

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

TÍMARIT LJÓSMÆÐRAFÉLAGS ÍSLANDS 1. TBL. - 96. ÁRGANGUR - JÚLÍ 2018
- JOURNAL OF THE ICELANDIC MIDWIVES ASSOCIATION -



EININGARBAND

LJÓSMÆÐRAÞJÓNUSTA OG ÖRYGGI NÝBURA

BARNSHAFANDI KONUR Í VÍMUEFNANEYSLU ÁFALLASAGA KVENNA - VIÐTAL

„ÞAÐ ER EKKI EITTHVAÐ EITT EÐLILEGT“ Reynsla og sýn kvenna á eðlilega fæðingu

YFIRLÝSING NORÐURLANDASAMTAKA LJÓSMÆÐRA

50 ÁRA AFMÆLI NORÐURLANDSDEILDAR LJÓSMÆÐRAFÉLAGSINS

Eubiotic Baby

Sérvaldir góðgerlar fyrir börn

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

Eubiotic Baby er bragðlaust duft í skammta-pokum sem auðvelt er að blanda við vökva.

Eubiotic Baby er ætlað börnum allt niður að 6 mánaða aldri.

Nánari upplýsingar á www.alvogen.is



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

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*

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.



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

ÁBYRGÐARMÆÐUR

Áslaug Valsdóttir, formaður LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

RITNEFND

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is, ritstjóri
Berglind Hálfðánsdóttir, berglindh@hi.is
Bryndís Ásta Bragadóttir,
bryndisasta@gmail.com
Edythe L. Mangindin,
edythe.mangindin@gmail.com
Rut Guðmundsdóttir,
srutgudmunds@gmail.com
Emma Marie Swift,
emma.marie.swift@gmail.com
Steinunn Blöndal,
steinablondal@gmail.com

RITSTJÓRN FRÆÐILEGS EFNIS

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir, berglindh@hi.is
Emma Marie Swift,
emma.marie.swift@gmail.com

MYNDIR

Agnes Skúla
Katrín Björg Jónasdóttir
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Þorkell Þorkelsson

PRÓFARKALESTUR

Kristín Edda Búadóttir

AUGLÝSINGAR

Ljósmaðrafélag Íslands

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 endurspeglar 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

Listaverk: Eirún Sigurðardóttir

ISSN nr. 1670-2670

EFNISYFIRLIT

- 4 Ritstjórnarpistill
- 6 Ávarp formanns Ljósmaðrafélagsins
- 7 Einingarband
- 8 Skýrsla stjórnar á aðalfundi 24. mars
- 10 Ljósmaðraþjónusta og öryggi nýbura í heimafæðingum: samþætt fræðilegt yfirlit
Ritrýnd grein - Berglind Hálfðánsdóttir
- 18 Meðferð á þriðja stigi fæðingar kvenna sem eru í lítilli hættu á blæðingu
Fræðslugrein - Ásta Dan Ingibergsdóttir
- 21 Barnshafandi konur í vímuefnaneyslu
Nemaverkefni frá Eddu Rún Kjartansdóttur
- 26 Rannsóknin: Áfallasaga kvenna
Viðtal við Örne Hauksdóttur og Unni Valdimarsdóttur
- 29 Endurlífgun nýbura: Klínískar leiðbeiningar
Fræðslugrein - Herbert Eiríksson, Elín Ögmundsdóttir og Þórður Þorkelsson
- 35 Ljósmaður elsta launastétt kvenna á Íslandi
- 36 Íslenskar ljósmaðrarannsóknir
- 40 „Það er ekki eitthvað eitt eðlilegt“. Reynsla og sýn kvenna á eðlilega fæðingu
Ritrýnd grein: Steinunn H. Blöndal og Ólöf Ásta Ólafsdóttir
- 46 Yfirlýsing Norðurlandasamtaka ljósmaðra
- 50 50 ára afmæli NLMFÍ og 5. maí ráðstefna ljósmaðra 2018
- 51 Dugnaður ljósmaðra
Hugleiðing ljósmóður: Guðrún Ingibjörg Gunnlaugsdóttir

SAMEINAFÐAR STÖNDUM VÉR

„Af hverju er ekki bara hægt að borga ljósmæðrum almennileg laun? Hvers vegna er það talið mikilvægara að hlúa að peningum en fólki? Af hverju er gildismatið í þessu samfélagi svona skakkt?“ Þetta eru spurningar sem hafa ekki bara leitað á ljósmæður síðustu mánuði, ekki bara á konur eða verðandi foreldra heldur á þjóðina alla. Kjaradeila ljósmæðra er ekki lengur barátta einnar stéttar fyrir bættum kjörum heldur eitthvað miklu stærra. Þegar við rákum okkur svo rækilega upp undir hið margfræga glerpak var eins og fólki væri brugðið. Kannski héldum við öll að það væri talsvert herra til lofts – en þannig virkar glerþakið, það sést ekki, það gleymist. Af stað fór samstaða sem er svo sterk að hún ógnar stöðugleika, samstaða sem snýst um sanngirni og jafnrétti. Það hefur verið magnað að finna fyrir þeim stuðningi sem ljósmæður hafa fengið síðustu vikur og mánuði, frá samfélaginu öllu. Við vitum að það eru breyttir tímar, kvennabyltingar síðustu ára hafa leyst úr læðingi kraftinn sem býr í samstöðunni og við finnum fyrir honum. Saman getum við brotið niður glerþök og veggir sem umlykja okkur og það hæfir ljósmæðrum vel að vera núna í fararbroddi í þeirri baráttu.

Það er því viðeigandi að rödd kvenna og reynsluheimur sé sá þráður sem bindi blaðið saman að þessu sinni og þar er efnið að sjálfsögðu fjölbreytt. Í blaðinu birtast til dæmis tvær nýjar ritrýndar fræðigreinar, báðar eftir ljósmæður. Í annarri greininni kannar Berglind Hálfðánsdóttir hvort samhengi sé á milli skipulags ljósmæðraþjónustu og slæmrar útkomu nýbura. Hún dregur upp skýra mynd af þeirri þekkingu sem til er um útkomu nýbura í heimafæðingum og fjallar einnig um mismunandi skipulag þjónustunnar á ýmsum svæðum. Niðurstöðurnar eru mikilvægar fyrir þá uppbyggingu sem hafin er á fjölbreyttri ljósmæðraþjónustu hér á landi og ættu að nýtast vel á þeirri vegferð sem vonandi er bara rétt að byrja.

Þrátt fyrir að ljósmóðurfræðin hafi glímt við skilgreiningar á eðlilegum fæðingum í langan tíma er lítið vitað um hvað konum finnst sjálfum um þessar skilgreiningar. Skiptir það máli fyrir konur að fæðingin þeirra sé eðlileg og hvað er eðlilegt í þeirra huga? Í seinni ritrýndu fræðigreininni er fjallað um um reynslu og sýn kvenna á eðlilegar fæðingar. Tekin voru viðtöl við tíu íslenskar konur og varpa þau áhugaverðu ljósi á upplifun kvenna á inngripum í fæðingarferlið og hvernig þau móti reynslu þeirra af því hvort fæðing sé eðlileg, sem eins og höfundarnir Steinunn H. Blöndal og Ólöf Ásta Ólafsdóttir segja; færir „öllum ljósmæðrum, sama við hvaða aðstæður þær vinna, tækifæri til að útvíkka ljósmóðurþekkingu sína, sjá heildarsamhengið og mæta konunni þar sem hún er til að styðja hennar eðlilegu fæðingu, úrræði og valdeflingu“.

Fræðslugreinar hafa lengi spilað stórt hlutverk í Ljósmæðrablaðinu og hvet ég allar ljósmæður sem hafa áhuga á að skrifa slíka grein að setja sig í samband við ritnefndina. Að þessu sinni er eitt nemaverkefni eftir Eddu Rún Kjartansdóttur og tvær mikil-



Rut Guðmundsdóttir,
ritstjórnarfulltrúi

vægar fræðslugreinar í blaðinu. Ásta Dan, ljósmóðir á fæðingarvakt Landspítala skrifar um meðferð á þriðja stigi fæðingar þegar hætta á blæðingu er lítil. Hún veltir því fyrir sér hvernig ljósmæður veita upplýsingar til kvenna um þriðja stigið og hvort konur fái almennt tækifæri til að taka upplýsta ákvörðun um lífeðlisfræðilega nálgun á þriðja stigi. Í seinni fræðslugrein blaðsins skrifa nýburalæknarnir Þórður Þórkelsson og Herbert Eiríksson ásamt Elínu Ögmundsdóttur sérfræðingi í nýburahjúkrun um endurlífgun nýbura og nýjar klínískar leiðbeiningar. Það er mikilvægt fyrir allar ljósmæður að kunna að bregðast við alvarlegu ástandi nýbura og kynna sér vel þær áherslubreytingar sem orðið hafa í þeim málum á síðustu árum.

Áfallasaga kvenna er rannsókn sem flestir ef ekki allir hafa heyrt talað um á síðustu misserum og þúsundir kvenna hafa nú þegar

tekið þátt. Okkur lék forvitni á að vita meira um þessa stærstu vísindarannókn sem gerð hefur verið á íslenskum konum, hver tilgangur hennar sé og hvort hún geti á einhvern hátt nýst ljósmæðrum í framtíðinni. Tvær ritstjórnarkonur fóru á stúfana og hittu þær Örnú Hauksdóttur og Unni Valdimarsdóttur sem fara fyrir rannsókninni og spurðu þær nánar út í þetta spennandi og risastóra verkefni.

Ljósmæður hafa stundað rannsóknir af kappi undanfarið, bæði í innlendu og erlendu samstarfi. Ný þekking heldur áfram að verða til og stoðum er rennt undir þá reynsluþekkingu sem lengi hefur varðveist innan stéttarinnar. Ljósmæðrablaðið birtir lista yfir þær ritrýndu greinar sem íslenskar ljósmæður hafa birt á síðastliðnu ári, listi sem tilvalið er að líta á í sumarfríinu.

Við í ritnefndinni erum stoltar af því að forsiða Ljósmæðrablaðsins sé nú birtingarvettvangur fyrir verk íslenskra myndlistarmanna. Listaverkið sem þrýðir forsiðu blaðsins að þessu sinni er eftir myndlistarkonuna Eirúnu Sigurðardóttur. Verkið nefnist Einingarband og er útsamsverk í vinnslu. Einingarbandið er hluti af röð nýrra verka Eirúnar sem tengjast æviskeiði manneskju á mótunarárunum. Stúlkurnar í verkinu eru ekki tilbúnar en samt að komast á þær mynd, ein hliðin er slétt og felld á meðan hin er öll í óreiðu, eins og höfundur sjálfur lýsir verkinu. Eirún nýtur mikillar velgengni sem listamaður, bæði í eigin nafni og í samstarfi með öðrum. Hún er meðal annars einn af stofnendum Gjörningaklúbbsins sem hefur vakið athygli fyrir verk sín bæði hérlandis sem erlendis í rúma tvo áratugi. Þar fer gjarnan saman skýr fagurfræði, húmor og skörp feminísk samfélagsgagnrýni. Eirún mun skora á næsta myndlistarmann og verður spennandi að sjá hver það verður.

Um leið og ritnefnd Ljósmæðrablaðsins óskar lesendum um land allt gleðilegs sumars, langar mig að nota tækifærið og þakka öllum þeim sem stutt hafa við bakið á okkur ljósmæðrum í kjarabaráttunni og þá sérstaklega mæðrum og feðrum, verðandi foreldrum og öllum skjólstæðingahópum okkar, þið eruð mögnuð. Takk!

Libero touch



Libero kynnir:

Besta nýsköpun Libero í 20 ár!

Libero býður nú upp á nýja tegund af gæðableyjum fyrir ungabörn. Þessar úrvalsbleyjur eru mýkri og falla betur að líkamanum svo barnið er umvafið notalegri mýkt. Nýju Libero Touch bleyjurnar eru afrakstur tveggja ára sköpunar- og þróunarvinnu í þróunarmiðstöð Libero í Gautaborg og tóku nokkur hundruð foreldrar og börn þátt í að skapa hina fullkomnu blejju.

Á endanum er það viðskiptavininn okkar að dæma hversu vel tókst til en niðurstaðan er að minnsta kosti silkimjúkar bleyjur sem fara vel með viðkvæma húð. Fyrsta ár lífsins eyða börn okkar næstum öllum 24 tímum sólarhringsins í blejju. Gæðin, mýktin og rakadrægnin skipta því öllu máli. Hver þráður í Libero Touch blejjunum hefur verið valinn sérstaklega og metinn sem besti kosturinn til þess að umvefja litlu krílin okkar þægindum.

8 af hverjum 10 foreldrum völdu Libero Touch sem mýkstu bleyjurnar

Í rannsókn þar sem 300 sænskir foreldrar voru fengnir til að bera saman helstu bleyjutegundir á markaðnum völdu 8 af hverjum 10 foreldrum Libero Touch sem þær mýkstu.

SKÓRNIR Á TRÖPPUNUM

Ég held að ég geti sagt með öruggri vissu að hvergi í heiminum hafi konur nokkru sinni gerst ljósmæður í ágóðaskyni. Allt aðrar ástæður hafa sem betur fer laðað þær til starfa. Þar með er ekki sagt að þær eigi að sætta sig við lakari laun en öðrum í samfélaginu eru greidd. Þess vegna er krafa okkar um löngu tímabæra leiðréttingu eðlileg og sanngjörn.

Ljósmæðrum er treyst. Löngu áður en menntun þeirra varð formleg, allt frá árdögum mannkyns, hafa á stundum myndast augnablik órofa samstöðu þar sem móðir, barn og ljósmóðir leggjast á eitt. Grunnurinn er traust. Afraksturinn þakklæti. Á þessum hundruðum milljarða lítilla kraftaverka grundvallar ljósmæður nútímans ímynd sína og velvild. Hérlandis eru ljósmæður mjög vel menntaðar, axla mikla ábyrgð í störfum sínum og sinna hlutverki sem getur skipt andlega og líkamlega heilsu mæðra og barna miklu máli til langrar framtíðar. Samfélagið þarf að meta hlutverk þeirra að verðleikum. Almennungur á Íslandi gerir það. Stjórnvöld ekki.

Íslenskar ljósmæður hafa staðið í kjarabaráttu í 257 ár eða allt frá því að ljósmóðurnám hófst með formlegum hætti. Í raun má segja að rangt hafi verið gefið í upphafi þegar við áttum aðallega að þiggja laun fyrir störf okkar frá Guði almáttugum. Síðan höfum við þurft að heyja ótrúlega langa og strangaaráttu við feðraveldið sem ákvarðar laun kvennastétta. Þar er umönnun ekki verðlögð hátt eins og dæmin sanna svo áþreifanlega.

Þeir tímar eru liðnir að hægt sé að manna heila stétt á borð við ljósmæður með hugsjónir þeirra og förnfýsi í aðalhlutverki. Fyrir sex ára háskólamenntun, ábyrgð á lífi og limum mæðra og nýbura, óhóflegar vaktir og íslenska vinnuálagið í undirmönnuðu heilbrigðiskerfi verðum við að fá greidd eðlileg og samkeppnishæf laun. Sú hefur ekki verið raunin í talsverðan tíma og afleiðingin er grafalvarlegt öngþveiti sem enginn sér fyrir endann á. Látið hefur verið reka á reiðanum alltof lengi og sumt af því tjóni sem þegar er orðið mun aðeins verða bætt á löngum tíma.

Í þeim efnum hef ég einkum mönnun og nýliðun stéttarinnar í huga. Við höfum nú þegar misst talsvert af ljósmæðrum úr stéttinni vegna uppsagna sem vandséð er að muni ganga til baka að fullu. Atgervisflóttinn er að hluta til óafturkræf staðreynd og hún er dýrkeypt.

Góðu fréttirnar eru þær að þrátt fyrir allar þessar veraldlegu ytri aðstæður komast færri að en vilja í ljósmóðurnámið. Lífsfyllingin sem í því er fólgin að gera gagn, láta gott af sér leiða, taka þátt í hamingjuríkustu augnablikum fólks og bera að auki starfsheiti sem fegurst er allra orða í íslenskri tungu hefur augljóst aðdráttarafl. Ég er viss um að tvennt til viðbótar hefur það líka; annars vegar atvinnuöryggið sem fylgir sérmenntuninni og hins vegar vonin um að fyrir þá sérþekkingu verði í framtíðinni greidd sanngjörn laun. Í hinum mikla hraða og hörðu samkeppni nútímasamfélagsins duga rómantísku þættir ljósmóðurstarfsins einfaldlega ekki einir og sér til þess að laða nýtt fólk til starfa.

Þjóðin hefur margsinnis lýst því yfir að hún vilji aukið fjármagn til heilbrigðiskerfisins. Hún setur þjónustuna á því sviði í



Áslaug Íris Valsdóttir,
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

algjöran forgang og gerir skýlausa kröfu um jafnt aðgengi allra landsmanna óháð efnahag þeirra og búsetu. Heilbrigðisstéttirnar njóta trausts og fólkið í landinu hefur stutt þær í kjarabaráttu sinni. Ljósmæður eru þar engin undantekning.

Eðlilega er þessi stuðningur samt ekki án takmarkana. Það eru margar stéttir ennþá í sárum eftir fjármálahrunið og þrátt fyrir mikla uppsveiflu í samfélaginu glímur stór hluti þjóðarinnar enn við afleiðingar þess til viðbótar við fjölmarga að auki sem ekki geta lifað mannsæmandi lífi af launum sínum.

Við þær aðstæður í samfélaginu getum við ekki ætlast til að ná fram í einu vetfangi öllu því sem okkur finnst sanngjarnt og heldur ekki öllu því sem þarf til að stéttin blómstri í daglegum störfum sínum fullkomlega sátt við kjör sín og aðbúnað. Þegar þessar línur eru skrifaðar eru kjarasamningar okkar í

alvarlegu uppnámi. Deilan við stjórnvöld er komin í hnút eftir að við felldum í atkvæðagreiðslu þá samninga sem náðust í vor. Yfirvinnubann er að skella á og vinnuskór þeirra sem sögðu upp störfum voru lagðir á tröppur stjórnarráðshússins áður en þeir fóru upp í hillu. Vonandi takast samningar áður en áhrifa yfirvinnubannsins fer að gæta. Vonandi eiga skópörin á tröppunum sem flest eftir að ganga í endurnýjun lífdaga á sömu slóðum og áður í ljósmóðurstarfinu.



EININGARBAND

Ég deili með ykkur hluta af útsaumsverki í vinnslu sem hefur fengið nafnið Einingarband. Nafnið er fengið úr Maístjörmunni, ljóði eftir Halldór Laxness. Útsaumurinn verður hluti af frístandandi skúlptúr þar sem slétt og felld framhlið hans verður jafn sýnileg og óreiðan á bakhliðinni, ófrágengnir spottarnir og flækjurnar.

Einingarband tilheyrir röð nýrra verka sem tengjast æviskeiði manneskju á milli 8-13 ára aldurs. Þegar maður er hvorki né eða bæði, barn eða unglingur, veit margt, skilur og man. Reynir að stíga sporin eftir fyrirframefnu munstri en veit að heimurinn er mun flóknari.

Stúlkurnar í verkinu horfa til okkar, ekki tilbúnar, samt að komast á þær mynd, saman í sólinni úti á svölum. Nokkrum árum síðar bjuggu þær ekki lengur saman en á þessum sumardegum standa þær þétt saman, sú elsta heldur á þeirri yngstu og sú í miðri hallar sér þétt að þeim. Saman mynda þær hjarta, og það er innan í þessu sameiginlega hjarta sem atburðir áttu sér stað og minningar lifa, eitthvað sem þær upplifuðu og er erfitt fyrir aðra að skilja til fulls, jafnvel þær sjálfar.



Eirún Sigurðardóttir,
myndlistarkona

Alsystur í framtíðarlandi fortíðarinnar og maí ný liðinn, en svo kom aftur maí og þá var Maístjarnan sungin mjög oft.

Allt í heiftarlegri flækju og pabbi systranna að syngja þetta lag, syngja til þess að heyra ekki þögnina, syngja til þess að þurfa ekki að tala. Hann gat ekki skilið, ekki sleppt tókunum. Sársaukinn lifir í líkamanum, fyllir skynjun mína og ég fæ kökk í hálsinn við að syngja lagið, löngu löngu síðar.

Gamlir hnútar sem nauðsynlega þurfti að höggva á, flækjur sem var ekki í boði að láta flækjast meira, strengir sem þurfti að endurstilla og mamman gerði það fyrir sig og dætur sínar.

Hver saga annarri lík en einstök um leið og fylgikvillarnir margvíslegir.

Allt er byrjað og ekki búið og það vissu þessar systur en vissu samt ekki þegar þær stilltu sér upp á svölunum á sjöttu hæðinni, hátt uppi með sólina í andlitinu.



NÁMS- OG STARFSFERILL

Myndlistarkonan Eirún Sigurðardóttir vinnur í alla þá miðla og efni sem þjóna hugmyndum hennar hverju sinni. Þær eiga gjarnan snertifleti við þælingar um val, mótun og samfélag út frá kynjafræðilegum vinkli. Eirún er ein af stofnendum Gjörningaklúbbsins / The Icelandic Love Corporation sem hefur verið starfandi frá 1996 og vinnur gjarnan á mörkum listgreina og í samstarfi við aðra. Gjörningaklúbburinn / Eirún á að baki ógrynni einka- og samsýninga um allan heim auk þess sem verk þeirra eru í eigu mikilvitra safna og safnara í alþjóðlegu samhengi.

Eirún útskrifaðist frá Myndlista- og handiðaskóla Íslands 1996,

stundaði framhaldsnám við Hochschule der Künste Berlín 1996-98 og lauk diplómu í hagnýtri jafnréttisfræði frá Háskóla Íslands árið 2014. Hún hefur leiðbeint reglulega við Listaháskóla Íslands og verið með fyrirlestra og leiðsagnir við Myndlistaskóla Reykjavíkur og Ljósmyndaskóla Íslands. Hún hefur einnig verið í stjórn Nýlistasafnsins, Myndhöggvarafélagsins og Sambands íslenskra myndlistarmanna. Eirún er jafnframt höfundur bókarinnar, Skapandi ferli, leiðarvísir, sem kom út 2016.

Nánari upplýsingar um verk Eirúnar má finna á www.eirunsigurdardottir.net og um Gjörningaklúbbinn á www.ilc.is

SKÝRSLA STJÓRNAR LMFÍ FYRIR STARFSÁRIÐ 2017-2018

- flutt á aðalfundi 24. mars 2018 -

Stjórnarfundir

Haldnir hafa verið 13 stjórnarfundir á starfsárinu.

Kjaramál

Gerðardómur rann út þann 31.08.17 og hefur félagið verið í kjaraviðræðum síðan, að vísu með hléi eftir fall ríkisstjórnarinnar. Við klufum okkur út úr BHM samstarfinu þar sem ekkert var þar í boði sem kom til móts við kröfur ljósmæðra. Deilunni var vísað til ríkissáttasemjara þann 5. feb. s.l. Staðan er nú þannig að það er stál í stál. Við höfum hitt heilbrigðisráðherra, hrint af stað kynningarbylgju, safnað undirskriftum, skrifað greinar og pistla á fb. sem hafa fengið mikla athygli. Einnig höfum við gert fb ramma og „cover“ myndir og margt fleira.

Við höfum líka staðið í ströngu á stofnunum og gert nýja samninga við LSH og HVE, annarsstaðar hefur lítið gengið.

Dómsmál

Ljósmæður unnu málið um vangoldin laun fyrir unna vinnu í verkfalli fyrir héraðsdómi í maí 2017. Ríkið áfrýjaði dómnum í september 2017 og hefur málið beðið afgreiðslu hæstaréttar síðan. Skv. lögmanni okkar, Birni Bergssyni, er dóms ekki að vænta fyrr en undir sumarfrí og jafnvel ekki fyrr en í haust.

Fjárhagur félagsins

Fjárhagur félagsins er með besta móti og eru skuldir engar.

Námskeiðahald og fræðsludagar

Félagið hefur staðið fyrir nokkrum námskeiðum í samstarfi við danska fyrirtækið Gynzone. Bæði hafa verið haldin masterclass námskeið í saumaskap í Reykjavík, Akureyri og á Selfossi og eins námskeið í pudental deyfingum. Hafa þessi námskeið verið vel sótt.

Einnig hafa verið haldin tvö nálastungunámskeið.

Í samstarfi við félag brjóstgafaráðgjafa var haldinn fræðsludagur á Nauthól í haust sem var mjög vel sóttur og vel látið af.

Fyrir trúnaðarmenn var haldinn dagur í haust þar sem Eyþór Eðvarðsson sálfræðingur mætti og ræddi um erfið samskipti.

Félagslíf

Skemmtinefnd félagsins hefur staðið í ströngu og stóð bæði fyrir vel heppnuðu kvennakvöldi og jólafundi, árshátíð og fleiru.

5. maí 2017

Var að venju haldinn hátíðlegur, nú á Nauthól. Við fengum fyrirlesara víða að úr samfélaginu og erlendis frá. Sérstakur gestur dagsins var Lesley Page þáverandi forseti RCM. Næst verður 5. maí haldinn á Akureyri í samstarfi við Norðurlandsdeild LMFÍ.

Blaðið og Fylgjan

Félagið gaf út skv. venju tvö tölublöð Ljósmæðrablaðsins. Einnig gafum við út Fylgjuna til tveggja ára.

Smáforrit – app

Nú er að koma út smáforritið Ljósan fyrir foreldra sem eiga barn í vændum. Appið er nú þegar komið í appstore og verið er að vinna í því að koma því í play store. Í undirbúningi er að gera app sem mun heita Fylgjan og er hugsað fyrir ljósmæður.

Vefsiður félagsins

Félagið rekur áfram tvær síður, annars vegar ljósmodir.is og hins vegar ljósmaedrafelag.is. Ljósmodir.is skilar okkur nokkrum tekjum. Félagssíðan er orðin gamaldags og er stefnt að því að poppa hana upp og gera hana nýtsamlegri fyrir ljósmæður.

Búið er að ráða vefstjóra í verktöku til að hafa umsjón með báðum síðum og samfélagsmiðlaátaki sem félagið hyggst ráðast í. Félagið er nú þegar komið á snapchat og instagram og fékk strax fjölda fylgjenda.

Einstaklingsmál

Fjöldi einstaklingsmála hefur verið svipaður og 2017 eða um 20 mál.

Félagsstarf og fundir

Við vorum með ljósmæðrakaffi á vorönn í fyrra sem gafst vel en ekki hefur gefist tækifæri til að endurvekja sem þó er á döfinni. Einnig hefur verið haldinn kynningarfundur um rafræna skráningu og tveir félagsfundir um kjaramál.

Twinning

Félagið hefur síðan í okt. 2016 staðið í viðræðum við hollenska ljósmæðrafélagið um samstarfsverkefni eða Twinning eftir twintowin hugmyndafræðinni. Þetta hefur ekki verið gert áður milli félaga sem standa nokkurn veginn jafnvíg. Áður hefur Twinning verkefnið gengið út á að vestræn lönd og vanþróaðri lönd hafa „twinnað saman“. Umsjónarmaður verkefnisins er aðal tvinning sérfræðingur frá Franka Cadeé sem jafnframt er forseti ICM. Edythe Mangindin hefur verið ráðin verkefnisstjóri Íslandsmegin. Það verða einnig 14 íslenskar ljósmæður sem fá tækifæri til að taka þátt í þessu verkefni og er verið að ganga frá því núna. Vegna mikils fjölda umsókna verða þátttakendur nokkuð fleiri en til stóð í upphafi.

Franka og Liselotte Kweekel sem er hollenski verkefnisstjórninn komu og heimsóttu félagið í janúar og fóru einnig og skoðuðu LSH og HSU og voru mjög hrifnar. Hollenska félagið hefur einnig óskað eftir því að fá íslenska ljósmóður sem gestafyrirlesara á ráðstefnudag þeirra til að ræða um hvernig halda eigi fæðingum eðlilegum innan sjúkrahúsa. Anna Sigríður Vernharðsdóttir mun fara og fræða þær hollensku.

NJF

Hildur Kristjánsdóttir er forseti NJF og hefur LMFÍ tekið þátt í því starfi sem þar hefur farið fram. Hildur sendi fyrir hönd NJF sameiginlegt bréf til stuðnings Agnési Geréb sem er ungversk ljós-

móðir og lækni sem setið hefur í fangelsi í mörg ár fyrir sín störf. Vinna við næstu NJF ráðstefnu sem haldin verður hérlandis gengur vel og hefur nú verið sent út kall eftir útdráttum.

Félaginu bauðst að tilnefna fulltrúa sinn í ritstjórn norræna vísindaritsins SRHC og tók Dr. Sigfríður Inga Karlsdóttir það að sér.

ICM

Félagið átti fulltrúa á miðstjórnarfundi ICM í Kanada í sumar. Allmargar íslenskar ljósmæður sóttu ráðstefnuna og voru með erindi og/eða veggspjöld. Ísland mun halda næsta Evrópufund ICM og verður hann í kjölfar ráðstefnunnar 2019. Búið er við um 50 þátttakendum frá Evrópu.

EMA

Félagið átti fulltrúa á miðstjórnarfundi EMA. Þar er fylgst með Twinning verkefninu af áhuga og munum við vera með sameiginlega kynningu ásamt Hollendingum á næsta EMA fundi í okt. 2018.

Poppup á skrifstofu

Félagið seldi Fræðagarði smávægis bút af sameigninni sem við áttum á hæðinni í Borgartúni 6. Fyrir þá peninga réðumst við í endurnýjun á skrifstofu. Við endurnýjuðum tölvubúnað og keyptum ný skrifborð og er skrifstofan öll orðin nútímalegri og þægilegri vinnustaður.

BHM samstarf

BHM samstarf hefur verið skv. venju. Við höfum tekið þátt í öllu því starfi sem okkur hefur varðað. Formaður átti sæti í vinnuhóp um hugsanlegar breytingar á launatöflum sem lagðar voru fram í kjaraviðræðum en ekki samþykktar.

Framundan

Það er mjög mikið á döfinni.

Afmæli félagsins nálgast nú óðfluga og er hafinn undirbúningur að hátíðahöldum. Gefin verður út bók og einnig nýtt ljósmæðratál og er undirbúningur löngu hafinn og mun nú verða með meiri þunga þegar nær líður. Á sama tíma er NJF ráðstefnan og þar mun einnig færest meiri þungi í undirbúning, einnig erum við farnar að huga að Evrópufundi ICM í maí 2019.

Twinning verkefnið hófst formlega í apríl s.l.

Kjaraviðræður eru í fullum gangi og er samið til statts tíma þannig að það verða aftur kjaraviðræður næsta vor. Stofnanasamningar þurfa yfirferð á öllum stofnunum. Ljósmæður hafa dregist aftur úr og það verður að laga.

5. maí ráðstefna verður haldin á Akureyri að þessu sinni og auk þess verður haldið upp á 50 ára afmæli Norðurlandsdeildarinnar við sama tækifæri.

Nálastungunámskeið er nú á vorönn. Við erum með námskeið í huga fyrir haustönn sem skýrast mun betur síðar.

Við erum að reyna að nútímavæða félagið með öppum, lagfæringum á heimasíðum og þátttöku á samfélagsmiðlum og sú vinna er byrjuð og mun halda áfram.

Þakkir

Stjórn félagsins þakkar öllum þeim ljósmæðrum og öðrum sem starfað hafa fyrir félagið á síðasta ári og einnig þeim sem hafa látið sig málefni félagsins varða, haft samband og komið með ábendingar.

Fyrir hönd stjórnar Ljósmæðrafélags Íslands
Áslaug Valsdóttir, formaður.

fastus.is

HUNTLEIGH SONICAID

DIGITAL FÓSTURDOPPLER

Nettur og handhægur fósturdoppler með háskerpuskjá, línuriti og endurhlaðanlegu batteryi. Dopplerinn er með áfastan, vatnsheldan prób sem einnig er hægt að nota við fæðingar í vatni.



Erna Dís Brynjúlfssdóttir
Söluráðgjafi – Heilbrigðissvið
Heilbrigðisverkfræðingur B.Sc.
Sími: 580 3919
GSM: 843 3919
Netfang: erna@fastus.is

HUNTLEIGH

Verið velkomin í verslun okkar
Opíð virka daga kl. 8:30–17:00
Síðumúli 16 | 108 Reykjavík | Sími 580 3900 | fastus.is

FASTUS
Veit á vandaða lausn

LJÓSMÆÐRAÐJÓNUSTA OG ÖRYGGI NÝBURA Í HEIMAFÆÐINGUM: SAMÞÆTT FRÆÐILEGT YFIRLIT

MIDWIFERY SERVICES AND NEONATAL SAFETY IN HOME BIRTH: AN INTEGRATED REVIEW

ÚTDRÁTTUR:

Bakgrunnur: Fæðingarþjónusta íslenskra ljósmæðra hefur tekið miklum breytingum í gegnum tíðina. Tíðni heima-fæðinga lækkaði hratt á síðari hluta 20. aldar en hefur hækkað aftur frá aldamótum. Vegna lágrar tíðni heilsufarsvandamála nýbura þegar mæður eiga eðlilega meðgöngu að baki og lítilla rannsóknarhópa í íslenskum rannsóknum á heima-fæðingum er erfitt að draga af þeim ályktanir um útkomu nýbura. Markmið þessa yfirlits var að greina hvort samhengi væri milli skipulags þjónustu og slæmrar útkomu nýbura, svo sem burðarmáls- eða nýburadauða, heilsufarsvandamála, lágra Apgarstiga eða sérhæfðrar þjónustu. Tilgangurinn var að draga saman upplýsingar sem geta gagnast við þróun ljósmæðraþjónustu á Íslandi.

Aðferðafræði: Gert var samþætt fræðilegt yfirlit yfir erlendar rannsóknir á útkomu nýbura í heima-fæðingum og heimildir sem til eru um skipulag þjónustu við heima-fæðingar á viðkomandi landsvæðum.

Niðurstöður: Þar sem þjónusta hæfra og vel menntaðra ljósmæðra í heima-fæðingum er vel samþætt öðrum þáttum fæðingarþjónustunnar og styðst við opinberar leiðbeiningar um ábendingar, frábendingar og innihald þjónustu er útkoma nýbura í fyrirfram ákveðnum heima-fæðingum jafn góð eða betri en í fyrirfram-ákveðnum sjúkrahúsfæðingum.

Ályktanir: Þjónusta íslenskra ljósmæðra við heima-fæðingar er að mörgu leyti sambærileg við það sem best gerist erlendis. Þó mætti huga að gerð klínískra leiðbeininga um fæðingarþjónustu á öllum þjónustustigum og skýra verklag við tilvísanir og flutning úr heima-fæðingu á herra þjónustustig.

Lykilorð: heima-fæðing, sjúkrahúsfæðing, öryggi, þjónusta, nýburi

ABSTRACT:

Background: Icelandic midwifery services have changed considerably through the years. Home birth rates declined rapidly in the latter half of the 20th century but have been rising in the new millennium. Due to low morbidity rates among the neonates of healthy low-risk women, and the small group size in Icelandic home birth research, drawing conclusions on neonatal outcomes is problematic. The aim of this review was to detect patterns in the provision of home birth services and adverse neonatal outcomes, such as neonatal mortality and morbidity, low Apgar scores, or specialised care. The purpose was to collect information that can be useful in the development of midwifery services in Iceland.

Methods: An integrative review on research articles on neonatal outcomes in home birth and available literature on the way home birth services are organized in different settings.



Dr. Berglind Háldánsdóttir,
ljósmóðir og lektor við Háskóla
Íslands og á Landspítala

Findings: In countries where home birth services are regulated, integrated into the health care system, and provided by midwives with a standardized education, neonatal outcomes in planned home births are either equally good or better than planned hospital birth outcomes.

Conclusions: The home birth services of Icelandic midwives are in many ways compatible with well-organized services in other countries. Improvements could be made by issuing national guidelines on intrapartum care in all levels of service, as well as guidelines on consultation and transfer of care.

