

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 2. tbl. - 92. árgangur - desember 2014
– Journal of the Icelandic Midwives Association –

Axlarklemma

Blóðsykursmælingar
hjá nýburum

Fylgstu með á facebook-Lindex Iceland



LINDEX



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

Ábyrgðarmaður
Áslaug Valsdóttir, formaður LMFÍ
formaður@ljosmaedrafelag.is

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
S. 846 1576 hrafno@internet.is
Sigrún Ingvarsdóttir
sigrun81@gmail.com
Embla Ýr Guðmundsdóttir
emblayrg@gmail.com

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

Myndir
Guðrún Fema Ágústsdóttir
Björk Steindórsdóttir
Erla Björk Sigurðardóttir
Halla Ósk Halldórsdóttir
Ólafía Aradóttir
Shutterstock

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Dóra Stephensen

Umbrot og prentvinnsla
Prentun.is

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

Forsíða
Mynd: Shutterstock

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórapistill
- 6 Ávarp Formanns
- 7 Þekking og reynsla ljósmaðra af axlarklemmu í fæðingu
Björg Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir
- 14 Lágur blóðsykur hjá nýburum
Elín Ögmundsdóttir, Þórður Þórkelsson og Guðrún Kristjánsdóttir
- 20 Krókurinn
Björg Sigurðardóttir
- 22 Öryggi fæðingarheimila og minni fæðingardeilda á landsbyggðinni
Hafís Guðnadóttir
- 28 Með kompásinn heima á náttborði
Berglind Hálfðánsdóttir
- 30 Ljósmaður verða að taka sjálfstæðar ákvarðanir og vera sveigjanlegar - viðtal við Dr. Dennis Walsh
Hrafnhildur Ólafsdóttir og Embla Ýr Guðmundsdóttir
- 34 Menntun ljósmaðra á Norðurlöndum í nútíð og framtíð
Hildur Kristjánsdóttir og Áslaug Valsdóttir
- 36 Stjórnarfundur NJF
Hildur Kristjánsdóttir og Áslaug Valsdóttir
- 39 PROMPT á Íslandi
Halla Ósk Halldórsdóttir
- 40 Ljósusystur - Oddrúnarpistill
Erla Björk Sigurðardóttir og Steinunn Rut Guðmundsdóttir
- 42 Komin langt út fyrir þægindarammann
Ólafía Aradóttir
- 44 Sjálfstæður rekstur í höndum ljósmaðra
Elín Arna Gunnarsdóttir og Guðrún I. Gunnlaugsdóttir
- 47 Breytingar á starfsumhverfi ljósmaðra og annarra heilbrigðisstétta.
Áslaug Valsdóttir
- 48 Ljósmaðrajól
Hr. Karl Sigurbjörnsson
- 51 Hugleiðingar
Björk Steindórsdóttir, Guðrún Fema Ágústsdóttir, Gréta Rún Árnadóttir og Stella Steinþórsdóttir

Ritstjóraspjall

Stórt og mikið blað er nú komið á koppinn, ljósmæður eru duglegar að senda inn efni til birtingar í blaðið, bæði ritrýndar greinar og fræðslugreinar. Tvær ritrýndar greinar eru í blaðinu, er það frábært í okkar litla ljósmæðrasamfélagi að við náum að gefa út fagtimarit tvisvar á ári með ritrýndum greinum.

Axlarklemma er bráðaatvik sem orðið getur í fæðingu og oftast án þess að gera boð á undan sér. Mikilvægt er að fagfólk sem starfar við fæðingar hafi góða faglega og verklega þekkingu til að takast á við slíkt. Í blaðinu er ritrýnd grein um þetta viðfangsefni. Af frásögnum ljósmæðra sem þátt tóku í rannsókninni má álykta að þær séu úrræðagóðar og með mikla þekkingu og færni í að takast á við axlarklemmu í fæðingu. Engu að síður hafa þær upplifað streitu og andlegt og líkamlegt álag í kjölfar slíkra atburða. Á Landspítalanum eru skipulagðar bráðaeftirgjafir í fæðingarhjálp, kallað PROMT, kynning á þeim er í blaðinu. Allir sem vinna við fæðingarhjálp á Landspítala þurfa að fara á þessar bráðaeftirgjafir einu sinni á ári, þar er meðal annars farið yfir viðbrögð við axlarklemmu og er mikilvægt að samhæfa og æfa rétt verklag.

Til langs tíma hefur ekki verið einhugur um skilgreiningu of lágs blóðsykurs hjá nýburum og engar leiðbeiningar verið til um eftirlit með blóðsykri nýbura á kvenna- og barnasviði Landspítala. Ákvörðun um mælingu blóðsykurs hjá nýbura ætti að byggja á nákvæmu mati á heilsufari móður á meðgöngu, gangi fæðingar og ástandi barns með tilliti til áhættupáttar og einkenna blóðsykurslækkunar. Í blaðinu er ritrýnd grein um blóðsykursmælingar hjá nýburum. Í niðurstöðum greinarinnar kemur fram að nauðsyn sé á leiðbeiningum, sem byggðar eru á gagnreindri þekkingu, til að styðja við klíniska ákvarðanatöku hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og



Hrafnhildur Ólafsdóttir
ritstjóri Ljósmæðrablaðsins

lækna og draga þannig úr bæði of- og vangreiningu lágs blóðsykurs hjá nýburum. Skilgreina þarf aðgerðarmörk of lágs blóðsykurs í þeim tilgangi að draga úr breytileika í ákvarðanatöku og auka þannig gæði þjónustu við nýbura og foreldra þeirra.

Dr. Dennis Walsh, ljósmóðir frá Bretlandi, kom til landsins í október sl. til að hafa fræðsludag fyrir starfsfólk fæðingavaktar á Landspítala. Megin þema dagsins var hvernig á að standa vörð um eðlilegar fæðingar. Hann lagði mikla áherslu á að konur hefðu góðan aðgang að baði í fæðingunni og hann hvatti okkur til að reyna að hafa hana sem náttúrulegasta þrátt fyrir einhver inn grip, eins og gangsetningar. Hann talaði um að ljósmæður þyrftu að hlusta á sitt innsæi, en í dag getur það stangast á við verklagsreglur. Hann talaði um að ljósmæður þyrftu að vera sveigjanlegar í sínum störfum, því engin kona er eins.

Íslenskar ljósmæður hafa verið í útrás, kannski aldrei meira en á þessu ári sem er að líða, gaman er að lesa sögu Ólafíu sem var að vinna í Hong Kong í rúm ár. Hugleiðingar að þessu sinni eru frá nokkrum ljósmæðrum sem hafa farið til Noregs til að vinna á vegum starfsmannaleigu. Greinilegt er, að þó að fæðingar séu ekkert öðruvísi en á Íslandi, þá þarf að setja sig inn í heilmikið í kringum þær, eins og tölvukerfi, tungumálið og tæki og tól á deildunum. Það má segja að útrásin sé ekki einungis á erlendri grundu því tvær ljósmæður tóku við rekstri 9 mánaða á þessu ári. Í haust voru þær með opið hús til að kynna starfsemi. Fjölbreytt starfsemi er hjá þeim Guðrúnu (Gúu) og Elínu Örnú og verður spennandi að fylgjast með þeim í framtíðinni.

Ég óska ljósmæðrum og öðrum lesendum blaðsins gleðilegrar jólahátíðar og farsældar á nýju ári.



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

Með kærri kveðju / Stjórn Ljósmæðrafélags Íslands

Hjúkrunar- og rekstrarvörur fyrir nýbakaða foreldra

Rekstrarland er stolt af því að geta boðið upp á fjölbreytt úrval af hjúkrunar- og rekstrarvörum fyrir nýbakaðar mæður og foreldra, frá hinum vandaða danska framleiðanda Abena.

Abena framleiðir vörur í hæsta gæðaflokki sem flestar eru svansvottaðar og viðurkenndar af astma- og ofnæmissamtökum.

Hafðu samband við sérfræðinga okkar sem veita faglega ráðgjöf við innkaup og pöntun á þeim heilbrigðisvörum sem óskað er eftir.



Hafðu samband við sérfræðinga okkar sem veita faglega ráðgjöf við innkaup og pöntun á þeim heilbrigðisvörum sem óskað er eftir.



REKSTRARLAND
- léttir þér lífið

Sterkt félag sem lætur að sér kveða eða veikt félag sem varla tístir í?

Kjörin og fagið

Til að búa til sterkt og öflugt félag þarf öfluga og samstíga heild félagsmanna. Ekkert félag er sterkara en meðlimir þess. Í litlum félögum mæðir meira á hverjum og einum og kröfurnar til hvers einstaklings eru meiri. Ljós-mæðrafélag Íslands er lítið félag en með mörg stór verkefni framundan sem ljósmæður þurfa að leysa sér og faginu til framdráttar. Til að það takist þarf samstöðu, eitthvert vinnufram-lag og hugmyndir. Málshátturinn „ber er hver að baki nema sér bróður eigi“ á vel við í þessu samhengi. Formaður, stjórn og kjaranefnd komast ekki nema hálfa leið ef félagsmenn styðja ekki dyggilega við bakið á þeim.

Kjarasamningar verða lausir 1. mars nk. Við erum þegar byrjaðar í viðræðum við ríkið vegna vaktavinnuákvæða kjarasamningsins og finnum vel að litill sem enginn vilji er hjá ríkinu til samninga. Það virðist alveg ljóst að til þess að fá ríkið að samningaborðinu þarf aðgerðir, fyrr er ekki hlustað. Við höfum fylgst vel með því hvernig læknar útfæra sitt verkfall, hvaða „strategíur“ þeir nota og hvort þær virka og höfum líka verið að hugsa um hvernig við getum sem best útfært aðgerðir okkar ef það er vilji félagsmanna. En eins og áður sagði er félagið allir félagsmenn og enginn árangur næst nema með samstöðu þeirra. Ég vil því biðja alla að skoða sinn hug, hvað viljið þið ganga langt í samningaviðræðum, eruð þið tilbúnar í verkfall, eruð þið tilbúnar til að taka virkan þátt í kjarabaráttu? Um þetta verðum við að taka ákvörðun fljótlega eftir áramót.

Á þessari stundu er ekki ljóst hvort að samstaða náist innan allra félaga BHM með aðgerðir eða verkföll en miklar þreifingar eru innan hópsins um það hvaða félög mundu standa saman ef til kemur. Ein hugmynd hefur verið samstarf félaga sem eiga félagsmenn á LSH/heilbrigðiskerfi. Það eru 11 félög. Ég tek það fram að ekkert er enn ákveðið. Ennþá er verið að ræða málin og skoða möguleikana sem við höfum. Ég set þetta aðallega hérna fram til að minna ykkur á að allir félagsmenn þurfa að fara að hugsa málið og ákveða hversu langt þeir eru tilbúnir að ganga.

Þau góðu tíðindi hafa orðið í félaginu að búið er að stofna þær fjórar fagdeildir sem samþykkt var að stofna á síðasta aðalfundi. Ég held að ef það tekst að blása góðu lífi í deildirnar og ná upp



Áslaug Valsdóttir
formaður Ljós-mæðrafélags Íslands

virkri starfsemi þá verði þetta ómetanlegt fyrir félagið og fyrir ljósmæðrastéttina í heild sinni. Við höfum verið að glíma við atvinnuleysi og við ljósmæður sjálfar sjáum hversu grátlega illa nýttur auður við erum. Það er ekki nóg – við þurfum líka að láta ráðamenn átta sig á því. Eitt af mikilvægustu og brýnustu verkefnum ljósmæðra er að auka starfssvið sitt. Þar liggja sóknarfærin. Eitt lítið skref er aðkoma ljósmæðra að sýnatökum fyrir Krabbameinsfélag Íslands. En það er bara fyrsta skrefið, getnað-arvarnir ættu að vera á okkar snærum, ásamt ráðgjöf og leiðbeiningum varðandi kvenheilsu, ráðleggingar til kvenna fyrir getnað (e. preconceptional care) og svo má lengi telja. Þess vegna, meðal annars, eru fagdeildirnar svo mikilvægar. Þar er hægt að vinna ályktanir og tillögur og þrýsta á um ákveðin verkefni. Fyrir mig sem formann (og þá sem eftir koma) er mikill styrkur í því að hafa fagdeild að baki sér

t.d. í viðræðum við opinbera aðila. Ég sé líka fyrir mér að fagdeildir marki ákveðna stefnu. Hvernig viljum við ljósmæður hafa stefnuna í barneignarmálum þjóðarinnar? Hvaða opinbera stefnu höfum við í ýmsum málum sem okkur varða? Hvernig viljum við sjá þjónustuna og okkar störf árið 2019 eða 2025? Félagið á að hafa ákveðna og sterka stefnu og hún á að vera opinber og öllum aðgengileg á heimasíðu félagsins svo enginn þurfi að velkjast í vafa um hvað ljósmæðrum finnst um málefni er varða stéttina. Þess vegna itreka ég það að verkefni fagdeilda eru nær óþrjótandi og af nógu að taka.

Ég bind miklar vonir við fagdeildirnar og þeirra starf. Mikið starf er óunnið, en ef margir taka sig saman og koma að því verður það gerlegt. Starf formanns er áttatíu prósent starf og það gefur ekki mikið svigrúm til að einbeita sér að öðru en hinum daglega rekstri, sérstaklega þegar kjaraviðræður eru á hverju ári. Ég hvet allar ykkar sem tækifæri hafa til að koma til starfa í einhverri þeirra fagdeilda sem höfða til ykkar. Komið hugmyndum ykkar á framfæri, takið þátt í þeirri hugmyndavinnu og uppbyggingu sem vonandi fer af stað af fullum krafti nú í vetur.

Síðast en ekki sist óska ég öllum ljósmæðrum og fjölskyldum þeirra gleðilegra jóla og farsældar á komandi ári bæði í leik og starfi.



Þekking og reynsla ljósmæðra af axlarklemmu í fæðingu

„... ef ég hef gert allt sem í mínu valdi stendur ...“



Björg Sigurðardóttir ¹
Ljós móðir M.Sc.



Ólöf Ásta Ólafsdóttir ²
Ljós móðir PhD

1. Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, 2. Lektor við námsbraut í ljósmóðurfræði Hjúkrunarfræðideild HÍ.

ÚTDRÁTTUR

Í ýmsum fræðigreinum og bókum er talað um að eitt af því sem ljósmæður og lækningar starfa við fæðingar óttist sé axlarklemma í fæðingu án þess að þessi fullyrðing sé studd með vísun í rannsóknir. Tilgangur rannsóknarinnar sem greinin byggist á var að reyna að fá fram viðhorf íslenskra ljósmæðra til axlarklemmu í fæðingu, byggð á eigin þekkingu og reynslu.

Þátttakendur í rannsókninni voru 17 ljósmæður og einn ljósmóðurnemi. Notað var eigindleg rannsóknaraðferð, rýnihóparannsókn. Voru þátttakendur valdir með hentugleikaúrtaki og skiptust þeir í þrjá hópa. Eitt viðtal var tekið við hvern hóp. Stuðst var við fyrirbærafræðilega og menningarbundna nálgun við söfnun og greiningu gagna.

Greind voru þrjú meginþemu með undirþemu: Öryggi, virðing, samvinna og traust; Þekking – fagleg reynsla, að þekkja aðferðirnar; Erfið lífsreynsla – „maður verður heilsulaus á sálinni“. Frásagnir ljósmæðranna endurspegluðu staðgóða þekkingu á viðbrögðum við axlarklemmu og mikilvægi tengsla og trausts milli þeirra og konu í fæðingu, þörfina fyrir þverfaglega samvinnu og að þekking þeirra og reynsla væri virt. Þær hafa upplifað erfiðleika og áföll í tengslum við starfið, en leitast við að finna leiðir til að styrkja sig og halda áfram.

Af niðurstöðum rannsóknarinnar má álykta að þörf sé á sálfélagslegu teymi sem stutt geti við bakið á ljósmæðrum sem lenda í áföllum sem tengjast starfi þeirra. Tímabært er að huga að því að skrá axlarklemmur betur, en opinberar tölur hér á landi eru ekki aðgengilegar. Þá sýna niðurstöðurnar að vel má flokka axlarklemmur eftir alvarleika sem getur þá líka stuðlað að markvissari vinnubrögðum við að losa axlir í fæðingu.

Lykilorð: Axlarklemma, fæðing, ljósmæður, erfið reynsla, þekking.

ABSTRACT

In various scientific articles and books it is stated that one of the things that midwives and obstetricians fear most during a birth is the occurrence of a shoulder dystocia. This statement is, however, rarely supported by research. The purpose of this study was to explore the attitude of Icelandic midwives towards shoulder dystocia, built on their own knowledge and experience.

It is a qualitative research based on focus group interviews. Participants in the study were 17 midwives and one midwifery student. Participants were chosen with a convenience sampling and were split into three groups. Each group was interviewed once. Phenomenological and ethnographical approaches were used when conducting and analysing the interviews.

Three main themes with subthemes were identified: Safety, cooperation, trust; Knowledge – professional experience, “a step ahead”; Difficult experience “your soul suffers as a result”. The midwives’ narratives show professional knowledge about interventions needed in handling shoulder dystocia and the importance of trust and connection with the woman giving birth. Furthermore, they emphasised the need for interdisciplinary cooperation and that their own knowledge and work experience would be recognised. They have experienced difficulty and trauma in their professional practice and seek to find ways to gain the strength to carry on their work.

Based on the results the conclusion can be drawn that a psychosocial team is needed to support midwives that have experienced trauma in their work and help them work through the experience. Furthermore, the frequency of shoulder dystocia needs to be better documented as presently the official number in Iceland is not available. Additionally, the results show that shoulder dystocia

can be categorised based on severity which can lead to more efficient methods when releasing the shoulders during birth.

Keywords: Shoulder dystocia, birth, midwives, experience, knowledge.

INNGANGUR

Ljósmaður líta á meðgöngu og fæðingu sem eðlilegt ferli sem ber að styðja, í samráði við konuna og fjölskyldu hennar (Ljósmaðrafélag Íslands, 2000), en jafnframt er þeim ljóst að upp geta komið bráða-atvik sem ber að bregðast við til að fyrirbyggja skaða og vanheilsu hjá móður og barni. Undir slík atvik flokkast axlarklemma í fæðingu sem verður þegar höfuð barns er fætt og axlir fæðast ekki í kjölfarið (Kreitzer, 2009).

Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að ljósmóðurstarfið er streituvaldandi (Leinweber og Rowe, 2008; Mollart, Skinner, Newing og Foureur, 2011; Schröder, 2011). Í stórrí danskri rannsókn sem gerð var á starfsumhverfi opinberra starfsmanna (Borritz o.fl., 2006) kom fram að meira ber á kulnun í starfi og einkalífi ljósmæðra en hjá flestum öðrum stéttum opinberra starfsmanna. Þrátt fyrir þetta hefur reynsla og þekking ljósmæðra af því að takast á við erfiðar fæðingar eða bráða-atvik í fæðingu ekki mikið verið rannsökuð. Baxley og Gobbo (2004), ljósmæðurnar Mercer og Erickson-Ovens (2009) og O'Leary fæðingarlæknir (2009a) taka það fram í umfjöllun sinni um axlarklemmu að ljósmæður og fæðingarlæknar eigi það sameiginlegt að verða hrædd og líða illa í tengslum við slíkar fæðingar án þess þó að styðja það nánar með vísun í rannsóknir.

Denham (2007) bendir á að fagfólk í heilbrigðisþjónustu upplifi áfall ekki síður en skjólstæðingar þeirra þegar eitthvað óeðlilegt hendir í starfi. Margrét Blöndal (2007) skilgreinir áfall sem sterk streituviðbrögð í kjölfar óvæntra atburða. Geta alvarleg bráða-atvik eins og axlarklemma vissulega flokkast undir slíka atburði ekki sist þegar áverkar á móður og/eða barni fylgja í kjölfarið.

Í fræðilegri samantekt Sheen, Slade og Spiby (2013) um reynslu og upplifun heilbrigðisstarfsmanna af störfum sínum kemur fram að talsverðar líkur séu á því að ljósmæður upplifi vanlíðan í starfi sem hafi áhrif á heilsu þeirra, en þörf sé á frekari rannsóknum og nauðsynlegt að huga að velferð ljósmæðra og stuðningi við þær.

Annar höfundur þessarar greinar (B.S.) hefur starfað á Íslandi sem ljósmóðir á landsbyggðinni í yfir þrjátíu ár og þekkir af eigin raun þær erfiðu tilfinningar sem upp geta komið þegar tekist er á við axlarklemmu í fæðingu. Hinn (Ó.Á.Ó.) hefur haft umsjón með kennslu íslenskra ljósmæðra um þetta efni í nær tuttugu ár. Með það í huga að ekki hafa fundist rannsóknir um þetta efni hérlandis var ákveðið að skoða reynslu og þekkingu íslenskra ljósmæðra af axlarklemmu í rannsókn til meistaraþrófs í ljósmóðurfræði (Björg Sigurðardóttir, 2012) sem þessi grein byggist á. Leitast var við að fá svör við því hvernig ljósmæður upplifa og bregðast við axlarklemmu í fæðingu, hvernig þær nýta faglega þekkingu í þeim aðstæðum og hvernig þær vinna úr reynslunni.

AXLARKLEMMU

Þegar barn fæðist í sjálfkrafa hvirfilfæðingu stuðla samdrættir legsins að því að höfuð þess, axlir og líkami snúist eftir lögun mjaðma-grindarinnar og vöðvum fæðingarvegarins. Rýmið sem barnið hefur í grindinni nýtist eins vel og kostur er og gjarnan fæðast axlir í sömu hrið og höfuðið. Axlarklemma er bráða-atvik sem getur orðið í fæðingu þegar axlir barnsins snúast ekki á eðlilegan hátt undan lífþæni eða af efsta spjaldhryggjarliði, festast þar og hættuástand getur skapast (Fraser og Cooper, 2008; Kreitzer, 2009; Medforth, Battersby, Evans, Marsh og Walker, 2006; Thorogood og Hendy, 2006).

Skilgreiningar fræðimanna á axlarklemmu eru margar hverjar á líkum nótum. Í samantekt um axlarklemmu á kvennadeild Landspítalans á árunum 1979–1986 er fyrirbærið skilgreint sem „erfið fæðing barns í hvirfistöðu vegna árekstra axla við beinhluta fæðingargangs“ (Gerður Jónsdóttir, Jón Þorgeir Hallgrímsson, Reynir Tómas Geirsson, Marta Lárusdóttir og Atli Dagbjartsson, 1989, bls. 85).

Thorogood og Hendy (2006) skilgreina axlarklemmu sem „fæðingu

þar sem þörf er á því að nota sérstakar aðferðir við fæðingu axla, eftir að mildum þrýstingi [á höfuð] hefur verið beitt“ (bls. 762). Kreitzer (2009) segir einföldustu skilgreininguna á axlarklemmu vera þegar „seinkun eða hindrun sé á fæðingu axla eftir að höfuð barnsins sé fætt“ (bls. 183).

Í þessari rannsókn er axlarklemma skilgreind sem „seinkun eða hindrun á að axlir fæðist sjálfkrafa, án þess að notað sé tog eða sérsökum aðferðum beitt“ (sbr. Kreitzer, 2009, bls. 185).

Áhættuþættir og tíðni axlarklemmu

Ýmsir þættir hjá móður og barni eru taldir geta aukið hættuna á axlarklemmu í fæðingu. Þeir helstu eru taldir upp í töflu 1.

Tafla 1. Helstu ástæður axlarklemmu

Hjá móður	Hjá barni	Tengt meðgöngu	Tengt fæðingu
Aldur móður	Áætlað stórt barn >4000 gr	Meðgöngusykursýki	Langdregin fæðing
Fæðingarþyngd móður	Stórt í hlutfalli við móður	Meðganga >40 vikur	Óeðlilegt fyrsta stig
Ofþyngd móður		Mikil þyngdaraukning	Langdregið annað stig
Lágvaxin móðir		Lögun og stærð grindar	Áhaldafæðing (töng, sogklukka)
Fyrri saga um axlarklemmu			
Fyrri saga um stórt barn			

(O'Leary, 2009a og 2009b).

Inngrip í fæðingu með töng eða sogklukku eykur mikið líkur á axlarklemmu þar sem barnið fær ekki tækifæri til að snúast í fæðingarveginum, kemur því skakkt niður og festist (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2007; Thorogood og Hendy, 2006; Vidarsdóttir, Geirsson, Hardardóttir, Valdimarsdóttir og Dagbjartsson, 2011).

Tíðni axlarklemmu er talin vera 0,2–2,8% (Thorogood og Hendy, 2006) og O'Leary (2009a) segir hana vera 0,15–1,7% af öllum fæðingum. Eins og fram kemur í töflu 1 eru stór börn í meiri hættu en þau minni og er tíðnin breytileg í hlutfalli við þyngd barnanna. Þrátt fyrir það er um það bil helmingur fjöldans sem lendir í axlarklemmu af eðlilegri þyngd, eða undir 4000 grömmum. Segja Baxley og Gobbo (2004) að tíðnin sé 0,6–1,4% hjá börnum sem vega á milli 2500 til 4000 grömm, en hjá börnum sem eru 4000 til 4500 grömm við fæðingu eykst tíðnin mikið og hleypur á bilinu 5–9%.

Athyglivert er að opinberar skráningartölur um axlarklemmu á Íslandi eru ekki tiltækar, sem dæmi koma þær ekki fram í Skýrslu frá fæðingarskráningunni fyrir árin 2010–2012 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson, 2011, 2012, 2013). Samantekt á skráningu á axlarklemmu á Íslandi á árunum 1998–2008 leiddi í ljós að axlarklemma varð í 0,97% fæðinga, eða hjá alls 458 börnum (Björg Sigurðardóttir, 2012; Fæðingarskrá Íslands, 2009; Hagstofa Íslands, 2014).

Flokkun axlarklemmu

Flokka má axlarklemmu eftir alvarleika og hvaða aðferðum þarf að beita til að losa barnið (Kreitzer, 2009; O'Leary, 2009b). Í umfjöllun sinni um axlarklemmu og meðferð hennar leggur Kreitzer (2009) til að axlarklemma sé flokkuð eftir eðli hennar, sjá töflu 2. Axlarklemmu í fæðingu um fæðingarveg skiptir hann í þrjú stig eftir því hversu erfið hún er viðfangs.

Tafla 2. Flokkun Kreitzers á axlarklemmu

1. Axlarklemma við keisaraskurð
2. Axlarklemma við fæðingu um fæðingarveg
• Mjúkvefjaklemma eftir ytri snúning höfuðs
• Beinklemma eftir ytri snúning
• Beinklemma vegna þess að ytri snúningur verður ekki

(Kreitzer, 2009).

O'Leary (2009b) skiptir axlarklemmu í fjögur stig. Með hverju stigi nefnir hann þær aðferðir sem helst gagnast til að losa axlir eftir því hversu alvarleg klemman er, sjá töflu 3.

Tafla 3. Flokkun O'Leary á axlarklemmu

Stig axlarklemmu	Meðferð við axlarklemmu
1. <i>Mild axlarklemma</i>	McRoberts, þrýstingur ofan lífbeins með eða án snúnings
2. <i>Meðal mikil axlarklemma</i>	Rúbinaðferð, Woods aðferð, sækja aftari öxl
3. <i>Alvarleg axlarklemma</i>	rot á viðbeini eða upphandlegg, endurtaka allt hér að ofan svæfingu
4. <i>Ekki mögulegt að barn fæðist</i>	„Síðasta hálmstráid“. Koma höfði aftur inn í gegn um fæðingarveg og upp í legið og gera bráðakeisaraskurð eða Gunn-Zavanelli-O'Leary aðferðin.

(O'Leary, 2009b).

Að bregðast við axlarklemmu

Aðferðum við að losa axlir er gjarnan skipt í innri og ytri aðferðir. Sem dæmi um ytri aðferðir má nefna McRoberts aðferðina, sem er þó í raun fremur fæðingarstilling en eiginleg aðferð við að losa axlir (O'Leary, 2009b). Með henni er oft notuð önnur aðferð, það er að þrýsta á kvið móðurinnar fyrir ofan lífbeinið og reyna með því að fá hreyfingu á fremri öxl barnsins (Baxley og Gobbo, 2004), sjá töflu 3. Lengi vel var talið að spangarskurður væri nauðsynlegur til að losa axlir, en í dag er ekki talin þörf á því, hafi þess ekki þurft til að höfuðið gæti fæðst (Kreitzer, 2009; Mercer og Erickson-Ovens, 2009; Thorogood og Hendy, 2006).

Innri aðferðir við losun axla beinast að því að fá hreyfingu á axlir barnsins með innri þrýstingi á þær, eða sækja axlirnar, sjá töflu 3. Sem dæmi um þær má nefna Woods skrífu og Rubin aðferð sem ganga út á að snúa öxlum barns í fæðingarvegi (Thorogood og Hendy, 2006). Um miðbik síðustu aldar var Jacquemer's (Collin o.fl., 2008) eða Barnum (Kreitzer, 2009) aðferðin, eða losun aftari handlegs, algengasta aðferðin við losun axla, ásamt Woods skrífunni (Kreitzer, 2009). Misjafnt er hvort farið er upp með síðu barnsins eða með kvið þess til að ná handleggnum.

Á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja hefur verið þróað afbrigði af Jacquemer's/Barnum aðferðinni sem kölloð hefur verið Krókurinn. Hefur hún reynst mjög vel til að losa axlir. Er þá farið upp með baki barnsins við aftari öxl og niður fyrir olnboga og handleggurinn færður fram fyrir, upp og út úr fæðingarveginum. Með þessari aðferð er líka auðveldara að ná handleggnum ef hann liggur aftur fyrir bak barnsins (Munnleg heimild, Guðrún Guðbjartsdóttir og Konráð Lúðvíksson, 30. ágúst 2014). Mikilvægt er að rannsaka gagnsemi og áhrif þessarar aðferðar á útkomu axlarklemmufæðinga.

Gaskin aðferðin er áhugaverð og árangursrík leið til að losa axlir. Gengur hún út á að fá móðurina á hreyfingu og snúa sér, til dæmis úr setlegu á fjóra fætur eða öfugt. Við þessa hreyfingu eykst rúmmál grindarinnar og að auki kemst hreyfing á barnið við snúning móðurinnar (Bruner, Drummond, Meenan og Gaskin, 1998; Meenan, Gaskin, Hunt og Ball, e.d). Meðfram Gaskin aðferðinni getur þurft að beita innri aðferðum við losun axla og gefur það oftast góða raun (Baxley og Gobbo, 2004; Meenan o.fl., e.d; O'Leary, 2009b).

Til eru róttækar aðferðir við að losa axlir, sem vart eru notaðar nema í ýrustu neyð. Mætti kalla þær „síðasta hálmstráid“. Ein þeirra er stundum kölloð Gunn-Zavanelli-O'Leary aðferðin (Kreitzer, 2009; O'Leary, 2009b), sjá töflu 3, eða Zavanelli aðferðin (Baxley og Gobbo, 2004). Baxley og Gobbo nefna líka aðferðir eins og að taka lífbein sundur í staðdeyfingu, sem hægt er að gera ef keisaraskurður er ekki mögulegur og losa öxl með því móti. Einnig megja gera litinn skurð á kviðinn og inn í legið, í svæfingu, snúa öxlum barnsins ofan frá og ljúka fæðingunni um leggöng.

AÐFERÐARFRÆÐI

Rannsóknaraðferðin var eigindleg og byggði á þremur rýnihópaviðtölum við ljósmæður og einn ljósmóðurnema sem vinna við fæðingar á Íslandi og hafa þekkingu á og reynslu af axlarklemmu. Rýnihópaviðtöl eru talin henta vel til að kanna efni sem lítið hefur verið rannsakað, en einnig góð aðferð til að rannsaka hópa sem eiga eitthvað sameiginlegt

eins og menntun, menningu og/eða vinnustað (Krueger, 1994; Krueger og Casey, 2000; Sóley S. Bender, 2003, 2013).

Þátttakendur

Úrtak var valið með þægindaaðferð, en það er viðurkennd aðferð í rýnihóparannsóknun og hentar vel til að finna þátttakendur. Ekki er talið að það sé frábending að fólk þekkist, heldur á vissan hátt kostur þar sem auðveldara sé að ná saman í umræðuhópi ef fólk er ekki alveg ókunnugt (Krueger og Casey, 2000; Peek og Fothergill, 2007; Sóley S. Bender, 2003, 2013), sjá nánar töflu 4 um bakgrunn þátttakenda sem völdust 5–8 í hvern hóp eftir því hvenær hentugast væri fyrir þá að mæta í viðtalið og lögð var áhersla á að allir fengu tækifæri til að tjá sig.

Tafla 4. Yfirlit yfir starfsaldur og vinnustaði þátttakenda

Ljósmóðir	Starfsaldur	Hvar*	Ljósmóðir	Starfsaldur	Hvar
1	4 ár	LB	10	10 ár	HF
2	6 ár	LB	11	13 ár	LB/HSJ
3	34 ár	LB	12	21 ár	HSJ
4	6 ár	LB	13	4 ár	LB
5	18 ár	LB/HSJ	14	38 ár	HSJ
6	4 ár	LB	15	30 ár	HSJ
7	Að ljúka námi	HSJ	16	19 ár	LB/HSJ
8	10 ár	HF/HSJ	17	13 ár	LB/HSJ
9	10 ár	HSJ	18	25 ár	HSJ

* Landsbyggðin (LB)/ heimafæðingar (HF)/ háskólasjúkrahús eða önnur stór sjúkrahús (HSJ).

Söfnun og greining gagna

Tekin voru þrjú rýnihópaviðtöl frá janúar 2010 til janúar 2011. Notaður var spurningarammi, einskonar vörður, til að vekja umræður og leiða viðtalið áfram. Stuðst var við fyrirbærafræðilega og menningarbundna nálgun við söfnun og greiningu gagna. Í fyrirbærafræðinni er gengið út frá því að öll reynsla einstaklingsins, hvort heldur hvernig hann túlkar þekkingu sína eða upplifir ákveðna atburði, endurspeglar í störfum hans og frásögn (Björn Þorsteinsson, 2009). Þó svo að ákveðnar starfstengdar eða félagslegar venjur eða reglur séu viðteknar er það sýn einstaklingsins og reynsla hans sem hefur mikið að segja um viðbrögð hans hverju sinni (Björn Þorsteinsson, 2009; Zahavi, 2008). Robinson Wolf (2007) segir að skilgreina megja menningu hópa sem lærða hegðun sem viðurkennd sé af umhverfinu og til að fá fram viðhorf og skilning á starfi eða hegðun hóps henti vel að nota menningarbundna nálgun, ekki síst ef lítið er til um efnið.

Meðferð persónuupplýsinga og siðfræði rannsóknar

Við greiningu og meðferð gagna voru siðfræði og réttmæti eigindlegra rannsókna höfð í huga svo og staðfestanleiki og yfirfærslugildi slíkra rannsókna (Krueger, 1994; Polit og Beck, 2008; Sigurður Kristinnsson, 2003, 2013).

Fengið var leyfi hjá formanni Ljósmæðrafélags Íslands til að nota póstlista félagsins og auglýsa eftir þátttakendum sem voru ýmist boðaðir með símtali eða rafrænu bréfi. Allir skrifuðu undir upplýst samþykki um þátttöku. Lögð var áhersla á að í slíkum viðtölum gildi að nafnleynd skjólstæðinga sé viðhöfð, svo og trúnaður milli þátttakenda, gögnum yrði eytt eftir að endanlegri úrvinnslu væri lokið og þess gætt að þeir yrðu ekki tengdir beint við efni umræðanna.

Greining gagna

Viðtölin voru tekin upp á segulband og tölvu. Voru þau skrifuð orðrétt upp og greind í þemu og undirþemu eftir hugtökum og efni viðtalanna. Við greininguna var mikilvægi atriða metið eftir því hversu oft þau voru nefnd og persónulegar frásagnir og reynsla ljósmæðranna metnar herra herra í greiningu (Krueger, 1994; Sóley S. Bender, 2013). Fellur þetta líka vel að hugmyndafræðilegri nálgun rannsóknarinnar. Var þemum

raðað frá hinu víðtæka að hinu sértæka en ekki eftir vægi þeirra upplýsinga sem fram komu. Frásagnir og orðalag ljósmæðranna sem tóku þátt í rannsókninni voru látnar leiða niðurstöður áfram til að gefa enn betri mynd af menningarheimi þeirra, skynjun, þekkingu og reynslu.

