan, G.T., Guo, J.F., Li, B.Y., Qin, L.Q. og Zhang, Z.L. (2015). Vitamin D Deficiency Increases the Risk of Gestational Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*, 7, 8366-8375.

Zhou, S.J., Anderson, A.J., Gibson, R.A. og Makrides, M. (2013). Effect of iodine supplementation in pregnancy on child development and other clinical outcomes: a systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Clinical Nutrition*, 98, 1241-1254.

Þorgeirsdóttir, H., Valgeirsdóttir, H., Gunnarsdóttir, I., Gísladóttir, E., Gunnarsdóttir, B.E., Þórsdóttir, I. o.fl. (2011). Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2010-2011. Helstu niðurstöður. Landlæknir, Matvælastofnun og Rannsóknastofa í næringarfræði, Reykjavík.

Þórsdóttir, I., Eriksen, B. og Eysteinsdóttir, S. (1999). Nutritional status at submission for Dietetic services and screening for malnutrition at admission to hospital. *Clinical Nutrition*, 18, 15-21.



NMB
NÆRING
MÓÐIR & BARN

Næring á meðgöngu er mikilvæg fyrir móður og barn



Velkomin á vefinn www.nmb.is



DHA - Réttu fitusýran fyrir heilann

DHA er eitt af aðalbyggingarefnum heilans.

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

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

www.alvogenius.com

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



VITSMUNABROSKI | ATHYGLISGÁFA | ANDLEG LÍÐAN



Mat á gulu hjá nýburum

- áreiðanleiki blossomæla



Ása Unnur Bergmann,
5. árs læknanemi við H.Í.



Þórður Þórkelsson,
yfirlæknir á Vökudeild
Barnaspítala Hringins

ÁGRIP

Inngangur: Nýburagula orsakast af auknum styrk gallrauða í blóði nýbura fyrstu dagana eftir fæðingu. Sýnileg gula kemur fram hjá allt að 60% nýbura. Yfirleitt þarf ekki að meðhöndla nýburagulu, en ef styrkur gallrauða í blóði verður of hár getur hann valdið varanlegum skaða á miðtaugakerfi. Mæla má styrk gallrauða í blóði með tvennum hætti; blóðmælingu og húðmælingu. Húðmæling er hentug þar sem hún er sársaukalaus og niðurstaða fæst samstundis. Tilgangur rannsóknarinnar var að meta áreiðanleika blossomæla við mat á styrk gallrauða í blóði nýbura. Húðmæling er framkvæmd með blossomæli. Dräger JM103 blossomælir var notaður í rannsókninni.

Efni og aðferðir: Afturskyggn samanburðarrannsókn var gerð á húðmælingum og blóðmælingum á gallrauða hjá nýburum. Klínískra upplýsinga var aflað úr sjúkraskrárn barnanna og mæðraskrárn. Upplýsingum um meðgöngu, fæðingu og mælingu gallrauða var safnað. Alls voru 122 börn í rannsókninni.

Niðurstöður: Fylgni milli húðgildis og blóðgildis var R2=0.7075. Fylgnin fór minnkandi þegar styrkur gallrauðans fór yfir 250 µmol/L, þannig að blóðgildið var þá oftast hærra en húðgildið. Blossamælirinn vanmetur því styrk gallrauða í blóði sé hann umfram 250 µmol/L.

Ályktanir: Við teljum að húðmælingar við mat á nýburagulu hafi ásættanlega fylgni við blóðgildi á gallrauða upp að 250 µmol/L, en við hærri húðgildi sé rétt að taka blóðsýni til staðfestingar. Hugsanlega mætti fækka börnum sem fá alvarlega gulu með því að hvetja ljósmæður til að hafa lágan þröskuld við að blossomæla í heimaþjónustu.

Lýkilhugtök: Nýburagula, gallrauði, nýburar, blossomælir, húðmæling.

INNGANGUR

Nýburagula orsakast af auknum styrk gallrauða í blóði og vefjum nýbura fyrstu dagana eftir fæðingu og sýnileg gula kemur

fram hjá allt að 60% þeirra (Maisels & McDonagh, 2008). Oftast er gulan lífeðlisfræðileg og stafar þá einkum af auknu niðurbroti rauðra blóðkorna, skertri getu lifrar til að skilja út gallrauða fyrstu dagana eftir fæðingu og aukinni endurupptöku gallrauða í þörmum. Yfirleitt þarf ekki að meðhöndla lífeðlisfræðilega gulu. Helsti þekkti orsakavaldur alvarlegrar gulu er misræmi milli blóðflokks móður og barns sem iðullega þarf að meðhöndla með ljósum og jafnvel blóðskiptum. Mikilvægt er að fylgjast vel með gulu hjá nýburum og hefja meðferð tímanlega, því ef styrkur gallrauða í blóði fer umfram bindigetu albúmíns getur hann komist yfir blóð-heila þröskuldinn og valdið alvarlegum skemmdum í miðtaugakerfi og varanlegri fötlun, ástand sem kallast kjarnagula.

Áætla má styrk gallrauða í blóði nýbura með blossomæli út frá styrk gallrauða í húð. Blossamælir (e. transcutaneous bilirubinometer) notfærir sér lögmál um endurkast ljóss til að greina efni sem finna má hverju sinni í húð. Tækið sendir frá sér ljós af mismunandi bylgjulengdum og nemur síðan og greinir ljósið sem endurkastast frá húðinni (Engle, Jackson og Engle, 2014). Mælingin er ýmist gerð á enni eða bringubeini barnsins. Blossamælir eru einfaldir í notkun, mælingin er sársaukalaus fyrir börnin og ódýrari til lengri tíma heldur en blóðmælingin. Á rannsóknartímabilinu var blossomælirinn Dräger JM103 notaður á Landspítalanum.

Tilgangur rannsóknarinnar var að meta áreiðanleika húðmælinga við mat á styrk gallrauða í blóði nýbura.

Efni og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn samanburðarrannsókn á húð- og blóðmælingu gallrauða hjá nýburum. Þar sem niðurstöður húðmælinga á gallrauða eru ekki skráðar rafrænt voru fengnar sjúkraskrár mæðra allra þeirra barna sem fóru í blóðmælingu á gallrauða á tímabilinu frá fyrsta september 2013 til 31. desember 2014 og fundin öll þau börn sem einnig gengust undir húðmælingu. Skilyrði þess að barnið yrði tekið í rannsóknina voru að það hefði

farið bæði í húð- og blóðmælingu á gallrauða og að ekki hafi liðið meira en tvær klukkustundir milli mælinganna. Ef engin húðmæling var framkvæmd, húðmælingin var ekki tímasett eða ef meira en tvær klukkustundir liðu á milli húð- og blóðmælinga var barnið útilokað frá rannsókninni.

Eftirfarandi upplýsingum var safnað um börnin í rannsókninni og mæður þeirra: Aldur móður, fjöldi fyrri fæðinga móður, blóðflokkur móður, fjöldi fóstura, fósturstaða, meðgöngulengd, tegund fæðingar, fæðingarár barns, kyn, fæðingarþyngd, fæðingarlengd, höfuðummál, Apgar eftir eina og fimm mínútur frá fæðingu, asískur eða afrískur uppruni barns, blóðflokkur barns, Coombs próf, húðmæling gallrauða, blóðmæling gallrauða og aldur barns þegar mælingar á gallrauða fóru fram.

Mælingarnar voru settar í graf sem sýndi blóðmæligildið á x-ás og húðmæligildið á y-ás og fylgnin (r2) var reiknuð út með einfaldri aðhvarfsgreiningu. Þá var Bland-Altman ferill einnig notaður til að meta fylgnina. Útbúið var graf með blóðmælingu á x-ás og mismun mælinganna á y-ás til að sýna hvernig mismunurinn milli húð- og blóðgilda breytist með hækkanði blóðgildum. Samanburður á börnum var gerður þar sem blóðgildi var hærra en húðgildið eftir því hvort húðgildið var ≤250 µmol/L eða >250 µmol/L til að meta hvort nákvæmni húðmælinganna breyttist við styrk umfram 250 µmol/L.

Tölfræði og úrvinnsla gagna

Öll gögn voru skráð í Excel og tölfræðiforritið JMP® 7 – SAS Institute Inc. var notað við tölfræðilega úrvinnslu. Forritið Excel var notað við gerð grafa og taflna. Lýsandi tölfræði var notuð í lýsandi hluta rannsóknarinnar. Fervikagreining (e. ANOVA) var notuð til að bera saman samfelldar breytur og Kí kvaðratpróf þegar verið var að bera saman flokkabreytur. Niðurstöður voru gefnar upp sem hlutfallstölur, meðaltöl ± staðalfrávik og miðgildi ásamt spönn eftir því sem við átti. Tölfræðileg marktækni var miðuð við P<0.05.

Leyfi

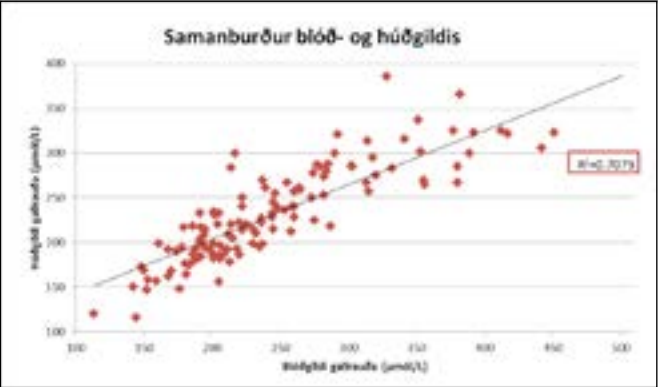
Leyfi fyrir rannsókninni fengust hjá Siðanefnd Landspítala og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítalanum.

Tafla 1. Klínísk einkenni þýðis. Niðurstöður eru gefnar upp sem fjöldi (%), meðaltal + staðalfrávik eða miðgildi (spönn).

Heildarfjöldi		122 (100%)
Blóðflokkur móður		
ABO	O	71 (58%)
	A	30 (25%)
	B	16 (13%)
	AB	5 (4%)
Rhesus	jákvæð	107 (88%)
	neikvæð	15 (12%)
Meðgöngulengd (dagar)		269.41 ± 13.67
Kyn	Stúlkur	73 (60%)
	Drengir	49 (40%)
Fæðingarþyngd (grömm)		3365 ± 573
Fæðingarlengd (sm)		49.7 ± 2.4
Höfuðummál (sm)		34.9 ± 1.6
Erlendur uppruni	Afrískur	1 (1%)
	Asískur	11 (9%)
Blóðflokkur barns		
ABO	O	36 (30%)
	A	27 (22%)
	B	15 (12%)
	AB	3 (2%)
Rhesus	ekki skráð	41 (34%)
	jákvætt	74 (61%)
	neikvætt	10 (8%)
	ekki skráð	38 (31%)
Coombs próf	jákvætt	22 (18%)
	neikvætt	69 (57%)
	ekki skráð	31 (25%)
Aldur við húðmælingu (dagar)		2 (0-19)

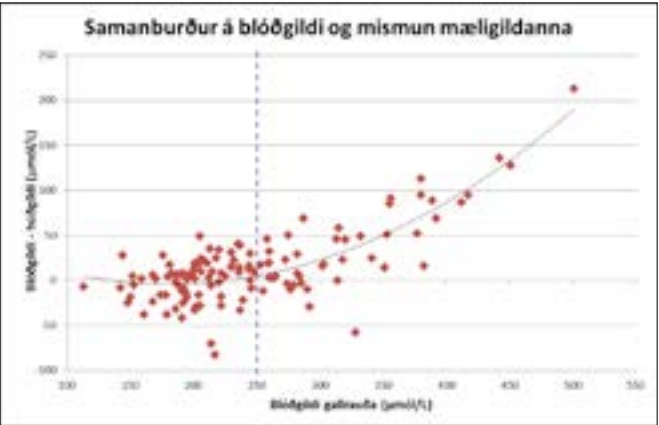
Niðurstöður

Rannsóknin náði til þeirra barna sem gengust bæði undir blóð- og húðmælingu á gallrauða á Landspítalanum frá fyrsta september 2013 til 31. desember 2014. Alls gengust 565 börn undir blóðmælingu á gallrauða á tímabilinu og af þeim undirgengust 122 börn jafnframt húðmælingu og uppfylltu önnur skilyrði rannsóknarinnar.



Mynd 1. Samanburður á blóðgildi og húðgildi

Húð- og blóðgildin höfðu fylgnina R2=0.7075 (mynd 1) með einfaldri aðhvarfsgreiningu. Fylgni samkvæmt Bland-altman ferli var 0.8412. Fylgni milli húðmælinga og blóðmælinga var betri eftir því sem gildin voru lægri. Við húðgildi <250 var R2 0.753 (p<0.001), en við húðgildi >250 var R2 0.4664 (p=0.0014). Í öllum tilvikum þegar húðgildi var <250 µmol/L reyndist samsvarandi blóðgildi vera undir 300 µmol/L (mynd 1).