Keywords: home birth, hospital birth, safety, service, neonate

INNGANGUR:

Þjónusta íslenskra ljósmæðra við fæðandi konur og fjölskyldur þeirra hefur tekið miklum breytingum í aldanna rás. Formlegt ljósmæðranám á Íslandi hófst árið 1761 (Helga Þórarinsdóttir, 1984). Ljósmæður

hafa alla tíð síðan verið helstu umönnunaraðilar kvenna á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu, óháð heilsufari og fæðingarstað, og unnið með öðrum stéttum á borð við fæðingarlækna þegar við á (Olafsdóttir, 2006).

Framan af sinnu ljósmæður konum á heimilum þeirra, þótt það þekktist einnig að ljósmæður byðu konum fæðingarþjónustu á minni fæðingarheimilum. Árið 1931 var opnuð á Landspítala fyrsta fæðingardeild sem rekin var á íslensku sjúkrahúsi og fylgdu fleiri sjúkrahús á landinu því fordæmi á næstu áratugum (Gunnlaugur Snædal, Gunnar Biering og Helgi Sigvaldason, 1975). Sjúkrahúsfæðingum fylgdi á þessum tíma aukin hætta á barnsfararsótt og sýkingu nýbura. Vinsældir sjúkrahúsfæðinga jukust engu að síður á fjórða og fimmta áratugnum þrátt fyrir að starfandi landlæknir varaði árið 1945 við því „... tízkufyrirbrigði, sem nú gætir allmikið, að fæðandi konur sæki algerlega að öþörfu burtu úr fyllsta öryggi heimila sinna til minna öryggis fyrir sig og afkvæmi sín.“ (Gunnlaugur Snædal o.fl., 1975, bls. 32).

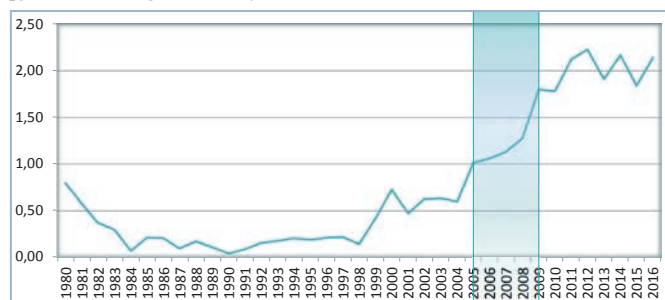
Með tilkomu sýklalyfja á Íslandi um 1950 dró úr þeirri hættu sem stafaði af sýkingum í sjúkrahúsfæðingum og vinsældir þeirra jukust hratt í kjölfarið. Á sama tíma dró hradar úr mæðradauða hér á landi. Tíðni burðarmáls- og nýburadauða hafði þegar lækkað hratt frá lokum nítjándu aldar og hófst sú þróun því áratugum áður en fyrsta fæðingardeild á sjúkrahúsi hóf starfsemi sína (Gunnlaugur Snædal o.fl., 1975). Í upphafi áttunda áratugarins var tíðni heima-fæðinga á höfuðborgarsvæðinu orðin minni en 2% en lægst varð hún 0.1% árið 1990 (Embætti landlæknis, 2017; Gunnlaugur Snædal o.fl., 1975). Einungis ein ljósmóðir sinnti heima-fæðingum á Íslandi á þessum tíma (Steinunn H. Blöndal og Bergrún Svava Jónsdóttir, 2009).

Heima-fæðingum fjölgaði frá aldamótum og var aukningin hröð á árunum 2005-2009. Frá árinu 2010 hefur tíðnin verið um 2% (Embætti

landlæknis, 2017) (mynd 1). Í kjölfar þessarar hröðu aukningar var gerð rannsókn á fyrirframákveðnum heima-fæðingum á Íslandi, útkomu þeirra og áhrifaþáttum (Halldansdóttir, 2016). Alvarleg heilsufarsvandamál hjá nýburum reyndust sjaldgæf í þessari rannsókn, sem er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna á fæðingum kvenna sem eiga eðlilega meðgöngu að baki (Halldansdóttir, Smarason, Olafsdóttir, Hildingsson og Sveinsdóttir, 2015).

Þrátt fyrir að Ísland hafi hærri fæðingartíðni og tíðni heima-fæðinga en flest önnur lönd í Evrópu (EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT, 2013) er þjóðin fámenn og heildarfjöldi fæðinga lítill, eða innan við 5000 á ári (Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir, 2017). Samanburður á tíðni heilsufarsvandamála hjá nýburum hraustra mæðra sem velja ýmist heima-fæðingu eða sjúkrahús-fæðingu leiðir ekki af sér tölfraðilega marktækar niðurstöður nema rannsóknarhóparnir séu verulega stórir. Því er erfitt að draga ályktanir um fæðingarútkomu nýbura í heima-fæðingum á Íslandi. Í þessa eyðu í þekkingu verður ekki fyllt með rannsóknum í fyrirsjáanlegri framtíð. Þar sem íslenskar konur, sem og aðrar, hafa rétt til að velja sér fæðingarstað (Halldansdóttir, Wilson, o.fl., 2015) hvílir þó á íslenskum ljósmæðrum sú skylda að veita fjölbreytta þjónustu og leitast við að tryggja sem best líkamlegt, andlegt og félagslegt öryggi móður og barns.

Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er að draga saman upplýsingar um öryggi barna í heima-fæðingum sem geta gagnast við þróun íslenskrar ljósmæðraþjónustu við heima-fæðingar. Markmið fræðilegu samantektarinnar er að svara eftirfarandi rannsóknarspurningu: Hvernig hámarkar ljósmæðraþjónusta öryggi barna í fyrirfram ákveðnum heima-fæðingum? Til að svara þeirri spurningu verður skoðuð útkoma nýbura í fyrirfram ákveðnum heima-fæðingum og sjúkrahús-fæðingum í vestrænum löndum, kannað hvernig þjónusta við heima-fæðingar er skipulögð og hvort hægt sé að greina samhengi milli skipulags þjónustunnar og útkomu nýbura.



Mynd 1. Tíðni heima-fæðinga (%) á Íslandi 1980-2016.

FRÆÐILEGUR BAKGRUNNUR:

Þjónusta við heima-fæðingar

Þjónusta við heima-fæðingar er veitt á ólíkan hátt í ólíkum löndum en er að jafnaði sinnt af ljósmæðrum (Benoit o.fl., 2005; de Jonge o.fl., 2015; de Jonge o.fl., 2009; Evers o.fl., 2010; Lindgren, Kjaergaard, Olafsdóttir og Blix, 2014; McCourt, Rayment, Rance og Sandall, 2012; Perdok o.fl., 2015). Æskilegt er að ljósmæður samþætti heima-fæðingarþjónustu sína við aðra þætti fæðingarþjónustunnar og hafi samstarf við aðrar stéttir til að veita bestu mögulegu þjónustu (Benoit o.fl., 2005; de Jonge o.fl., 2015; de Jonge o.fl., 2009; McCourt o.fl., 2012; Perdok o.fl., 2015). Slíkt samstarf getur tekið á sig ýmsar myndir, til að mynda samvinnu um gerð faglegra og klínískra leiðbeininga um heima-fæðingar (de Jonge o.fl., 2015), samráð á meðgöngu og í fæðingu (American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, 2013; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; Wendland, 2013), eða flutning á herra þjónustustig þegar upp koma vandamál í fæðingarferlinu (de Jonge o.fl., 2009; Evers o.fl., 2010; Perdok o.fl., 2015).

Ljósmæður sem sinna heima-fæðingu þurfa að vera færar um að greina og bregðast við bráðum vandamálum sem upp kunna að koma, svo sem fösturstreitu, axlarklemmu, öndunarerfiðleikum nýbura eða blæðingu eftir fæðingu (Department for Health and Ageing. Government of South Australia, 2013; Helsedirektoratet, 2012). Þær þurfa að hafa meðferðis fæðingaráhöld, búnað til eftirlits og mælinga, bráðabúnað og lyf sem hægt er að gefa í heimahúsum (College of Midwives of Manitoba, 2011;

Department for Health and Ageing. Government of South Australia, 2013; Embætti landlæknis, 2010; Helsedirektoratet, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2009).

Í heima-fæðingu fær kona samfelldan stuðning með yfirsetu ljósmóður, en æskilegt er að konan hafi kynnst heima-fæðingarljósmóðurinni á meðgöngunni (Helsedirektoratet, 2012; Ministry of Health, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2009). Einnig er þekkt að heima-fæðingarljósmæður veiti samfellda þjónustu í gegnum barneignarferlið, á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu, ýmist einar eða í litlum hópum ljósmæðra (Davis o.fl., 2011; McCourt o.fl., 2012). Tíðni inngripa í fæðingu er lægri þegar veitt er samfelld þjónusta í barneignarferlinu eða samfelldur stuðningur í fæðingu (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa og Cuthbert, 2017; Sandall, Soltani, Gates, Shennan og Devane, 2016). Samfelldur fæðingarstuðningur tengist einnig bættri útkomu nýbura og aukinni ánægju mæðra með fæðingarþjónustuna (Bohren o.fl., 2017).

Íslenskar rannsóknir á útkomu heima-fæðinga

Rannsóknum á heima-fæðingum hefur fjölgað á síðustu árum og gæði þeirra hafa aukist á sama tíma. Til að mynda var nýlega gerð doktorsrannsókn á fyrirfram ákveðnum heima-fæðingum á Íslandi, útkomu þeirra og áhrifaþáttum, sem skilgreindi sjálfræði kvenna um val þeirra á fæðingarstað, bar saman útkomu fyrirfram ákveðinna heima-fæðinga og sjúkrahús-fæðinga og kannaði hvort frábendingar fyrir heima-fæðingum og viðhorf kvenna til fæðinga, heima-fæðinga og inngripa hafi áhrif á útkomuna (Halldansdóttir, 2016).

Hugtakagreining á sjálfræði kvenna leiddi í ljós að kona telst vera sjálfráða um val á fæðingarstað ef hún hefur verið upplýst á hlutlausan hátt um fæðingarþjónustu sem er í boði, áhættu og ávinning, og getur unnið úr upplýsingum og tekið ákvörðun í samræmi við eigið gildismat (Halldansdóttir, Wilson, o.fl., 2015). Í framhaldinu var gerð afturvirk ferilrannsókn á gögnum úr mæðraskrá (n = 1228), þar sem útkoma fyrirfram ákveðinna heima-fæðinga árin 2005-2009 var borin saman við fyrirfram ákveðnar sjúkrahús-fæðingar hjá konum með sambærilegt heilsufar, fjölda fyrri fæðinga, aldur og búsetu. Sú rannsókn leiddi í ljós að ef fæðing hófst sem fyrirfram ákveðin heima-fæðing, hvort sem henni lauk í heimahúsi eða á sjúkrahúsi eftir flutning, voru marktækt minni líkur á notkun hriðarvandi lyfja og mænurótardeyfingar eða blæðingu eftir fæðingu yfir 500 millilítrum en raunin var ef fæðingin hófst sem fyrirfram ákveðin sjúkrahús-fæðing. Enginn marktækur munur var á útkomu nýbura en rannsóknin hafði ekki nægan tölfraðilegan styrk til að fullyrða um þær niðurstöður (Halldansdóttir, Smarason, o.fl., 2015).

Um 10% kvenna sem völdu heima-fæðingu á árunum 2005-2009 höfðu áhættuþætti eða heilsufarsvandamál sem teljast til frábendinga fyrir heima-fæðingu á Íslandi (Landlæknisembættið, 2007). Gerð var afturvirk ferilrannsókn (n = 1228) á því hvort frábendingar hefðu áhrif á útkomu fyrirfram ákveðinna heima-fæðinga og hvort áhrif sambærilegra frábendinga væru meiri eða minni í fyrirfram ákveðnum sjúkrahús-fæðingum. Frábendingar í fyrirfram ákveðnum heima-fæðingum tengdust marktækt aukum líkum á flutningi í fæðingu og blæðingu yfir 500, 800 eða 1000 millilítrum, borði saman við heima-fæðingar án frábendinga. Meðal kvenna með frábendingar var hærri tíðni heilsufarsvandamála hjá móður og barni ef móðir valdi heima-fæðingu en ef hún valdi sjúkrahús-fæðingu. Meðal hraustra kvenna án frábendinga var tíðni heilsufarsvandamála hjá móður og barni hins vegar hærri ef móðir valdi sjúkrahús-fæðingu. Marktæk víxlverkun greindist milli frábendinga og áætlaðs fæðingarstaðar og reyndust frábendingar hafa marktækt neikvæðari áhrif á tíðni 5 mínútna Apgarstíga undir 7 ef fæðingin hófst sem fyrirfram ákveðin heima-fæðing (Halldansdóttir, Hildingsson, Smarason, Sveinsdóttir og Olafsdóttir, 2018).

Niðurstöður rannsókna á útkomu fyrirfram ákveðinna heima-fæðinga og sjúkrahús-fæðinga hafa í gegnum tíðina verið gagnrýndar fyrir að leiðrétta ekki fyrir viðhorfum kvenna til fæðinga, heima-fæðinga og inngripa. Til að kanna tengsl fæðingarútkomu við viðhorf til fæðinga og fæðingarstaðar var gerð framvirk ferilrannsókn á spurningalistagögnum frá árunum 2009-2011 úr rannsókninni Barneign og heilsa (Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrímsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson, 2012). Rannsóknin leiddi í ljós að konur sem tjáðu jákvætt viðhorf gagnvart því að fæða heima

höfðu marktækt jákvæðara viðhorf til fæðinga og neikvæðara viðhorf til inngripa í fæðingu en konur sem höfðu neikvætt viðhorf til þess að fæða heima voru jafnframt marktækt síður líklegar til að nota hríðaðörvandi lyf og mænurótardeyfingu, auk þess sem tíðni innlagna á vökudeild var marktækt lægri hjá nýburum þeirra. Viðhorf kvennanna til fæðinga og inngripa litaði sambandið milli viðhorfa þeirra til heimafæðinga og útkomu fæðinga þeirra (Halfdansdóttir, Olafsdóttir, Hildingsson, Smarason og Sveinsdóttir, 2016).

Tilgátur um þætti sem auka öryggi barna í heimafæðingum

Rannsóknnum hérlandis og í öðrum vestrænum löndum ber saman um að tíðni inngripa og heilsufarsvandamála hjá hraustum konum sé lægri ef fæðingin hefst sem fyrirfram ákveðin heimafæðing (Halfdansdóttir, Smarason, o.fl., 2015). Tíðni burðarmálsaða og heilsufarsvandamála hjá nýburum er hins vegar mjög ólík milli landa. Fræðimenn sem rannsaka heimafæðingar hafa leitt að því líkum að ástæðuna fyrir þessu misræmi sé að finna í ólíkri þjónustu sem veitt er við heimafæðingar (Chang og Macones, 2011; Cheng, Snowden, King og Coughy, 2013; de Jonge o.fl., 2015; Malloy, 2010; Wax, Pinette, Cartin og Blackstone, 2010). Þeir þættir sem þykja líklegir til að skipta máli eru:

- Klínískar eða faglegar leiðbeiningar frá heilbrigðisfyrirvöldum um frábendingar fyrir heimafæðingum, ábendingar fyrir flutningi og innhald þjónustu sem veitt er við fæðingar.
- Samþætting heimafæðingarþjónustu við aðra þætti fæðingarþjónustunnar ásamt verklagi um samráð og flutning milli þjónustustiga.
- Stöðluð menntun og leyfisveiting ljósmæðra sem tryggir hæfi þeirra.

ADFERÐAFRÆÐI:

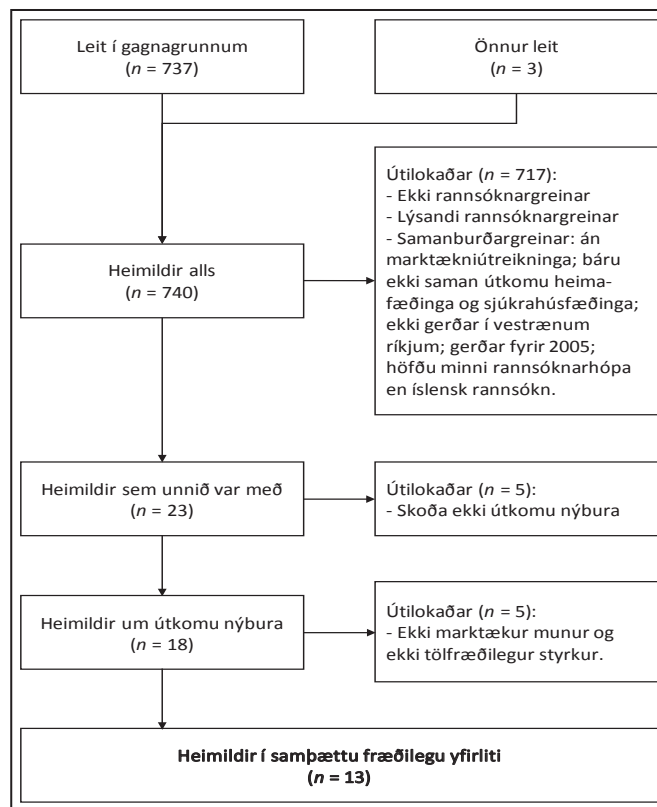
Sterkasta snið fræðilegrar samantektar á heimildum er kerfisbundin fræðileg samantekt (e. systematic review) á stýrðum slembirannsóknum eða vel unnum fylgirannsóknum (Polit og Beck, 2008). Þar sem rannsóknarspurning þessarar samantektar gerir ráð fyrir að ekki séu einungis skoðaðar rannsóknarniðurstöður heldur einnig fjölbreyttar heimildir um skipulag þjónustu við heimafæðingar var valið að gera samþætt fræðilegt yfirlit, sem ekki er kerfisbundið (e. integrative review).

Upplýsinga um útkomu barna í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum og sjúkrahúsfæðingum var aflað með lefnisleit í apríl 2018 í Pubmed, Cinahl, Scopus, Proquest, Psycinfo, Gegni og Hirsunni. Leitarorð fóru eftir umfangi leitarvéla og leitarorðakerfum, en dæmi um leitarorð voru „home birth“, „home childbirth“, „hospital birth“, „outcome“, „pregnancy outcome“ og „heimafæðing“. Snjóboltaleit var gerð í heimildaskrá. Rannsóknir sem uppfylltu ekki skilyrði yfirlits, þar á meðal rannsóknir sem báru ekki saman útkomu nýbura (burðarmáls- eða nýburadaða, lág Apgarstig, alvarleg einkenni frá taugakerfi, önnur heilsufarsvandamál, innlögna á nýburagjörgæslu eða aðra sérhæfða þjónustu) voru útilokaðar (mynd 2). Miðað var við að rannsóknarhópar væru afmarkaðir við konur með lítil áhættu eða að leiðrétt væri fyrir áhættu- og áhrifapáttum við greiningu gagna.

Upplýsinga um hvernig heimafæðingarþjónusta ljósmæðra er veitt var leitað með margvíslegum hætti. Hefðbundin leit að heimildum um faglegar og klínískar leiðbeiningar var gerð í ofangreindum leitarvélum með leitarorðum á borð við „guideline“, „home birth“ og „contraindication“. Frekari leit að efni um leiðbeiningar, samþættingu þjónustu og menntun ljósmæðra var gerð í almennum leitarvélum á borð við Google og á heimasíðum heilbrigðisráðuneyta, ljósmæðrafélaga og félaga fæðingarlækna í þeim löndum þar sem rannsóknir á heimafæðingum höfðu verið gerðar. Útkoma nýbura í heimafæðingum og styrkleikar og veikleikar í skipulagi þjónustu í ólíkum löndum voru samþætt í töflu og samhengis leitað milli þjónustu og útkomu.

NIÐURSTÖÐUR:

Af 18 rannsóknargreinum sem báru saman útkomu nýbura í heima- og sjúkrahúsfæðingum greindist í 13 rannsóknum ýmist marktækur munur á hópunum eða munur var ekki marktækur með nægilegum tölfræðilegum styrk (mynd 2), og voru niðurstöður þeirra samþættar. Aðferðafræði rannsóknargreinnanna er lýst í töflu 1.



Mynd 2. Flæðirit um lefnisleit, inntaka og útilokun heimilda.

Útkoma nýbura í mismunandi löndum

Holland hefur hæstu tíðni heimafæðinga í hinum vestræna heimi og er eina landið þar sem rannsóknarhópar eru nægilega stórir til að rannsóknir hafi fyrirfram gefinn tölfræðilegan styrk til að greina mun á dánartíðni nýbura hraustra mæðra á ólíkum fæðingarstöðum. Hollenskum rannsóknum ber saman um að enginn munur sé milli heima- og sjúkrahúsfæðinga á tíðni burðarmálsaða eða nýburadaða upp að 7 eða 28 daga aldri (de Jonge o.fl., 2015; de Jonge o.fl., 2009; van der Kooy o.fl., 2011). Aðra sögu er að segja af nýlegum rannsóknum á heimafæðingum í Bandaríkjunum, þar sem marktækt hærri tíðni burðarmálsaða og nýburadaða greindist í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum en í sjúkrahúsfæðingum (Chang og Macones, 2011; Grunebaum o.fl., 2014; Malloy, 2010).

Marktækt hærri tíðni nýburadaða vegna fösturköfnunar hefur greinst hjá nýburum sem fæddust eftir flutning úr fyrirfram ákveðinni heimafæðingu í Ástralíu (Kennare, Keirse, Tucker og Chan, 2010). Stór bresk rannsókn á útkomu fæðinga á ólíkum fæðingarstöðum hafði ekki tölfræðilegan styrk til að greina mun á dánartíðni nýbura en greindi hærri tíðni á samsettri útkomubreytu fyrir alvarleg heilsufarsvandamál (burðarmáls- og nýburadaða, heilakvilla nýbura, ásvelgingu fösturhægða, áverka á armflækju og upphandleggs- eða viðbeinsbrot) hjá nýburum frámyrja sem völdu heimafæðing, en ekki greindist munur á útkomu hjá nýburum fjölbyrja (Brocklehurst o.fl., 2011).

Tíðni lágra Apgarstiga nýbura virðist vera mismunandi í ólíkum löndum. Kanadísk rannsókn greindi marktækt lægri tíðni Apgars undir 7 við 1 mínútu hjá nýburum mæðra sem völdu heimafæðingu (Janssen o.fl., 2009) og nýburar fjölbyrja sem völdu heimafæðingu í stórrí hollenskri rannsókn voru marktækt síður líklegir til að fá Apgar undir 7 við 5 mínútna aldur, miðað við nýbura fjölbyrja sem völdu sjúkrahúsfæðingu (de Jonge o.fl., 2015). Nýburar mæðra sem völdu heimafæðingu í Bandaríkjunum voru hins vegar marktækt líklegri til að fá Apgar undir 7, undir 4 eða 0 við 5 mínútna aldur, borið saman við nýbura mæðra sem völdu sjúkrahúsfæðingu (Grunebaum o.fl., 2013; Malloy, 2010; Wax o.fl., 2010). Í bandarískri rannsókn sem lagskipti rannsóknarhópum eftir menntun heilbrigðisstarfsmanna voru Apgarstig nýbura í heimafæðingum marktækt lægri ef fæðingunni var sinnt af öðrum en ljósmæðrum með hjúkrunargráðu. Enginn munur var á nýburum ef ljósmæður með hjúkrunargráðu sinntu fæðingunni (Cheng o.fl., 2013). Tíðni á Apgar undir 7 við 5 mínútna aldur í áströlskum

heimafæðingum var einungis marktækt lægri í þeim undirhópi fæðinga sem lauk eftir flutning á sjúkrahús (Kennare o.fl., 2010).

Alvarleg heilsufarsvandamál nýbura, svo sem krampar og önnur alvarleg starfræn einkenni frá taugakerfi, voru marktækt algengari í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum en sjúkrahúsfæðingum í Bandaríkjunum, ýmist í hópunum öllum (Grunebaum o.fl., 2013) eða þeim undirhópum sem ekki er sinnt af ljósmóður með hjúkrunargráðu (Chang og Macones, 2011; Cheng o.fl., 2013). Í Kanada reyndist hins vegar tíðni heilsufarsvandamála á borð við ásvellingu fósturhægða og fæðingaráverka nýbura vera lægri meðal nýbura í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum en í sjúkrahúsfæðingum (Janssen o.fl., 2009), sem samræmist ekki breskum niðurstöðum um aukna tíðni heilsufarsvandamála hjá nýburum frumbyrja sem völdu heimafæðingu (Brocklehurst o.fl., 2011). Önnur merki um heilsufarsvandamál nýbura, svo sem fósturstreita og litað legvatn, hafa reynst marktækt sjaldgæfari í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum en sjúkrahúsfæðingum í Bandaríkjunum og Kanada (Chang og Macones, 2011; Wax o.fl., 2010).

Innlagnir á nýburagjörgæslu eru marktækt sjaldgæfari í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum en sjúkrahúsfæðingum í Bandaríkjunum (Cheng o.fl., 2013; Wax o.fl., 2010). Samskonar munur hefur komið fram í hollenski rannsókn, en einungis meðal fjölbyrja (de Jonge o.fl., 2015). Enginn marktækur munur er á innlögnum á nýburagjörgæslu í þeim hópum sem velja annars vegar heimafæðingu og hins vegar fæðingu á fæðingarheimili á Nýja-Sjálandi, en tíðni innlagna í þeim hópi sem valdi fæðingarheimili var marktækt lægri en í fyrirfram ákveðnum sjúkrahúsfæðingum (Davis o.fl., 2011). Tíðni annarrar sérhæfðar þjónustu við nýbura, svo sem endurlífsgunar og öndunaraðstoðar, hefur að sama skapi reynst marktækt lægri í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum en fyrirfram ákveðnum sjúkrahúsfæðingum (Janssen o.fl., 2009; Kennare o.fl., 2010; Malloy, 2010; Wax o.fl., 2010).

Tafla 1. Aðferðaræði rannsóknaargreina í samþættu fræðilegu yfirliti.

Höfundur - Ár - Land (svæði)	Rannsóknarsnið	Rannsóknarhópur	Útlökandi þættir
Nafn greinar	Tilgangur/markmið/ rannsóknarspurning	Samánburðarhópur	Leiðrétting
		Áðrir hópar	Útkomubreytur nýbura
de Jonge o.fl., 2015, Holland	Afturskyggn ferlirannsókn.	466,112: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar.	Ekki sjálfrá upphaf fæðingar, <37v, >42v, fjölbúrar, heilsufarsvandamál, áhætta í fyrri fæðingu, fæðing án undangengins meðgönguflutts, farið vatn í >24klst án samdráttar, fósturdaði í legi, fósturgallar
Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases	Að bera saman tíðni slæmrar útkomu nýbura í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum og sjúkrahúsfæðingum.	276,958: Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar. 71,909: Fæðingar með óþekktan áætlaðan fæðingarstað.	Meðgöngulengd, aldur móður, félagsleg staða, kynþáttur. Lagskipt eftir því hvort er frumbyrja eða fjölbyrja. Burðarmálsaðuði og nýburadaði innan 7 eða 28 daga, vöðudeildarinnlagn, 5 mínútna Apgar <7.
Grünebaum o.fl., 2014, Bandaríkin	Afturskyggn þversniðsrannsókn.	1,095,555: Sjúkrahúsfæðingar með ljósmóður. 12,709,881: Sjúkrahúsfæðingar með lækni.	Fjölbúrar, <37v, >2500gr, fóstur- eða lítingagallar, móðir býr ekki í Bandaríkjunum.
Early and Total Neonatal Mortality in Relation to Birth Setting in the United States, 2006-2009	Að kanna tíðni nýburadaða eftir fæðingarstað og fagaðila.	81,993: Heimafæðingar með ljósmóður. 28,119: Heimafæðingar með öðrum aðila en ljósmóður. 39,523: Fæðingar á fæðingarheimili með ljósmóður.	Lagskipt eftir meðgöngulengd +/- 41v og því hvort er frumbyrja eða fjölbyrja. Nýburadaði innan 7 eða 28 daga.
Grünebaum o.fl., 2013, Bandaríkin	Afturskyggn þversniðsrannsókn.	1,118,578: Sjúkrahúsfæðingar með ljósmóður. 12,663,051: Sjúkrahúsfæðingar með lækni.	Fjölbúrar, >37v, >2500gr.
Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting	Að kanna tíðni lágra Apgarskaða, krampa nýbura og alvarlegra starfræna taugavilla eftir fæðingarstað og fagaðila.	67,429: Heimafæðingar með ljósmóður. 42,216: Fæðingar á fæðingarheimili með ljósmóður.	Lagskipt eftir því hvort er frumbyrja eða fjölbyrja. 5 mínútna Apgar=0 lagskipt fyrir aldur móður +/- 35 og meðgöngulengd +/- 41v. 5 mínútna Apgar=0, krampar nýbura, alvarleik starfrænr taugakvillar.
Cheng o.fl., 2013, Bandaríkin	Afturskyggn ferlirannsókn	12,039: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar	Síðandi staða, fjölbúrar, <37v, >43v, fæðingar á fæðingarheimilum, óráðgerðar heimafæðingar, fæðingar þar sem áætlaður fæðingarstaður er ekki ljós.
Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States	Að kanna útkomu fæðinga þar sem öryggi er djóft.	2,069,714: Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar	Aldur móður, kynþáttur, menntun, hjúskaparstaða, meðgöngulengd, reykingar, fjöldi skóðana á meðgöngu, heilsufarsvandamál, fagaðili. Lagskipt eftir því hvort er frumbyrja eða fjölbyrja.
		Á ekki við.	5 mínútna Apgar <4 eða <7; krampar nýbura, öndunaraðstoð >ekist, vöðudeildarinnlagn.
van der Kooy o.fl., 2011, Holland	Afturskyggn þversniðsrannsókn, tvær nálganir: 1) heildarhópur, 2) hópur sem uppfyllir skilyrði leiðbeininga (konur í lítilli áhættu).	402,912: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar í heildarhópi, þar af 363,568 konur í lítilli áhættu.	Fyrir heildarhóp: Meðal áhætta. Að auki fyrir hóp kvenna í lítilli áhættu: fósturdaði í legi, <37v, farið vatn í langan tíma, >41v.
Planned Home Compared With Planned Hospital Births in The Netherlands Intrapartum and Early Neonatal Death in Low-Risk Pregnancies	Að bera saman burðarmálsaðuða og snemmkomin nýburadaði í fyrirfram ákveðnum heima- og sjúkrahúsfæðingum í umsjá ljósmæðra að teknu tilliti til ólíkrar áhættu. Tilgáta: að fæðingarstaður hafi áhrif á útkomu þegar lítilek áhætta er til staða.	219,105: Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar í heildarhópi, þar af 190,098 konur í lítilli áhættu. 57,935: Fæðingar með óþekktan áætlaðan fæðingarstað í heildarhópi, þar af 48,665 konur í lítilli áhættu.	"Stóru þættirnir 4": fósturgallar, vaxtarskerðing, fyrirburafæðing, lág Apgar stig. Burðarmálsaðuði, nýburadaði innan sólarhrings eða 7 daga.

Brocklehurst o.fl., 2011, England	Framsýggn ferlirannsókn.	19,706: Fyrirfram ákveðnar fæðingar á þverfræðilegri fæðingarðeld á sjúkrahúsi.	Heilsufarsvandamál, valkeisari, <37v, fjölbúrar, fæðingar án undangengins meðgönguflutts, fósturdaði í legi.
Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study	Að bera burðarmálsaðuða, nýburadaði og sérstök heilsufarsvandamál í fyrirfram ákveðnum fæðingum í heimahúsum, á fæðingarheimilum og ljósmæðrastyðrum einungum saman við þverfræðilegar fæðingarðeldir, meðal nýbura mæðra sem teljast hraustar við upphaf fæðingar.	16,840: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar. 11,282: Fyrirfram ákveðnar fæðingar á fæðingarheimili. 16,710: Fyrirfram ákveðnar fæðingar á ljósmæðrastyðri fæðingarðeld á sjúkrahúsi.	Aldur móður, kynþáttur, sklinningur á ensku, hjúskaparstaða, líkamssþýngdarstuðull, félagsleg staða, fjöldi fyrri fæðinga, meðgöngulengd. Aðal: samsett útkomubreyta (burðarmálsaðuði, snemmkomin nýburadaði, heilsuvið nýbura, ásvelling fósturhægða, áverkni á armlægju, brot á upphandlegg eða viðbeidni). Auka: önnur heilsufarsvandamál.
Chang og Macones, 2011, Bandaríkin (Missouri)	Afturskyggn ferlirannsókn á lands (svæðis)visu.	1,738: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar með ljósmóður með hjúkrunargráðu eða lækni. 2,155: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar með annarri ljósmóður.	Fjölbúrar, <36v, >44v, fósturgallar, síðandi staða.
Birth Outcomes of Planned Home Births in Missouri: A Population-Based Study	Að kanna útkomu fæðinga eftir fæðingarstað og fagaðila.	853,542: Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar eða fæðingar á fæðingarheimili með ljósmóður með hjúkrunargráðu eða lækni. Á ekki við.	Aldur móður, meðgöngulengd, fjöldi fyrri fæðinga, reykingar, félagsleg staða, líkamssþýngdarstuðull, heilsufarsvandamál. Aðal: Krampar nýbura, burðarmálsaðuði. Auka: 5 mínútna Apgar <7, nýburadaði innan 28 daga.
Davis o.fl., 2011, Nýja-Sjáland	Afturskyggn ferlirannsókn.	2,877: Fyrirfram ákveðnar fæðingar á fæðingarheimili.	Ekki ljósmæðrabjónusta, áhætta í fyrri fæðingu, heilsufarsvandamál, fjölbúrar, fósturdaði í legi, <37v, >42v, gangsetning, valkeisari, ekki höfuðstaða.
Planned Place of Birth in New Zealand: Does it Affect Mode of Birth and Intervention Rates Among Low-Risk Women?	Að bera saman fæðingarmáta, inngrip og útkomu hjá hraustum konum sem áætla fæðingu í ljósmæðrabjónustu á öðrum stöðum. Spurning: Hefur áætlaður fæðingarstaður áhrif á útkomu fæðinga í umsjá ljósmæðra?	1,830: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar. 7,380: Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar, 2 stígs sjúkrahús, 4,123 Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar, 3. stígs sjúkrahús.	Aldur móður, fjöldi fyrri fæðinga, kynþáttur, reykingar. 5 mínútna Apgar <7, vöðudeildarinnlagn.
Malloy, 2010, Bandaríkin	Afturskyggn þversniðsrannsókn.	13,529: Heimafæðingar með skráðri ljósmóður með hjúkrunargráðu.	<37v, >42v, fjölbúrar, keisaraskurður nú.
Infant outcomes of certified nurse midwife attended home births: United States 2000 to 2004	Að bera saman úrýggi við heimafæðingar og sjúkrahúsfæðingar sem sinnt var af skráðum ljósmóður með hjúkrunargráðu með því að kanna áhætta á slæmri útkomu nýbura.	1,237,129: Sjúkrahúsfæðingar með skráðri ljósmóður með hjúkrunargráðu. 17,389: Sjúkrahúsfæðingar, sinnt af öðrum. 42,375: Heimafæðingar, sinnt af öðrum. 25,319: Fæðingar á fæðingarheimili með skráðri ljósmóður með hjúkrunargráðu.	Aldur móður, menntun, fjöldi fyrri fæðinga, kynþáttur, heilsufarsvandamál, fósturgallar, meðgöngulengd, kyn barns.
Wax o.fl., 2010, Bandaríkin	Afturskyggn ferlirannsókn.	7,427: Heimafæðingar (þar af 5,602 með fagaðila).	Tvibúrar, <37v, reykingar, heilsufarsvandamál, fyrri keisari.
Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births	Að meta fæðingartengd heilsufarsvandamál eftir fæðingarstað (sjúkrahús, fæðingarheimili, heimahúsi).	733,143: Sjúkrahúsfæðingar. 4,661: Fæðingar á fæðingarheimili.	Aldur, kynþáttur, menntun, hvenær hóf meðgönguvernd. Öndunaraðstoð, fæðingaráverki, vöðudeildarinnlagn, krampar, 5 mínútna Apgar <7, fæðingarþýngd <2500.
Kennare o.fl., 2010, Ástralía (Suður-Ástralía)	Afturskyggn þversniðsrannsókn.	1,141: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar sem lauk heima (792) eða á sjúkrahúsi (349).	Frámkölluð fósturlífi >400gr, >20v, fæðingar án undangengins meðgönguflutts.
Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes	Að kanna mun á útkomu í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum sem lauk heima eða á sjúkrahúsi, og fyrirfram ákveðnum sjúkrahúsfæðingum.	297,192: Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar. Á ekki við.	Aldur móður, fjöldi fyrri fæðinga, atvinnu, búseta, reykingar, fjölbúrameðganga, heilsufarsvandamál, meðgöngulengd, létþburar, fósturgallar, fæðingarmáli. Burðarmálsaðuði og nýburadaði innan 28 daga, burðarmálsaðuði vegna súrefnisþurrðar í fæðingu (að öðru leyti heilbriggt barn >1500gr), 5 mínútna Apgar <7, sérhæfð aðstoð (þar á meðal vöðudeildarinnlagn).
Janssen o.fl., 2009, Kanada (British Columbia)	Afturskyggn ferlirannsókn.	2,889: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar (við upphaf fæðingar) með skráðri ljósmóður.	Fyrirverandi og meðgöngulengd heilsufarsvandamál, fjölbúrar, ekki höfuðstaða, <36v, >41v, fyrri keisari, gangsetning á sjúkrahúsi, flutningur milli sjúkrahúsa í fæðingu.
Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician	Bera saman útkomu fyrirfram ákveðinna heimafæðinga, fyrirfram ákveðinna sjúkrahúsfæðinga með ljósmóður og fyrirfram ákveðinna sjúkrahúsfæðinga með lækni.	4,752: Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar (við upphaf fæðingar) með sama hópi skráðra ljósmæðra. 5,331: Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar (við upphaf fæðingar) með lækni.	Þörun á fæðingarari, fjöldi fyrri fæðinga, aldur móður, hjúskaparstöðu, sjúkrahúsumdæmi. Burðarmálsaðuði og nýburadaði innan 7 daga, vöðudeildarinnlagn.
de Jonge o.fl., 2009, Holland	Afturskyggn ferlirannsókn á landsvisu.	321,307: Fyrirfram ákveðnar heimafæðingar.	Há eða meðalhá áhætta, s.s.: áhætta í fyrri fæðingu, fjölbúrar, ekki höfuðstaða, <37v, >42v, áhættuþætti á meðgöngu, farið vatn í >24 klst án samdráttar, dáð fóstur, fósturgallar.
Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births	Bera saman burðarmálsaðuða og alvarlegan heilsufarsvanda milli heimafæðinga og sjúkrahúsfæðinga hjá hraustum konum sem hófu fæðingu í almennri grunnþjónustu.	163,261: Fyrirfram ákveðnar sjúkrahúsfæðingar. 45,120: Fæðingar með óþekktan áætlaðan fæðingarstað.	Fjöldi fyrri fæðinga, meðgöngulengd, aldur, menningargætur, uppruni, félags- og fjárhagsleg staða. Burðarmálsaðuði og nýburadaði innan 7 daga, vöðudeildarinnlagn.