NIÐURSTÖÐUR OG UMRÆÐUR

Greind voru þrjú yfirþemu og tíu undirþemu. Eins og sjá má á mynd 1 þá lýsa yfirþemum og undirþemum og beinar tilvitnanir atriðum sem eru mikilvæg og hafa áhrif hvert á annað þegar tekist er á við axlarklemmu. Virðing, samvinna og traust milli kvenna og samstarfsfólks, fagleg reynsla og aðferðir sem hægt er að beita og leiðir til að vinna úr reynslunni skipta máli „til að geta komist í gegnum það“.

- Öryggi, virðing, samvinna og traust
 - Að byggja upp eigið öryggi – þá myndast „ákveðið öryggi og vellíðan“
 - Samvinna og virðing – „við gátum skipst á“
 - Að byggja upp traust – samband konu og ljósmóður
- Þekking – fagleg reynsla – „að vera skrefinu á undan“
 - Að halda við þekkingu
 - Að nota handtökin
 - Að breyta um stellingar
 - Að læra hver af annarri
 - Að hlusta á innsæið
- Erfið lífsreynsla – „maður verður heilsulaus á sálinni“
 - Að takast á við axlarklemmu – „eins og að lenda í slysi“
 - Að vinna úr reynslunni – „svona fagleg áfallahjálp“

Mynd 1. Yfir- og undirþemu rannsóknar

Öryggi, virðing, samvinna og traust

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu mikilvægi þess fyrir ljósmæður að byggja upp eigið öryggi sem grundvallast á vinnuáðstæðum, fræðilegri þekkingu, faglegri færni, reynslu, samvinnu og trausti til að geta tekist á við starfið. Nýttu þær þekkingu sína og treystu á eigið hyggjuvit til að bregðast hratt og rétt við hverju sinni: „... ef maður er að gera eitthvað sem maður er öruggur með og veitir öryggi þá gerir maður eflaust það sem rétt er ...“. Samkvæmt kenningum fyrirbærafræðinga er öllum eiginlegt að líta í eigin barm og nýta reynslu sína og vitund hver á sinn hátt (Björn Þorsteinsson, 2009). Það er líka grunnurinn að starfi ljósmæðra að geta beitt þekkingu sinni og faglegri færni til að tryggja öryggi kvenna í fæðingu undir öllum kringumstæðum eins og segir í siðareglum íslenskra ljósmæðra sem byggjast á alþjóðasamþykktum um hugmyndafræði og hlutverk ljósmæðra (International Confederation of Midwives (ICM), 2011; Landlæknisembættið, 2014).

Ljósmæðurnar voru sammála um mikilvægi þess að hafa aðgang að annarri ljósmóður eða lækni til aðstoðar og að góð samvinna og gagnkvæm virðing ríkti milli fagfólks. Landsbyggðarljósmæðurnar höfðu áhyggjur af því að þeir sem komu til aðstoðar hefðu ekki næga fagþekkingu til að hjálpa til við að losa axlir. Það var greinilegt að í huga þeirra getur skipt sköpum að fá hjálp frá þeim sem kunna til verka: „... það kom mér líka svolítið á óvart í axlarklemmu hvað ... hendurnar á mér urðu þreyttar ...“. og gott var „... að fá hendur sem gátu tekið við, myndu hjálpa ... við gátum skipst á...“.

Þessar frásagnir ljósmæðranna koma heim og saman við rannsóknir þar sem bent hefur verið á að mikið álag fylgi störfum ljósmæðra, ekki síst hjá þeim sem starfa úti á landi og þær þurfa gjarnan að takast einar á við bráðaatvik í fæðingu (Fahey og Monaghan, 2005; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009).

Í bráðatilvikum er nauðsynlegt að fá aðstoð, geta unnið saman og vita nánast hvað hinn er að hugsa: „... það er ekki eins mikill svona titringur bara í loftinu ... það er líka svolítið svona öryggi í því ... að ljósmæður læri bara það sama, já ...“. Þetta er í samræmi við skoðanir ljósmæðranna að endurmenntun og þjálfun allra sem koma að fæðingum á einn eða annan hátt sé nauðsynleg, svo og að allir læri sömu viðbrögðin við bráðaatvikum. Nefndu þær sérstaklega verklegar æfingar á vinnustöðum og formlegt námskeiðahald eins og ALSO námskeiðin sem haldin eru reglubundið hér á landi og víðar (American Academy of Family Physicians, 2012).

Ljósmæðurnar lýstu því hvernig stundum gætti óþarfa núnings milli lækna og ljósmæðra þegar álagið væri sem mest. Samvinnan þyrfti að vera þannig, að það væri litið: „... á mann sem fagaðila og samstarfsaðila en ekki bara svona, aha, far þú frá ...“. Í annarri íslenskri rannsókn um skynjun íslenskra ljósmæðra á öryggi og áhættu í eðlilegum fæðingum kom þetta sama sjónarmið fram, að ljósmæður upplifðu spennu milli starfsstétta og stundum ómaklega gagnrýni á störf þeirra (Valgerður Lisa Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009).

Yfirsetan var greinilega mjög mikilvæg í huga ljósmæðranna og notuðu þær tímann markvisst til að kynna konunni: „... þá getur þú svona áttað þig á því hvað þú getur leyst þér...“ og það gat skipt sköpum í meðhöndlun axlarklemmu að konurnar treystu ljósmæðrunum til að bregðast rétt við og ynnu með þeim þegar þess væri þörf. Er það í samræmi við niðurstöður rannsóknar Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) þar sem hún nýtti sér frásagnir 20 íslenskra ljósmæðra af fæðingum til að skilgreina hvaða hugmyndafræði og þekking liggur að baki störfum þeirra.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu líka að ljósmæðurnar höfðu áhyggjur af vaxandi streitu og álagi í starfi. Útköllum í frítíma fjölgaði og starfsmenn mættu illa fyrir kallaðir til vinnu. Yfirsetan minnkadi með auknu álagi og töldu þær að lítið mætti út af bregða til að slys yrði. Virtist það eiga jafnt við um stóra sem smáa fæðingarstaði. Á þeim stóru fjölgaði fæðingum mikið, en starfsfólki ekki að sama skapi og á þeim minni væri ljósmæðrum falin ábyrgð á öðrum deildum á kostnað starfa þeirra á fæðingardeildunum. Kemur það heim og saman við útkomu Mollart og félaga (2011) sem lýstu því hvernig þreyta, streita og vinnuálag hefði áhrif á heilsu ljósmæðra til hins verra, svo og viðhorf þeirra til starfsins og aukin hætta væri á brottfalli úr starfi.

Þekking – fagleg reynsla – „að vera skrefinu á undan“

Það var ljósmæðrunum hugleikið umræðuefni hvort hægt væri að koma í veg fyrir axlarklemmu í fæðingu. Flestar höfðu reynt, ef grunur vaknaði hjá þeim um yfirvofandi axlarklemmu, að vera skrefinu á undan og fá konuna á hreyfingu.

Thorogood og Hendy (2006) hafa bent á nauðsyn þess að ljósmæður séu meðvitaðar um hvað getur haft áhrif á gang fæðingarinnar. Nefna þær atriði eins og að fá konuna til að hreyfa sig í fæðingu og breyta reglulega um stellingar geti auðveldað fæðinguna og jafnvel hindrað það sem kalla má rúmklemmu. Undir þetta taka Mercer og Erickson-Owens (2009) og nefna sérstaklega að stellingar eins og sitja á hækjum sér og vera á fjórum fótum auki blóðflæði til legsins og styrki hriðarnar og auðveldi barninu að ganga niður fæðingarveginn og snúast eftir lögun hans.

Ljósmæðurnar þekja vel einkenni og skilgreiningar á axlarklemmu og veltu fyrir sér hvort rétt væri að telja að seinkun á fæðingu axla væri alltaf axlarklemma eða hvort huga mætti að öðrum þáttum í tengslum við fæðinguna sem hefðu áhrif á gang hennar. Voru þær meðvitaðar um að axlarklemma getur verið misferð viðfangs og misjafnt hvaða aðferð hentar hverju sinni til að losa barnið. O'Leary (2009b) og Kreitzer (2009) settu báðir fram hugmyndir að flokkun á axlarklemmu, sjá töflur 2 og 3, sem þær telja að geti leitt til markvissari vinnubragða við losun axla.

Hjá öllum hópunum kom skýrt fram hversu mikilvægt það er að kunna að beita viðurkenndum aðferðum við losun axla og nota rétt handtök við það. Voru ljósmæðurnar ekki endilega að velta fyrir sér eða velja fyrirfram ákveðnar aðferðir við að losa axlir heldur miklu fremur eins og ein lýsti því: „... hvað kann ég og hvað er best í þessum aðstæðum og með þessa konu ...“. Hver fæðing er einstök og því er nauðsynlegt fyrir þá sem starfa við fæðingar að kunna þær aðferðir sem helst eru notaðar til að losa axlir og geta beitt þeim eftir þörfum eins og til dæmis Kreitzer (2009) og Baxley og Gobbo (2004) benda á.

Þá töldu ljósmæðurnar að þær þyrftu að hlusta á innsæið, þessa innri rödd sem hjálpar til við að vera skrefinu á undan og geta búið sér í hagin, gera ráðstafanir og jafnvel hindrað axlarklemmu. Enn fremur höfðu þær tilfinningu fyrir því að þær fengju æðri hjálp og

stuðning þegar á þyrfti að halda. Eru þessar frásagnir þeirra í samræmi við niðurstöður Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) að í sambandi milli ljósmæðra og kvenna þróist innsæisþekking sem byggist bæði á reynslu í starfi og andlegri meðvitund.

Erfið lífsreynsla – „maður verður heilsulaus á sálinni“

Það virtist sem ljósmæðurnar væru ekki vanar að tala um eigin tilfinningar og líðan, öfugt við aðra hluta umræðnanna þar sem þurfti lítillar hvatningar við. Atburðirnir stóðu þeim samt sem áður ljósflíandi fyrir hugskotssjónum og lýstu þær því hvernig þær fundu fyrir líkamlegum einkennum eins og spennu og streitu þegar þær sögðu frá: „Maður bara gerir það sem maður þarf að gera, þetta er bara eins og að lenda í slysi, þú gerir og þú ert jafn hissa og aðrir eftir á að þú hafir brugðist rétt við ... að maður hafi virkað.“ Upplifun þeirra virtist vera að augnablikið væri þrungið spennu sem breyttist í undrun eftir á að viðbrögðin hafi verið ósjálfráð og rétt, en svo kom þessi vanlíðan: „... maður kannski fer bara að gráta eða tjá sig mikið um það, sjokkið kemur eftir á já, já ... maður er stundum alveg í sjokki ...“.

Þessar frásagnir koma heim og saman við rannsóknir þar sem bent hefur verið á að mikið álag fylgi störfum ljósmæðra. Í kjölfarið geti komið alvarleg streitueinkenni eins og óeðlileg þreyta, aukinn hjartsláttur, einkenni frá meltingarfærum, afturlit til atburðarins, þunglyndi og jafnvel kulnun í starfi og brottþvarf úr vinnu (Borritz, 2006; Denham, 2007; Fahey og Monaghan, 2005; Hávar Sigurjónsson, 2012a, 2012b; Hildingsson, Westlund og Wiklund, 2013; Mollart, Newing og Foureur, 2009; Schröder, 2011). Þá töldu þátttakendur rannsóknarinnar að mikil þörf sé á stöðugri upprifjun og endurmenntun ljósmæðra og nauðsynlegt sé að huga að líðan þeirra í starfi og stuðningi við þær, eins og Sheen o.fl., (2013) segja í fræðilegri samantekt um líðan heilbrigðis-starfsmanna.

Þegar ljósmæðurnar voru inntar nánar eftir því hvort þær hefðu upplifað gleði yfir að hafa bjargað barni voru þær hugsandi og svolítið hikandi í svörum: „... alveg örugglega, kannski meira svona léttir ...“. Tilfinningarnar voru greinilega blendnar og einni sagðist svo frá:

Ég held að það séu blendnar tilfinningar, alla vega hjá mér, bæði er æðislegt að þetta gekk og börnin komu heil, en líka úff þú veist, ekki hjúkkit þetta slapp fyrir horn, heldur Guði sé lof að ég gat notað það sem ég kann, að það virkaði bara ... já þetta er meira svona blendið ...

Ljósmæðurnar voru sammála um nauðsyn þess að vinna úr reynslunni. Leituðust þær við það hver á sinn hátt og eftir því hvernig vinnu-aðstæður þeirra voru. Stundum dugði þeim að sjá að allt var í lagi með móður og barn og næsta fæðing á eftir væri eðlileg. Þá töldu þær að gagnlegt væri að ræða við samstarfsfólk, ef það var í boði, gjarnan þá sem einnig voru viðstaddir fæðinguna. Á það hefur verið bent að samtöl af þessu tagi geti hjálpað til við að vinna úr erfiðri reynslu og séu oft nægileg til að byrja úrvinnslu áfalls (Margrét Blöndal, 2007).

Þrátt fyrir að slíkar samræður geti verið gagnlegar verður að hafa í huga að stundum þarf aðstoð frá utanaðkomandi fagmönnum til að leiða viðræðurnar, hvort heldur þær eru fyrir einn eða fleiri (Mollart o.fl., 2011; Hávar Sigurjónsson, 2012a; Schröder, 2011). Ljósmæðurnar gerðu sér vel grein fyrir þessu og ræddu nauðsynina á slíkri aðstoð af áhuga og skilningi. Ein þeirra nefndi að það þyrfti að vera vakandi fyrir líðan samstarfsfólksins, að ekki væri hægt að ætlast til þess að starfsmenn sjálfir leituðu sér hjálpar: „Ég veit ekki alltaf hvort fólk veit hvað því líður illa ... ég held að það komi aftan að því þegar það fer að opna sig og sem sagt setja orð á tilfinningarnar, þá kemur þetta kannski mikið sterkara ...“. Því þyrfti stundum að benda þeim sem hefðu lent í áföllum á leiðir til hjálpar.

Voru ljósmæðurnar á þeirri skoðun að þörf væri á faglegu teymi sem tæki að sér að styðja og styrkja ljósmæður, og aðra heilbrigðisstarfsmenn sem lentu í erfiðri reynslu, til að vinna úr henni. Að svipaðri niðurstöðu komust þær Mollart o.fl. (2011) í rannsókn um streitu í starfi ljósmæðra og viðbrögð við henni. Irene Calvert (2014), sem gerði doktorsrannsókn sína á Nýja-Sjálandi um áhrif erfiðrar starfsreynslu á ljósmæður, hvetur

til þess að settir verði á stofn faglegir stuðningshópar fyrir ljósmæður sem upplifa erfiðleika í starfi, meðal annars til að fyrirbyggja brottfall úr starfi, eins og Sheen og félagar (2013) benda einnig á.

Reynsla ljósmæðranna í þessari rannsókn var sú að í sumum tilfellum er vissulega boðið upp á viðtöl en það eru þó helst stóru sjúkrahúsin sem hafa sérfræðinga á sínum snærum sem sinnt geta slíku. Þó að starfsumhverfið fari batnandi að þessu leyti vissu þær um ljósmæður sem hefðu skipt um starf, brunnið út, eftir að hafa lent í áfalli í fæðingu. Er það í samræmi við rannsóknir sem hafa sýnt að ljósmæður færa sig til eða hverfa úr starfi eftir mikil áföll og með þeim fer þá mikil þekking og reynsla sem er dýrt fyrir einstaklinginn, vinnustaðinn, heilbrigðis-kerfið og þjóðfélagið allt (Borritz o.fl., 2006; Hildingsson o.fl., 2013; Leinweber og Rowe, 2008; Mollart o.fl., 2009; Schröder, 2011).

Þörfin fyrir samhug og hlýju virtist alltaf vera til staðar eftir slíkan atburð sem axlarklemma í fæðingu er og það skipti greinilega miklu í huga ljósmæðranna að geta tekist á við bráðaatvik á eins farsælan hátt og kostur er, eða eins og ein ljósmóðirin orðaði það:

... ef ég hef gert allt sem ... í mínu valdi stendur þá get ég frekar feisað það ef það er eitthvað sem kemur upp á, af því að ég var vakandi við þetta og gerði alla hluti eins vel og ég gat ...

STYRKLEIKAR OG VEIKLEIKAR RANNSÓKNAR

Rannsókn þessi var að mestu unnin frá 2010–2012 til meistaraþrófs í ljósmóðurfræðum og annar rannsakandinn að stíga sín fyrstu skref í vinnu við eigindlega rannsókn af þessu tagi. Slíkt getur sett mark sitt á viðtalstækni og úrvinnslu rannsóknarinnar. Persónuleg reynsla rannsakanda getur einnig hafa haft áhrif á greiningu og túlkun gagna. Á það hefur þó verið bent að það sé gjarnan kostur að rannsakandi þekki vel efnið sem um er fjallað og geti rýnt í niðurstöður með hliðsjón af faglegri reynsluþekkingu úr ljósmóðurstarfi.

NYTSEMI RANNSÓKNARINNAR

Ætla má að nytsemi rannsóknarinnar fyrir ljósmæður og ljósmóðurfræði sé nokkur þegar lítið sem ekkert hefur fundist skrifað um þekkingu, verklag, reynslu og líðan ljósmæðra af því að takast á við axlarklemmu. Benda niðurstöður til þess að þörf sé á að flokka axlarklemmu eftir alvarleika og taka upp formlega stigskipta skráningu tilvikanna í samræmi við þær aðferðir sem þarf að nota hverju sinni til að losa barnið og rannsaka í kjölfarið hvort slík flokkun hefði áhrif á meðhöndlun. Vissulega hefur skráning á axlarklemmum batnað frá því að þessi rannsókn var gerð, en enn er þó formlegri skráningu á axlarklemmu og afleiðingum hennar ekki gerð skil í árlegri skýrslu um fæðingar á Íslandi. Slíkt er tímabært að endurskoða.

Nota má niðurstöður rannsóknarinnar til að huga að samstarfi og samvinnu mismunandi starfsstétta sjúkrahúsa og leitast við að efla samkennd og virðingu fyrir þekkingu, færni og reynslu fagstéttanna. Þá sýna niðurstöður rannsóknarinnar greinilega fram á þörfina fyrir sálfélagslegt teymi sem stutt getur við bakið á ljósmæðrum sem lenda í áföllum sem tengjast starfi þeirra. Þá geta þær einnig bent til þess að slík teymi þurfi að vera til staðar fyrir aðrar heilbrigðisstéttir. Slíkt getur fyrirbyggt kulnun og brottfall úr starfi. Síðast en ekki síst eru niðurstöður rannsóknarinnar innlegg í faglega umræðu ljósmóðurstéttarinnar um þekkingu ljósmæðra og verklag í daglegum störfum.

LOKAORD

Axlarklemma er bráðaatvik sem orðið getur í fæðingu og oftast án þess að gera boð á undan sér. Mikilvægt er að fagfólk sem starfar við fæðingar hafi góða faglega og verklega þekkingu til að takast á við slíkt. Af frásögnum ljósmæðranna sem þátt tóku í rannsókninni má álykta að þær séu dugandi og úrræðagóðar með mikla þekkingu og færni í að takast á við axlarklemmu í fæðingu. Engu að síður hafa þær upplifað streitu og andlegt og líkamlegt álag í kjölfar slíkra atburða. Þrátt fyrir það voru ljósmæðurnar sammála um að ef þær töldu að þær hefðu lagt sig allar fram við að losa axlirnar og fá barnið í heiminn, þá hafi verið auðveldara að takast á við reynsluna og vinna úr henni: „... komast í gegnum það... og geta haldið áfram“.

HEIMILDIR

- American Academy of Family Physicians. (2012). *Advanced life support in obstetrics (ALSO)*. Sótt 14. febrúar 2012 af <http://www.aafp.org/online/en/home/cme/aafpcourses/clinicalcourses/also.html>
- Baxley, E. G. og Gobbo, R. W. (2004). Shoulder dystocia. *American Family Physician*, 69(7), 1707–1714.
- Björg Sigurðardóttir. (2012). *Pekking og reynsla ljósmæðra af axlarklemmu í fæðingu*, „... mér finnst ég alveg hafa komist í gegn um það...“ (óútefinn meistaratritgerð). Háskóli Íslands, Námsbraut í ljósmóðurfæðum, Reykjavík.
- Björn Þorsteinsson. (2009). Vítund og viðfang. Ágrip af grunnhugtökum fyrirbærafræðinnar. Í Steinar Örn Atlason og Þórdís Helgadóttir (ritstjórar), *Veit efnið af andanum. Sjö fyrirlestrar* (bls. 145–170). Reykjavík: Heimspekistofnun Háskóla Íslands.
- Borritz, M., Reiner, R., Björner, B. J., Villarsen, E., Mikkelsen, O. A. og Kristensen, T. S. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 49–58. doi: 10.1080/14034940510032275
- Bruner, J. P., Drummond, S., Meenan, A. L. og Gaskin, I. M. (1998, maí). The all-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *Journal of Reproductive Medicine*, 43, 439–443.
- Calvert, I. (2014, 5. janúar). Support for midwives – A model of professional supervision based on the recertification programme for midwives in New Zealand. *Women and Birth*, 27, 145–150. doi: 10.1016/j.wombi.2014.01.002
- Collin, A., Dellis, X., Ramanah, R., Courtois, L., Sautiere, J. L., Martin, A., ... Riethmüller D. (2008). Severe shoulder dystocia: Study of 14 cases treated by Jacquemier's maneuver. [útdráttur]. [La dystocie vraie des épaules: analyse de 14 cas traités par la manoeuvre de Jacquemier]. *Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*, 37(3), 283–290. doi: 10.1016/j.jgyn.2007.12.008
- Denham, C. R. (2007). Trust: The 5 rights of the second victim. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 107–119. doi 10.1097/jps.0000236917.02321.f
- Fahey, C. og Monaghan, J. (2005). Australian rural midwives: perspectives on continuing professional development [rafræn útgáfa]. *Rural and Remote Health. The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*, 5(468).
- Fraser, D. M. og Cooper, M. A. (2008). *Survival guide to midwifery*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Fæðingarskrá Íslands (2009, 9. nóvember). *Upplýsingar úr fæðingarskráningu* Íslands 1998–2008. Guðrún Garðarsdóttir (ritstjóri). Óútefinn.
- Gerður Jónsdóttir, Jón Þorgeir Hallgrímsson, Reynir Tómas Geirsson, Marta Lárusdóttir og Atli Dagbjartsson. (1989). Axlarklemma: Skráning tilvika á kvennadeild Landspítalans 1979–1986. *Læknablaðið*, 75(3), 85–89. Sótt 29. september 2010 af <http://hdl.handle.net/2336/100159>
- Hagstofa Íslands. (2014, 20. október). *Lifandi og andvana fæddir eftir kyni 1951–2013* [rafræn útgáfa]. Sótt 20. október 2014 af <http://hagstofa.is/?PageID=2593&src=https://rannsokn.hagstofa.is/pxis/Dialog/varval.asp?ma=MAN05100%26ti=Lifandi+og+andvana+f%26ddir+eftir+kyni+1951%26D2013+%26pa th=../Database/mannfjoldi/Faaddir/%26lang=3%26units=F%26F6ldi>
- Hávar Sigurjónsson. (2012a). Rannsóknir á steitu eru vaxandi svið [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 98(3), 172–173.
- Hávar Sigurjónsson. (2012b). Starfskúlnun er ekki vandamál einstaklingsins [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 98(3), 173–174.
- Hildingsson, I., Westlund, K. og Wiklund I. (2013, 17. júlí). *Burnout in Swedish midwives. Sexual and Reproductive Healthcare*, 4, 87–91. Doi: 10.1016/j.srhc.2013.07.001
- International Confederation of Midwives (ICM). (2011). *Essential competencies for basic midwifery practice 2010*. Revised 2013. Sótt 30. september 2014 af <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010.%20revised%202013.pdf>
- Kreitzer, M. K. (2009). Recognition, classification, and management of shoulder dystocia: The relationship to causation of brachial plexus injury. Í J. A. O'Leary (ritstjóri), *Shoulder dystocia and birth injury. Prevention and treatment* (3. útgáfa), (bls. 179–208). Tampa: Humana Press.
- Krueger, A. R. (1994). *Focus groups. A practical guide for applied research* (2. útg.). London: Sage.
- Krueger, A. R. og Casey, M. A. (2000). *Focus groups. A practical guide for applied research* (3. útgáfa.). London: Sage.
- Landlæknisembættið. (2014). *Síðareglur ljósmæðra*. Sótt 30. september 2014 af <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisstarfsfolk/starfsleyfi/sidareglur/item13352/>
- Leinweber, J. og Rowe, H. J. (2008). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Journal of Midwifery*, 26, 76–87. Doi:10.1016/j.midw.2008.04.003
- Ljósmæðrafélag Íslands. (2000). *Hugmyndafræði og stefna*. Sótt 1. október 2014 af <https://ljosmaedrafelag.webmaster.is/Assets/%C3%9Atg%C3%A1fa/lmfistefnumotun.pdf>
- Margrét Blöndal. (2007). Áföll, áfallastreita, áfallahjálpar. Sorg og sorgarstuðningur. *Ríkislögreglustjóri. Almannavarnardeild*. Sótt 27. febrúar 2012 af <http://almannavarnir.is/upload/files/fagfolk%20afallastreita%20-%20salraenn%20studningur%20mars%2007.pdf>
- Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B. og Walker, M. (2006). *Oxford handbook of midwifery*. Oxford: University press.
- Meenan, A. L., Gaskin I. M., Hunt, P. og Ball, C. A. (e.d.). A new (old) maneuver for the management of shoulder dystocia. *The Farm Midwives*. Sótt 16. mars 2012 af <http://www.thefarm.org/midwives/dystocia.html>
- Mercer, J. S. og Erickson-Owens, D. A. (2009). The midwifery view of shoulder dystocia. Í J. A. O'Leary (ritstjóri), *Shoulder dystocia and birth injury* (3. útgáfa), (bls. 269–283). Tampa: Humana press.
- Mollart, L., Newing, C. og Foureur, M. (2009). Midwives' emotional wellbeing: Impact of conducting a structured antenatal psychosocial assessment (SAPSA). *Women and Birth*. Doi:10.1016/j.wombi.2009.02.001
- Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C. og Foureur, M. (2011). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*. Doi:10.1016/j.wombi.2011.08.002
- O'Leary, J. A. (2009a). Introduction. Í J. A. O'Leary (ritstjóri), *Shoulder dystocia and birth injury. Prevention and treatment* (3. útgáfa), (bls. XV–XXI). Tampa: Humana Press.
- O'Leary, J. A. (2009b). Treatment. Í J. A. O'Leary (ritstjóri), *Shoulder dystocia and birth injury. Prevention and treatment* (3. útgáfa), (bls. 69–143). Tampa: Humana Press.
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). Lærdómur af fæðingarsögum. Nærvera, tengsl við konur og þekking ljósmæðra. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar, ljósmóðurfæði og ljósmóðurlist* (bls. 215–239). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag, Ljósmæðrafélag Íslands og námsbraut í ljósmóðurfæði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Peek, I. og Fothergill, A. (2007). Using focus groups for qualitative research. *Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association*. Sótt 25. mars 2012 af http://citation.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/1/8/3/1/2/pages183125/p183125-1.php
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. útgáfa). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams Wilkins.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson (ritstjórar). (2011). *Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2010*. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið, Landspítali.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson (ritstjórar). (2012). *Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2011*. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið, Landspítali.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson (ritstjórar). (2013). *Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2012*. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið, Landspítali.
- Robinson Wolf, Z. (2007). *Ethnography: The method*. Í P. L. Munhall (ritstjóri), *Nursing research. A qualitative perspective* (4. útgáfa) (bls.293–330). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2007, 1. nóvember). *A difficult birth: what is shoulder dystocia?* Sótt 11. apríl 2010 af <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/difficult-birth-what-shoulder-dystocia>
- Schroder, K. (2011). Den traumatiske fødsel fra jordemoderens perspective [rafræn útgáfa]. *Tidskrift for jordemødre*, 2, 14–18.
- Sheen, K., Slade, P. og Spiby H. (2013, 7. september). An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. *Journal of Advanced Nursing* 70(4), 729–743. Doi: 10.1111/jan.12274
- Sigurður Kristinsson. (2003). Síðfræði rannsókna og síðanefndir. Í Sigfríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 161–179). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinsson. (2013). Síðfræði rannsókna og síðanefndir. Í Sigfríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71–88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sóley S. Bender. (2003). Rýnihópar. Í Sigfríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 85–99). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sóley S. Bender. (2013). Samræður í rýnihópum. Í Sigfríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 299–312). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Zahavi, D. (2008). *Fyrirbærafræði* (Björn Þorsteinsson þýddi). Reykjavík: Heimspekistofnun – Háskólaútgáfan.
- Thorogood, C. og Hendy, S. (2006). Life-threatening emergencies. Í S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood og S. Tracy (ritstjórar), *Midwifery, preparation for practice* (bls. 756–802). Sydney: Elsevier Australia.
- Valgerður Lisa Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). Skynjun íslenskra ljósmæðra á öryggi og áhættu við eðlilegar fæðingar. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar, ljósmóðurfæði og ljósmóðurlist* (bls. 193–214). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag, Ljósmæðrafélag Íslands og námsbraut í ljósmóðurfæði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Víðarsdóttir, H., Geirsson, R. T., Hardardóttir, H., Valdimarsdóttir, U. og Dagbjartsson, A. (2011). Obstetric and neonatal risks among extremely macrosomic babies and their mothers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204, x.ex-x. Doi: 10.1016/j.ajog.2010.12.063

Hugsaðu vel um húðina í vetur

Decubal clinic cream:

Okkar klassíska krem fyrir daglega umönnun þurrar og viðkvæmrar húðar. Má nota á allan líkamann og hentar öllum í fjölskyldunni.

Decubal shower & bath oil:

Hjálpar húðinni að viðhalda raka með náttúrulegum olíum, E-vitamini og kamillu.

Lips & dry spots balm:

Nærandi og enduruppbyggjandi fyrir þurra varir, tætt naglabönd og þurra bletti.



Veturinn er yndislegur. En kalt loft getur gert húð þína þurra og hrjúfa. Decubal er heil húðvörulína fyrir andlit og líkama. Í 40 ár höfum við þróað mildar og nærandi vörur fyrir þurra og viðkvæma húð, í nánu samstarfi við húðsjúkdómalækna. Decubal er algjörlega laust við ilmefni, litarefni og parabena og er eingöngu selt í apótekum.

Án parabena, ilm- og litarefna.

DECUBAL
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

Actavis

RITRÝND GREIN

Lágur blóðsykur hjá nýburum:

algengi, áhættuþættir og blóðsykurseftirlit



Elín Ögmundsdóttir ^{1,2}
Hjúkrunarfræðingur, M.Sc



Þórður Þórkelsson ^{1,2,4}
Barnalæknir



Guðrún Kristjánsdóttir ³
Hjúkrunarfræðingur

1. Vökudeild Barnaspítala Hringins Landspítala, 2. Kvenna- og barnasvið Landspítala, 3. Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, 4. Læknadeild Háskóla Íslands

ÚTDRÁTTUR

Eftirlit með blóðsykri er mikilvægt fyrst eftir fæðingu hjá ákveðnum hópum nýbura. Hins vegar greinir fræðimenn á um skilgreiningu of lágs blóðsykurs hjá nýburum og hver gildi hans þurfi að vera til að tryggja eðlilega líkamsstarfsemi. Óvissa einkennir því ákvarðanatöku um eftirlit með blóðsykri nýbura: hverja eigi að mæla og hvenær og við hvaða gildi blóðsykurs eigi að hefja ihlutun.

Algengi lágs blóðsykurs hjá nýburum hér á landi er ekki þekkt. Markmið þessarar rannsóknar var því að greina það og bera saman við niðurstöður erlendra rannsókna og kanna hvernig staðið sé að eftirliti með blóðsykri nýbura.

Rannsóknin var lýsandi, afturskyggn og upplýsinga aflað úr sjúkraskrá. Almennar upplýsingar um börnin voru skráðar ásamt blóðsykursgildum og framkvæmd eftirlits með þeim.

Í úrtaki voru þeir nýburar sem gengist höfðu undir eftirlit með blóðsykri fyrstu þrjá sólarhringana eftir fæðingu á Landspítala, alls 955 af 3468 sem þar fæddust árið 2010. Meðgöngulengdin var frá 24–42 vikum og rúm 77% voru fullburða (> 37 vikur). Meðal fæðingarþyngd var 3273 g (530–5280 g), 32,5% lögðust inn á nýburagjörgæslu og 30,2% komu þangað í stutt eftirlit.

Algengi lágs blóðsykurs (< 2,2 mmól/L) reyndist vera 21,2% í heild en 19,1% meðal fullburða nýbura. Fyrsta mæling var gerð innan klukkustundar frá fæðingu hjá 60% úrtaks. Blóðsykur var mældur einu sinni hjá 16,4% þeirra, en miðgildið var fjórar mælingar fyrstu þrjá sólarhringana. Rúmlega 55% mældust með lægsta gildi innan tveggja klukkustunda frá fæðingu. Síðfyrirburar,

þungburar og börn mæðra með insúlínmeðhöndlaða sykursýki á meðgöngu reyndust marktækt líklegri til að mælast með lágan blóðsykur eftir fæðingu en aðrir nýburar í úrtaki.

Algengi lágs blóðsykurs var hátt samanborið við niðurstöður erlendra rannsókna. Það skýrist að hluta til af samsetningu úrtaks, þar sem ekki var einungis um heilbrigða fullburða nýbura að ræða. Eftirlit með blóðsykri reyndist ómarkvisst, stór hluti mælinga var innan klukkustundar frá fæðingu og því má ætla að erfitt hafi verið að greina á milli óeðlilegrar blóðsykurslækkunar og eðlilegrar aðlögunar nýburans að lífi utan móðurkviðar.

Lykilorð: Blóðsykurslækkun, nýburar, áhættuþættir, blóðsykurseftirlit.

ABSTRACT

The monitoring of blood glucose during the first hours is important in specific groups of newborn infants. However, there is no consensus on how to define hypoglycemia and which levels of blood glucose are needed to meet metabolic demands. Therefore uncertainty characterizes decisionmaking in the monitoring and management of blood glucose: who should be measured and when, and at which levels interventions should take place.

The prevalence of hypoglycemia in Iceland is not known. Thus the aim of this study was to determine the one year prevalence of hypoglycemia of newborns at Landspítali, the National Hospital of Iceland, and compare with findings from other countries as well as to evaluate the quality of blood glucose monitoring.

Employing a descriptive, retrospective design, data was collected from hospital medical records. Clinical information about pregnancy, delivery and the infants condition together with known risk factors was collected, along with their blood glucose levels and management provided.

The cohort was newborns requiring monitoring of blood glucose within the first 72 hrs. after birth. A total of 955 infants were included in the study, out of 3468 total births at the hospital in 2010. Gestational age ranged from 24–42 weeks and 77,2% were fullterm (> 37 weeks). Average birthweight was 3273 g (530–5280 g), 32,5% were admitted to the neonatal intensive care unit and 30,2% were observed there for a short period of time.

The total prevalence of hypoglycemia (< 2,2 mmol/L) was found to be 21,2% and 19,1% in fullterm newborns. The first measurement was obtained within an hour of birth in 60% of newborns. Blood glucose was measured only once in 16,4% but median number of measurements was four during the first 72 hours. Approximately 55% had their lowest levels within two hours of birth. Being late preterm, large for gestational age and having a mother treated with insulin due to diabetes was significantly related to lower blood glucose.

The prevalence of hypoglycemia was high compared to studies from other countries. This can be explained partly by the cohort being not only healthy newborns. Blood glucose monitoring was found to be in part ineffectual with a large proportion of measurements taking place within an hour of birth, making it difficult to distinguish between pathological hypoglycemia and normal adaptation to extrauterine life.

Keywords: Hypoglycemia, neonates, risk factors, blood glucose monitoring.

INNGANGUR

Lífeðlisleg aðlögun nýbura eftir fæðingu felur meðal annars í sér að tryggja nægilegt orkuframboð og viðhalda eðlilegum blóðsykri. Lágur blóðsykur (e. hypoglycemia) er algengasta efnaskiptavandamálið á nýburaskeiði. Í flestum tilfellum er þessi lækkun á blóðsykri væg en hjá sumum nýburum það mikil og langvarandi að þörf er á meðhöndlun (Aylott, 2006).