Mynd 2. Samanburður blóðgildis og mismunar blóðgildis og húðgildis

Athugun á sambandi blóðgildis gallrauða annarsvegar og mismunar blóð- og húðgildis hinsvegar sýnir að skekkjan milli mælinganna eykst eftir því sem blóðgildi gallrauða verður hærra. (mynd 2) Þar sem að línan á grafinu vísar upp á við er blóðgildið sífellt hærra en húðgildið því hærra sem blóðgildið er.

Einnig var gerður samanburður á nákvæmni húðmælinganna eftir því hvort húðgildið var ≤250 µmol/L eða >250 µmol/L. Mismunur húð- og blóðgildis þegar húðgildið var ≤250 µmol/L var marktækt lægri en þar sem húðgildið var >250 µmol/L (18.9 ± 4.7 og 53.8 ± 5.9; p<0.0001).

Umræða

Áreiðanleiki húðmælinga eða blossomæla við mat á nýburagulu er samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar ásættanlegur upp að 250 µmol/L, en eftir það fer munurinn á húð- og blóðgildi vaxandi og teljum við að þegar húðgildi er > 250 beri að gera blóðmælingu til staðfestingar. Eftir því sem húðgildið er hærra umfram 250 µmol/L þeim mun ónákvæmari er mælingin og í flestum tilvikum

var blóðgildið hærra en húðgildið. Þetta samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna sem gefa sambærilegar niðurstöður (Bratlid, Nakstad, og Hansen, 2011; Engle o.fl., 2014; Grohmann o.fl., 2006; Maisels o.fl., 2011; Simsek, Narter og Erguvan, 2014; Taylor o.fl., 2015). Að blossamælirinn vanmeti raunverulegan styrk gallrauða við hærri gildi en 250 $\mu\text{mol/L}$ er varasamt þar sem börn sem þurfa á meðferð að halda vegna mikillar gulu gætu farið á mis við hana. Vegna þessa er lagt til í norskum klínískum leiðbeiningum að séu húðmælingar gallrauða yfir 250 $\mu\text{mol/L}$ eða $< 50 \mu\text{mol/L}$ frá meðferðargildi skuli gera blóðmælingu áður en ákvörðun um meðferð er tekin (Bratlid o.fl., 2011). Nýlega hafa verið gefnar út leiðbeiningar á Landspítalanum um slíkt hið sama.

Hluti barnanna í rannsókninni var ef erlendu bergi brotinn og sum þeirra því með dökkan húðlit. Þar sem ekki er venja að að skrá niður kynþátt barns á Landspítalanum og reyndist því ógerlegt að bera saman áhrif húðlitar á nákvæmni blossamæla í þessari rannsókn. Niðurstöður erlendra rannsókna benda til þess að húðlitur hafi ekki áhrif á áreiðanleika blossamæla (Afanetti, Trolli, Yousef, Jrad og Mokhtari, 2014; Samice-Zafarghandy o.fl., 2014).

Vel þekkt er að mikil nýburagula getur valdið kjarnagulu. Þá hafa nýrri rannsóknir einnig sýnt fram á tengsl milli nýburagulu og vægari taugaskaða á borð við sjónskerðingu, heyrnarskerðingu og letjandi áhrif á tal, skilvit og tungumálagetu (Good og Hou, 2015; Hou, Norcia, Madan og Good, 2014; Rose og Vassar, 2015; Seidman o.fl., 1991; Wusthoff og Loe, 2015). Því er mikilvægt að greina og meðhöndla gulu hjá nýburum tímanlega til að koma í veg fyrir taugaskaða hjá börnum.

Blossamælar eru einfaldir í notkun og til lengri tíma ódýrari heldur en blóðmælingin. Kostir húðmælingar umfram blóðmælingu eru að hún er sársaukalaus og niðurstaða kemur samstundis. Á Landspítalanum er Dräger JM103 blossamælir notaður sem er handhægur þar sem ekki þarf að skipta um himnu á nemanum milli mælinga líkt og á fyrri tegund mæla. Alltaf ber að mæla styrk gallrauða verði gulu vart á fyrsta sólarhring eftir fæðingu. Í leiðbeiningum Landlæknisembættisins fyrir heimaþjónustu ljósmæðra er mælt til þess að mæla styrk gallrauða ef gula á húð barnsins nær niður fyrir bringubein og fer versnandi dag frá degi. Einnig að fylgjast skuli með slappleika, næringarinntöku, dökku þvagi og lélegum útskilnaði hægða hjá nýburanum (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Vert er að varast að þótt börnin nærist vel og þyngist geta þau fengið alvarlega gulu vegna undirliggjandi þátta eins og blóðflokkamisræmis eða erfðagalla í rauðum blóðkornum

sem er ógreint. Með því að hvetja ljósmæður í heimaþjónustu til að vera enn meira á varðbergi fyrir þessum einkennum sem og hafa lágan þröskuld til að blossamaða börn sem eru í heimaþjónustu getum við bætt eftirlit með gulu og minnkað líkurnar á því að nýburar hér á landi fái alvarlega gulu.

HEIMILDASKRÁ:

Afanetti, M., Trolli, S. E. D., Yousef, N., Jrad, I. og Mokhtari, M. (2014). Transcutaneous bilirubinometry is not influenced by term or skin color in neonates. *Early Hum Dev*, 90(8), 417-420. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2014.05.009

Bratlid, D., Nakstad, B. og Hansen, T. W. (2011). National guidelines for treatment of jaundice in the newborn. *Acta Paediatr*, 100(4), 499-505. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.02104.x

Engle, W. D., Jackson, G. L. og Engle, N. G. (2014). Transcutaneous bilirubinometry. *Seminars in Perinatology*, 38(7), 438-451. doi: 10.1053/j.semperi.2014.08.007

Good, W. V. og Hou, C. (2015). Visuocortical bilirubin-induced neurological dysfunction. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 20(1), 37-41. doi: 10.1016/j.siny.2014.12.007

Grohmann, K., Roser, M., Rolinski, B., Kadow, I., Muller, C., Goerlach-Graw, A. og Kuster, H. (2006). Bilirubin measurement for neonates: Comparison of 9 frequently used methods. *Pediatrics*, 117(4), 1174-1183. doi: 10.1542/peds.2005-0590

Hildur Sigurðardóttir. (2014). Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmaðra 2014. Sótt 9. maí 2015 af http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item23146/Fagl-leid-bein-heima_ljosmaedur_2014_heildarskjal.pdf

Hou, C., Norcia, A. M., Madan, A. og Good, W. V. (2014). Visuocortical function in infants with a history of neonatal jaundice. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 55(10), 6443-6449. doi: 10.1167/iov.14-14261

Maisels, M. J., Engle, W. D., Wainer, S., Jackson, G., McManus, S. og Artinian, F. (2011). Transcutaneous bilirubin levels in an outpatient and office population. *Journal of Perinatology*, 31(9), 621-624. doi: 10.1038/jp.2011.5

Maisels, M. J. og McDonagh, A. F. (2008). Phototherapy for neonatal jaundice. *New England Journal of Medicine*, 358(9), 920-928. doi: 10.1056/NEJMc0708376

Rose, J. og Vassar, R. (2015). Movement disorders due to bilirubin toxicity. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 20(1), 20-25. doi: 10.1016/j.siny.2014.11.002

Samiee-Zafarghandy, S., Feberova, J., Williams, K., Yasseen, A. S., Perkins, S. L. og Lemyre, B. (2014). Influence of skin colour on diagnostic accuracy of the jaundice

meter JM 103 in newborns. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 99(6), F480-F484. doi: 10.1136/archdischild-2013-305699

Seidman, D. S., Paz, I., Stevenson, D. K., Laor, A., Danon, Y. L. og Gale, R. (1991). Neonatal hyperbilirubinemia and physical and cognitive performance at 17 years of age. *Pediatrics*, 88(4), 828-833.

Simsek, F. M., Narter, F. og Erguven, M. (2014). Comparison of transcutaneous and total serum bilirubin measurement in Turkish newborns. *Turkish Journal of Pediatrics*, 56(6), 612-617.

Taylor, J. A., Burgos, A. E., Flaherman, V., Chung, E. K., Simpson, E. A., Goyal, N. K., Network, f. t. B. O. t. R. f. N. (2015). Discrepancies Between Transcutaneous and Serum Bilirubin Measurements. *Pediatrics*, 135(2), 224-231. doi: 10.1542/peds.2014-1919

Wusthoff, C. J. og Loe, I. M. (2015). Impact of bilirubin-induced neurologic dysfunction on neurodevelopmental outcomes. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 20(1), 52-57. doi: 10.1016/j.siny.2014.12.003

Hægt er að meðhöndla þurra húð

Decubal original clinic cream

Klassískt krem fyrir daglega umönnun þurrar og viðkvæmrar húðar. Má nota daglega til að fyrirbyggja þurra húð. Inniheldur dimethicone, sem mýkir og skilur eftir verndandi lag sem hjálpar til við að viðhalda rakanum í húðinni.

Má nota frá toppi til táar, bæði fyrir börn og fullorðna.

Decubal shower & bath oil

Ef daglega sturtan veldur þurri og ertandi húð þá mælum við með að skipta út hefðbundinni sápu fyrir shower & bath oil til daglegra nota. Hún gefur húðinni raka á meðan þú baðar þig.

Decubal shower & bath oil inniheldur rakagefandi og mýkjandi efni eins og kamillu, E-vítamín og náttúrulegar olíur.

Fituinnihald

47%

Fituinnihald

38%

DECUBAL original clinic cream

FOR DRY AND SENSITIVE SKIN

nourishing and moisturising cream for daily skin-care

No perfume
No colourants
No parabens

DECUBAL shower & bath oil

FOR DRY AND SENSITIVE SKIN

mild and nourishing bath oil for frequent wash

No perfume
No colourants

Allar Decubal vörur eru öruggar, mildar og rakagefandi ásamt því að vinna gegn þurri húð. Decubal er allhliða húðvörulina og hentar öllum í fjölskyldunni. Decubal er algjörlega laust við ilmefti, litarefti og parabena og er eingöngu selt í apótekum.

Án parabena, ilm- og litarefna.

Í okkar kalda, norræna loftslagi er þurr húð algengt vandamál – bæði hjá börnum og fullorðnum.

DECUBAL
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

Nýburagula og nýjungar í meðferð

Sem fyrr leitar *Ljósmeðrablaðið* í smíðju ljósmeðranemanna okkar eftir skemmtilegu og fræðandi efni. Nemarnir hafa ferska sýn á ljósmóðurfræðina, hafa augun opin fyrir nýjustu þekkingu og geta vakið okkur hin til umhugsunar ef við höfum fest í viðjum vanans í okkar daglegum störfum. Dagbókarverkefni Ástu Dan Ingibergsdóttur 2. árs nema fjallar um nýburagula, sem er algengt viðfangsefni ljósmeðra í sængurlegu. Í verkefninu er því velt upp hvort veita megi ljósmeðferð með öðrum hætti en gert er í dag og hvort viðbótar meðferð samhliða ljósum geti bætt árangur af meðferðinni.



Ásta Dan Ingibergsdóttir,
ljósmóðir á Landspítala

Berglind Háldánsdóttir,
lektor í ljósmóðurfræði

Hluti af starfi meðgöngu- og sængurlegu-deildarinnar er að taka á móti nýburum og foreldrum þeirra í innlögnum vegna nýburagula. Þessar fjölskyldur eru oftast í heimaþjónustu hjá ljósmóðum. Stundum greinast börnin í tengslum við útskriftarskoðun barnalækna en oftast er það ljósmóðir sem hefur tekið eftir einkennum um gulu hjá barninu og séð til þess að magn guluefnis sé metið með því að blossa barnið og/eða tekin úr því blóðprufa. Innlögnum í ljósmeðferð getur reynst foreldrunum erfið. Í verknáminu á meðgöngu- og sængurlegudeildinni tók ég á móti foreldrum fimm daga gamals barns sem var gult og hafði reynst vera með serum bilirubin yfir ljósamörkum. Foreldrarnir voru stressaðir og í uppnámi þegar þau komu á deildina. Þau voru ósátt við herbergið sem þau fengu og höfðu búið við að vera í herbergi með hjónarúmi eins og þau höfðu haft í sængurlegunni. Viðbrögð foreldranna vöktu mig til umhugsunar um það hvernig við veitum þessum börnum ljósmeðferð og ákvað ég að skrifa dagbókarverkefni um þetta efni og fjalla um mismunandi aðferðir við ljósmeðferð og viðbótar meðferðir sem hægt er að nota með henni.

Áhrif ungbarnanudds á serum bilirubin

Í grein sem tók saman nýjungar sem komu fram á sviði barnalækninga árið 2015 er meðal annars fjallað um áhrif ungbarnanudds á serum bilirubin nýbura. Fram kemur að tvær klínískar rannsóknir bendi til þess að nudd á fyrstu dögnum geti dregið úr líkum á gulu, það er að segja að nuddhóparnir voru með lægra se-bilirubin en sammanburðarhóparnir. Rannsakandi voru nýburar sem ekki voru í ljósmeðferð (Caffarelli o.fl., 2016).