Heimafæðingarpjónusta í ólíkum löndum

Pjónustuþættir sem þykja líklegir til að hafa áhrif á útkomu nýbura í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum, það er opinberar leiðbeiningar um heimafæðingar, samþætting heimafæðingarpjónustu við aðra fæðingarpjónustu og stöðluð menntun ljósmæðra, eru ólíkir í þeim löndum þar sem útkoma hefur verið rannsökuð á síðustu árum. Heimildir fundust um fyrirkomulag pjónustu í öllum löndum þar sem útkoma nýbura í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum hefur verið borin saman við útkomu sjúkrahúsfæðinga. Í sumum löndum hafa yfirvöld gefið út opinberar leiðbeiningar meðan einungis eru til leiðbeiningar frá fagfélögum í öðrum löndum. Leiðbeiningarnar eru ýmist klínískar, með lýsingu á innihaldi pjónustunnar, eða faglegar, með afmarkað umfang varðandi frábendingar fyrir heimafæðingum, nauðsynlegan búnað o.fl.

Í Hollandi sinna vel menntaðar og þjálfaðar ljósmæður heimafæðingum. Pjónusta þeirra er vel samþætt öðrum þáttum heilbrigðiskerfisins og tilvísunar- og flutningsleiðir eru greiðar. Ljósmæður, fæðingarlæknar og fleiri fagstéttir hafa unnið saman að opinberum leiðbeiningum með nákvæmum lista yfir frábendingar fyrir heimafæðingum (de Jonge o.fl., 2015; de Jonge o.fl., 2009; The Obstetric Working Group, 2000).

Í opinberum klínískum leiðbeiningum um breska fæðingarpjónustu er nákvæmur listi yfir frábendingar fyrir heimafæðingum ásamt upplýsingum um val á fæðingarstað sem er mælt með að gefa konum, og eru ólíkar fyrir frumbyrjur og fjölbyrjur (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Tilvísunarleiðir eru greiðar og pjónusta ljósmæðranna, sem eru ýmist með grunnmenntun í hjúkrunarfræði eða hafa fengið háskólamenntun frá grunni í ljósmóðurfærði, er vel samþætt öðrum þáttum fæðingarpjónustunnar (Brocklehurst o.fl., 2011; Nursing & Midwifery Council, 2015).

Í tveimur ríkjum Kanada, Manitoba og British Columbia, hafa fagfélög ljósmæðra gefið út faglegar lágmarkskröfur um pjónustu ljósmæðra við heimafæðingar (College of Midwives of British Columbia, 2003, 2014; College of Midwives of Manitoba, 2007, 2011). Í British Columbia, þar sem útkoma nýbura í heimafæðingum hefur verið rannsökuð, hafa þar að auki verið gefnar út leiðbeiningar um hvernig bregðast skuli við ósk um heimafæðingu þegar frábendingar eru til staðar (College of Midwives of British Columbia, 2005). Kanadískar ljósmæður með BSc gráðu í ljósmóðurfærði eru skráðar hjá sínum fagfélögum. Þær skima fyrir frábendingum hjá konum sem óska eftir heimafæðingu og pjónusta þeirra er vel samþætt öðrum þáttum heilbrigðiskerfisins (Hutton, Reitsma og Kaufman, 2009; Janssen o.fl., 2009).

Heimafæðingarljósmæður á Nýja-Sjálandi hafa samstarfssamninga við skilgreinda fæðingarstaði þar sem þær starfa. Þær vinna samkvæmt opinberum leiðbeiningum um ábendingar fyrir samráði og flutningi á herra pjónustustigi (Davis o.fl., 2012; Davis o.fl., 2011; Ministry of Health, 2012). Ljósmæður sem hafa lokið fjögurra ára BSc námi eru skráðar hjá opinberri stofnun sem hefur eftirlit með störfum þeirra (Midwifery Council of New Zealand, n.d.).

Í Ástralíu var gerð rannsókn á útkomu fæðinga á árunum 1991-2006 en þar voru ekki gefnar út opinberar leiðbeiningar um pjónustuna fyrr en árið 2007 (Department for Health and Ageing. Government of South Australia, 2013; Kennare o.fl., 2010). Á fyrri hluta rannsóknartímabilsins var pjónusta heimafæðingarljósmæðra ekki vel samþætt annarri fæðingarpjónustu og samþættingin var ólík eftir landssvæðum. Nám til BSc-gráðu í ljósmóðurfærði var ekki í boði í Ástralíu fyrr en árið 2002 (Kennare o.fl., 2010).

Menntun ljósmæðra í Bandaríkjunum og menntunarkröfur til starfsréttinda og skráningar eru ólík í mismunandi ríkjum og landsvæðum. Hæfni ljósmæðra sem sinna heimafæðingum og samþætting pjónustu þeirra við aðra fæðingarpjónustu er því mjög misjöfn (Chang og Macones, 2011; Cheng o.fl., 2013). Fagfélög ljósmæðra, fæðingarlækna og barnalækna hafa gefið út skjöl með ólíkum stefnuyfirlýsingum sínum um heimafæðingarpjónustu, þar sem fram koma meðal annars hugmyndir um innihald pjónustu, frábendingar fyrir heimafæðingum og ábendingar fyrir flutningi (American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, 2013; American College of Nurse-Midwives, 2016; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017). Engar samræmdar eða opinberar leiðbeiningar hafa þó verið gefnar út í Bandaríkjunum.

Samhengi pjónustu og útkomu

Þegar útkoma nýbura í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum er sett í samhengi við landfræðilega staðsetningu kemur fram ákveðið mynstur. Þar sem heimafæðingarpjónusta vel menntaðra ljósmæðra er samþætt annarri fæðingarpjónustu og styðst við leiðbeiningar um innihald og umgjörð pjónustunnar, eins og í Hollandi, Bretlandi, Kanada og Nýja-Sjálandi, er útkoma nýbura í heimafæðingum almennt jafn góð eða betri en í sjúkrahúsfæðingum. Í Ástralíu og Bandaríkjunum, þar sem menntun ljósmæðra sem sinna heimafæðingum er mismunandi, pjónustan er misvel samþætt annarri fæðingarpjónustu og leiðbeiningar eru ekki til staðar eða ekki samræmdar á rannsóknartímanum, er tíðni burðarmálsdauða og alvarlegra heilsufarsvandamála nýbura hærra ef mæður þeirra velja heimafæðingu en ef þær velja sjúkrahúsfæðingu (mynd 3).

	Burðarmáls- eða nýburadæði	Lág Apgarstig	Alvarleg sérhæfing faghefni	Önnur heilsufars- vandamál	Innihald nýbura- gjörðar	Önnur sérhæfing þjónusta	Leið- beiningar	Samþætting	Samræmd menntun	
de Jonge o.fl., 2015	0	(+)				(+)				
van der Kooij o.fl., 2011	0						+	+	+	Holland
de Jonge o.fl., 2009	0				0					
Brocklehurst o.fl., 2011				(-)			+	+	+	Bretland
Janssen o.fl., 2009		+		+		+	+	+	+	Kanada
Davis o.fl., 2011					(+)		+	+	+	Nýja-Sjáland
Kennare o.fl., 2010	(-)	(-)				(+)	-	+/-	+/-	Ástralía
Grünebaum o.fl., 2014	-									
Grünebaum o.fl., 2013		-	-							
Cheng o.fl., 2013		(-)	(-)		+					
Chang og Macones, 2011	-		(-)	+			-	+/-	+/-	Bandaríkin
Malloy, 2010	-	-				+				
Wax o.fl., 2010		-			+	+				

Mynd 3. Útkoma nýbura í samhengi við heimafæðingarpjónustu. Áhrif fyrirfram ákveðinna heimafæðinga: + = jákvæð; - = neikvæð; 0 = ekki marktækt en með nægilegum tölfærðilegum styrk; () = aðeins munur á ákveðnum undirhópum. Þættir heimafæðingarpjónustu: + = til staðar; - = ekki til staðar; +/- = mismunandi/ ósamkvæmt.

UMFJÖLLUN:

Helstu ályktanir sem draga má af samþættu fræðilegu yfirliti um samhengi milli skipulags heimafæðingarpjónustu og útkomu nýbura eru þær að í þeim löndum eða landsvæðum þar sem pjónusta hæfra og vel menntaðra ljósmæðra í heimafæðingum er vel samþætt öðrum þáttum fæðingarpjónustunnar og styðst við opinberar leiðbeiningar um ábendingar, frábendingar og innihald pjónustu er slæm útkoma nýbura í fyrirfram ákveðnum heimafæðingum, svo sem burðarmáls- eða nýburadæði, heilsufarsvandamál, lág Apgarstig eða sérhæfð pjónusta, jafn sjaldgæf eða sjaldgæfari en í fyrirfram ákveðnum sjúkrahúsfæðingum. Í ljósi þess að tíðni burðarmálsdauða og alvarlegra heilsufarsvandamála nýbura í Bandaríkjunum og Ástralíu er hærra í heimafæðingarhópum er hægt að túlka lægri tíðni innlagna á nýburagjörgæslu og annarrar sérhæfðar pjónustu við nýbura eftir heimafæðingar í þessum löndum sem skort á viðeigandi pjónustu. Þar sem lág tíðni innlagna og annarrar sérhæfðar pjónustu eftir heimafæðingar fer saman við lága tíðni burðarmálsdauða og heilsufarsvandamála, eins og í Hollandi og Kanada, má hins vegar líta á lága innlagnartíðni sem jákvæða útkomu. Í framhaldinu vakna spurningar um stöðu heimafæðingarpjónustu á Íslandi, hvaða þættir í pjónustunni eru líklegir til að stuðla að góðri útkomu og hvaða þættur getu aukið öryggi barna enn frekar á þessu pjónustustigi hér á landi?

Gæði heimafæðingarpjónustu á Íslandi

Helstu styrkleika og veikleika ljósmæðrapjónustu við heima-fæðingar á Íslandi má sjá í yfirliti yfir stöðu opinberra leiðbeininga, samþættingar og menntunar (mynd 4). Meðal þess sem styður við vandaða heimafæðingarpjónustu á Íslandi eru Leiðbeiningar um val á fæðingarstað sem gefnar hafa verið út fyrir landið allt, en þar koma fram frábendingar fyrir heimafæðingum og ábendingar fyrir flutningi á herra pjónustustigi (Landlæknisembættið, 2007). Einnig hafa verið gefnar út faglegar lágmarkskröfur um sjálfstæðan rekstur pjónustu ljósmæðra við heimafæðingar, en þar er fjallað um hæfni ljósmæðra, nauðsynlegan búnað, skráningu heilsufarsupplýsinga og samskipti við fæðandi konur (Embætti landlæknis, 2010).

Samfélag fagfólks í íslenskri fæðingarpjónustu er lítið og einsleitt og óformlegar samskiptaleiðir því greiðar. Pjónusta við sjúkraflutninga er vönduð og árangur þeirra góður á höfuðborgarsvæðinu. Það sem

stýður enn frekar við íslenska heima-fæðingarpjónustu er góð menntun ljósmæðra, sem eiga að baki fjögurra ára BSc nám í hjúkrunarfræði og tveggja ára ljósmæðranám á meistarastigi, en ljósmæður með meistaragráðu geta orðið sérfræðiljósmæður (Velferðarráðuneytið, 2012).

Meðal veikleika íslenskrar þjónustu við heima-fæðingar er skortur á klínískum leiðbeiningum á landsvísi um innihald fæðingarpjónustu, sem eru hvorki til fyrir heima-fæðingar né önnur þjónustustig. Þær leiðbeiningar sem til eru um val á fæðingarstað átti að endurskoða árið 2009 en það hefur enn ekki verið gert. Engar formlegar tilvísunarleiðir eða verklag um flutning á milli þjónustustiga í fæðingu eru til, auk þess sem sjúkraflutningar í dreifðari byggðum landsins geta verið erfiðleikum háðir, sér í lagi að vetri til. Deila má um hvort skortur á BSc námi í ljósmóðurfræði og klínísk áhersla í námi á meistarastigi styrki eða veiki þjónustu íslenskra ljósmæðra.

	Leiðbeiningar	Samþætting	Menntun
Styrkleikar	Leiðbeiningar um val á fæðingarstað	Lífið og einsleitt samfélag fagfólks	BSc í hjúkrun (fjögur ár)
	Faglegar lágmarkskröfur	Vandaðir sjúkraflutningar á höfuðborgarsvæði	Cand. Obst. í ljósmóðurfræði (tvö ár)
Veikleikar	Engar klínískar leiðbeiningar	Ekkert verklag um samskipti	Ekki BSc nám í ljósmóðurfræði
	Leiðbeiningar um val á fæðingarstað úrelltar	Erfiðir sjúkraflutningar á landsbyggðinni	MSc í ljósmóðurfræði ekki skylda

Mynd 4. Styrkleikar og veikleikar íslenskrar heima-fæðingarpjónustu.

Tillögur að þróun þjónustu á Íslandi

Að ýmsu er að huga ef þjónusta við heima-fæðingar á Íslandi á að vera sambærileg við það sem best gerist á heimsvísu. Yfirgripsmikil rafræn mæðraskrá gæti orðið uppspretta innri úttekta á fæðingarpjónustu og vandaðra rannsókná á útkomu fæðinga. Slíkar rannsóknir gætu lagt grunn að klínískum leiðbeiningum um fæðingarpjónustu á landsvísi og á öllum þjónustustigum, líkt og þeim sem gefnar hafa verið út í Danmörku og á Bretlandi (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2009). Annar valkostur, öllu síðri, væru afmarkaðar faglegar leiðbeiningar um innihald þjónustu við heima-fæðingar, eins og notast er við í Noregi og Suður-Ástralíu (Department for Health and Ageing. Government of South Australia, 2013; Helsedirektoratet, 2012).

Í leiðbeiningum á landsvísi þyrfti að taka afstöðu til frábendinga fyrir heima-fæðingum, ábendinga fyrir flutningi og verklags um tilvísanir og samskipti við flutning (Vedam o.fl., 2014). Leiðbeiningarnar gætu nýst við upplýsingagjöf á meðgöngu, en klínískar leiðbeiningar um meðgönguvernd á Íslandi gera þegar ráð fyrir að konur séu upplýstar um val á fæðingarstað (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010). Íhuga mætti að fylgja fordæmi breskra heilbrigðisyfirvalda sem mæla með að heilbrigðar konur séu upplýstar um að þverfræðilegar sjúkrahúsdeildir séu ekki öruggasti fæðingarstaðurinn fyrir þær (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Slík áherslubreyting í upplýsingagjöf gæti átt þátt í að brúa bilið milli þeirra 2% kvenna sem velja heima-fæðingu á Íslandi og þeirra 20% sem segjast gjarnan geta hugsað sér það (Halldansdóttir o.fl., 2016).

Aukið aðgengi heilbrigðra kvenna að vandaðri ljósmæðrapjónustu á þjónustustigi sem hæfir þeirra heilsufari, til dæmis heima-fæðingum og fæðingarheimilum, er talið vera öruggt og svara kostnaði (Johnson og Daviss, 2005; Malloy, 2010; Schroeder o.fl., 2012; The Obstetric Working Group, 2000). Íslenska heilbrigðiskerfið mætti jafnvel taka mið af þeirri hagsýni og sparsemi sem gerði það að verkum að Hollendingar voru ekki tilbúnir á gefa heima-fæðingar upp á báttinn á 20. öldinni, enda voru engin vísindaleg rök fyrir þeirri breytingu (Benoit o.fl., 2005). Í dag þurfa hollenskar konur að greiða gjald fyrir fæðingu á sjúkrahúsi ef heilsa þeirra réttlætir fæðingu á ódýrara þjónustustigi utan sjúkrahúsa (van Haaren-ten Haken o.fl., 2014). Slík nálgun er þó líkleg til að skerða raunverulegt sjálfræði kvenna um val á fæðingarstað (Halldansdóttir, Wilson, o.fl., 2015).

Líklega væri vænlegra til árangurs að skoða af hverju svona margar hraustar konur á Íslandi kjósa að fæða á fæðingarstað sem er sniðinn að þörfum veikra kvenna og á herra þjónustustigi en þær hafa í raun þörf fyrir. Aukin upplýsingagjöf um útkomu ólíkra hópa á ólíkum fæðingarstöðum (Halldansdóttir o.fl., 2018) gæti unnið gegn fæðingarótta og sjúkdómsvæðingu fæðinga í samfélaginu, aukið raunverulegt sjálfræði kvenna og dregið úr kostnaði í fæðingarpjónustu (Halldansdóttir o.fl., 2016).

Samfelld ljósmæðrapjónusta tengist bættri útkomu fæðinga (Bohren o.fl., 2017; Sandall o.fl., 2016) og ætti að vera fyrsta val við skipulag fæðingarpjónustu fyrir allar konur, hvar sem þær fæða börn sín. Konur með heilsufarsvandamál og áhættuþætti ætti að fræða um að fæðing á sjúkrahúsi tryggi best öryggi móður og barns (Halldansdóttir o.fl., 2018), en að sama skapi þarf að kynna fæðingu utan sjúkrahúsa sem raunverulegan og öruggan valkost fyrir hraustar konur, sem eru meirihluti fæðandi kvenna (Olsen og Clausen, 2012). Íslensk heilbrigðisyfirvöld ættu að nýta sér þann mannauð sem er fölginn í vel menntuðum ljósmæðrum þessa lands og byggja grundvöll barneignarpjónustunnar á hæfum ljósmæðrum sem eru vel samþættar öðrum þáttum heilbrigðiskerfisins.

HEIMILDIR:

- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. (2013). Planned home birth. *Pediatrics*, 131, 1016-1020.
- American College of Nurse-Midwives. (2016). Midwifery provision of home birth services: American College of Nurse-Midwives. *J Midwifery Womens Health*, 61, 127-133. doi:10.1111/jmwh.12431
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Committee Opinion No. 697: Planned home birth. *Obstet Gynecol*, 129, e117-e122. doi:10.1097/aog.0000000000002024
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., De Vries, R. og van Teijlingen, E. R. (2005). Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Social Health Illn*, 27, 722-737. doi:10.1111/j.1467-9566.2005.00471.x
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. og Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., . . . Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343, d7400. doi:10.1136/bmj.d7400
- Chang, J. J. og Macones, G. A. (2011). Birth outcomes of planned home births in Missouri: a population-based study. *Am J Perinatol*, 28, 529-536. doi:10.1055/s-0031-1272971
- Cheng, Y. W., Snowden, J. M., King, T. L. og Caughey, A. B. (2013). Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology*, 209, 325 e321-328. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.06.022
- College of Midwives of British Columbia. (2003). *Indications for Planned Place of Birth*. Vancouver: College of Midwives of British Columbia.
- College of Midwives of British Columbia. (2005). *Policy: When the Client Requests Care Outside the Midwifery Standards of Practice*. Vancouver: College of Midwives of British Columbia.
- College of Midwives of British Columbia. (2014). *Indications for Discussion, Consultation and Transfer of Care*. Vancouver: College of Midwives of British Columbia.
- College of Midwives of Manitoba. (2007). *Standard for Discussion, Consultation and Transfer of Care*. Winnipeg: College of Midwives of Manitoba.
- College of Midwives of Manitoba. (2011). *Standard for Planned Out of Hospital Birth*. Winnipeg: College of Midwives of Manitoba.
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Anderson, J., . . . Herbison, P. (2012). Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in New Zealand: exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labor. *Birth*, 39, 98-105. doi:10.1111/j.1523-536X.2012.00531.x
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., . . . Herbison, P. (2011). Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth*, 38, 111-119. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x
- de Jonge, A., Geerts, C. C., van der Goes, B. Y., Mol, B. W., Buitendijk, S. E. og Nijhuis, J. G. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*, 122, 720-728. doi:10.1111/1471-0528.13084
- de Jonge, A., van der Goes, B. Y., Ravelli, A. C., Amelink-Verburg, M. P., Mol, B. W., Nijhuis, J. G., . . . Buitendijk, S. E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*, 116, 1177-1184. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x
- Department for Health and Ageing. Government of South Australia. (2013). *Policy for Planned Birth at Home in South Australia*. Adelaide: Department for Health and Ageing. Government of South Australia.
- Embætti landlæknis. (2010). Faglegar lágmarkskröfur samkvæmt lögum um landlækni nr 41/2007, 6. grein: Heima-fæðingar. Seltjarnarnes: Embætti landlæknis.
- Embætti landlæknis. (2017). Hlutfall heima-fæðinga af öllum fæðingum á Íslandi 1980-2016. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item/4245/>

EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. (2013). European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Sótt af www.europeristat.com

Evers, A. C., Brouwers, H. A., Hukkelhoven, C. W., Nikkels, P. G., Boon, J., van Egmond-Linden, A., . . . Kwee, A. (2010). Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *Bmj*, 341, e5639. doi:10.1136/bmj.e5639

Grunebaum, A., McCullough, L. B., Sapra, K. J., Brent, R. L., Levene, M. I., Arabin, B. og Chervenak, F. A. (2013). Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *Am J Obstet Gynecol*, 209, 323.e321-326. doi:10.1016/j.ajog.2013.06.025

Grunebaum, A., McCullough, L. B., Sapra, K. J., Brent, R. L., Levene, M. I., Arabin, B. og Chervenak, F. A. (2014). Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009. *Am J Obstet Gynecol*, 211, 390.e391-397. doi:10.1016/j.ajog.2014.03.047

Gunnlaugur Snædal, Gunnar Biering og Helgi Sigvaldason. (1975). *Fæðingar á Íslandi 1881-1972*. Reykjavík: [s.n.].

Halfdansson, B. (2016). Planned Home Births in Iceland: Premise, Outcome, and Influential Factors (óbitr doktorsritgerð). Reykjavík: Háskóli Íslands.

Halfdansson, B., Hildingson, I., Smarason, A. K., Sveinsdóttir, H. og Olafsdóttir, O. A. (2018). Contraindications in planned home birth in Iceland: a retrospective cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 15, 10-17. doi:https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.11.002

Halfdansson, B., Olafsdóttir, O. A., Hildingson, I., Smarason, A. K. og Sveinsdóttir, H. (2016). Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: a prospective cohort study. *Midwifery*, 34, 95-104. doi:10.1016/j.midw.2015.12.010

Halfdansson, B., Smarason, A. K., Olafsdóttir, O. A., Hildingson, I. og Sveinsdóttir, H. (2015). Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth*, 42, 16-26. doi:10.1111/birt.12150

Halfdansson, B., Wilson, M. E., Hildingson, I., Olafsdóttir, O. A., Smarason, A. K. og Sveinsdóttir, H. (2015). Autonomy in place of birth: a concept analysis. *Med Health Care Philos*, 18, 591-600. doi:10.1007/s11019-015-9624-y

Helga Þórarinn (1984). *Saga Ljósmeðrafélags Íslands 1919-1979*. Í Björg Einarssdóttir (ritstj.), *Ljósmeður á Íslandi* (bls. 5-136). Reykjavík: Ljósmeðrafélag Íslands.

Helsedirektoratet. (2012). Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barselstid i trygge hender. Oslo: Helsedirektoratet.

Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfreðsdóttir, Rúnar Reynisson og Þóra Steingrimsdóttir. (2010). Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu: Klinískar leiðbeiningar. Seltjarnarnes: Landlækniseimbættið.

Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrimsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Amalia Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson. (2012). Barneign og heilsa: Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna frá því snemma á meðgöngu þar til tveimur árum eftir fæðingu barns. *Ljósmeðrablaðið*, 90(2), 13-21.

Hutton, E. K., Reitsma, A. H. og Kaufman, K. (2009). Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*, 36, 180-189. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x

Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M. og Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*, 181, 377-383. doi:10.1503/cmaj.081869

Johnson, K. C. og Daviss, B. A. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*, 330, 1416. doi:10.1136/bmj.330.7505.1416

Kennare, R. M., Keirse, M. J., Tucker, G. R. og Chan, A. C. (2010). Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust*, 192, 76-80.

Landlækniseimbættið. (2007). *Leiðbeiningar um val á fæðingarstað*. Reykjavík: Landlækniseimbættið.

Lindgren, H., Kjaergaard, H., Olafsdóttir, O. A. og Blix, E. (2014). Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries - an overview. *Sex Reprod Healthc*, 5, 3-8. doi:10.1016/j.srhc.2013.12.002

Malloy, M. H. (2010). Infant outcomes of certified nurse midwife attended home births: United States 2000 to 2004. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 30, 622-627. doi:http://dx.doi.org/10.1038/jp.2010.12

McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. og Sandall, J. (2012). Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: an analysis from the birthplace organisational case studies. *Midwifery*, 28, 636-645. doi:10.1016/j.midw.2012.07.004

Midwifery Council of New Zealand. (n.d.). Types of Midwifery Education in New Zealand. Sótt af <https://www.midwiferycouncil.health.nz/professional-standards/types-midwifery-education-new-zealand>

Ministry of Health. (2012). Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services (Referral Guidelines). Wellington: Ministry of Health.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and their Babies During Childbirth. London: National Institute for Health and Care Excellence.

Nursing & Midwifery Council. (2015). *Becoming a Midwife: How to become a Midwife and Find a Course in the UK*. Sótt af <http://www.nmc.org.uk/education/becoming-a-nurse-or-midwife/becoming-a-midwife/>

Olafsdóttir, O. A. (2006). *An Icelandic Midwifery Saga – Coming to Light – “With Woman” and Connective Ways of Knowing*. London: Thames Valley University.

Olsen, O. og Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, Cd000352. doi:10.1002/14651858.CD000352.pub2

Perdok, H., Jans, S., Verhoeven, C., van Dillen, J., Mol, B. W. og de Jonge, A. (2015). Intrapartum referral from primary to secondary care in the Netherlands: a retrospective cohort study on management of labor and outcomes. *Birth*, 42, 156-164. doi:10.1111/birt.12160

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir. (2017). Yfirlit yfir fæðingar árið 2015. Í Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smásson, Þóður Þórkellsson og Eva Jónasdóttir (ritstj.), *Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2015* (bls. 4-7). Reykjavík: Landspítali, Kvenna- og barnasvið.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. og Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, Cd004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5

Schroeder, E., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M. og Brocklehurst, P. (2012). Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 344, e2292. doi:10.1136/bmj.e2292

Steinunn H. Blöndal og Berglín Svava Jónsdóttir. (2009). Svipmynd - Dýrfinna Sigurjónsdóttir: lét draum okkar langmmu rætast. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstj.), *Lausnarsteinar. Ljósmodúrfræði og ljósmodurlist* (bls. 247-253). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.

Sundhedsstyrelsen. (2009). *Anbefalinger for svangremsorgen*. Kaupmannahöfn: Sundhedsstyrelsen.

The Obstetric Working Group. (2000). *Obstetric Manual: Final Report of the Obstetric Working Group of the National Health Insurance Board of the Netherlands* (abridged version). Amstelveen: The Obstetric Working Group.

van der Kooy, J., Poeran, J., de Graaf, J. P., Birnie, E., Denktass, S., Steegers, E. A. P. og Bonsel, G. J. (2011). Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstetrics and gynecology*, 118, 1037-1046. doi:http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182319737

van Haaren-ten Haken, T., Pavlova, M., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., de Vries, R. og Nijhuis, J. (2014). Eliciting preferences for key attributes of intrapartum care in the Netherlands. *Birth*, 41, 185-194. doi:10.1111/birt.12081

Vedam, S., Leeman, L., Cheyney, M., Fisher, T. J., Myers, S., Low, L. K. og Ruhl, C. (2014). Transfer from planned home birth to hospital: improving interprofessional collaboration. *J Midwifery Womens Health*, 59, 624-634. doi:10.1111/jmwh.12251

Velferðarráðuneytið. (2012). *Reglugerð um menntun, réttindi og skyldur ljósmeðra og skilyrði til að hljóta starfsleyfi og sérfræðileysi*, 1089/2012. Reykjavík: Velferðarráðuneytið.

Wax, J. R., Pinette, M. G., Cartin, A. og Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202, 152.e151-152.e155.

Wendland, C. L. (2013). Exceptional deliveries: home births as ethical anomalies in American obstetrics. *J Clin Ethics*, 24, 253-265.

GARN

- Einlitt •
- Handlitað •
- Sprengt •
- Spreklótt •
- Kaflalitað •
- Yrjótt •
- Reyrt •

STORKURINN
S/DAN 1953

storkurinn.is
storkurinn@storkurinn.is



ARDO brjóstagjafarvörur í Rekstrarlandi

Pegar kemur að því að geyma og meðhöndla brjóstamjólk er mikilvægt að vanda valið. Rekstrarland býður upp á fyrsta flokks brjóstagjafarvörur frá ARDO sem fagaðilar mæla óhikað með. Vönduðu rafmagns- og handdælurnar 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 lekahlífur
- Brjóstamjólkurílát og fleira



Rekstrarland leigir út brjóstadælur til lengri eða skemmri tíma.

Allar vörur frá ARDO eru framleiddar í Sviss.



MEÐFERÐ Á ÞRIÐJA STIGI FÆÐINGAR KVENNA SEM ERU Í LÍTILLI HÆTTU Á BLÆÐINGU



Ásta Dan Ingibergsdóttir, ljósmóðir
á Fæðingavakt Landspítalans

INNGANGUR

Vorið 2017 skrifaði ég lokaverkefni til kandidateisprófs í Ljósmóðurfraeði um meðferð á þriðja stigi fæðingar hjá konum sem eru í lítilli hættu á blæðingu eftir fæðingu. Reynsla af því að sinna konum í fæðingu í klínísku námi á Fæðingavakt Landspítalans hafði vakið hjá mér vangaveltur um það hvernig val á meðferð á þriðja stigi fæðingar fer fram. Í flestum þeim fæðingum sem ég hafði verið viðstödd fengu konurnar virka meðferð. Margar af þessum fæðingum voru eðlilegar fæðingar án inngripa þar sem konan var í lítilli hættu á blæðingu en þrátt fyrir þetta fengu nærri allar konurnar fyrirbyggjandi samdráttarlyf strax eftir fæðingu. Ég velti því fyrir mér hvernig ljósmóður á Íslandi gefa konum upplýsingar um meðferð á þriðja stigi fæðingar og hvort konurnar í umsjá þeirra fái tækifæri til að taka upplýsta ákvörðun um lífeðlisfræðilega meðferð á þriðja stigi fæðingar.

Tilgangur lokaverkefnisins var að svara rannsóknarspurningunni: Hvaða meðferð á þriðja stigi fæðingar er best fyrir konur sem eru í lítilli hættu á blæðingu og fæða án inngripa á spítala? Þessi fræðslugrein er stutt samantekt á verkefninu mínu en fyrir þá sem vilja lesa nánar um þetta efni má nálgast það á Skemmuni (<http://hdl.handle.net/1946/28324>).

SAMDRÁTTARHORMÓN, BLÆÐING OG MEÐFERÐ Á ÞRIÐJA STIGI FÆÐINGAR

Oxýtósín

Oxýtósín hefur það hlutverk í fæðingu að koma af stað og viðhalda reglubundnum samdráttum í leginu og hefur einnig áhrif í heila konunnar þar sem það ýtir undir slökun og væntumþykju. Eðlilegt og ótruflað fæðingarferli styður við losun oxýtósíns (Buckley, 2002). Eftir fæðingu barnsins, áður en fylgjan fæðist, nær oxýtósín móðurinnar hámarki. Samdrættirnir sem oxýtósín- toppurinn veldur

leiða af sér fæðingu fylgjunnar (Odent, 2013). Hlutverk oxýtósíns á þriðja stigi fæðingar er að draga saman legið. Fylgjan dregst aftur á móti ekki saman og flysast því af legveggnum (Buckley, 2001). Eftir að fylgjan er fædd heldur legið áfram að dragast saman. Vöðvaþræðirnir í leginu umvefja æðarnar í fylgjubeðnum. Þegar legið dregst saman lokast æðarnar og það dregur úr blæðingu frá leginu (Harris, 2012). Oxýtósín hefur einnig áhrif á tengslamyndun milli móður og barns (Buckley, 2001). Hlýtt umhverfi og ótrufluð samskipti móður og barns styðja við losun oxýtósíns á þriðja stigi fæðingar (Odent, 2002).

Gervi (e. synthetic) oxýtósín (t.d. syntocinon) er notað til að koma af stað fæðingu eða auka styrk og tíðni samdrátta í fæðingu. Það er einnig notað til að koma í veg fyrir og bregðast við blæðingu eftir fæðingu. Gervi oxýtósín kom fyrst fram árið 1955 en í dag er það notað í nærri öllum fæðingum (sem meðferð eða í fyrirbyggjandi tilgangi) þar sem heilbrigðisstarfsfólk er við fæðinguna (e. under obstetric care). (Buckley, 2004). Náttúrulegt oxýtósín hefur ekki bara áhrif á legvöðvann heldur líka í heila konunnar og veldur slökun, vellíðan og hjálpar konunni að tengjast barninu þegar það fæðist. Oxýtósín kemst ekki yfir heila-blód þröskuldinn og hefur því ekki áhrif í heila konunnar nema það sé framleitt þar (Buckley, 2004). Þegar gervi oxýtósín er notað á þriðja stigi fæðingar til að fyrirbyggja blæðingu (oft sem hluti af virkri meðferð) hefur það ekki bara áhrif á samdrátt í leginu. Það kemur líka í veg fyrir seytingu á náttúrulegum oxýtósíntoppi frá heiladinglinum sem er ætlað að hafa áhrif á hegðun móðurinnar og styðja við tengslamyndun og upphaf brjóstagjafar (Odent, 2002).