Þar sem áhættuþættir blóðsykurslækkunar eru flestir þekktir ráðleggur Alþjóða heilbrigðisstofnunin að eingöngu skuli skima nýbura í áhættuhópi og þá sem eru með einkenni sem bent geti til of lágs blóðsykurs (Williams, 1997). Þekking ljósmæðra, hjúkrunarfræðinga sem og annarra sem koma að umönnun nýbura fyrst eftir fæðingu á blóðsykursstjórnun nýbura, áhættuþáttum blóðsykurslækkunar og einkennum er nauðsynleg til að koma í veg fyrir bæði of- og vangeiningu lágs blóðsykurs.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna (1) algengi lágs blóðsykurs meðal nýbura fyrstu þrjá sólarhringana eftir fæðingu, (2) algengi helstu áhættuþátta fyrir lágum blóðsykri og (3) hvernig staðið var að eftirliti með blóðsykri þeirra, þ.e. hvenær og hversu oft blóðsykur var mældur, hversu lágur hann mældist og hvenær hann mældist lægstur.

FRÆÐILEGUR BAKGRUNNUR

Skilgreining of lágs blóðsykurs hjá nýburum

Lengi hefur verið deilt um hvernig eigi að skilgreina of lágan blóðsykur hjá nýburum. Notaðar hafa verið ólíkar nálganir í rannsóknum og fræðilegri umræðu en sameiginleg niðurstaða er sú að ekki sé hægt að skilgreina of lágan blóðsykur sem eitt ákveðið blóðsykursgildi þar sem það geti verið breytilegt milli einstaklinga á grundvelli lífeðlislegs þroska og undirliggjandi sjúkdómsástands (Milcic, 2008). Þessir erfiðleikar hafa valdið því að eftirlit með blóðsykri nýbura hefur verið breytilegt og óvissa einkennt klíniska ákvarðanatöku heilbrigðisstarfsmanna sem koma að umönnun nýbura. Slík óvissa leiðir af sér ósamræmi í klínískri ákvarðanatöku og dregur úr gæðum þjónustu við nýbura og foreldra þeirra (Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk og Nagle, 2009). Til að draga úr ósamræmi

af þessu tagi hefur verið lagt til að skilgreina fremur svokölluð aðgerðarmörk (e. operational thresholds) sem eru „þau mörk blóðsykurs þar sem heilbrigðisstarfsmaður ætti að íhuga að beita víðeigandi leiðréttingu íhlutunum í þeim tilgangi að hækka blóðsykursgildi“ (Cornblath o.fl., 2000). Í flestum fræðigreinum er þannig mælt með leiðréttingu íhlutunum mælist blóðsykur lægri en 2,0 mmól/L hjá nýburum og að meðferð miði að því að halda blóðsykri yfir 2,5 mmól/L. Ekki er talin ástæða til að nota önnur viðmiðunargildi fyrir fyrirbura (Cornblath o.fl., 2000; Desphande og Platt, 2005).

Lífeðlisfræði blóðsykursstjórnunar nýbura

Í móðurkviði er fóstrið algjörlega háð flutningi næringarefna yfir fylgju frá móður til að uppfylla orkuþarfir sínar. Fóstrið safnar orkuforða í formi glycogens og fitu, sérstaklega á síðasta þriðjungi meðgöngunnar (Persson, 2009). Þegar klemmt hefur verið fyrir naflastrenginn eftir fæðingu lækkar blóðsykur allra nýbura hratt en mismikið (Hay, Raju, Higgins, Kalhan og Devaskar, 2009; Milcic, 2008). Heilbrigður fullburða nýburi bregst við þessari lækkun blóðsykurs með minnkaðri insúlínframleiðslu og aukinni losun glucagons, katekólámina og skjaldkirtilshormóna. Hormónin stuðla að hækkan blóðsykurs með niðurbroti á glycogenforða í lifur og nýrum (e. glycogenolysis) og aukinni sykurframleiðslu í lifur úr öðrum efnum eins og glyceroli, laktati, pyruvate og vissum aminosýrum (e. gluconeogenesis) (Hatfield, Schwoebel og Lynyak, 2011). Þessi breyting á efnaskiptum nýburans gerir honum kleift að lifa sjálfstæðu lífi utan móðurkviðar og blóðsykur hækkar á þriðju klukkustund eftir fæðingu. Nýburinn nýtir einnig fleiri leiðir til orkuefnaskipta, til dæmis með niðurbroti frírra fitusýra (e. lypolysis) og myndun ketóna (e. ketogenesis) sem auðveldar honum að takast á við takmarkað fæðuframboð fyrstu dagana eftir fæðingu (Milcic, 2008; Persson, 2009).

Algengi of lágs blóðsykurs hjá nýburum

Algengi blóðsykurslækkunar er breytilegt eftir því hvernig rannsakendur skilgreina of lágan blóðsykur hjá nýburum. Fjölmargar rannsóknir lýsa algengi frá 0,4% til 40% en algengast er að sjá tölur um algengi frá 5–15% (Straussman og Levitsky, 2010). Flest bendir til að blóðsykurslækkun sé oftast skammvinn og blóðsykur hækki án inngrípa hjá fullburða nýburum nema ef um sé að ræða undirliggjandi sjúkdóm eða meðfæddan galla (Aylott, 2006).

Afleiðingar of lágs blóðsykurs hjá nýburum

Af heildarorkuþörf nýburans fara um 65% til heilans og er orkugjafinn fyrst og fremst sykur (Holliday, 1971). Nægilegt framboð sykurs er því nauðsynlegt til að viðhalda eðlilegri heilastarfsemi. Þegar styrkur sykurs í blóði lækkar eykst framleiðsla tímabundið á öðrum orkugjöfum sem heilinn getur nýtt sér, svo sem ketónum, laktati og píruvati (Hay o.fl., 2009). Langvarandi lágur blóðsykur samhliða skorti á öðrum orkugjöfum veldur orkuskorti í frumum líkamans og getur þannig skaðað bæði taugunga og taugatróð. Í fræðilegri samantekt á 18 rannsóknum á áhrifum lágs blóðsykurs fyrstu vikuna eftir fæðingu á taugaþroska bæði fyrirbura og fullburða barna komust Boluyt og félagar (2006) að því að ekki væri hægt að segja með vissu hversu lágur blóðsykur þarf að vera og hve lengi til að valda varanlegum skaða á miðtaugakerfi. Niðurstöður bentu þó til að skammvinn (< 2 klst.) einstök tímabil blóðsykurslækkunar valdi líklega ekki varanlegum skaða á heila barns.

Áhættuþættir of lágs blóðsykurs hjá nýburum

Þótt lækkun á blóðsykri fyrst eftir fæðingu sé hluti af lífeðlislegri aðlögun allra nýbura, þá er um óeðlilegt ástand að ræða hækki hann ekki aftur innan fjögurra klukkustunda frá fæðingu (Armentrout, 2010). Undirliggjandi orsökum viðvarandi blóðsykurslækkunar má gróflega skipta í tvær gerðir (Armentrout, 2010). Sú fyrri er algengari og er vegna skerts orkuforða, einkum glycogens, í lifur og öðrum líffærum. Einnig er geta líkamans til að framleiða sykur úr öðrum næringarefnum þá skert. Síðari gerðin orsakast af aukinni

insúlínmyndun sem stuðlar að lækkun blóðsykurs (Armentrout, 2010). Helstu birtingarmyndir þessara tveggja megingerða má rekja til nokkurra áhættuþátta á meðgöngu, í fæðingu og á nýburaskeiði eins og sjá má í töflu 1.

Tafla 1. Helstu áhættuþættir lágs blóðsykurs hjá nýburum

Léttburar (þyngd undir 10 percentili miðað við meðgöngulengd)
Þungburar (þyngd yfir 90 percentili miðað við meðgöngulengd)
Fyrirburar (fæðing fyrir fulla 37 vikna meðgöngu)
Sýking hjá barni
Börn sykursjúkra mæðra (DM og meðgöngusykursýki)
Ofkæling (líkamshiti < 36,5°C mældur í holhönd)
Súrefnisskortur í fæðingu (Apgar < 7 við fimm mínútna aldur)
Meðfæddir gallar, t.d. Beckwith-Wiedemann heilkenni
Efnaskiptasjúkdómar

(Hewitt, Watts, Robertson og Haddow, 2005; Williams, 1997).

Einkenni of lágs blóðsykurs hjá nýburum

Klínísk einkenni of lágs blóðsykurs hjá nýburum eru oft óljós og geta líkst einkennum annarra algengra sjúkdóma á nýburaskeiði (sjá töflu 2). Þau geta komið í ljós við mismunandi blóðsykursgildi hjá börnum og eru jafnvel ekki til staðar við mjög lág blóðsykursgildi. Klínísk einkenni eru því ekki góður mælikvarði á blóðsykurslækkun og eingöngu hægt að nota þau til stuðnings við greiningu (Hewitt o.fl., 2005; Milcic, 2008).

Tafla 2. Klínísk einkenni lágs blóðsykurs hjá nýburum

Almenn einkenni	Einkenni frá taugakerfi	Einkenni frá hjarta og lungum
Óeðlilegur grátur	Skjálfti	Blámi
Lágur líkamshiti	Ergilegt	Fölvi
Óstöðugur líkamshiti	Ýkt Moro-viðbrögð	Hröð öndun
Veikt sog	Slappleiki	Öndunarhlé
Vill ekki sjúga	Krampar	Öndunarerfiðleikar
	Óeðlilegar augnhreyfingar	Hraður hjartsláttur

(Hewitt o.fl., 2005; Milcic, 2008)

Framkvæmd eftirlits með blóðsykri nýbura

Eins og áður hefur komið fram gaf Alþjóða heilbrigðisstofnunin árið 1997 út þá yfirlýsingu að óviðeigandi, ónauðsynlegt og mögulega skaðlegt væri að skima heilbrigðan fullburða nýbura fyrir of lágum blóðsykri og því eigi eingöngu að skima nýbura með áhættuþætti fyrir blóðsykurslækkun og þá sem eru með einkenni (Williams, 1997). Talið er að ákvarðanatöku um mælingu á blóðsykri fljótlega eftir fæðingu sé ekki einföld og krefjist umtalsverðrar þekkingar á blóðsykursstjórnun nýbura, eigi mælingin að byggja á klínisku mati hjúkrunarfræðings/ljósmóður en ekki vera einungis hluti af venjubundnum mælingum (Desphande og Platt, 2005). Við slíka ákvarðanatöku þurfi að hafa að markmiði að koma í veg fyrir að heilbrigðir nýburar verði fyrir óþarfa inngrípum en á sama tíma að tryggja tímanlega greiningu og meðferð þeirra sem eru í hættu á óeðlilegri blóðsykurslækkun. Þá telja Hoops og félagar (2010) að nákvæmt mat á áhættuþáttum tengdum heilsufari móður á meðgöngu, gangi fæðingar og líkamlegu ástandi barns, auk einkenna sem bent geti til lágs blóðsykurs ætti að liggja til grundvallar ákvarðanatöku um mælingu blóðsykurs hjá nýbura. Til þess að stuðla að markvissu eftirliti er talið nauðsynlegt að á hverri heilbrigðisstofnun séu til staðar gagnreyndar klínískar leiðbeiningar um eftirlit með blóðsykri nýbura (Hewitt o.fl., 2005).

Á grundvelli eðlilegrar lækkunar á blóðsykri í kjölfar fæðingar hefur því verið haldið fram að blóðsykur eigi ekki að mæla fyrr en við tveggja klukkustunda aldur, því fyrr sé ekki hægt að greina á milli sjúklegs ástands og eðlilegrar aðlögunar nýburans (Adamkin,

2011; Desphande og Platt, 2005; Rozance og Hay, 2010; Wight, 2006). Ekki eru allir fræðimenn sammála þessu og vilja sumir mæla blóðsykur 30–60 mínútur eftir fæðingu hjá þeim sem eru í áhættu fyrir blóðsykurslækkun sem og þeim sem eru með einkenni of lágs blóðsykurs (Armentrout, 2010). Þá hefur verið bent á að blóðsykur ætti eingöngu að mæla fyrir gjafir enda tilgangurinn sá að skima fyrir lægsta gildi blóðsykurs. Tíðni og fjöldi mælinga fari síðan eftir klínísku ástandi nýburans (Adamkin, 2011; Desphande og Platt, 2005). Í ljósi fræðilegrar þekkingar og svo fremi sem barnið sé að öðru leyti heilbriggt, krefst eftirlit með blóðsykri ekki innlagnar á nýburagjörgæslu heldur getur það farið fram á fæðingar- og sængurlegudeildum þannig að ekki þurfi að aðskilja foreldra og barn (Hewitt o.fl., 2005). Til dæmis er talið að hægt sé að fækka innlögnum barna sykursjúkra mæðra á nýburagjörgæslu um meira en helming með markvissu eftirliti og meðferð á fæðingar- og sængurlegudeildum (Weindling, 2009).

Áhrif eftirlits með blóðsykri og meðferðar lágs blóðsykurs nýbura á brjóstagjöf

Lækkun á blóðsykri með íhlutunum á borð við gjöf þurrmjólk-urábótar, innlögna á nýburagjörgæslu eða gjöf sykurlausnar í æð hjá annars heilbrigðum fullburða nýburum getur haft neikvæð áhrif á upphaf brjóstamjólkurmyndunar og brjóstagjafar og dregið úr sjálfsöryggi móður gagnvart því að næra barn sitt eingöngu á brjósti (Haninger og Farley, 2001; Jónína S. Jónasdóttir, 2004). Það er því mikilvægt að útskýra vel fyrir foreldrum ástæðu eftirlits og meðferðar og fullvissa móður um mikilvægi hennar eigin brjóstamjólkur þegar kemur að næringu hins nýfædda barns (Wight, 2006).

AÐFERÐAFRÆÐI

Rannsóknin var lýsandi, afturskyggn og byggði á gögnum úr sjúkraskrár nýbura og mæðra þeirra. Úrtakið var nýburar fæddir á Landspítala á árinu 2010 sem blóðsykur var mældur hjá að minnsta kosti einu sinni fyrstu þrjá sólarhringana eftir fæðingu. Úr Fæðingaskrá voru fengnar kennitölur allra kvenna sem fæddu á Landspítala árið 2010 sem uppfylltu valviðmið rannsóknarinnar. Með aðstoð hag- og upplýsingadeildar Landspítala fengust gagnaskrár með kennitölum þeirra nýbura sem ýmist lögðust inn á nýburagjörgæslu spítalans á árinu 2010 eða komu þangað til stutts eftirlits eftir fæðingu, ásamt kennitölum mæðra þessara barna. Endanlegt úrtak var fengið með því að keyra saman skrána fengna úr Fæðingaskrá og skrárnar um nýbura sem dvöldu á nýburagjörgæslunni til lengri eða skemmri tíma. Valviðmið rannsóknar má sjá í töflu 3.

Tafla 3. Valviðmið rannsóknar

Sykursýki á meðgöngu (DM og meðgöngusykursýki)
Fæðing með keisaraskurði
Sýking/hiti hjá móður í fæðingu
Fæðingarþyngd < 3 kg eða > 4,5 kg
Meðgöngulengd < 37 vikur
Apgar < 6 við fimm mínútna aldur
ICD10 greining „önnur blóðsykurslækkun nýbura“
ICD10 greining „heilkenni hjá ungubarni sykursjúkrar móður“
Innlögn eða stutt eftirlit á nýburagjörgæslu fyrstu 72 klst. eftir fæðingu

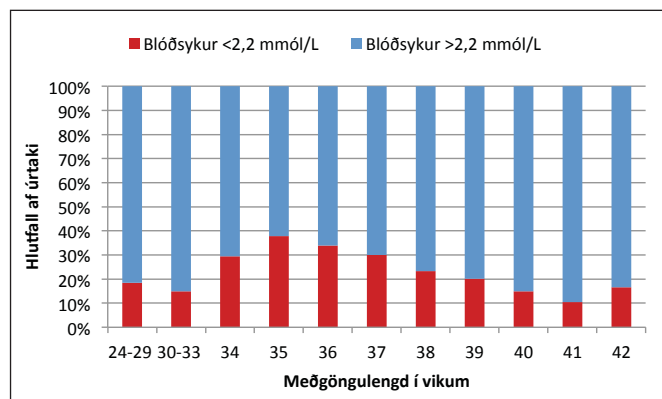
Upplýsingum var safnað úr þremur ólíkum gagnasöfnum, mæðra-skrám, sjúkraskrár nýbura og skráningarblöðum tengdum eftirliti með klínísku ástandi nýbura. Gagnasöfnunarblað var hannað með hliðsjón af fræðilegri þekkingu á blóðsykursstjórnun nýbura og þeim upplýsingum sem mögulegt var að afla úr rannsóknargögnum. Upplýsingum sem safnað var má skipta gróflega í þrennt, bakgrunnsbreytur sem varða meðgöngu, fæðingu og greiningu áhættuþátta, breytur sem varða innlögna/eftirlit á nýburagjörgæslu og breytur

sem varða mælingar á blóðsykri. Ýmist er um að ræða nafnbreytur eða jafnbilabreytur. Leyfi fyrir rannsókninni fengust hjá siðanefnd Landspítala, Persónuvernd (2011/020225) og Landlæknisembættinu (2011/040285). Stærð úrtaks reyndist vera 955 nýburar (27,5% lifandi fæddra barna á Landspítala 2010). Meðgöngulengd (metin út frá ómskoðun við 18.–20. viku meðgöngu) spannaði frá tæpum 24 vikum til rúmlega 42 vikna og fæðingarþyngd frá 530–5280 grómmum. Flestir (77,2%) voru fullburða (> 37 vikur) og í eðlilegri þyngd miðað við meðgöngulengd (74%). Í rannsókninni var blóðsykurslækkun skilgreind sem blóðsykur lægri en 2,2 mmól/L til samræmis við þá skilgreiningu sem notuð er í mörgum erlendum rannsóknum.

Við tölfraðilega úrvinnslu gagna voru tölfraðiforritin SPSS® (útgáfa 20.0) og JMP Statistical Discovery (útgáfa 7) notuð. Notast var við lýsandi tölfraði fyrir algengi, hlutföll, miðgildi, tíðasta gildi, meðaltöl og staðalfrávik og kí-kvaðratpróf til að meta hvort marktækur munur væri á algengi blóðsykurslækkunar eftir ólíkum hópum innan úrtaks. Tölfraðileg marktækni var miðuð við p -gildi < 0,05.

NIÐURSTÖÐUR

Alls mældust 202 nýburar með blóðsykur lægri en 2,2 mmól/L á fyrstu þremur sólarhringunum eftir fæðingu eða 21,2% úrtaksins í heild (sjá mynd 1).



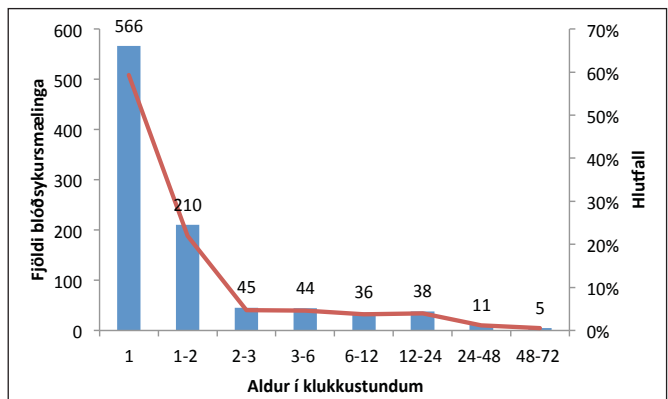
Mynd 1. Algengi lágs blóðsykurs eftir meðgöngulengd í vikum (N=955)

Niðurstöðurnar sýna að síðfyrirburar (fæddir eftir 34⁺⁰–36⁺⁶ vikur) voru líklegastir til að mælast með lágan blóðsykur miðað við fyrirbura fædda fyrir 34 vikna meðgöngu ($p=0,004$) og fullburða börn ($p=0,0003$). Algengi lágs blóðsykurs hjá fullburða nýburum (37⁺⁰–42⁺⁶ vikur) var 19,1% í heild, en marktækt hærra ($p=0,003$) hjá nýburum sem fæddir voru eftir 37 (37⁺⁰–37⁺⁶) vikna meðgöngu miðað við þá sem fæddust eftir 38–42 vikna meðgöngu.

Þungburar voru í aukinni áhættu að mælast með lágan blóðsykur ($p=0,01$). Börn mæðra með sykursýki sem meðhöndluð voru með insúlíni á meðgöngu voru marktækt líklegri ($p=0,02$) til að lækka í blóðsykri en börn þeirra sem voru með meðgöngusykursýki meðhöndlaða með mataræði eingöngu.

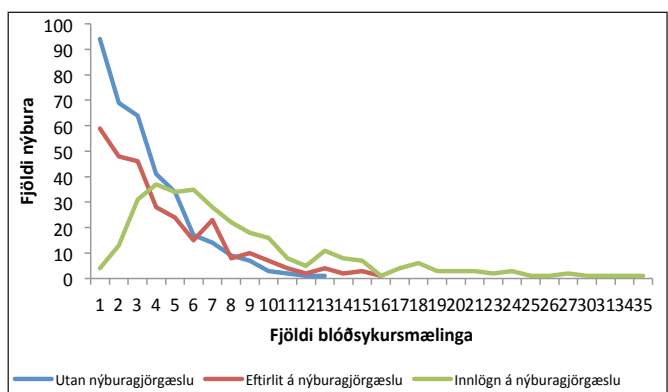
Midgildi sem og tíðasta gildi aldurs nýbura við fyrstu mælingu blóðsykurs var 60 mínútur (*spönn* fimm mínútur til 64 klukkustundir) enda var blóðsykur fyrst mældur hjá 59,3% nýburanna á fyrstu klukkustund eftir fæðingu og innan tveggja klukkustunda hjá alls 81,3% (sjá mynd 2). Við 30 mínútna aldur hafði blóðsykur verið mældur hjá tæplega 30% nýbura í úrtakinu.

Midgildi fjölda blóðsykursmælinga fyrstu 72 klukkustundirnar eftir fæðingu var fjórar mælingar (*spönn* ein til 35). Hjá 16,4% nýbura var blóðsykur aðeins mældur einu sinni fyrstu þrjá sólarhringana eftir fæðingu og fjórum sinnum eða sjaldnar hjá tæplega 56%. Blóðsykursmælingar voru að meðaltali flestar hjá þeim nýburum sem lögðust inn á nýburagjörgæslu en fæstar hjá þeim sem eingöngu gengust undir eftirlit með blóðsykri á fæðingar- og sængurlegudeildum (sjá mynd 3). Í einhverjum tilvikum hófst eftirlitið á nýburagjörgæslu en var síðan haldið áfram á sængurlegudeild og



Mynd 2. Dreifing fyrstu blóðsykursmælingar eftir aldri nýbura (N=955)

öfugt. Meira en helmingur þeirra nýbura sem blóðsykur var mældur hjá einu sinni kom aldrei á nýburagjörgæslu en þeir nýburar sem komu þangað í stutt eftirlit eftir fæðingu voru marktækt líklegri til að vera mældir aðeins einu sinni en aðrir nýburar í úrtaki ($p=0,004$).



Mynd 3. Fjöldi blóðsykursmælinga eftir deildum Landspítala

UMRÆÐA

Rúmlega 21% nýbura í heildarúrtakinu mældist með lágan blóðsykur en 19,1% fullburða barna. Þetta hlutfall er hátt miðað við niðurstöður erlendra rannsókna þar sem algengi hjá heilbrigðum fullburða nýburum hefur mælst á bilinu 4–15% (Diwakar og Sasidhar, 2002; Hoops o.fl., 2010; Hoseth o.fl., 2000; Straussman og Levitsky, 2010). Þennan mun má að einhverju leyti skýra með ólíkri samsetningu úrtaks því í þessari rannsókn voru m.a. fyrirburar og aðrir nýburar sem þörfuðust innlagnar á nýburagjörgæslu í lengri eða skemmri tíma og því ekki aðeins um heilbrigða fullburða nýbura að ræða. Einnig voru blóðsykursmælingar framkvæmdar í klínískum tilgangi en ekki í rannsóknarskyni eins og í mörgum hinna rannsókna.

Tæp 23% nýburanna voru fæddir fyrir tímann, flestir síðfyrirburar fæddir eftir 34⁺⁰–36⁺⁶ vikna meðgöngu. Algengi lágs blóðsykurs var hæst hjá þessum hópi og er það í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna (Bird o.fl., 2010; Leone o.fl., 2012). Athygli rannsækenda beinist í auknum mæli að vandamálum síðfyrirbura sem hafa aðrar þarfir en fullburða börn og hefur ekki verið sinnt sem skyldi (Darcy, 2009). Fyrirburar fæddir fyrir 34. vikna meðgöngu mældust mun sjaldnar með of lágan blóðsykur sem bendir til þess að fyrirbyggjandi meðferð hafi verið hafin tímanlega. Hjúrunarfræðingar og læknar eru því greinilega meðvitaðir um vangetu minnstu fyrirburanna til að mæta orkuþörf sinni og mikilvægi þess að hefja víðeigandi næringargjöf (Desphande og Platt, 2005).

Algengi lágs blóðsykurs var marktækt hærra hjá nýburum sem fæddust eftir 37 vikna (37⁺⁰–37⁺⁶) meðgöngu en barna sem fædd voru eftir 38 til 42 vikna meðgöngu. Það samræmist niðurstöðum rannsókna DePuy og félaga (2009) á áhættuþáttum blóðsykurslækkunar hjá fullburða nýburum og gefur vísendingu um áherslur í eftirliti með blóðsykri þeirra.

Í úrtakinu voru margir nýburar með fleiri en einn áhættuþátt blóðsykurslækkunar en ekki var lagt mat á fjölda þeirra hjá hverjum og einum. Í rannsókn Hoops og félaga (2010) kom fram að blóðsykursgildi lækkaði marktækt hjá nýburum með fjóra eða fleiri áhættuþætti og/eða einkenni blóðsykurslækkunar. Eins og vænta mátti voru sterk tengsl milli lágs blóðsykurs barnanna og sykursýki móður sem meðhöndla þurfti með insúlíni. Þetta er í samræmi við niðurstöður rannsókna (Weindling, 2009) á áhrifum sykursýki á meðgöngu á útkomu nýbura þar sem fram kemur að þörf mæðra fyrir insúlín eykur marktækt líkur á óeðlilegri blóðsykurslækkun nýbura og öðrum fylgikvillum hjá þeim bæði í og eftir fæðingu.

Blóðsykur var mældur á fyrstu tveimur klukkustundunum eftir fæðingu hjá stærstum hluta úrtaksins. Þetta er athyglisvert í ljósi þess að innan tveggja klukkustunda frá fæðingu er talið að ekki sé hægt að greina á milli eðlilegrar blóðsykurslækkunar og sjúklegs ástands hjá nýburum, sérstaklega hjá fullburum (Desphande og Platt, 2005; Wight, 2006). Jafnframt er talið að svo skammvinnt tímabil of lágs blóðsykurs hafi ekki neikvæð áhrif á þroska nýbura (Adamkin, 2011; Boluyt o.fl., 2006; Rozance og Hay, 2010). Að einhverju leyti skýrist þetta af háu hlutfalli nýbura með áhættuþætti blóðsykurslækkunar í úrtaki en samkvæmt nýlegum gagnreyndum leiðbeiningum frá bandaríska barnalæknafélaginu (American Academy of Pediatrics) á að mæla blóðsykur hjá einkennalausum nýburum í áhættuhópum (síðfyrirburum, þungburum, léttburum og börnum sykursjúkra mæðra) 30 mínútum eftir fyrstu gjöf en hún á að eiga sér stað innan klukkustundar frá fæðingu (Adamkin, 2011). Þannig er ekki mælt með mælingu blóðsykurs fyrir klukkustundar aldur, jafnvel þótt áhættuþættir blóðsykurslækkunar séu til staðar, en í úrtakinu í þessari rannsókn hafði blóðsykur verið mældur hjá tæplega 60% nýbura innan þess tíma. Einnig getur hátt hlutfall innlagðar og/eða eftirlits á nýburagjörgæslu meðal nýbura í úrtaki skýrt að hluta til fjölda mælinga á blóðsykri fyrir tveggja klukkustunda aldur þar sem algengt er að blóðsykur sé mældur við komu (Gróa Sturludóttir, Katrín Kolka Jónsdóttir, Margrét Eypórsdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir, 2011) en tíðasta gildi aldurs við komu á nýburagjörgæslu var 20 mínútur. Erlendar rannsóknir á eftirliti með blóðsykri nýbura mæðra með sykursýki hafa sýnt fram á marktækan mun á aldri nýbura við fyrstu mælingu eftir því hvort eftirlit fer fram á fæðingar- og sængurlegudeild eða á nýburagjörgæslu (Weindling, 2009). Niðurstöður rannsóknarinnar hvað varðar aldur nýbura við fyrstu blóðsykursmælingu gefa þannig vísbendingu um að ákvarðanatataka um mælingu á blóðsykri byggist ekki alltaf á gagnreyndri þekkingu á blóðsykurstjórnun nýbura.

Líkt og aðrar afturskyggjar rannsóknir sem byggja á gögnum úr sjúkraskrár hefur rannsókn þessi ýmsar takmarkanir. Upplýsingum var safnað úr þremur ólíkum gagnasöfnum og því ljóst að margir aðilar hafa komið að því upphaflega að afla, meta og skrá upplýsingarnar. Blóðsykursmælingar voru framkvæmdar af fjölda heilbrigðisstarfsmanna. Styrkur rannsóknar felst í stærð og samsetningu úrtaks. Um 70% fæðinga á landsvísu eru á Landspítalanum (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, 2011). Flestir nýburar með áhættuþætti blóðsykurslækkunar fæðast á Landspítalanum og því líklegt að í úrtakinu sé stór hluti þýðisins. Í úrtakinu voru eingöngu þeir nýburar sem blóðsykur var mældur hjá, sem reyndist rúmur fjórðungur nýbura fæddur þetta ár á sjúkrahúsinu. Niðurstöðurnar gefa þannig vísbendingu um algengi lágs blóðsykurs meðal íslenskra nýbura og grófa mynd af því hvernig staðið var að framkvæmd eftirlits með blóðsykri nýbura á kvenna- og barnasviði Landspítala.

ÁLYKTANIR

Algengi lágs blóðsykurs í þessari rannsókn var hátt í samanburði við niðurstöður erlendra rannsókna. Það má trúlega skýra að hluta með ótímabærum blóðsykursmælingum, sérstaklega hjá fullbröðu nýburum, sem valda því að ekki var hægt að greina milli eðli-

legrar lifeðlislegrar aðlögunar og sjúklegs ástands. Eftirlit með blóðsykri nýbura var ómarkvisst, blóðsykur var mældur of sjaldan hjá ríflega helmingi nýbura þegar tekið er mið af gagnreyndum leiðbeiningum um eftirlit með blóðsykri eftir fæðingu. Niðurstöðurnar gefa til kynna að líklega megi fækka talsvert þeim börnum sem blóðsykur er mældur hjá fyrst eftir fæðingu en jafnframt að bæta þurfi eftirlit með blóðsykri ákveðinna hópa nýbura, sérstaklega síðfyrirbura, þungbura og barna sykursjúkra mæðra sem hafa notað insúlín á meðgöngu.

Til langs tíma hefur ekki verið einhugur um skilgreiningu of lágs blóðsykurs hjá nýburum og engar leiðbeiningar verið til um eftirlit með blóðsykri nýbura á kvenna- og barnasviði Landspítala. Ákvörðun um mælingu blóðsykurs hjá nýbura ætti að byggja á nákvæmu mati á heilsufari móður á meðgöngu, gangi fæðingar og ástandi barns með tilliti til áhættuþátta og einkenna blóðsykurslækkunar. Niðurstöður þessarar rannsóknar bera vitni um nauðsyn gagnreyntra leiðbeininga til að styðja við klíniska ákvarðanatöku hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og lækna og draga þannig úr bæði of- og vangreiningu lágs blóðsykurs hjá nýburum. Skilgreina þarf aðgerðarmörk of lágs blóðsykurs í þeim tilgangi að draga úr breytileika í ákvarðanatöku og auka þannig gæði þjónustu við nýbura og foreldra þeirra.

HEIMILDIR

- Adamkin, D.H. (2011). Clinical report – postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics*, 127(3), 575–579.
- Alkalay, A.L., Sarnat, H.B., Flores-Sarnat, L., Elashoff, J.D., Farber, S.J. og Simmons, C.F. (2006). Population meta-analysis of low plasma glucose thresholds in full-term normal newborns. *American Journal of Perinatology*, 23(2), 115–119.
- Armentrout, D. (2010). Glucose management. Í M.T. Verklan og M. Walden (ritstj.), *Care Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing* (bls. 172–181). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Aylott, M. (2006). The neonatal energy triangle Part 1: Metabolic adaptation. *Paediatric Nursing*, 18 (6), 38–42.
- Bird, T.M., Bronstein, J.M., Hall, R.W., Lowery, C.L., Nugent, R. og Mays, G.P. (2010). Late preterm infants: Birth outcomes and health care utilization in the first year. *Pediatrics*, 126(2), 311–319.
- Boluyt, N., von Kempen, A. og Offringa, M. (2006). Neurodevelopment after neonatal hypoglycemia: A systematic review and design of an optimal future study. *Pediatrics*, 117(6), 2231–2243.
- Cornblath, M., Hawdon, J.M., Williams, A.F., Aynsley-Green, A., Ward-Platt, M.P., Schwartz, R. og Kalhan, S.C. (2000). Controversies regarding definition of neonatal hypoglycemia: Suggested operational thresholds. *Pediatrics*, 105(5), 1141–1145.
- Cranley, L., Doran, D.M., Tourangeau, A.E., Kushniruk, A. og Nagle, L. (2009). Nurses' uncertainty in decision-making: A literature review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6 (1), 3–15.
- DePuy, A.M., Coassolo, K.M., Som, D.A. og Smulian, J.C. (2009). Neonatal hypoglycemia in term, nondiabetic pregnancies. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 200(5), 45–51.
- Desphande, S. og Platt, M.W. (2005). The investigation and management of neonatal hypoglycemia. *Seminars in fetal and neonatal medicine*, 10, 351–361.
- Diwakar, K.K. og Sasidhar, M.V. (2002). Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breast fed. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 87, 46–48.
- Gróa Sturludóttir, Katrín Kolka Jónsdóttir, Margrét Eypórsdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir (2011). Nýburar í áhættumati á vökudeild: Lýsandi rannsókn á eftirliti eins árgangs. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87 (4), 66–71.
- Haninger, N.C. og Farley, C.L. (2001). Screening for hypoglycemia in healthy term neonates: effects on breastfeeding. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 46(5), 292–301.
- Hatfield, L., Schwoebel, A. og Lynyak, C. (2011). Caring for the infant of a diabetic mother. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(1), 10–16.
- Hay, W.W., Raju, T. N.K., Higgins, R.D., Kalhan, S.C. og Devaskar, S.U. (2009). Knowledge gaps and research needs for understanding and treating neonatal hypoglycemia: Workshop report from Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. *The Journal of Pediatrics*, 155(5), 612–617.
- Hewitt, V., Watts, R., Robertson, J. og Haddow, G. (2005). Nursing and midwifery management of hypoglycaemia in healthy term neonates. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 3, 169–205.
- Holliday, M.A. (1971). Metabolic rate and organ size during growth from infancy to maturity and during late gestation and early infancy. *Pediatrics*, 47(1), Suppl. 2, 169–179.