Í japanskri grein frá 2011 er einnig sagt frá niðurstöðum rannsókna á áhrifum ungbarnanudds á se-bilirubin hjá nýburum sem ekki voru í ljósmeðferð. Í þessari rannsókn var brjóstabörnum skipt í tvo hópa, annar fékk nudd en hinn ekki. Nudd eykur blóðflæði til húðarinnar sem eykur upptöku úrgangsefna í blóðrásina og seytingu þeirra úr líkamanum. Nuddið eykur mjólkurinntöku með því að auka hormón sem hefur áhrif á matarlyst og bætir meltinguna með

því að auka seyti meltingarvökvu í maga og brisi. Heilbrigðisstarfsfólk sem hafði fengið kennslu í ungbarnanuddi nuddaði börnin í 15-20 mínútur tvisvar sinnum á dag. Börnin sem fengu nudd höfðu oftast hægðir á fyrsta og öðrum degi en sammanburðarhópurinn. Þau voru líka með lægri gildi blossomælinga á fjórða og fimmta degi og lægra serum bilirubin á fjórða degi. Börn sem urðu það gul að þau þurftu á ljósmeðferð að halda duttu út úr rannsókninni, 55% þeirra sem hófu þátttöku í sammanburðarhópnum þurftu að hætta í rannsókninni vegna ljósmeðferðar en eingöngu 24% barna í nuddhópnum hættu í rannsókninni vegna ljósmeðferðar. Dregin er sú ályktun í greininni að ungbarnanudd geti dregið úr líkunum á því að heilbrigð, fullbura ungbörn fái gulu (Chen, Sadakata, Ishida, Sekizuka og Sayama, 2011). Ein rannsókn hefur verið gerð á áhrifum ungbarnanudds

á börn sem eru í ljósmeðferð. Sú rannsókn bendir til þess að ungbarnanudd sé hjálplegt sem viðbót við ljósmeðferð við gulu. Á þriðja degi ljósmeðferðarinnar voru börnin í nuddhópnum með marktækt lægra serum bilirubin en börn í sammanburðarhópnum og tíðni hægða var einnig meiri hjá þeim. (Lin, Yang, Cheng og Yen, 2015 eins og vísað er til í grein Caffarelli o.fl., 2016).

Ljósmeðferð við gulu

Í grein eftir Khaliq (2016) er fjallað um rannsókn hans á tveimur mismunandi aðferðum við að veita ljósmeðferð við gulu: samfellda meðferð og ósamfellda meðferð. Megin niðurstöður hans voru þær að ósamfelld ljósmeðferð var jafn árangursrík og samfelld ljósmeðferð með tilliti til lækunar á serum bilirubin hjá börnunum. Samfelld (hefðbundin) ljósmeðferð fólst í ljósum í tvo klukkutíma á móti 20 mínútum í hlé (samtsals 20 klst í ljósum á sólarhring). Ósamfelld ljósmeðferð fólst í einni klukkustund í ljósum á móti 30 mínútum í hlé (samtsals 16 klst í ljósum á sólarhring). Ljósmeðferðin var stytt um 4 klst á sólarhring án þess að það drægi úr lækun serum bilirubins hjá barninu. Foreldrarnir höfðu því lengri tíma á dag í snertingu við barnið sem hefur jákvæð áhrif á brjóstagjöf og tengslamyndun (Khaliq, 2016). Hefðbundin ljósmeðferð á sængurkvennadeildinni felst í þremur klukkutímum í ljósum á móti 30 mínútum í hlé sem er sambærilegt við samfelldu ljósmeðferðina í rannsókninni (20 klst/sólarhring í ljósum). Grein frá árinu 2015 segir frá rannsókn á mismunandi aðferðum við ljósmeðferð. Börnin voru heilbrigð, fædd eftir a.m.k. 34 vikna meðgöngu, gulan var meðalslæm, byrjaði ekki á fyrsta sólarhring og var ekki vegna hemolysu. Annar hópurinn fékk hefðbundna meðferð sem fólst í ljósmeðferð allan sólarhringinn fyrir utan stutt hlé til að börnin gætu nærst (brjóst, peli eða bæði). Hinn hópurinn fékk ljósmeðferð í 12 tíma og hlé í 12 tíma. Það kom í ljós að í hópnum þar sem börnin voru í ljósmeðferð 12 tíma á dag lækkaði serum bilirubin hraðar og börnin þurftu styttri ljósmeðferð

en börnin sem fengu hefðbundna meðferð. Tilgangur rannsóknarinnar var meðal annars að meta hvort mögulegt og öruggt væri að veita ljósmeðferð við gulu með dagdeildar fyrirkomulagi (Sachdeva, Murki, Oleti og Kandragu, 2015).

Mögulegt er að veita ljósmeðferð án innlagnar á sjúkrahús ef meðferðin er veitt heima með kennslu og eftirliti heilbrigðisstarfsfólks. Yfirlitsgrein frá 2016 fór yfir allar rannsóknir sem gerðar hafa verið á heima-ljósmeðferð (Snook, 2016). Niðurstöður yfirlitsins voru þær að það eru ýmsir kostir við heima-ljósmeðferð svo sem aukin ánægja foreldra, minni kostnaður fyrir heilbrigðiskerfið, minna rask fyrir fjölskylduna og komist er hjá ókostum sem fylgja innlögnum á sjúkrahús. Samkvæmt greininni voru rannsóknir ekki af nægilega miklum gæðum til að hægt væri að fullyrða að heima-ljósmeðferð sé sambærileg við spítala-ljósmeðferð eða nægilega örugg fyrir nýburann. Tekið er fram að heima-ljósmeðferð myndi eingöngu henta fullbura börnum með meðal alvarlega gulu og að það þyrfti að meta það vel hvort foreldrarnir geti veitt og vilji veita þessa meðferð heima. Engin greinanna um rannsóknir á heima-ljósmeðferð komust að þeirri niðurstöðu að heima-ljósmeðferð væri óörugg eða óæskileg. Vegna þess að það eru ekki til nægilega sterkar rannsóknir á meðferðinni þyrfti hver og ein starfseining að meta það hvort og hvernig væri öruggt að innleiða heima-ljósmeðferð á þeirra svæði.

HEIMILDASKRÁ

- Caffarelli, C., Santamaria, F., Di Mauro, D., Mastorilli C., Mirra, V. og Bernasconi, S. (2016). Progress in pediatrics in 2015: choices in allergy, endocrinology, gastroenterology, genetics, haematology, infectious diseases, neonatology, nephrology, neurology, nutrition, oncology and pulmonology. *Italian Journal of Pediatrics*, 42(75), 1-17. DOI: 10.1186/s13052-016-0288-x.
- Chen, J., Sadakata, M., Ishida, M., Sekizuka, N. og Sayama, M. (2011). Baby Massage Ameliorates Neonatal Jaundice in Full-Term Newborn Infants. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 223, 97-102.
- Khaliq, A. (2016). Comparison of continuous with intermittent phototherapy in the treatment of neonatal jaundice. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 30(2), 173-6.



Höfundur ásamt skólasystrum eftir málstofu 2017.

Sachdeva, M., Murki, S., Oleti, T.P. og Kandragu H. (2015). Intermittent versus continuous phototherapy for the treatment of neonatal non-hemolytic moderate hyperbilirubinemia in infants more than 34 weeks of gestational age: a randomized controlled trial. *European Journal of Pediatrics*, 174, 177-181. DOI: 10.1007/s00431-014-2373-8.

Snook, J. (2016). Is home phototherapy in the term neonate with physiological jaundice a feasible practice? A systematic literature review. *Journal of Neonatal Nursing*. Fyrirfram rafræn birting. DOI: 10.1016/j.jnn.2016.08.001.

STODMJÓLK

BRJÓSTAGJÖF

SAMHLIÐA

FYRIR 1/2 TIL 2 ÁRA

C-VÍTAMÍN

ÖRVAR

JÁRNUPPTÖKU

ÞÆGILEGAR

UMBÚÐIR

FYRIR TENNUR & BEIN BARNA

PRÓTEININNIHALD

SNIDID AÐ BÖRNUM

TILBÚIN

TIL DRYKKJAR

Soffía og Maja mamma hennar

uppspretta visku og þekkingar

Á síðasta ári var tekið í notkun nýtt og glæsilegt farnisetur Hjúkrunarfræðideildar í Eirbergi. Af því tilefni gafst kostur á að endurnýja að hluta til tækjakost deildarinnar til farnipjálfunar og hermikennslu. Námsbraut í ljósmóðurfraði hefur lengi vantað vandaðar æfingadúkkur til að nýta við þjálfun og kennslu nema í almennum handbrögðum við fæðingu, sem og sérhæfðari handbrögðum við frávík í fæðingu. Úr mörgu var að velja og voru kennarar námsbrautarinnar sammála um að freista þess að fá keyptar æfingadúkkur úr silikoni sem líkja mun betur eftir raunverulegum gangi fæðingar en eldri æfingadúkkur hafa gert. Íslenskar ljósmæður hafa fengið að kynnast slíkum dúkkum á ráðstefnum erlendis og hrist mjög af þeim námstækifærum sem þær bjóða upp á. Um áramót bárust námsbrautinni síðan æfingadúkkurnar sem frá framleiðanda voru kallaðar „Soffía og mamma hennar“.

Æfingadúkkurnar hafa þegar verið notaðar til að kenna



Tekið á móti undir styrkri leiðsögn yfirljósmóðurinnar.

Ljósmæðranemum á fyrsta ári almenn handtök við fæðingu og spangarstuðning og ljósmæðranemar á öðru ári hafa fengið að spreya sig á flóknari handtökum við axlarklemmur og sitjandafæðingar. Einnig hafa ljósmæður sem sinna klínískri kennslu og sí- og endurmenntun starfandi ljósmæðra fengið að þjálfa sig í notkun æfingadúkkanna. Þær mæðgurnar rötudu meira að segja á fréttamiðla Háskólans og Ríkisútvarpsins, en við þau tækifæri var eftir því tekið að móðurdúkkann hafði komið nafnlaus í okkar hendur og hafði enn ekki verið fundið sómasamlegt nafn.



Handtökin kennd.

Stúlubarnið litla, hún Soffía, kom til okkar fullnefnd og fékk að halda því nafni sem framleiðendur hennar völdu henni, enda valið ekki af verri endanum. Nafnið Soffía fær merkingu sína úr forngrísku, en þar þýðir það viska eða þekking. Flestir þekkja þessa merkingu orðsins úr samsetta orðinu yfir heimspeki, philosophie, sem þýðir vinur viskunnar. Við treystum því að Soffía litla muni bera nafn með rentu og vera uppspretta visku og þekkingar.

Það þótti ekki úr vegi að leita móður Soffíu litlu nafns á svipuðum slóðum. Svo skemmtilega vill til að ein þekktasta ljósmóðir sögunnar er móðir Sókratesar, sem sjálfur er talinn einn af feðrum vestrænnar heimspeki. Þegar hann lýsti störfum sínum líkti hann sér gjarnan við móður sína þar sem hans hlutverk væri að vera ljósmóðir þekkingarinnar. Sjálfur hefði hann litla þekkingu fram að færa en hjálpaði samferðamönnum sínum að fæða þá þekkingu sem þeir byggju yfir. Nafn móður Sókratesar, Phaenarete, er ekki sérlega þjálft í íslenskum munni en það þýðir merkilegt nokk „sú sem færir ljósinu dyggð sína.“ Almenna heitið yfir ljósmóður í Grikklandi á þessum tíma var hins vegar „maia“, og því þótti kjörið að okkar nýfengna móðir þekkingarinnar fengi íslenska nafnið Maja.

Við óskum ljósmæðrum til hamingju með viðbótina og vonumst til að þær mæðgur Soffía og Maja, viskan og ljósmóðirin, muni færa bæði nemum og ljósmæðrum nýja og gamla þekkingu um ókomin ár.

Berglind Háldánsdóttir

Fyrir barnið þitt...

Pepticate - þurrmjólk fyrir börn með kúamjólkurofnæmi

- Pepticate inniheldur trefjar (prebiotic), sem hafa jákvæð áhrif á þarmaflórana og svipar til trefjasamsetningar brjóstamjólkur
- Pepticate er þurrmjólk ætluð börnum með kúamjólkurofnæmi og er æskilegt að nota í samráði við lækni
- Pepticate er ætlað ungabörnum frá fæðingu og sem viðbótarnæring eftir 6 mánaða aldur

Nutricia styður ráðleggingar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunar (WHO) að móðurmjólk in er besta næring sem völ er á fyrir ungubarn



Pepticate,
hefur jákvæð áhrif
á þarmaflórana!



NUTRICIA
Pepticate

Netverslun – lyfja.is

Urtasmiðjan

Íslenskar jurtir, lífrænt hráefni.