Blæðing eftir fæðingu

Algengasta ástæðan fyrir blæðingu eftir fæðingu er samdráttarleysi í legi (e. atony), aðrar ástæður geta meðal annars verið áverkar í fæðingarvegi og föst fylgja (McDonald, 2007). Algeng skilgreining

á blæðingu eftir fæðingu (e. PPH) er blæðing sem er meiri en 500 ml (fyrsta sólarhringinn eftir fæðingu) og miðar Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (World Health Organization, WHO) við þá skilgreiningu. Heilbrigðar konur í þróuðum löndum þola flestar allt að 1000 ml blæðingu án þess að fá klínísk einkenni blóðtaps. Blæðing upp að 1000 ml sem þarfnast ekki annarrar meðferðar en gjafar samdráttarlyfja getur því talist lífeðlisfræðileg (WHO, 1996). Það má líta á 500 ml blæðingu sem varúðarmerki og að ástæða sé til að fylgjast náið með blæðingunni en að ekki sé ástæða til að grípa inn í fyrr en konan sýnir klínísk einkenni um blóðtap (McDonald, 2007; WHO, 1996).

Meðferð á þriðja stigi fæðingar

Leiðbeiningar National Institute for Health and Care Excellence (NICE), WHO og sameiginleg yfirlýsing Alþjóða ljósmæðrasamtakanna (International Confederation of Midwives, ICM) og Alþjóðasamtaka kvensjúkdóma- og fæðingarlækna (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) ráðleggja að allar konur fái eða að þeim sé boðin virk meðferð á þriðja stigi fæðingar (NICE, 2014; WHO, 2012; ICM/FIGO, 2003). Það kemur fram í NICE leiðbeiningunum að konur sem eru í lítilli hættu á blæðingu og velja lífeðlisfræðilega meðferð skuli fá stuðning við val sitt (NICE, 2014). Klínískar leiðbeiningar The Royal College of Midwives (RCM) leggja einnig áherslu á að konur fái fræðslu og eigi kost á upplýstu vali um meðferð á þriðja stigi fæðingar (Harris o.fl., 2012). Í leiðbeiningunum frá RCM kemur fram að konur eigi að hafa val um meðferð á þriðja stigi fæðingar og að lífeðlisfræðileg meðferð sé rökrétt framhald af eðlilegri, lífeðlisfræðilegri fæðingu. Konur í lítilli hættu á blæðingu eru ræddar sérstaklega og lagt til að ef þær velji lífeðlisfræðilega meðferð eigi að styðja þær í því. Tekið er fram að ljósmæður þurfi bæði að vera færar í virkri meðferð og lífeðlisfræðilegri meðferð (Harris o.fl., 2012).

Verklagsreglur Landspítalans og Sjúkrahússins á Akureyri ráðleggja virka meðferð á þriðja stigi fæðingar (Hulda Hjartardóttir o.fl., 2012; Sjúkrahúsið á Akureyri, e.d.). Það eru ekki til neinar verklagsreglur á Landspítalanum eða á Sjúkrahúsinu á Akureyri um lífeðlisfræðilega meðferð á þriðja stigi fæðingar.

Virk meðferð

Samkvæmt kennslubók Mayes' í ljósmóðurfræði felst virk meðferð í því að gefa fyrirbyggjandi samdráttarlyf við lok annars stigs fæðingar, naflastrengurinn er klemmdur og klipptur fljótt eftir fæðingu og fylgjan fæðist með stjórnðu naflastrengstogi. Virk meðferð er algeng víða um heim. Til dæmis er virk meðferð ráðlögð í öllum fæðingum í Bretlandi óháð hættu á blæðingu (Harris, 2012).

Lífeðlisfræðileg umönnun

Samkvæmt NICE felst lífeðlisfræðileg meðferð í því að gefa ekki samdráttarlyf, skilja ekki á milli fyrr en sláttur er hættur í streng og ekki er togað í naflastrenginn (NICE, 2014). Leiðbeiningar RCM bæta því við að lífeðlisfræðileg meðferð feli í sér húð við húð snertingu og brjóstagjöf sem fyrst eftir fæðingu (Harris o.fl., 2012).

Lífeðlisfræðileg umönnun á þriðja stigi fæðingar felur í sér fleiri þætti en læknisfræðileg skilgreining á lífeðlisfræðilegri meðferð gerir. Hún byggir á því að ljósmóðirin skapi umhverfi á þriðja stigi fæðingar sem ytir undir losun oxýtósíns hjá konunni (Fry, 2007; Fahy 2009; Baker, 2013). Grundvallaratriði lífeðlisfræðilegrar umönnunar eru hlýtt og öruggt umhverfi, engar truflanir, húð við húð snerting, brjóstagjöf snemma, upprétt staða, ljósmóðirin snertir ekki legbotninn fyrr en fylgjan er fædd og konan og barnið eru undir eftirliti ljósmóður sem er fær í lífeðlisfræðilegri umönnun (Fry 2007, Hastie og Fahy, 2009; Begley o.fl, 2012; Baker, 2013).

Það eru ákveðin skilyrði sem þarf að uppfylla til að öruggt sé að nota lífeðlisfræðilega umönnun á þriðja stigi fæðingar. Konan þarf að hafa átt lífeðlisfræðilega fæðingu án inngripa og vera í lítilli hættu á blæðingu eftir fæðingu (Fry, 2007; Fahy, 2009;

Baker, 2013). Barnið þarf að vera heilbriggt við fæðingu. Konan þarf að vera vel nærð, líkamlega hraust og ganga með fullburða einbura. Hún þarf að vera upplýst um lífeðlisfræði þriðja stigs- eins og vilja sjálfkrafa fylgjufæðingu (Fry, 2007; Fahy, 2009). Ef konunni blæðir óhóflega, hún sýnir klínísk merki um blóðtap eða fylgjan er ekki fædd eftir klukkustund er ráðlagt að skipta yfir í virka meðferð (Baker, 2013). Hlutverk ljósmóðurinnar á þriðja stigi fæðingar er að biða róleg og fylgjast með því að eðlilegar lífeðlisfræðilegar breytingar verði hjá konunni og barninu, fylgjast með blæðingu sjónrænt og með því að fylgjast með atferli og líðan konunnar (Begley o.fl, 2012; Baker, 2013). Ljósmæður sem veita lífeðlisfræðilega umönnun á þriðja stigi fæðingar þurfa að hafa góðan skilning á lífeðlisfræði fæðingarinnar og vera öruggar í að styðja við lífeðlisfræðilegt þriðja stig (Fry, 2007; Fahy, 2009; Baker, 2013). Ljósmæður sem eru óruggar í framkvæmd lífeðlisfræðilegrar umönnunar á þriðja stigi fæðingar ættu að biðja ljósmóður sem er fær í henni um leiðsögn (Baker 2013).

LÍTIL HÆTTA Á BLÆÐINGU EFTIR FÆÐINGU OG MEÐFERÐ

Samkvæmt niðurstöðum rannsókna á konum sem eru í lítilli hættu á blæðingu er blæðing eftir fæðingu algengari þegar þessi hópur kvenna fær virka meðferð á þriðja stigi fæðingar en þegar þær fá lífeðlisfræðilega meðferð á þriðja stigi (Fahy o.fl., 2010; Dixon o.fl., 2013). Davis o.fl. (2012) athuguðu algengi alvarlegrar blæðingar eftir fæðingu hjá konum sem eru í lítilli hættu á blæðingu eftir fæðingu. Konur sem fengu virka meðferð á þriðja stigi fæðingar voru tvöfalt líklegri til að fá alvarlega blæðingu eftir fæðingu en konur sem fengu lífeðlisfræðilega meðferð (Davis o.fl., 2012). Ein rannsókn kemst að þeirri niðurstöðu að enginn munur sé á blæðingu á þriðja stigi fæðingar hjá konum sem eru í lítilli hættu á blæðingu eftir því hvort þær fá virka eða lífeðlisfræðilega meðferð (Kashanian o.fl., 2010). Í samantekt Cochrane frá 2015 kemur fram að það sé ekki marktækur munur á alvarlegri blæðingu eftir fæðingu eða hemóglóbín lægra en 90 eftir fæðingu eftir því hvort konur sem eru í lítilli hættu á blæðingu fái virka eða lífeðlisfræðilega meðferð á þriðja stigi fæðingar (Begley o.fl., 2015).

Samkvæmt niðurstöðum rannsókna er lífeðlisfræðileg meðferð á þriðja stigi fæðingar örugg fyrir konur sem eru í lítilli hættu á blæðingu og hafa fætt eðlilega og án inngripa (Fahy o.fl., 2010; Dixon o.fl., 2013; Davis o.fl., 2012; Kashanian o.fl., 2010). Sumar niðurstöðurnar benda til þess að virk meðferð á þriðja stigi fæðingar geti leitt til hærri tíðni blæðingar eftir fæðingu en lífeðlisfræðileg meðferð hjá þessum hópi kvenna (Fahy o.fl., 2010; Dixon o.fl., 2013).

Niðurstöður Dixon o.fl. (2013) sýndu að það er aukin tíðni á fastri fylgju og að fylgjan sé ekki heil hjá konum sem eru í lítilli hættu á blæðingu og fengu virka meðferð á þriðja stigi fæðingar miðað við konur sem fengu lífeðlisfræðilega meðferð. Í rannsókn Dixon o.fl. kemur fram að öryggi lífeðlisfræðilegrar meðferðar hjá þessum hópi sé jafn mikið sama hvaða fæðingarstað konan hefur valið sér (Dixon o.fl., 2013). Niðurstöður Dixon o.fl. (2009) benda til þess að langt þriðja stig (lengra en 40 mín.) hafi meiri áhrif á tíðni blæðingar hjá konum í lítilli hættu á blæðingu sem fá virka meðferð á þriðja stigi en þeirra sem fá lífeðlisfræðilega meðferð. Konur sem voru lengi á þriðja stigi fæðingar og fengu virka meðferð fengu alvarlega blæðingu eftir fæðingu í 7,8% tilvika en aðeins 3,2% þeirra sem voru lengi á þriðja stigi og fengu lífeðlisfræðilega meðferð. Í ljósi þessara niðurstaðna má segja að eðlileg fæðing án inngripa hjá konu sem er í lítilli hættu á blæðingu sé ábending fyrir lífeðlisfræðilegri umönnun á þriðja stigi fæðingar.

Að auki eru niðurstöður sem benda til þess að meðferð við blæðingu eftir fæðingu virki betur og að heildarblæðing verði minni ef kona sem er í lítilli hættu á blæðingu hefur ekki fengið fyrirbyggjandi samdráttarlyf á þriðja stigi fæðingar. Niðurstöðurnar sýndu að fleiri konur sem fengu lífeðlisfræðilega meðferð þurftu á meðferð með samdráttarlyfjum að halda vegna blæðingar en þær sem fengu virka meðferð. Þrátt fyrir þetta er tíðni blæðingar eftir fæðingu

hærri hjá þeim sem fengu virka meðferð en hjá þeim sem fengu lífeðlisfræðilega meðferð (Dixon o.fl., 2013).

Ein rannsókn skoðar áhrif notkunar vatnsbaða í fæðingu á blæðingum eftir fæðingu hjá konum sem eru í lítilli hættu á blæðingu. Niðurstöður hennar benda til þess að hjá konum sem hafa notað bað sem verkjastillingu í fæðingunni geti blæðing eftir fæðingu orðið meiri ef notuð er virk meðferð á þriðja stigi fæðingar en ef notuð er lífeðlisfræðileg meðferð (Dixon o.fl., 2009). Þessar niðurstöður eru áhugaverðar fyrir okkur á Íslandi þar sem bað er algeng verkjameðferð í fæðingum kvenna sem eru í lítilli hættu á blæðingu og fæða eðlilega án inngripa. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að notkun baðs í fæðingu hjá konu sem er í lítilli hættu á blæðingu sé ábending fyrir notkun lífeðlisfræðilegrar meðferðar á þriðja stigi.

Samkvæmt Odent (2002) getur fyrirbyggjandi notkun gervi oxýtósíns á þriðja stigi fæðingar haft neikvæð áhrif á tengslamyndun og upphaf brjóstagjafar. Hann bendir á að gervi oxýtósín komi í veg fyrir náttúrulegan oxýtósinþopp sem heiladingullinn losar á þriðja stigi fæðingar. Tilgangur hans er ekki eingöngu að losa fylgiuna og koma í veg fyrir blæðingu eftir fæðingu heldur veldur hann einnig því að konan fyllist væntumþykju og tengist barninu (Odent, 2002). Þörf er á að hafa þessi neikvæðu áhrif gervi oxýtósíns í huga þegar meðferð á þriðja stigi fæðingar er valin. Vegna neikvæðra áhrifa á tengslamyndun og brjóstagjöf er ekki ákjósanlegt að nota gervi oxýtósín á þriðja stigi fæðingar hjá konum sem eru í lítilli hættu á blæðingu og fæða án inngripa.

UMRÆÐA

Niðurstöður þessar verkefnis benda til þess að lífeðlisfræðileg meðferð sé örugg fyrir konur sem eru í lítilli hættu á blæðingu og fæða án inngripa og að hún sé jafnvel öruggari en virk meðferð fyrir þennan hóp kvenna. Lífeðlisfræðileg meðferð virðist vera örugg fyrir þennan hóp hvort sem konurnar fæða heima, á fæðingarheimili eða á sjúkrahúsi.

Þegar verklagsreglur Landspítalans um þriðja stig fæðingar verða næst endurskoðaðar tel ég að það væri gagnlegt að hafa til hliðsjónar leiðbeiningar The Royal Collage of Midwives þar sem þær eru að mínu mati í samræmi við nýjustu þekkingu, styðja við upplýst val konunnar og leggja áherslu á að ljósmæður séu bæði færar í virkri meðferð og lífeðlisfræðilegri meðferð. Í þeim koma einnig fram þættir sem eru mikilvægir til að lífeðlisfræðileg meðferð beri góðan árangur svo sem húð við húð snerting, brjóstagjöf og upprétt staða konu á þriðja stigi fæðingar. Að mínu mati er kominn tími til þess að taka tillit til þess við endurskoðun íslenskra verklagsreglna að virk meðferð er samkvæmt rannsóknum ekki alltaf öruggasta meðferðin á þriðja stigi fæðingar.

Stór hluti kvenna sem fæða á Landspítalanum mun áfram þurfa á virkri meðferð að halda á þriðja stigi fæðingar en ljóst er að hluti kvenna sem fæða þar hefur meira gagn af lífeðlisfræðilegri meðferð. Þar sem að konum sem eru heilbrigðar og fæða án inngripa og án áhættuþátta fyrir blæðingu er frjálst að velja að fæða á Landspítalanum þá er nauðsynlegt að ljósmæður sem þar vinna hafi þekkingu á og leyfi til að veita lífeðlisfræðilega meðferð á þriðja stigi fæðingar. Niðurstöður fræðilegu samantektarinnar sem ég gerði síðastliðið vor benda til þess að lífeðlisfræðileg meðferð á þriðja stigi sé örugg fyrir þennan hóp og sé jafnvel öruggari en virk meðferð.

Á Íslandi fæðast flest börn á sjúkrahúsi og nærri allar konur sem fæða á sjúkrahúsi fá virka meðferð á þriðja stigi fæðingar. Fáar ljósmæður á Íslandi geta talist sérfræðingar í lífeðlisfræðilegri meðferð líkt og ljósmæður á Nýja Sjálandi og Írlandi teljast vera. Ef það verður tekin ákvörðun um að auka hlutfall lífeðlisfræðilegrar meðferðar á spítalanum er einnig þörf á umræðu, þjálfun og fræðslu um lífeðlisfræðilega meðferð. Vonandi munu þær sem eru sérfróðar í lífeðlisfræðilegri meðferð vera tilbúnar til að leiðbeina og hvetja aðrar ljósmæður áfram. Það kæmi líka til greina að fá erlenda sérfræðinga til að koma og halda erindi og/eða fræðsludaga.

Undanfarin ár hafa nýjungar og bætt meðferð fengið mikinn stuðning yfirmanna og starfsfólks á Kvennasviði Landspítalans. Sem dæmi má nefna verkefni um breytta starfshætti við spangarstuðning, CTG Masterclass til að læra nýjar aðferðir við að túlka fósturhjártsláttarrit og verkefni sem færir tímabundið eftirlit með nýburum eftir fæðingu frá vökuðildinni til fæðingar- og sængurkvennadeilda og dregur þannig úr aðskilnaði foreldra og barna. Rannsóknarniðurstöður sem hér hafa verið kynntar gefa tilefni til endurskoðunar á verklagi á þriðja stigi fæðingar og er í samræmi við stefnu stjórnenda og starfsfólks Fæðingarvaktarinnar um að koma í veg fyrir ónauðsynleg inngrip og standa vörð um eðlilegar fæðingar.

HEIMILDASKRÁ

- Baker, K. (2013). How to... ..promote a physiological third stage of labour. *Midwives*, 5, 36-37.
- Begley, C.M., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M. og Keegan C. (2012). Irish and New Zealand midwives' expertise in expectant management of the third stage of labour: The 'MEET' study. *Midwifery*, 28, 733-739. doi: 10.1016/j.midw.2011.08.008.
- Begley, C.M., Gyte, G.M.L., Devane, D., McGuire, W. og Weeks, A. (2015). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub4.
- Buckley, S. (2001). A natural approach to the third stage of labour. A look at early cord clamping, cord blood harvesting and other medical interference. *Midwifery Today*, 59, 33-36.
- Buckley, S. (2002). Undisturbed birth: Nature's blueprint for ease and ecstasy. *Midwifery Today*, 63, 19-24.
- Buckley, S. (2004). Drugs in Labor: an Overview. *Midwifery Today*, 71, 13-20, 65, 67.
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Anderson, J., Dixon, L. og Herbison P. (2012). Risk of Severe Postpartum Hemorrhage in Low-Risk Childbearing Women in New Zealand: Exploring the Effect of Place of Birth and Comparing Third Stage Management of Labor. *Birth*, 39(2), 98-105. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2012.00531.x.
- Dixon, L., Fletcher, L., Tracy, S., Guilliland, K., Pairman, S. og Hendry, C. (2009). Midwives care during the Third Stage of Labour: An analysis of the New Zealand College of Midwives Midwifery Database 2004-2008. *New Zealand Research*, 41, 20-25. Doi: 10.1016/j.midw.2011.11.003.
- Dixon, L., Tracy, S.K., Guilliland, K., Fletcher, L., Hendry, C. og Pairman S. (2013). Outcomes of physiological and active third stage labour care amongst women in New Zealand. *Midwifery*, 29, 67-74. Doi: 10.1016/j.midw.2011.11.003.
- Fahy, K.M. (2009). Third Stage of Labour Care for Women at Low Risk of Postpartum Haemorrhage. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(5), 380-386. Doi: 10.1016/j.jmwh.2008.12.016.
- Fahy, K., Hastie, C., Bisits, A., Marsh, C., Smith, L. og Saxton, A. (2010). Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: A cohort study. *Women and Birth*, 23, 146-152. Doi: 10.1016/j.wombi.2010.02.003.
- Fry, J. (2007). Physiological third stage of labour: Support it or lose it. *British Journal of Midwifery*, 15, 893-895.
- Harris, T. (2012). Care in the third stage of labour. Í McDonald, S. og Magill-Cuerden, J. (ritstjórnar), *Mayes' Midwifery* (14.útgáfa) (bls. 535-550). Edinburgh: Baillière Tindall.
- Harris, T., Munro, J. og Jokinen, M. (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Third Stage of Labour*. London: The Royal College of Midwives.
- Hastie, C. og Fahy, K.M. (2009). Optimising psychophysiology in third stage labour: Theory applied to practice. *Women and Birth*, 22, 89-96. Doi: 10.1016/j.wombi.2009.02.004.
- Hulda Hjartardóttir, Gróa Margrét Jónsdóttir, Reynir Tómas Geirsson, Anna Sigríður Vernharðsdóttir, Gréta Rún Árnadóttir og Jón Hilmar Friðriksson. (Ritstjórn). (2012). *4. Þriðja stig fæðingar*. Reykjavík: Landspítali.
- ICM/FIGO. (2003). *ICM/FIGO Joint Statement – Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-Partum Haemorrhage*. Hague: ICM/FIGO.
- McDonald, S. (2007). Management of the Third Stage of Labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(3), 254-261. Doi:10.1016/j.jmwh.2007.02.012.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies Clinical Guideline no. 190*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Odent, M. (2002). The first hour following birth: Don't wake the mother! *Midwifery Today*, 61, 9-12.
- Odent, M. (2013). Preventing postpartum haemorrhage. *Midwifery Today*, 105, 18-19.
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (e.d.). *Eðlileg fæðing*. Akureyri: Sjúkrahúsið á Akureyri.
- World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Active Management of the Third Stage of Labour*. Genf: World Health Organization.

BARNSHAFANDI KONUR Í VÍMUEFNANEYSLU

INNGANGUR

Notkun löglegra og ólöglegra vímuefna er þekkt vandamál víða um heim og er Ísland þar ekki undanskilið. Talið er að á degi hverjum neyti 210 milljónir einstaklinga í heiminum ólöglegra vímuefna, en þar er notkun á kannabis langalgengust (United Nations Office on Drugs and Crimes [UNODC], 2016). Þegar fjallað verður um vímuefni í þessari grein er átt við efni sem hafa áhrif á skynjun, meðvitund og hegðun einstaklings.

Tiðni vímuefnanotkunar meðal kvenna á barn eignaraldri hefur hækkað hlutfallslega á undanförunum árum en í Bandaríkjunum á árunum 2013-2014 neytti 12,1% kvenna á barneignaraldri vímuefna og á sömu árum viðurkenndu 5,3% barnshafandi kvenna að hafa nýtt vímuefna á meðgöngu, en ætla má að hlutfallið sé herra þar sem margar konur, af skömm og hræðslu við fordæmingu, viðurkenna ekki notkun vímuefna (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2015). Algengast er að konur í vímuefnanotkun neyti vímuefna á fyrsta þriðjungi meðgöngunnar, 8,9%, lækkar í 5,3% á öðrum þriðjungi og er hlutfallið komið niður í 1,9% á síðasta þriðjungi meðgöngu (SAMHSA, 2015). Notkun ópíóíða á meðgöngu hefur aukist gríðarlega á undanförunum áratug og er nú meðal helstu vímuefna sem misnotuð eru á meðgöngu (Krans, Cochran og Bogen, 2015). Frá árunum 2000–2009 jókst hlutfall kvenna sem neyttu ópíóíða á meðgöngu úr 1,19 í 5,63 á hverjar 1.000 lifandi fæðingar á sjúkrahúsum í Bandaríkjunum (Patrick o.fl., 2012).

Það hefur sýnt sig að langt leiddir vímuefnaneytendur leita sér seinna eða síður heilbrigðisþjónustu en aðrir hópar samfélagsins (Islam, Topp, Day, Dawson og Conigrave, 2012) og hafði ég áhuga á að skoða fræðilegar heimildir varðandi hvort það sama ætti við um barnshafandi konur með vímuefnafíkn.

Í þessari grein verður horft sérstaklega á barnshafandi konur sem háðar eru ópíóíðum, um áhrif þeirra á hina verðandi móður og ófætt barn hennar. Helstu hindranir til að sækja sér viðeigandi þjónustu verða ræddar, viðhorf heilbrigðisstarfsfólks til hópsins og helstu hlutverk ljósmæðra í umönnun þeirra.

Staða barnshafandi kvenna sem nota vímuefni

Notkun vímuefna meðal barnshafandi kvenna er sívaxandi vandamál sem getur haft alvarlegar afleiðingar í för með sér bæði fyrir hina barnshafandi konu og ófætt barn hennar. Mikilvægt er að hafa í huga samverkandi þætti á heilsufar kvennanna en algenget er að konur sem háðar eru vímuefnum séu með aðra greinda geðsjúkdóma, þá helst þunglyndi, kvíða og áfallastreituröskun. Auk þess sem félagslegar aðstæður eru oft slæmar og margar með áfalla- og ofbeldissögu að baki (Economidoy, Klimi og Vivilaki, 2012; Hepburn, 2004; Krans o.fl., 2015; Lindsay og Burnett, 2013; Miles, Chapman, Francis og Taylor, 2014).



Edda Rún Kjartansdóttir,
1. árs nemi í ljósmóðurfræði

Í fræðilegri samantekt Goodman (2015) kemur fram að 73% kvenna í viðhaldsmeðferð hafi undirliggjandi greindan geðsjúkdóm annan en vímuefnasjúkdóminn. Auk þess er algengt að konur búi við bága félagslagfræðilega stöðu (e. socio-economic deprivation) sem er oft nátengd þeim heilsufarslegu- og félagslegu vandamálum sem þær standa frammi fyrir. Mikil streita og óheilbriggt líferni svo sem reykingar og lélegt næringarástand er beintengt þessum félagslagfræðilega skorti og samhliða vímuefnanotkun hefur mikil áhrif á útkomu móður og barns (Hepburn, 2004).

Í rannsókn Miles o.fl. (2014) er samantekt á helstu ástæðum þess að konur leiðist í vímuefnaneyslu, en þar kom fram að algenget er að þær hafi orðið fyrir líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi, fjölskyldusaga um áfengis- eða vímuefnanotkun, undirliggjandi geðsjúkdómar, að eiga maka í vímuefnaneyslu og þær séu

heimilislausar. Mikilvægt er fyrir ljósmæður að hafa í huga áhrif sálrænna- félagslegra-, umhverfis- og líffræðilegra þátta á heilbrigði konunnar (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000) og því er það skylda þeirra að gera sér grein fyrir stöðu hverrar konu fyrir sig.

Konur sem hafa takmarkaðan félagslegan stuðning eru líklegri en aðrar verðandi mæður til að leita til mæðraverndar þegar seint er liðið á meðgönguna, en síðbúin skráning í mæðravernd getur leitt til verri útkomu fyrir bæði móður og barn (Haddrill, Jones, Mitchell og Anumba, 2014).

Ópíóíðar og helstu heilsufarslegu afleiðingar þeirra

Heróín er mest notaði ólöglegi ópíóíði á heimsvísu, en notkun heróíns þekkist varla á Íslandi. Þeir ópíóíðar sem helst eru misnotaðir eru morfín, tramadol, oxycodón, fentanyl og methadón (Edda Rún Kjartansdóttir og Þórunn Hanna Ragnarsdóttir, 2017; EMCDDA, 2016). Helstu heilsufarslegu afleiðingar ópíóíðaneyslu á heilsu hinnar verðandi móður eru hætta á öndunarbælingu, aukin hætta á blóðbornum smitsjúkdómum svo sem HIV og lifrabólgu B og C, auk þess sem hún er í aukinni hættu á blæðingu í og eftir fæðingu (Stephen, Whitworth og Cox, 2014). Mikilvægt er að ljósmæður meti samverkandi áhættuþætti svo sem fyrri áfalla- og ofbeldissögu, heimilisaðstæður og streituvalda auk þess sem mikilvægt er að meta sálfélagslegt stuðningsnet konunnar þar sem þeir þættir geta haft áhrif á heilsufarslega útkomu hennar (Hepburn, 2004; Lindsay og Burnett, 2013).

Helstu heilsufarslegu afleiðingar vímuefnanotkunar móður á fóstrið og nýburann eru vaxtarskerðing fósturs, lág fæðingarþyngd, fylgjulos, fæðing fyrir tímann, að nýburinn sýni fráhrarfseinkenni eftir fæðingu (e. neonatal abstinence syndrome) auk þess sem auknar líkur eru á vöggudaða (Hepburn, 2004; Stephen o.fl., 2014). Erfiðlega getur reynst að einangra vímuefnanotkun frá öðrum breytum sem kunna að hafa áhrif á vaxtarskerðingu fósturs svo

sem félagslega stöðu konunnar, óreiðukenndan og streituvaldandi lífsstíl sem vímuefnanotkun kann að fylgja, slæmt næringarástand og sigarettureykingar, en 77-95% barnshafandi kvenna sem háðar eru ópióíðum einnig sigarettur (Hepburn, 2004; Krans o.fl., 2015; Stephen o.fl., 2014). Til að fylgjast með vaxtarþroska barns ættu konur sem neytt hafa vímuefna á meðgöngu eða eru í viðhaldsmeðferð að fara í vaxtarsónar á 26., 32. og 36. viku meðgöngu (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2013).

Pegar barn konu sem er í viðhaldsmeðferð eða hefur verið í neyslu ópióíða á meðgöngu fæðist þarf að fylgjast náið með nýburanum þar sem hann getur sýnt fráhrarfseinkenni frá lyfjunum. Nýburar í fráhröfnum geta sýnt einkenni frá sjálfvirka taugakerfinu, miðtaugakerfinu og meltingarkerfinu (Logan, Brown og Hayes, 2013). Helstu birtingarmyndir fráhrarfs hjá nýburum eru pirringur og óvæð, mikill hátóna grátur, sefur lítið og nær ekki djúpsvefni, hröð öndun, svitnar, aukin vöðvaspenna, skjálfti, uppköst og niðurgangur og að nýburinn nærast illa þrátt fyrir mikla sogþörf (Logan o.fl., 2013; Stephen o.fl., 2015). Ef fráhrarfseinkenni koma fram gerist það yfirleitt 24-72 klukkustundum eftir fæðingu barns og geta varað í allt að fimm sólarhringa (Logan o.fl., 2013). Gera má ráð fyrir að um 21-94% nýbura kvenna sem neytt hafa ópióíða á meðgöngu fái fráhrarfseinkenni sem meðhöndla þarf með innlögnum á nýburagjörgæslu og lyfjameðferð í einhverja daga (Sutter, Gopman og Leeman, 2017). Þættir sem auka líkur á fráhrarfseinkennum og alvarleika þeirra hjá nýburum mæðra í vímuefnaneyslu eru til dæmis fjölefnanotkun, það er að segja notkun á fleiri en einni tegund vímuefna, reykingar, barn fætt fyrir tímann og ef barn fær ekki brjóstamjólkmóður (Sutter o.fl., 2017). Ljósmeðferð ættu alltaf að mæla með brjóstgjöf hjá mæðrum í viðhaldsmeðferð eða sem hafa áður verið háðar vímuefnum þar sem það hefur sýnt fram á neikvæða fylgni við fráhrarfseinkenni nýbura, minnkar streitu og eykur líkur á jákvæðri tengslamyndun móður og barns (Krans o.fl., 2015; Sutter o.fl., 2017). Í sömu heimildum kemur einnig fram að frábendingar fyrir brjóstgjöf eru ef móðir er smituð af HIV og í virkri neyslu ólöglegra efna (Krans o.fl., 2015; Sutter o.fl., 2017).

Viðhaldsmeðferð við ópióíðafíkn

Árið 2014 setti Alþjóðaheilbrigðisstofnunin fram leiðbeiningar þar sem fram kemur að ekki er mælt með afeitrun þeirra kvenna sem þegar eru háðar ópióíðum þegar þungunar verður vart. Mæla þeir frekar með viðhaldsmeðferð með lyfjunum *Methadone* og *Buprenorphine*. Með afeitrun er átt við undirbúna stöðvun vímuefnanotkunar þar sem reynt er að halda fráhrarfseinkennum í lágmarki og einstaklingur fær líkamlegan og andlegan stuðning í gegnum ferlið (WHO, 2014). Með viðhaldsmeðferð við ópióíðafíkn er átt við skaðaminnkandi aðgerð þar sem einstaklingur fær lyf, *Methadone* eða *Buprenorphine*, sem slær á fíkn í skaðlegri efni og getur aðstoðað einstakling að ná tökum á neyslu sinni og endurheimta stjórna á eigin lífi (SÁÁ, 2017).

Markmið viðhaldsmeðferðar er að koma í veg fyrir fráhröf og minnka löngun í vímuefni og alltaf ætti að bjóða konunum atferlismeðferð samhliða viðhaldsmeðferð (WHO, 2014). Rannsóknir sýna fram á að betra er að viðhalda stöðugleika með viðhaldsmeðferð en að stefna að afeitrun meðal barnshafandi kvenna sem nota vímuefni (Hepburn, 2004; Jones o.fl., 2014). Þrátt fyrir að viðhaldsmeðferð kunni að auka líkur á fráhrarfseinkennum barns eftir fæðingu er hún talin betri valkostur en afeitrun þar sem viðhaldsmeðferð minnkar líkur á notkun vímuefna á meðgöngunni og þeim skaðlegu áhrifum sem þau kunna að hafa á fóstur auk þess sem það minnkar líkur á að kona taki inn of stóran skammt (WHO, 2014). Á meðgöngu er viðhaldsmeðferð talin ákjósanlegri kostur en vímuefnanotkun þar sem hún getur komið í veg fyrir vaxtarskerðingu fósturs, fylgjulos, fósturlát, fyrirburafæðingu, minnkað áhættu- hegðun móður og bætt næringarástand hennar auk þess sem það getur aukið tengsl hennar við mæðravernd og aðra heilbrigðisþjónustu á meðgöngunni (Lindsay og Burnett, 2013; Mozurkewich og Rayburn, 2014).

Hingað til hefur *Methadone* verið fyrsta val á lyfi í viðhalds-

meðferð barnshafandi kvenna sem háðar eru ópióíðum. Í rannsókn Jones o.fl. (2010) kom fram að nýburar þeirra mæðra sem fengu viðhaldsmeðferð með *Buprenorphine* þurftu 89% minna morfin við meðhöndlun fráhrarfseinkenna, 58% styttri meðhöndlun vegna fráhrarfseinkenna og 43% styttri innlögna á sjúkrahús en nýburar þeirra mæðra sem fengu viðhaldsmeðferð með *Methadone*. Þó virðist vera meiri ánægja og betri árangur meðal barnshafandi kvenna sem fá viðhaldsmeðferð með *Methadone* samanborið við þær sem fá viðhaldsmeðferð með lyfinu *Buprenorphine* (Mozurkewich og Rayburn, 2014). Niðurstöðurnar benda til mikilvægi þess að meta hvert tilfelli fyrir sig við lyfjaval í viðhaldsmeðferð og að besta útkoma fyrir barnið fari eftir þeirri meðferð sem henti móður þess best (Hepburn, 2004).

Íslenskur raunveruleiki

Í árslok 2015 höfðu 4,5% núlifandi íslenskra kvenna á aldrinum 15-64 ára farið í áfengis- og vímuefnameðferð á sjúkrahúsið Vog (SÁÁ, 2017). Á ári hverju sinnir áhættumæðravernd Landspítalans um 30-40 konum sem nota vímuefni eða hafa nýlega hætt vímuefnanotkun. Gera má ráð fyrir að hópurinn sé stærri þar sem heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu og á landsbyggðinni sinnir einnig þessum hóp (Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2011; Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2013). Barnshafandi konur á Íslandi sem nota vímuefni tilheyra hóp sem hefur verið lítið skoðaður og eru svo sannarlega sóknarfæri í rannsóknum á hópnum. Ef gert er ráð fyrir svipaðri tíðni vímuefnanotkunar hérlandis og í þeim löndum sem við berum okkur saman við má gera ráð fyrir að um 180-225 konur neyti ólöglegra vímuefna á meðgöngu (Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2013). Þeim konum sem hafa gott stuðningsnet og gengið hefur vel hjá í vímuefnameðferð, hafa heimilislækni á heilsugæslustöð sinni, samþykkja að skila þvagsýni í vímuefnaleit á viku til tveggja vikna fresti og hafa neikvæð þvagsýni fyrir vímuefnum stendur til boða að sækja meðgönguvernd á heilsugæslustöð sinni (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2013). Þær sem ekki uppfylla öll ofangreind skilyrði er sinnt af áhættumæðravernd Landspítalans en þar er þétt eftirlit með konunum og mæta þær yfirleitt á viku fresti þar sem þær skila inn þvagprufu, ef þær samþykkja, þar sem skimað er fyrir vímuefnum og þær fá stuðning og einstaklingshæfða fræðslu frá ljósmóður sem sinnir þeim (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2013). Aldrei ætti að skima þvag fyrir vímuefnum án leyfis frá konunni þar sem það getur grafið undan trausti sem getur orðið til þess að hún mæti illa eða ekki í mæðravernd (Gopman, 2014). Ef kona neitar að skila inn þvagsýni fyrir vímuefnaleit er gert ráð fyrir jákvæðu þvagsýni, konunni veitt fræðsla um ástæðu og mikilvægi vímuefnaskimunar og ljósmóður ber að tilkynna málið til barnaverndar og skrá í sjúkraskrá konunnar að tilkynning hafi verið send (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2013). Í allra alvarlegustu tilfellum gæti þurft að grípa til Barnaverndarlaga (nr. 80/2002) og svipta konuna sjálfræði á meðan hún fær meðferð við vímuefnasjúkdómi sínum. Sú nálgun hefur þó verið umdeild, þar sem nauðungarvistun er ekki langtíma lausn við fíknisjúkdóm, né líkleg til að leiða til langvarandi breytinga á lífnáðarháttum eða undirbúa konuna til að sinna foreldrahlutverki eftir fæðingu barns.