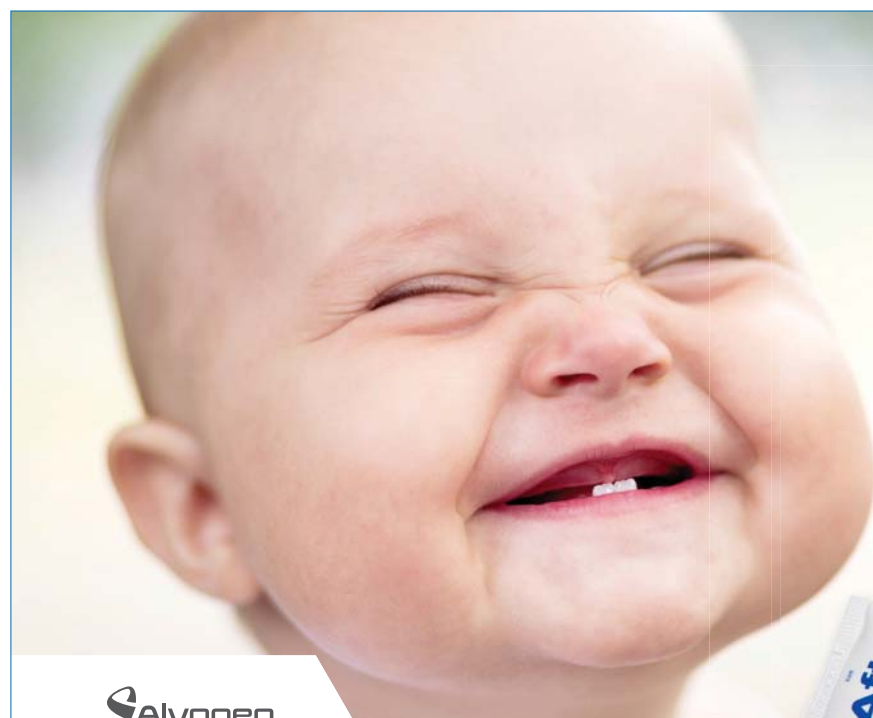
- Hoops, D., Roberts, P., Van Winkle, E., Trauschke, K., Mauton, N., DeGhelder, S., Scalise, A., Jackson, S., Cato, D., Roth, C., Jones, A., Kautz, M. og Whaley, L. (2010). Should routine peripheral blood glucose testing be done for all newborns at birth? *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(5), 264–270.
- Hoseth, E., Joergensen, A., Ebbesen, F. og Moeller, M. (2000). Blood glucose levels in a population of healthy, breast fed, term infants of appropriate size for gestational age. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 83, 117–119.
- Jónína S. Jónasdóttir (2004). Blóðsykursmælingar á nýburum og áhrif þeirra á brjóstgjöf. *Ljósmeðrablaðið*, 82(2), 28–33.
- Leone, A., Ersfeld, P., Adams, M., Schiffer, P.M., Bucher, H.U. og Arlettaz, R. (2012). Neonatal morbidity in singleton late preterm infants compared with full-term infants. *Acta Pædiatrica* (101), 6–10.
- Milicic, T.L. (2008). Neonatal glucose homeostasis. *Neonatal Network*, 27(3), 203–207.
- Persson, B. (2009). Neonatal glucose metabolism in offspring of mothers with varying degrees of hyperglycemia during pregnancy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 14, 106–110.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir (2011). Fæðingar á kvennadeild LSH. Í Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson (ritstj.). *Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2010* (bls. 15–16). Reykjavík: Kvenna- og barnasvið Landspítala.
- Rozance, P.J. og Hay, W.W. (2010). Describing hypoglycemia – Definition or operational threshold? *Early Human Development*, 86, 275–280.
- Straussman, S. og Levitsky, L.L. (2010). Neonatal hypoglycemia. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity*, 17, 20–24.
- Weindling, A.M. (2009). Offspring of diabetic pregnancy: Short-term outcomes. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 14, 111–118.
- Wight, N.E. (2006). Hypoglycemia in breastfed neonates. *Breastfeeding Medicine*, 1(4), 253–262.
- Williams, A.F. (1997). Hypoglycemia of the newborn: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 75, 261–290.



Veit á vandaða lausn



www.linde-healthcare.is








Minnkar bólgu og sársauka við tanntöku

SKAÐLAUST NÁTTÚRULEGT ÁRANGURSRÍKT

Inniheldur hýalúronsýru

VIRKNI SÖNNUÐ

Fæst í apótekum
www.alvogen.is

Krókurinn

Árangursrík aðferð til að bregðast við axlarklemmu í fæðingu

Þegar barn fæðist í sjálfkrafa hvirfilfæðingu fylgja axlir oftast á eftir höfði og fæðast í sömu hríð. Við það að barnið færast niður fæðingarvegin stuðla samdrættir legsins að því að höfuð barnsins, axlir þess og líkami snúast eftir lögum grindarinnar og vöðvum fæðingarvegarins og rýmið sem barnið hefur í grindinni nýtist eins vel og kostur er. Axlarklemma er bráðaatvik sem getur orðið í fæðingu þegar axlir barnsins snúast ekki á eðlilegan hátt undan lifbeini eða af efsta spjaldhryggjarlið, festast þar og hættuástand getur skapast (Fraser og Cooper, 2008; Kreitzer, 2009; Medforth, Battersby, Evans, Marsh og Walker, 2006; Thorogood og Hendy, 2006).

Upp úr 1990 var það tilfinning okkar sem störfuðum á fæðingardeild Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja, að axlarklemmum þar færi fjölgandi og nokkur börn urðu fyrir varanlegum skaða af völdum axlarklemmu. Til að skoða þetta nánar voru teknar saman upplýsingar frá Fæðingarskrá Íslands (2011) og kemur þar fram að á árunum 1991–2000 voru skráðar 27 axlarklemmur á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (ICD O66.0) og 25 börn voru skráð með skaða á efri útlimum, þar af 16 með Erbs lömun (taugaskaða í efri útlimum) (ICD P14.0) og níu með viðbeinsbrot (ICD P13.4).

Á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja hefur verið þróuð aðferð til að losa axlir sem reynst hefur mjög vel. Heiðurinn af þeirri aðferð eiga Guðrún Guðbjartsdóttir ljósmóðir og Konráð Lúdvíksson fæðingarlæknir. Í samráði við þau hefur þessi aðferð verið kölluð Krókurinn. Í rannsókn til meistaraþrófs í ljósmóðurfræðum, sem fjallar um þekkingu og reynslu ljósmæðra af axlarklemmu í fæðingu, er Króknum fyrst formlega lýst (Björg Sigurðardóttir, 2012).

Þegar Krókurinn er notaður er farið með hönd upp í fæðingarveg móður, meðfram baki barnsins, við aftari öxl og niður fyrir olnboga. Hönd barnsins er því næst færð rölega fram fyrir líkama þess og upp fyrir höfuð og út úr fæðingarveginum, verður rýmið þá meira í fæðingarveginum sem auðveldar fæðingu barnsins. Með þessari aðferð er einnig auðveldara að ná hönd barnsins ef hún liggur aftur fyrir bakið eða niður með síðunni. Svipar þessari aðferð að sumu leyti til þeirrar aðferðar sem kölluð hefur verið Barnum aðferð



Björg Sigurðardóttir
ljósmóðir B.ed., M.Sc á
heilbrigðisstofnun Suðurnesja

(Kreitzer, 2009), eða losun aftari handleggs. Þá er líka gott að beita Króknum ásamt og með Gaskin aðferðinni, en þegar hún er notuð er móðurinni hjálpað til að snúa sér á fjóra fætur (Mercer og Erickson-Owens, 2009), er þá oft auðveldara að komast að til að beita Króknum og losa axlirnar.

Eftir að markvisst var farið að nota Krókinn til að losa axlir hefur börnum sem greinast með skaða á efri útlimum fækkað verulega á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja samkvæmt tölum frá Fæðingarskrá Íslands (2011). Á árunum 2001–2010 voru skráðar 50 axlarklemmur (ICD O66.0) og fjögur börn voru skráð með skaða á efri útlimum, þar af tvö börn með greininguna Erbs lömun (ICD P14.0) og tvö með viðbeinsbrot (ICD P13.4) (Fæðingarskrá Íslands, 2011).

Þegar þessi tvö tíu ára tímabil sem hér er greint frá eru borin saman (sjá töflu 1) sést að frá 1991–2000 voru skráðar 27 axlarklemmur og greindir 25 skaðar á börnum En á seinna tímabilinu, frá 2001–2010, voru skráðar nærri helmingi fleiri axlarklemmur, en einungis fjórir skaðar á börnum. Vissulega þarfnast þessar tölur frekari skoðunar, en eru engu að síður mjög áhugaverðar og væri vel þess virði að kanna þær betur.

HEIMILDIR

Björg Sigurðardóttir. (2012). *Þekking og reynsla ljósmæðra af axlarklemmu í fæðingu*, „... mér finnst ég alveg hafa komist í gegnum það...“. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, Námsbraut í ljósmóðurfræðum. Reykjavík: Háskólaprent ehf.

Fraser, D. M. og Cooper, M. A. (2008). *Survival guide to midwifery*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

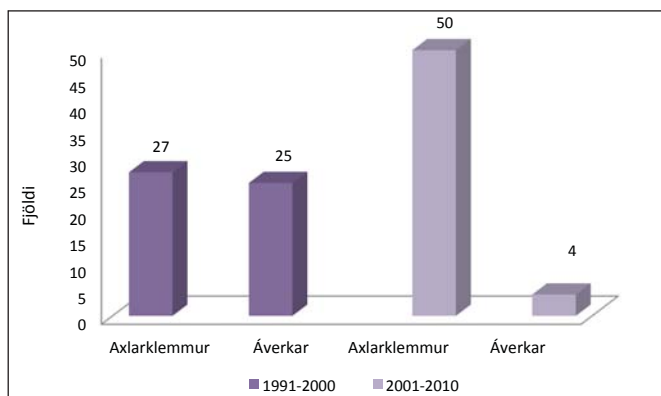
Fæðingarskrá Íslands. (2011, 8. nóvember). *Upplýsingar úr fæðingarskráningu Íslands 1991–2010*. Guðrún Garðarsdóttir (ritstjóri). Óútgefið.

Kreitzer, M. S. (2009). Recognition, classification and management of shoulder dystocia: The relationship to causation of brachial plexus injury. Í J. A. O'Leary (ritstjóri), *Shoulder dystocia and birth injury* (bls. 179–208). Tampa: Humana Press.

Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B. og Walker, M. (2006). *Oxford handbook of midwifery*. Oxford: University press.

Mercer, J. S. og Erickson-Owens, D. A. (2009). The midwifery view of shoulder dystocia. Í J. A. O'Leary (ritstjóri), *Shoulder dystocia and birth injury* (3. útgáfa), (bls. 269–283). Tampa: Humana press.

Thorogood, C. og Hendy, S. (2006). Life-threatening emergencies. Í S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood og S. Tracy (ritstjórar), *Midwifery, preparation for practice* (bls. 756–802). Sydney: Elsevier Australia.



Mynd 1. Yfirlit yfir tíðni axlarklemmu og áverka á börnum á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja á árunum 1991–2000 og 2001–2010





EUBIOTIC Baby

Sérvaldir góðgerlar fyrir börn

Eubiotic Baby Inniheldur þrjá sérvalda stofna góðgerla sem hafa vel rannsakaða og þekkta virkni*

Eubiotic Baby er framleitt af einum stærsta og virtasta gerlaframleiðanda í heimi

Eubiotic Baby er ætlað börnum allt frá 6 mánaða aldri**

* BB-12 (*Bifidobacterium animalis* subsp. *Lactis* BB-12), L. 431 (*Lactobacillus* L. Casei 431), TH4 (*Streptococcus thermophilus* TH4). 250x106 CFU

** Sé barnið yngra en 6 mánaða skal hafa samráð við lækni fyrir notkun.

Fæst aðeins í apótekum
Nánari upplýsingar á www.alvogen.is

Notkun:

- Samhliða sýklalyfjum og eftir að kúr lýkur²
- Til að efla ónæmiskerfið og bæta meltinguna^{1,4,5,6,7,8}
- Til að vinna gegn magakveisu hjá ungbörnum⁶
- Til að vinna gegn harðlífi og niðurgangi^{3,7}

Heimildir:
1. Pitkala, K. S.-S. (2007, Jul/Aug). Fermented cereal with specific bifidobacteria normalizes bowel movements in elderly nursing home residents. A randomized, controlled trial. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 11(4), 305-311.
2. Sheu, B.S., Wu, J., Lo, C.Y., Wu, H.W., Chen, J.H., Lin, Y.S., & Lin, M.D. (2002). Impact of supplement with *Lactobacillus*- and *Bifidobacterium*-containing yoghurt on triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 16: 1669-1675
3. Rizzardini, G. E. (2012). Evaluation of the immune benefits of two probiotic strains *Bifidobacterium animalis*, ssp. *lactis*, BB-12[®] and *Lactobacillus paracasei*

ssp. *paracasei*, L. Casei 431[®] in an influenza vaccination model: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Nutrition*, 107, 876-884.
4. Gaon, D. G. (2003). Effect of *Lactobacillus* strains and *Saccharomyces boulardii* on persistent diarrhea in children. *Medicina*, 63(4), 293-298.
5. Saavedra, J. A.-H. (2004). Long-term consumption of infant formulas containing live probiotic bacteria: tolerance and safety. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 261-7.

6. Taipale, et al. *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* BB-12 in reducing the risk of infections in infancy. *Br.J.Nutr.* 2011;105:409-16
7. Saavedra, et al. Feeding of *Bifidobacterium bifidum* and *Streptococcus thermophilus* to infants in hospital for prevention of diarrhoea and shedding of rotavirus. *Lancet* 1994;344(8929):1046-1049
8. Jungersen, M.; Wind, A.; Johansen, E.; Christensen, J.E.; Stuer-Lauridsen, B.; Eskesen, D. The Science behind the Probiotic Strain *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* BB-12[®]. *Microorganisms* 2014, 2, 92-110.

 **Alvogen**

Öryggi fæðingarheimila og minni fæðingardeilda á landsbyggðinni



Hafdis Guðnadóttir,
1. árs nemi í ljósmóðurfræði

Þessi fræðilega samantekt ljósmæðranema fjallar um öryggi og fæðingarstaði þar sem ljósmæður eru leiðandi fagaðilar. Efnið er eðlilega ofarlega í huga nemanda sem er að hefja nám.

Ljóst er að fæðingarstöðum á landinu hefur fækkað stórléga síðustu áratugina. Á sama tíma er umræðan sterk um nauðsyn þessa að konur og fjölskyldur fái barneignarþjónustu í sinni heimabyggð. Á höfuðborgarsvæðinu er valkostur um fæðingarstað bundinn við Fæðingarvaktina á Landspítala og að fæða heima. Mikið er rætt um mikilvægi þess að í boði sé millistig á fæðingarþjónustu, svo sem á fæðingarheimili. Verkefnið er lóð á vogarskálarnar í þessari umræðu og um öryggi á fæðingarstöðum sem eru skilgreindir sem fæðingarstaður D samkvæmt leiðbeiningum um val á fæðingarstað frá Landlæknisembættinu. Niðurstöðurnar eru hvatning fyrir ljósmæður sem áhuga hafa á að auka valmöguleika í ljósmæðraþjónustunni, stofna fæðingarheimili eða þróa samfellda þjónustu á forsendum kvenna í gegnum barneignarferlið, milli heimilis og heilbrigðisstofnana.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir

INNGANGUR

Undanfarin ár hefur þjónustustig fæðingarstaða lækkað og skurðstofum víða um land verið lokað vegna niðurskurðar í heilbrigðiskerfinu. Án skurðstofu og starfsfólks hennar er ekki hægt að grípa inn í fæðingu, svo sem með mænurótardeyfinu eða keisaraskurði. Landlæknisembættið (2007) hefur gefið út leiðbeiningar um áhættumat og val á fæðingarstað fyrir barnshafandi konur til að tryggja öryggi í fæðingu og gæði þjónustunnar. Þjónustustig eru flokkuð miðað við íslenskar aðstæður, frá A til D. A táknar hátækni fæðingardeild, til dæmis Landspítala, og D fæðingarstaði sem henta heilbrigðum konum sem gengið hafa í gegnum eðlilega 37–42 vikna meðgöngu og vænta fæðingar án fyrirsjáanlegra vandamála að mati læknis og ljósmóður. Samkvæmt þessum leiðbeiningum flokkast til dæmis fæðingardeildin í Vestmannaeyjum undir þjónustustig D. Þar er ekki lengur sólarhringsvakt á skurðstofunni og enginn svæfingarlæknir starfandi. Ljósmæðraþjónusta er þó til staðar og sinnir ljósmóðir meðgönguvernd

og fæðingarhjálp fyrir konur sem uppfylla framangreind skilyrði. Það er óskandi að heilbrigðar konur geti gengið í gegnum allt barn-eignarferlið í sínum heimabæ, en öryggi konu og barns er fyrir öllu.

Öryggi þess að fæða utan hátækni fæðingardeilda hefur verið umdeilt. Á 20. öldinni fóru fæðingar jafnt og þétt að flytjast inn á sjúkrahús, þar sem aðgangur að fæðingarlæknum var greiður ef eitthvað færi úrskæidis. Uppúr miðri 20. öldinni fæddu flestar konur á sjúkrahúsi og undir lok hennar var orðið sjaldgæft að konur fæddu heima (Kitzinger, 2005). Í dag fæða 98,2% íslenskra kvenna börn sín á sjúkrahúsum en 1,8% fæða heima (Ragnhildur I. Bjarnadóttir o.fl., 2011). Það er í samræmi við niðurstöður vestrænna rannsókna á fæðingarstöðum kvenna sem gefa skýrt til kynna að flestar fæðingar eigi sér stað á sjúkrahúsum (Overgaard, Fenger-Grøn & Sandall, 2012). Eftir að fæðingar fóru að flytjast inn á sjúkrahús hafa inngrip í fæðingu og tíðni keisaraskurða aukist til muna. Það vekur upp spurn-ingar um öryggi, ávinning og áhættu fyrir heilbrigðar barnshafandi konur að fæða á hátækni sjúkrahúsum. Á síðustu áratugum hefur því áhugi vaknað á áhrifum fæðingarumhverfis á útkomu fæðinga og ljósmæðrastýrð fæðingarheimili hafa orðið vinsælli (Hodnett o.fl., 2009). Í þessari ritgerð verður fjallað um frístandandi fæðingarheimili. Á þeim er umönnun kvenna stjórnað af ljósmæðrum á stað sem er aðskil-inn hátækni fæðingardeild en með ákveðin tengsl við slíka deild. Þar er veitt meðgönguvernd og fæðingarhjálp fyrir konur sem eiga í lítilli hættu á vandamálum á meðgöngu og í fæðingu. Lögð er áhersla á heimilislegt umhverfi og eðlilega fæðingu með sem fæstum inngripum (Healthcare Improvement Scotland, 2012; Hodnett o.fl., 2009; Laws, Lim, Tracy og Sullivan, 2009). Frístandandi fæðingarheimili, jafnt sem minni fæðingardeildir á landsbyggðinni, falla því undir þjón-ustustig D, samkvæmt leiðbeiningum Landlæknis (2007) um val á fæðingarstað.

Markmið þessarar ritgerðar er að kanna öryggi þess að fæða á frístandandi fæðingarheimilum eða minni fæðingardeildum á landsbyggðinni. Fjallað verður um öryggistilfinningu kvenna og ljósmæðra, umönnun og útkomu fæðinga á þessum fæðingarstöðum.

NIÐURSTÖÐUR

Öryggi og tengsl við ljósmóður

Í umfjöllun um barneignarþjónustu hefur öryggi verið lykilatriði umræðunnar. Hægt er að skynja öryggi á mismunandi hátt og því er erfitt að skilgreina það í einföldu máli. Í kafla Valgerðar Lísu Sigurðardóttur og Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) í Lausnarsteinum kemur fram að þörf fyrir öryggi geti verið af klínískum, tilfinningalegum, sálrænum og trúarlegum toga. Því eru margir þættir í barneignarþjónustunni sem ráða öryggi kvenna, svo sem fæðingarstaður, stuðningur og tengsl við umönnunaraðila. Í meistara-ritgerð Elvu Bjargar Einarsdóttur (2007) kemur fram að rannsóknir sýni að það öryggi sem mestu máli skipti fyrir konur í fæðingu og þær sækir í umfram annað sé örugg og umhyggjusöm ljósmóðir sem styður þær og er með þeim allan tímann, sama hver fæðingarstaðurinn er.

WHO (1996) telur að ljósmæður eigi að annast konur í eðlilegu barneignarferli og að við eðlilegar fæðingar séu þær ákjósanlegastar hvað varðar umönnun og kostnað. Umönnun kvenna á frístandandi fæðingarheimilum er stjórnað af ljósmæðrum og því grundvallast hún á hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar. Með því er átt við að þarfir og heilbrigði konunnar eru hafðar að leiðarljósi og að samband við konu byggir á gagnkvæmu trausti og virðingu. Þá sé litið á barneignarferlið sem lífeðlislegt ferli en ekki sjúkdóm og að það mótist af lífeðlisfræðilegum, tilfinningalegum og félagslegum þáttum. Ljósmæður styðja við þetta ferli, fyrirbyggja vandamál og greina frávik, sem þær bregðast við í samráði við konuna og lækni ef þörf krefur (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000).

Í meðgönguvernd og í fæðingu byggist upp traust samband á milli ljósmóður og konu. Ljósmóðir leggur stöðugt mat á heilsu konu og barns, meðal annars með tilliti til þess hvort vænta megi eðlilegrar fæðingar. Í eigindlegri rannsókn Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009), þar sem fæðingarsögur og reynsla 20 íslenskra ljósmæðra voru skoðaðar, kom í ljós að ljósmæður þróa með sér þrjár tegundir innri þekkingar í gagnkvæmu sambandi við konuna. Þriðju tegundina kallar hún tengslaþekkingu, sem felur annars vegar í sér innsæisþekkingu byggða á reynslu og hins vegar innsæisþekkingu byggða á andlegri meðvitund. Tengslaþekking þróast í samskiptum við konuna og lýstu íslensku ljósmæðurnar þessu sem ferli sem endar á andlegri og líkamlegri tilfinningu fyrir því hvort fæðingin gangi eðlilega fyrir sig eða ekki og hver vilji konunnar sé. Nái ljósmóðir að mynda þessi tengsl við konuna stuðlar það að öryggi móður og barns því þá nær ljósmóðirin að nota þekkingu sína til að lesa vel í aðstæðurnar, þekkja þarfir konunnar og skynja hvort eitthvað sé að fara úrskreiðis.

Ef Vestmannaeyjar eru teknar sem dæmi gefst þar stórt tækifæri til þess að mynda þessi tengsl. Þar eru einungis tvær ljósmæður starfandi og því líklegt að sama ljósmóðir fylgi konunni í gegnum allt barneignarferlið að því gefnu að konan gangi í gegnum heilbrigða meðgöngu og vænti eðlilegrar fæðingar. Á fæðingardeildinni er ein fæðingarstofa og því nær öruggt að ljósmóðirin sinni aðeins einni konu í fæðingu í einu. Ljósmóðirin getur því sinnt yfirsetunni með fullum huga og konan fær alla hennar athygli. Margar ljósmæður starfandi á stærri fæðingardeildum í rannsókn Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) töluðu um að þar væri verið að rjúfa þessi tengsl með truflunum og þess vegna gátu þær ekki alltaf fundið fyrir innsæinu vinna með sér, til dæmis ef þær væru á hlaupum milli margra kvenna.

Öryggistilfinning kvenna

Samkvæmt framangreindum rannsóknum má ætla að konur fái betri og persónulegri þjónustu á litlum fæðingardeildum úti á landi eða fristandandi fæðingarheimilum, þar sem álagið er minna og ljósmæður hafa meiri tíma til að sinna konunni út frá hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar. Í eigindlegri rannsókn Jamas, Hoga og Tanaka (2011) voru tekin djúpvíðtöl við 18 konur sem höfðu fætt börn bæði á hátækni fæðingardeild sjúkrahúss og á fæðingarheimili. Í ljós komu þrjú megin þemu, sem í fyrsta lagi var „að standa frammi fyrir vandamálum sjúkrahússins“. Þá þurftu konur til dæmis

að bíða eftir að rúm losnuðu og voru ekki vissar um að fá pláss, sem vakti upp kvíða og þreytu. Eftir að konurnar fengu pláss hittu þær umönnunaraðila sinn í fyrsta skipti og annað heilbrigðisstarfsfólk sem skoðaði þær, en sumt þeirra kynnti sig ekki. Vakti það upp kvíða og óöryggi hjá konunum. Þær upplifðu staðlaða umönnun og að aðal umhugsunarefni fagaðila væri að fylgja verklagsreglum spítalans og klára verkið af eins fljótt og hægt var. Þeim leið eins og vöru í iðnaðarframleiðslu og fannst erfitt að tjá persónulegar þarfir. Þær tjáðu skort á tilfinningalegum stuðningi og viðveru fagaðila, sem vakti upp tilfinningu um að vera yfirgefin og það jók kvíða. Annað þema rannsóknarinnar var „ástæður þess að konurnar leituðu umönnunar á fæðingarheimili“. Þær voru ráðleggingar frá heilbrigðisstarfsfólki í meðgönguvernd og konum sem höfðu góða reynslu af fæðingarheimilunum, greiðari aðgangur að fæðingarheimilinu vegna nálægðar við heimili og skortur á heilbrigðistryggingu. Þriðja og síðasta þema rannsóknarinnar var „ánægja með fæðingarheimilin“. Konurnar upplifðu heimilislegt umhverfi andstætt við spítalaumhverfið, notalegt andrúmsloft, gátu slakað á og þeim leið eins og heima hjá sér. Þessir þættir eru mikilvægir í fæðingu til þess að fæðingarhormónin nái að starfa eins og þeim er ætlað. Odent (2011) hefur í skrifum sínum talað um mikilvægi oxytocins, sem er ástarhormón og aðal fæðingarhormónið. Það kemur fæðingu af stað og viðheldur henni þar til hún er yfirstaðin. Odent talar um að til þess að oxytocinið nái fullri virkni sé mikilvægt að fæðingarstaðurinn sé notalegur og hlýlegur þannig að konan upplifi sig örugga og óhrædda. Þá hafa streituhormón, til dæmis adrenalín letjandi áhrif á losun oxytocins og því er einnig mikilvægt að konan fái að vera sem mest ótrufluð í fæðingunni. Stuðningur ljósmóður og tengsl hennar við konuna skipta miklu máli í þessu samhengi og mikilvægt að góð tengsl nái að myndast. Konurnar í rannsókn Jamas o.fl. (2011) sem fæddu á fæðingarheimilum töluðu um að samskipti við fagaðila, áður en þær lögðust inn til fæðingar, hafi aukið öryggistilfinningu þeirra og ýtt undir að sterk tengsl hafi myndast við starfsfólk. Stöðug viðvera og full athygli fagaðila varð til þess að konurnar upplifðu góða umönnun og tilfinningalegur stuðningur gaf þeim tilfinningu um öryggi og vernd. Einnig var þeim gefið tækifæri til að velja, vera við stjórn og borin var virðing fyrir vali þeirra. Þetta var andstætt við spítalaumhverfi þar sem þeim var oft ekki sagt hvað væri í gangi þegar hin ýmsu verk voru framkvæmd, til dæmis þegar oxytocin dreypi var sett upp. Þær kunnu að meta viðhorf starfsfólks á fæðingarheimilum til eðlilegrar fæðingar, það gerði þær rólegar og lét þeim líða vel. Við túlkun niðurstaðna verður þó að hafa í huga að jákvæð upplifun kvenna á fæðingarheimilum gæti hafa leitt til verri upplifunar þeirra á hátækni fæðingardeildum.

Megindleg rannsókn hefur einnig verið gerð til að bera saman upplifanir kvenna af mismunandi fæðingarstöðum. Iida, Horiuchi og Porter (2012) báru saman upplifanir kvenna af kvenmiðlægrri umönnun (e. women-centred care), sem er umönnun miðuð út frá konunni og því sem henni finnst mikilvægt á fæðingarheimilum, heilsugæslustöðvum og hátækni fæðingardeildum í Japan. Tengsl kvenmiðlægrar umönnunar við ánægju með þjónustu, tilfinningu fyrir stjórn í fæðingu og tengslamyndun konu og barns voru síðan könnuð. Í ljós kom að konur upplifðu kvenmiðlæga umönnun mest á fæðingarheimilum, þar voru þær ánægðastar með þjónustuna og upplifðu mesta stjórn í fæðingunni. Kvenmiðlæg umönnun var því jákvætt tengd ánægju með þjónustu og tilfinningu fyrir stjórn í fæðingu en lítið tengd tengslamyndun konu og barns. Á þessu má sjá hversu miklu góð umönnun í fæðingu getur breytt. Ætla má að fæðingin gangi betur og að konan muni hafa betri reynslu af fæðingunni ef hún upplifir góða þjónustu og hafi tilfinningu fyrir stjórn í fæðingunni. Í meistara-ritgerð Elvu Bjargar Einarsdóttur (2007) kemur fram að fræðimenn hafi margsinnis rætt að uppspretta jákvæðrar fæðingarreynslu sé að konur séu við stjórn í fæðingu og séu með í ákvarðanatöku um meðferð. Þvert á móti hafa konur neikvæða fæðingarreynslu hafi þær ekki stjórn, lítill áhrif á ákvarðanatöku, gerð eru óþarfa inngrip í fæðinguna, ekki er næg samfella í þjónustu eða lítill stuðningur til staðar frá ljósmóður.

Öryggistilfinning ljósmæðra

Almennt má segja að ljósmæður óski þess að geta unnið eftir hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar, en vinnuumhverfið geti vissulega sett þeim skorður. Í eigindlegri rannsókn Valgerðar Lísu Sigurðardóttur og Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009), sem tók til 18 íslenskra ljósmæðra, kom fram að ljósmæðrum fannst reglur stofnana oft stangast á við þekkingu þeirra og verklagsreglur stofnana skerða valkosti þeirra og kvennanna til ákvarðanatöku. Þá þurfa þær að velja á milli þess að taka ákvörðun samkvæmt eigin klínisku mati, vilja konunnar eða reglum stofnunarinnar. Einnig getur vinnuálag haft áhrif á störf ljósmæðra. Sumar íslensku ljósmæðranna í rannsókn Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) líktu starfi sínu við færifanda-vinnu í verksmiðju og voru ekki vissar um að konan fengi alltaf þá yfirsetu sem hún þyrfti. Þær höfðu áhyggjur af auknu vinnuálagi, minni yfirsetu og vöntun á hinum mannlega klíniska mónitor. Það getur haft þær afleiðingar að óþörf inngrip í eðlilega fæðingu aukist. Með því sé grafið undan öryggi móður og barns. Vera má að þær ljósmæður sem önnuðust konur í eigindlegu rannsókn Jamas o.fl. (2011) hafi verið undir of miklu vinnuálagi eða stjórnað of mikið af reglum spítalans, í stað þess að fylgja eigin sannfæringu. Íslensku ljósmæðrunum í rannsókn Valgerðar Lísu Sigurðardóttur og Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) fannst fæðingarstaðir hafa áhrif á sjálfræði þeirra í starfi. Ljósmæður á minni fæðingarstöðum, eins og þeim á landsbyggðinni, upplifðu meira sjálfræði. Þá fannst þeim sjálfræði til ákvarðanatöku tengjast tilfinningu um öryggi en tilfinningin um skert sjálfræði skapa óöryggi.

Útkoma fæðinga

Í ljósi þess sem fram hefur komið um reynslu ljósmæðra og upplifanir kvenna af umönnun á frístandandi fæðingarheimilum eða minni fæðingardeildum annars vegar og hátækni fæðingardeildum hins vegar, er forvitnilegt að skoða útkomu fæðinga á þessum stöðum. Mikilvægt er þó að hafa í huga að ekki er öllum konum ráðlagt að fæða á frístandandi fæðingarheimilum. Almennt eru skilyrðin sú að konan sé heilbrigð og vænti eðlilegrar fæðingar. Í leiðbeiningum Landlæknisembættisins (2007) kemur fram að konum með heilsufarskvilla sé ráðið frá því að fæða á þjónustustigi D. Má þar nefna konur með langvarandi sjúkdóma sem geta haft áhrif á gang fæðingar, blóðflokksamiræmi, blóðþynningu, blóðleysi, meðgöngueitrun, meðgöngusykursýki, fyrirsæta fylgju, líkamsþyngdarstuðul < 18 eða > 35, konur sem reykja yfir 10 sigarettur á dag eða neyta fíkniefna. Ef þyngd barns er áætluð um eða yfir 4500 g eða talið of stórt fyrir líkamsbyggingu viðkomandi konu, ef það er í sitjandi stöðu eða vaxtarseinkun er meiri en 24%, er henni einnig ráðið frá því að fæða á þjónustustigi D. Að lokum er tekið mið af fyrri fæðingum, en fyrri keisaraskurður, saga um axlarklemmu eða lélegan samdrátt í legi í fyrri fæðingu sem olli meira en 1000 ml blæðingu er frábending fæðingar á þjónustustigi D. Þessar leiðbeiningar eru til þess gerðar að tryggja klínískt öryggi kvenna sem ráðgera að fæða á fæðingarheimilum eða minni fæðingardeildum á landsbyggðinni.

Margar rannsóknir hafa verið gerðar á útkomu fæðinga á frístandandi fæðingarheimilum erlendis og nýlega hafa hérlendis verið gerðar tvær rannsóknir á útkomu fæðinga á ljósmæðrastýrðum einingum á Selfossi og í Keflavík. Ef lítið er á erlendar rannsóknir var í Danmörku gerð afturvirk lýsandi samanburðarrannsókn á tveimur fæðingarheimilum og tveimur hátækni fæðingardeildum. Þátttakendur í hvorum hópi voru 839 heilbrigðar konur sem væntu eðlilegrar fæðingar. Í ljós kom að ekki var marktækur munur milli hópa á tíðni nýbura með Apgar stig < 7 eftir 1 mínútu eða < 9 eftir 5 mínútur, en tíðni keisaraskurða var marktækt lægri í hópi kvenna sem fæddu á fæðingarheimilum (Overgaard, Möller, Fenger-Grøn, Knudsen og Sandall, 2011). Í Englandi var gerð samanburðarrannsókn sem tók til 64.538 heilbrigðra kvenna sem væntu eðlilegrar fæðingar á tímabilinu 2008–2010. Markmið rannsóknarinnar var að bera saman útkomu fæðinga og inngrip eftir því hvort konur fæddu heima, á frístandandi fæðingarheimilum, á ljósmæðrareknum

fæðingardeildum tengdum sjúkrahúsi eða á hátækni fæðingardeildum. Niðurstöður sýndu ekki marktækan mun á heilsu nýbura eftir því hvar fæðingin fór fram, en 83% kvenna sem fæddu á fæðingarheimilum upplifðu fæðingu án inngripa samanborið við 58% þeirra sem fæddu á hátækni fæðingardeild (Birthplace in England Collaborative Group, 2011). Þessar rannsóknir áttu það sammerkt að konur sem fæddu á frístandandi fæðingarheimilum voru marktækt líklegri til að upplifa eðlilega fæðingu og ólíklegri til þess að upplifa inngrip í fæðingu, svo sem áhaldafæðingar, fá hriðaðröndi lyf, verkjalyf eða enda í keisaraskurði, samanborið við heilbrigðar konur sem fæddu á hátækni fæðingardeildum. Aðrar rannsóknir hafa sýnt fram á sömu niðurstöður (Benatar, Garrett, Howell og Palmer, 2013; Birthplace in England Collaborative group, 2011; Healthcare Improvement Scotland, 2012; Overgaard o.fl., 2011). Rannsókn Overgaard o.fl. (2011) sýndi enn fremur að konur sem fæddu á frístandandi fæðingarheimilum voru marktækt ólíklegri til þess að upplifa erfiða fæðingu, vandamál tengd grindarholi, axlarklemmu, hnakkastöðu barns, > 500 ml blæðingu eftir fæðingu og 1°–2° spangarrifu. Þær voru líklegri til þess að hafa heila spöng og útskrifast heim < 6 klst. eftir fæðingu.