Mömmu- & barnasalvi, brjóstakrem á viðkvæmar, sárar og sprungnar brjóstvörtur. Einnig á rauða barnabossa og sem fyrirbyggjandi á roða og þvagbruna á bleyjusvæðinu.

Inniheldur jurtir sem þekktar eru fyrir græðandi, nærandi og styrkjandi áhrif á húðina, s.s. blágresi, rauðsmára, morgunfrú, lavendel, einnig kamillujurt sem virkar róandi, sviða og kláðastillandi. Gott útikrem, hlífir barnshúðinni við kulda. Hefur verið um árabil í notkun á fæðingadeildum hérlandis og erlendis og fengið einróma lof og meðmæli notenda og fagfólks.

Móðir & barn, húð- og baðolía, mild, róandi og nærandi olíublanda fyrir húðina, úr blágresi, rósum, lofnarblómi og kamillu. Mýkjandi í baðvatnið og róandi sem ungubarnuðdolía. Gefur barninu ró og vellíðan. Nærandi og mýkjandi á mömmubumbuna fyrir og eftir fæðingu. Styrkir húðina og gerir hana teygjanlegri.

Vörurnar innihalda einungis náttúruleg og lífræn vottuð hráefni: græðijurtir, ómettaðar jurtaolíur, kokosmjör og E-vítamín. Þær innihalda ekki paraben, neopentanol, eða önnur kemisk efni, ekki lanolín og engin efni unnin úr jarðolíum, s.s. parafín, vaselín.



Sölustaðir:
Höfuðborgarsv: Fjarðarkaup,
Móðurást, Heilsuhúsin: Kringlan,
Laugavegur, Lágmúli, Smáratorg,
Akureyri: Heilsuhúsið Glerártorgi
Akureyrarapótek Kaupangi
Hjá framleiðanda:
sími 462 4769 gigja@urtasmidjan.is



NÁMSKEIÐ UM BRJÓSTAGJÖF



Félag brjóstagjafaráðgjafa á Íslandi í samstarfi við Ljósmæðrafélag Íslands heldur námskeið um brjóstagjöf föstudaginn 27. október 2017 frá kl. 8:30 – 16:00 á Nauthól.

Fyrirlesari verður Catherine Watson Genna sem er sjálfstætt starfandi brjóstagjafaráðgjafi í New York. Hún er hjúkrunarfræðingur BSc. og brjóstagjafaráðgjafi IBCLC.

Námskeiðið verður í formi fyrirlestra og vinnusmiðju og mun nýtast ljósmæðrum í heimaþjónustu og á sængulegudeildum, brjóstagjafaráðgjöfum og hjúkrunarfræðingum í ungubarnavernd.

Blessað breytingaskeiðið

tækifæri fyrir ljósmæður?

Ég hef um talsvert skeið haft óútskýrðan áhuga á breytingaskeiðinu. Ég segi óútskýrðan því sjálf er ég reynslulaus enn sem komið er af einkennum þessa lífsskeiðs, en bíð spennit (eða ekki) eftir því hvernig það velur að fara með mig – eða öllu heldur hvernig ég vel að fara með það.

Kannski stafar áhugi minn á breytingaskeiði kvenna af þeirri staðreynd að löngum hefur það verið svolítið tabú, sveipað dulúð og jafnvel sætt fordómum. Lítið var á breytingaskeiðið sem sjúkdóm sem þyrfti að lækna og pískrað í skúmaskotum um pirraðar, kynkaldar og sveittar kellingar. Ekki nema von að þetta lífsskeið hafi verið kvíðvænlegt í hugum margra kvenna og er það jafnvel enn. Sem betur fer er umræðan að opnast og fólk að verða upplýstara um þetta eðlilega tímabil í lífi kvenna. En þó allar konur fari í gegnum þetta skeið, þá er ljóst að upplifun kvenna af því er mjög ólík og á meðan sumar eru undirlagðar af einkennum finna aðrar vart fyrir neinu. Í námi mínu til diplómagráðu í jákvæðri sálfræði og kynfræði við Háskóla Íslands læddist breytingaskeið inn í verkefni hjá mér. Ég hef orðið margs vísari meðal annars með lestri fræðiefnis og rannsókna og ætla að deila broti af því hér.

Algengustu einkenni sem konur á breytingaskeiði tjá sig um eru svefntruflanir, hitakóf, skapsveiflur, verkir, breytt kynlöngun og vitrænar breytingar eins og gleymiska og einbeitingarskortur. Sum þessara einkenna má rekja að einhverju leyti til hormónabreytinga, önnur ekki. Vitrænar breytingar hefur til að mynda ekki verið hægt að rekja til hormónabreytinga og svefntruflanir og verki aðeins að hluta til. Flest einkenna breytingaskeiðsins má hins vegar tengja líðan eins og kvíða, depurð, streitu og verra mati á eigin heilsu, en ekki hefur verið unnt að tengja þessi einkenni hormónabreytingum.

Ljóst er að hugarfar og viðhorf kvenna til breytingaskeiðsins skiptir máli, því konur sem líta neikvætt á öldrunarbreytingar og finnst heilsan hafa versnað, upplifa meiri streitu. Því þarf að veita heildræna meðferð og taka tillit til félagslegra þátta og sögu hverrar konu í vali á meðferð, í stað þess að einblína á breytingaskeiðið eitt og sér eða stakt einkenni þess. Breytingaskeiðið er nefnilega ekki eingöngu líffræðilegt tímabil hormónabreytinga, heldur marka tíðahvörf oft tíma mikilla breytinga í lífi kvenna, bæði sálrænna og félagslegra. Á sama tíma og konur kveðja frjósemi sína og aldurinn færir yfir eru börnin jafnvel að fljúga úr hreiðrinu og nýr kafli hefst í lífi konunnar með auknum tíma og rými. Margar konur fara í viðtæka sjálfskoðun, gera upp fortíðina og huga að framtíðinni. Á þessu lífsskeiði er oft hvati til staðar fyrir sjálfsrækt og breytingar.

Með þessa hugsun að leiðarljósi ákvað ég að taka breytingaskeiðið fyrir í lokaverkefni mínu í jákvæðri sálfræði. Lokaverkefnið var að búa til námskeið sem bar titilinn „Aukin lífsfylling á breytingaskeiði - með inngripum jákvæðrar sálfræði“. Markmiðið með námskeiðinu var meðal annars að opna huga og efla trú kvenna á eigin getu til að takast á við breytingaskeiðið með það að leiðarljósi að styrkja þær og hvetja í átt að aukinni vellíðan, hamingju og lífsfyllingu. Inngrip jákvæðrar sálfræði eins og núvitund, hreyfing, að iðka þakklæti, efla jákvæðar tilfinningar og að kynnst styrkleikum sínum og nota þá,



Steinunn Zóphíasdóttir,
ljósmóðir

hafa sýnt ítrekuð jákvæð áhrif á vellíðan og hamingju fólks auk þess að draga úr depurð og þunglyndi. Mig langaði að sjá hvort þessar aðferðir gætu hjálpað konum að takast á við einkenni breytingaskeiðsins, en þar sem jákvæð sálfræði er ungt fag, hafa áhrif þessara aðferða lítið verið rannsökuð fyrir þennan sértæka hóp kvenna.

Þó komst ég að því að átta vikna hefðbundin núvitundarþjálfun virðist bæta lífsgæði kvenna á breytingaskeiði, draga úr streitu og bæta svefn auk þess sem hún hjálpar konum að takast á við einkenni hitakófa. Það sem mér fannst áhugavert var að hitakófin mældust ekki minni en fyrir, heldur virtust konur ná að takast betur á við þau en áður. Það sýnir að hugarfar og viðhorf skipta ekki síður máli hér en þegar tekist er á við önnur verkefni í lífinu. Jákvæð sálfræði býður upp á ótal jákvæð inngrip, sem eru til þess fallin að breyta hugarfari og hegðun

og bæta líðan og lífsgæði. Inngripin þarf þó að stunda reglulega og þá koma eiginleikar eins og sjálfsstjórn og þrautsegja að góðum notum, en það eru styrkleikar sem hjálfa má upp á ýmsan hátt.

Í námi mínu í kynfræði (sexology) lék mér forvitni á að vita hvort breytingaskeiðið hefði áhrif á kynlöngunina og hvort hún hryndi niður eftir miðjan aldur. Ég fann með lestrinum að konur sem mældust með lægra magn estrógens og testósterón tjáðu minni kynlöngun. Aðrir þættir sem hafa neikvæð áhrif á kynlöngun eru streita, depurð og kvíði, en það eru einmitt einkenni sem margar konur á breytingaskeiði finna fyrir. Margar konur þjást af þurrki í leggöngum á þessum tíma, en þurrkurinn einn og sér virðist ekki hafa áhrif á kynlöngun. Hins vegar getur þurrkur valdið sársauka við samfarir, sem aftur getur dregið úr kynlöngun og kynferðislegri ánægju. Það að eiga maka getur haft neikvæð áhrif á kynlöngun þar sem ástíða getur minnkað í langtímasamböndum. Þegar vaninn taki við dragi það úr kynsvörun kvenna og hafi meiri áhrif en sjálft breytingaskeiðið. Þrátt fyrir minni kynferðissvörun þá lýsir stór hluti kvenna á breytingaskeiði yfir kynferðislegri ánægju sem er sterklega tengd við lífsgæði og parsambandið, samskipti, tilfinningalega nánd, virðingu, samheldni og ást. Kynferðisleg ánægja eykst einnig með góðu sjálfsáliti og frumkvæði í kynlífi.

Áhugi minn á blessuðu breytingaskeiðinu kemur sér oft vel í starfi mínu við krabbameinsleit á Leitarstöðinni. Þar hitti ég margar konur sem eru að takast á við ólík einkenni og hafa þörf fyrir að tjá sig og fá upplýsingar. Margar þeirra kvarta undan hitakófum, svefntruflunum og þreytu. Enn fleiri tala um þurrk og sársauka í leggöngum. Kynlíf heyrir aðeins sögunni til meðal sumra þeirra og einhverjar hafa jafnvel aldrei heyrt talað um sleipiefni. Margar konur spyrja út í fæðubótaefni, hormóna eða önnur ráð við einkennum. Upplýsingar virðast vera af skornum skammti og þörf er á aukinni umræðu, fræðslu og ráðgjöf. Hér getum við ljósmæður sætt færir og vikkað starfssvið okkar enn frekar. Við höfum góða menntun og erum sérfræðingar í barneignarskeiði kvenna. Er ekki kominn tími á okkur ljósmæður að verða líka sérfræðingar í breytingaskeiði kvenna? Ég býð allar áhugasamar ljósmæður velkomnar að smitast af breytingaskeiðsáhug abakteriunni.

Libero®

Vinsælustu bleyjur á Íslandi

Nú 1, 2, 3

- Án ilmefna og án krema.
- Góð lekavörn og gott snið.
- Vandaðar bleyjur og vottuð framleiðsla.

VISSIR ÞÚ AÐ LIBERO BLEYJUR ERU SVANSVOTTADAR?

Svansvottunin er opinber umhverfsvottun Norðurlanda og strangar kröfur svansins tryggja að vörurnar eru betri fyrir heilsuna og umhverfið.



Hópmeðgönguvernd:

Er það eitthvað fyrir okkur?



Ella B Rögnvaldsdóttir,
ljósmóðir á Landspítala



Emma Swift, ljósmóðir
í Björkinni og doktorsnemi



Dr. Helga Gottfreðsdóttir,
ljósmóðir, dósent Háskóla Íslands

INNGANGUR

Styrkleikar meðgönguverndar á Íslandi eru margir. Má þar til dæmis nefna samfellda þjónustu á meðgöngu, markvissa skimun og greiningu á meðgöngutengdum vandamálum. Með aukinni áherslu á skimanir og greiningar á undanförmum árum, hefur tími ljósmæðra fyrir fræðslu, undirbúning fyrir fæðingu og foreldrahlutverkið minnkað (Helga Gottfreðsdóttir, Þóra Steingrimsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir, 2016). Í staðinn er barnshafandi konum og verðandi foreldrum nú boðið upp á fræðslunámskeið gegn gjaldi utan hefðbundinnar mæðraverndar, en þess utan sækja konur sér í auknu mæli fræðslu í rituðu máli og myndum á samfélagsmiðlum og alnetinu. Það hefur sýnt sig að á meðgöngu hafa konur ríka tilhneigingu til að leita í reynslu annarra kvenna, bera sig saman við þær og spegla sig í hópi kvenna sem eru í svipuðum aðstæðum (Rising, 1998). Hér á landi hefur orðið gríðarleg aukning á slíkum samræðum á samfélagsmiðlum til dæmis í formi bumbuhópa. Hóparnir geta verið uppbyggjandi og styrkjandi fyrir konur, en þeir hafa hins vegar þann ókost að þar lifa oft góðu lífi ýmsar mýtur og sögusagnir. Að auki geta sögur og ráð kvenna innan þessara hópa valdið streitu og kvíða hjá öðrum konum sem þar eru.