Við umönnun hópsins í áhættumæðravernd Landspítalans er unnið í teymisvinnu en að teyminu koma ljósmóðir, félagsráðgjafi og lækni og ef talin er þörf á er fleiri fagaðilum bætt í teymið. Ef vart verður við vímuefnanotkun á meðgöngu ber ljósmæðrum skylda að hafa samband við barnaverndarnefnd (Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2011). Helstu markmið áhættumæðraverndar eru að koma í veg fyrir notkun ólöglegra vímuefna á meðan á meðgöngu stendur og er náið samstarf með sjúkrahúsinu á Vog og fíknigeðdeild Landspítalans (Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2011). Á Landspítalanum starfar einnig svokallað FMB-teymi, Fæðing, Meðganga, Barn, sem er samstarfsverkefni geðsviðs og kvenna- og barnasviðs sem býður upp á snemmtæk sérhæfð úrræði fyrir verðandi foreldra sem hafa áhyggjur af tengslamyndun og/eða eru með geðsjúkdóma, þar með talið vímuefnafíkn. Í FMB teyminu eru meðal annars geðlækni, sálfræðingur, lækni, hjúkrunarfræðingur og félags-

ráðgjafar en þjónustan miðar að því að bæta andlega heilsu verðandi foreldra og auka líkur á tengslamyndun (Hávar Sigurjónsson, 2012). Til að átta sig á umfangi verkefnisins má benda á að árið 2011 voru 170 tilvísanir til FMB teymisins og af þeim voru tíu konur sem höfðu verið í notkun vímuefna áður en þungun uppgötvaðist en tekist að hætta notkun vímuefna eftir það (Hávar Sigurjónsson, 2012).

Helstu hlutverk ljósmæðra

Ljósmæður sinna konum á barneignaraldri og veita meðal annars fræðslu og ráðgjöf um kynheilbrigði og fjölskylduáætlun (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000). Þjóða ætti konum sem nota vímuefni getnaðarvarnarráðgjöf og veita þeim þannig rétt til að taka ákvörðun um eigin kynheilbrigði og koma í veg fyrir óæskilega og óráðgerða þungun (Hepburn, 2004). Meðal kvenna sem nota vímuefni er há tíðni af óráðgerðum þungunum en tíðnin meðal hópsins er 89%, en tíðni annarra samfélags hópa er talin vera um 31-47% (Heil o.fl., 2011).

Umönnun barnshafandi kvenna sem nota vímuefni getur verið bæði krefjandi og flókin þar sem algengt er að konurnar hafi undirliggjandi vandamál svo sem sálfélagsleg vandamál, geðsjúkdóma eða áfallasögu (Economidoy o.fl., 2012; Hepburn, 2004; Krans o.fl., 2015; Lindsay og Burnett, 2013; Miles o.fl., 2014) og er því mikilvægt að stuðla að heildrænni þjónustu við þær. Samkvæmt hugmyndafræði og stefnu ljósmæðra ber ljósmæðrum að sinna líkamlegum, andlegum, sálrænum og tilfinningalegum þörfum skjólstæðinga sinna óháð aðstæðum þeirra (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000). Þegar kona leitar til ljósmóður vegna þungunar ætti að taka góða heilsufars- og félags sögu og ef kona tjáir vímuefnanotkun ætti að taka nákvæma neyslusögu konunnar þar sem upplýsinga er aflað um hvaða vímuefna hún neyti, á hvaða máta og hvernig hún fjármagni neysluna (Gopman, 2014; Hepburn, 2004; Jones o.fl., 2014). Einnig er nauðsynlegt að spyrja konurnar um heimilisaðstæður, fyrri barneignir og hvort faðir barnsins sé í virkri vímuefnanotkun eða hafi fyrri sögu um vímuefnanotkun (Hepburn, 2004). Ljósmóðir sér um að veita konunni fræðslu um hugsanleg skaðleg áhrif vímuefna á fóstrið og hverju búast má við eftir að barnið fæðist (Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2013). Eitt af lykilhlutverkum ljósmóður í umönnun barnshafandi kvenna í vímuefnanotkun er að koma þeim konum sem tilbúnar eru að leita sér meðferðar hratt í samband við viðeigandi þjónustu og séu þær í sambandi með einstaklingi sem einnig er í virkri vímuefnanotkun ætti einnig að bjóða þeim meðferðarþjónustu (Hepburn, 2004). Mikilvægt er að stuðla að samfelldri þjónustu við barnshafandi konur sem nota vímuefni þar sem það hefur sýnt bættu útkomu bæði fyrir móður og barn (Krans o.fl., 2015; SOGC, 2011; Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2013). Þar eru ljósmæður í lykilhlutverki og ef vel tekst til myndast góð meðferðarsambönd þar sem traust og trúnaður ríkir (Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2013; Miles o.fl., 2014).

Ljósmæður eru málsvavar skjólstæðinga sinna og mikilvægt að þær standi með þeim en ekki á móti þeim. Í umönnun barnshafandi kvenna sem háðar eru vímuefnum ættu ljósmæður meðal annars að reyna að stuðla að bættu næringarástandi konunnar, veita fræðslu, ráðgjöf og stuðning til að minnka reykingar og vímuefnanotkun og veita aðstoð við að komast í viðhaldsmeðferð sé konan háð óþíóíðum (Economidoy o.fl., 2012). Einnig er mikilvægt að tengja konuna við félagsþjónustuna, stuðla að þéttri eftirliti í meðgönguverndinni og stuðla að samfelli í þjónustu sem býður upp á myndun farsæls meðferðarsambands (Economidoy o.fl., 2012; SOGC, 2011). Þar að auki hvetja ljósmæður til brjóstagjafar, ýta undir heilsufarsefningu, fjölskyldunni veittur sá stuðningur sem hún þarfnast og skaði vímuefnanotkunar minnkaður (Economidoy o.fl., 2012; SOGC, 2011). Þetta samræmist því sem áður hefur komið fram um hvernig áhættumæðravernd á Landspítalanum starfar. Á meðgöngu getur skapast einstakt tækifæri til að aðstoða hina verðandi móður til að draga úr eða hætta notkun vímuefna og koma á tengslum bæði við heilbrigðiskerfið og meðferðarúrræði og eru ljósmæður þar í lykilhlutverki (Hepburn, 2004; Nathoo o.fl., 2015; Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2013).

Í fæðingunni sjálfri er nauðsynlegt að ljósmóðir sé meðvituð um að veita viðeigandi verkjastillingu og að hafa í huga að konur sem nota vímuefni eða eru í viðhaldsmeðferð hafa sama rétt til verkjalyfja í fæðingu og aðrar fæðandi konur (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2013; Hepburn, 2004). Hafa þarf í huga að konurnar gætu hafa myndað þol fyrir verkjalyfjum auk þess sem langtíma notkun á óþíóíðum getur valdið ofursársaukanæmi (e. hyperalgesia) og haga þarf verkjalyfjagjöf eftir því (Jones o.fl., 2014). Samkvæmt verklagsreglum Landspítalans (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2013) ættu allar konur í viðhaldsmeðferð að hafa hitt svæfingarlækni fyrir 32. viku meðgöngu auk þess sem hún, stuðningsaðili hennar og meðferðaraðili gera meðferðaráætlun um fæðingu, sængurlegu og ung- og smábarnavernd fyrir þann tíma.

Því miður er algengt að konurnar leiti aftur til vímuefna eftir barnsburð og því mikilvægt að ljósmæður veiti góðan stuðning og fræðslu til mæðranna um mikilvægi þess að halda sig frá vímuefnum (Economidoy o.fl., 2012). Með FMB-teyminu er stuðlað að því að konurnar og fjölskyldan í heild sinni fái stuðning eftir fæðingu barns (Hávar Sigurjónsson, 2012; Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2013). Eftir fæðingu er mikilvægt að bjóða konunni fræðslu um getnaðarvarnir og ákjósanlegt er að hefja getnaðarvarnarmeðferð fyrir útskrift eða ef konan hefur valið lykkjuna að gefa henni endurkomutíma 6 vikum eftir fæðingu barnsins (Hepburn, 2004; Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2013).

Hindrandi þættir í að leita sér heilbrigðisþjónustu

Ljósmóðurstarfið byggir á góðri samvinnu við hina verðandi foreldra, hún er einstaklingsmiðuð og byggir á gagnkvæmri virðingu og trausti þar sem ljósmóðir veitir upplýsingar, fræðslu og valdeflingu til foreldranna svo þeir geti tekið upplýstar ákvarðanir og ábyrgð á eigin heilsu í gegnum barneignarferlið (ICM, 2014).

Rannsóknir hafa sýnt að konur sem nota vímuefni mæta ýmsum innri og ytri hindrunum við að leita sér heilbrigðisþjónustu (SOGC, 2011; Sutter o.fl., 2017). Félagsleg staða kvennanna, heimilisleysi, óreiðukennt líferni, kostnaður við að koma sér á milli staða og hræðsla við að vera tilkynntar til barnaverndarnefndar og yfirvalda geta verið hindrandi þættir þess að konurnar leiti til mæðraverndar (Hepburn, 2004; Gopman, 2014; Miles o.fl., 2014; SOGC, 2011; Sutter o.fl., 2017). Margar barnshafandi konur í vímuefnanotkun finna fyrir skömm, samviskubiti og eigin fordómum vegna vímuefnaneyslunnar sem getur verið hindrandi þáttur fyrir því að þær mæti í mæðravernd (Hepburn, 2004). Auk þess geta fordómar og stimplun (e. stigma) heilbrigðisstarfsfólks í garð barnshafandi kvenna sem nota vímuefni, neikvæð fyrri reynsla af heilbrigðiskerfinu og vantraust gagnvart heilbrigðisstarfsfólki haft neikvæð áhrif á hvort konurnar leiti sér þjónustu (Hepburn, 2004; Jones o.fl., 2014; Sutter o.fl., 2017).

Sýnt hefur verið fram á að innan heilbrigðiskerfisins eru við lýði neikvæðar staðalímyndir á einstaklingum með vímuefnasjúkdóma. Helstu birtingarmyndir neikvæðra staðalímynda eru meðal annars að einstaklingar í vímuefnaneyslu taki ekki ábyrgð á eigin heilsu, misnoti kerfið og hafi slæma meðferðarheldni (UNODC, 2016). Viðhorf heilbrigðisstarfsfólks geta verið dæmandi, það óvinveitt eða skilningslaust á ástandi einstaklinga sem nota vímuefni sem geta auk þess haft áhrif á gæði þjónustu og hvort farsælt meðferðarsamband myndist (Miles o.fl., 2014; UNODC, 2016). Komið hefur í ljós að barnshafandi konum í vímuefnaneyslu getur fundist viðhorf heilbrigðisstarfsfólks hafa meira vægi en meðferðin sjálf sem sýnir mikilvægi þess að sýna skjólstæðingum jákvætt viðmót.

Neikvætt viðhorf heilbrigðisstarfsfólks getur því haft letjandi áhrif á konurnar til að leita sér þjónustu (Hepburn og Elliott, 1997; Economidoy o.fl., 2012). Barnshafandi konur í vímuefnanotkun eru líklegri til að mæta í mæðravernd ef heilbrigðisstarfsfólk mætir þeim af fordómaleysi, með vinalegu og styðjandi viðhorfi

og þær fái viðurkenningu á hugrekki og þrautseigju sinni fyrir að mæta í mæðravernd þrátt fyrir að standa frammi fyrir erfiðum aðstæðum (SOGC, 2011). Nýleg áströlsk rannsókn (Fonti o.fl., 2016) sýndi fram á almennt hlutlaust eða jákvætt viðhorf heilbrigðisstarfsfólks til barnshafandi kvenna sem nota vímuefni, sem er þvert á fyrri rannsóknir. Einnig kom fram að ljósmæðranemar höfðu marktækt jákvæðara viðhorf til kvennanna en aðrar heilbrigðisstéttir sem sinna þeim í barneignarferlinu. Í rannsókn Miles o.fl. (2014) kom fram hversu mikilvægt það er að ljósmæður átti sig á eigin fordómum, gildum og viðhorfum gagnvart vímuefnum og vímuefnaneytendum en með því er ekki einungis auknar líkur á farsælu meðferðarsambandi heldur geta ljósmæður með því móti þróað með sér þekkingu, hæfni og bjargráð til að takast á við flókin viðfangsefni hópsins. Meðferðarsamband við konur sem byggir á virðingu og trausti eykur líkur á að konan treysti heilbrigðisstarfsfólki fyrir hreinskilnum svörum um vímuefnanotkun og það minnki streitu hjá þeim (Jones o.fl., 2014).

Skaðaminnkandi nálgun í umönnun kvenna sem nota vímuefni
Skaðaminnkandi nálgun og úrræði fyrir einstaklinga með vímuefnasjúkdóma hefur sýnt fram á að auka lífsgæði þeirra. Með skaðaminnkandi nálgun er átt við meðferð sem miðar að því að draga úr skaðlegum heilsufars-, félags- og fjárhagslegum áhrifum sem vímuefnanotkun hefur í för með sér án þess þó að hafa það að markmiði að binda enda á neysluna sjálfa (Edda Rún Kjartansdóttir og Þórunn Hanna Ragnarsdóttir, 2017; International Harm Reduction Association, 2010; Nathoo o.fl., 2015). Samkvæmt hugmyndafræði skaðaminnkunar er konum því mætt með fordómalausum viðhorfi og þær fá jákvæðan stuðning við að minnka notkun vímuefna og hefja viðhaldsmeðferð (Sutter o.fl., 2017).

Skaðaminnkandi nálgun í þjónustu barnshafandi kvenna er gagnreynd þekking sem hefur sýnt sig að auka aðgengi að mæðravernd og viðhaldsmeðferð, draga úr reykingum og vímuefnanotkun móður á meðgöngu, bæta heilsufar móður og minnka þannig líkur á fyrirburafæðingum og nýburum með lága fæðingarpýngd og að vera hagkvæm fyrir heilbrigðiskerfið. Auk þess geta skaðaminnkandi úrræði aukið tengsl konunnar við heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir og eftir fæðingu barns, verið hvetjandi þáttur til brjóstgjöf sem getur stuðlað að bættri tengslamyndun, jákvæðum þroska fyrir barnið og dregið úr fjölda þeirra barna sem gefin eru til ættleiðingar (Nathoo o.fl., 2015). Samkvæmt klíniskum leiðbeiningum í Kanada (SOGC, 2011) ætti skaðaminnkun að vera hornsteinn umönnunar kvenna með vímuefnavanda þar sem hún hefur sýnt sig að draga úr vímuefnanotkun auk þess sem hún eykur aðgengi að viðhaldsmeðferðum, meðferðarstofnunum og ráðgjöf.

UMRÆÐUR OG FRAMTÍÐARSÝN

Notkun vímuefna er ekki nýtt vandamál og nú er kominn tími til að við sem samfélag breytum nálgun okkar og hugsunarhætti í þjónustu við einstaklinga með vímuefnasjúkdóm. Skaðaminnkandi nálgun með gagnreyndri þekkingu í þjónustu við þessa einstaklinga hefur sannað ágæti sitt víða um heim (International Harm Reduction Association, 2010; Nathoo o.fl., 2015). Niðurstöður rannsókna benda til þess að vímuefnanotkun meðal barnshafandi kvenna fari vaxandi (SAMHSA, 2015) því er nauðsynlegt að veita ljósmæðrum og ljósmæðranemum aukna fræðslu og þjálfun í þjónustu við hópinn. Þá er mikilvægt að kynna skaðaminnkandi hugmyndafræði almennt fyrir heilbrigðisstéttum. Í stefnu Ljósmæðrafélags Íslands (2000) kemur fram að í námi ljósmæðra ætti áhersla að vera lögð á að þær séu í lykilhlutverki í umönnun kvenna úr öllum þjóðfélagsstigum. Það á að vera faglegur metnaður ljósmæðra að mæta öllum barnshafandi konum af virðingu og heiðarleika (ICM, 2014), þar á meðal þeim konum sem nota vímuefni.

Nauðsynlegt er að ljósmæður sem sinna þessum viðkvæma hóp séu meðvitaðar um helstu hindranir sem konurnar mæta við að sækja sér heilbrigðisþjónustu. Einnig að stuðla að samfelldri þjón-

ustu við konurnar svo hægt sé að mynda traust og gott meðferðarsamband við þær. Þegar því hefur verið náð myndast oft hvati fyrir barnshafandi konur í vímuefnanotkun til að mæta í mæðravernd sem skilað getur bættri útkomu fyrir móður og barn (Krans o.fl., 2015; Jones o.fl., 2014; SOGC, 2011; Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2013). Á Íslandi ætti að efla þjónustu ljósmæðra fyrir meðgöngu meðal annars með getnaðarvarnafræðslu til kvenna sem nota vímuefni, en sýnt hefur verið fram á háa tíðni óráðgerðra þungana meðal þeirra (Heil o.fl., 2011).

Mikilvægt er að ljósmæður stundi símenntun og fylgist með nýjungum í faginu (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000), en þannig má tryggja að unnið sé eftir nýjustu gagnreyndu þekkingu og skjólstæðingur fái bestu mögulegu heilbrigðisþjónustu sem völ er á á hverjum tíma, eins og hann á rétt á (Lög um réttindi sjúklinga, 1997). Þrátt fyrir að stutt sé síðan *Buprenorphine* kom á markaðinn hefur það sýnt sig að vera góð viðhaldsmeðferð fyrir barnshafandi konur sem háðar eru ópíóíðum og að hún hefur minni áhrif á fóstur og barn en viðhaldsmeðferð með *Methadone* (Jones o.fl., 2010). Í dag er barnshafandi konum sem nota vímuefni á Íslandi boðin meðferð ýmist með *Buprenorphine* eða *Methadone* (Valgerður Lísa Sigurðardóttir o.fl., 2013) sem sýnir að horft er til erlendra rannsókna í þjónustu við hópinn.

Á Landspítalanum er unnið í teymisvinnu heilbrigðisfagstétta sem heldur vel utan um þau fjölþættu vandamál sem kunna að fylgja einstaklingum sem nota vímuefni. Uppbygging og starfsemi áhættumæðraverndar er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna, fræðilegra samantekta og klínískra leiðbeininga sem skoðaðar voru við gerð þessarar fræðilegu samantektar.

LOKAORÐ

Ef svo fer fram sem horfir má ætla að barnshafandi konum í vímuefnanotkun komi til með að fjölga á komandi árum. Þjónusta við þennan hóp er í senn krefjandi og gefandi og krefst faglegrar færni umönnunaraðila. Sóknarfæri eru fyrir ljósmæður til að bæta þjónustu við barnshafandi konur sem nota vímuefni með því meðal annars að stuðla að bættum forvörnum og auka skaðaminnkandi nálgun í þjónustunni. Auk þess er mikilvægt að fræða, skoða og breyta viðhorfum heilbrigðisstarfsmanna til þessa þjónustuhóps og stuðla að farsælu meðferðarsambandi sem er uppbyggjandi fyrir alla aðila. Farsælt meðferðarsamband við konur í vímuefnaneyslu byggist á virðingu, heilindum, heiðarleika og skilningi á erfiðri aðstöðu hinnar verðandi móður, barns hennar og fjölskyldu.

HEIMILDIR

- Barnaverndarlög nr. 80/ 2002.
Economidoy, E., Klimi, A. og Vivilaki, V. G. (2012). Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. *Health Science Journal*, 6(1), 161-169.
Edda Rún Kjartansdóttir og Þórunn Hanna Ragnarsdóttir. (2017). *Neyslurými: Afhverju og hvernig?* (óutgefin BS ritgerð). Sótt af <https://hdl.handle.net/1946/27754>
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2016a). *European Drug Report: Trends and Developments*. Lúxemborg: Publications Office of the European Union. doi:10.2810/04312
Fonti, S., Davis, D. og Ferguson, S. (2016). The attitudes of healthcare professionals towards women using illicit substances in pregnancy: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 29(4), 330-335. doi: 10.1016/j.wombi.2016.01.001
Goodman, D. (2015). Improving access to maternity care for women with opioid use disorders: colocation of midwifery services at an addiction treatment program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(6), 706-712. doi: 10.1111/jmwh.12340
Gopman, S. (2014). Prenatal and postpartum care of women with substance use disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 41(2), 213-228. doi:10.1016/j.ogc.2014.02.004
Haddrill, R., Jones, G. L., Mitchell, C. A. og Anumba, D. O. (2014). Understanding delayed access to antenatal care: a qualitative interview study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 207. doi: 10.1186/1471-2393-14-207
Hávar Sigurjónsson. (2012). Úrræði fyrir verðandi mæður í vímuefnaneyslu. *Lækna-blæðið*, 98(12), 664-665.
Heil, S. H., Jones, H. E., Arria, A., Kaltenbach, K., Coyle, M., Fischer, G., Stine, S., Selby, P. og Martin, P. R. (2011). Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *Journal of substance abuse treatment*, 40(2), 199-202. doi:10.1016/j.jsat.2010.08.011
Hepburn, M. (2004). Substance abuse in pregnancy [Vefútgáfa]. *Current Obstetrics*

- and Gynaecology, 14(6), 419-425. doi:10.1016/j.curobgyn.2004.07.006
- Hepburn, M. og Elliott, L. (1997). A community obstetric service for women with special needs. *British Journal of Midwifery*, 5(8), 485-488.
- International Confederation of Midwives [ICM]. (2014). Core Document. Philosophy and Model of Midwifery Care. Sótt 25. ágúst. 2017 af http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf
- International Harm Reduction Association. (2010). *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. Sótt af https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf
- Islam, M. M., Topp, L., Day, C. A., Dawson, A. og Conigrave, K. M. (2012). The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature. *International Journal of Drug Policy*, 23(2), 94-102. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.08.005>
- Jones, H. E., Deppen, K., Hudak, M. L., Leffert, L., McClelland, C., Sahin, L., Starer, J., Terplan, M., Thorp, J. M., Wash, J. og Creanga, A. A. (2014). Clinical care for opioid-using pregnant and postpartum women: the role of obstetric providers. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(4), 302-310. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.10.010>
- Jones, H. E., Kaltenbach, K., Heil, S. H., Stine, S. M., Coyle, M. G., Arria, A. M., O'Grady, K. E., Selby, P., Martin, P. R. og Fischer, G. (2010). Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *New England Journal of Medicine*, 363(24), 2320-2331. doi:10.1056/NEJMoa1005359
- Krans, E. E., Cochran, G. og Bogen, D. L. (2015). Caring for opioid dependent pregnant women: Prenatal and postpartum care considerations. *Clinical obstetrics and gynecology*, 58(2), 370. doi:10.1097/GRF.0000000000000098
- Lindsay, M. K. og Burnett, E. (2013). The use of narcotics and street drugs during pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 56(1), 133-141. doi:10.1097/GRF.0b013e31827fb6ad
- Ljósmaðrafélag Íslands (2000). *Hugmyndafræði og stefna*. Reykjavík: Ljósmaðrafélag Íslands.
- Logan, B. A., Brown, M. S. og Hayes, M. J. (2013). Neonatal abstinence syndrome: treatment and pediatric outcomes. *Clinical obstetrics and gynecology*, 56(1), 186. doi:10.1097/GRF.0b013e31827f6ea4
- Lög um réttindi sjúklinga, nr.74/1997.
- Miles, M., Chapman, Y., Francis, K. og Taylor, B. (2014). Midwives experiences of establishing partnerships: Working with pregnant women who use illicit drugs. *Midwifery*, 30(10), 1082-1087. doi: 10.1016/j.midw.2013.06.020
- Mozurkewich, E. L. og Rayburn, W. F. (2014). Buprenorphine and methadone for opioid addiction during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 41(2), 241-253. doi: 10.1016/j.ogc.2014.02.005
- Nathoo, T., Marcellus, L., Bryans, M., Clifford, D., Louie, S., Penaloza, D., Seymour, A., Taylor, M., og Poole, N. (2015). *Harm Reduction and Pregnancy: Community-based Approaches to Prenatal Substance Use in Western Canada*. Victoria and Vancouver, BC: University of Victoria School of Nursing and British Columbia Centre of Excellence for Women's Health
- Patrick, S. W., Schumacher, R. E., Benneyworth, B. D., Krans, E. E., McAllister, J. M. og Davis, M. M. (2012). Neonatal abstinence syndrome and associated health care expenditures: United States, 2000-2009. *Jama*, 307(18), 1934-1940. doi:10.1001/jama.2012.3951
- SÁÁ. (2017). Ársrit SÁÁ 2016. Reykjavík: SÁÁ.
- SOGC Clinical Practice Guideline. (2011). Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 33(4), 367-384.
- Stephen, G., Whitworth, M. K. og Cox, S. (2014). Substance misuse in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 24(10), 309-314. doi: 10.1016/j.ogrm.2014.07.001
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. Sótt 5. september 2017 af <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>
- Sutter, M. B., Gopman, S. og Leeman, L. (2017). Patient-centered Care to Address Barriers for Pregnant Women with Opioid Dependence. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 44(1), 95-107. doi: 10.1016/j.ogc.2016.11.004
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2016). *World Drug Report 2016*. Vin: United Nations Publication.
- Valgerður Lisa Sigurðardóttir. (2011). Barnshafandi konur vilja hætta í neyslu. *Blað samtaka áhugafólks um áfengis og vímuefnavandann*, 3, 36
- Valgerður Lisa Sigurðardóttir. (2013). Vímuefnanotkun og barneignir: Hvað er til ráða? *Ljósmaðrablaðið*, 91(2), 19-22.
- Valgerður Lisa Sigurðardóttir, Gróa Margrét Jónsdóttir, Brynja Ragnarsdóttir, Þórunn Pálsdóttir, Ástþóra Kristinsdóttir, Nanna S. Kristinsdóttir o.fl. (2013) Vímuefni og barneignarferlið. Verklagsregla og vinnuleiðbeiningar. Landspítali.
- World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Genf: WHO

STOÐMJÓLK

FYRIR 1/2 TIL 2 ÁRA

SAMHLIÐA
BRJÓSTAGJÖF



FYRIR TENNUR
& BEIN BARNA

PRÓTEININNIHALD
SNÍÐIÐ AÐ BÖRNUM



TILBÚIN
TIL DRYKKJAR

C-VÍTAMÍN
ÖRVAR
JÁRNUPPTÖKU

ÞÆGILEGAR
UMBÚÐIR



ERUM AUÐMJÚKAR GAGN- VART ÞEKKINGARLEITINNI

hún er og verður tímafrek!

Semma árs 2018 hófst rannsóknin *Áfallasaga kvenna* við Háskóla Íslands, en eins og segir í tilkynningu þá er rannsóknin stærsta vísindarannsókn sem framkvæmd hefur verið á íslenskum konum. Hún er jafnframt ein stærsta vísindarannsókn á þessu sviði á heimsvísu. Öllum konum eldri en 18 ára sem skilja íslensku er boðið að taka þátt, en tilgangurinn er að rannsaka áhrif áfalla á heilsufar kvenna. Vonast er til að niðurstöður rannsóknarinnar leiði til öflugri forvarna gegn heilsufarslegum afleiðingum áfalla og geti nýst yfirvöldum til að móta þjónustu sem fyrirbyggir og/eða dregur úr áhrifum áfalla á heilsu. Frekari upplýsingar um rannsóknina má finna á: www.afallasaga.is

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) verður fjöldi kvenna fyrir ofbeldi á lífsleiðinni. Sterkar vísbendingar eru um að þolendur ofbeldis séu í aukinni áhættu á margvíslegum heilsubresti. Áhrif annarra áfalla, til dæmis ástvinamissis, náttúruhamfara, eineltis, skilnaðar eða erfiðrar fæðingarreynslu, geta einnig haft áhrif á heilsu. Í kjölfar #metoo byltingarinnar hefur orðið vitundarvakning á mikilvægi þess að rannsaka umfang og afleiðingar kynbundinna áfalla, þar með talið á barneignarferlið og kynheilbrigði. Ekki þarf að fjölyrða um að þessi umræða snertir ljósmæðrafagið á beinan hátt, enda má segja að ljósmæður hafi gert sér far um að fylgjast vel með þeirri þekkingu sem orðið hefur til á síðustu árum varðandi áhrif áfalla á heilsu kvenna. Á síðustu árum hefur ljósmóðurfræðin gert sér enn betur grein fyrir mikilvægi þess að mæta hverri konu þar sem hún er stödd og að miða alla umönnun og meðferð við hennar lífssögu. Um árábil hefur til að mynda verið meðvitað spurt um reynslu af ofbeldi í meðgönguvernd. Verið er að auka þennan þátt í ljósmæðrakennslu og hafa íslenskar ljósmæður sinnt rannsóknum á þessu sviði.

Undirrituðum ritnefndarkonum lék hugur á að skyggjast betur í forsögu rannsóknarinnar *Áfallasögu kvenna*. Við hittum að máli frumkvöðlana og tvær af aðalrannsakendum, sem báðar eru prófessorar við Læknadeild og Miðstöð lýðheilsuvísinda við Háskóla Íslands, þær dr. Unni Valdimarsdóttir og dr. Örn Hauksdóttir.

Hver er aðdragandi þessarar rannsóknar og helsta kveikjan að henni?

Unnur: Í um tveggja áratuga skeið erum við báðar búnar að vera að rannsaka áföll hjá báðum kynjum, í mjög víðtækri merkingu. Við höfum meðal annars skoðað ástvinamissi og hvaða áhrif það hefur á móttækileika einstaklinga fyrir ólíkum sjúkdómum. Við höfum líka skoðað náttúruhamfarir, efnahagshrun og það að greinast með alvarlegan, lífshótandi sjúkdóm – hvaða áhrif það hefur á einstaklinga og fjölskyldur þeirra. Á síðustu árum höfum við verið að feta okkur inn á að einbeita okkur að konum. Fyrir mig persónulega var það hálfgerð áfall þegar Alþjóðaheilbrigðisstofnunin lagði mat á gögn sem voru birt á heimsvísu í kringum 2010. Þá hafði komið í ljós að 1/3 hluti kvenna verði einhvern tímann á lífsleiðinni fyrir ofbeldi, líkamlegu eða kynferðislegu. Tölfræðin á bakvið kynbundið ofbeldi er sláandi og þetta er sú tegund áfalla sem beinist gegn konum og það snemma á æviskeiði þeirra. Við erum að færa okkur nær því að skilja þetta og rannsaka lýðheilsu kvenna sérstaklega. Við höfum meðal annars verið með doktorsnema, Agnesi Gísladóttur, sem skoðaði áhrif kynferðisofbeldis á meðgöngu og fæðingu. Við Arna leiðbeindum líka Védísi Helgu Eiríksdóttur doktorsnema sem skoðaði fæðingarútkomur í hrúninu.

Arna: Eins og Unnur nefnir þá höfum við skoðað alls konar áföll. Þessar alþjóðlegu tölur sem hafa verið að sjást síðustu ár um ofbeldi á konum,

þær tölur sjáum við líka á Íslandi. Það er ríflega þriðjungur kvenna sem upplifir líkamlegt eða kynferðislegt ofbeldi. Til undirbúnings áfallasögu-rannsókninni gerðum við forrannsókn árið 2014 og fengum þetta hlutfall, þriðjungur kvenna. Hlutfallið var sama þvert á alla hópa – þetta fer ekki eftir menntunar- eða tekjustigi. Og það var líka eitthvað sem kom mörgum á óvart. Kynbundið ofbeldi er ekki bundið við ákveðna hópa. Það er jafn algengt í öllum hópum. Við höfum verið að undirbúa þessa rannsókn í mörg ár; þróa spurningalista, leita styrkja, finna samstarfsfólk. En svo þegar Unnur fær þessa tvo stóru rannsóknarstyrki, bæði frá Rannís og frá Evrópska rannsóknarráðinu, varð áætlunin raunhæf.

Hver er sýn ykkar, markmið og mikilvægi rannsóknarinnar?

Unnur: Stærsta markmiðið hjá okkur er að kortlegga með ítarlegum hætti áfallasögu heilrar kvenþjóðar. Við fengum styrki til þess. Rannsóknar-áætlunin sem við fylgjum er þó margskipt og við reidum okkur á aðra efniviði og náum vonandi að gera marga aðra hluti í leiðinni, í kaupbæti ef svo má segja. Sjónarhorn forvarna er í fyrirrúmi, þá á ég bæði við að koma í veg fyrir áföll en ekki síst að koma í veg fyrir afleiðingar þeirra, heilsufarslega. Við höfum óvenjuleg tækifæri á Íslandi til að skilja betur hvort það séu til dæmis erfðahættir sem spá fyrir um mismunandi heilsuferil fólks eftir áföll. Og það er eitt af lykilmarkmiðunum, auk þess að skilja líka betur umhverfispættina. Við vitum til dæmis, og það er gagnreynd þekking þar á bak við, að félagslegur stuðningur, netverkið þitt, skiptir miklu máli þegar þú lendir í áföllum.

Arna: Fyrsta skrefið er að skilja hvernig landið liggur í áfallasögu kvenna og þess vegna skiptir miklu máli að allar konur taki þátt. Við höfum aðeins orðið varar við að konur haldi að þær eigi ekki, eða þurfi ekki, að taka þátt ef þær hafi ekki upplifað stór áföll. Staðreyndin er sú að við flestar höfum upplifað eitthvað og sumar konur átta sig á því þegar þær svara listanum. Við erum líka með alls kyns spurningar um líðan í dag, þær merkja við að þeim líði vel og við heyrum þessa svörin – konur segja: „já, ég er bara í góðum málum þrátt fyrir allt“.

Unnur: Í allri umræðu um áföll finnst mér mjög mikilvægt og lærdómsríkt að nefna reykingar sem dæmi. Reykingar hafa verið gríðarlegur skaðvaldur í okkar samfélagi á áratugi, í heila öld. Það var byrjað að rannsaka skaðsemi reykinga upp úr 1950 þar sem heilu og hálfu þjóðirnar reyktu, bæði konur og karlar. Við höfum á nokkrum áratugum dregið mjög úr reykingum, þannig að nú reykir einungis 10% þjóðarinnar. Nú þurfum við að veita þessum málaflokki, áföllum, sömu athygli í vísindum til að koma þekkingunni áfram. #Metoo hefur verið einskonar bylting í því að lyfta þessum málaflokki, nú eru til dæmis allir stjórnmálaflokkar með stefnuskrá varðandi áföll. En við þurfum líka hörð gögn. Mér finnst að ef við konur viljum breyta heiminum þá þurfum við að þekkja hann og ekki bara á eigin skinni heldur þurfum við líka að fá ytri mælikvarða til að komast áfram með þessa aðgerð. Til dæmis með því að reyna að draga úr mögulegri tíðni og áhrifum þessa skaðvalds sem áföll eru.

Það kemur einmitt fram í ykkar kynningu að rannsóknin sé fyrir allar konur, óháð atburðum, stórum eða litlum áföllum, ef svo má að orði komast. Er það kannski persónuleg upplifun sem skiptir mestu máli í því samhengi?

Unnur: Ef maður fer í ströngustu skilgreiningar á áfalli þá er það yfir-

leitt skilgreint sem atburður (e. event) sem ógnar lífi þess sem verður fyrir honum eða annarra. Við höfum verið að reyna að vikka út þessi skilgrein-garmörk og við ætlum að horfa á áföll í stóru samhengi. Við erum líka að skoða félagsleg áföll, skilnað, svik, erfiða fæðingarreynslu. Það er margt sem tengist #metoo byltingunni og þeirri orðræðu. Þessi rannsókn kafar ef svo má segja dýpra, en við náum samt ekki að fanga allt það flókna sem getur verið að gerast hjá fólki.

Arna: Já, áfallið er kannski ekki mikið eða stórt, en sá hópur sem hefur þá reynslu er líka mjög mikilvægur fyrir okkur. Við sjáum þá raunverulega mynd af stöðunni. Það er líka mikilvægt að þessar konur svari spurninga-listanum upp á allan samanburð til að skoða hverjar halda heilsu sinni og hverjar ekki.