Ef lítið er á rannsóknir sem gerðar hafa verið hér á landi kannaði Steina Þórey Ragnarsdóttir (2013) útkomu 145 fæðinga á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) á tímabilinu 1. maí 2010 til 1. maí 2011 og Sigrún Kristjánsdóttir (2012) útkomu 112 fæðinga sem hófust á Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSu) árið 2010. Á þessum stofnunum eru ljósmæðrastýrðar fæðingardeildir sem hægt er að skilgreina sem frístandandi fæðingarheimili, en þar geta konur fætt sem gengið hafa í gegnum heilbrigða meðgöngu og vænta eðlilegrar fæðingar. Útkoma fæðinga á báðum stöðum var góð og væri fróðlegt að bera saman útkomu fæðinga hjá sambærilegum hópi kvenna á þessum stöðum og á Landspítala (LSH). En hafa verður í huga að á Landspítala fæða bæði konur sem vænta eðlilegrar fæðingar og konur sem eiga í hættu á vandamálum í fæðingu. Á HSS og HSu var ekkert barn < 7 í Apgar eftir 5 mínútur, samanborið við 2,5% barna á LSH árið 2012 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson, 2013). Inngrip í fæðingu voru sjaldgæf, soglukka eða töng voru notuð í 4% tilvika á HSS og 4,5% tilvika á HSu, samanborið við 9,6% á LSH. Hriðaðröndi lyf voru í 11% tilvika notuð á HSS og 3,5% á HSu, samanborið við 28,6% á Landspítala. Spöng var heil hjá 26% kvenna á HSS, ein kona fékk 3° rifu en engin 4° rifu, spangarskurður var gerður í 9% tilfella. Á HSu var spöng heil hjá 34% kvenna, 3,6% hlutu 3°–4° rifu og spangarskurður gerður í 2,7% tilfella. Á LSH hlutu 3,7% 3°–4° rifu og spangarskurður gerður í 11,1% tilfella. Á HSS varð í 5% tilfella > 500 ml blæðing eftir fæðingu, en hvorki átti sér stað erfið fæðing né alvarleg uppákoma á tímabilinu. Á HSu var > 500 ml blæðing í 17% tilfella, en engin þeirra þyrfti á blóðgjöf að halda. Blæðing var marktækt minni á HSu samanborið við LSH. Hvað varðar keisaratiðni var hún 3,6% hjá konum sem ráðgerðu að fæða á HSu, samanborið við 11,2% hjá konum sem ráðgerðu að fæða á LSH. Rannsókn Steinu Þóreyjar tók aðeins til þeirra kvenna sem kláruðu fæðinguna á HSS og endaði því engin þeirra í keisaraskurði. Þessar niðurstöður eru að mörgu leyti í samræmi við þær erlendu rannsóknir sem ræddar voru hér að framan.

Til að tryggja klínískt öryggi móður og barna þeirra sem fæða á minni fæðingardeildum á landsbyggðinni hefur Landlæknisembættið bent á nokkur atriði í leiðbeiningum sínum um val á fæðingarstað sem benda til þess að flytja þurfi konu í fæðingu á herra þjónustustig. Þessi atriði eru fösturstreita, barnabik í legvatni, óeðlileg blæðing, þörf á mænurótardeyfingu, hiti > 38°C, legvatn farið í > 24 klst. og ekki góð sótt, langdregin fæðing/þörf fyrir örvun, fæðingar-galli eða veikindi barns. Í rannsókn Sigrúnar Kristjánsdóttur (2012) var flutningstíðni frá HSS á LSH 20% og algengasta ástæða flutnings var langdregin fæðing. Þetta er í samræmi við niðurstöður rannsóknar Overgaard o.fl. (2011) á fæðingarheimilum í Danmörku, en þar var flutningstíðnin örlítið lægri eða 14,8%. Í báðum rannsóknum var flutningstíðnin hærri meðal frumbyrja en fjölbyrja og hafa aðrar

rannsóknir sýnt sömu niðurstöður (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; da Silva o.fl., 2012; Sigrún Kristjánsdóttir, 2012).

Ef flutningstími og útkoma fæðinga eftir flutning er skoðuð gerðu Rowe o.fl. (2013) rannsókn sem tók til 5.904 kvenna í Englandi sem fluttar voru í og eftir fæðingu frá fæðingarheimilum á hátækni fæðingardeild. Meðal flutningstími frá því ákveðið var að flytja konu og þar til fyrsta skoðun var gerð á hátækni sjúkrahúsi var 60 mínútur miðað við 20–40 km vegalengd. Flestir flutningar voru ekki bráðir og neyðartilvik voru sjaldgæf. Sýnt hefur verið fram á að til þess að sem stystur tími liði frá ákvörðun um flutning þar til konan fær viðeigandi meðferð á hátækni sjúkrahúsi skipti góð samskipti á milli fagaðila stofnana lykilmáli (Rowe o.fl., 2013). Á Íslandi hafa minni fæðingardeildir úti á landi góð tengsl við hátækni fæðingardeild Landspítalans. Gera má ráð fyrir svipuðum flutningstíma frá fæðingardeildinni í Vestmannaeyjum á Landspítala. Þar með talin skipulagning flutnings, sem tók að meðaltali 20 mínútur í rannsókn Rowe o.fl. (2013), keyrsla út á flugvöll (3–5 mínútur), flug til Reykjavíkur (u.þ.b. 20 mínútur) og keyrsla frá flugvelli upp á Landspítala (u.þ.b. 5 mínútur). Þó þarf að taka mið af veðurfærð og sýndi rannsókn Rowe o.fl. (2013) að við ákvarðanir um flutning tóku ljósmæður mið af landfræðilegum aðstæðum, umferð og veðurfærð. Eftir að konurnar sem fluttar voru höfðu fengið fyrstu skoðun á hátækni fæðingardeild liðu að meðaltali 3,3 klukkustundir þar til þær fæddu börn sín. Af þeim börnum sem fæddust innan klukkustundar frá fyrstu skoðun á hátækni fæðingardeild voru 0,3% með < 7 í apgar eftir 5 mínútur, notuð voru áhöld í 6% tilfella og keisaraskurður gerður í 1,8% tilfella. Má því segja að flutningur hafi ekki slæm áhrif á útkomu fæðinga, enda hafa rannsóknir ítrekað sýnt jafna útkomu fæðinga hvort sem konur hefji fæðingu á fæðingarheimili eða hátækni sjúkrahúsi (Benatar o.fl., 2013; Birthplace in England Collaborative group, 2011; Healthcare Improvement Scotland, 2012; Overgaard o.fl., 2011).

SAMANTEKT - LOKAORÐ

Samkvæmt þessari fræðilegu úttekt er öruggt fyrir heilbrigðar konur sem vænta eðlilegrar fæðingar að fæða á frístandandi fæðingarheimilum eða minni fæðingardeildum á landsbyggðinni. Í leiðbeiningum Landlæknisembættisins (2007) eru tilgreind þau skilyrði sem kona verður að uppfylla til þess að geta fætt á þjónustustigi D. Einnig kemur fram undir hvaða kringumstæðum flytja eigi konu í og eftir fæðingu frá þjónustustigi D á herra þjónustustigi.

Í heimabæ sínum njóta konur umönnunar ljósmóður sem þær þekkja og hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar fær að njóta sín, þær eru nálægt sínum nánustu í umhverfi sem þær þekkja. Þá eru meiri líkur á að fæðingarhormónin nái að starfa eðlilega og að adrenalínið skemmi ekki fyrir, þar sem konan finnur síður fyrir kvíða eða streitu (Odent, 2011).

Rannsóknir hafa ekki sýnt marktækan mun á útkomu fæðinga hvort sem heilbrigðar konur sem vænta eðlilegrar fæðingar hefji fæðingu á frístandandi fæðingarheimilum eða hátækni fæðingardeild. Hins vegar hafa þær sýnt marktækt minni líkur á keisarskurði og inngrípum í fæðingu, hefji kona fæðingu á frístandandi fæðingarheimili (Benatar o.fl., 2013; Birthplace in England Collaborative group, 2011; Healthcare Improvement Scotland, 2012; Overgaard o.fl., 2011). Komi eitthvað upp á í fæðingu á frístandandi fæðingarheimilum eða minni fæðingardeildum á landsbyggðinni er konan flutt á hátækni fæðingardeild. Í rannsóknunum sem skoðaðar voru var flutningstíðni frá þjónustustigi D á hátækni fæðingardeild 14,8–20% (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; da Silva o.fl., 2012; Overgaard, 2011; Sigrún Kristjánsdóttir, 2012). Tekið skal fram að allar rannsóknir sem skoðaðar voru tóku til frístandandi fæðingarheimila þar sem eingöngu störfuðu þjálfaðar ljósmæður og góð tengsl voru við hátækni fæðingardeild.

Á Íslandi hefur ekki verið gerð samanburðarrannsókn á útkomu fæðinga heilbrigðra kvenna, sem vænta eðlilegrar fæðingar, eftir því hvort þær fæði á þjónustustigi D (litlar fæðingardeildir úti á landi)

ÁN OFNÆMIS- VALDANDI EFNA

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

40 ÞVOTTAR Í 2 KG PAKKA

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

MILT
HREIN TILVERA



eða þjónustugæti A (Landspítali). Steina Þórey Ragnarsdóttir (2013) hefur þó kannað útkomu fæðinga á HSS og Sigrún Kristjánsdóttir (2012) á HSu. Þær rannsóknir sýna góða útkomu fæðinga og lága inngripatíðni. Fram kemur í lögum um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007, að fæðingarhjálp skuli að jafnaði vera til staðar á umdæmissjúkrahúsum séu faglegar kröfur uppfylltar. Enda getur það valdið miklum kvíða og óryggi að ferðast til og dvelja í Reykjavík í tvær vikur fyrir settan dag. Velta má upp þeirri spurningu hvort þröskuldur fyrir gangsetningu lækki sé konan utan af landi og dvelji í Reykjavík í þeim eina tilgangi að fæða barn sitt. Er þá hætt á auknum fjölda gangsetninga? Auk þess eykst hættan á að ljósmæður landsbyggðarinnar nái ekki að viðhalda færni sinni í fæðingarhjálp og að vinnuálag á fæðingardeild Landspítalans aukist. Þá er hætt á aukinni færibandavinnu og minna vægi vinnu eftir hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar, með tilheyrandi óryggi fyrir konu og ljósmóður. Við val á fæðingarstað er mikilvægt að barnshafandi konur fái vandaðar upplýsingar um kosti og galla mismunandi fæðingarstaða byggðar á gagnreyndri þekkingu. Það gæti aukið líkur á að fæðing gangi eðlilega fyrir sig, stuðlað að öryggi fæðinga hjá heilbrigðum konum sem velja að fæða í umhverfi þar sem þeim líður vel, í sínum heimabæ.

HEIMILDASKRÁ

- Benatar, S., Garrett, A. B., Howell, E., & Palmer, A. (2013). Midwifery care at a freestanding birth center: a safe and effective alternative to conventional maternity care. *Health Services Research*, 48(5), 1750–1768.
- Bernitz, S., Rolland, R., Blix, E., Jacobsen, M., Sjøborg, K. og Øian, P. (2011). Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised trial. *BJOG* 118, 1357–1364.
- Birthplace in England Collaborative group. (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. *BMJ*, 343, d7400.
- da Silva, F. M., de Oliveira, S. M., Bick, D., Osava, R. H., Nobre, M. R., & Schneck, C. A. (2012). Factors associated with maternal intrapartum transfers from a freestanding birth centre in Sao Paulo, Brazil: a case control study. *Midwifery*, 28(5), 646–652.
- Elva Björg Einarisdóttir. (2007). *Val á fæðingarstað: Sjónarhorn kvenna*. Óbirt MA-ritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild. Sótt 8. september 2014 af http://skemman.is/stream/get/1946/6334/18082/1/Val_%C3%A1_f%C3%A6%C3%B0ingarsta%C3%B0_-_sj%C3%B3narhorn_kvenna.pdf.
- Healthcare Improvement Scotland. (2012). *Safety and risk associated with free standing midwife led maternity units: evidence note 47*. Sótt 1. september 2014 af http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/technologies_and_medicines/shgt_-_evidence_notes/evidence_note_47.aspx.
- Hodnett, E.D., Downe, S., Edwards, N. og Walsh, D. (2009). *Home-like versus conventional institutional settings for birth (Review)*. The Cochrane Library: The Cochrane Collaboration.
- Iida, M., Horiuchi, S., & Porter, S. E. (2012). The relationship between women-centred care and women's birth experiences: a comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery*, 28(4), 398–405.
- Jamas, M. T., Hoga, L. A., & Tanaka, A. C. (2011). Mothers' birth care experiences in a Brazilian birth centre. *Midwifery*, 27(5), 693–699.
- Kitzinger, S. (2005). *The Politics of Birth*. Edinburgh: Elsevier.
- Laws, P. J., Lim, C., Tracy, S., & Sullivan, E. A. (2009). Characteristics and practices of birth centres in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49, 290–295.
- Ljósmæðrafélag Íslands. (2000). *Hugmyndafræði og stefna*. Sótt 2. september 2014 af <https://ljosmaedrafelag.webmaster.is/Assets/%C3%9Atg%C3%A1fa/Imfistefnumotun.pdf>.
- Lög um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007.
- Odent, M. (2011). *Childbirth in the age of plastics*. Pinter and Martin: London.
- Overgaard, C., Møller, A. M., Fenger-Gron, M., Knudsen, L. B., & Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ open*, 1(2), e000262.
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). Lærdómur af fæðingarsögum: Nærvera, tengsl við konur og þekking ljósmæðra. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar: Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 215–239). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smárasen og Gestur I. Pálsson (2013). *Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2012*. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið, Landspítali.
- Rowe o.fl. (2013). Duration and urgency of transfer in births planned at home and in freestanding midwifery units in England: secondary analysis of the birthplace national prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 224–234.
- Sigrún Kristjánsdóttir. (2012). *Er öruggt að fæða í heimabyggð? Útkoma úr fæðingum á Heilbrigðisstofnun Suðurlands árið 2010*. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, Námsbraut í ljósmóðurfræðum. Sótt 8. september 2014 af http://skemman.is/stream/get/1946/12249/30635/1/Meistararitger%C3%B0_Sigr%C3%BAnar_Kristj%C3%A1nsd%C3%B3ttir_2012.pdf.
- Steina Þórey Ragnarsdóttir. (2013). *Er heimabyggð rétti staðurinn fyrir konur í eðlilegri fæðingu? Afturvirk lýsandi rannsókn á útkomu og undirbúningi eðlilegra fæðinga á ljósmæðrastýrðri einingu við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja frá 1. maí 2010–1. maí 2011*. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, Námsbraut í ljósmóðurfræðum. Sótt 8. september 2014 af http://skemman.is/en/stream/get/1946/13984/33536/1/Steina_%C3%9E%C3%B3rey.pdf.
- Valgerður Lísa Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). Skynjun íslenskra ljósmæðra á öryggi og áhættu við eðlilegar fæðingar. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar: Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 215–239). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- World Health Organization (WHO). (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Sótt 3. september 2014 af http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.



ENTROSEAL

Örugg meðferð
gegn niðurgangi



ENTROSEAL

Ný og framsækin lausn

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

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

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



Skráð sem lækningatæki
Inniheldur: Gelatín tannat

Fæst í apótekum
www.alvogen.is

Með kompásinn heima á náttborði

– Um ljósmæður og barneignarþjónustu í pólitískum ólgusjó



Berglind Hálfðánardóttir
Ljós móðir MSc

Síðustu misseri hef ég oft staðið mig að því að hugsa með mér hvað við erum heppin hér á Íslandi. Fyrir utan stöku ógn sem okkur stafar af hinum ýmsu náttúruhamförum, þá virðumst við að mörgu leyti pluma okkur vel á þessu litla landi sem státar meðal annars af einni lægstu tíðni mæðradauda og burðarmálsdauda í heiminum. Þegar okkur berast fréttir erlendis frá, til dæmis af ákærðum og fangelsuðum ljósmæðrum í Ungverjalandi og Japan, lokun fæðingarstaða í Noregi og Finnlandi, skertum starfsvettvangi ljósmæðra í Danmörku og fækkun heima fæðinga í Hollandi, þá verðum við ósköp glöð að eiga heima á Íslandi, sem er jú best í heimi, eða hvað?

Þegar betur er að gáð má því miður líka finna slæmar fréttir af íslenskri barneignarþjónustu, og ef við leggjum við hlustir komumst við að því að undir niðri kraumar óánægja og reiði. Vel menntað og metnaðarfullt heilbrigðisstarfsfólk leggur sig allt fram um að sinna störfum sínum vel, en þjónustan er brotarkennd og stefnulaus og ekki til þess fallin að nýta það sem býr í okkar dýrmæta mannauði. Þrátt fyrir ákall frá ljósmæðrum um árábil hefur engin heildstæð stefna um barneignarþjónustu verið mótuð á Íslandi. Þessi skortur á sameiginlegum markmiðum hefur þegar leitt af sér breytingar sem eru í besta falli umdeildar og geta hæglega ógnað þeim góða árangri sem við höfum náð.

Á undanförmum árum hefur fæðingarstöðum á landinu fækkað verulega. Þar sem engin heildstæð stefna er til um það hvaða barneignarþjónusta skuli vera í boði á hverjum stað fyrir sig hafa stofnanir getað tekið sjálfstæðar ákvarðanir um að loka skurðstofum og fæðingardeildum í sparnaðarskyni. Í þeim tilfellum þar sem slíkar ákvarðanir koma að ofan virðast þær einnig stýrast af fjárhagslegum skammtímasjónarmiðum frekar en heildarhagsmunum til langs tíma. Eftir sitja verðandi mæður sem þurfa ýmist að bíða fæðingar í öðru byggðarlagi eða fæða heima hjá sér fjarri bráðaþjónustu. Þriðji valkosturinn er að hætta á að fæða barn sitt á leiðinni á fæðingarstað, jafnvel fastar í snjóskafli uppi á heiði með engan sér til aðstoðar, enda búið að hola að innan stöðu ljósmóður í heimabyggðinni þar

til enginn fækkast lengur til starfans. Háleitar yfirlýsingar ráðamanna um öryggi og sparnað verða hjákátlegar í ljósi þessa veruleika.

Höfuðborgarsvæðið hefur ekki farið varhluta af stefnulausum lokunum í barneignarþjónustu. Þar hefur ekki verið rekið fæðingarheimili frá 1995, engin skipulögð samfelld þjónusta frá 2006 og nú nýverið var einu ljósmæðrastýrðu einingunni á svæðinu lokað. Heimafæðing er nú eini valkostur kvenna á höfuðborgarsvæðinu sem kjósa samfellda ljósmæðraþjónustu eða vilja ekki fæða á sjúkrahúsi. Þegar Fæðingarheimili Reykjavíkur opnaði á sínum tíma árið 1960 svaraði það brýnni þörf, enda tók það til sín drjúgan hluta af bæði sjúkrahús fæðingum og heimafæðingum. Ljósmæður sem sinna meðgönguvernd verða varar við að nú, ekki síður en þá, eru fjölmargar konur sem hentar hvorugt þjónustuformið og myndu fagna nýju fæðingarheimili.

Skortur á heildstæðri stefnu hefur gert fagfólki erfitt fyrir að sinna starfi sínu á viðunandi hátt. Samræmd, rafræn mæðraskrá, sem er grundvöllur fyrir samfelli milli þjónustustiga í okkar brotarkennda kerfi, hefur enn ekki litið dagsins ljós. Klínískar leiðbeiningar Landlæknisembættisins um meðgönguvernd voru stórt framfaraskref í að samræma fagleg vinnubrögð, en enn eru engar klínískar leiðbeiningar til fyrir fæðingarþjónustu og sængurlegu á landsvísi. Þessi skortur á faglegri umgjörð gerir heilbrigðisstarfsmenn varnarlaus á nýju umhverfi þar sem fólk leitar í auknum mæli réttar síns gagnvart heilbrigðiskerfinu fyrir dómstólum.

Líkur á mistökum í starfi aukast þegar mönnun er ekki í samræmi við raunverulega þörf fyrir þjónustu. Sami fjöldi ljósmæðra hefur verið útskrifaður á ári hverju áratugum saman meðan fjöldi fæðinga hefur aukist verulega. Engu að síður hefur stétin á síðustu árum þurft að horfast í augu við atvinnuleysi í fyrsta sinn í sögunni. Í þessu samhengi virðast fullyrðingar um að stöðugildi ljósmæðra séu í samræmi við þjónustuþörf í besta falli óhófleg bjartsýni, í versta falli hættuleg afneitun.

Staða ljósmæðra í hinu aðþrengda heilbrigðiskerfi einkenn-

ist af valdaleysi. Engin ljósmóðir starfar í velferðarráðuneytinu og aðkoma ljósmæðra að stefnumótun um fagsvið sitt er minni en eðlilegt gæti talist. Hlutur ljósmæðra í stjórnkerfum stofnana sem þær starfa fyrir hefur einnig farið minnkandi á síðustu árum. Fyrir sameiningu kvenna- og barnasviðs Landspítala gegndi ljósmóðir stöðu sviðsstjóra kvennasviðs, en ljósmæður hafa ekki valist til forystu fyrir nýju, sameinuðu sviði. Staða yfirljósmóður við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins hefur verið ósetin í mörg ár án þess að vera auglýst til umsóknar. Meðan ljósmæður í meðgönguvernd hefur skort málsvara í stjórnunarstöðu hafa verið teknar veigamiklar ákvarðanir um starfssvið þeirra án þess að tekið væri tillit til faglegra sjónarmiða ljósmóðurfræðinnar. Á sviði heimaþjónustu og heimafæðinga hefur samningsréttur við Sjúkra- tryggingar Íslands verið tekinn af Ljósmæðrafélaginu með lögum. Með einhliða rammisamningum hefur hinu opinbera tekist að tryggja sér framúrskarandi þjónustu fyrir greiðslur sem standa ekki undir grunnlaunum ljósmæðra samkvæmt opinberum kjarasamningum.

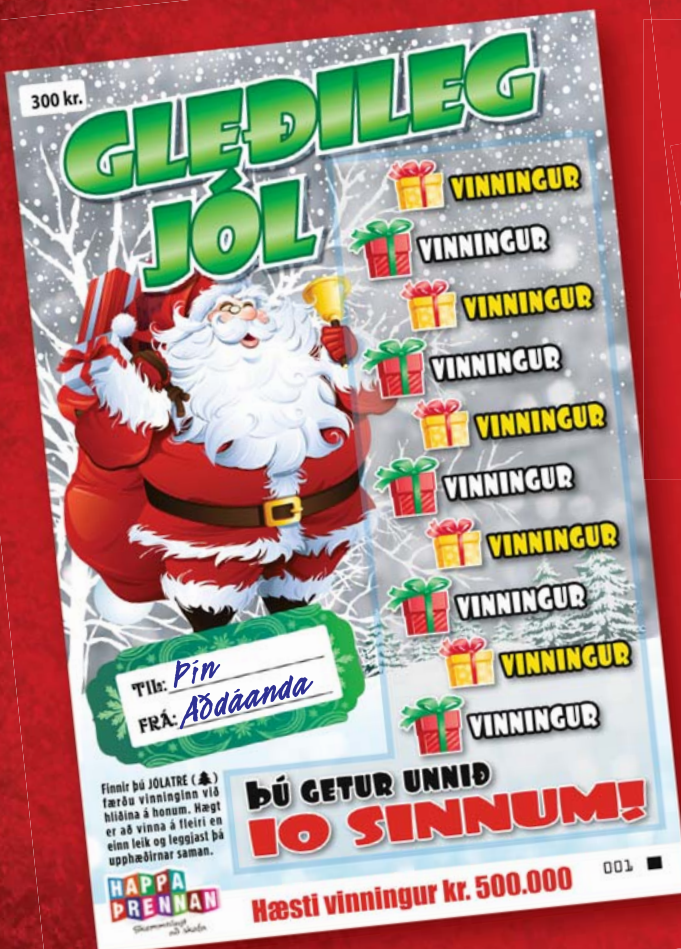
Þegar öllu er á botninn hvolft virðist sá góði árangur sem Ísland hefur náð varðandi útkomu mæðra og nýbura hvíla meðal annars á förnfúsu og illa launuðu vinnuframlagi ljósmæðra sem finna einhvers staðar hjá sér langlundargeð til að vinna í kerfi sem brýtur ekki bara á þeim sjálfum, heldur einnig hugmyndafræðinni sem ætlað er að standa vörð um hagsmuni þeirra sem þær sinna.

Þróunin síðustu misseri hefur sýnt okkur að þetta langlundargeð er á þrotum. Atgervisflótti í ljósmæðrastéttinni er veruleiki sem ekki verður litið framhjá.

Og hvað þá? Stefnum við að framtíð þar sem allar fæðingar landsins eiga sér stað á einni stofnun? Mun meðgönguvernd á landsbyggðinni verða sinnt af hjúkrunarfræðingum undir handleiðslu heimilislækna? Mun heimaþjónusta í sængurlegu leggjast af þegar við gefumst upp á að vinna að stórum hluta í sjálfböðavinnu? Eða verður barneignarþjónustunni í heild sinni útviðað til Noregs?

Ég veit ekki með ykkur, kæru kollegar, en ég neita að leggja árar í bát. Þótt íslensk barneignarþjónusta sé í augnablikinu eins og þrautreyndur skipstjóri í hriplekum dalli með kompásinn heima á náttborði, þá vil ég meina að við höfum alla burði til að snúa fleytunni við. Menntun okkar og hugmyndafræði, sem snýst um að standa vörð um hið eðlilega í barneignarferlinu, gerir okkur að lykilstétt í leitinni að hinum heilaga grál heilbrigðiskerfisins – betri þjónustu fyrir minna fé. Öflug ljósmæðraþjónusta gerir meira en að viðhalda skammtímamarkmiðum um lága tíðni mæðradauda og burðarmálsa- dauða. Þegar til lengri tíma er litið getur góð upplifun af vandaðri ljósmæðraþjónustu bætt heilsu og velliðan kvenna á mun breiðari grundvelli.

Spurningin er ekki hvort, heldur hvenær valdhafar átta sig á þeim hagsmunum sem felast í að ljósmæður beri ekki einungis ábyrgð á eigin störfum, heldur séu stefnan og völdin einnig í þeirra höndum.



*Gleðileg
lukkujól!*

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



Skemmtilegt að skafa!

Ljósmaður verða að taka sjálfstæðar ákvarðanir og vera sveigjanlegar

Viðtal við Dr. Dennis Walsh

Ljós móðirin Dr. Dennis Walsh kom til landsins í lok október sl. og var með fræðsludag fyrir ljósmaður á fæðingarvakt Landspítalans (23B) um eðlilegar fæðingar. Dr. Dennis Walsh er ástralskur að uppruna, en búsettur í Bretlandi, þar sem hann starfar við rannsóknir og kennslu. Við í ritnefnd Ljósmaðrablaðsins settumst niður með honum í lok dags og spurðum hann nokkurra spurninga um líf hans og störf.

Segðu okkur aðeins frá sjálfum þér.

Ég er fæddur í Brisbane sem er í Queensland í Ástralíu og flutti til Bretlands þegar ég var rúmlega tvítugur. Ég lærði hjúkrun í Ástralíu og lærði svo ljósmóðurfræði í Bretlandi 1985–1986 í Leicester. Ég giftist breskri konu.

Ég vann sem ljósmóðir til ársins 2000, svo fór ég í háskóla, var þar kennari og tók doktorsgráðu með áherslu á ljósmæðrareknum einingum. Það efni hefur verið mér hugleikið og hef ég rannsakað það mestalla tíð. Síðan þá hef ég unnið í mismunandi háskólum og starfa núna við háskólann í Nottingham. Þar starfa ég mest við rannsóknir og kenni meistara- og doktorsnemum. Sérgrein mín er ljósmæðrarekningar einingar og rannsóknir um eðlilegar fæðingar. Þetta er það sem ég kenni og skrifa um.

Hvernig byrjaði áhugi þinn á ljósmóðurfræðum, var þetta gamall draumur?

Nei, þetta var ekki gamall draumur. Ég held að ég hafi ekki gert mér grein fyrir hvað ég var að fara út í þegar ég hóf námið. Ég vissi að minnsta kosti ekki það sem ég veit núna. Ég hef sennilega verið á milli tvítugs og þrítugs. Ég starfaði sem hjúkrunarfræðingur á bráðadeild í Leicester. Mér fannst enskar ljósmaður alveg einstakar, þær taka sjálfstæðar ákvarðanir og þurfa í raun ekki á læknum að halda. Þær eru við stjórn í eðlilegum fæðingum og heima fæðingum. Það varð til þess að ég fór að hugsa: „Þetta er það sem mig langar til að gera. Þetta held ég að gæti verið skemmtilegt“. Þess vegna fór ég í námið.

Ég held að þegar karlmaður fer að læra ljósmóðurfræði, þá þurfi hann að vera meðvitaður um kynhlutverk. Við köllum þetta kvenfrelsi í Bretlandi. Hann þarf að vera meðvitaður um kvenfrelsis hagsjónina í barnsfæðingum. Karlmennt hafa reynt að taka fæðinguna yfir og stjórna henni, en þú vilt alls ekki gera það ef þú ætlar að starfa sem karlljósmóðir. Þú mátt ekki stjórna. Hann þarf að vera nærgætinn og veita stuðning, konan er sú sem stjórnar. Ef karlmaður ætlar að læra ljósmóðurfræði, þá er gott fyrir hann að tala við einhvern sem segir honum þetta. Enginn sagði mér þetta. Ég var svolítið barnalegur. Ég var ekki alveg viss, en ég er ánægður með að hafa lært þetta, mér finnst þetta mjög skemmtilegt. Ég áttaði mig á þessum gildum miklu síðar, en það er betra að átta sig á þeim strax í upphafi.

Finnst þér að ef karlmaður lærir ljósmóðurfræði að þá þurfi hann að breyta starfsheiti sínu úr ljósmóðir í ljósfaðir, eins og oft hefur heyrst í umræðunni?

Nei, ég held ekki af því að stærsti hluti ljósmæðra í heiminum eru konur. Midwife þýðir að vera með konu. Það er mikilvægt að við

höldum nafninu eins og það er í dag. Þetta snýst ekki um að vera eiginmaður eða um kyn. Við þurfum bara að komast í snertingu við okkar kvenlega innsæi.

Á Íslandi eru engir karlmenn starfandi sem ljósmaður, það þekktist í gamla daga en í dag er þessi stétt eingöngu skipuð konum. Myndir þú hvetja karlmenn til að læra ljósmóðurfræði?

Í Englandi eru um 20.000 ljósmæður og af þeim eru um 100 karlmenn, mjög lágt prósentuhlutfall. Karlar verða að búa yfir mikilli löngun til að verða ljósmóðir því þetta er mjög sérstakt starf. Venjulega sinna konur þessu starfi betur en karlmenn vegna þess að það er þeim eðlislægara en ég held að karlmenn geti verið góðar ljósmæður en þeir verða að gera sér grein fyrir hlutverki sínu. Þeir verða að skilja fæðingu og skilja hvernig á að styðja konur. Já, karlmenn geta lært ljósmóðurfræði ef þeir eru alveg vissir um að það sé það sem þeir vilja gera. Ég held að karlmenn verði alltaf lítill hluti af stéttinni og ég held að það sé alveg eðlilegt. Ef við lítum á söguna þá hafa konur sinnt þessu starfi, ég held að það sé eðlilegt. Það þýðir ekki að þú getir ekki orðið ljósmóðir ef þú ert karlmaður, held bara að þeir verði alltaf fáir.

Átt þú börn?

Já, ég á tvær dætur. Fyrri var fædd í Leicester á spítala. Seinni dóttir mín var líka fædd á spítala en það var vatnsfæðing. Það fannst mér frábær upplifun því ég gat verið með konunni minni í pottinum og hjálpað til við fæðinguna. Það var góð reynsla og hefur haft áhrif á starf mitt sem ljósmóðir.

Getur þú útskýrt betur hvernig það hafði áhrif á þig að sjá dætur þínar fæðast?

Jú, þegar maður sér einhvern sem maður elskar eins og konuna sína fara í gegnum þessa reynslu gerir það mann auðmjúkan. Hún var svo sterk. Hún notaði engin lyf og ég veit að þetta var erfið fyrir hana. Svo ég hugsaði: „Vá hún er stórkostleg. Hún getur sýnt hvernig eðlileg fæðing er, styrkjandi, jákvæð, glöð og ánægð. Þetta gerði það að verkun að ég ber meiri virðingu til kvenna sem velja sér þetta og sjá hag sinn í því að fara í gegnum fæðingu svona. Vatnsfæðingin hafði sérstök áhrif á mig, af því að það er svo gott að upplifa þessa nánd sem foreldrar.

Samkvæmt mörgum rannsóknum þá fækkar eðlilegum fæðingum þegar konum með eða án áhættuþátta er blandað saman (lowrisk og highrisk deildir), eins og gert hefur verið á Landspítalanum með sameiningu Hreiðursins og Fæðingargangs. Hver er þín skoðun á því?

Þarf ég að tala varlega? Sameiningin hér stangast á við það sem almennt er verið að gera á öðrum stöðum í heiminum, því allar rannsóknir segja að það gangi betur að viðhalda eðlilegum fæðingum þegar þessar deildir eru aðskildar, ég þekki þessar rannsóknir vel, ég hef tekið þátt í nokkrum þeirra. Ég tók þátt í gerð Cochrain-

samantektar um val á fæðingarstað og þar kemur alveg skýrt fram að tíðni eðlilegra fæðinga er hærri á ljósmæðrareknum einingum eða í heima-fæðingum. Ég virði, þrátt fyrir það, ákvarðanir ykkar. Þið hafið ykkar ástæður til að gera þetta svona. En helsta áskorun ykkar þegar þið blandið deildunum saman er að leggja áherslu á eðlilegar fæðingar. Þetta er ekki stór deild. Margar rannsóknir sýna að þegar fæðingardeildir eru mjög stórar, þá gangi síður að viðhalda eðlilegu fæðingarferli, en ef deildin er með færri en 3.000 fæðingar á ári, þá eru fleiri tækifæri og meiri styrkur til að halda í eðlilegt ferli. Þetta er ekki eins og verksmíðja, þetta er persónulegt. Þið getið unnið saman í teymi en þetta er mikil áskorun fyrir ykkur. Við skulum vona að þið verðið eða verðið fyrsti staðurinn sem sýnir að þetta sé hægt.

Getur þú gefið okkur einhver ráð?

Á þessum tveimur dögum sem við höfum verið hérna saman þá tók ég eftir einu jákvæðu. Það komu tveir fæðingarlæknar sem segir mér að bæði ljósmæður og læknar hafa skilning á mikilvægi þess að viðhalda eðlilegum fæðingum. Eins og annar læknirinn sagði: „Við erum ekki svo ólík, við viljum það sama“. En þið verðið að vera mjög einbeitt og skuldbundin eðlilegum fæðingum. Ekki hagræða lífeðlisfræðinni hjá konum með áhættuþætti.

Svo hvernig farið þið að þessu? Í fyrsta lagi skuldbindið þið ykkur sömu hugmyndafræðinni og í öðru lagi þurfa ljósmæðurnar að hafa trú á eðlilegum fæðingum svo að læknar verði ekki kallaðir til. Þú kallar bara í þá ef þörf er á. Þú reynir að vernda eðlilegar fæðingar þó að þið vinnið á sama svæði. Þið verðið að mæla og þið eruð að gera það. Þið verðið að halda utan um tölfræðina sem segir ykkur að þið séuð að ná markmiðunum, ég veit að þið eruð að gera það að einhverju leyti. Ég myndi hvetja ykkur til að mæla einnig fæðingarstillingar, nálastungur, hypnóbirth, vatnsbólur, nudd, eða þær aðferðir sem eru til þess fallnar að lækka tíðni mænurótardeyfingu. Eftir þessa tvo daga finnst mér að þið þurfið að undirbúa konur á meðgöngu, efla foreldrafræðslu, ræða fæðingaráætlun við þær, því það er gott fyrir

þær að byrja að plana fæðinguna, þá er þetta þeim efst í huga. Held að óskinn um mænurótardeyfingu sé mikil áskorun fyrir ykkur, þið eruð með háa tíðni hér á landi.

Þú talaðir um sveigjanleika til að aðstoða konur í áhættufæðingu til að fæða eðlilega, styðja við eðlilegt ferli eins og hægt er, segðu okkur frá því.

Ég held að þó að konan þurfi að fá vissa meðferð, lyf eða gangsetningu, sé samt mikilvægt að reyna að styðja eðlilegt fæðingarferli. Það sem ég sting upp á til að hjálpa til við það er góður aðgangur að baði. Fæðing í vatni hefur marga kosti fyrir konur, hún dregur úr epidural tíðni, eykur líkur á/styður við upprétta stellingu, býr til næði eða ákveðna friðhelgi í herberginu. Konan er við stjórni, því hún er í vatninu og það ver hana fyrir því að ljósmóðirin geri eitthvað við hana. Svo ég held að það séu margir kostir við að stuðla að vatnsfæðingu fyrir konur í áhættumeðgöngu. Ég myndi líka hvetja ykkur til að rannsaka betur vatnsfæðingar, ég held að þið séu ekki að gera mikið af því. Þið ættuð að ihuga það af því ég tel að hún verndi spöngina. Ég veit að þið eruð með sérstakt átak hér um verndun spangarinnar, en ég tel að heildarsýnina skorti ef þið rannsakið ekki vatnsfæðingar sérstaklega. Þetta er eitthvað sem þið getið gert fyrir þennan hóp.