Til þess að bregðast við þörf kvenna fyrir samskipti við aðrar konur í svipuðum aðstæðum, og til að auka fræðslu og stuðning á meðgöngu hafa ljósmæður víða í hinum vestræna heimi brugðið á það ráð að veita meðgönguvernd í hópum. Hópmeðgönguvernd (e. Group Antenatal Care / CenteringPregnancy) sameinar þrjá grunnþætti meðgönguverndar sem eru áhættumat, fræðsla og stuðningur. Hópmeðgönguvernd hvetur konur til þess að taka ábyrgð á eigin heilsu á meðgöngu sem er talið líklegt að ýti undir aukið sjálfstraust (C. Klima, Norr, Vonderheid og Handler, 2009; Rising, 1998; Rising, Kennedy og Klima, 2004; Wedin, Molin og Crang Svalenius, 2010).

Greinin, sem fjallar um hópmeðgönguvernd og upplifun kvenna af því að taka þátt í slíkum hópum, byggir á lokaverkefni Ellu Bjargar Rögnvaldsdóttur til kandidatsprófs í Ljósmóðurfræði.

Hópmeðgönguvernd í hnotskurn

Í hópmeðgönguvernd eru myndaðir hópar með sex til tólf konum sem eiga von á barni á svipuðum tíma og hvatt er til að makar eða stuðningsaðilar taki einnig þátt (Andersson, Christensson og Hildingsson, 2013; Teate, Leap, Rising og Homer, 2011). Skipulag hópanna byggir á sama grunni og hefðbundin meðgönguvernd og hittist hver hópur í 90-120 mínútur í hvert skipti. Gert er ráð fyrir að fyrsta koma í meðgönguvernd sé einstaklingsviðtal eins og í hefðbundinni meðgönguvernd þar sem fram fer ítarlegt áhættumat og fræðsla en aðrir tímar fara fram í hópum. Í byrjun hvers hóptíma fer fram heilsumat og síðan tekur við fræðsla og umræður undir handleiðslu ljósmóður. Konurnar taka virkan þátt í að fylgjast með heilsu sinni en þær mæla sjálfar blóðþrýsting, vigta sig og prófa þvag fyrir eggjahvítu. Aðrar athuganir eins og legbotnsmæling og hlustun fösturhjártsláttar fer fram á dýnu eða bekk til hliðar innan sameiginlegs rýmis, gjarnan á bakvið skerm eða tjald. Skoðunin tekur nokkrar mínútur en ef gera þarf frekari skoðanir (svo sem innri skoðun) er konum boðið að hitta ljósmóður í næði eftir hóptímann. Það sama á við ef kona hefur þörf fyrir að ræða viðkvæm málefni í einrúmi með ljósmóður en flest málefni sem þannig koma upp eru þó rædd í hópnum ýmist þannig að konan beri sjálf fram spurningu eða ljósmóðirin taki upp umræður um efnið að fyrra bragði. Hópmeðgönguvernd hentar bæði hraustum konum í eðlilegri meðgöngu sem og konum með áhættuþætti á borð við meðgöngusykursýki, háþrýsting og andlega vanlíðan. Konur sem sækja þjónustu ljósmæðra og lækna í áhættumæðravernd er líka boðið

að taka þátt í hópmeðgönguvernd samhliða áhættumæðraverndinni. (Andersson o.fl., 2013; C. Klima o.fl., 2009; Rising, 1998; Rising o.fl., 2004; Teate o.fl., 2011). Fræðsla og umræður eru aðallega í höndum ljósmæðra, en að auki geta aðrir fagaðilar komið að fræðslu til hópsins, svo sem næringarfræðingar, félagsráðgjafar eða fjölskylduráðgjafar (Rising, 1998). Umræðuefnin eru fjölbreytt, t.d. eðlilegur fösturþroski, breytingar á líkama konunnar á meðgöngu en einnig sálfélagslegir þættir svo sem andleg líðan, samskipti og heimilisofbeldi (Andersson o.fl., 2013; Rising, 1998).

Upphaf hópmeðgönguverndar

Hópmeðgönguvernd kom fyrst fram á áttunda áratugi síðustu aldar og á rætur sínar að rekja til Minnesota í Bandaríkjunum. Hópur ljósmæðra og barnahjúkrunarfræðinga hóf þá að bjóða konum upp á slíka þjónustu til að bregðast við auknum kröfum kvenna um virka þátttöku í heilsuvernd, aukna fræðslu og samfellda þjónustu (Manant og Dodgson, 2011; Rising, 1998). Upphaflega var um að ræða hópmeðgönguvernd fyrir þör á síðasta þriðjungi meðgöngu og fyrstu þrjá til fjóra mánuðina eftir fæðingu. Ríkti mikil ánægja með þetta fyrirkomulag meðal skjólstæðinga og fagfólks. Ein þeirra ljósmæðra sem hafði starfað í þessari hópmeðgönguvernd, Sharon S. Rising, kom í kjölfarið á fót þjónustu sem náði til allrar meðgöngunnar og kallaði hún fyrirkomulagið síðar CenteringPregnancy. Hópmeðgönguvernd hefur síðan verið í stöðugri þróun um allan heim, bæði í upphaflegri mynd sem og með breyttum aðstæðubundnum áherslum að frumkvæði þeirra ljósmæðra sem sinna meðgönguvernd á hverjum stað.

Hópmeðgönguvernd hefur ekki verið tekin upp á Íslandi en fyrirkomulagið fellur vel að þeim gildum sem íslenskar ljósmæður starfa eftir í meðgönguvernd þar sem lögð er áhersla á samfellda þjónustu, heilsufarsmat, fræðslu og stuðning. Fyrirhugað er að prófa slíkt fyrirkomulag sem hluta af doktorsverkefni í ljósmóðurfræði haustið 2017 og taka fjórar heilsugæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu þátt í forprófuninni. Sú forprófun mun leiða í ljós hvernig þetta fyrirkomulag hentar við íslenskar aðstæður. Líklegt þykir að hópmeðgönguvernd henti íslenskum konum þar sem þær eru duglegar að nota bumbuhópa á samfélagsmiðlum og sækja skipulagða fræðslu utan hefðbundinnar meðgönguverndar (Helga Gottfreðsdóttir 2011). Í rannsókn sem unnin var í samstarfi við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins var skoðað hvert notagildi skipulagðar foreldrafræðslu er frá sjónarhorni foreldra sem höfðu tekið þátt í slíkum námskeiðum. Flestir nýbakaðir foreldrar sem tóku þátt í rannsókninni telja að fæðingarfræðsla eigi að fara fram á hópnaðmskeiði eða 88,29% feðra og 90,68% mæðra en rúm 70% karla og kvenna telja að sú fæðingarfræðsla sem nýttist þeim best í fæðingunni hafi verið fræðslan á hópnaðmskeiðinu. Í sömu rannsókn telja 51,35% mæðra og 66,95% feðra að fæðingarfræðsla eigi að fara fram hjá ljósmóður í meðgönguvernd en 36,0% feðra en aðeins 27,1% mæðra telja að sú fræðsla sem nýttist þeim best í fæðingu hafi komið frá ljósmóður í meðgönguvernd. (Helga Gottfreðsdóttir 2011). Í meistararannsókn Emblu Ýrar Guðmundsdóttur frá árinu 2014 kemur fram að einungis 35% verðandi foreldra sækir skipulagt foreldrafræðslunámskeið utan meðgönguverndar. Í verkefninu var unnið með gögn úr rannsókninni Barneign og Heilsa en upplýsingum var safnað frá konum um allt land. Almennst fannst frumbyrjum í rannsókninni þær hafa gagn af þátttöku á skipulögðum foreldrafræðslunámskeiðum á meðgöngu en hins vegar var enginn munur á líðan og upplifun þeirra af fæðingu eftir því hvort þær sóttu skipulagt foreldrafræðslunámskeið á meðgöngu eða ekki (Embla Ýr Guðmundsdóttir, 2014).

Hópmeðgönguvernd gæti verið vettvangur til að veita konum öruggan vettvang til að kynnað öðrum konum sem eiga von á barni á svipuðum tíma þar sem þær geta notið stuðnings hver frá annarri og frá þeim ljósmæðrum sem hópnum sinna. Þar gefst meira svigrúm til fræðslu en í hefðbundinni meðgönguvernd, konurnar geta rætt hugðarefni sín og þegið fræðslu og ábendingar um gagnlegar upplýsingar, en jafnframt gefur þessi vettvangur öllum konum sem

sækja meðgönguverndina jafna möguleika á upplýsingum sem nýtast þeim í fæðingu er varðar ákvarðanir um verkjameðferðir, leiðir til að draga úr kvíða og áhyggjum o.fl.

Kenningagrunnur

Kenningagrunnur hópmeðgönguverndar er feminismi, hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar og hugrænar félagsnámskenningar (e. social cognitive theory). Feminismi í hópmeðgönguvernd birtist í áherslum á sjálfbræði og sjálfstyrkingu kvenna þar sem konurnar eru hvattar til að taka ábyrgð á eigin heilsuvernd og líðan og styðja aðrar konur í hópnum til hins sama. Umræður í hópnum mótask eftir þörfum þeirra kvenna sem í honum eru og fræðsla frá ljósmóður er veitt með umræðum frekar en beinni fræðslu. Þetta er mikilvægur þáttur sem greinir hópmeðgönguvernd frá hefðbundnum námskeiðum. Með virkri þátttöku í meðgönguvernd eykst sjálfsöryggi kvenna og trú á eigin hæfni til að ganga með, fæða og annast barn og fjölskylduna í heild. Samkvæmt hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar er meðganga og fæðing eðlilegt ferli og hlutverk ljósmóðurinnar í hópmeðgönguvernd er að skapa heppilegt umhverfi til umræðna. Ljósmóðirin kemur með sinn faglega bakgrunn, en það eru þarfir þeirra kvenna sem eru í hópnum í hvert sinn sem liggja að baki umræðum og sú sameiginlega reynsla og þekking sem myndast í hópnum getur orðið valdeflandi fyrir alla þátttakendur - barnshafandi konur, stuðningsaðila og ljósmæður. Að lokum samræmist það hugrænum félagsnámskenningum að hópurnir veiti hverri konu þann félagslega stuðning sem hún þarfnast og að konan finni að hún tilheyrir hópnum og sé mikilvægur hluti af honum. Rannsóknir sýna að konur sem fá góðan félagslegan stuðning eru líklegri til að hafa meira sjálfstraust og ganga betur bæði á meðgöngu og í fæðingu (Rising o.fl., 2004).

Virk þátttaka í heilsufarsmælingum á meðgöngu

Visbendingar eru um að þegar barnshafandi kona annast sjálf heilsufarsmælingar í samvinnu við ljósmóður þá dregur það úr áhættuhugsun og styrkir þá hugmyndafræði að meðgangan sé eðlilegt ferli (Rising, 1998). Þá er valdefling kvenna ekki síður mikilvægur ávinningur sem felst í aukinni þekkingu á meðgöngutengdum áhættuþáttum og vakningu til ábyrgðar á eigin heilsufari (Ickovics o.fl., 2007; C. S. Klima, 2003; Novick o.fl., 2011; Rising o.fl., 2004; Robertson, Aycock og Darnell, 2009; Teate o.fl., 2011). Slík valdefling er mikilvægur þáttur í heilbrigði mæðra og fjölskyldunnar sem heild þar sem konan er betur í stakk búin til að annast heilsuefingu barna sinna líkt og sína eigin (C. S. Klima, 2003). Þegar konur sjá sjálfar um hluta heilsufarsmælinga gefst meiri tími til umræðna með ljósmóður og öðrum konum í hópnum (Baldwin, 2006; Teate o.fl., 2011). Rannsóknir sýna að konum þykir jákvætt að gera heilsufarsmælingar sjálfar og einnig að mælingar séu gerðar innan hópsins. Konurnar öðlast aukinn skilning á tilgangi áhættumats í meðgönguvernd, axla aukna ábyrgð á eigin heilsu, finna fyrir auknu valdi yfir eigin meðferð og fylgjast betur með breytingum á líðan sinni. Konunum þykir lærdómsríkt og hughreystandi að sjá og heyra hvað mælingar eru misjafnar á milli kvenna, en þó allar innan eðlilegra marka. Algengt er að konur fái til dæmis athugasemdir frá samferðafólki sínu um það hvernig þær beri börn sín, að mikið eða lítið sjáist á þeim og að barnið hljóti að vera lítið eða stórt. Að hafa fylgst með skoðunum í hópi kvenna og séð að þetta getur verið afar mismunandi en samt eðlilegt, getur reynst konum hjálplegt við að takast á við slíkar athugasemdir (Novick o.fl., 2011; Rising, 1998).