Þetta er ljóðheilsurannsókn, sem þýðir að það er verið að skoða hóp en ekki einstaklinga. Munið þið eftir á geta aðgreint birtingarmyndir ólíkra áfalla?

Arna: Já, við munum að einhverju leyti geta aðgreint afleiðingarnar. Spurningalistarnir eru fjölbreyttir og taka á andlegri og líkamlegri liðan, við mælum kvíða og þunglyndi og við erum einnig með umfangsmikla mælingu á áfallastreituröskun. Við erum líka með mælingu á seiglu – hvernig þol eða þrautseigja fólks birtist eftir áföll. Og svo erum við með spurningar um líkamlega liðan, kulnun, spurningar um sjálfsöfnæmis-sjúkdóma eins og vefjagigt og fleira. Og spurningar um sjúkdómasögu og líkamleg einkenni. Þannig að það verður hægt að kortleggja þetta út frá þessum svörum, þessar ólíku birtingarmyndir. En síðan eru líka tækifæri sem við höfum, og það er að fara í eftirfylgnirannsóknir. Við höfum sem sagt möguleika á því að hafa samband aftur eða tengja við heilbrigðis-gagnagrunna, fæðingarskrá eða eitthvað annað, til þess að skoða enn frekar þessar ólíku birtingarmyndir.

Unnur: Þetta endurspeglast í þeim gögnum sem við höfum séð áður. Það er þessi rosalegi breytileiki. Ef við tökum alvarlegt áfall eins og nauð-gun sem dæmi. Það er mjög sterkur áhrifavaldur. En það er líka ofboðs-legur breytileiki í andlegum áhrifum eftir á. Og það er alveg ótrúlegt hvað það er nánast jafn stór hópur sem virðist jafna sig og halda áfram án telj-andi heilsufarskvilla, þótt svo að það taki tíma að jafna sig og komast yfir áfallið. Heilsufar þeirra sem tilheyra hinum hópnum virðist hins vegar hrynja. Þessi breytileiki er mjög athyglisverður. Og eitthvað sem við viljum sinna betur.

Við erum báðar búnar að taka þátt í rannsókninni. Ýmsar spurningar vöknudu og við tökum undir að það var okkur mikilvægt að koma okkar eigin áfallasögu til skila. Sumir svarmöguleikar vöktu athygli eins og það að verða vitni að áföllum eða að einhver nákominn(n) verði fyrir áfalli.

Unnur: Já, það er til dæmis viðurkennt út frá klínísku mati á áfallastreituröskun að ef einhver nákominn(n) lendir í áfalli þá getur aðstandandi fengið áfallastreituröskun. En mig langar að bæta því við, að það verður aldrei hægt í einni rannsókn að skoða allt – þetta er langtímar-rannsókn og auðvitað munum við rekast á annmarka.

Það sem er ekki minnst spennandi er að skilja á hvaða áföllum fólk hefur lent og síðan að fylgja eftir heilsufarsferli fólks. Við höfum upplýst samþykki fyrir því að gera það, að tengja þetta við aðrar skrár, eins og til dæmis fæðingarskrá og fæðingarútkomur. Hér eru miklir möguleikar, en við þurfum auðvitað að leita eftir samþykki vísindasiðanefndar til að gera hverja slíka tengingu. Við litum ekki á þetta sem okkar eign og það verður vonandi hægt að fá fleira samstarfsfólk hérlandis sem erlendis í framtíð-inni. Þess vegna er svo mikilvægt að sem flestar konur taki þátt núna, ekki bara til að við fáum svörin úr þessari gagnasöfnun, heldur erum við þá líka komin með grunn sem hægt er að fylgja eftir næstu tug ára. Þær verður hægt að búa til alveg gríðarlega mikla þekkingu – ekki bara úr því sem verið er safna núna.

Arna: Við höfum fengið ýmiss konar ábendingar – konur hafa komið til okkar og sagt „ég finn ekki áfallinu mínu stað“. Við erum með glugga í rannsókninni sem heitir „annað“. Þann glugga höfum við reynt að gera meira áberandi. Við bjóðum líka opið svar um það hvort viðkomandi vilji bæta einhverju við. Sumum konum finnst þær ekki finna stað um það hvernig lífshlaup þeirra hefur verið og auðvitað viljum við vita það. Þessum konum liður kannski ágætlega í dag, en líf þeirra var helvíti í 20 ár og þær vilja koma því á framfæri. Þær vilja ekki koma út eins og allt hafi alltaf bara verið í lagi. Við erum meðvitaðar um þetta og því miður var fullt



Arna Hauksdóttir og Unnur Valdimarsdóttir.

af spurningum sem við þurftum að taka út. Eins og til dæmis spurningar um mataræði og hreyfingu. Mjög mörgum konum fannst skrítið að vera ekkert spurðar um hreyfingu – þær eru mjög duglegar að hreyfa sig en gátu ekki komið því á framfæri. En við tökum það vonandi með næst.

Unnur: Við höfum verið að bregðast við svona ábendingum. Það eru nú þegar 22000 konur búnar að skrá sig í rannsóknina og við vonumst til þrefalda þann fjölda. Rannsóknin verður opin út árið. Við höfum verið að leggja inn nýjar spurningar sem við höfum fengið samþykktar frá Vísinda-siðanefnd, því við teljum að þessar nýju spurningar séu svo mikilvægar – við viljum setja þær inn, jafnvel þótt aðeins 2/3 hlutar svarenda muni svara þeim hluta.

Hvernig sjáðið þið ljósmóðurfræðina í þessari rannsókn og hvernig geta ljósmæður hvatt til þátttöku?

Arna: Þetta er auðvitað mjög mikilvæg umræða fyrir ljósmæður. Ljósmæður eru í aðstæðum með konum þar sem þær verða varla viðkvæmari, eða í aðstæðum sem taka mikið á og geta verið mjög erfiðar fyrir konur. Þetta sjónarhorn á heilsu sem tengist áfallareynslu kemur þarna sterkt inn. Ég held að það sé ekki bara kynbundið ofbeldi sem er mikilvægt að skima fyrir, það er margt annað líka sem þarf að spyrja um og átta sig á eins gedðeilsa. Við erum með mjög umfangsmiklar mælingar á þáttum sem tengjast kvenheilsu í rannsókninni. Það er einn kosturinn við það að rannsaka sérstaklega konur - að geta talað sérstaklega til þeirra og sérstöðu þeirra heilsufars.

Unnur: Varðandi ljósmæður sérstaklega, þá held ég að það sé inni í klínískum leiðbeiningum að það eigi að skima eftir ofbeldissögu og það er ekki að ástæðulausu. Það kemur til dæmis í Ljós að konur sem hafa ofbeldissögu eiga erfiðara með að hætta að reykja á meðgöngu, það virðist að minnsta kosti vera raunveruleikinn. Þetta snýst um sálarlíf kvenna og mögulega þurfa þær öðruvísi íhlutun. Við höfum metnað til þess í framtíðinni að geta heklað inn íhlutandi rannsóknir á því hvort það sé hægt að koma með úrræði til að bæta liðan einstaklinga sem skora hvað hæst á áfallastreitu. Mögulega mundu slík úrræði vera hjálpleg fyrir þennan viðkvæma hóp kvenna sem kemur inn í meðgöngu og getur ekki hætt að reykja, sem væri þá ekki hefðbundin fræðsla um skaðsemi reykinga.

Arna: Upplýsingarnar sem koma úr þessari rannsókn verða mjög umfangsmiklar. Ég efast um að það hafi verið gerð svona umfangsmikil rannsókn á kvenheilsu áður. Við verðum með svör frá tugþúsundum kvenna, við erum með spurningar í tengslum við fæðingarreynslu og fæðingarupp-lifun, líka fæðingarþunglyndi á meðgöngu og eftir barnsburð, fyrirtíðar-spennu og fleira. Þarna verður hægt að skilgreina hóp sem hefur upplifað eitthvað ákveðið og kjörið fyrir framtíðarrannsakendur að fylgja eftir.

Hvernig ákváðuð þið úrtakið, eins og til dæmis aldur á konum?

Unnur: Upphaflega fengum við ákveðið fjármagn til þess að framkvæma þessa rannsókn. Þá gerðum við ráð fyrir hópi kvenna á aldrinum 18 til 69 ára og rannsóknaráætlunin er skrifuð út frá því; Konur á vinnufærum

aldri var úrtakið. Það eru líka ákveðin vísindaleg rök fyrir því. Þetta er til dæmis sá aldur áður en heilsan fer versnandi vegna eðlilegrar öldrunar. Þannig að það er mikilvæg að ná konum áður en það ferli byrjar. Einhver hluti af spurningunum er hversu fljótt það gerist – hefur áfallasaga eitthvað með það að gera?

Svo má líka segja að aldurinn hafi verið ákveðinn út frá aðferðafræðinni, við erum bara að bjóða upp á að þú svarir með íslykli á netinu. Fyrir konur á okkar aldri getur það verið hindrun. Þá er auðvitað stærra hlutfall af níræðum konum sem treysta sér ekki í þetta form af rannsókn. Við fengum gagnrýni þegar við tilkynntum þetta sökum þess að eldri konur vildu líka fá að taka þátt. Málamiðlunin var sú að við opnuðum rannsóknina. Konum eldri en 69 ára býðst að taka þátt og þær geta skráð sig. Við höfum hins vegar ekki fjármagn til að boða þær sérstaklega í rannsóknina. Við höfum heyrt athugasemdir eins og „verða mín gögn þá ekki notuð?“ en það verður gert. Mér finnst að sjálfsgöðu spennandi að skoða áfallasögu í tengslum við kynslóðir.

Sumar spurningar í rannsókninni eru persónulegar og geta verið viðkvæmar. Það gerir það erfiðara að eytla að hjálpa níræðri ömmu sinni eða frænku að svara þessum spurningalista. Kannski er þetta klassískt, að þegar gerðar eru stórar rannsóknir verða alltaf einhverjir sem finnst þeir verða útundan?

Unnur: Það má segja það. Fólk sem fer yfir þessi aldurslandamæri, það upplifir að mörgu leyti útilokun. Það er til dæmis útilokað frá vinnumarkaði. Ég var á ráðstefnu um daginn og þar voru margir eldri borgarar og þá kom þessi fyrirspurn. Það var eldri kona sem lýsti þessu, „ég fæ ekki einu sinni að taka þátt í þessari vísindarannsókn, ég fæ ekki að vinna og ég er í fullu fjöri“. Við brugðumst við og auðvitað höfum við áhuga á svörum allra kvenna.

Varðandi siðferðilega hlutann, hvaða ferli bjóðið þið upp á ef rannsóknin vekur erfiðar tilfinningar hjá konum sem taka þátt? Vitum við til dæmis eitthvað um liðan fólks eftir að hafa svarað nærgöngulum spurningalistum?

Arna: Við erum með skýrt vinnuferli varðandi siðferðilega hlutann. Við erum með þrjá sálfræðinga, óháða sérfræðinga, sem konurnar fá upplýsingar um í þakkarbréfi. Ef þátttaka í rannsókninni kallar fram upplifun á erfiðum tilfinningum geta konurnar haft samband við þessa sálfræðinga. Við erum líka með upplýsingar á heimasíðunni hvert hægt er að leita.

Unnur: Rannsóknir á upplifun fólks eftir að hafa svarað slíkum spurningalistum sýna að þótt þú rifjir upp erfiða atburði eða tilfinningar, þá er líklegt að í einhverja daga verði aukning á einkennum, en sú liðan er ekki viðvarandi. Nema að þú sért með áfallastreitu og hafir verið með það þegar þú tókst þátt.

Arna: Ég man eftir sænskri rannsókn á foreldrum sem höfðu misst barn. Þetta var stór rannsókn þar sem foreldrar svöruðu spurningalista, hjá sumum voru mörg ár liðin síðan þau misstu barnið. Í lok rannsóknarinnar voru þau spurð um upplifun af því að taka þátt. Yfir 90 prósent sögðu að það hefði verið þýðingarmikil reynsla. Það var sem sagt mjög há prósent svarenda sem hafði upplifað það jákvætt. En auðvitað hræra svona spurningar í fólki.

Ef við hugsum þetta út frá starfsstéttum, til dæmis ljósmæðrum, sem núna standa í mjög erfiðri kjarabaráttu. Við erum konur að sinna konum og upplifum oft allan tilfinningaskalann, bæði gleði og sorg vegna margvíslegra áfalla sem koma upp í starfinu. En kannski líka þegar við heyrum viðbrögð stjórnvalda í fjölmiðlum við kröfum um jafnrétti, sambærileg laun við karlastéttir, miðað við menntun og ábyrgð í starfi.

Unnur: Upprunalega var umræðan eða spurningin um áföll innan starfsstétta ekki í rannsókninni. Við vorum svolítið hissa á sjálfum okkur að hafa ekki kveikt á því, líka af því að #metoo umræðan fór fram innan starfsstétta.

Arna: Nú höfum við bætt við ítarlegri spurningu um starfsstétt. Í upphafi fylgdu við þessari stöðluðu skilgreiningu á starfaflokkun. Þetta er svolítið skritin flokkun – bóndi og sjómaður eru sérflokkar, en listamenn falla undir iðngrein. Þetta er náttúrliga karllægt, gamalt kerfi, en við bættum við svarmöguleika þar sem hver og ein lýsir sinni starfsstétt.

Unnur: En varðandi dagsformið þegar þú svarar og tekur þátt í rannsókninni. Mér er minnisstætt, bæði í tengslum við atburði eins og efna-hagshrunið og náttúruhamfarirnar á Eyjafjallajökli, að þá þurfti að taka tillit til þess að það var allskonar í gangi í samfélaginu sem hafði áhrif á liðan fólks. Sama verður að hafa í huga þegar stórar stéttir verða fyrir áföllum – þetta er eitthvað sem þarf að pæla í. Hins vegar þegar við erum með svona rosalega stóran hóp eins og í þessari rannsókn, þá verður þetta svolítið eins og suð í gögnunum, einhver truflun. Þó er að einhverju leyti hægt að taka svona út. Þetta samfélagslega áfall sem þú ert að berjast í sem ljósmóðir í kjarabaráttu, er eitthvað sem við þurfum að huga að.

Þið minntust á það áðan hvernig sumum tekst vel að takast á við eigin áföll. Það hefur jafnvel verið talað um að fólk finni tilgang með áfallinu. Verður hægt að greina hvaða þættir hafa þar áhrif?

Unnur: Þetta er góð spurning. Við erum með mælingar á liðan og seiglu. Seiglan er þessi persónuleikabáttur sem við teljum að sé mögulega einn af þessu sem við höfum frá blautu barnsbeini og gerir okkur kleift að komast í gegnum hluti. En það sem þið eruð líka að tala um er kannski meira það sem kallast „post traumatic growth“ þar sem fólk hefur tekið einhverja svona jákvæða merkingu út úr áfallinu. Það er ekki spurt um þetta beint í listanum. En auðvitað væri þetta möguleiki í framhaldsrannsóknnum að bæta við. Þetta er mjög áhugavert, en það er líka ákveðið velsæmi í því hvað við getum borið á borð fyrir konur í einni rannsókn. Mér fannst við vera að ýta svolítið vel á það að þessu sinni.

Arna: Við erum að byggja upp ákveðinn grunn, sem svo er hægt að bæta í og skoða betur. Það sem gæti verið meðfætt eins og seiglu-einkennið, sem er hluti af persónuleika. En þetta gæti líka verið lært eftir áfallið, eftir að viðkomandi hefur fundið leiðir til að takast á við það. Þrátt fyrir að vera með kvíða eða eitthvað annað andlegt vandamál þá getur þú verið hamingjusöm.

Unnur: Það verður áhugavert að skoða niðurstöðurnar hjá þeim sem nánast eru einkennalausar eftir mikið áfall. eru þær hluti af þessum hópi, sem hefur þessa þrautseigju eða þessa innbyggðu seiglu? Það eru líka inn í þessum listum spurningar um hamingju og hæfileikinn til að halda í slíkt eftir miklar hremmingar, sem er annar mælikvarði á einhverju svona jákvæðni sem einstaklingurinn virðist varðveita sama hvað gengur á.

Þessi rannsókn er algjört langhlaup. Við hugsum þetta stundum í fimm ára ramma. Við lofuðum að svara ákveðnum spurningum að fimm árum liðnum, það er eðlilegur tímarammi í vísindum. Mér finnst reykingasagan alltaf huggandi í því. Af því að manni finnst oft þekkingin hreyfast hægt. En við vitum að það verða framfarir þegar áratugir liða og það er von að við sjáum að á næstu tveimur áratugum verði þessi þekking farin að skila sér. Að það verði kominn meðferð sem skilar sér til þeirra sem hafa lent í erfiðum aðstæðum.

Arna: Ef við förum 20 ár aftur í tímann, eða frá því við byrjuðum að skoða áföll, hefur margt breyst, sérstaklega á síðustu fimm árum. Kannski má segja að breytingarnar séu núna. Við verðum til dæmis mjög ánægðar ef þessi rannsókn skapar umræður á heimilum um áföll og hvað sé áfallasaga – hvað er kynbundið ofbeldi? Öll skref skipta máli.

Unnur: Í þessu samhengi er hægt að nefna aftur þetta með reykingarnar. Það fóru fyrstu 20 árin í að skoða og lýsa raunverulegum heilsufarsáhrifum. Næstu skref voru að spyrja hvað virkar best til að hætta að reykja. Okkur hættir til að vera svo bráðlát. Það er rannsókn í dag og við viljum sjá árangur á morgun. Maður vill gjarnan vera þar. En sem vísindamaður verður maður að vera auðmjúkur gagnvart þekkingarleitinni - auðmjúkur gagnvart því að færa til stóra kletta eða ísjaka sem eiga það til að sigla mjög hægt.

Ritnefndarkonur ljúka viðtalinu með þá sannfæringu í brjosti að ísjakinn stóri sé kominn á fulla ferð. Í þeim efnum geta ljósmæður allar nær og fjar lagt sitt af mörkum með því að vera með í rannsókninni, hvort heldur sem þær líta svo á að þær eigi stærri eða minni áföll að baki og hvatt aðrar konur í nærumhverfi sínu sömuleiðis til að taka þátt. Sögur okkar allra geta saman fært til kletta og ísjaka - eins og ljósmóðurfræðin ber vitni um - og þar með styrkt stóðir heilsuefningar kvenna framtíðarinnar. Með þakklæti og virðingu í farangrinum óskum við viðmælendum okkar velfarnaðar á langri og mikilvægri vegferð framundan.

Steinunn H. Blöndal
Ólöf Ásta Ólafsdóttir

ENDURLÍFGUN NÝBURA:

Klínískar leiðbeiningar



Herbert Eiríksson, sérfræðingur
í nýburalækningum
á Landspítala



Elín Ögmundsdóttir,
sérfræðingur í nýburahjúkrun
á Landspítala



Þórður Þórkelsson, yfirlæknir
og sérfræðingur í nýbura-
lækningum á Landspítala

ÚTDRÁTTUR

Þó svo flestir nýburar séu í góðu ástandi við fæðingu verðum við alltaf að vera undir það búin að nýfætt barn sé óvænt slapt. Því þarf í öllum tilvikum að vera til staðar tækjabúnaður til endurlífgunar og í það minnsta einn sem kann til verka á því sviði. Í flestum tilvikum þurfa börnin aðeins öndunaraðstoð, sjaldan þarf að beita hjartahnoði og enn sjaldnar að gefa lyf. Í þessari grein eru gefnar leiðbeiningar um endurlífgun nýbura sem byggjast einkum á nýjustu leiðbeiningum Evrópska endurlífgunarráðsins.

Efnisorð: Endurlífgun, hægláttur, fösturköfnun, nýburar

INNGANGUR

Eftirfarandi leiðbeiningar eiga við um endurlífgun nýbura, það er barna að fjögurra vikna aldri. Þær byggja á alþjóðlegum stöðlum sem nýlega hafa verið endurskoðaðir (1-7). Fimm til 10% nýbura þurfa einhvers konar aðstoð við að hefja öndun eftir fæðingu. Í flestum tilvikum er einungis þörf á stuðningi við umskipti úr fösturblóðrás í blóðrás nýbura og það að þurrka og þar með örva barnið er allt sem þarf. Færri en eitt prósent barna þurfa umfangsmeiri hjálp þar sem hugtakið endurlífgun á í raun við (8). Í sumum tilvikum má ætla fyrir fram að nýburinn komi til með að eiga í erfiðleikum og þá gefst tími til að undirbúa viðbrögð, en íðulega er þetta þó ófyrirséð (9). Við eigum alltaf að vera viðbúin því, þegar barn fæðist, að til endurlífgunar geti komið. Viðeigandi búnaður þarf því að vera til reiðu og sérþjálfað starfsfólk nærtækt.

Í langflestum tilvikum þegar nýburi þarf aðstoð eftir fæðingu er það vegna þess að barnið hefur orðið fyrir súrefnisskortum sem skert hefur meðvitund þess. Þó kemur fyrir að önnur orsök liggur að baki svo sem lyfjaáhrif, en fyrstu viðbrögð eru hins vegar alltaf þau sömu.

Aðhlynnun og endurlífgun nýbura felst í eftirfarandi:

- Blóðgjöf frá fylgju um naflastreng (þegar við á) með því að seinka því að skilið sé á milli (10).

- Þurrka barnið, vefja það líni og grípa til frekari aðgerða til viðhalds eðlilegum líkamshita ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$) sé þess þörf.
- Meta ástand barnsins og þörf fyrir frekari inngríp.
- Halda öndunarvegi opnum.
- Anda fyrir barnið með belg og maska ef það andar ekki sjálft.
- Halda áfram öndunarhjálp þar til barnið fer að anda sjálft.
- Hefja skal hjartahnoð ef hjartsláttur er undir 60 slögum á mínútu eftir fimm þanblástra (e. inflation breaths) og 30 sekúndur af virkri öndunarhjálp því til viðbótar.

Mikilvægast við endurlífgun nýbura er að þenja lungu lofti. Að því gefnu að blóðrás sé fullnægjandi flyst þá súrefnisríkt blóð frá lungum til hjarta og kransæða. Þetta veldur því að hjartsláttur hraðar á sér og súrefnisríkt blóð streymir til heila. Í framhaldinu tekur öndunarstöð venjulega við sér og barnið fer að anda sjálft.

Í langflestum tilvikum er nóg að veita öndunarhjálp svo barnið taki við sér og fari að anda sjálft. Loftun lungna og viðvarandi öndunarhjálp er **algjör forsenda** endurlífgunar nýbura. Í stöku tilvikum er útfall hjarta hins vegar það skert að flæði súrefnisríks blóðs frá loftfylltum lungum til hjarta er ófullnægjandi. Þegar svo er, getur þurft að beita hjartahnoði með öndunarhjálpinni, en þá oftast aðeins í stuttan tíma. Enn fátíðara er að því til viðbótar þurfi að grípa til lyfja.

Í þessari grein er nýburi skilgreindur sem fyrirburi ef fæðing á sér stað fyrir 37 vikna meðgöngu.

ÞETTA SNÝST UM ÖNDUNARHJÁLP

LÍKAMSHITI, AÐ FYRIRBYGGJA HITATAP

Þung áhersla er lögð á að viðhalda eðlilegum líkamshita hjá öllum nýburum. Þeim er hætt við hitatapi, einkum fyrirburum og vaxtarskertum börnum. Nýburar geta ekki skolfíð en mynda hita með því að brjóta niður brúna fitu. Fyrirburar eru með hlutfalls-

lega mikið líkamsyfirborð miðað við þyngd sem eykur hitatapið. Fyrirburar og vaxtarskert börn eru einnig með minna af brúnni fitu og minna af einangrandi fitulagi undir húð en fullburða börn. Lágur umhverfshiti og vot húð eru þeir þættir sem helst stuðla að hitatapi fyrst eftir fæðingu. Halda skal líkamshita á bilinu 36,5°C - 37,5°C, en varast að hiti fari yfir 38°C.

Sérstaklega skal huga að eftirfarandi til varnar hitatapi:

- Forhita umhverfi, hafa heitt lín við höndina.
- Verja barnið fyrir dragsúgi.
- Þurrka fullburða barn strax eftir fæðingu, fjarlægja blautt lín og vefja líkama utan andlits með þurru, heitu líni. Setja húfu á höfuð.
- Ef barnið þarf ekki endurlífgunar við má leggja það húð-við-húð og voð eða sæng yfir.
- Ef endurlífga þarf barnið skal það lagt á hitaborð.

MAT Á NÝBURANUM

Ástand nýburans er greint með því að meta öndun, hjartslátt, vöðvaspennu og litarhátt (súrefnismettun).

Við eðlilega fæðingu draga samdrættir legs úr blóðflæði til fylgju og þar af leiðandi úr súrefnisflutningi til fösturs. Í flestum tilvikum hefur þetta lítil sem engin áhrif á ástand þess. Hins vegar slævir mikill súrefnisskortur heilastarfsemi barnsins sem getur leitt til þess að það fæðist með skerta meðvitund, án vöðvaspennu og án öndunar. Súrefnisskortur hefur einnig áhrif á hjartslátt og getur valdið hægslætti. Í eðlilegri fæðingu og í mun meira mæli við markverðan súrefnisskort dragast útæðar í líkama barnsins saman svo viðhalda megi blóðflæði og súrefnisflutningi til lífsnauðsynlegra líffæra (heila, hjarta og nýrnahetta) (11). Þetta veldur fólva.

Öndun

Leggja skal mat á öndun barnsins. Ef það andar er næst að meta hraða og dýpt öndunar. Hjá flestum nýburum er öndun orðin regluleg við 90 sekúndna aldur. Góð eigin öndun fyrst eftir fæðingu lýsir sér iðulega sem kröftugur grátur. Engin eigin öndun, óregluleg öndun eða einungis stöku andköf eru óeðlileg. Ef öndun er enn óeðlileg eftir að barnið hefur verið þurrkað og örvað, skal því veitt öndunaraðstoð tafarlaust.

Hjartsláttur

Hjartsláttartíðni er metin með hlustunarpípu, en einnig má nota til þess hjartasírta eða súrefnismettunarmæli (12). Að þreifa eftir slætti í naflaslagæð til mats á hjartslætti er óáreiðanleg aðferð og því ekki lengur mælt með henni (13). Hjartsláttarhraða má áætla með því að telja í 6 sekúndur og margfalda með 10. Oftast er greinilegt að hjartsláttur er annað hvort hægur (< 60 slög/mín.) eða eðlilegur (>100 slög/mín.). Ekki er þörf á að telja nákvæmlega, hjartsláttartíðni undir 100 slögum á mínútu er óeðlileg.

Vöðvaspenna

Undir eðlilegum kringumstæðum er nýburinn með góða vöðvaspennu, hreyfir útlími og beygir þá að búk. Verulega vöðvaslappt barn andar að öllum líkindum ekki og er því í þörf fyrir endurlífgun.

Litarháttur og súrefnismettun

Litarháttur er ekki áreiðanlegur mælikvarði á súrefnismettun í blóði barnsins. Blámi er ekki lengur sýnilegur þegar súrefnismettun hefur náð 80 – 85 % (6). Súrefnismettunarmælir gefur því nákvæmari upplýsingar (14). Blámi fjarlægst á útlímum (e. acrocyanosis) og háræðafyllingartími > 2 - 3 sekúndur eru hvort tveggja eðlileg fyrst eftir fæðingu.

Fölvi sem ekki hverfur þrátt fyrir öndunaraðstoð er venjulega til marks um markverða blóðsýringu. Sjaldnar að hann orsakist af lágum blóðþrýstingi (með eða án minnkaðs blóðrúmmáls) eða af alvarlegu blóðleysi (e. anemia).

SÚREFNISMETTUN SKAL MÆLA FRAMAN UPPTAKA FÓSTURSLAGRÁSAR FRÁ ÓSÆÐARBOGA (HÆGRI HÖND)

Apgar

Apgar-stigun nýtist til skráningar á ástandi barns við fæðingu, en er ekki notuð til ákvarðanatöku varðandi endurlífgun.

ENDURLÍFGUN NÝBURA

Flestir fullburða nýburar þurfa ekki aðrar aðgerðir við fæðingu en að haldið sé á þeim hita. Börn með slaka vöðvaspennu sem anda ekki af sjálfsdáðum eða gráta, geta þurft inngrips við. Endurlífgun snýst um **loftveg** (Airway), **öndun** (Breathing), **blóðrás** (Circulation) og mögulega **lyf** (Drugs): **A B C D**, í þeirri röð.

Strax eftir fæðingu:

- Skal setja af stað klukku svo tímasetja megi inngrip og framgang
- Vefja barnið í heitt þurrt lín.
- Þurrka barnið hratt og örugglega. Blautu líni er skipt út fyrir þurrt og barnið vafið í það, húfa sett á höfuð. Forðast skal viðameiri örvunaraðferðir.
- Samhliða þessu er ástand barnsins metið og ákveðið hvort þörf sé á frekari inngripum.

Nýburi sem andar reglulega, hefur hjartslátt >100 slög/mínútu og góða vöðvaspennu, þarf ekki frekari íhlutun og má leggja í fang móður, hiti frá henni þá nægjanlegur. Hreinsa má efri loftvegi ef þess er þörf með því að þurrka eða eftir atvikum soga slím eða vökva úr munni og nefi. Áfram þarf að fylgjast með öndun, hreyfingum og litarhætti með tilliti til þess hvort barnið þurfi frekari hjálp. Ef það tekur strax vel við sér eftir fæðingu, óháð meðgöngulengd, er ráðlagt að seinka því að skilja á milli í ≥ 1 mínútu. Við ákveðnar kringumstæður má hugsa sér að viðeigandi sé að mjólka naflastreng að barni (e. cord milking) áður en skilið er á milli. Þess er að gæta að slagæðar í legi lokast venjulega strax eftir fæðingu og þá er ekki lengur hægt að reiða sig á súrefnisflutning um naflabláæð til nýburans. Hjá líflitlum nýbura er auk þess líklegt að þá þegar hafi orðið skerðing á blóðflæði og þar með súrefnisflutningi um fylgju í fæðingunni (5).

Barn sem er með ófullnægjandi öndun, hjartslátt undir 100 slög/mínútu og/eða er vöðvaslappt skal þurrka og þar með örva, vefja líni og setja á hitaborð, svo frekari aðgerðum (ABCD) verði við komið. **Strax** þarf að skilja á milli svo endurlífgun geti hafist.

ÍHUGAÐU HVORT AÐSTOÐAR ER ÞÖRF. ÞVÍ FYRR SEM KALLAÐ ER EFTIR AÐSTOÐ, ÞVÍ FYRR BERST HÚN

LOFTVEGUR (A)

Hagræða þarf höfði barnsins þannig að loftvegur opnist og haldist opinn. Höfuð nýburans er hlutfallslega stórt og hnakki kúptur sem veldur framsveigju í hálsi þegar barnið liggur á baki. Loftvegur er opnaður með því að hagræða höfði barnsins þannig að andlit þess snúi beint fram (e. neutral position) en forðast skal ofsveigju aftur á við sem getur teppt loftveginn. Setja má samanbrotinn dúk undir axlir til þess að tryggja sem besta stöðu höfuðs. Hjá vöðvaslökkum börnum getur kjálki fallið aftur þannig að tunga lokar öndunarveginum en með því að draga kjálkann fram færist tunga framávið og loftvegur opnast. Kokrenna getur líka komið að gagni.

Ekki þarf að soga úr vitum nema loftvegur sé tepptur. Þykkt barnabik, blóð, slím eða fösturfitu geta lokað loftvegi. Ef soga þarf barnið á að nota grófan soglegg. Ekki skal soga lengur en í fimm sekúndur í senn, til að forðast örvun flakktugar sem getur valdið öndunarhléi og hægum hjartslætti. Sogþrýstingur ætti ekki að vera meiri en 150 mm Hg

til að koma í veg fyrir áverka á mjúkvefi. Ef sogað er óvarlega getur það seinkað því að barnið fari að anda sjálft, hægt á hjartslætti eða valdið lokun öndunarvegna vegna samdráttar raddbanda (e. laryngospasm). Ef **teppa** er í barka vegna barnabiks getur þurft að soga um barkarennu sem þá er gert af til þess hæfum einstaklingi. Forðast skal þó að þetta seinki öndunarhjálp svo nokkru nemi.

ÖNDUN OG ÖRVUN (B)

Flestir nýburar eru örvaðir til öndunar með því að þurrka þá eins og venja er til.

Ef barnið er með bláma þrátt fyrir góða öndunartilburði og hjartslátt sem er >100 slög/mín., er rétt að gefa því súrefni og/eða veita öndunaraðstoð með síþrýstingi (e. continuous positive airway pressure, CPAP). Súrefni má gefa t.d. með belg eða súrefnismaska. Auðveldlega má nota nýburablásara (Neopuff®) til þess að gefa síþrýsting tímabundið. Æskilegt er að tengja súrefnismettunarmæli við barnið.

Fyrir kemur að blámi er viðvarandi þrátt fyrir að barnið andi sjálft og að því sé gefið súrefni að vitum. Viðvarandi blámi með öndunarörðugleikum er oftast vegna lungnasjúkdóms, svo sem loftbrjóst, lungnabólgu, meðfæddis þindarslits eða skorts á lungnaspennuleysi (e. surfactant). Flest þessara barna þurfa frekari öndunaraðstoð með nýburablásara eða jafnvel ísetningu barkarennu. Viðvarandi blámi án öndunarörðugleika gefur hins vegar yfirleitt til kynna blámahjartagalla.

Ef barnið andar ekki strax eftir að það hefur verið þurrkað, örvað og loftvegur opnaður, eða ef hjartsláttur helst <100 slög/mín. á að veita öndunarhjálp með belg og maska.

Fullnægjandi loftun lungna er **mikilvægasta** og **iðulega** eina inngrípið sem þarf til þess að endurlífgun skili tilætlunum árangri. Endurheimt frá súrefnisskort, blóðsýringu og hægslætti er undir því komin að það takist að opna vökvafylltar lungnablöðrur með lofti/súrefni. Enn fremur örvar fullnægjandi lungnaþan losun spennuleysis og ýtir undir tilurð starfrænnar loftleifar lungna (e. functional residual capacity).

MEGINVÍS BENDING UM FULLNÆGJANDI ÖNDUNARHJÁLPI ER SKJÓT HRÖÐUN Á HJARTSLÆTTI SEM VERÐUR ÞEGAR SÚREFNISRÍKT BLÓÐ BERST TIL HJARTA

Þanöndun

Við öndunarhjálp skal halda maska þétt að vitum barnsins með svokölluðu CE-gripi (mynd 1). Fyrstu tveir fingur (C) þrýsta maskanum að vitum barnsins en með hinum þremur (E) er haldið undir neðri kjálka. Með þessu gripi næst yfirleitt að halda maskanum þétt að andliti barnsins, auk þess sem hægt er að draga kjálkann fram og færa höfuð til eftir þörfum. Heppilegasti þrýstingur, innöndunartími og loftflæði sem þarf til þess að ná upp starfrænni loftleif í lungum er ekki þekkt. Við **fyrstu blástra** getur verið hjálplegt að viðhalda innöndunarþrýstingi í 2-3 sekúndur til þess að tryggja þan lungna. Þetta er hægt að gera hvort sem er með nýburablásara (mynd 2) eða belg og maska. Hafa ber þó í huga hættu á þantengdum lungnaáverka vegna viðhalds innöndunarþrýstings. Hjá fullburða börnum er óhætt að nota innöndunarþrýsting sem nemur **30 sm vatns í 5 skipti, allt að 2-3 sekúndur í senn, en 20-25 sm** hjá fyrirburum. Hjá einstaka fullburða nýbura gæti þurft þrýsting allt að 40 sm vatns í fyrstu.

Eftir fimm þanblástra skal kanna hjartsláttartíðni. Til greina kemur að tengja barnið við súrefnismettunarmæli til að meta svörun þess við lífgunaraðgerðum. Einnig má tengja barnið við hjartasírta sem greinir hjartslátt fyrr en súrefnismettunarmælir. Þrír þættir sem staðfesta áhrifaríka öndunarhjálp eru: skjót hröðun á hjartslætti (næmasti mælikvarðinn), hæfilegt ris á brjóstvegg og efri hluta kviðar með hverjum blæstri og hækking súrefnismettun.