Mælir þú með lífeðlisfræðilegri fæðingu á 3ja stigi fæðingar, þ.e. að fylgja fæðist í baðinu?

Já, það er í lagi, í Englandi er engin ákveðin regla. Eitt af því sem er gott við það er að þegar barnið er fætt er vatnið heitt, móðirin heldur á barninu, jafnvel með það á brjósti. Það er þægilegt og gott því umhverfið er gott. Því er það synd að biðja konuna að koma upp úr baðinu og trufla þessa stund. Það er hægt að fæða fylgjuna í vatninu. En það gildir bara fyrir þær konur sem eru með eðlilegt fyrsta og annað stig fæðingar. Annað gildir fyrir konur sem eru með einhverja fylgikvilla. En fyrir konur sem eru í eðlilegri meðgöngu þá ætti þetta að vera í boði.



Allt að 12 tíma rakadrægni

Pampers leggur mikla áherslu á vörupróun, með það að markmiði að bjóða bestu bleiu sem foreldrar geta valið fyrir börnin sín. Pampers hefur þróað nýtt og stærra yfirlag á bleiurnar sem dregur bleytu hraðar frá viðkvæmri húð barnsins. Húðin helst þurr og barnið getur sofð ótruflað lengur.

Pampers bleiur hafa nú fengið viðurkenningu fyrir gæði frá Skin Health Alliance, óháðum samtökum húðlækna sérfræðinga og vísindamanna á því sviði.





Dr. Dennis Walsh ljósmóðir.

Hér á landi er mænurótardeyfang val konunnar, ljósmæður tala um að konur komi oft snemma á spítalann vegna þess að þær vilja ekki missa af deyfingunni. Ljósmæður sem vinna á landsbyggðinni þar sem mænurótardeyfang er ekki í boði tala um að konur komi seinna inn því þær eru ekki að missa af neinu. Finnst þér að þessi deyfang eigi að vera val eða ekki?

Ég held að það sé mjög erfitt að snúa til baka því þetta er orðið svo algengt í mörgum löndum. Litið er á að mænurótardeyfang sé hluti af þjónustunni sem er í boði. En ég held að við þurfum að styðja betur við konur í latent fasanum svo að konan sé örugg og til að konur komi síðar inn á spítalann í fæðingarferlinu. Þá er gott að bjóða upp á að ljósmóðirin komi heim til kvenna í byrjun fæðingar, margar heimildir segja að það hjálpi, doulur geta einnig farið heim til kvenna til að styðja konur heima hjá sér, seinka því að þær komi inn á spítala. Ef hægt er að seinka því þá verður ekki eins mikið óskað eftir deyfingu. Gott er líka að bjóða upp á það því það minnkar líkur á að konan óski eftir deyfingu. Nota aðrar aðferðir til verkjastillingar eins og vatnsbólur og hypnobirthing. En eitt af því sem er gott að gera er að ræða við konur um viðhorf þeirra til fæðingarverkja, hvernig þær sjái fyrir sér að vinna með verkinn frekar en að hugsa um verkjameðferð. Reyna að breyta hugsuninni um fæðingarverki. Segja að þeir séu hluti af fæðingunni, að lífeðlisfræðin sé mikilvæg. Ræða við konur um að breyta hugsuninni. Þetta getur verið erfitt því margar konur vilja mænurótardeyfingu, þær spyrja oft: „Af hverju myndi maður ekki vilja deyfingu?“ Það getur hjálpað að tala um tilgang verkjanna og lífeðlisfræðina.

Hvenær finnst þér vera rétti tíminn til að ræða þetta?

Það sem er víða gert í Englandi er að konum er gefinn lengri tími í mæðravernd við 36 vikna meðgöngu, þá ræðum við um fæðingarárætlun. Við áætluðum að það taki klukkutíma fyrir hverja konu. Við gefum okkur tíma til að ræða þetta, stundum förum við heim til kvennanna og ræðum þetta þar í rólegheitum yfir kaffibolla. Það þarf lengri tíma fyrir þetta, reyna að kanna trú og væntingar, þessi tími er alveg frátekin í þetta, ekkert má trufla. Það er of seint að taka þessa umræðu í fæðingunni, þá er konan með verki og vill fá eitthvað við þeim.

Heldur þú að 36 vikur sé ekki of seint fyrir þessa umræðu?

Bara að þessi umræða eigi sér stað á meðgöngunni. Í Englandi er rætt við konur um hvar þær vilja fæða barnið sitt á fyrsta þriðjungi meðgöngu, ekki til að láta þær taka ákvörðun heldur til að láta þær byrja að hugsa um það. Síðar á meðgöngunni nefnum við þetta aftur, hvort þær séu búnar að taka ákvörðun. Foreldrafræðslunámskeið byrja oft í kringum 28. viku í Englandi, þá eru þær farnar að hugsa um þetta, svo þegar þær hafa náð 36 vikum eru þær komnar með hugmynd um hvernig þær vilja takast á við fæðinguna.

Af hverju ekki að ræða við þær fyrr, jafnvel áður en þær verða ófrískar?

Á sumum stöðum í Englandi fer kennsla fram í skólum. Það er ekki algengt en þá er kennt í unglingadeild og talað um fæðingu við táningsstelpur og -stráka. Eins og ég segi þá er þetta ekki algengt en er að fá aukna athygli. Við þurfum að sýna fram á með heimildum að þetta sé æskilegt svo hægt sé að fá fjármagn til að gera þetta. Flestar ljósmæður vinna með konur eftir að þær verða ófrískar, ekki mikið áður, en þetta er góð hugmynd.

Í erindi þínu talaðir þú um fæðingarstillingar, þú mælir með að konur sé í uppréttri stellingu. Við ræddum líka um verkefnið sem er í gangi á Landspítalanum varðandi spangarstuðning til að fækka þriðju og fjórðu gráðu rifum. Eftir að þetta verklag var tekið upp þá fæða flestar konur í rúminu liggjandi á bakinu eða á hliðinni. Það mátti skynja það að þú værir ekki sammála þessari aðferð, getur þú rætt það?

Já, ég er ekki sannfærður um þetta verklag. Ástæðan fyrir því að ég er ekki sannfærður um ágæti þess er að rannsóknarniðurstöður segja mér ekki að þetta sé góð aðferð. Í rannsóknum kemur fram að stellingar eins og upprétt staða sé betri fyrir útkomu spangar. Gögn um hvort styðja eigi við spöng eða ekki eru óljós. Það hafa verið gerðar að minnsta kosti fjórar til fimm rannsóknir um það og þær sýna að „hands off“ leiði ekki frekar af sér þriðju og fjórðu gráðu rifur. Svo þegar ég lit á þessar rannsóknarniðurstöður þá sé ég ekki ástæðu til að taka upp þetta verklag. En ég skil að ef deildin hefur háa tíðni af þriðju og fjórðu gráðu rifum, sem er vont fyrir konur, þá er eðlilegt að fundin sé aðferð til að draga úr þeim. Mér skilst að þessi norska rannsókn hafi sýnt fram á mun með þessari aðferð, en þetta er bara einn spítali og ein rannsókn. Ég myndi vilja sjá aðrar ástæður fyrir þessum rifum. Það er bein tenging við áhaldafæðingar. Hver er ástæðan fyrir því að þriðja og fjórðu gráðu rifa kemur í eðlilegar fæðingar? Athuga þarf aðrar ástæður eins og stærð barna og of háa tíðni spangarklippinga, en rannsóknir sýna fram á auknar líkur á vondum rifum þá. Ég myndi athuga þetta meðal annars áður en ég færi að breyta verklagi í „hands on“. Ég er samt ekki að gagnrýna það sem þið hafið gert hérna, mér skilst að þið hafið náð ágætum árangri í að fækka þriðju og fjórðu gráðu rifum. En ég tel að fræðin styðji ekki þetta verklag.

Þú talaðir um innsæi ljósmæðra, að þær ættu að hlusta á það. Síðustu ár hafa verið búnar til verklagsreglur um margt í barn-eignarferlinu og mörgum finnst að þær fari illa saman við innsæi ljósmæðra, að með þeim sé jafnvel verið að taka sjálfstæði af ljósmæðrum, hvað finnst þér um það?

Já, það er rétt, þetta getur verið erfitt. Við vitum að ljósmæður verða öruggar í starfi með tímanum, öryggið kemur með aukinni starfsreynslu. Rannsóknir sýna að verklagsreglur hjálpi nýtskrifuðum ljósmæðrum, ljósmæðranemum, en með reynslunni er okkur ljóst að ljósmæður geta tekið sjálfstæðar ákvarðanir fyrir konur og verið þar af leiðandi sveigjanlegar. Mér finnst að verklagsreglur eigi að vera leiðbeinandi en ekki reglur sem verði að fara eftir, við ættum að vera sveigjanleg því að konur eru mismunandi. Því verðið þið að nota reynslu ykkar og dómgreind.

Í erindi þínu talaðir þú um skilgreiningu á hvenær fæðing hefst (virkt stig), segðu okkur frá því.

Niðurstöður margra bandarískra rannsókna segja að miða ætti við að fæðing hefjist þegar konan er komin með sex í útvíkkun. Ég get alveg verið sammála því. Aðalmálið er hins vegar hvernig á að styðja konur þangað til að því kemur, því margar konur munu glíma við fæðingarverki jafnvel í margar tíma áður en þær ná sex í útvíkkun svo við verðum að finna leið til að hjálpa þeim. Ef við ætlum ekki að sinna þeim á fæðingardeildum á þessum tíma, hvert eiga þær þá að fara? Getum við stutt þær heima hjá sér, eða einhvers staðar annars staðar? Það er góð ástæða fyrir því að miða við sex í útvíkkun, við höfum áhyggjur af keisaratiðni í Bandaríkjunum og í Englandi eru framkvæmdir of margir keisaraskurðir hjá frumbyrjum vegna ónægs

framgangs. Ef við breytum skilgreiningunni á aktívu stigi í sex getum við sennilega fækkað keisaraskurðum. En það eru aðrir hlutir sem við getum gert eins og að nota 4ra klst „actionlínu“ eins og er farið að gera á Landspítalanum. Nota það á partogrammið. Það gefur okkur oft meiri tíma áður en við grípum inni ferlið, eins og með belgjarofi og að setja upp syntocinon dreypi. Ég held að þetta sé góð þróun en við verðum að finna aðferð til að styðja konur þegar þær eru ekki komnar á spítalann.

Þú talaðir um ótímabæran rembing, þ.e. áður en útvíkkun lýkur. Okkur var kennt það í náminu að ef konur færu að rembast áður en útvíkkun lýkur, þá gæti það valdið þykknun á leghálsi. Þú talaðir um að það væri í lagi að rembast þrátt fyrir að útvíkkun sé ekki lokið, segðu okkur frá því.

Já, það eru ekki til miklar rannsóknir um þetta efni, þekkingin er tilkomin vegna þess sem aðrar ljósmæður hafa sagt okkur. Vandamálið sem ég sé við þetta er að ef þú segir við konu að hún megi ekki rembast, þegar þær rembast ósjálfrátt, þá geta þær upplifað tvöföld skilaboð: „Ég verð að rembast, ekki segja mér að ég megi það ekki“, svo það er ekki gott að segja þetta við konur. Ef þetta skiptir ekki máli fyrir fæðinguna þá eigum við bara að hafa hljótt og leyfa þeim bara að rembast ef þær eru með rembingþörf. Mér finnst betra að leyfa konunni að hlusta á innsæi sitt og í flestum tilfellum er það í lagi, útkoman verður sú sama, hún fer á annað stig ef maður biður, það er mín ráðlegging.

Er ekki munur á frumbyrjum og fjölbyrjum hvað þetta varðar?

Jú, það er rétt. Margar ljósmæður meta oft ástandið einstaklingsbundið, t.d. framhöfuðstöðu. Ef konan upplifir ekki erfiðan og óbærilegan sársauka þá held ég að það bæti ekki ástandið að gefa konunni mænurótardeyfingu. Ég held að við eigum bara að biða og sjá til hvað gerist. Í langflestum tilfellum leiðréttir þetta sig og þetta blessast í lokin. Auðvitað þurfum við stundum að nota deyfinguna, sérstaklega þegar konan getur ekki meira, en ég myndi prófa aðra hluti eins og baðið, breyta um stellingar og vatnsbólur kannski. Það sem er held ég erfiðast í ljósmóðurfræðum er að þú vilt ekki vera annaðhvort svartur eða hvítur og ekkert í milli. Þú verður að taka sjálfstæðar ákvarðanir og vera sveigjanlegur.

Af hverju heldur þú að það sé svona mikill munur á ósjálfráðum rembingi og stýrðum rembingi?

Ég held að það sé af því að ljósmóðirin trúir því að ef hún stýri rembingi þá verði betri framgangur. Að það stytti annað stig fæðingarinnar, að þetta sé betri aðferð. Ef þær tryðu þessu ekki þá myndu þær ekki gera það. Það er mikilvægt að þær geri sér grein fyrir að ósjálfráður rembingur inniheldur eðlileg lífeðlisleg viðbrögð sem eru verndandi fyrir móður og barn. Eins og það að halda ekki inni andanum í of langan tíma, öruggara er að halda niðri andanum í stuttan tíma,

rembast með opinn munninn og búa til hljóð á meðan rembingnum stendur. Þetta eru allt saman lífeðlisleg og eðlileg hegðun. Ljósmæður eiga ekki að segja konum að hætta þessu því þetta er eðlilegt. Ef rætt væri við ljósmæður sem eru að stýra rembingi og þetta útskýrt fyrir þeim, þá held ég að þær myndu hætta því.

Það er þó stundum við hæfi að nota stýrðan rembing, eins og þegar fæðing hefur dregist á langinn og það er farið að huga að notkun áhalda við fæðinguna, þá má prófa þetta til að vita hvort það hjálpar. En fyrst og fremst á rembingurinn að vera eðlilegur, þ.e. konan finnur það hjá sjálfri sér hvernig hún á að rembast. Við erum að breyta lífeðlisfræðinni með því að stýra konum í að halda niðri í sér andanum og rembast. Engar rannsóknir sýna fram á gagnsemi þess.

Hvernig getum við eftt konur með tilliti til væntinga þeirra og fengið þær til að vera sveigjanlegar og raunsæjar?

Það getur verið flókið. Eitt af því sem ég sagði ekki í fyrirlestrinum mínum, en hef heyrt frá bæði konum og ljósmæðrum, er að stundum hafa konur tvær leiðir í huganum til að fara í gegnum fæðinguna. Þær hafa væntingar til þess að hafa hana náttúrulega, eðlilega og að hún gangi vel. En þær eru líka sveigjanlegar, þær eru með aðra leið í huganum þar sem þær þurfa einhvers konar aðstoð eða hjálp. Þetta er eins og að ganga á fjall. Kona sem ætlaði sér að fæða heima í vatni sagði mér eftirfarandi myndlíkingu: „Ég er að klifra upp Everest, þetta stóra fjall, og ég fer beint upp án súrefnis af því að ég er sterk og þetta er svo fallegur dagur og það er auðvelt að gera þetta. En hvað ef ég vakna og það er stormur og það er mjög kalt og þá þarf ég að fá aðstoð frá Sherpunum, ég þarf hjálp af því þetta er orðið erfitt. Það er eins og að fara á spítalann, fá meðferð og inngrip. Ég fæði samt barnið og ég fagna því, ég náði toppnum. Önnur leiðin er með aðstoð, því ég þurfti hana en hin er sú að ég geri þetta sjálf. Báðar leiðirnar eru góðar. Ég myndi vilja gera þetta sjálf en ef ástandið breytist þá þarf ég hjálp.“ Það er ekki slæm aðferð að setja þetta upp í svona tvær sögur.

Hvaða tilfinningar bærast innra með þér eftir að hafa hitt allar þessar íslensku ljósmæður hér á Landspítalanum?

Mér finnst þið vera á réttri leið, þið viljið gera ykkar besta fyrir konurnar. Þið eruð að reyna að finna lausnir, jafnvel þó að þið standið í þessum breytingum. Þið gerið ykkur grein fyrir því að það er mjög mikilvægt að standa vörð um eðlilegar fæðingar núna eftir þessar breytingar. Það er jafnvel mikilvægara í dag að þið gerið það, einmitt vegna breytinganna. Ég óska ykkur alls hins besta. Vonandi gengur þetta vel hjá ykkur. Þið eruð með rétta viðhorfið og hugarfarið.

Hrafnhildur Ólafsdóttir
Embla Ýr Guðmundsdóttir



Menntun ljósmæðra á Norðurlöndum í nútíð og framtíð

Fundur og vinnusmiðja á vegum Norðurlandasamtaka ljósmæðra (NJF) haldinn í Kaupmannahöfn dagana 27. og 28. ágúst 2014.

Fundurinn var skipulagður og haldinn af danska ljósmæðrafélaginu.

Þátttakendur voru:

- Danmörk:** Lillian Bondo, formaður ljósmæðrafélags Danmerkur.
Kit Dynnes Hansen, varaformaður.
Bodil Kirstine Møller.
Githa Cajus.
- Finnland:** Eva Matintupa, námsstjóri framhaldsnáms og lektor við Novia University of applied sciences, Vaasa.
Eva var jafnframt fulltrúi stjórnar finnska ljósmæðrafélagsins á fundinum.
- Ísland:** Áslaug Valsdóttir, formaður ljósmæðrafélags Íslands.
Helga Gottfreðsdóttir, dósent, námsbrautarstjóri, námsbraut í ljósmóðurfræði. Háskóli Íslands.
Hildur Kristjánsdóttir, forseti Norðurlandasamtaka ljósmæðra og lektor við námsbraut í ljósmóðurfræði. Háskóli Íslands.
- Noregur:** Kari Bjerck, lektor við háskólann í Tromsø.
Mirjam Lukasse, lektor við University College í Ósló og Akershus.
Nanna Voldner frá University College í Ósló og Akershus.
- Svíþjóð:** Ingela Wiklund, formaður sænska ljósmæðrafélagsins.
Eva Louise Nordlund, varaformaður sænska ljósmæðrafélagsins.
Marianne Johansson, lektor við Borås Högskola University.
Lis Munk várdörfbundet
- Færeyjar:** Annika Hoydal, formaður færeyska ljósmæðrafélagsins.
Lillie Eliassen, í stjórn færeyska ljósmæðrafélagsins.

Tilgangur fundarins og vinnusmiðjunnar var að ræða menntunarmál ljósmæðra á Norðurlöndunum og starfsvettvang stéttarinnar. Umræða um menntunarmál hefur ætíð verið fyrirferðarmikil á stjórnarfundum Norðurlandasamtaka ljósmæðra og er það ein ástæða þess að fundarröð á vegum samtakanna hefur verið haldin tvisvar um það mál.

Á fundinn mættu formenn ljósmæðrafélaganna (nema frá Finnlandi). Einnig mætti áhrifafólk innan menntakerfisins í löndunum sem þekkir vel til menntunarmála og starfsvettvangs ljósmæðra, hvað er líkt, hvað er ólíkt og framtíðarsýn. Ánægjulegt var að formaður færeyska ljósmæðrafélagsins kom til fundarins.

Fyrri dag fundarins var rætt vítt og breitt um fyrirkomulag menntunar í löndunum og hver væru næstu skref varðandi menntun ljósmæðra. Fulltrúar ljósmæðranáms frá öllum löndunum kynntu námsleiðir í sínum löndum, inntökuskilyrði, uppbyggingu námsins, á hvaða skólastigi það er, hvaða gráða veitir starfsréttindi og með hvaða gráðu er útskrifast. Lengd námsins var kynnt, starfsumhverfi, lagarammar og starfsvettvangur. Veikleikar og styrkleikar þessara þátta voru ræddir þar sem við átti.

Það er yfirlýst stefna norska ljósmæðrafélagsins að stefnt skuli að því að ljósmæðranám verði fimm ár til meistaraþráðu og starfsréttinda og að tekið verði inn í námið strax að loknu stúdentsprófi. Opinber andstaða er við þessa stefnu og hefur háskólinn í Ósló ákveðið að hefja tveggja ára meistaranám sem leiðir til starfsleyfis sem ljósmóðir

í janúar 2015. Gert er ráð fyrir 30 eininga meistaraverkefni. Rétt fyrir fundinn í Kaupmannahöfn fékk háskólinn í Tromsø boð um að þróa fimm ára nám í þeim anda sem norska ljósmæðrafélagið vill stefna að. Fundarmenn voru gífurlega spenntir að heyra af þessu og er mikil tilhlökkun að heyra hvernig þetta mun þróast.

Sænska ljósmæðrafélagið stefnir einnig að námsleið sem tekur fimm ár og lýkur með starfsréttindum sem ljósmóðir og meistaraþráðu. Þar hefur einnig verið fyrirstaða frá stjórnvöldum að hrinda þessu af stað á landsvísi. Fjórtán skólar í landinu annast menntun ljósmæðra og hafa þrír þeirra sent inn umsókn um að fá að hefja þróun nýrrar námsleiðar og er beðið svara varðandi þetta.

Finnar hyggjast ekki breyta sínu námi og segja það hafa gengið afar vel. Þó hefur verið núningur frá finnska hjúkrunarfélaginu sem dregur í efa að menntun þeirra sé nægjanleg til þess að þær fái sjálfráfa starfsréttindi sem hjúkrunarfræðingar sem hluta af ljósmæðranámi.

Í Danmörku er búið að skipuleggja tveggja ára meistaranám fyrir ljósmæður við háskólann í Óðinsvéum sem þær geta hafið eftir að ljósmæðranámi lýkur. Þetta nám hófst í haust.

Fulltrúi Færeyja í hópnum lýsti áhuga færeyskra ljósmæðra á að fara í sitt nám eftir hjúkrunarnám og þá helst á Íslandi í ljósi þess að í Færeyjum er nám í hjúkrunarfræði að íslenski fyrirmynd. Enn sem komið er eru langflestar færeyskar ljósmæður menntaðar í Danmörku.

Á meðfylgjandi mynd má sjá yfirlit yfir stöðu menntunar á Norðurlöndunum.

Fulltrúar Íslands sögðu frá því að verið væri að endurskoða námskrá í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands með það að leiðarljósi að námið yrði fimm ára meistaranám til starfsréttinda. Sagt var frá könnun sem ljósmæðrafélag Íslands og námsbraut í ljósmóðurfræði stóðu að og gerð var meðal ljósmæðra á Íslandi.

Rafrænn spurningalisti var sendur til 286 ljósmæðra af póstlista félagsins og heildarsvörun var 39,5%. Í könnuninni var staða ljósmæðramenntunar eins og hún er í dag kynnt. Settir voru fram þrír mögulegir valkostir:

1. Vilt þú fara þá leið í námi ljósmæðra að inntökuskilyrði sé stúdentspróf eftir að hafa tekið inntökupróf, og því ljúki með meistaraþráðu til starfsréttinda eftir fimm ára nám? Mögulegt væri að bæta einu ári við til að ljúka hjúkrunarnámi til starfsréttinda. Samtals um sex ár.
2. Vilt þú hafa nám ljósmæðra óbreytt frá því sem nú er, inntökuskilyrði BS-próf í hjúkrun og starfsréttindi sem hjúkrunarfræðingur? Ljósmæðranám í tvö ár til kandiðatsprófs/starfsréttinda og meistaranám í ljósmóðurfræði eitt ár til viðbótar. Samtals sjö ár.
3. Vilt þú að nám ljósmæðra verði fullt tveggja ára nám sem lýkur með meistaraþráðu til starfsréttinda? Inntökuskilyrði er BSc nám í hjúkrunarfræði og starfsréttindi sem hjúkrunarfræðingur og eins árs starfsreynsla við hjúkrun. Samtals sex ár.

Niðurstöður könnunarinnar voru á þann veg að rúmlega 13% ljósmæðra vilja halda óbreyttu námi, 41% völdu leið eitt eða

	Danmörk	Finnland	Ísland	Noregur	Svíþjóð	Færeyjar
Inntökuskilyrði	Stúdentspróf	Stúdentspróf	Hjúkrunarpróf og leyfi 240 ECTS	Hjúkrunarpróf og leyfi 180 ECTS	Hjúkrunarpróf og leyfi 180 ECTS	Flestar læra í Danmörku
Tímalengd náms	3 ½ ár 3 skólar	4 ½ ár <u>Tvöföld</u> <u>starfsréttindi</u> 8 skólar Háskólanám	2 ár 1 skóli Háskólanám	2 ár 5 skólar Einn háskóli og tveir skólar ljúka með MSc prófi	1 ½ ár 14 skólar Ýmist háskólar eða ekki	
Námseiningar (ECTS) ljósmóðurnáms til starfsréttinda	210	270 (starfsréttindi bæði sem hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir)	120	120	90	
Samtals námseiningar (ECTS) til starfsréttinda	210	270	360	300	270	
MSc gráða (ECTS)	120 Gráða er kandiðatsgráða í ljósmóðurfraði eða heilbrigðisfræði	90	65	Í 2 skólum hluti af starfsleyfi. Nám úr öðrum ljósmæðraskólum: 60	Ljósmæðranámi lýkur með magistergráðu sem veitir beinan aðgang að doktorsnámi	
PhD gráða (ECTS)	180	240	180	180	240	

Mynd 1. Yfirlit yfir ljósmæðranám á Norðurlöndum.

fimm ára nám til meistaraþrófs og starfsréttinda og 45% leið þrjú, eða að ljósmæðranámi ljúki með meistaraþrófi og hjúkrunarnám/hjúkrunarleyfi er inntökuskilyrði (sbr. mynd hér á eftir).

Svarmöguleiki	Svör % (fjöldi ljósmæðra)
Leið 1	41,1% (46)
Leið 2	13,4% (15)
Leið 3	45,5% (51)

Hægt er að nálgast nánari upplýsingar um könnunina á skrifstofu Ljósmæðrafélags Íslands.

Seinni dag fundarins var unnið í hópum. Settar voru fram þrjár spurningar sem hóparnir fjölluðu um.

Lengd ljósmæðranáms.

Niðurstaða fundarins var sú að fimm ára mastersnám í ljósmóðurfraði til starfsréttinda væri óskaleiðin. Rætt var um að slíkt nám ætti ekki að vera 3+2 eins og oft er talað um. Rætt var um mikilvægi þess að ljósmæður sjálfar sæju þennan valkost sem heppilegan og til þess fallinn að auka enn á virðingu stéttarinnar. Í því sambandi var bent á að dýralæknar og lækna ljúka víða námi á fimm árum. Bent var á mikilvægi þess að gæta þess að námið henti starfsumhverfi og verkefni/verkefnum ljósmæðra í hverju landi.

Starfssvið ljósmæðra (e. scope of practice).

Fundurinn var sammála um og lagði áherslu á að í ljósmæðranámi verði lögð áhersla á kennslu og þjálfun á þeim sviðum sem alþjóðasamþykktir (t.d. ICM og WHO) ná til, jafnvel þó ljósmæður hafi ekki tækifæri til að sinna þessum þáttum í sínu landi. Til dæmis sinna ljósmæður í Danmörku ekki sængurlegu nema á einstaka stað, einnig sinna ljósmæður ekki meðgönguvernd í Finnlandi.

Mikið er horft til Svíþjóðar varðandi þennan þátt þar sem ljósmæður sinna konum á öllu frjósmisskeiði þeirra.

Nokkur umræða skapaðist einnig um íslenska þýðingu á orðinu „midwifery“, en það er ekki enn til íslenskt orð yfir það. Rætt var um hvort nota mætti orðið ljósmæðrun yfir midwifery þar sem orðið mæðrun virðist vera að ná fótfestu í málinu, sbr. staðgöngumæðrun. Bent var á í þessu samhengi að hjúkrunarfræðingar tala um hjúkrun (e. nursing).

Sameiginleg menntun/námskrá.

Umræða varð um að hve miklu leyti væri heppilegt að námskrár landanna væru sameiginlegar. Nemendaskipti milli landa hafa ekki verið vandkvæðum bundin og það sem helst hindrar eru tungumálaerfiðleikar og tryggingar sumstaðar eins og í Englandi. Menndur sem fara í skiptinám á vegum Erasmus og Nordplus fara með þeim skilyrðum að gestgjafinn tryggi nemandann.

Niðurstaða fundarins.

Lagt var til að Norðurlandasamtök ljósmæðra (NJF) myndu senda frá sér yfirlýsingu um hvernig æskilegt skipulag náms væri hvað varðar þætti eins og innihald og tímalengd. Hvað félögin teldu best til þess fallið að mennta ljósmæður til þeirra starfa sem þeim er ætlað að sinna. Yfirlýsingin má gjarnan vera löng og til þess fallin að hægt sé að vinna frekar með hana í hverju landi fyrir sig.

Ennfremur var ákveðið að stofna vinnuhóp aðila sem hefðu sterka tengingu við stjórn félagsins og menntun ljósmæðra. Vinna hópans mun fara fram á fjárfundum og gegnum tölvusamskipti. Þessi hópur á skoða spurningar þær sem hóparnir unnu með og skila skýrslu til stjórnar NJF um miðjan febrúar 2015. Skýrslan mun svo verða til umfjöllunar á næsta stjórnarfund NJF.

Í þessum vinnuhópi sitja Kit Dynnes Hansen frá Danmörku, formaður hópans, Kari Bjerck frá Noregi, Marianne Johansson frá Svíþjóð, Annika Hoydal frá Færeyjum, Eva Matintupa frá Finnlandi og Helga Gottfredsdóttir frá Íslandi.

Hildur Kristjánsdóttir
Áslaug Valsdóttir

Stjórnarfundur NJF



Hildur Kristjánsdóttir,
forseti Norðurlandasamtaka
ljósmæðra



Áslaug Valsdóttir,
formaður Ljósmæðrafélags
Íslands.

Stjórnarfundur Norðurlandasamtaka Ljósmæðra (NJF) var haldinn í Helsinki í Finnlandi dagana 11. –12. mars 2014. Fundurinn var haldinn á Hótel Helka sem er miðsvæðis í Helsinki og sátu hann að þessu sinni fulltrúar allra Norðurlandanna. Áslaug Valsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir sóttu fundinn fyrir Íslands hönd.

Fundurinn hófst á hefðbundnum fundarstörfum. Terhi Virtanen, formaður finnska ljósmæðrafélagsins, bauð fundargesti velkomna og ræddi stuttlega fyrirkomulag fundarins og hagnýta þætti. Að því búnu tók forseti samtakanna við fundarstjórn. Fundarmenn kynntu sig stuttlega. Að því loknu var gengið til hefðbundinnar dagskrár sem fólst m.a. í samþykkt fundarboðunar, vali á fundarritara, yfirferð og samþykkt fundargerðar síðasta fundar sem haldinn var í Osló 2013. Forseti flutti skýrslu sína og farið var yfir póstlista stjórnarmeðlima.

Að venju höfðu öll löndin sent skýrslu sína til fundarins fyrirfram. Fulltrúi hvers lands kynnti meginefni sinnar skýrslu og svaraði fyrirspurnum. Skýrslurnar liggja frammi á skrifstofu Ljósmæðrafélags Íslands og er hægt að lesa þær þar. Hér á eftir verður stiklað á stóru úr skýrslum landanna og umræðum um þær.

DANMÖRK

Haustið 2014 mun hefjast meistaranám (kandidatsnám samkvæmt danska háskólakerfinu) í ljósmóðurfræði (Midwifery science) við Syddanska háskólann í Óðinsvéum. Háskólinn í Árhúsum hafði einnig boðist til að hafa slíkt nám, en talið var að það myndi skapa óheppilega samkeppni um nemendur þar sem ekki er gert ráð fyrir að fleiri en 20–30 nemendur séu teknir inn árlega.

Ráðgert er að meðgönguvernd færist til sveitarfélaga í stað þess að hafa heyrt undir hvert hinna fimm amta áður og þar með skapað gott tækifæri til samfelli í þjónustu. Ekki er gert ráð fyrir að sængurleguþjónusta flytjist til sveitarfélaga. Stöðugildum ljósmæðra hefur fjölgað um 400 fullar stöður frá árinu 2007, meðal annars vegna þess að ljósmæður starfa meira við meðgönguvernd, ómskoðanir og sæng-

urlegu. Gert er ráð fyrir að ljósmæður komi meira að nýburajónustu en það hefur ekki verið svo fram til þessa. Ljósmæðrafélagið vinnur að stefnumörkun um sex meginstöpla ljósmæðraþjónustu í landinu. Allir stjórnálamenn landsins hafa fengið senda skilgreiningu á störfum ljósmæðra frá árinu 2012 (sjá: http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Politik_og_organisation/Politik_og_visioner/2012_Strateginotat_efter_kongres_og_HB_2012.pdf). Um þetta var fjallað ítarlega í fundargerð síðasta árs. Mjög mikilvægt skjal og virkilega þess virði að lesa það.

Ljósmæður starfa í auknum mæli í einkareknum einingum, bæði sem sjálfstæðir verktakar og einnig sem ráðnir starfsmenn. Það nýjasta er opnun fæðingardeildar sem ljósmóðir á og rekur. Fjármögnun kemur frá hinu opinbera, að einhverju leyti í formi verkefna.

FINNLAND

Breytingar á heilbrigðiskerfinu hafa orðið á þann veg að fæðingardeildum með færri en 1.000 fæðingar á ári hefur verið lokað sem hefur valdið miklum óróa í samfélaginu. Ennþá eru 12 sjúkrahús með 1.000 fæðingar eða færri og er búist við lokun þeirra fljótlega. Ljósmæður hafa þungar áhyggjur af þessu og segja ófremdarástand skapast víða. Sem dæmi hefur óskipulögðum heima-fæðingum/vega-fæðingum fjölgað og fjöldi kvenna þarf að ferðast mörg hundruð kílómetra á fæðingarstað.

Atvinnuleysi meðal finnskra ljósmæðra er enn lágt og skortur er á ljósmæðrum. Fæðingardeildir í landinu eru nú um 30 og er búist við að þeim muni enn fækka. Verið er að ræða flokkun sjúkrahúsa og kvenna í lága áhættu og mikla áhættu. Eins og áður sagði hefur fæðingum á leið á fæðingarstað fjölgað og 2011 voru þær 35. Árið 2012 fæddust svo 63 börn á leið á sjúkrahús og 60 börn (123 börn samtals) fæddust utan sjúkrahúss af öðrum ástæðum (ekki fyrirfram ákveðin heima-fæðing). Fyrir tíu árum var þessi tala 65 börn samtals. Að auki hafa 20 heima-fæðingar verið fyrirfram ákveðnar.

Verið er að endurnýja löggjöf um feðrun barna, en þetta varðar fyrst og fremst þör sem eru í sambúð, og vonir standa til að löggjöfin muni einnig ná til foreldra af sama kyni.

Leiðbeiningar um barneignarþjónustu voru gefnar út í október 2013. Þær fjalla m.a. um fjölda skoðana í meðgönguvernd og hafa þegar haft mikil áhrif á þær. Fjallað er um heilbrigðisþjónustu fjölskyldunnar og leiðbeiningar um heimaefðingar (um 20 á ári) fylgja með.

Árið 2011 fæddust 59.856 börn og meðalaldur fæðandi kvenna var 30,3 ár. Keisaraskurðir voru 16,3% fæðinga árið 2012 og hefur tíðnin verið nokkuð stöðug síðustu ár. Notkun sogklukku við fæðingar hefur aukist nokkuð, var 5,8% fyrir tíu árum, en var 8,7% árið 2012. Spangarskurðum hefur fækkað um 15% síðustu 10 ár og voru gerðir við 22% fæðinga árið 2012. Epiduraldeyting var notuð við 48% fæðinga árið 2012. Haldin hefur verið skrá yfir 3. og 4. gráðu rifur frá árinu 2004 og hefur tíðnin haldist nokkuð stöðug og var 1,2% árið 2012.

FÆREYJAR

Órói hefur einkennt störf ljósmæðra í Færeyjum undanfarið vegna stöðu yfirljósmóður og deildarstjóra fæðingardeildar. Ein ljósmóðir hefur sinnt báðum stöðum og hafa lækna sett sig upp á móti því að yfirljósmóðir sé við deildina í fullu starfi. Í stjórnskipulagsmálum er aðeins ein ljósmóðir og hefur því eðlilega lítil áhrif meðal fjölda lækna og hjúkrunarfræðinga. Í desember 2013 var auglýst eftir yfirljósmóður. Anna Sofie Veyhe var ráðin og hóf hún störf 1. maí sl.