Aukin fræðsla og stuðningur í meðgönguvernd

Hópmeðgönguvernd er kjörin leið til að auka tíma fyrir fræðslu og umræður en skortur á tíma til fræðslu og umræðna er eitt helsta umkvörtunarefni kvenna í hefðbundinni meðgönguvernd (Hildingsson og Radestad, 2005). Nýleg íslensk rannsókn rennir frekari stöðum undir það að barnshafandi konur á Íslandi telja að ekki sé nægum tíma varið í að veita upplýsingar og undirbúning fyrir fæðingu í meðgönguvernd. Í rannsókninni höfðu um 87% barnshafandi kvenna væntingar um að fá upplýsingar um fæðinguna í meðgönguvernd, en

eftir fæðingu álitu 41% þeirra að ekki hefði verið eytt nægum tíma í slíka fræðslu í meðgönguvernd (Helga Gottfredsdóttir o.fl., 2016). Klínískar leiðbeiningar um heilbrigðar konur í eðlilegri meðgöngu gera ráð fyrir að frumbyrja mæti tíu sinnum í meðgönguvernd yfir meðgönguna og er þá meðtalin koma við 41. viku (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2008). Gert er ráð fyrir að hver tími taki um hálf tíma, utan fyrstu komu sem yfirleitt tekur um eina klukkustund. Frumbyrja er því hjá ljósmóður í samtals 5,5 klukkustundir yfir meðgönguna. Væri þessi sama frumbyrja í hópmeðgönguvernd er gert ráð fyrir að hún mæti tíu sinnum, í tvær klukkustundir í senn, utan fyrsta viðtals með ljósmóður sem tekur um klukkustund. Konan fær því 21 klukkustund í stað 5,5 klukkustunda með sinni ljósmóður á meðgöngutímanum. Vegna þess hve riflegur tími gefst til fræðslu og umræðna er ekki talin þörf á að konur í hópmeðgönguvernd sækji sér sérstaklega fæðingarfræðslunámskeið (Andersson o.fl., 2013). Í hópmeðgönguvernd fá barnshafandi konur alla þá fræðslu sem þær þurfa á einum stað. Í hópum skapast andrúmsloft sem getur verið erfitt að skapa í samtali tveggja einstaklinga. Það að heyra aðrar konur tjá sínar tilfinningar, áhyggjur eða hugsanir getur verið hjálplegt til að viðurkenna sínar eigin tilfinningar og átta sig á að þær eru eðlilegar (Risisky o.fl., 2013; Andersson 2012). Nýleg hollensk rannsókn sýndi fram á að traust sem skapast í hópi kvenna í meðgönguvernd eykur félagslegan stuðning sem aftur eflir sjálfstraust þátttakenda (Kweekel, Gerrits, Rijnders og Brown, 2016).

Konur eru líklegri til að spyrja og stofna til umræðna þekki þær hver aðra og þá ljósmóður sem sinnir fræðslunni. Auk þess þekkja ljósmæður betur fræðsluþarfir og óskir hópsins sem þær hitta ítrekað og fræðslan verður því hnitmiðaðri og líklegri til að skila árangri. Kostnaður er minni fyrir pör sem hefðu annars þurft að leita sér fræðslu utan meðgönguverndar og þá er jákvætt að í hópmeðgönguvernd koma saman konur úr sama hverfi sem auðveldar þeim að halda hópinn og veita hver annarri áframhaldandi stuðning eftir að börnin koma í heiminn.

Viðhorf kvenna til hópmeðgönguverndar

Rannsóknir sýna að konur í hópmeðgönguvernd eru ánægðar með fyrirkomulagið (C. Klima o.fl., 2009; Robertson o.fl., 2009). Konum finnst þær vel undirbúnar fyrir fæðinguna og foreldrahlutverkið og eru ánægðar með þá fræðslu og stuðning sem þær fá í hópmeðgönguverndinni (Ickovics o.fl., 2007). Að auki sýna rannsóknir að konur í hópmeðgönguvernd hafa meiri þekkingu á barneignarferlinu og að þekking þeirra eykst meira á meðgöngu samanborið við konur í hefðbundinni meðgönguvernd (Baldwin, 2006). Konur nefna að þeim finnst gott að fá upplýsingar beint frá ljósmæðrum og upplýsingar í gegnum spurningar annarra kvenna í hópnum sem þær sjálfar hefðu ekki þorað að spyrja, ekki munað eftir að spyrja eða ekki áttað sig á að þær skorti svör við (McNeil o.fl., 2012).

Rannsóknir hafa sýnt fram á ýmsa kosti hópmeðgönguverndar fyrir barnshafandi konur, fagfólk og samfélagið í heild. Helst ber að nefna jákvæð áhrif hópeflis og jafningjastuðnings sem myndast meðal kvenna sem sækja hópmeðgönguvernd, aukinn tíma sem konur fá með ljósmóður á meðgöngu og þar með aukin tækifæri til fræðslu og umræðna. Niðurstöður rannsókna benda einnig til að konur séu betur undirbúnar fyrir fæðingu og hafi betri þekkingu á barneignarferlinu í heild en þær konur sem fá hefðbundna meðgönguvernd (Carter o.fl., 2016).

Konum þykir stuðningur frá öðrum konum í hópmeðgönguvernd mikilvægasti þáttur meðgönguverndarinnar. Þær finna til öryggis í hópnum til að ræða það sem þeim liggur á hjarta um líðan sína, áhyggjur og hugrenningar og uppskera skilning og stuðning annarra kvenna og ljósmæðra (Herrman, Rogers og Ehrenthal, 2012; Novick o.fl., 2011; Teate o.fl., 2011). Með þátttöku í hópmeðgönguvernd öðlast makar einnig meiri þekkingu á meðgöngunni, barneignarferlinu og líðan barnshafandi kvenna enda hafa rannsóknir sýnt að konur sem höfðu maka sinn með í hópmeðgönguvernd fundu fyrir meiri stuðningi heima fyrir en þær konur sem mættu einar (Baldwin, 2006;

McNeil o.fl., 2012; Rising, 1998). Í hópnum hitta þeir aðra maka, fá tækifæri til að ræða upplifanir sínar og uppskera stuðning og skilning frá öðrum í sömu stöðu. Það má ekki gleymast að í flestum tilfellum eru tveir einstaklingar að eignast barn en ekki bara konan sem ber barnið undir belti. Báðir einstaklingar þurfa að undirbúa sig og sækja sér fræðslu jafnvel þó það krefjist fjarveru úr vinnu. Í flestum tilfellum má með örlitlum sveigjanleika og opnum huga gera slíkar breytingar á barneignaþjónustu til góðs fyrir verðandi foreldra og samfélagið í heild. Fæðingarorlof maka er dæmi um nýjung sem krafðist hugarfarsbreytingar líkt og oft er þegar nýjar aðferðir eru teknar upp. Sveigjanleiki vinnuveitenda eða jafnvel sveigjanleiki í heilsugæslu gæti gert hópmeðgönguvernd mögulega fyrir stærri hóp fólks. Sums staðar hefur verið brugðið á það ráð að bjóða uppá hópmeðgönguvernd utan hins hefðbundna skrifstofutíma.

SAMANTEKT

Konur hafa þörf fyrir fræðslu og upplýsingagjöf á meðgöngu en rannsóknir benda til þess að væntingar þeirra séu ekki uppfylltar. Vaxandi áhersla á hvers kyns skimanir og eftirlit með líkamlegri heilsu getur beint athygli frá því að meðgangan er ekki síður aðlögun og undirbúningur fyrir breytt hlutverk. Hópmeðgönguvernd er áhugaverður kostur til að auka enn frekar tækifæri til sjálfsstyrkingar og valdeflingar barnshafandi kvenna. Að auki býður hópmeðgönguvernd barnshafandi konum og mökum þeirra heilsuvernd, stuðning og fræðslu á skemmtilegan, hagkvæman og áhrifaríkan máta.

HEIMILDIR:

Andersson, E., Christensson, K. og Hildingsson, I. (2013). Mothers’ satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care—a clinical trial. *Sex Reprod Healthc*, 4(3), 113-120. doi:10.1016/j.srhc.2013.08.002

Baldwin, K. A. (2006). Comparison of selected outcomes of CenteringPregnancy versus traditional prenatal care. *J Midwifery Womens Health*, 51(4), 266-272. doi:10.1016/j.jmwh.2005.11.011

Carter, E. B., Temming, L. A., Akin, J., Fowler, S., Macones, G. A., Colditz, G. A. og Tuuli, M. G. (2016). Group Prenatal Care Compared With Traditional Prenatal Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 128(3), 551-561. doi:10.1097/aog.0000000000001560

Herrman, J. W., Rogers, S. og Ehrenthal, D. B. (2012). Women’s perceptions of centeringpregnancy: a focus group study. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 37(1), 19-26. doi:10.1097/NMC.0b013e3182385204

Hildingsson, I. og Radestad, I. (2005). Swedish women’s satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *J Adv Nurs*, 52(3), 239-249. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03584.x

Ickovics, J. R., Kershaw, T. S., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H. og Rising, S. S. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 110(2 Pt 1), 330-339. doi:10.1097/01.aog.0000275284.24298.23

Klima, C., Norr, K., Vonderheid, S. og Handler, A. (2009). Introduction of CenteringPregnancy in a public health clinic. *J Midwifery Womens Health*, 54(1), 27-34. doi:10.1016/j.jmwh.2008.05.008

Klima, C. S. (2003). Centering pregnancy: a model for pregnant adolescents. *J Midwifery Womens Health*, 48(3), 220-225.

Manant, A. og Dodgson, J. E. (2011). CenteringPregnancy: an integrative literature review. *J Midwifery Womens Health*, 56(2), 94-102. doi:10.1111/j.1542-2011.2010.00021.x

McNeil, D. A., Vekved, M., Dolan, S. M., Siever, J., Horn, S. og Tough, S. C. (2012). Getting more than they realized they needed: a qualitative study of women’s experience of group prenatal care. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 17. doi:10.1186/1471-2393-12-17

Novick, G., Sadler, L. S., Kennedy, H. P., Cohen, S. S., Groce, N. E. og Knafl, K. A. (2011). Women’s experience of group prenatal care. *Qual Health Res*, 21(1), 97-116. doi:10.1177/1049732310378655

Rising, S. S. (1998). Centering pregnancy. An interdisciplinary model of empowerment. *J Nurse Midwifery*, 43(1), 46-54.

Rising, S. S., Kennedy, H. P. og Klima, C. S. (2004). Redesigning prenatal care through CenteringPregnancy. *J Midwifery Womens Health*, 49(5), 398-404. doi:10.1016/j.jmwh.2004.04.018

Robertson, B., Aycock, D. M. og Darnell, L. A. (2009). Comparison of centering pregnancy to traditional care in Hispanic mothers. *Matern Child Health J*, 13(3), 407-414. doi:10.1007/s10995-008-0353-1

Teate, A., Leap, N., Rising, S. S. og Homer, C. S. (2011). Women’s experiences of group antenatal care in Australia—the CenteringPregnancy Pilot Study. *Midwifery*, 27(2), 138-145. doi:10.1016/j.midw.2009.03.001

Wedin, K., Molin, J. og Crang Svalenius, E. L. (2010). Group antenatal care: new pedagogic method for antenatal care—a pilot study. *Midwifery*, 26(4), 389-393. doi:10.1016/j.midw.2008.10.010



Við erum leiðandi í hugbúnaði fyrir heilbrigðiskerfið

Lausnir TM Software eru notaðar daglega af þúsundum heilbrigðisstarfs- manna á öllum helstu heilbrigðisstofnunum landsins s.s. sjúkrahúsum, stofum sérfræðilækna, heilsugæslum, hjúkrunarheimilum auk apóteka.



Alþjóðadagur ljósmæðra, 5. Maí 2017:

Ljósmæður, mæður og fjölskyldur, í sambandi allt lífið

okkar árlega ráðstefna

Í blíðskaparveðri var hin árlega 5. maí ráðstefna í tilefni Alþjóðadags ljósmæðra haldin í Nauthólsvík í Reykjavík. Ráðstefnunefnd á vegum Ljósmæðrafélagsins, Þróunarstofu Heilsugæslunnar, mæðraverndar, Námsbrautar í Ljósmodurfræði við Háskóla Íslands og fagráðs ljósmæðra við Landspítala, á þakkir skildar fyrir góðan undirbúning.

Hugtökin *salutogenesis* og samskipti og hvernig þau endurspeglast í ljósmodurfræðinni voru á margan hátt kjarninn í erindum dagsins. Salutogenesis er heilsuefning (og byggir á hugmyndum Antonovsky) sem fjallar meðal annars um uppruna heilsunnar; velliðan og trú á eigin getu til að takast á við lífið á jákvæðan hátt og að erfið reynsla getur verið þroskandi og sjálfstyrkjandi. Samskipti ljósmodurinnar felast meðal annars í að koma til móts við konu og fjölskyldu hennar, þar sem hún er stödd og að hún upplifi sig við stjórn – allt lífið.