Ef hjartsláttur hraðar á sér yfir 100 slög/mín. en barnið andar ekki sjálft, þarf að halda áfram mjúklegrri öndunarhjálp með belg og maska. Blásið er um 30 sinnum á mínútu þar til það fer að anda sjálft. Ef barnið



Mynd 1. Öndurnahjálp með belg og maska (CE-grip).



Mynd 2. Öndurnahjálp með nýburablásara (Neopuff®).

svarar einungis með stöku andköfum þarf að halda öndunarhjálp áfram þar til öndun verður regluleg.

NOTA SKAL ANDRÚMSLOFT Í BYRJUN VIÐ ENDURLÍFGUN FULLBURÐA BARNA. VIÐ NOTKUN SÚREFNIS SKAL HAFA MÆLINGU Á SÚREFNISMETTUN TIL HLIÐSJÓNAR

Ef hjartsláttur hraðar ekki á sér:

Ef hjartsláttur hraðar ekki skjótt á sér á þessu stigi er líklegast að ekki hafi tekist að þenja lungun með lofti. **Það er algjört skilyrði að loftfylla lungu á fullnægjandi hátt áður en lengra er haldið.** Eina leiðin til þess að ákveða hvort nægilegt loft berist ofan í lungu ef hjartsláttur hraðar ekki á sér, er að meta hreyfingar á brjóstvegg þegar blásið er.

Ef brjóstveggur lyftist ekki:

MR. SOPA

- | | |
|--------------------|---|
| Mask: | Hagræða maska að vitum og ganga úr skugga um að hann falli þétt að andliti barnsins. |
| Reposition: | Hagræða höfði til þess að opna öndunarveg. |
| Suction: | Soga munnkok og nef eftir atvikum, nota má barkakýlissjá (e. laryngoscope) til þess að skoða í kok og hreinsa mögulega teppu með því að soga. |
| Open: | Lyfta kjálka og opna munn lítilllega. Íhuga kokrennu (ekki síst ef slök vöðvaspenna, stór tunga eða lítill neðri kjálki). |
| Pressure: | Auka innöndunarþrýsting (sjaldnar innöndunartíma). |
| Airway: | Reyna annars konar öndunarhjálp svo sem með barkarennu eða kokmaska (e. laryngeal mask airway). |

Í sumum tilvikum getur verið viðeigandi að tveir hjálpist að þegar veitt er öndunarhjálp. Ef hjartsláttur er enn ekki greinanlegur eða er hægur (< 60 slög/mín.) eftir 5 þanblástra og því **til viðbótar** fullnægjandi öndunarhjálp í 30 sekúndur, skal hefja hjartahnoð.

SÚREFNISMETTUN OG ÖNDUNARHJÁLP

Súrefni

Nýburar koma úr súrefnissnauðu umhverfi og það getur tekið allt að 10 mínútur fyrir heilbrigð börn að ná 90% súrefnismettun. Hjá fyrirburum má gera ráð fyrir að það taki enn lengri tíma. Mælt er með því að nota andrúmsloft við endurlífgun fullburða nýbura. Ef hjarta hraðar hins vegar ekki á sér þrátt fyrir fullnægjandi öndunarhjálp eða ef súrefnismettun helst óásætlanleg, skal auka súrefnisþéttni í innöndunarlofti. Við endurlífgun fyrirbura < 35 vikna meðgöngu er mælt með því að byrja með loft eða súrefni í lágrí þéttni (21-30%). Varast ber ofgjöf súrefnis. Með því að nota súrefnisblandara og súrefnismettunarmæli má stýra súrefnisnotkun og koma í veg fyrir of mikla súrefnisgjöf hjá bæði fullburða börnum og fyrirburum. Taka skal mið af súrefnismettun heilbrigðra fullburða barna (sjá töflu í verkferli) og byrja að draga úr súrefnisgjöf þegar metnun nær 90%. Almennt má reikna með áreiðanlegum aflestri af súrefnismettunarmæli 1,5 - 2 mínútum eftir að hann er tengdur, að því gefnu að slagæðasláttur sé til staðar. Hafa þarf í huga að slök blóðfylla getur valdið því að mælirinn nær ekki að greina mettunina.

Sýnt hefur verið fram á að hár hlutþrýstingur súrefnis í blóði og vefjum stuðlar að myndun frjálstra súrefnishvarfefna, súrefnisstreitu og endurgegnflæðisþæðis. Auk þess hafa rannsóknir vakið ugg um möguleg óæskileg áhrif 100% súrefnis á lífeðlisfræði öndunar, blóðrás í heila og mögulegan vefjaskaða vegna frjálstra súrefnishvarfefna. Þess utan hafa slembirannsóknir á nýburum sem orðið hafa fyrir fösturköfnun, sterklega gefið til kynna að andrúmsloft sé jafn áhrifa-rikt og 100% súrefni við meðferð þeirra.

Ísetning barkarennu

Ísetning barkarennu krefst þjálfunar og reynslu. Alla jafna er hægt að endurlífga nýfætt barn með því að nota belg og maska við öndunarhjálp. Í stöku tilviki skilar þetta þó ekki tilætluðum árangri og þá þarf að grípa til ísetningar barkarennu. Barkarennuíssetning er einnig ráðleg við ákveðnar kringumstæður s.s. við öndunaraðstoð barna sem hafa meðfætt þindarslit. Reyna má notkun kokmaska hjá börnum sem eru þyngri en 2000 grömm eða ef meðgöngulengd nær 34 vikum. Notkun kokmaska takmarkast við þá sem fengið hafa tilskilda þjálfun.

BLÓÐRÁS (C)

Nánast allir nýburar sem þurfa hjálp við fæðingu svara loftfyllingu lungna með því að hjartsláttur hraðar á sér innan 30 sekúndna og fljótlega fylgir eðlileg öndun. Þó þarf í stöku tilviki að grípa til hjartahnoðs **til þess að koma blóðinu á hreyfingu og þar með súrefnisríku blóði til hjarta, kransæða og heila**. Ekki skal hefja hjartahnoð fyrr en öruggt er talið að lungu hafi verið flyllt á fullnægjandi hátt og hjartsláttur er áfram undir 60 slögum á mínútu. Gæta skal þess að skilið hafi verið á milli ef beita þarf hjartahnoði, því móttæða í æðum fylgju er lág og því hætt á blóðtapi frá barni yfir til fylgju.

Tvær aðferðir má nota við hjartahnoð nýbura:

Tveggja þumla aðferð (mynd 3) er sú sem nota skal ef mögulegt er. Þessi aðferð framkallar hærri blóðþrýsting og hærri flæðisþrýsting um kransæðar og þar með betra blóðflæði til hjartavöðva en tveggja fingra aðferðin. Staðsetja skal þumla yfir neðsta þriðjungi bringubeins, það er rétt neðan ímyndaðrar línu á milli geirvarta og hendur umvefja brjóstakassa og styðja við bak. Þrýsta skal snögg og ákveðið yfir bringubeini en ekki á aðliggjandi rif.

Ef sá sem endurlífgar er einn eða það handnettur að hann nær ekki utan um brjóstakassa, má nota **tveggja fingra aðferðina** (mynd 4). Staðsetja skal tvo fingur yfir neðsta þriðjungi bringubeins og hnoðað hornrétt á brjóst.

Við hvora aðferðina sem notuð er, skal þrýsta bringubeini ákveðið niður sem nemur þriðjungi dýptar brjóstakassans (4 sm hjá fullburða barni) og þá ætti púls að vera þreifanlegur. Fingrum skal ekki lyft af brjóstvegg en þess gætt að aflætta þrýstingi að fullu á milli þess sem hnoðað er. Við hjartahnoð er alltaf gefið 100% súrefni með fullri öndunaraðstoð í hlutfallinu **3 hnoð fyrir 1 blástur**, þannig 90 hnoð og 30 blástrar á mínútu, samtals 120 atvik á mínútu. Gæði öndunarhjálp og hjartahnoðs eru þó mikilvægari en nákvæmlega hraðinn, varast þarf óþarfa hlé. Við endurlífgun með belg og maska skal gera stutt hlé á hjartahnoði á meðan blásið er. Ef öndunarhjálp er veitt um barkarennu skal hnoða stöðugt en þó forðast að hnoða og blása í barnið samtímis.

PEGAR HÉR ER KOMIÐ ER MÆLT MEÐ ÞVÍ AÐ NOTA 100% SÚREFNI

Hjartsláttur skal metinn við hverjar 30 sekúndur og hjartahnoði hætt þegar hjartsláttartíðni er yfir 60 slög/mín. Mikilvægt er að minnka súrefnisgjöf um leið og hjartsláttur tekur við sér. Ef hjartsláttur er undir 60 slögum á mínútu eða ekki til staðar eftir 30 sekúndur af rétt framkvæmdu hjartahnoði þar sem jafnframt er veitt fullnægjandi öndunarhjálp, þarf að grípa til lyfjagjafar og hugsanlega einnig vökvagjafar.

LYF OG VÖKVAR (D)

Sjaldan þarf að grípa til lyfja við endurlífgun nýbura vegna þess að hjartastopp eða hægláttur orsakast venjulega af súrefnisskortri, þar sem fullnægjandi öndunarhjálp og eftir atvikum hjartahnoð, framkallar hröðun á hjartslætti. Í stöku tilviki batnar ástand barnsins ekki þrátt fyrir gott lungnaþan og rétt framkvæmt hjartahnoð. Ef þetta á við er næsta skref að gefa adrenalin.

Æðaaðgengi er mikilvægt ef gefa þarf lyf eða vökva. Mælt er með ísetningu leggjar í naflabláð sem venjulega er tiltölulega

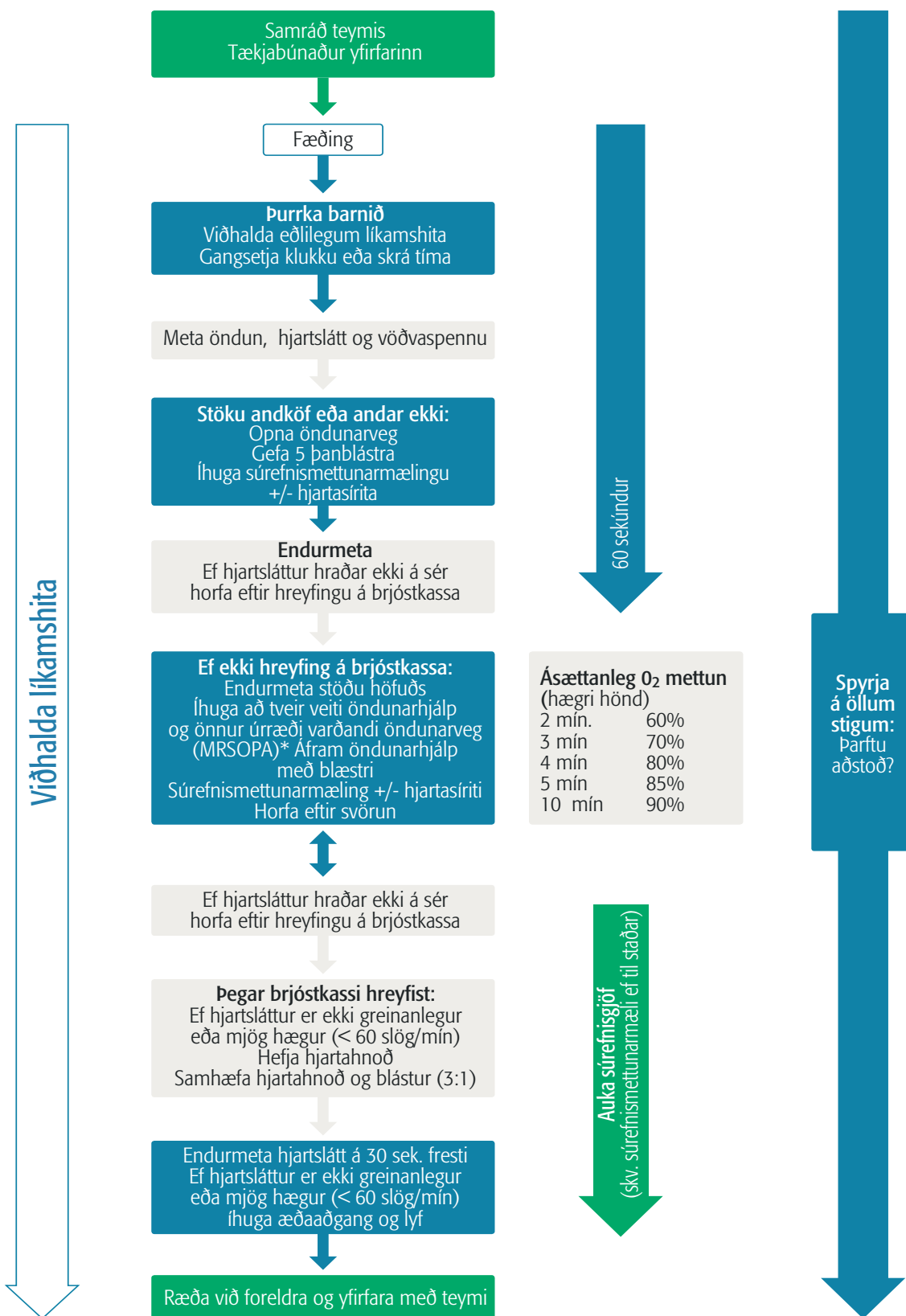


Mynd 3. Öndurnahjálp og tveggja þumla hjartahnoð.



Mynd 4. Öndurnahjálp og tveggja fingra hjartahnoð (einn endurlífgar).

Endurlífgun nýbura



MRSOPA*

M: Maski R: Hagræða höfði S: Soga O: Opna öndunarveg P: Auka innöndunarþrýsting A: Annars konar öndunarhjálp

aðgengileg eða í útlæga bláæð. Ef ekki tekst að komast í æð má reyna beinmergsnál, en reynsla af því er þó takmörkuð hjá nýburum. Ef æðaaðgangur er ekki mögulegur má gefa adrenalín um barkarennu.

Adrenalín

Gefa skal adrenalín ef hjartsláttur er enn ekki til staðar eða undir 60 slög/mín. eftir **45 sek.** af fullnægjandi öndunarhjálp þar sem að auki hefur verið beitt **hjartahnoði** með öndunarhjálp í aðrar **30 sekúndur**. Notaður er styrkleikinn 1:10.000 (0,1 mg/ml) þar sem **fyrsti skammtur í æð er 0,1 ml/kg** og við frekari gjöf **0,3 ml/kg** eftir þörfum á 3-5 mín. fresti. Ekki er mælt með því að nota hærri skammta í æð eða beinmergs-hol hjá nýburum. Ef adrenalín er gefið í barkarennu er notaður sami styrkleiki og í æð, en fyrsti skammtur þá **0,5 ml/kg** og eftir það **1,0 ml/kg** í hvert sinn.

Vökvi

Vökvagjöf skal íhuga ef barnið svarar ekki lífgunaraðgerðum og mögulegt er talið eða víska fyrir blóðmagnspúrrð (e. hypovolemia). Þá er oftast til staðar fölví, slök blóðfylla og veikur slagæðasláttur. Blóðmagnspúrrð getur verið til staðar án auðsærrar blæðingar. Nota skal ísótónískar krystalið lausnir (Ringer Acetate eða 0,9% NaCl) fremur en albúminlausn til bráðaáfyllingar. Ef blóðmagnspúrrð er til staðar geta 10 ml/kg af slíkum lausnum sem gefnar eru hratt (á 10-20 sekúndum) gefið skjótan árangur og þessa vökvagjöf má endurtaka eftir þörfum. Ef grunur er um markvert blóðtap skal nota neyðarblóð, þá gefnir 10 ml/kg á fáeinum mínútum með frekari blóðgjöf eftir þörfum.

Gjöf basa

Notkun basa, svo sem Natríumhýdrógenkarbónats eða Tríbónats, er ekki ráðlögð við styttri endurlífiganir. Lyfin geta átt við þegar um lengri endurlífgun er að ræða og eru þá gefin 1-2 mmól/kg, þ.e. 2 - 4 ml/kg í æð af lausn sem er 0,5 mmol/ml að styrk. Blóðgös skulu vera leiðbeinandi um frekari basagjöf.

Glúkósi

Mæla skal blóðsykur ef ekki fæst svörum við adrenalíni og sykurfall meðhöndlað með 2,5 ml/kg af 10% glúkósa í æð.

SÉRSTÖK TILVIK

Barnabik

Fóstur sem er undir álagi í móðurkviði getur losað barnabik í legvatn, þetta á fyrst og fremst við þegar fullri meðgöngu er náð. Ef föstrið verður fyrir súrefnisskorti geta andköf þess fyrir fæðingu valdið því að barnabik kemst ofan í lungu. Ef barnabik er til staðar í legvatni og nýburinn fæðist líflitill eða líflaus er rétt að hreinsa barnabik úr munnkoki og hefja síðan tafarlaust öndunaraðstoð. **Við þessar aðstæður er áherslan á að hefja öndunarhjálp með belg og maska innan fyrstu mínútu frá fæðingu.** Þetta gildir ekki síst ef hægsláttur er til staðar. Barkarennuísætning til sogunar á einungis við ef öndunarhjálp gefur ekki viðhlítandi árangur, en **teppa** vegna barnabiks gæti verið orsök þess. Einungis er mælt með því að söga í eitt skipti um barkarennu í þeim tilvikum.

Fyrirburar

Minnstu fyrirburarnir þurfa alla jafna hjálp eftir fæðingu, en þá er iðulega um stuðning við viðkvæman nýbura að ræða fremur en fulla endurlífgun. Í samanburði við fullbura er fyrirburum hættara við að kólna, þeir hafa viðkvæmari lungu, aflminni vöðva, minna mótlætapol (e. reserve) og minnkaða getu til framleiðslu lungnaspennuleysis. Þeim börnum sem fæðast fyrir 32 vikna meðgöngu er hætt við að kólna þrátt fyrir að vera þurrkuð og vafin líni. Þessi börn á að setja á hitaborð og í plastpoka án þess að þurrka þau áður og setja húfu á höfuð. Plastið truflar ekki frekari lífgunaraðgerðir en gæta þarf þess að barnið ofhitni ekki.

Seinkun á því að skilið sé á milli (≥ 1 mínúta) eða að mjólka naflastreng að barni, á við um fyrirbura sem ekki þurfa bráðrar aðhlynn-ingar við. Þó er ekki mælt með því að naflastrengur sé mjólkaður ef meðgöngulengd er undir 29 vikum (6).

Hjá flestum fyrirburum sem eru í öndunarstoppi næst að þenja lungu með því að nota innöndunarþrýsting sem er 20-25 sm vatns en stundum getur hann þó þurft að vera hærri. Þegar náðst hefur að opna lungu má venjulega minnka innöndunarþrýsting og þá er einnig mælt með því að notaður sé útöndunarviðhalds-þrýstingur (e. positive end expiratory pressure, PEEP). Á þann hátt má stuðla að hæfilegu lungnarúmmáli og minnka líkur á að skaða viðkvæm lungu.

AÐ HÆTTA

Ef ekki er greinanlegur hjartsláttur við fæðingu barns og ekki næstu 10-15 mínútur þar á eftir, getur komið til álita að hætta endurlífgun (15). Inn í þá ákvörðun koma atriði svo sem ætluð undirrót, mögulegir viðsnúanlegir þættir og meðgöngulengd.

LOKAORÐ

Við endurlífgun nýbura skipta skjót og rétt viðbrögð einna mestu máli um hvernig til tekst. Við allar fæðingar er nauðsynlegt að til staðar sé viðeigandi tækjabúnaður og heilbrigðisstarfsmaður sem hlotið hefur þjálfun í endurlífgun nýbura. Þessir þættir ásamt viðeigandi meðferð eftir endurlífgun, svo sem kælingu þegar við á, geta skipt sköpum fyrir framtíð hins nýfædda barns. Vakthafandi sérfræðingur í nýburalækningum á Vökudeild Barnaspítala Hringinsins er ávallt til taks til ráðgjafar um meðferð nýbura. Við spítalann starfar líka flutningsteymi sem stuðlar að því að hefja megi gjörgæslumeðferð sem fyrst.

HEIMILDIR

1. Newborn Life Support. In: Van de Voorde P, editor. European Paediatric Advanced Life Support Course Manual: European Resuscitation Council; 2015. p. 175-91.
2. Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB, Kapadia VS, Kattwinkel J, Perlman JM, et al. Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015 Nov 3;132(18 Suppl 2):S543-60.
3. Wyllie J, Bruinenberg J, Roehr CC, Rudiger M, Trevisanuto D, Urlesberger B. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. Resuscitation. 2015 Oct;95:249-63.
4. ERC. Newborn Life Support. In: Voorde PVd, editor. European Paediatric Advanced Life Support. 5 ed. Niel Belgium: European Resuscitation Council; 2015. p. 171-91.
5. Wyllie J, Ainsworth, S., Tinnon, R. Resuscitation and support of transition of babies at birth. Resuscitation Council (UK); 2015 [cited 2018]; Available from: <https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/resuscitation-and-support-of-transition-of-babies-at-birth/>.
6. Part 13: Neonatal Resuscitation. Web-based Integrated 2010 & 2015 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. 2015 [cited 2015]; Available from: <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-13-neonatal-resuscitation/>.
7. ANZCOR Guideline 13.1 – Introduction to Resuscitation of the Newborn Infant. 2016.
8. Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006 Sep;118(3):1028-34.
9. Aziz K, Chadwick M, Baker M, Andrews W. Ante- and intra-partum factors that predict increased need for neonatal resuscitation. Resuscitation. 2008 Dec;79(3):444-52.
10. American Academy of Pediatrics. Statement of endorsement: timing of umbilical cord clamping after birth. Pediatrics. 2013;131(e1323).
11. Lagercrantz H, Slotkin TA. The Stress of Being Born. Sci Am. 1986 Apr;254(4):100-6.
12. Mizumoto H, Tomotaki S, Shibata H, Ueda K, Akashi R, Uchio H, et al. Electrocardiogram shows reliable heart rates much earlier than pulse oximetry during neonatal resuscitation. Pediatr Int. 2012 Apr;54(2):205-7.
13. Kamlin CO, O'Donnell CP, Everest NJ, Davis PG, Morley CJ. Accuracy of clinical assessment of infant heart rate in the delivery room. Resuscitation. 2006 Dec;71(3):319-21.
14. Mariani G, Dik PB, Ezquer A, Aguirre A, Esteban ML, Perez C, et al. Pre-ductal and post-ductal O2 saturation in healthy term neonates after birth. J Pediatr. 2007 Apr;150(4):418-21.
15. Harrington DJ, Redman CW, Moulden M, Greenwood CE. The long-term outcome in surviving infants with Apgar zero at 10 minutes: a systematic review of the literature and hospital-based cohort. Am J Obstet Gynecol. 2007 May;196(5):463 e1-5.

LJÓSMÆÐUR ELSTA LAUNA-STÉTT KVENNA Á ÍSLANDI

Ljósmaðrastétt er elsta launastétt kvenna í landinu en þær hafa verið embættismenn/konur frá árinu 1762. Baráttumál ljósmaðra hefur frá upphafi verið að berjast fyrir bættum aðstæðum skjólstaðinga sinna sem og kjörum en með misjöfnum árangri. Þrátt fyrir vitund og viðurkenningu ráðamanna fyrir mikilvægi starfa ljósmaðra eiga þær enn og aftur í kjarabaráttu. Hinn 2. maí 1919 komu 20 ljósmaður saman í Reykjavík til að stofna félag sem hlaut nafnið Ljósmaðrafélag Íslands og mun félag ljósmaðra því á næsta ári fagna 100 ára afmæli. Félagið er fyrsta stéttarfélag faglaðra kvenna á Íslandi og fyrsta stéttarfélag kvenna í heilbrigðisþjónustunni. Menntaðar ljósmaður hafa eingöngu verið konur ef frá er talinn einn karlmaður sem lauk ljósmaðraprófi á Íslandi árið 1776. Enginn karlmaður á Íslandi hefur lokið ljósmaðranámi hérlandis í 242 ár enda þótt karlkyns ljósmaður sé að finna á hinum Norðurlöndunum nema í Færeyjum og á Grænlandi.

Árið 1918 hefur öðlast ákveðinn sess í



Dr. Erla Dóris Halldórsdóttir.
Sagnfræðingur og hjúkrunar-
fræðingur. Starfar sem
sjálfstætt starfandi sagnfræðingur.

þjóðarvitund Íslendinga. Er því vert að minnst nokkurra ljósmaðra í Reykjavík sem lögðu sitt af mörkum í hinna skæðu veikni, spænsku veikinni, sem lagði marga að velli það ár. Í hópi ljósmaðra sem lögðu sitt af mörkum voru 16 ungar konur, sem hófu ljósmaðranám í Yfirsetukvennaskólanum í Reykjavík fyrsta dag októbermánaðar árið 1918. Varla hefur þær órað fyrir þeirri eldskírn sem í vændum var og lá við að sumum féllust hendur eins og kemur fram í endurminningum Elínar Sigríðar Jónsdóttur sem hóf nám í skólanum þetta haust. Við skólann störfuðu þrjár embættisljósmaður í Reykjavík og skólastjóri var Guðmundur Björnson landlæknir. Hlutverk ljósmaðranna þriggja var að taka ljósmaðranemana með sér í heimahús í Reykjavík þar sem fæðingar voru í gangi og kenna þeim rétt handtök við fæðingarhjálpina. Allar fæðingar fóru fram á heimilum fólks því hér var engin fæðingastofnun.

Embættisljósmaður í Reykjavík árið 1918

voru þrjár, þær Þórdís Elín Jónsdóttir Carlquist, Þórunn Ástríður Björnsdóttir og Þuríður Bárðardóttir. Þessar ljósmaður voru betur menntaðar heldur en ljósmaður yfirleitt, höfðu allar stundað ljósmaðranám við fæðingastofnunina í Kaupmannahöfn.

Skólahald féll niður í Yfirsetukvennaskólanum í lok október 1918 og voru ljósmaðranemarnir sendir um Reykjavík til að aðstoða fæðandi konur og hjúkra öðrum sjúklingum. Elín ljósmaðranemi, sem var ýmsu vön og lét hvergi bugast frekar en hinir nemarnir, segir svo frá að fólki hafi dáið í hrönnunum á meðan veikin var sem mögnuðust, og einkum lagðist hún þungt á barnshafandi konur. Urðu þungaðar konur á fyrri hluta meðgöngutímans mjög veikar. Þórður J. Thoroddsen, læknir í Reykjavík árið 1918, var kallaður til 27 barnshafandi kvenna í Reykjavík. Af þessum 27 konum dóu 10 konur af völdum veikinnar.

Engin virk lyf voru til gegn spænsku veikinni nema hitalækkandi lyf og hóstasaft. Fólki var beðið um að halda sig heima, við rúmið og drekka heitan vökva. Heitir bakstrar voru lagðir á brjóstakassann við lungnabólgu. Olaf J. Olsen aðventistaprestur í Hafnarfirði hjálpaði til meðan spænska veikin geisaði. Hann gekk um bæinn með þvottavinduna sína á bakinu til að vinna heita bakstra fyrir veika fólkið því að heitir bakstrar voru mikið notaðir.

Draga fór úr veikinni í byrjun desember 1918. Þórður J. Thoroddsen læknir var kallaður til síðasta sjúklings í veikinni 6. desember. Eftir áramótin 1919 settust allar konurnar sem hófu nám við Yfirsetukvennaskólann í októberbyrjun 1918 aftur á skólabekk og luku þær ljósmóðraprófi í mars árið 1919, reynslunni ríkari. Þær fóru ekki varhluta af veikinni, því sumar þeirra fengu veikina en náðu bata og gátu sinnt sínum skjólstaðingum, fæðandi konum.

Greinin birtist áður í Morgunblaðinu 4. maí 2018.



Þórunn Ástríður Björnsdóttir embættisljósmóðir í Reykjavík árið 1918. Hún tók á móti mörgum börnum í spænsku veikinni, lagðist sjálf og komst til heilsu.

ÍSLENSKAR LJÓSMÆÐRARANNSÓKNIR

Íslenskar ljósmæður leitast við að veita barneignarþjónustu í fremstu röð. Hluti af þeirri viðleitni felst í að stunda rannsóknir á fræðasviðinu og skapa þannig nýja þekkingu til að byggja stefnu og störf okkar á. Ljósmæðrablaðinu er bæði ljúft og skylt að koma upplýsingum um þetta starf á framfæri við lesendur sína og styðja þannig við faglegt starf á klínískum vettvangi.

Fjórar íslenskar ljósmæður stunda um þessar mundir rannsóknarnám á doktorsstigi, þær Ingibjörg Eiríksdóttir, Sigríður Sía Jónsdóttir, Valgerður Lía Sigurðardóttir og Emma Marie Swift. Þessar og fleiri íslenskar ljósmæður taka þar að auki þátt í alþjóðlegu og innlendu rannsóknarsamstarfi. Þar á meðal má nefna:

- Barneign og Heilsa: Hildur Kristjánsdóttir og Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir.
- BIDENS rannsóknarsamstarfið (Belgium, Iceland, Denmark, Estonia, Norway and Sweden): Hildur Kristjánsdóttir.
- COST verkefnið Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Dr. Helga Gottfreðsdóttir.
- COST verkefnið BIRTH, Building Intrapartum Research Through Health: Dr. Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Sía Jónsdóttir.
- MiMo módelið: Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir.
- The Nordic Homebirth Study: Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Ásrún Ösp Jónsdóttir og Dr. Berglind Háldánsdóttir.
- Fjölpjóðlegt rannsóknarsamstarf um mælikvarða til að meta fæðingarótta, International Childbirth Attitudes- Prior to Pregnancy (ICAPP) Study Team: Emma Marie Swift.
- International Variations Study: Dr. Berglind Háldánsdóttir.

Frá síðasta vori hefur birst í Ljósmæðrablaðinu ein ritrýnd grein sem skrifuð er af íslenskri ljósmóður. Í það minnsta níu ritrýndar greinar sem íslenskar ljósmæður standa að hafa á sama tíma birst í öðrum tímaritum (greinar sem eru hluti af doktorsverkefni eru stjórnumerktar):

Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *The International Journal of Public Health* í júní 2017 greinina **Measuring antenatal care use in Europe: is the content and timing of care in pregnancy tool applicable?:**

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00038-017-0959-4>

Emma Marie Swift og félagar birtu í tímaritinu *Birth* í október 2017 greinina **A systematic review of non-pharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth:**

<https://doi.org/10.1111/birt.12316>

Ennfremur, **Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education**, *Reproductive Health* í sept 2017

doi: 10.1186/s12978-017-0354-x.

*Valgerður Lía Sigurðardóttir, Hildur Kristjánsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Women and Birth* í desember 2017 greinina **The predictive role of support in the**

birth experience: A longitudinal cohort study:

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003>

Berglind Háldánsdóttir og samstarfsaðilar hennar í International Variations Study rannsóknarsamstarfinu birtu í tímaritinu *BMJ Open* í janúar 2018 greinina **Variations in childbirth interventions in high-income countries: Protocol for a multinational cross-sectional study:**

<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017993>

*Berglind Háldánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Sexual & Reproductive Healthcare* í mars 2018 greinina **Contraindications in planned home birth in Iceland: A retrospective cohort study:**

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.11.002>

*Emma Marie Swift, Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Birth* í apríl 2018 greinina **Obstetric interventions, trends and drivers of change: A 20-year population based study from Iceland:**

<https://doi.org/10.1111/birt.12353>

*Sigfríður Inga Karlsdóttir, Hildur Kristjánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Women and Birth* í júní 2018 greinina **Predictors of women's positive childbirth pain experience: Findings from an Icelandic national study:**

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.007>

Edda Sveinsdóttir, Hilda Friðfinnsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Midwifery* í júlí 2018 greinina **„You stop thinking about yourself as a woman“. An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth:**

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.009>

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Hildur Kristjánsdóttir, Berglind Háldánsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir birtu í tímaritinu *Midwifery* í júlí 2018 greinina **Midwifery in Iceland: From vocational training to university education:**

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.021>

Íslenskar ljósmæður fjölmenntu á alþjóðlega ráðstefnu ICM, alþjóðasamtaka ljósmæðra, í Toronto í júní 2017 og kynntu þar rannsóknir sínar, auk þess sem Ljósmæðrafélagið og Norðurlandsdeild félagsins stóðu fyrir myndarlegri ráðstefnu á Akureyri á alþjóðadegi ljósmæðra 5. maí 2018. Ljósmæðrablaðið hvetur íslenskar ljósmæður til að sækja ráðstefnur þar sem ný þekking í ljósmóðurfræði er kynnt, og nýta til þess styrki sem í boði eru til starfsþróunar. Í maí 2019 dregur til tíðinda þegar Ljósmæðrafélagið mun á 100 ára afmæli sínu standa að Norðurlandaráðstefnu ljósmæðra í Hörpu. Þangað er von á ljósmæðrum víða að úr heiminum og enginn vafi að ráðstefnan verður bæði fróðleg og skemmtileg.

Berglind Háldánsdóttir

ÁHRIF FRAMKÖLLUNAR FÆÐINGAR EFTIR 41 VIKNA MEÐGÖNGU Á FÆÐINGARMÁTA OG ÚTKOMU FÆÐINGA

Fleiri og fleiri ljósmæður klára meistaranám og ein af þeim sem lýkur námi í ár er Ásta Hlín Ólafsdóttir. Undirrituð ræddi við Ástu og bað hana að segja frá sjálfri sér og náminu.

Getur þú sagt mér aðeins frá þér sjálfri?

Ég heiti Ásta Hlín Ólafsdóttir, er gift Daða Má Kristóferssyni og á með honum fjórar dætur á aldrinum 9 til 21 árs. Ég er fædd og uppalin í Reykjavík og við fjölskyldan höfum komið okkur vel fyrir í Ártúnsholtinu. Ég lauk BS prófi í hjúkrunarfræði 1997 en árið 1998 fluttum við hjónin til Noregs og bjuggum þar til ársloka 2005. Í janúar 2005 útskrifaðist ég með embættispróf í ljósmóðurfræðum frá Høgskolen i Akershus og svo starfaði ég á fæðingar- og sængurlegudeild á Ullevål í eitt ár áður en við fluttum heim. Ég byrjaði að vinna í Hreiðrinu og vann þar þar til það var sameinað fæðingargangi 2013. Síðan hef ég unnið á Fæðingarvaktinni. Eins vann ég um tveggja ára skeið á Heilsugæslunni í Árbæ.

Af hverju valdir þú að fara í framhaldsnám í heilbrigðisvísindum við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri?

Þegar hugmyndin kviknaði að skella sér kannski í meistaranám bárust mér í hendur upplýsingar um að HA byði upp á sérniðað meistaranám í heilbrigðisvísindum fyrir ljósmæður þar sem 70 einingar úr ljósmóðurfræðinni fengjust metnar, eins og fyrirkomulagið er við HÍ. Mér fannst þessi kostur sérstaklega fýsilegur þar sem kennt var í staðbundnum lotum. Ég ákvað að sækja um vorið 2016 og komst inn. Við byrjuðum fjórar ljósmæður og fengum við sérstaklega góðar móttökur og gott utanumhald í byrjun náms. Nú tveimur árum síðar er ég að klára meistararitgerðina og stefni á útskrift í júní.

Það að kennslan færi fram í staðbundnum lotum þýddi að í fjögur skipti yfir önnina var haldið norður og setið í tímum einn og hálfan dag í senn, hálfan föstudag og heilan laugardag. Nú hefur lotunum verið fækkað í þrjár sem er enn betra. Ef ekki var hægt að komast norður (t.d. vegna veðurs) var hægt að fylgjast með öllu í beinni í fjarfundarbúnaði. Þetta hentaði mér mjög vel og mér fannst gott að vinna þetta svona í tórnum. Við vorum nokkrar úr Reykjavík sem ferðuðumst saman sem gerði ferðirnar norður að skemmtilegum námsferðum þar sem við gátum lært saman og borið saman bækur okkar.

Hvað finnst þér að þú hafir fengið út úr náminu fyrir starfið þitt?