Í félaginu eru nú 21 starfandi ljósmóðir og sjö félagar eru á eftirlaunum. Samið var um laun ljósmæðra snemma árs 2013, þar sem meðal annars var samið um lífeyrisgreiðslur. Samið var um almenna launahækkun dagvinnulauna og prósentuaukningu á vaktalág sem var 20% fyrir kvöldvaktir, 30% fyrir næturvaktir og 20% fyrir laugardaga. Ósk um styttingu vinnuviku var hafnað og er vinnuvikan 40 stundir.

Fæðingar í Færeyjum voru 608 árið 2013 og að auki tvær fyrirfram ákveðnar heimaefðingar, báðar í vatni. Ljósmæður hafa áhyggjur af því að geta ekki viðhaldið þekkingu sinni og færni og leita því út fyrir landsteinana, aðallega til Danmerkur og Noregs til þess að viðhalda henni. Umræða um endurmenntun ljósmæðra og leiðir til að viðhalda færni og þekkingu er mikilvæg í öllum löndunum og hefur sérstaklega verið rædd varðandi ljósmæðraþjónustu á litlum fæðingareiningum og í dreifðum byggðum landanna.

ÍSLAND

Visað er til skýrslu formanns LMFÍ frá aðalfundi félagsins. Sérstaklega var rætt um fækkun fæðingarstaða og atvinnuleysi meðal ljósmæðra. Tekin var upp umræða um skapabarmaaðgerðir og aðrar aðgerðir á kynfærum kvenna. Einnig var sagt frá þeim málum sem félagið hefur rekið fyrir félagsmenn sína varðandi rétt við stöðumissi.

NOREGUR

Starfsárið hefur einkennt af miklum átökum innan félagsins og samkeppni við ljósmæðradeild norska hjúkrunarfélagsins. Þegar þetta er skrifað hefur formaður félagsins, Marit Heiberg, látið skyndilega af störfum og nýr formaður var kosinn í ágúst á aukaaðalfundi. Ráðgert er að ritstjóri tímaritsins verði ráðinn í fulla stöðu innan skrifstofu félagsins en ekki í verktakastöðu eins og verið hefur. Meðlimir í félaginu eru 2.450 og fjólgar stöðugt.

Töluverðar hræringar eru í menntun ljósmæðra. Yfirlýst stefna félagsins er að námið verði fimm ára nám sem ljúki með meistaraþrófi og starfsréttindum og að hjúkrunarnám sé ekki inntökuskilyrði í námið. Þessu er norska hjúkrunarfélagið alfarið á móti og hefur málið ekki fengið brautargengi í þinginu. Þó hefur háskólanum í Tromsø boðist að skipuleggja slíkt nám í tilraunaskyni. Í tveimur skólum er nú í boði ljósmæðranám sem lýkur með meistaraþrófi. Í því námi er sérstaklega kennt um útgáfu ljósmæðra á lyfseðlum sem gerir það að verkum að skipuleggja þarf námskeið fyrir allar ljósmæður um efnið.

Mikil umræða er um rétt ljósmæðra til að gefa út lyfseðla fyrir

getnaðarvarnir og fóstureyðingum. Fóstureyðingum hefur fækkað í aldurshópnum 16–20 ára, en fjölgað meðal 20–25 ára. Norskar ljósmæður hafa samkvæmt lögum rétt til þess að neita að taka þátt í fóstureyðingum. Bent var á að mörgum ljósmæðrum þætti erfitt að vera við fóstureyðingu fósturs sem er 21v 6d á einni stofu og taka á móti jafngömlu föstri á næstu stofu þar sem allt er gert til að bjarga lífi þess. Umræða varð á fundinum um siðferðisleg álitamál sem tengjast þessu og kom fram að í Svíþjóð er mikil umræða um hvort innleiða eigi þennan rétt og sumar stéttir hafa lýst yfir andstöðu sinni með það. Ljósmæður ræða hvort hægt sé að vera ljósmóðir og vera á móti fóstureyðingum í ljósi þess að þær sinna konum á öllu barneignarskeiðinu. Í Svíþjóð verður ráðstefna um þessar siðferðislegu spurningar í haust. Fundurinn var sammála um að áhugavert gæti verið að kanna hvort lög um fóstureyðingar hafi áhrif á fjölda fóstureyðinga í hverju landanna.

Árið 2012 var gerð stór rannsókn í Noregi um ánægju kvenna með þjónustu í barneignarferli og kom í ljós að ánægjan er minnst með sængurleguþjónustu. Niðurstaðan var sú að allar konur ættu að fá heimaþjónustu og er horft til Íslands varðandi þetta. Því miður virðast íslenskar rannsóknir um efnið ekki vera til á ensku. Marktækt var að konurnar voru ánægðari í meðgönguvernd hjá ljósmóður en lækni. Norska ljósmæðrafélagið hefur hvatt til þess að skimað verði fyrir ofbeldi af öllu tagi í meðgönguvernd.

SVÍPJÓÐ

Sænskar ljósmæður eru ugðandi um öryggi skjólstæðinga sinna vegna fækkunar ljósmæðra og mikils vinnuálags á þeim fæðingardeildum sem eftir eru. Á þessu ári tók hópur ljósmæðra saman höndum og mótmælti harðlega þjónustu við fæðandi konur í landinu, sérstaklega í Stokkhólmi. Þessi mótmæli hafa leitt til þess að lögð var vinna í að skoða á hverju stjórnmálamann og opinberir starfsmenn byggja ákvarðanir sínar um niðurskurð í heilbrigðismálum.

Í Stokkhólmi er uppi alvarleg staða því þar vantar fæðingardeildir, starfsaðstæður eru slæmar og konur hafa ekkert val. Einkarekin fæðingardeild, sem er fjármögnuð af hinu opinbera, þar sem gert er ráð fyrir 4.000 fæðingum, var opnuð og réði til sín 80 ljósmæður á einni nóttu. Laun hafa hækkað um 4–5.000 sænskar krónur (SEK) á nokkrum mánuðum og til eru mörg dæmi um allt að 8.000 SEK hækkun við að skipta um vinnustað.

Sænskar ljósmæður horfa til danska kerfisins hvað varðar fæðingarþjónustu en þar er gert ráð fyrir að konan hafi tækifæri til að hafa barnið hjá sér, „húð við húð“ í a.m.k. eina klukkustund eftir fæðingu og sömu ljósmóður alla fæðinguna.

ÖNNUR MÁL

Menntun

Rætt var um fyrirhugaðan fund samtakanna um menntunarmál sem verður haldinn í ágúst nk. í Kaupmannahöfn. Fjallað var um mikilvægi þess að skiptast á mikilvægum upplýsingum milli landanna um námskrár og innihald náms ljósmæðra. Gæti það varpað ljósi á það hvað gerir ljósmæður frá Norðurlöndum eins sterkar faglega og félagslega og raun ber vitni. Fundargerð fundarins er að finna í þessu blaði og eru menntunarmál ljósmæðra því ekki rædd frekar hér.

EU-regluverk

Vakin var athygli á að verið er að uppfæra EU-regluverkið um fæðingar og fæðingarþjónustu og að þar hafi á síðasta augnabliki komist inn setning um að ljósmæður starfi á viðurkenndum stofnunum. Þetta er áhyggjuefni og danski formaðurinn benti á að í danski þýðingu regluverksins hefði ljósmóðir dottið út og í staðinn talað um heilbrigðisstarfsmann, sem getur valdið vandræðum við túlkun í framtíðinni. Í finnsku þýðingunni var notað orðið „äitisyhuolto“ sem þýðir meðgönguvernd!

Norrænt samstarf um starfsleyfi ljósmæðra

Síðasta haust kom fram krafa í Danmörku um að ef ljósmæður sem eru menntaðar í Svíþjóð eða Finnlandi vilji fá starfsleyfi í Danmörku verði

þær að hafa minnst eins árs starfsreynslu í heimalandinu. Ákveðið var að stjórn NJF sendi ráðherranefnd Norðurlandasamtakanna bréf þar sem bent væri á að menntun landanna sé mjög lík og samstarfssamningur milli landanna hafi verið í gildi. Þetta skjóti því skökku við og samræmist heldur ekki EU-regluverkinu.

Vinnulag á stjórnarfundum NJF

Tillaga kom fram frá finnska ljósmæðrafélaginu að á fundunum væri lögð áhersla á eitt eða tvö málefni sem væri mikilvægt fyrir alla. Mikill tími hefur farið í umfjöllun um skýrslur landanna sem flestum finnst afar mikilvægt. Aftur á móti vill brenna við að mætt sé á fundina án þess að hafa kynnt sér vel skýrslur landanna sem eiga að berast minnst fjórum vikum fyrir fundinn. Einnig var rætt enn einu sinni að gott væri að ályktun eða fréttatilkynning færi frá öllum aðildarlöndunum að fundi loknum þar sem fram kæmi það sem hæst bar í umræðunum.

Ýmis önnur mál voru rædd á fundinum og eitt margra mála var umræða um hversu löng vinnuvika er hjá ljósmæðrum sem vinna fulla vinnu í löndunum:

Danmörk: 37 tímar (hægt er að taka kvöld- og næturvaktarálag út í fríum sem þýðir þá 30–32 stunda vinnuvika. Hádegishlé er innifalið.

Finland: 38,15 stundir eða 114 klst. og 45 mín. á þremur vikum ef unnin er vaktavinna.

Færeyjar: 40 stundir, óháð því hvor unnin er vaktavinna eða ekki. Hádegishlé er innifalið.

Ísland: Sama og í Færeyjum.

Noregur: 37,5 stundir (hádegishlé innifalið) ef ekki er unnin vaktavinna. 35,5 stundir ef unnar eru þrískiptar vaktir. Ef vaktir eru mikið um helgar eða t.d. á hátíðisdögum getur vinnuskylda farið niður í 33,5 stundir).

Svíþjóð: 40 stundir í dagvinnu, 37–38,25 stundir (án hádegishlés) ef unnið er á vöktum.

Framundan

Næsti stjórnarfundur verður haldinn í Reykjavík 19–20 maí 2015. Næsta ráðstefna Norðurlandasamtakanna verður í Gautaborg 12.–14. maí 2016 en þá er sænska ljósmæðrafélagið 130 ára. Stjórnarfundur NJF verður haldinn fyrir fundinn. Ísland mun svo halda ráðstefnuna 2019, á 100 ára afmæli LMFÍ. Allar frekari upplýsingar er hægt að nálgast hjá undirrituðum.

Verndar og nærir dýrmæta húð



Fylgstu með okkur á Facebook / www.gamlaapotekid.is



GAMLA APÓTEKID / BARNIÐ

Barnalínan frá Gamla apótekunni inniheldur engin viðbætt ilm- og litarefni. Vörurnar í Barnalínunni eru íslenskar vörur þróaðar í samstarfi við lækna og lyfjafræðinga.

Fást í öllum helstu apótekum um land allt

VELJUM ÍSLENSKT

PROMPT á Íslandi

PRactical OBstetric Multi-Professional Training

PROMPT námskeið eru þverfaglegar æfingar fyrir lækna og ljósmæður sem koma að meðgöngu, fæðingu og sængurlegu. Markmið æfinganna eru að tryggja skjótt og markviss viðbrögð við bráðatilfellum og hjálfa samskipti fagfólks með áherslu á skýr skilaboð. Æfingarnar eru afrakstur áralangrar þróunarvinnu og rannsókna á Bretlandi.

Bresk rannsókn (SaFe rannsóknin) sýndi að þekking, verkleg geta og samskipti bötunðu með PROMPT hjálfun. Sama rannsókn sýndi að með innleiðingu PROMPT hjálfunar í Bristol á Englandi varð 50% fækkun á lágum apgar hjá nýburum, 50% fækkun á heilaskemmdum nýbura vegna súrefnisnaðar og 70% færri brachial plexus taugaskaðar hjá nýburum vegna axlaklemmu.

Það sem einkennir PROMPT bráðaæfingarnar er:

- Þjálfun á staðnum sem tilfellið geta komið upp.
- 100% mæting starfsfólks á æfingarnar einu sinni á ári.
- Þverfagleg hjálfun ljósmæðra og lækna.
- Áhersla á teymisvinnu í bráðatilvikum.
- Að kynna og bæta verkferla, oft eftir ábendingum starfsfólks á bráðaæfingunum.
- Notkun á raunverulegum leikmunum, gínunum og leikurum á æfingunum.

PROMPT Á ÍSLANDI

Í mars 2013 voru tvær ljósmæður og tveir sérfræðilæknar send á PROMPT námskeið fyrir leiðbeinendur hjá Royal College of Obstetricians and Gynaecologists í London. Þau komu heim með „Course in a Box“ eða námskeið í kassa. Kassinn innihélt bók fyrir PROMPT leiðbeinendur, aðra bók fyrir þátttakendur og geisladisk með fyrirlestrum og leiðbeiningum fyrir leiknar bráðaæfingar.

Eftir námskeiðið í London tók við mikil vinna við að þýða æfingarnar og staðfæra miðað við íslenskar aðstæður og verklag. Fyrsti PROMPT dagurinn á kvennadeild LSH var haldinn 8. maí 2013. Áætlað er að halda fimm til sex PROMPT bráðadaga á ári.

FYRIRKOMULAG PROMPT BRÁÐAÆFINGA

- Allir starfsmenn fara á PROMPT dag einu sinni á ári.
- Fyrirlestrar fyrir hádegi – bráðaæfingar eftir hádegi.
- Þátttakendunum skipt í teymi sem vinna saman allan daginn.
- Allir þátttakendur fá að láni PROMPT bók til að lesa fyrir bráðadaginn og upplýsingahefti til eignar.



Losun axlaklemmu æfð

Fyrirlestrar og æfingar breytast milli ára. Árið 2013 var eftirfarandi tekið fyrir á PROMPT dögnum:

- Bráðatilvik við deyfingar.
- Endurlífgun móður.
- Hlustun fösturhjártsláttar.
- Blæðing eftir fæðingu.
- Eclampsia.
- Axlarklemma.
- Endurlífgun nýbura.

Í ár var svo eftirfarandi tekið fyrir:

- SBAR.
- Ofnæmislost/endurlífgun móður.
- Hlustun fösturhjártsláttar.
- Blæðing fyrir fæðingu.
- Tvíburar.
- Sitjandafæðingar.
- Endurlífgun nýbura.

LÍF OG HALLA

Styrktarfélagið Lif keypti tvær sérhannaðar PROMPT æfingagínur til að nota við bráðaæfingarnar. Gínurnar eiga að hjálpa til við að líkja eftir raunverulegum aðstæðum. „Börnin“ eru um 3 kg og þar með nálægt eðlilegri fæðingarþyngd, eru þau með liðamót í höndum og fótum sem gera æfingarnar raunverulegri. Grindin eða „mamman“ er einnig góð til kennslu. Hægt er að opna hana þannig að sést inn í grindina og þannig má sjá hvernig handbrögðum er beitt. Grindin hlaut nafnið Lif í höfuðið á styrktarfélaginu en „barnið“ nafnið Halla eftir tveimur leiðbeinendum á PROMPT námskeiðunum.

LEIKKONUR

Á PROMPT æfingunum er reynt að líkja sem mest eftir raunverulegum aðstæðum og hafa ljósmæðranemar, hjúkrunarnemar og læknanemar aðstoðað leiðbeinendurna við að leika konur í meðgöngu og fæðingu. Leikkonurnar fá handrit sem þær styðjast við. Þær hafa sagt okkur að það sé mjög lærdómsríkt að fá að taka þátt í æfingunum.

Halla Ósk Halldórsdóttir ljósmóðir.



Endurlífgun barnshafandi konu æfð.

Ljósusystur



Það var ógleymanleg stund þegar við systurnar vorum boðaðar í Eirberg vorið 2013 í kaffið til eldri ljósusystra. Við horfðum hver á aðra og okkur var tjáð að þetta væru nýju bestu vinkonur okkar og að sambandið ætti eftir að styrkjast á næstu mánuðum. Það var hverju orði sannara. Við ákváðum að hittast á kaffihúsi í miðborginni viku fyrir skólabyrjun til að kynnst betur og þjappa hópnum saman. Við töluðum frá okkur allt vit langt fram eftir kvöldi og fundum fljótt að við höfðum dottið í lukkupottinn og á einu augabragði eignast stóran og samheldinn vinkonuhóp. Óbilandi áhugi á ljósmóðurfræðinni sameinaði hópinn fljótt og áttu kennarar eflaust í mesta basli með að halda áætlun fyrir spurningum og fjörugum umræðum. Við vorum það spenntar fyrir hverri annarri að tilfinningin var nánast eins og að byrja í nýju sambandi.

Þegar við settumst niður til að skrifa þessa grein komu margar skemmtilegar minningar upp í hugann. Verkefnaálagið á fyrstu skólaönninni kom okkur örlítið á óvart, svo ekki sé meira sagt. Við sátum gjarnan langt fram eftir nóttu og kepptumst við að klára verkefni. Sumar enduðu með fleiri en ein gleraugu til að skerpa sýn á löngum andvökunóttum en að sjálfsögðu kom ekki til greina að gefa neitt eftir í kökubakstri fyrir verkefnakynningar og kökurnar því oft bakaðar rétt undir morgun. Mikil spennan ríkti í hópnum þegar við byrjuðum í verknámi eftir áramótin. Við höldum af stað í Hreiðrið með barnasmekki í töskunum sem ætlaðir voru



fyrstu ljósubörnunum. Það var óraunveruleg tilfinning á þessum tíma-punkti að eiga eftir að taka á móti barni – í alvörunni – en núna ári síðar eru ljósubörnin okkar orðin rúmlega 200. Handavinnustykkin eru eflaust orðin álíka mörg því að í bekknum leynast margir handavinnusnillingar. Það var því ekki mikið mál að skella í tíu brjóst til að gefa okkar frábæru stóru systur í útskriftargjöf. Hópurinn er samheldinn og hittist reglulega. Við höfum brallað ýmislegt saman bæði með eldri og yngri ljósusystur okkar, eins og sumarbústaðarferð, partý, vísindaferð og margt fleira.

Þó að við séum búnar að læra heilmikið á þessu eina og hálfu skóla-ári eigum við margt eftir ólært. Óhætt er að segja að þessi tími sé búinn að vera eins og tilfinningaleg rússíbanareid. Við höfum hlegið mikið og grátið smá en alltaf staðið þétt við bakið á hver annarri. Okkur hefur alls staðar verið vel tekið og upp úr standa kynnin við allar þær færur og flottu ljósmæður sem hafa kennt okkur og leiðbeint í skólanum og verknáminu. Það er von okkar að við munum einn daginn standa í þeirra sporum, ríkar af reynslu og þekkingu en alltaf tilbúnar að læra eitthvað nýtt og spennandi. Það er því tilhlökkun að tilheyra þessari frábæru stétt.

F.h. Oddrúnar

Erla Björk Sigurðardóttir og Steinunn Rut Guðmundsdóttir

Harmony + Calma

medela 



CALMA
FYLGR
MED!

Calma brjóstgjafastúturinn
fylgir frítt með öllum tveggja
fasa Harmony handdælum

Mikið úrval Medela í:
Móðurást, Lyfja Lágmúla,
Lyfja Smáratorg, Lyfja Selfoss,
Lyfja Keflavík, Lyf & Heilsa Austurveg,
Lyf & Heilsa Hringbraut, Lyf & Heilsa
Glerártorg & Apótekarinn Akureyri

Ýmus Ehf - www.ymus.is - Dalbrekka 28 - 200 Kópavogur - s: 564-3607

PoxClin[®] CoolMousse

Fyrir börn með hlaupabólu

- Dregur strax úr kláða
- Kælir og dregur úr óþægindum
- Mýkir húðina og hjápar henni að gróa á eðlilegan hátt
- Inniheldur náttúruleg efni



www.poxclin.com


STÉRIMAR

Hreint nef er jafn mikilvægt
...og hreinar tennur

- Sterimar nefúði er miklu meira en saltvatn.
- Úðinn er 100% náttúrulegur
- Inniheldur +37 nauðsynleg snefilefni



• Et tout doux
• En tout bébé

FÆST Í APÓTEKUM

YM

Komin langt út fyrir þægindarammann

Þegar ég var beðin um að skrifa um dvöl mína í Hong Kong þar sem ég starfaði sem ljósmóðir í 13 mánuði hjá einkareknu ljósmæðra-fyrirtæki þá var ég tvístigandi því hvar átti ég að byrja? Fyrirtækið, sem er í eigu tveggja íslenskra kvenna, Huldu Þóreyjar Garðarsdóttur og Krístrúnar Lindar Birgisdóttur, og kallast Annerley auglýsti eftir íslenskri ljósmóður til starfa og ég var á þeim stað í lífinu að mig langaði til að gera eitthvað annað en að vinna á Landspítalanum. Það varð því úr að ég sótti um, fékk stöðuna, seldi hluta af húsgögnunum mínum, bílinn og leigði út íbúðina og flutti út í byrjun júní 2013. Þetta var virkilega stór ákvörðun og að mörgu leyti mjög kvíðvænleg því þeir sem þekkja mig vita hvað ég er mikil fjölskyldumanneskja og að systkinabörn mín eru sem mín eigin. Ég lét þó verða af þessu því í mínum huga var það kvíðvænlegra að líta tilbaka og sjá eftir að hafa aldrei þorað, að taka ekki af skarið og fara út úr þægindarammanum. Flutningurinn til Hong Kong varð því að veruleika og Guð minn góður hvað ég var komin langt út fyrir þægindarammann. Þegar ég mætti var hitastigið rúmlega 30°C og 90% raki þannig að ég var alltaf sveitt, hárið aldrei verið eins krullað og ég sem taldi mig vera nokkuð góða í ensku komst að því að that wasn't the case at all!! Annan eins mannfjölda hef ég heldur aldrei séð samankominn á einum stað og hef ég nú ferðast töluvert um heiminn. Það var gjörsamlega fólk alls staðar og ég upplifði að það vissi ekki hvað persónulegt andrými væri. Já, þetta var erfitt fyrir Íslendinginn sem alinn er upp við alla þessa viðáttu, háhýsin höfðu líka þau áhrif á mig að ég upplifði alltaf að það væri eitthvað sem yfirgnæfði mig



Hulda Þórey, Ólafía og Hafís.

og þrengdi að mér. En þrátt fyrir háhýsi og mannmergð þá vandist Hong Kong ótrúlega fljótt, fyrir utan kannski svitann og krullaða hárið. Fyrir en varði þá fór ég bara að gera eins og innfæddir, ganga aðeins hægar, regnhlífin varð að staðalbúnaði sem varði mig fyrir sól og rigningu og ég keypti mér fullt af nýjum fötum (þótti það ekki leiðinlegt) sem ég gat svitnað í án þess að það sæist. Mínum ástsælu hælaskóm var lagt til hliðar og keypt var ógrynni af flatbotnaskóm til að ganga á en erfitt er að ganga langar vegalengdir í hælum í Hong Kong. Ég varð líka fljótt að verða sjálfbjarga þar sem óvæntar breytingar höfðu orðið innan Annerley sem leiddu til þess að þegar ég kom út þá voru Hulda Þórey og frönsk ljósmóðir einu starfandi ljósmæðurnar innan fyrirtækisins og því nóg að gera. Ég þurfti að vera snögg að koma mér inn í aðstæður, læra á lestarkerfið og gera mig skiljanlega við leigubílsstjórana um hvert förinni væri heitið. Í ófá skipti var mér hent út þar sem þeir sögðust ekki skilja mig og það var ekki fyrir en ég neitaði bara að fara út og ég kynntist Google Map forritinu í símanum mínum (sem ég elska) að þetta fór að ganga. Þetta hafðist allt en fyrstu fjórir mánuðirnir voru gríðarlega erfiðir en oftast en ekki mjög kómiskir, sérstaklega eftir á að hyggja. Að ferðast um alla Hong Kong til að fara í heimaþjónustur og sinna nýbókuðum foreldrum og vera með fæðingarfræðslu fyrir fullan sal af verðandi foreldrum á ensku þar sem enska var oftast en ekki þeirra móðurmál gat tekið á taugarnar. Jafnframt sinntum við



Fjölskyldan kom í heimsókn til Hong Kong.



konum í byrjandi fæðingu heima og fylgdum þeim á þann spítala sem þær höfðu valið að eiga á. Á spítölnum gat maður mætt ansi ólíku viðmóti en því sem ég á að venjast við foreldra í fæðingu og þurfti ég oft að bíta í tunguna á mér. Sérstaklega tók það á þegar maður upplifði algjört siðleysi af hálfu lækna í einkareknum heilbrigðisrekstri sem víluðu ekki fyrir sér að segja við konur að þær væru með of stór börn eða barnið væri með naflastrenginn vafinn um hálsinn og þyrfti því konan að fara í keisaraskurð. Merkilegt hvað þetta jókst alltaf í kringum hátíðisdaga! Ég áttaði mig þar á hversu gríðarlega mikilvægt það er að hafa fyrirtæki eins og Annerley, hvað Hulda og Krístrún hafa unnið gott starf þarna og hversu mikilvæg fræðslan er í umhverfi sem þessu. Aldrei mun ég styðja einkarekna lækniþjónustu eftir þessa reynslu.

Ég var svo heppin að við Annerley starfar ensk kona að nafni Conchita Amende, hún er hjúkrunarfræðingur, ljósmóðir og Health visitor og starfar sem slík. Stuðningur hennar og vinátta get ég með sanni sagt að hafi bjargað lífi mínu, aldrei hef ég kynnst fólki sem kann eins vel að njóta lífsins líkt og hún og eiginmaður hennar gera og þau algjörlega héldu uppi félagslífi mínu með tilheyrandi kokteilum og skemmtilegheitum. Ég kynntist mörgu ofsalega góðu fólki, margt af því miklir heimsborgarar, og virkilega gaman að



kynnast og ræða við en það var einmitt eitt af mörgu sem var svo stórkostlegt við þetta ævintýri. Í Hong Kong er samankomið fólk alls staðar að úr heiminum með ólíka lífsreynslu, lífssýn og viðhorf sem hefur kennt mér svo margt. Ég lærði að vera ekki feimin, að spjalla við ókunnuga og vera ekki á varðbergi líkt og við Íslendingar eigum oft til að vera heldur hugsa frekar hvað ég væri heppin að fá að kynnast nýju fólki og að það er alltaf pláss fyrir einn í viðbót.

Þessir 13 mánuðir voru mikil áskorun fyrir mig persónulega og þó ég hafi lagt upp með í upphafi að vera úti í tvö ár þá fann ég að þessi tími væri nóg og það var mjög erfitt að segja Huldu Þóreyju og Krístrúnu frá þessari ákvörðun minni. Þær voru nú samt svo dásamlegar og virtu ákvörðun mína, hjálpuðu mér eftir bestu getu að ganga frá mínum málum og voru alltaf til staðar ef ég þurfti á aðstoð að halda. Fyrir mig var mesti lærdómurinn að mörgu leyti sá að standa með sjálfri mér og gera það sem ég vissi að mundi gera mig hamingjusama. Líkt og áður segir þá er ég mikil fjölskyldumanneskja og ég saknaði fjölskyldu minnar mjög, sérstaklega strákanna minna sem spurðu reglulega hvort ég færi ekki að koma heim. Ég sá viðtal við séra Jónu Hrönn Bolladóttur um daginn þar sem hún talaði um þá ákvörðun þeirra hjóna að halda út til Ameríku á vit ævintýr-anna og að hún hefði gengið í gegnum ákveðna sorg þegar hún var að pakka öllu sínu og kveðja ástvini. Ég áttaði mig þá á að það var einmitt það sem ég hafði líka gengið í gegnum. Ég skildi það ekki þá en ég skil það núna og þó þetta hafi oft verið erfitt þá var þetta samt svo stórkostlegt og ég er svo þakklát Huldu Þórey og Krístrúnu fyrir að hafa gefið mér þetta tækifæri, ég sé sko ekki eftir að hafa farið, ég lærði svo margt, eignaðist vini fyrir lífstíð og áttaði mig enn frekar á hversu sterk ég er. Einnig fékk ég tækifæri til að ferðast um staði sem ég efast um að ég mundi nokkurn tímann annars fara til, eins og Shanghai, Thailand og Víetnam, ólíkir staðir en allir svo magnaðir. Já lífið getur verið stórkostlegt.

*Ólafía Aradóttir
Ljósmóðir á meðgöngu- og sængurkvennagangi Landspítala*

Sjálfstæður rekstur í höndum ljósmæðra

Vorið 2010 stóðum við stöllum alsælar með lokaverkefni okkar í ljósmóðurfræði undir hendinni og vorum með stóra drauma. Heiti lokaverkefnisins var „Ljósmæðrasetur – hagkvæm barneignarþjónusta í höndum ljósmæðra“. Tilgangur og markmið þessa lokaverkefnis til embættisprófs í ljósmóðurfræði var að skoða kosti ljósmæðrastýrðar þjónustu út frá efnahags- og faglegu sjónarmiði. Einnig að þróa viðskiptaáætlun fyrir sjálfstætt starfandi ljósmæðrasetur sem staðsett yrði utan sjúkrahúss en lokaverkefnið var byggt á þeirri viðskiptaáætlun.



Guðrún (Gúa) og Elín Arna.

Fljótlega eftir útskrift stofnuðum við fyrirtæki sem fékk nafnið Ljósmæðrasetrið sf. og í framhaldinu fórum við að halda námskeið fyrir verðandi foreldra til að undirbúa þá sem best undir það ferðalag sem fæðingin er.

Við fórum á fund Maríu Sigurðardóttur ljósmóður og þáverandi eiganda 9 mánaða og úr varð að við leigðum hjá henni aðstöðu til að halda námskeiðin. Nóg var að gera hjá okkur strax frá upphafi og hafa námskeiðin verið haldin öslitið 3–4 sinnum í hverjum mánuði síðan sumarið 2010 og hafa nú um 1.200 pör setið námskeiðin hjá okkur. Við störfum báðar við fæðingar og finnst það vera mikill kostur þar sem reynsla okkar þaðan nýtist okkur mjög vel á námskeiðunum. Við leggjum þar aðaláherslu á fæðinguna sjálfa og hvað parið getur gert til að vinna sig sem best í gegnum fæðinguna.

Það er ánægjulegt að nú hafa verðandi foreldrar aukið val um þjónustu sem þeir geta sótt á meðgöngunni, eins og fæðingarfræðslunámskeið hjá heilsugæslunni, hjá Lygnu fjölskyldumiðstöð og hjá 9

mánuðum – ljósmæðrasetri. Það sama má segja um brjóstgögnunámsskeið en allir þessir fyrrnefndu staðir bjóða upp á brjóstgögnunámsskeið fyrir verðandi foreldra. Það er mikilvægt að ljósmæður í mæðravernuð upplýsi sínar konur um þá valkosti sem þær hafa um fræðslu á meðgöngunni. Enda segir orðrétt í klíniskum leiðbeiningum Landlæknis í kafla 1.2 um upplýst val: *Mikilvægt er að hverri konu sé gert kleift að taka upplýsta ákvörðun um þá þjónustu sem hún þiggur á meðgöngunni. Það er á ábyrgð heilbrigðisstarfsmanna sem annast konuna að útskýra hvaða valkosti hún hefur og veita skýrar og óhlutdrægar upplýsingar. Virða ber þá ákvörðun sem konan tekur. Þetta er í samræmi við lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 (tilvitnun lýkur).*

Það var svo um mánaðamótin febrúar/mars á þessu ári að breytingar urðu á högum okkar undirritaðra. María Sigurðardóttir kallar okkur á fund til sín þar sem hún segir að hún sé búin að ráða sig til starfa í Danmörku og ætli því að selja fyrirtækið sitt, 9 mánuði. Hún segist vilja bjóða okkur fyrirtækið til kaups. Við þökkum henni vel fyrir að hugsa til okkar en sögðum henni jafnframt að við værum ekki á leið í stærri fyrirtækjarekstur en að halda utan um okkar litla fæðingarfræðslunámskeið.

Áður en kvöldið var liðið vorum við stöllum þó búnar að hringjast á og spá og spekulera hvort þetta gæti hugsanlega verið það sem okkur langaði einmitt til að gera. Hvað varð um drauminn okkar stóra þegar við útskrifuðumst, þ.e. að sinna sjálfstætt rekinni barneignarþjónustu? Hugmyndin um að sinna konum á meðgöngu og þörum á barneignaraldri fannst okkur mjög spennandi. Var hugsanlega kominn vísir að því sem við tókum fyrir í lokaverkefni okkar?

Tíminn var skammur, við höfðum aðeins nokkra daga til að ákveða okkur og útvega fjármagn til þess að fjármagna kaupin. Við urðum því að vinna hratt og vinna mikið. Eftir nokkra daga umhugsun og viðræður við fjármögnunaraðila varð úr að við festum kaup á fyrirtækinu. Við vorum á þessum tíma á leið til Hong Kong að heimsækja skólasystur okkar, Ólafíu Aradóttur ljósmóður, sem var þá við störf í Hong Kong. Sú ferð var löngu ákveðin og hún skyldi standa en úr því að ákvörðun var tekin um að kaupa fyrirtækið 9 mánuði þá breyttist sú ferð svolítið. Úr varð vinnuferð með skemmtilegu ívafi. Þar fengum við að heimsækja fyrirtækið Annerley, ljósmæðrarekið fyrirtæki sem Hulda Þórey Garðarsdóttir ljósmóðir og Krístrún Lind Birgisdóttir reka og eru eigendur að. Það var gaman að heimsækja Huldu og hennar fyrirtæki en hjá henni fengum við margar góðar hugmyndir og upplýsingar sem við gátum nýtt okkur í væntanlegum rekstri. Þegar heim var komið tók við heilmikill lærdómur í rekstri fyrirtækisins þó aðallærdómurinn hafi þó falist í því að læra á þrívíddarsónarinn. Það



gekk mjög vel og María ljósmóðir fór svo til annarra starfa á erlendra grund í apríl og undirritaðar komnar á fullt í skipulagningu og að gera ýmsar breytingar á fyrirtækinu sem fékk viðbótarheiti við kaupin og heitir nú 9 mánuðir – ljósmæðrasetur sf.

Við erum með margar hugmyndir í kollinum og vonandi gefst okkur tími og tækifæri til að koma eitthvað af þeim í framkvæmd. Við teljum að ljósmæður geti vel unnið sjálfstætt og sem sjálfstæðir rekstraraðilar því ljósmæður eru vel menntuð stétt og geta allt sem þær vilja.

Það var ánægjulegt að geta boðið ljósmæðrum og ljósmæðranemum í opið hús 9 mánaða – ljósmæðraseturs 9. október sl. til að kynna fyrir þeim starfsemi fyrirtækisins. Við höfum lagt okkur fram við að gera staðinn að okkar og bæta aðstöðu starfsfólks sem og skjólstaðinga. Við settum á laggirnar nýja heimasíðu í byrjun nóvember sl. www.9manudir.is og útbjuggum fallegan kynningarbækling. Við þökkum þeim ljósmæðrum og -nemum kærlega fyrir að gefa sér tíma til að heimsækja okkur og kynnast fyrirtækinu. Myndir sem hér birtast eru fá þeirri kynningu.

Fyrirtækið 9 mánuðir – ljósmæðrasetur veitir margvíslega þjónustu sem fjallað er um hér á eftir:

SÓNARSKOÐUN

Hjá 9 mánuðum – ljósmæðraseti er boðið upp á tvívíddar- og þrívíddarsónar og hafa vinsældir þrívíddarskoðunar aukist á síðastliðnum árum. Ekki er um neinar fósturrannsóknir að ræða hjá 9 mánuðum og er það sett sem skilyrði fyrir skoðun að konur hafi farið í sónarskoðun í viku 18–20 þar sem aðalgreining fósturgalla fer fram. Þetta er gert samkvæmt ábendingu Landlæknisembættis og upplýsum við allar konur um þessa ábendingu þegar þær óska eftir sónarskoðun. Ef hins vegar kæmi upp sú staða að eitthvað virðist óeðlilegt í skoðuninni munum við að sjálfsögðu ræða það við foreldrana og senda þá áfram til frekari rannsókna.

Foreldrar fá myndir af barninu á pappír og allar myndir bæði í 3D og 4D á USB lykli, en fjórvíddin þýðir að hreyfingum er bætt við, þ.e. hreyfingar barnsins sjást í þrívídd (e. realtime).

Sónartækið okkar er af gerðinni Voluson 70 PRO. sem er sónartæki



í háum gæðaflokki og uppfyllir öll öryggisskilyrði sem slíkt tæki þarf að uppfylla. Voluson tækin eru leiðandi í heiminum á sviði fósturskoðana og gefa einstaklega skýrar myndir af börnum í móðurkviði.