Gestafyrirlesari ráðstefnunnar var *Lesley Page*, hin þekkti leiðtogi ljósmæðra í Bretlandi og á alþjóðavísu. Lesley er okkur að góðu kunn, en hún hefur tvisvar áður komið til Íslands, og veitt innblástur við að móta kennslu í ljósmodurfræði og barneignarþjónustu. Í fyrirlestrum sínum núna lagði hún áherslu á framtíð ljósmæðrahjálp, hversu mikilvæg hún sé í að vernda hina eðlilegu fæðingu til að bjarga og þróa hágæða barneignarþjónustu, bæði í þróunarlöndum þar sem fátækt ríkir og í velmegun hins tæknilega vestræna heims. Tár sáust á hvarmi þegar Lesley sagði frá ferðalögum sínum og frá bágunum aðstæðum kvenna og barna og hvernig mannréttindi eru víða brotin gagnvart barnshafandi konum. Víða vantar hina mannlegu nánd og ljósmæðraþekkingu til að styðja við eðlilegt barneignarferli. Margar okkar hafa eflaust hugsað hversu heppin við erum hér á Íslandi með okkar aðstæður og góðan árangur í barneignarþjónustunni. Hér heima má þó margt bæta og mörg aðkallandi verkefni eins og að bæta þjónustu við barnshafandi konur af erlendum uppruna, flóttakonur og fjölskyldur þeirra.

Í erindi um siðferðilegt viðmót í starfi fjallaði *Salvör Norðdal* forstöðumaður Siðfræðistofnunar við Háskóla Íslands um hvernig siðareglur geta verið hvetjandi í starfi. Hún ræddi meðal annars um



hvernig dyggð og mannkostir skipta máli þegar við tökumst á við erfið verkefni, hvernig við þurfum að vera næm á tilfinningar og nota innsæi og dómgreind til að taka ákvarðanir.

Valgerður Lís Sigurðardóttir, sérfræðiljósmóður á Landspítala og doktorsnemi í ljósmodurfræði sagði frá rannsókn sinni og annarra sem staðfesta hversu mikil áhrif stuðningur ljósmodur hefur á fæðingarreynslu. Hún benti einnig á salutogenesis niðurstöður sem sýna að þótt fæðingarreynsla sé erfið þarf hún ekki að vera neikvæð.

Í áhrifamiklu erindi byggðu á doktorsrannsókn *Sunnú Simonardóttur*, mannfræðings um erfiða reynslu mæðra af brjóstagjöf kom fram hversu erfið það er fyrir nýbakaðar mæður að upplifa valdleysi. Þetta minnti á þátt okkar ljósmæðra í valdeflingu kvenna svo þær geti borið ábyrgð og tekið sjálfstæða ákvörðun um brjóstagjöf: að á þær sé hlustað og þegar konan þarf að hætta með barn á brjósti upplifi hún sig „samt sem góða móður“.

Audbjörg Bjarnadóttir, ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur á Kirkjubæjarklaustri fór á kostum þegar hún sagði á léttan hátt frá samskipum sínum við samstarfsfólk í heilbrigðisgeiranum í Reykjavík,



frá ferðalögum, veðri og aðstæðum sem hafa áhrif á öryggi allra sem koma að heilbrigðisþjónustunni. Hún vakti okkur til umhugsunar um að virða fjölbreytt starf, sérhæfða þekkingu, styrk og reynslu heilbrigðisstarfsmanna á landsbyggðinni.

Sigfríður Inga Karlsdóttir ljósmóðir og dósent við Háskólann á Akureyri varði nýlega doktorsritgerð sína um reynslu og væntingar kvenna til sársauka í fæðingu. Í erindi sínu fjallaði hún um mikilvægi samskipta ljósmodur og verðandi foreldra á meðgöngu, um hvernig hún getur aðstoðað konur við að undirbúa sig fyrir sársaukann til að takast á við hann í fæðingunni. Áhersla á salutogenesis eða heilsuefandi viðhorf var kenningargrunnur í doktorsrannsókninni og markmiðið var að skoða þætti sem hafa áhrif á jákvæða upplifun af sársauka í fæðingu en stuðningur maka skipti þar verulega máli.

Hugtakið og orðið meðvirkni er mikið notað í almenrri umræðu um samskipti fólks. *Sr. Anna Sigríður Pálsdóttir* leitaðist við að svara spurningunni um hvað þetta fyrirbæri fæli í sér; að vera háður og virkur með öðrum en sjálfum sér, ástand sem þróast til dæmis í fjölskyldum þar sem ójafnvægi ríkir, fíknivandi og feluleikur væri til staðar. Í erindinu sagði Anna Sigríður okkur frá jákvæðri merkingu orðsins meðvirkni fyrir hvern og einn, það er hvernig orðið gæti þýtt það að vera virkur með og standa með sjálfum sér sem væri sjálfsstyrkjandi og hefði í för með sér velliðan.

Að lokum - *Lesley Page* brýndi íslenskar ljósmæður til ábyrgðar, að við ættum að vera pólitískar og reyna að hafa áhrif á stjórnmönd til breytinga. Við ættum að vera fyrirmynd ásamt norrænum ljósmæðrum í að efla mannlega barneignarþjónustu í heiminum sem virðir sjálfræði barnshafandi kvenna og réttinn til að upplifa farsæla fæðingu. Hlustum og nemum þessi orð -áfram ljósmæður um allan heim!

Ólaf Ásta Ólafsdóttir



Ungur vísindamaður á Landspítala 2017



Berglind fékk blómvönd frá Ljósmæðrafélaginu á 5. maí ráðstefnunni, með henni á myndinni er Áslaug formaður og aðalfyrirlesarinn Lesley Page.

Uppskeruhátíð vísindastarfs á Landspítala, Vísindi á vordögum, var haldin 4. maí síðast liðinn. Sá ánægjulegi atburður gerðist að; Ungur vísindamaður 2017 úr hópi fjölda ungra vísindamanna á Landspítala var valin dr. Berglind Hálfðánsdóttir, ljósmóðir.

Berglind sem varð doktor í ljósmodurfræði á síðasta ári er lektor við námsbraut í ljósmodurfræði og ljósmóðir á Fæðingavakt, þar sem hún sinnir líka verkefna- og rannsóknarvinnu. Hún tekur þátt í samnorrænni rannsókn á útkomu heima-fæðinga og er þátttakandi í fjölþjóðlegri rannsókn á tíðni inngripa í fæðingum og tengslum við útkomu fæðinga í ólíkum löndum. Á Fæðingavakt Landspítala leiðir Berglind rannsókn um heilsufars- og áhættuflokkun í fæðingum en til þessa klíniska rannsóknarverkefnis hlaut Berglind styrk frá Landspítala.

Ljósmæðrablaðið óskar Berglinni innilega til hamingju.

Nálastungunámskeiðin 15 ára

GV 20 (Du 20) Ht 7 Sp 6. Hvaða stafir og tölur eru þetta? Svar: Meðferðartillaga um nálastungupunkta sem hægt er að nota til að undirbúa fæðingu, til að efla orkuflæði og hafa jafnvægi milli yin og yang.

Undirbúningur fyrir fæðingu nálastunguljósmæðra á Íslandi hófst fyrir 15 árum. Þá var fyrsta nálastungunámskeiðið haldið af Lilleba Anckers og Guðlaugu Maríu Sigurðardóttur nálastungufræðingum og ljósmæðrum menntuðum í Svíþjóð og Danmörku. Námskeiðið var haldið í kennslustofu ljósmæðra í Eirbergi í samstarfi Ljósmæðrafélagsins og náms í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands og í fyrsta hollinu lærðu 14 ljósmæður meðal annars að stinga í þessa punkta. Gert var samkomulag við Landlæknisembættið um að ljósmæður sem hefðu lokið þessu námskeiði gætu nýtt nálastungumeðferð í starfi.

Nálastungunámskeiðin hafa verið vinsæl og þær ljósmæður sem hafa komist upp á lag með að beita nálastungum sjá oft undraverðan árangur. Í námskeiðinu er fjallað um þekkingargrunn og samþættingu vestrænna og kínverskra heilbrigðismeðferða. Samkvæmt kínverskri hugmyndafræði flæðir Qi lífsorkan um orkubrautir líkamans og skiptir hún máli fyrir heilbrigði. Truflun á flæði Qi hefur áhrif á jafnvægi milli andstæðra krafta Yin og Yang og nálastungur í ákveðna punkta leiðrétta eða viðhalda jafnvægi og hafa áhrif til bættar heilsu. Kennsla um nálastungur fyrir ljósmæður miðar að því að gera allar ljósmæður hvort sem þær vinna í meðgönguvernd, við fæðingar eða sinna konum eftir fæðingu, í stakk búnar til að veita konum einfalda og oft áhrifaríka meðferð sem gagnast til dæmis gegn meðgöngukvillum, línar sársauka og styður við eðlilega fæðingu, sængurlegu og brjóstagjöf.

Guðlaug María sem starfar sem ljósmóðir í Keflavík er frumkvöðull á þessu sviði ljósmóðurhjálpur hérlendis en síðustu árin hefur kennslan eingöngu verið í hennar höndum. Námskeiðið stendur yfir í sex daga og er tvískipt. Fyrst fer fram kennsla í fjóra daga og svo sex vikna æfingatímabil þar sem ljósmæður skrá og



Hópurinn sem útskrifaðist í apríl 2017.

nota nálastungumeðferð í starfi áður en námskeiðinu lýkur á tveimur dögum. Þá er meðal annars farið yfir tilfelli og árangur meðferða metinn af þátttakendum. Nú eru námskeiðin yfirleitt haldin í BHM salnum í Borgartúni.

Á þessum 15 árum hafa 217 ljósmæður sótt námskeiðin. Ekki eru til upplýsingar á einum stað um hversu mikið þær hafa nýtt þekkingu sína í starfi. Hér eru mikilvæg rannsóknarverkefni að vinna fyrir íslenskar ljósmæður, á skráningu og mati á nálastungumeðferð. Til að konur í barneignarferlinu geti valið nálastungumeðferð á upplýstan hátt er þörf á að rannsaka hvar og hvernig ljósmæður nota nálastungur, hver sé reynsla kvenna og árangurinn.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir



50 ára ljósmæður; Guðrún, Elin, Halldóra og Guðrún Þór; mættu í málstofu ljósmæðra 2017.

Ljósmæður á saumanámskeiði



Kennararnir frá Danmörku.

Á dögnum gafst íslenskum ljósmæðrum tækifæri til að sækja eitt af hinum vinsælu Gynzone námskeiðum í Reykjavík og á Akureyri undir stjórn dönsku ljósmóðurinnar og frumkvöðulsins Dr. Söru Kindberg. Það var upplifun í sjálfu sér að eyða deginum með þessari kraftmiklu konu sem hefur augljóslega einstakt lag á því að leiðbeina öðrum á þann hátt að flókin verkefni verða yfirstíganleg og spennandi áskorun. Henni tókst ekki bara að kenna reynsluboltum ný trikk og skátaforingja að hnýta nýja hnúta, heldur kvað hún líka kjaftforustu ljósmæðurnar í kútinn með beittum húmor sínum og kostlegum frásögnum.

Sara er klínískur sérfræðingur í viðgerðum á spangarrifum eftir fæðingu. Fyrir níu árum síðan stofnaði hún Gynzone sem byrjaði sem vefsíða með kennsluefni, myndböndum og upplýsingum um nýjustu rannsóknir á sviðið spangarviðgerða en er í dag fyrirtæki sem vinnur að því með fjölbreyttum hætti að auka fagmennsku og gæði í öllu því sem við kemur spangaráverkum, viðgerðum og heilsu kvenna í því samhengi. Þau útbúa metnaðarfull kennslumyndbönd, halda námskeið og kenna í ljósmæðra- og læknaeildum út um víðan

völl við miklar vinsældir. Árið 2011 var Sara heiðruð fyrir störf sín og útnefnd kvenfrumkvöðull ársins í heimalandi sínu.

Það var fróðlegt að heyra hvernig unnið er að hámarka gæði þjónustunnar og hæfni starfsfólksins á sjúkrahúsinu í Árósum þar sem Sara starfar. Þar er öllum konum boðið að koma í eftirskoðun nokkrum dögum eftir fæðingu og ef rifur hafa gróið illa eða verið saumaðar á rangan hátt saman er þeim boðið að láta lagfæra viðgerðina. Rannsóknir sýna að með því að gera við rifurnar á fyrstu vikunum eftir fæðingu eru líkurnar á árangursríkri viðgerð mjög miklar eða um 90%, en eftir að þrjár vikur eru liðnar eru aðeins helmingslíkur á góðum árangri. Sara leggur líka áherslu á að það sé nauðsynlegt að við lærum af mistökunum sem við gerum og í Árósum er því bæði ljósmæðrum og læknum sem hafa endurtekið gert mistök boðið upp á frekari þjálfun og eftirfylgni og þannig unnið markvisst að því að styðja við starfsfólkið og auka þannig gæði þjónustunnar.

Óvísindaleg könnun undirritaðrar leiddi í ljós að ljósmæðurnar voru hæst ánægðar með daginn og bæði nýtskrifaðar og þær sem eru flestum hnútum kunnugar lærðu eitthvað nýtt og skerptu á mikilvægum atriðum. Frábært námskeið í alla staði.

Við bendum áhugasömum á að hægt er að nálgast upplýsingar um Gynzone og þeirra starf á heimasíðu þeirra: www.gynzone.net.

Rut Guðmundsdóttir



Lærdómurinn á fullu.

Málstofa í ljósmóðurfræði 2017

Þann 2. júní síðastliðinn var hin árlega málstofa í ljósmóðurfræði haldin. Sjö verðandi ljósmæður kynntu lokaverkefni sín til embættisprófs og munu útskrifast með kandidatspróf í ljósmóðurfræði síðar í mánuðinum. Erindin voru mjög áhugaverð, fjölbreytt og fræðandi og óskar Ljósmaðrablaðið nýútskrifuðum ljósmæðrum innilega til hamingju með áfangann og velfarnaðar í starfi. Við bendum áhugasömum á að hægt er að nálgast öll verkefni á vefslóðinni: www.skemman.is.

Verkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Heiða Björk Jóhannsdóttir	Barneignarþjónusta og aðgangur að sólarhringsþjónustu á landsbyggðinni, með áherslu á Heilbrigðisstofnun Norðurlands	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Ella Björg Rögnvaldsdóttir	Hópmeðgönguvernd. Fræðileg samantekt	Dr. Helga Gottfreðsdóttir og Emma Marie Swift
María Sveinsdóttir	Neikvæð fæðingarreynsla. Meðferðarúræði ljósmæðra og fyrirbyggjandi aðgerðir	Hildur Kristjánsdóttir
Lydía Stefánsdóttir	Gangsetning hraustra kvenna án áhættuþátta vegna meðgöngulengdar	Dr. Helga Gottfreðsdóttir
Ragna Þóra Samúelsdóttir	Áhrif kvíða og ótta á framgang fæðingar	Dr. Helga Gottfreðsdóttir og Emma Marie Swift
Jóhanna María Z. Friðriksdóttir	Upplifun kvenna af samskiptum við ljósmæður í fæðingu. Fræðileg samantekt	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Ásta Dan Ingibergsdóttir	Meðferð á þriðja stigi fæðingar. Konur í lítilli hættu á blæðingu eftir fæðingu	Dr. Berglind Hálfðánsdóttir



Nýútskrifaðar ljósmæður og kennarar þeirra vorið 2017.

Ljósmaðrablaðið óskar Sigfríði Ingu til hamingju með doktorsnafnbótina



Sigfríður Inga með andmælendum fyrir doktorsvörninna.

Í lok síðasta árs 2016, birtist eftirfarandi í auglýsingu frá Hjúkrunarfræðideild við Háskóla Íslands:

Fimmtudaginn 15. desember ver *Sigfríður Inga Karlsdóttir* doktorsritgerð sína í ljósmóðurfræði sem ber heitið: Sársauki í fæðingu: Væntingar og reynsla kvenna. Pain in childbirth: Women's Expectations and Experience.

Umsjónarkennari og aðalleiðbeinandi var dr. Herdís Sveinsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Meðleiðbeinendur voru dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, dósent við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, og dr. Sigríður Halldórsdóttir, prófessor við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd dr. Billie Hunter, prófessor við Cardiff University, dr. Ingela Lundgren, prófessor við Háskólann í Gautaborg, og dr. Thor Aspelund, prófessor við Læknadeild Háskóla Íslands.

Andmælendur eru dr. Soo Downe, prófessor við háskólann í Central Lancashire í Bretlandi, og dr. Stefán Hrafn Jónsson, prófessor við Félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands.

Vörn Sigfríðar Ingu, dósentis við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri, fór afar vel fram og var okkur ljósmæðrum sem þar voru mikið gleðiefni. Fræðasamfélagi ljósmæðra á Íslandi vex fiskur um hrygg, en Sigfríður Inga er fjórða ljósmóðirin til að hljóta doktorsgráðu í ljósmóðurfræðum, sú þriðja frá Háskóla Íslands. Fyrsta doktorsvörmin fór fram fyrir 10 árum frá Thames Valley University í London árið 2006. Umföllunarefni doktorsrannsóknarinnar var sársauki og barneignarferlið, efni sem er eitt af mikilvægustu viðfangsefnum ljósmóðurfræðinnar. Mikilvægt til að geta unnið með margþætta þekkingu um þetta efni með konum á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu.

Markmið rannsóknarinnar var að auka þekkingu á væntingum og reynslu kvenna af sársauka í fæðingu og greina hvaða þættir hafa forspárgildi varðandi jákvæða reynslu af sársauka í fæðingu og hvernig konur undirbúa sig fyrir sársaukann og hvað þær gera sjálfar til að takast á við hann. Helstu niðurstöður voru að þær að konur undirbúa sig og nota eigin aðferðir til að takast á við sársauka í fæðingu. Það sem hafði sterkasta forspárgildi fyrir jákvæða upplifun af sársauka í fæðingu var: jákvæð viðhorf til fæðingar á meðgöngu, stuðningur frá ljósmóður meðan á fæðingu stóð, notkun mænurótardeyfingar, menntun og lítill sársaukastyrkur í fæðingu.

Doktor Sigfríður Inga bendir á, hvernig niðurstöður hennar ítreka mikilvægi þess að taka tillit til sjónarhorns kvenna þegar barneignarþjónusta er skipulögð og að leggja áherslu á salutogenesis eða heilsueflandi viðhorf sem hafa áhrif á jákvæða upplifun af sársauka í fæðingu.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Um faglega hegðun

Það er svo margt sem hægt er að leiða hugann að sem ljósmóðir. Með bakgrunn frá þjónustu ljósmæðra í Hollandi tel ég mig vera í ágætri stöðu til að sjá hvað gerir íslenska ljósmæðraþjónustu einstaka. Þó að fæðing barns sé eins alls staðar í heiminum er ferlið í kringum hana mismunandi og fer það meðal annars eftir menningu viðkomandi lands. Eðlilega er skipulag ljósmæðraþjónustu endurspeglun á því samfélagi sem hún hefur þróast í. Þjónustan á litlu landi eins og Íslandi er því talsvert öðruvísi en annarsstaðar í Evrópu sem getur bæði verið jákvætt og neikvætt.

Í þessum hugleiðingum verður fjallað um faglega hegðun. Við fyrstu sýn virðist sem fagleg hegðun sé almenn skynsemi og óþarfi að tíunda hana frekar. En rifjum upp hvað fagleg hegðun er, því hún snertir alla þjónustu sem heilbrigðisstarfsmenn veita.

Stór hluti námsins míns til ljósmóður var að þróa með mér faglega hegðun. Fagleg hegðun skiptist í þrjú svið: 1) Starfsþátttaka: Tímastjórnun, þekking á faginu og símenntun, biðja um aðstoð ef þörf er á, mæta tímanlega og sýna áhuga. 2) Umgengni við annað fólk: Samskipti við samstarfsmenn og skjólstæðinga, og samvinna. 3) Eigin umgengni: Sjálfsskoðun og sjálfs gagnrýni, endurgjöf frá öðrum, öðryggi, eigin tilfinningar, almenn umhirða og hvernig hlúð er að sjálfum sér.

Mikil áhersla var lögð á faglega hegðun í ljósmæðranáminu, svo vægt sé til orða tekið. Á hverri önn (af átta) fékk ljósmóðurneminn í kringum fimm útfylltar matskýrslur á faglegri hegðun, bæði frá samnemendum og einnig frá leiðbeinendum úr verknámi (hjúkrunarfræðingum, ljósmæðrum og fæðingarlæknum). Sem íslensk kona í framandi landi var ég övön slíkum vinnubrögðum. Hollendingar eru mjög opnir og hreinskilnir. Þeir eru vanir því að ræða málin, gagnrýna aðra og vera gagnrýndir í gegnum alla skólagönguna frá barnsaldri, án þess að hlutunum sé tekið persónulega. Þetta átti ég mjög erfitt með í byrjun enda hafði ég aldrei fengið svona mikla gagnrýni á ævinni fram til þessa. Ekki var það til að bæta sjálfstraustið að ég féll meira að segja einu sinni á þessu mati. Það tók mig nokkurn tíma að venjast þessu, mér fannst hreinskilnin of mikil, gagnrýnin of hörð og ég tók hana persónulega. Með tímanum fór ég þó (sem betur fer) að venjast þessu og í lokin fannst mér þetta mikilvægt og stór hluti af því að verða fagleg í starfi mínu. Ég hætti að taka gagnrýninni persónulega og fór að sjá ávinningin af þessu.

Mat á faglegri hegðun var mjög viðtæk. Ef færmin í verknáminu var ekki í samræmi við námsár, þá var gefin fallelkunn í því verknámi (starfsþátttaka). Þegar fræðsla fór fram í fösturskimun var mikilvægt að setja eigin skoðanir til hliðar og einbeita sér að því að komast að vilja verðandi foreldra. Ef mikið álag var í vinnu, þá var mikilvægt að tilkynna það til viðkomandi yfirmanns og fá lausn á vandamálinu, til dæmis með því að taka aukafrídag í staðinn fyrir



Vala Védís Guðmundsdóttir

að fara úrvinda í vinnuna með hugsanlegum alvarlegri afleiðingum (eigin umgengni). Þetta átti ég í byrjun erfitt með. Harkan á Íslandi hafði mótað mig og mér fannst það bera vott um „aumingjaskap“ að gefa til kynna að álagið væri orðið of mikið. Þetta var hins vegar allt hluti af skilgreiningu á faglegri hegðun.

Á Íslandi er skemmtilegt hve náinn hópur ljósmæður eru. Ég upplifi hér meiri nánd, enda þekkir ljósmóðir einhvern sem þekkir einhvern...sem þekkir einhvern. Það er minna um gagnrýni á hvor aðra og meiri samstaða og samkennd. Þetta hefur vakið upp ýmsar spurningar hjá mér og ég hef velt því fyrir mér hvernig ég get sameinað þessi tvö, að mínu mati ólíku, menningarviðmið. Stundum hef ég upplifað að spurningum mínum eða athugasemdum sé tekið sem gagnrýni á persónu eða kerfið þegar ég er einungis að leita svara við því sem ég hef ekki þekkingu á. Í þessu samhengi hef ég viljað fræðast um umræðuefni sem tengjast menningarmuni milli landa. Dæmi um það er til dæmis tilmæli

um að einungis einn aðstandandi sé með í fæðingu, hvers vegna kona í áhættumeðgönguvernd þurfi að hitta bæði ljósmóður og fæðingarlækni í sömu skoðun? Hvers vegna sjúkratryggingar borga einungis fyrir brjóstagafræðgjöf fyrstu tvær vikurnar eftir fæðingu? Hvers vegna ljósmæður megi ekki skrifa blóðprufubeiðni í sínu nafni? Og svona mætti áfram telja. Eflaust hef ég gert samstarfsfólk mitt brjáláð á að svara stöðugum spurningum mínum fyrsta árið eftir að ég kom heim. Mér var hins vegar kennt að spyrja gagnrýnna spurninga í náminu og ég mun halda því áfram. Ekki til að ráðast á fólk heldur til að halda áfram að byggja mig faglega upp sem ljósmóður. Ég spyr mig stundum: Getum við verið hreinskilnari við samstarfsfólkið okkar? Erum við hræddar við að taka spurningum eða umræðu of persónulega? Er hægt að fræðast, spyrja og efna til umræðu án þess að því sé tekið persónulega? Stundum hef ég ekki verið alveg viss. Ég held að hægt sé að nálgast slíka umræðu með því „að skilja einstaklinginn“ sem býr í ljósmóðurinni eftir heima þegar „fagaðilinn“ ljósmóðirin ræðir um vinnutengd efni.

Þegar allt kemur til alls er ekkert rétt eða rangt í þessum efnum. Starf okkar byggir mikið á því að vera persónulegur enda er ljósmóðir að sinna ljósi fólks í lífinu og öllu sem viðkemur því. Þá er fagleg framkoma jafn mikilvæg. En kannski má minna á að samstaða ljósmæðra, samvinna og samkennd er það sem gerir okkur að heilsteyptri stétt. Þannig getum við þróað faglega og orðið betri ljósmæður.

Vala Védís Guðmundsdóttir er ljósmóðir með sérhæfingu í ómskoðunum, á Fósturgreiningardeild Landspítalans og einn eiganda Hugskrefta sem veitir einstaklings- og hópmedferðir sem stuðla að heilbrigði fyrir unglinga, ungmenni og (verðandi) foreldra.

BLUSH.IS

umræður í miklu áhrði...

womanizer
mest selda
kynlífstækið
2016



womanizer®
your private delight

Blush.is - Hamraborg 5 - S. 775-3330
Opið alla virka daga frá 11-18 og um helgar frá 14-18



A-DEILD LSR

eftir 1. júní 2017

Nánari upplýsingar á www.lsr.is



Upplýsingar um breytingar á A-deild LSR er hægt að sækja inn á vef LSR.

Sjóðfélögum er ávallt velkomið að hafa samband við LSR til að fá ráðgjöf um lífeyrismál.



LSR

Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

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

www.lsr.is