Verðandi foreldrar hafa leyfi til að hafa ættingja með sér í skoðunina ef þeir óska þess. Þar sem ekki er um greiningarsónar að ræða þá höfum við leyft verðandi foreldrum að hafa með sér gesti sem oftast eru þeir sem standa þeim næst, eins og ömmur og afar. Það er gaman að fylgjast með viðbrögðum fólks og það eru ekki síður afarnir sem sýna mikla tilhlökkun þegar þeir sjá væntanlegt barnabarn sitt birtast á skjánum. Það eru miklar tilfinningar sem koma í ljós í skoðunarherberginu, tilhlökkun og jafnvel gleðitár sem renna niður kinnar. Þetta er ánægjustund fyrir fjölskylduna alla og eru fjölskyldumeðlimir oft með margar spurningar sem við svörum eftir bestu getu. Sumar konur hafa mikla þörf fyrir að tjá sig, þær tala um liðan sína, spyrja spurninga og við sem ljósmæður þekkjum vel þarfir og væntingar kvenna og erum því vel til þess fallnar að svara spurningum þeirra. Við teljum okkur því geta sinnt þessari skoðun vel og gefum hverri konu góðan tíma eða allt að klukkustund ef á þarf að halda.

Með okkur í sónarskoðunum er Ásthildur Gestsdóttir ljósmóðir en hún þekkir vel til sónarskoðana bæði á Akranesi og á Ísafirði.

Libero®



Libero Mats



Libero Newborn



Libero Wet Wipes





Við erum í Svansmerkinu –fyrir framtíðina





Libresse

Libero startpakki

Sölustaðir: BabySam • Móðurást • Hagkaup • Fjarðarkaup • Lyfjaver • Lyf og heilsa • Árbæjarapótek • Garðs apótek



ÁÐRAR MEÐFERÐIR ERU:

Nálastungur á meðgöngu

Ljósmaðurnar Súsanna Knútsdóttir og Margrét Unnur Sigtryggsdóttir hafa sinnt nálastungum á meðgöngu hjá fyrirtækinu þar sem ýmsir meðferðarmöguleikar eru í boði, svo sem við ógleði, grindarverkjum og undirbúningsnálar svo eitthvað sé nefnt.

Nuddnámskeið fyrir verðandi foreldra hefur verið í höndum Margrétar Unnar Sigtryggsdóttur ljósmóður þar sem hún hefur kennt nuddtækni til notkunar í fæðingu og hvernig hægt sé að nudda ýmis álagssvæði á meðgöngu til að bæta liðan kvenna.

Brjóstgjafafraeðsla er nýhafin hjá fyrirtækinu og er Ingibjörg Eiríksdóttir, ljósmóðir og brjóstaráðgjafi, með þá fræðslu. Ingibjörgu þarf vart að kynna enda starfað lengi sem ljósmóðir og er hafsjór af fróðleik um allt sem tengist meðgöngu og brjóstgjöf.

Nýburarnir eru einnig velkomnir í 9 mánuði en Elsa Ruth Gylfa-dóttir ljósmóðir er með námskeið fyrir nýbakaða foreldra sem vilja læra grunntækni í ungbarnanuddi og læra þar skref fyrir skref að nudda nýburann. Námskeiðið nefnir hún Stubbanudd en Elsa er viðurkenndur leiðbeinandi í ungbarnanuddi frá alþjóðlegum samtökum ungbarnanudds, International Association of Infant Massage.

Hypnóbirth námskeiðið þarf vart að kynna en Kristbjörg Magnúsdóttir ljósmóðir hefur undanfarin ár kennt sjálfsdáleidslutækni í fæðingu. Í stuttu máli felst í þessari aðferð að barnshafandi konur nái valdi á hugsunum sínum sem gerir þeim kleift að takast á við fæðingu án þess að sársauki, hræðsla og vanmáttur yfirskeygi upplifun þeirra. Upphafsmáður aðferðarinnar er Marie F. Mongan dáleidslusérfræðingur sem er mörgum íslenskum ljósmæðrum að góðu kunn.

Áhugavert námskeið er að hefjast hjá 9 mánuðum sem ber heitið „**Ertu að verða foreldri**“. Námskeiðið er fyrir verðandi foreldra og er ætlað að hjálpa þeim að undirbúa sig fyrir þær breytingar sem verða á parasambandinu við að verða foreldrar. Það eru þau Astþóra Kristinsdóttir ljósmóðir og Ólafur Grétar Gunnarson fjölskyldu- og hjónaráðgjafi sem hafa umsjón með námskeiðinu en þau eru bæði Gottman-leiðbeinendur. Dr. Julie Gottman og dr. John Gottman eru í forystusveit fræðimanna og fjölskylduráðgjafa en rannsóknarniðurstöður þeirra hjóna hafa sýnt að með því að undirbúa þör fyrir foreldrahlutverkið skapist einstakt tækifæri til að hafa jákvæð áhrif á parasambandið og velferð barnsins.

Sálfræðipjónusta

Við erum einnig heppnar að hafa fengið til liðs við okkur sálfræðinginn Hrefnu Hrund Pétursdóttur en hún hefur unnið mikið með konur á



meðgöngu og eftir fæðingu. Þunglyndi og kvíði á meðgöngu er vangreint vandamál af því að oft skammast konur sín fyrir hvernig þeim líður. Oftast er talað um meðgönguna sem tíma hamingju en því miður þá er það ekki raunveruleikinn fyrir allar konur. Þess vegna er mikilvægt að við ljósmæður sem verðum varar við þannig liðan hjá konu á meðgöngu eða í sængurlegu getum vísað þeim sem á þurfa að halda áfram til annarra fagstétta.

Nuddmeðferðir 9 mánaða eru vinsælar og eru margvíslegar nuddmeðferðir í boði en ber þar fyrst að nefna meðgöngunuddið. Þar er tekið tillit til þarfa hvorrar konu fyrir sig en algengustu álagssvæði á meðgöngu eru axlir, brjóstbak, mjóbak, svæði mjaðmagrindar og kálfa. Nuddið er þétt og losandi. Boðið er upp á sérstakan meðgöngubekk sem gerir barnshafandi konu kleift að liggja á maganum með stuðning undir kúluna sem hentar vel alla meðgönguna. Allir nuddarar hjá 9 mánuðum hafa lokið fullgildu nuddnámi og eru meðlimir í Félagi íslenskra heilsunuddara. Nuddararnir starfa sem sjálfstæðir verktakar og hafa orðið sína föstu kúnnu sem koma aftur og aftur, enda er ekkert betra en að leyfa sér að fara í gott nudd endrum og sinnum.

Grindarbotnsþjálfun á meðgöngu

Fyrirhugað var að vera með áhugavert námskeið fyrir konur til að ná tókum á grindarbotnsæfingum á meðgöngu en það námskeið hefur enn ekki náð föttestu. Hvort það sé vegna þess að grindarbotninn sé ekki það svæði sem konur hugi að á meðgöngunni skal ósagt látið en vitað er að með því að stunda grindarbotnsæfingar á meðgöngu þá er stuðlað að því að auðveldara sé að ná upp fyrri styrk og fyrirbyggja ýmist vandamál, eins og þvagleka eftir fæðingu. Leiðbeinandi þessa námskeiðs er Guðrún Magnúsdóttir sjúkrahjálfari.



Kristbjörg kynnti ilmkjarnaoliur.

Jóga

Hatha-jóga er tvisvar í viku þar sem lögð er áhersla á hreyfingu, hugleiðslu, öndun og slökun. Þetta eru jógaátímar á persónulegum nótum í litlum hópum en mest geta 12 verið saman í hóp. Sigríður Herdís Ásgeirsdóttir sér um jógakennsluna sem kennd hefur verið á mánuðögum og fimmtudögum.

Eins og sjá má þá veitir fyrirtækið 9 mánuðir – ljósmæðrasetur margvíslega þjónustu þar sem þjónusta ljósmæðra er í aðalhlutverki og viljum við gjarnan auka þjónustu þeirra enn frekar. Hvað framtíðin ber í skauti sér verður tíminn að leiða í ljós en hugmyndirnar eru margar, og eins og segir í inngangi greinarinnar þá eigum við enn stóra drauma sem vonandi eiga eftir að rætast. Með góðri samvinnu og stuðningi ljósmæðra væri hægt að auka hlut ljósmæðra í sjálfstæðum rekstri og þá ætti draumurinn um samfellda og hagkvæma þjónustu til verðandi foreldra að verða að veruleika. Við ljúkum því þessari umfjöllun okkar á svipuðum nótum og í lokaverkefni okkar forðum daga en þá töldum við rétt að konur ættu að hafa val um að nýta sér hagkvæma barn-eignarþjónustu sem væri í höndum ljósmæðra. Það væri efnahagslega hagkvæmt fyrir þjóðfélagið allt og fæli í sér persónulegan ávinning fyrir konur og fjölskyldur þeirra.

Við erum sama sinnis í dag.

Með bestu kveðju,
Elin Arna Gunnarsdóttir og Guðrún I. Gunnlaugsdóttir
Ljósmæður

Breytingar á starfsumhverfi ljósmæðra og annarra heilbrigðisstétta.

Hvað er gott að hafa í huga ef að þú verður fyrir starfstengdu áfalli eða ef faglegt mat þitt er dregið í efa.

Undanfarið hefur starfsumhverfi ljósmæðra og annarra í heilbrigðiskerfinu gjörbreyst. Álag í starfi hefur víðast hvar aukist til muna, mönnun er allsstaðar í lágmarki, sparnaður kemur niður á búnaði deilda/stofnana, skjólstæðingar eru veikari og vandi þeirra flóknari en áður. Á niðurskurðartímum býr fólk einnig við minna starfsöryggi en áður. Frekari niðurskurði verður ekki náð nema með uppsögnum og enginn vill verða næstur til að fá uppsagnarbréf eða minnkun á prósentu. Þetta ástand hefur nú staðið í nokkurn tíma og er farið að koma mjög sýnilega niður á fagfólki. Til félagsins hafa leitað félagsmenn sem eru þjáðir af kvíða og óánægju með að geta ekki vegna aukins álags veitt þá þjónustu sem þeir vilja veita. Fylgifiskur kvíðans er kulnun í starfi og frekari vanlíðan. Og okkar stétt er svo sannarlega ekki sú eina sem eins er ástatt fyrir í heilbrigðiskerfinu. Við aðstæður sem þessar aukast líkur á hverskonar mistökum, bæði stórum og litlum. Þrátt fyrir að ljósmæður leggi sig allar fram um að veita þá bestu þjónustu sem völ er á geta alltaf orðið bæði misskilningur og mistök og ef að það gerist er mikilvægt að bregðast við á sem bestan hátt.

Í ljósi þessara breytinga á starfsumhverfi og aukningar kærumála á hendur heilbrigðisstarfsfólki þótti mér rétt að setja niður nokkra punkta sem vert er að hafa í huga ef að aðstæður sem mögulega gætu dregið dilk á eftir sér koma upp.

Mál eru ólík og misalvarleg, algengust eru innanbúðarmál sem leysast innan stofnunar, svo eru mál sem vísað er til umsagnar hjá landlækni og lýkur ýmist án eða með áminningu. Það nýjasta eru mál sem kærð eru af skjólstæðingum til lögreglu.

Að verða allt í einu flæktur í kvörtun eða kærumál er áfall sem ekki er ráðlagt að bera einn. Ef þú ert í þessum aðstæðum ræddu það þá sem fyrst við einhvern sem þú treystir. Það getur verið starfsfélagi, trúnaðarmaður, deildarstjóri eða fulltrúi frá félaginu. Alls ekki standa ein með málið, trúðu einhverjum fyrir því og fæðu þann aðila til að mæta með þér á þá fundi sem boðaðir eru. Það er allt í lagi að biðja um frestun á fundi ef þú ekki treystir þér til að mæta strax og þarft að undirbúa þig betur. Það borgar sig aldrei að mæta óundirbúin. Ef ekki er gerð fundargerð á fundinum fæðu þá þinn stuðningsaðila til að gera það og láta svo alla fundarmenn kvitta fyrir að fundi loknum. Mál af þessu tagi taka oft langan tíma og þegar á svo að fara að vísa í það sem um var rætt á fundinum er ef til vill enginn sem man hlutina eins.

Það skiptir höfuðmáli að skrá vel allt í mæðraskrá. Ekki fara heim og hugsa þér að ljúka við pappírsvinnu næst þegar þú kemur á vakt. Ef þig grunar að hugsanlega geti orðið eftirmál af atviki taktu þér þá enn betri tíma til að fara í huganum yfir allt sem gerðist og skrá það allt saman. Hafi verið önnur ljósmóðir viðstödd, berðu þá skýrsluna undir hana. Lýstu kringumstæðum (undirmönnun, óvenju mikið að gera o.s.frv.).



Áslaug Valsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

Ef óskað er eftir greinargerð frá þér þá er nauðsynlegt að hafa í huga að greinargerðin er mikilvægt plagg í þinni málsvörn og því verður að vanda hana vel. Hafðu í huga að halda þig við staðreyndir og nákvæmlega við þá punkta sem þú ert beðin um að gera grein fyrir. Hafðu svarið hnitmiðað.

Ef þú ert í vafa um hvað verið er að biðja um skaltu fara fram á frekari útskýringar. Þú getur alltaf beðið um frest til að skila greinargerð ef þú þarft á því að halda. Ekki hika við það ef þér finnst þú ekki vera tilbúin. Forðastu fræðilegan texta/útlend orð í svari þínu. Notaðu venjulega íslensku.

Sjúklingar/skjólstæðingar hafa rétt til þess að klaga/kvarta/kæra undan þjónustunni. Þó að þér finnst kæran mjög ósanngjörn eða óréttlát og takir hana mjög nærri þér eða sért reið skaltu varast að láta það koma fram í svari þínu.

Settu aldrei fram neikvætt mat á sjálfri þér.

Þú gerir grein fyrir því af hverju þú tókst þær ákvarðanir sem þú tókst eða hvers vegna mat þitt á aðstæðum var á þann veg sem það var. Ekki bæta við gagnrýnu mati á aðstæður, þú þarft ekki að benda á það sem eftir á að hyggja hefði mátt betur fara hjá þér. Lýstu aðstæðum á hlutlausan hátt og einbeittu þér að því hvers vegna þú tókst þær ákvarðanir sem þú tókst.

Þú átt ekki að taka afstöðu til þess hvort þú hafir í þessum kringumstæðum breytt rétt eða rangt. Hins vegar verður að koma fram hvort þú hafir unnið samviskusamlega og af umhyggju. Mundu eftir að láta koma fram hugsanir þínar sem leiddu til ákvarðanatöku þó að þér finnst augljóst af hverju þú gerðir eins og þú gerðir. Máli þínu til stuðnings getur þú hugsanlega vísað í verklagsreglur deildar og láttu það koma fram ef ekki eru til verklagsreglur um það atvik sem um ræðir. Hafir þú tekið aðra ákvörðun en kemur fram í verklagi deildar skaltu rökstyðja þá ákvörðun þína.

Í byrjun greinargerðar getur þú gert grein fyrir sjálfri þér og hvernig þú kemur við sögu í umræddum atburði. Gerðu gein fyrir, eins og áður er komið fram kringumstæðum á deildinni þegar umrætt atvik átti sér stað.

Þú átt rétt á að fá að sjá alla þá pappíra sem lagðir hafa verið fram vegna málsins. Þú skalt biðja um að fá þá senda heim til þín en ekki í vinnuna.

Það er gott að nota tækifærið hér til að benda á það að þær sem lenda í áfalli af einhverju toga í vinnunni geta fengið greidda úr styrktarsjóði átta tíma hjá sálfræðingi að eigin vali. Fyrir þær sem starfa á LSH eru einnig í boði viðtöl hjá prestum spítalans.

Þessi pistill er settur saman þar sem dæmin sýna að verulega hefur vantað aðgengilegar upplýsingar um hvernig á að snúa sér ef eitthvað kemur upp og hvernig á að bregðast við. Þetta er engan vegin tæmandi en hugsað sem byrjunarskref. Stuðst er við þær leiðbeiningar sem norska og danska ljósmæðrafélagið hafa gefið út til sinna félagsmanna.

Ljósmaðraajól



Hr. Karl Sigurbjörnsson

Jólin fjalla um fæðingu barns í heiminum okkar. Út af fyrir sig þá er barnsfæðing það hversdagslegasta alls, venjulegasta alls. Þú sem ert ljósmóðir hefur helgað henni krafta þína, menntun, færni, sál og hjarta. Göfugra hlutskipti er vart til. Það máttu vita.

Jólin snúast um fæðingu barns, frelsarans Jesú. Sú fæðing veldur vatnaskilum, skiptir tímatali okkar. Af því að hann kom með nýtt viðmið til heilla og farsældar fyrir einstaklinginn og samfélagið, lífið og heiminn. Viðmið gullnu reglunnar og kærleikans, viðmið líknar, miskunnsemi og fyrirgefningar. Kennir okkur meðal annars að mildi er ekki veikleiki og að valdbeiting er ekki styrkur. Það er viðmið barnsins sem er í senn varnarlausast alls en leysir úr læðingi það sem öflugast er alls: Kærleikann til Guðs og náungans.

Hann sem fæddist í Betlehem sýnir að hinn æðsti máttur í alheimi gerir kjör og málefni barnsins að sínum. Vald, máttur, æðsta vald og æðsti máttur alls bendir á barnið smáa og segir: „Hver sem tekur á móti einu slíku barni í mínu nafni tekur á móti mér.“ Heimurinn má ekki gleyma því, þar sem allt meir og minna er undirlagt dýrkun valds og auðs.

Þú sem ljósmóðir gengur að verkum þínum af öryggi og fagmennsku. Venjubundin verk, hversdags rútína. En hver einasta fæðing er einstakur atburður, hvert einasta barn er einstakt. Að taka á móti barni er að taka við gjöf sem skiptir tímanum í fyrir og eftir. Ekkert er sem fyrr. Á bakvið er saga og samhengi móður, föður og fjölskyldu og sem þú veist minnst um. Barnið er hlekkur í lífskeðjunni frá því sem var, með bros og tár, baráttu og blessun, minningar og kvíða, hið ósagða og óhugsandi, vanda og vonir. Barnið, þetta ferska, nýja líf, sem tengir það sem var og verður. Hvert barn sem þú hjálpar inn í heiminn er vonartákn og framtíðar. Blessun yfir líf og heim, hvað sem öllu öðru líður.

Að taka ungbarn sér í fang breytir sýn manns á hið smáa og stóra í lífinu. Ungbarnið, fullt af trausti skimar það eftir augum til að spegla sig í, ljósi sem laðar það að sér, því það er skapað fyrir birtuna. Leitandi munnur og biðjandi grátur þess og bros er ástarjátning til lífsins borið uppi af vissu um og trausti. Ungbarnið skynjar veruleikann sem opinn faðm og tekur á móti opnum örmum og brosandí andliti og treystir því að það fái svar. Þetta er það sem Jesús kallar trú og bæn. Það er ekki flóknara en það.

Og þú sem færð að líta þetta undur og greiða því veg inn í heiminn okkar, ljósmóðir, verkfæri lífs og ljóss og líknar. Þvílík gæfa, þvílík blessun. Guð blessi þig og þitt allt og gefi gleðileg jól.

*Stjörnuskin
í barnsauga
friður færist yfir
og barnið blundar*

*Stjörnuskin
vekur draum.
Það dimmir að
en Drottinn vakir.*

*Það glitra stjörnur í augum þér,
fegurð sköpunarinnar speglast í þér.
Þú blundar, Guð vakir.
Þú vaknar, Guð sér.
Þú lifir, Guð brosir við þér.*





jaydess®

13,5 MG LEVONORGESTREL ▼



Jaydess®

Nýjung!

Smálykkjan Jaydess® veitir örugga vörn gegn þungun í allt að þrjú ár

- Y Lítill og auðveld í uppsetningu¹
- Y Lítið magn hormóna og verkun að mestu staðbundin
- Y Rannsókuð hjá konum sem hafa fætt barn sem og þeim sem ekki hafa fætt barn
 - Jaydess® er ekki fyrsta val fyrir konur sem ekki hafa fætt barn, vegna takmarkaðrar klínískrar reynslu



Skannaðu QR kóðann
eða farðu inn á smalykkjan.is
til að nálgast rafrænar
upplýsingar

Upplýsa ber notendur um hættu
á utanlegsfóstri og einkenni þess

1. Gemzell-Danielsson K, et al. *Fertil steril* 2012; (97): 616-622. e3.



Jaydess 13,5 mg leginnlegg. Innihaldslýsing: Leginnleggið inniheldur 13,5 mg af levónorgestrelí. **Ábendingar:** Getnaðarvörn í allt að 3 ár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Jaydess er sett í legholið. Setja á Jaydess upp í legholið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga. Setja má nýtt innlegg í stað Jaydess hvenær sem er á tíðahring. Einnig má setja Jaydess upp strax eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Uppsetningu eftir fæðingu á að fresta þar til legið hefur að fullu dregist saman, en þó skal ekki setja innleggið upp fyrr en sex vikum eftir fæðingu. Ef legminnkun seinkar verulega, skal íhuga að bíða þar til 12 vikur eru frá fæðingu. Ef uppsetning er erfið og/eða óvenju mikill verkur eða blæðing eru til staðar við uppsetningu eða eftir hana, á strax að gera viðeigandi ráðstafanir til að útiloka rof (perforation), svo sem læknisfræðilega skoðun og ómskoðun. Jaydess er fjarlægt með því að toga varlega í þræðina með töng. Ef þræðirnir sjást ekki og ómskoðun sýnir að innleggið sé í legholi, má fjarlægja það með því að nota mjóa töng. Þá getur þurft að víkka leghálsinn eða nota önnur skurðaðgerðarinnngrip. Sé þungunar ekki óskað, á að fjarlægja innleggið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga, að því tilskildu að konan hafi reglulegar tíðablæðingar. Sé innleggið fjarlægt á öðrum tíma tíðahringsins og konan hefur haft kynmök þá vikuna, á hún á hættu að verða þunguð nema nýtt innlegg sé sett upp strax eftir að hitt hefur verið fjarlægt. Eftir að Jaydess hefur verið fjarlægt, skal athuga hvort innleggið sé óskemmt. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Jaydess hefur ekki verið rannsakað hjá konum með skerta lifrarstarfsemi. Konur með bráða lifrarkvilla eða æxli í lifur mega ekki nota Jaydess. Börn: Öryggi og virkni lyfsins hefur ekki verið rannsakað hjá konum yngri en 18 ára. Lyfið er ekki ætlað til notkunar fyrir fyrstu tíðablæðingar. Lyfjagjöf: Heilbrigðisstarfsmaður á að setja upp leginnleggið að viðhafðri smitgát. Jaydess kemur ásamt uppsetningarbúnaði í sæfðum umbúðum, sem ekki á að rjúfa fyrr en þess er þörf fyrir uppsetningu. Endursæfið ekki. Jaydess er eingöngu einnota. Notið ekki ef þynnupakkningin er skemmd eða hefur rofnað. Setjið leginnleggið ekki upp eftir fyrningardagsetninguna sem fram kemur á öskjunni og þynnupakkningunni. **Frábendingar:** Þungun. Bráður eða endurtekinn bólgusjúkdómur í grindarholi eða aðstæður sem tengjast aukinni hættu á sýkingum í grindarholi. Bráð bólga í leghálsi eða leggöngum. Legslímubólga eftir barnsburð eða sýking eftir fósturlát á síðustu 3 mánuðum. Öfvöxtur þekjuvefs í leghálsi þar til hann gengur til baka. Illkynja breytingar í legi eða leghálsi. Progestagenháð æxli, t.d. brjóstakrabbamein. Óeðlileg blæðing frá leggöngum af óþekktum orsökum. Meðfæddur eða áunninn afbrigðileiki í legi, þ.á m. góðkynja bandvefsæxli sem geta haft áhrif á uppsetningu og/eða fjarlægingu leginnleggsins (þ.e. geta skekkt legholið). Bráðir lifrarsjúkdómar eða lifraræxli. Ofnæmi fyrir virka efni eða einhverju hjálparefnanna. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksmásöluverð (1.mai 2014): Jaydess leginnlegg: 23.910 kr. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R.O. **Markaðsleyfishafi:** Bayer AB, Svíþjóð. Stytt samantekt á eiginleikum lyfs 23. apríl 2014. Nánari upplýsingar um lyfið má nálgast hjá umboðsaðila á Íslandi, Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími: 540 8000.

Jaydess er ekki fyrsta val sem getnaðarvörn fyrir konur sem ekki hafa átt börn, þar sem klínísk reynsla er takmörkuð. Veita á konum sem íhuga notkun Jaydess ráðgjöf um merki, einkenni og áhættu af utanlegsþykkt.

▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Mikilvægt er að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is.

Ævintýraþrá – tilbreyting – húsmæðraorlof – peningar



Stella og Guðrún Fema á hlaupum.

Ævintýrið er byrjað. Ljós móðirin er komin út á flugvöll með töskuna í eftirdragi. Tilfinningin er margslungin. Danska afleysingaskrifstofan er búin að vinna sína vinnu og gera allt klárt. Pappírarnir eru meðferðis, flugmiðinn, leiðarlýsing á búverustaðinn, sjúkrahúsið og hvaða samgöngumiðla á að nota. Netnámskeiðum lokið ef svo ber undir. Skrifstofan búin að leggja áherslu á að við séum að koma til að hjálpa til og sannarlega líður manni eins og að maður sé að gera mikið góðverk. Hjálpa norskum ljósmæðrum að komast í frí og við sem komum með þessum hætti erum því mikilvægur hlekkur í heilbrigðiskerfinu. Velliðan rennur um æðarnar þegar flugfreyjan kemur og býður manni kaffi eða te. Þetta er vinnuferð og gamanið að byrja.

Ljós móðirin er mætt á Gardemoen og horfir í kringum sig. Langar til að hrópa: „Hér er ég, ég er komin“. Bíður spennit eftir töskunni og skondrast af stað. Frábærar leiðarlýsingar hjá skrifstofunni koma sér núna vel. Nánast tímasettar áætlunarferðir á blaði með fluglestinni, staðarlestinni, strætó eða jafnvel leigubíl er fylgt eftir og allt gengur

smurt. Komin á leiðarenda. Nú þarf að finna búsetustaðinn og lyklna að honum. Spennt að sjá hvernig hann lítur út. Er þetta eitthvert hreysi, fin stúdíóíbúð, herbergi með aðgangi að eldhúsi og stofu? Hvernig lítur þetta út? Það reyndist svo allur gangur á því en skrifstofan leggur mikið uppúr því að þökkalega vel fari um alla. Rjóð í kinnum og með öran hjartslátt fer ljós móðirin þreytt í háttinn eftir mislangt og stressandi ferðalag. Meira en tilbúin að takast á við verkefni fyrstu vaktarinnar. Hugsanirnar hringsóla í kollinum. Taka jafnvel völdin og svefninn fer út og suður. Hvernig verður þetta, hverju mæti ég, hvernig verður tekið á móti mér? Vá hvað deildin hlýtur samt að vera glöð að fá mig. Nú fara norsk ljósmæðurnar að tikka í sumarfrí. Þökk sé okkur sem leysum þær af. Við erum að koma og bjarga þeim.

Þegar fyrsti dagurinn rennur upp fær maður á tilfinninguna að maður sé í ratleik. Þegar búið er að leita uppi sjúkrahúsið og fæðingardeildina fer glansinn aðeins að mattast af björgunarstörfunum. Áfram gengur ratleikurinn. Það er leitinn að vinnufötunum, aðgangsorðum, auðkenniskortum, myndatökum og svo er að slípa til norskuna. Engin miskunn, nú er allt á norsku og danskan/sænskan/norskan hjá íslensku ljósmóðurinni þarf að smella. Þegar þessari yfirferð er lokið er ljósmóðirin nokkuð ánægð með sig. Eftir að vera komin í fötin með auðkenniskortið og myndina og aðgangsorðin sem



Auðkenniskort héðan og þaðan.





svínvirka hefst mikið hraðnámskeið í aðlögun. Þessi fyrsti dagur á að gera ljósmóðurina í stakk búna til að starfa sjálfstætt á deildinni eftir þennan dag. Ljósmóðirin er orðin lúin í lok dags en brosir eins og vera ber. Af víkingum komin og lætur ekki slá sig út af laginu þó inni í henni sé liðanin út og suður. Spenna, eftirvænting og kaldur veruleikinn. Hér er unnið hörðum höndum og vinnutempóið hátt.

Dagur tvö. Nú er komið að því að standa á eigin fótum. Vaktin er full af ljósmæðrum og barnasjúkraliðum (barnepleier = sjúkraliði með framhaldsmenntun í umönnun barna og kvenna í kringum fæðingu og sængurlegu). Flestir heilsa kurteislega, kynna sig og bjóða þig velkomna. Svo hefst rapportið og ljósmóðirin fær úthlutað sínum verkefnum. Ekkert er spurt hvort maður hafi eitthvað um það að segja og hvað maður treystir sér í. Hér áttu að geta stokkið í allt og vera fullfær um það. Norska heilbrigðiskerfið virðist vera stærðar risi sem er jafnvel tilbúinn að gleypa litlu ljósmóðurina frá Íslandi. Þó öll aðgangsorðin séu í lagi og búið að renna einu sinni yfir það mesta er þetta mikið bákn og endalausir nýir hlutir. Hvernig virkar þetta „Dips“? Hvernig á ég að skrá í „Partus“? Hvað er þetta STAN og STAN „event“? Hverjir koma þarna eða hérna og hvar eru lækarnir og hvernig nær maður í þá? Hvernig virkar bráðanúmer og neyðarbjöllur? Get ég lært allar þessar „avdelings prosedyrer“ sem virðast gilda um allt, bæði mögulegt og ómögulegt. Endalaus hafsjór af lögum og reglum. Ljósmóðirin hringsnýst um sjálfa sig og finnur ekki nokkurn skapaðan hlut á þessari deild. Hvar eru nálar,ar,



Guðrún Fema og Hrefna.



Stella og Björk.

vökvinn, hvar eru fyrirmælin skráð, átti ég að gera þetta svona og átti að mæla þessa konu? Átti maður að koma með hrökkbrauð með makríl eða „matpakke“ innpakkaðan í smjörpappír til að passa inn í stemninguna í matartímanum. Matartíminn reyndist svo reyndar lúxus sem ekki var í boði nema í undantekningartilvikum.

Algerlega að niðurlotum komin kemst ljósmóðirin inn á fæðingarstofuna. Hittir þar yndislega verðandi foreldra sem eru svo þakklátir fyrir að fá ljósmóðurina sína til sín. Eftirvæntingin skín úr augunum og þolinmæðin endalaus fyrir málhelti eða hnökrum í norskunni. Léttirinn er dásamlegur. Nú getur íslenska ljósmóðirin unnið sína vinnu. Þetta kann hún. Nú er hún á heimavelli og getur lesið í aðstæður, skilur fullkomlega hvað er að gerast. Konan er að fæða og ljósið hennar skín skært. Þvílík dásamleg liðan. Auðvitað kann ljósmóðirin sitt fag og stendur sig vel. Sjálfstraustið eykst og ánægjustraumarnir hrislast um kroppinn. Nú er leiðin bara uppá við.



Í lok vinnutarnar leitar hugurinn til baka og eftir stendur jákvæð upplifun. Á leiðinni í lestinni á flugvöllinn er hugurinn mun rólegri en fyrsta daginn og lítur yfir farinn veg. Þetta var spennandi, krefjandi og margt nýtt að læra í þessu verkefni. Mikið af góðum og skemmtilegum ljósmæðrum til og börnin fæðast alls staðar eins. Sjálfsöryggið hafði fengið góða innspýtingu við að klára þetta verkefni og lifa það af. Tíminn hafði reynst drjúgur líka í hvíld frá heimilisverkunum. Þvotturinn, eldamennskan, þrif, barnastúss og daglegt amstur fór í algera hvíld og ljósmóðirin fékk góðan tíma milli vakta fyrir bara sjálfa sig. Ekki skemmir svo fyrir að eiga von á „peningátékka“ inn um bréfalúguna fljótlega.

Björk Steindórsdóttir
Guðrún Fema Ágústsdóttir
Gréta Rún Árnadóttir
Stella Steinþórsdóttir



Einföld lausn á erfiðum vanda

Windi lækningatækið hjálpar ungabörnum að losna við loft og vinnur þannig gegn ungbarnakveisu, uppþembu, vindverkjum og hægðatregðu.

Windi er holur plastventill með rúnuðum legg sem notast á svipaðan hátt og endabarmshitamælir. Á ventlinum er brún sem stjórnar því hve langt leggurinn fer inn. Því er engin hætta á að Windi skaði barnið eða valdi því óþægindum.

Aðferðin hefur lengi verið þekkt innan heilbrigðisgeirans en Windi er fyrsta tækið sem er hannað fyrir foreldra til notkunar heima við.

Sænska ungbarnaefirlitið mælir með Windi.

Þegar dóttir okkar fór að borða fasta fæðu fékk hún oft hægðatregðu og vindverki. Maðurinn minn frétti af Windi í vinnunni og okkur fannst tilvalið að slá til og prufa.

Árangurinn var góður og kom mjög fljótlega í ljós, enda losaði tækið einfaldlega um loftið. Windi er einfalt og þægilegt í notkun og vel þess virði að mæla með við svona vandamálum.

Ester Ösp Guðjónsdóttir



Fleiri ummæli frá foreldrum:

„Sá litli svaf almennilega í fyrsta skipti í lífi sínu“

„Sonur okkar var orðinn vær eftir aðeins tvo daga“

„Við vorum búin að prófa allt, og þá meina ég allt“

„Maður sá greinilega léttinn á andlitinu á henni“

Nánari upplýsingar á alvogen.is

Fæst í apótekum



Blessuð sé minning þeirra.

† MINNING

Ljósmaður kvaddar 2014

Ingibjörg Sigrún Stefánsdóttir

fæddist að Hólmum, Reyðarfirði, Suður-Múlasýslu, 22. nóvember 1927. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1959. Hún lést 5. janúar 2014.

Hallfríður Alfreðsdóttir

fæddist á Siglufirði 14. júní 1945. Útskrifaðist frá LMSÍ 29. september 1967. Hún lést 1. júní 2014.

Helga Guðrún Sigurðardóttir

fæddist á Ísafirði 12. júní 1934. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1955. Hún lést 2. ágúst 2014.

Rósa Elísabet Þorsteinsdóttir

fæddist að Götu, Árskógshreppi við Eyjafjörð, 30. nóvember 1929. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1956. Hún lést 23. október 2014.

Margrét Þórhallsdóttir

fæddist að Laufási, Bakkadal í Arnarfirði, 1. apríl 1925. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1954. Hún lést 3. nóvember 2014.



ARDO brjóstagjafavörur í Rekstrarlandi

Pegar kemur að því að geyma og meðhöndla brjóstamjólk er mikilvægt að vanda valið. Rekstrarland býður upp á fyrsta flokks brjóstagjafavörur 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 lekaflífar
- Brjóstamjólkurlát og fleira



Allar vörur frá ARDO eru framleiddar í Sviss.



Rekstrarland leigir út ARDO brjóstadælar til lengri eða skemmri tíma.

 **REKSTRARLAND**
- léttir þér lífið

ALVOGENIUS

Fæðubótarefni fyrir mæður og börn

DHA ómega 3 fitusýrur úr
séræktuðum þörungum



VITSMUNABROSKI | ATHYGLISGÁFA | ANDLEG LÍÐAN



DHA - rétta fitusýran fyrir heilann

DHA er eitt af aðal byggingarefnum heilans - Fjölmargar rannsóknir benda til þess að nægilegt framboð DHA á meðgöngu og á fyrstu æviárunum geti bætt vitsmunabroska, athyglisgáfu og andlega líðan barna.

Þörungar eru hin eiginlega uppspretta DHA - Án viðkomu í fæðukeðjunni verður afurðin af hæsta gæðaflokki og án þungmálma og annarar mengunar.

- ▶ ENGIN SJÁVARBORIN MENGUNAREFNI
- ▶ EKKERT FISKIBRAGÐ EÐA EFTIRBRAGÐ
- ▶ AÐEINS EIN LÍTIL PERLA Á DAG
- ▶ HENTAR GRÆNMETISÆTUM
- ▶ SAMA TEGUND DHA ER NOTUÐ Í 98% ÞURRMJÓLKUR Í USA

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



Fæst í apótekum
www.alvogen.is