Mér finnst mikilvægt að staðna ekki í starfi og halda mér við með því að fylgjast með þekkingarþróun. Ég upplifi að það að fara í skóla aftur eftir langt hlé haldi manni ungum í anda og viðhaldi glóðunum ef þannig má að orði komast. Ég hef á þessum tveimur



Ásta Hlín Ólafsdóttir, ljósmóðir á Fæðingarvakt Landspítala

árum fengið tækifæri til að dýpka þekkingu mína á ákveðnu sviði, þ.e. framköllun fæðinga. Meiri þekking hlýtur alltaf að vera af hinu góða, hún skilur alltaf eitthvað eftir sig á bæði beinan og óbeinan hátt. Ég sé ekki eftir því að fara að ráðum annarra um að ákveða strax í upphafi náms hvert viðfangsefnið yrði í meistararitgerðinni. Þannig gat ég unnið mér í haginn og öll verkefni, og um leið lesefnisleit, snerist um framköllun fæðingar á einn eða annan hátt.

Ertu til í að segja frá meistararannsókn þinni?

Meistararitgerðin mín ber titilinn „Áhrif framköllunar fæðingar eftir 41 vikna meðgöngu á fæðingarmáta og útkomu fæðinga“. Markmið rannsóknarinnar var í stuttu máli að kanna hvort framköllun fæðingar eftir 41 vikna meðgöngu hafi áhrif á fæðingarmáta og útkomu kvenna og barna. Einnig var skoðað

hvort munur sé á frumbyrjum og fjölbyrjum hvað þetta varðar.

Rannsóknin er aftursýn ferilrannsókn á útkomu fæðinga kvenna sem fæddu eftir 41 vikna meðgöngu þar sem bornar voru saman fæðingar sem fóru sjálfkrafa af stað og framkallaðar fæðingar. Gögnum var safnað fyrir konur sem fæddu eftir 41 vikna meðgöngu á Landspítala Háskólasjúkrahúsi á fjögurra ára tímabili, 2013-2016.

Af 2419 konum fóru 61,8% þeirra sjálfkrafa af stað en 38,2% fengu framköllun fæðingar. Niðurstöður sýna að ef fæðing er framkölluð hjá frumbyrju er líklegra að fæðingin endi með keisarskurði samanborið við konur sem fara sjálfar af stað en þau áhrif eru ekki að finna þegar fjölbyrjur eiga í hlut. Framköllun fæðingar eykur notkun á mænurótardeyfingu, bæði hjá frumbyrjum og fjölbyrjum og fæðingin tekur styttri tíma ef hún er framkölluð. Framköllun fæðingar virðist hafa verndandi áhrif á spangaráverka hjá fjölbyrjum. Framköllun fæðingar hafði ekki marktæk áhrif á helstu útkomubreytur barna.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að framköllun fæðingar eftir 41 vikna meðgöngu auki líkur á keisarskurði hjá frumbyrjum samanborið við sjálfkrafa upphaf fæðingar. Aftur á móti sýnir rannsóknin ekki fram á að aukin áhætta fylgi framköllun fæðinga fyrir fjölbyrjur og eru vísbendingar um að inngripið hafi verndandi áhrif á einstaka útkomuþætti þeirra kvenna. Niðurstöðurnar benda ekki til þess að framköllun fæðingar sem slík hafi teljandi áhrif á útkomu barna.

Sigfríður Inga Karlsdóttir,
dósent við Háskólann á Akureyri

„ÞAÐ ER EKKI EITTHVAÐ EITT EÐLILEGT“

Reynsla og sýn kvenna á eðlilega fæðingu: Eigindleg rannsókn

„NORMAL IS NOT JUST ONE SPECIFIC EXPERIENCE“ WOMEN'S EXPERIENCES
AND VIEW OF NORMAL BIRTH: A QUALITATIVE RESEARCH



Steinunn H. Blöndal, ljósmóðir á
Fæðingavakt Landspítala



Ólöf Ásta Ólafsdóttir, ljósmóðir og
prófessor við Háskóla Íslands

ÁGRIP

Verndun eðlilegra fæðinga hefur verið mikilvægt viðfangsefni innan ljósmóðurfræða síðustu áratugi. Þar er iðulega stillt upp mismunandi sýn lækisfræðinnar og ljósmóðurfræðinnar en sjónum sjaldnar beint að upplifun kvenna sjálfra og hvað fyrir þeim *eðlileg fæðing* er. Í þessari rannsókn var markmiðið að fá fram reynslu kvenna og sýn á eðlilega fæðingu.

Aðferðafræði rannsóknarinnar er eigindleg og byggist á viðtölum við tíu konur, fjölbyrjur og frumbyrjur, sem eiga samtals nítján fæðingar að baki. Viðtölin eru greind með fyrirbærafræðilegri aðferð Vancouver-skólans.

Við heildargreiningu á fyrirbærinu *eðlileg fæðing* er unnið úr reynslu allra kvennanna og spunninn sameiginlegur vefur. Undirstöðuþemað við úrvinnslu á sögum kvennanna er *Að gera fæðingar-reynsluna að sinni eðlilegu fæðingu*. Í þeirri ferð er fólgin óvissa, þar sem eðlilegt er að fá hjálp og ef vel tekst til eru þar tækifæri til valdeflingar. Sjö meginþemu með undirþemum eru greind sem öll hafa áhrif innbyrðis á heildarupplifun og lýsingu á fyrirbærinu *eðlileg fæðing*. Þessi þemu eru eftirfarandi: að hafa stjórn, stuðningur ljósmóður, sameiginlegt verkefni, öryggi og umhverfi, reynsla af sársauka, að taka á móti eigin barni, ekki eðlileg fæðing.

Í skilgreiningum fagfólks á eðlilegri fæðingu hafa jafnan andstæðurnar „inngrip“ og „ekki inngrip“ legið til grundvallar. Í hugum þeirra kvenna sem rætt var við í rannsókninni er þessi tvískipting ekki útgangspunktur eðlilegrar fæðingar. Allar konurnar líta svo á að þær eigi eðlilega fæðingu að baki – jafnvel náttúrulega fæðingu – þrátt fyrir fjölbreytt inngrip og ólíkar fæðingarsögur. Sýn þessara kvenna brýtur á vissan hátt upp hugtakið *eðlileg fæðing* eins og það hefur hingað til verið skilgreint innan ljósmóðurfræðinnar. Niður-

stöður rannsóknarinnar styðja ljósmæður í að leggja einstaklingsbundnari skilning á mörk hins eðlilega, treysta á innsæisþekkingu og mæta konum á þeirra eigin forsendum í fæðingu. Rannsaka mætti hvernig tæknilegt, félagslegt og menningarlegt umhverfi barneignarþjónustu hefur áhrif á persónubundnar skilgreiningar á eðlilegri fæðingu.

Lykilorð: Eðlileg fæðing, fæðingarreynsla kvenna, ljósmóðurfræði, fyrirbærafræðileg nálgun.

ABSTRACT:

Protecting normal birth has for a number of years been an important and significant topic in midwifery. The contrasting visions of the medico-technical approach and the physio-social midwifery approach are regularly juxtaposed, but less space has been given to what women's views are and how they experience normal birth. This research explores women's own perceptions of what normal birth is.

The methodology of the research is qualitative and based on interviews with ten women, both multiparous and primiparous, who have given a total of nineteen births. Analysis of data was based on the Vancouver School of doing phenomenology.

Through making a comprehensive analysis of the phenomenon of normal birth from the point of view of women, a collective multi-voice construction of their normal birth was designed. The overriding theme which emerged was "Making birth your own normal birth experience." This journey of birth is full of uncertainty, where it is normal to get help, but the experience can also be an empowering self-discovery. Seven central themes with sub themes emerged which are all inter-related. Together they make up the holistic experience of

normal birth. These themes are: to be in control, midwife's support, a joint venture, safety and surroundings, experience of pain, to receive your child, not a normal birth.

"Intervention" or "non-intervention" into the birth process, which is the critical dichotomy many birth professionals use to define normal birth, is not a central concern in the women's experiences. All the women interviewed describe their births as normal – even natural – despite there having been varied interventions and birth stories at work. Their views critically challenge traditional definitions of normal birth. This may encourage us to consider more subjective and contextual approaches to defining normalcy. It vitalizes our reliance on our intuitive knowledge and prioritizes meeting women on their own terms in every birth experience. For future studies it would be interesting to explore techno-social and cultural aspects of maternity services on personal definitions of normal birth.

Keywords: Normal birth, women's birth experience, midwifery, phenomenological approach.

INNGANGUR

Eitt stærsta viðfangsefni ljósmóðurfræða síðustu áratugi hefur verið að verjast sjúkdómsvæðingu fæðingarferlisins og standa vörð um eðlilegar fæðingar. Í þeim leiðangri er oft stillt upp mismunandi sýn læknisfræðinnar og ljósmóðurfræðinnar á því hvað sé eðlileg fæðing (Cahill, 2001; Downe og McCourt, 2008; Kitzinger, 2005; Newnham, McKellar og Pincomb, 2017; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009). Rannsóknir sýna að sjúkdómsvæðing og/eda umhverfi áhættuhugsunar, sem er hluti stórra fæðingardeilda, geti haft neikvæð áhrif á verndun eðlilegra fæðinga (Hunter, Berg, Lundgren, Ólafsdóttir og Kirkham, 2008; Keating og Flemming, 2009; Kennedy, Grant, Walton, Shaw-Battista og Sandall, 2010).

En hvað er eðlileg fæðing? Alþjóðasamtök ljósmæðra skilgreina hana sem sibreytilegt ferli margvíslegra þátta, en fæðingin hefst sjálfkrafa og konan vinnur sig í gegnum hana án inngrípa (ICM, 2014; Beech og Phipps, 2008; Page, 2000). Áherslan á eðlilega fæðingu í námi ljósmæðra á Íslandi er sterk og samræmist ofangreindri skilgreiningu (Háskóli Íslands, 2017; ICM, 2014; Ólafsdóttir, Kristjansdóttir, Halldansdóttir og Gottfredsdóttir, 2018). Frá árinu 1996 hefur Alþjóðaheilbrigðisstofnunin gengið út frá því að eðlileg fæðing hefjist sjálfkrafa, barnið sé í höfuðstöðu á 37. til 42. viku á meðgöngunni, áhættuþættir hjá móður og barni fyrir, í og eftir fæðingu séu litlir sem engir og að fagmanneskja sé til staðar, en ekki er tekin afstaða til inngrípa (WHO, 1996). Á Landspítalanum er venja að skrá fæðingar samkvæmt alþjóðlegu heilbrigðisatburðaskráningunni ICD 10, „Sjálfkrafa hvírfilfæðing - eðlileg fæðing“. Fæðingin á sér þá stað um leggöng óháð inngrípum. Skilgreiningar á eðlilegri fæðingu hafa um árabíl einnig verið notaðar sem mælikvarðar á gæði, þar sem annars vegar er um að ræða náttúrulega fæðingu án inngrípa og hins vegar fæðingu án fylgikvilla (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Gardarsdóttir, Alexander K. Smáráson Þórður Þórkelsson og Eva Jónasdóttir, 2017).

Út frá frumhugsun hinnar læknisfræðilegu nálgunar er inngríp í fæðingarferlið stöðugt yfirvofandi og fæðingin verður ekki eðlileg fyrr en hún er yfirstaðin. Út frá ljósmóðurfræðilegu sjónarhorni er fæðingin eðlileg þar til annað kemur í ljós (Bryar og Sinclair, 2011; Downe og McCourt, 2008). Á Íslandi sem víðar í heiminum fjölgar inngrípum í barneignarferlið, sem sýnir glöggst hversu útbreiðsla læknisfræðilega líkansins er ráðandi í barneignarþjónustu (Euro-peristat, 2013; Hildur Sólveig Ragnarsdóttir, 2013; Swift, Tomasson, Gottfredsdóttir, Einarsdóttir og Zoega, 2018). Eitt dæmi um það er hugmyndin um eðlilegu keisarafæðinguna. Þar er gert ráð fyrir að ára eðlilegra fæðinga, með hormónaflæði móður, sé færð inn á skurðstofuna (Smith, Plaath og Fisk, 2008).

Eðlilegar fæðingar hafa líka verið skilgreindar sem lífeðlisfræðilegar eða náttúrulegar, en í nýlegri þungavigtarbók um eðlilegar fæðingar telja Leap og Hunter að í því felist að náttúrulegt hormónaflæði móður og samspil þess við hið ófædda barn fái að flæða óhindrað, án truflana og inngrípa (2016). Róttækar ljósmæður og

áhrifavaldar innan ljósmóðurfræðanna eins og Tricia Anderson (2002) og Sarah Wickham (2002) hafa jafnvel bent á að það mætti líta á allt sem gert er við konu í fæðingu – og jafnvel með konu – sem inngríp. Að biðja konu um að skipta um stillingu, að styðja við eða nudda spöng, að þurrka nýfæddu barni og jafnvel bara að hvetja konu með orðum í fæðingunni væri inngríp. Þetta mætti þó ekki skilja á þann veg að þessi hjálp væri óviðeigandi, heldur þyrftu ljósmæður að vera meðvitaðar um og ræða um hvað þær gera í fæðingunni og hvaða áhrif það hafi á hormónastarfsemi móðurrinnar og lífeðlisfræðilegt ferli fæðingar.

Eðlilegt ferli fæðingar hefur einnig verið tengt gagnkvæmu sambandi við konuna, þar sem ljósmóðirin styður við eðlilega fæðingu og konan er sátta við fæðingarreynsluna (Berg, Ólafsdóttir og Lundgren, 2012; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009). Í eigindlegri endurgreiningu Lundgren, Karlsdóttir og Bondas (2009) kom fram hversu mikilvæg samskiptin við ljósmóður eru fyrir jákvæða fæðingarreynslu, en umhyggjuleysi í fæðingu getur valdið tilfinningu hjá konum um að þeim hafa mistekist. Niðurstöður nýlegrar rannsóknar úr íslenskum veruleika sýnir að stuðningur/stuðningsleysi ljósmóður skiptir miklu máli varðandi fæðingarupplifun móður (Sigurðardóttir, Gamble, Guðmundsdóttir, Krisjansdóttir, Sveinsdóttir og Gottfredsdóttir, 2017). Fæðingarreynslu þarf því að skoða í víðu samhengi, bæði í tengslum við ríkjandi menningu barneignarþjónustunnar og sögu hinnar einstöku konu, fjölskyldu hennar, fæðingarumhverfi og samfélagið í heild (Berg og fleiri, 2012; Downe og McCourt, 2008).

Í reynd liggja skilgreiningar á eðlilegum fæðingum ekki fyrir með skýrum hætti meðal fagfólks og orð eins og eðlileg fæðing, náttúruleg eða lífeðlisfræðileg notuð á víxl. Eigindlegar rannsóknir á viðhorfum ljósmæðra (Gould, 2000; Crabtree, 2008; Berg og fleiri, 2012) sýna margvísleg blæbrigði og sýn á eðlilega fæðingu. Þær eiga það þó sameiginlegt að konan sé sátta við sína fæðingarupplifun, að það sé hún sem sé sigurvegari (Sigrún Huld Gunnarsdóttir, 2014). Blæbrigðin falla ekki svo auðveldlega að hefðbundnum skilgreiningum stofnana þar sem mælanleg inngríp eins og til dæmis belgjarof, spangarklipping, þriðju gráðu spangarrifa, framköllun fæðingar eða mænurótardeyfing eru gæðavísar. Ein ljósmóðir í rannsókn Crabtree (2008) orðar þessi blæbrigði svo: „þegar ég hugsa um það þá sé ég að sumar af mínum eðlilegu fæðingum eru ekki eðlilegar fæðingar. Þetta hafa verið sjálfkrafa fæðingar um leggöng, en með aðstoð“.

Það kemur á óvart í hinni margþættu umræðu um eðlilegar fæðingar hversu lítið liggur fyrir um hvað konum sjálfum finnst. Reynsla kvenna hefur ekki ratað inn í ramma hefðbundinna skilgreininga (Gould, 2000; Larkin, Begley og Devane, 2012). Einn þráður í umfangsmikilli rannsókn Hunter (2007) var að ræða við 15 konur um eðlilegar fæðingar. Konurnar lýstu mikilvægi einstaklingsbundinnar nálgunar, að það sem einni þætti eðlilegt væri ekki endilega eðlilegt fyrir aðra. Sérhæfðar þarfir og langanir hverrar konu, auðsýnd umhyggja í fæðingunni og tengsl við ljósmóður voru mikilvægustu þættirnir. Svipaðar niðurstöður komu einnig fram í eigindlegri rannsókn á Englandi þar sem jafnframt var talað við lækna og ljósmæður. Konurnar voru að öllu jöfnu líklegar til að skilgreina fæðingar sínar eðlilegar ef þær voru um leggöng og ef fæðingarreynslan var jákvæð. Þá tiltóku þær líka jákvæðar aðstæður á fæðingarstað, svo sem aðgengi að baði, frjálstan aðgang að mat og nærveru (Kennedy og fleiri, 2010).

Góð fæðing, samkvæmt niðurstöðum danskrar rannsóknar (2005) var ekki endilega sú sem foreldrar höfðu séð fyrir sér, heldur var mikilvægast að foreldrunum líði eins og á þau hefði verið hlustað og komið fram við þau af virðingu. Flestar fæðingar fela þannig í sér tækifæri til að vera góð fæðing (Bertelsen og Gohr, 2006). Þetta kallast á við greinina *Eðlilegar, náttúrulegar, góðar eða nógu góðar fæðingar* þar sem Darra (2009) spyr með hugtakagreiningu hvort baráttan fyrir eðlilegum fæðingum eigi að snúast um að vera með konum skilyrðislaust og styðja þær til að fá fæðingu sem þær séu nógu ánægðar með. Hún bendir á að það sé ekki efst í huga kvenna sjálfra hvort fæðingin sé eðlileg út frá hefðbundnum ramma vísindasamfélagsins.

Umönnunarmódel með ljósmóðurfræðilegri nálgun (svokallað MíMó módel) var meðal annars þróað með verndun eðlilegra fæðinga að leiðarljósi. MíMó módelið byggir á tólf eiginlegum rannsóknnum um reynslu kvenna og ljósmæðra úr íslenskum og sænskum veruleika (Berg og fleiri, 2012). Höfundarnir hafa áhyggjur af því hversu erfitt viðfangsefni verndun eðlilegra fæðinga reynist í barneignarþjónustu í sjúkdómsvæddu umhverfi. Aukin inngripaþíðni beri þess skýr merki. Mikilvægt sé að skapa fæðingarandrúmsloft (e. birthing atmosphere) í gagnkvæmu sambandi við konuna, út frá hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar þar sem þekkingargrunnur ljósmæðra nýtist sem best. Við spítala-fæðingar er þetta flókinn línudans þar sem umhverfið getur í eðli sínu verið hindrun. Um leið þurfa ljósmæður að leita jafnvægis (e. balancing act) og nýta viðtæka þekkingu sína til að sjá og umfaðma hið eðlilega í því sem hugsanlega er ekki strangt til tekið náttúrulegt samkvæmt áðurgreindri skilgreiningu frá Hunter og Leap (2016).

Fræðasýn viðkomandi stofnana/rannsækenda liggur þannig óhjákvæmilega til grundvallar þegar skilgreining á eðlilegri fæðingu er skrifuð (Downe og McCourt, 2008; Wagner, 1994; Walsh, 2008). Í nútímaheilbrigðisþjónustu er vaxandi skilningur á því að mótun þjónustunnar eigi alltaf að vera í samráði við og út frá reynslu þeirra sem þjónustuna þurfa (Kristín Björnsdóttir, 2005; Landlæknir, 2012). Ef svo á að verða þurfa raddir kvenna um eigin fæðingarreynslu að hljóma hátt.

Markmiðið með rannsókninni sem þessi grein byggir á var að afla þekkingar um reynslu og sjónarhorn kvenna á eðlilegum fæðingum í íslensku samhengi þar sem þær fá fæðingarhjálp. Leitast var við að svara rannsóknarspurningunni: hver er sýn kvenna og reynsla af eðlilegum fæðingum?

ADFERÐAFRÆÐI

Fræðasýn eiginlegrar aðferðafræði er af öðrum meidi en sú megin-dlega og leggur áherslu á að raunveruleikinn sé of flókinn til að hægt sé að mæla, vega og telja til að svara djúpum spurningum um heiminn (Sigurlína Davíðsdóttir, 2013). Því var stuðst við viðtöl og byggt á á túlkandi fyrirbærafræðilegri nálgun og greiningaraðferð Vancouver skólans. Fyrirbærafræðileg aðferð felst í samræðum við einstaklinga með reynslu af því fyrirbæri sem rannsakað er. Rannsakandinn reynir eftir fremsta megni að leggja til hliðar fyrir-

framgerðar hugmyndir sínar þegar lagt er af stað í rannsóknum. Við söfnun og greiningu gagna er farið eftir 12 þrepum Vancou-verskólans (Halldórsdóttir, 2000; Sigríður Halldórsdóttir, 2013), en aðferðin hefur verið notuð og henni lýst í íslenskum eiginlegum rannsóknnum í ljósmóðurfræði (svo sem Halldórsdóttir og Karlsdóttir, 1996, Karlsdóttir, Halldórsdóttir og Lundgren, 2013, Ásrún Ösp Jónsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2016). Hér er einnig talað inn í svokallaða þriðju fræðasýn á barneignarferlinu, sem er út frá sjónarhóli kvenna (Karlsdóttir og fleiri, 2013).

Í rannsókninni var notast við tilgangs- og þægindaúrtak. Tekin voru samtals tíu djúp viðtöl heima hjá konum eftir fæðingu, átta viðtöl við konur sem fæddu börn um vor/sumar 2014 (tvö forkönnunarviðtöl fóru fram áður en formleg rannsókn hófst á vormisseri 2014, og lengra var liðið síðan þær tvær konur áttu sín börn). Konurnar fæddu börn sín nánast allar á Landspítalanum. Þær höfðu reynslu af mismunandi deildum spítalans; á Fæðingargangi, Hreiðri og nú sameinaðri Fæðingurvakt. Þær höfðu einnig reynslu af fæðingum á sjúkrahúsinu á Akureyri og heima fæðingu. Rætt var við frumbyrjur (sex) og fjölbyrjur (fjórar) sem höfðu samanlagt reynslu af níttján fæðingum. Viðtölin fóru fram frá þremur vikum til fjórum mánuðum eftir fæðingu.

Við val á konum fékk rannsakandi aðstoð frá ljósmæðrum í heimaþjónustu. Úrtakið voru konur sem höfðu fætt um leggöng, töluðu íslensku og höfðu fjölbreytta fæðingarreynslu. Þá var haft samband við heima fæðingarljósmóður sem benti á tvær konur undir hennar verndarvæng í barneignarferlinu.

Þátttakendur og gagnagreining

Konurnar í rannsókninni eru á aldrinum tuttugu og fjögurra ára til fjörutíu og eins árs. Þær áttu eitt til fimm börn á aldrinum þriggja vikna til níttján ára þegar viðtölin fóru fram. Fyrir utan eina konu eru þær annað hvort háskólanemar eða með háskólamenntun. Þær hafa fjölbreytta reynslu af fæðingum með og án inngripa, svo sem af gangsetningu, belgjarofi, syntocinonörvun, spangarklippingu, sogklukku og verkjameðferðum með og án lyfja. Við úrvinnslu gagna fékk hver kona uppspunnið nafn (sjá töflu 1).

Annar rannsakandi tók öll viðtölin (Steinunn) og voru þau 60 til 80 mínútna löng og vélrituð frá orði til orðs. Í samræmi við gagna-greiningu Vancouver-skólans var farið í gegnum sjö vitræna þætti sem eru endurteknir í gegnum 12 þrep rannsóknarferlisins (Hall-

Tafla 1. Þátttakendur í rannsókninni

Nafn í rannsókn/aldur	Menntun	Fjöldi barna/ár	Inngrip	Gangur fæðingar	Verkjameðferð/annað	Reynsla konu af eðlilegri fæðingu
Lóa (34)	Háskóla-próf	1/2014	Mænurótardeyfing	Missir vatnið, fer sjálf af stað, eðlileg fæðing	Mænudeyfing þegar langt er liðið á fæðinguna.	Eðlileg fæðing
Kría (24)	Háskóla-nemi	1/2014		Skipulögð heima fæðing: sjálfkrafa sött, flutt á spítala þar sem lítið legvatn. Eðlileg fæðing þar stuttu síðar	Verkjameðferð án lyfja. Grænt legvatn	Eðlileg fæðing
Þóra (25)	Háskóla-nemi	2/2014	Gangsetning með belgjarofi (tvíburar, 36v+3vdagar).	Tvíburafæðing (eineggja), eðlileg fæðing með bæði börn, hófuð stað.	Mænudeyfing, fjötlega eftir að sött byrjar.	Eðlileg fæðing
Kristín (31)	Háskóla-próf	2/2009, 2014	1. Syntocinonörvun, mænurótardeyfing 2. Belgjarof	1. Sjálfkrafa sött og sjálfkrafa fæðing. 2. Sjálfkrafa sött og fæðing í vatni.	1. Langdregin fæðing. Mænudeyfing eftir langadregið 1 stig. 2. Verkjameðferð án lyfja.	1. Eðlileg fæðing 2. Náttúruleg fæðing
Fjöla (34)	Framhalds-skólapróf	5 / 2002, 2004, 2005, 2012, 2014	Einhvörftimann belgjarof / 3. Nálástungur til að örva sött. 5. Haldið við brun	1. Sjálfkrafa sött, eðlileg fæðing. 2. Sjálfkrafa sött, eðlileg fæðing 3. Sjálfkrafa sött, eðlileg fæðing 4. Sjálfkrafa sött, eðlileg fæðing 5. Sjálfkrafa sött, eðlileg heima fæðing í vatni	1. Fær mænudeyfingu. Stúlka fer á vökueld vegna lungnavandamála. 2. Mjög sársaukafull, fær ekki deyfingu vegna anna svæfingalækni. Fær pethidin. 3. Mænudeyfing – draumafæðing 4. Verkjameðferð án lyfja – hröð fæðing 5. Verkjameðferð án lyfja	1. Eðlileg fæðing 2. Mjög sársaukafull fæðing – eðlileg fæðing 3. Draumafæðing – eðlileg fæðing 4. Eðlileg fæðing 5. Náttúruleg fæðing
Sölveig (24)	Háskóla-nemi	1/2014	Örvun vegna legvatnsíka	Missir vatnið, þarf örvun. Eðlileg fæðing	Verkjameðferð án lyfja (hröð fæðing í lokin, þar sem búin að biðja um deyfingu)	Náttúruleg fæðing
Auður (41)	Háskóla-próf	1/2014	Gangsetning vegna meðgöngulengdar og þreytu móður. Belgjarof, syntocinonörvun, spangarklipping, svæfing	Eðlileg fæðing	Mænurótardeyfing (þarf að biðja lengi eftir lækni). Barn fer í obs á vökueld. Kemur eftir þrjá tíma. Föst fylgja hjá móður og post partum blæðing	Eðlileg fæðing
Eljörk (27)	Háskóla-próf	1/2014	Spangarklipping	Sjálfkrafa sött, eðlileg fæðing	Verkjameðferð án lyfja	Eðlileg fæðing
Sunna (39)	Háskóla-próf	3 / 1996, 2002, 2009	1. Fæðing endar með sogklukku. 2. Aðarklemma 3. Gangsetning vegna vaxtarþerðingar	1. Sjálfkrafa sött, - áhaldafæðing 2. Sjálfkrafa sött, - eðlileg fæðing 3. Gangsetning – eðlileg fæðing	1. Verkjameðferð - sprautu – líklega pethidin Liggur í erga sængurlegu - sem er erfiðasta fæðingarreynsian. Barn með útlitsgalla. 2. Verkjameðferð án lyfja. Aðarklemma 3. Mænurótardeyfing	1. Eðlileg í sínu 2. Eðlileg fæðing – æðisleg fæðing 3. Eðlileg fæðing
Ásdís (39)	Háskóla-próf	3 / 1996, 2001, 2007	3. Gangsetning vegna gallstasa	1. Sjálfkrafa sött – eðlileg fæðing 2. Sjálfkrafa sött – eðlileg fæðing 3. Gangsetning - eðlileg fæðing	1. Verkjameðferð án lyfja. Sterk minning um glaðloft. Veikist eftir fæðinguna, liggur á spítala. 2. Verkjameðferð án lyfja. 3. Verkjameðferð án lyfja.	1. Eðlileg fæðing – dofín af gasinu 2. Eðlileg fæðing 3. Frábær fæðing

41

sem maður getur undirbúið sig undir þetta... nema bara að vera viðbúin undir þetta versta“ (Lóa) eða: „...ég held að það sé sama hvað þú undirbýrð þig – þetta kemur alltaf á óvart“ (Björk).

Tækifæri til valdeflingar: „Kannski bara að maður geti aðeins meira... mér finnst þetta geðveikislegt afrek.“

Að finna eigin styrk í fæðingunni og í kjölfar hennar kemur ítrekað fram. Konurnar hafa getu til að upplifa valdeflingu í ólíkum aðstæðum. Ef fæðingarreynslan ristir djúpt og hefur tekið á þá lýsa konurnar einhvers konar valdeflingu, þær finna mátt sinn í kjölfarið og eru stoltar af reynslu sinni: „Eftir á finnst manni dálítið eins og maður geti sigrað heiminn“ (Kristín). Þá lýsir Lóa sinni fyrstu fæðingu: „Kannski bara að maður geti aðeins meira... Mér finnst þetta geðveikislegt afrek. Þetta er pottþétt það erfiðasta sem ég hef gert, svona líkamlega.“ Þetta er þó ekki algild upplifun. Þannig segir Þóra um sína reynslu: „Það er rosalega skrítið hvað mér finnst allt vera rosalega eins og þetta var. Kannski út af því að þetta var ekkert rosa erfið reynsla, bara frábær reynsla.“

Hringirnir sjö með meginþemum sem sýna heildarupplifun af eðlilegri fæðingu

Að hafa stjórn

Fyrir allar konurnar er það að vera við stjórnvölinn samofið eðlilegri fæðingu, fæðingin er þeirra stund. Til staðar er trú og löngun til að takast á við fæðinguna, þótt misjafnt sé hvernig því markmiði er náð. Konurnar fara flestar inn í fæðinguna með opnum huga og á þeim forsendum að vilja láta á það reyna að gera það sjálfar. Ef stjórnin er tekin af þeim, eða þeim finnst þær ekki hafa stjórn á aðstæðum, getur það verið mjög truflandi fyrir framgang fæðingarinnar. Endurtekið lýsa þær aðstæðum þar sem sársaukinn tekur yfirhöndina. Sunna lýsir gangsetningu með þriðja barn: „Ég gat ekki andað, ég var bara farin að halda niður í mér andanum og ég vissi ekkert hvernig ég ætti að vera. Ég réði ekki við neitt.“

Þá ítreka konurnar mikilvægi þess að á þær sé hlustað og ekki sé tekið fram fyrir hendurnar á þeim, enda er það reynsla flestra að það sé ekki talað um fyrir þeim: „Þær hlusta rosalega vel og hérna, virkilega voru að sækjast eftir því hvað ég vildi“ (Auður). Þegar ekki er hlustað er það truflun í eðlilegt ferli, eins og í tilfelli Sóleyjar þar sem hún lýsir erfiðum og nánast niðurlægjandi samskiptum við eina ljósmóður: „Ef að þessi ljósmóðir sem var þarna um daginn hefði tekið á móti, ég held að ég hefði bara lokast einhvern veginn. Þú veist, bara aðstæður þurfa að vera þannig að konan geti bara gert það sem hún þarf að gera.“

Konurnar lýsa því einnig hvernig spítalaumhverfið getur tekið stjórnina. Það er mikið að gera og ljósmæðurnar eru greinilega störfum hlaðnar (Lóa, Auður, Fjóra, Björk, Sóley). Konurnar þurfa endurtekið að biða eftir stofu, biða eftir baði, biða eftir deyfingu. Þannig geta aðstæður truflað upplifun af eðlilegri fæðingu. Björk lýsir því þegar hún biður á skoðunarherbergi eftir fæðingarstofu í rúman klukkutíma: „Í minni drauma-draumafæðingu hefði það, hefði ég viljað fá eitthvað svona annað en að standa uppi við einhvern skoðanabekk.“

Stuðningur ljósmóður

Tengsl kvennanna við ljósmæður eru í flestum tilvikum jákvæð og styrkjandi. Sterkasta tengingin er í yfirsetunni, í sjálfri nærverunni, að vita að ljósmóðirin sé til staðar og veiti stuðning: „Það besta var bara að hafa þær bara þarna, að ég vissi að það væri allt í lagi, að það væri allt svona rétt að gerast“ (Lóa). Þá lýsa konurnar styrk sem því fylgir þegar ljósmóðirin þekkir þær fyrir: „Þannig að hún vissi svo margt um mig persónulega líka. Það var rosalega þægilegt, þá treystir maður henni fyrir að koma svona nær“ (Kría). Lýsingar af sáru stuðningsleysi koma einnig fram. Minningin um fyrstu fæðingu Ásdisar er ljóslifandi 18 árum síðar þegar ljósmóðirin skynjar ekki tjáningarþörf hennar. Í fæðingunni heyrir hún fæðingarhljóð konu á nærliggjandi stofu sem gefur

henni kraft: „Ég hafði heyrt konuna öskra og þá skildi (hlær) ég það ótrúlega vel að sjálfsögðu bara the primal scream... Hún, ljósmóðirin, sagði mér aftur á móti að þegja...“

Sameiginlegt verkefni

Í reynslu af eðlilegri fæðingu er stuðningur maka mikilvægur. Konurnar lýsa því oft þannig að makinn á að vera til staðar en ekki endilega að gera eitthvað: „Þú ert ekki að fara neitt sagði ég við hann – ég þurfti alveg á honum að halda þarna inni“ (Lóa). Hann getur jafnvel tekið yfir hlutverk ljósmóður, eins og í fyrstu fæðingu Ásdisar: „Barnsfaðir minn var algjört æði sko, hann hjálpaði mér mest.“

Það er gegnumgangandi hjá þeim sem nýlega fæddu börn að þær hafa samskipti við aðrar konur í gegnum samskiptamiðla. Þessi samskipti eru hluti af fæðingarundirbúningnum: „Allar þessar stelpur sem ég var með í bumbuhóp, það var svona helmingur sem ætlaði að eiga heima. Og búnað að lesa allar þessar bækur“ (Björk). Þar eru reynslusögur og ráðleggingar ríkjandi. Þá lýsa sumar konur reynslu mæðra sinna – hvernig það hefur áhrif: „Maður er alltaf að miða sig við konurnar í kringum sig... sá þetta kannski rómantískara fyrir mér...“ (Lóa).

Öryggi og umhverfi

Upplifun á öryggi er ástæðan fyrir því að spítali er valinn sem fæðingarstaður: „Ef það kemur eitthvað upp á... af því hún þurfti hjálp, ég þurfti hjálp. Ég hefði aldrei viljað gera þetta ein sko. Og það voru alveg 10 manns í kringum mig og mér fannst engum ofaukið“ (Auður). Val á fæðingarstað er hluti af fæðingarundirbúningnum og konurnar hafa flestar velt fyrir sér heimafæðingu. Þær taka meðvitaða ákvörðun: „Þó að manni líði vel heima hjá sér, það er einhvern veginn ekki fyrir mig, held ég“ (Sóley).

Reynsla af sársauka

Frumbyrjurnar eiga það allar sameiginlegt að hafa talið að fæðingin yrði auðveldari en raun bar vitni, ekki síst vegna sársaukans. Margar hafa undirbúið sig vel, lesið sér til og séð fyrir sér viðráðanlegt verkefni. Lóa orðar það svo: „Ég var ekkert hrædd eða þannig fyrir þetta, en ég myndi vera hrædd í annað skipti... þegar ég veit hvað þetta er... Ég var ekki svona lótusblóm.“ Þá segir Björk: „Þú veist, ég get ekki logið því að þér að þetta hafi, þú veist, já að þetta hafi verið einhver ótrúlegur kraftur og bylgja. Þetta var bara ógeðslega vont.“

Mænurótardeyfing er í hugum kvennanna nokkuð skýrt aðgreiningartæki – þar greinir á milli náttúrulegrar og eðlilegrar fæðingar. Þær sem hafa fengið mænurótardeyfingu finnst hún hafa hjálpað sér og í raun gert það að verkum að fæðingin varð eðlileg. Kristín lýsir langdreginni fæðingu í tæpan sólarhring: „Það er kannski ekki eðlilegt að fá deyfinguna, en ... ég hefði örugglega ekki getað komið honum út ef ég hefði ekki fengið þessa deyfingu“.

Að taka á móti eigin barni

Í öllum fæðingarsögnum kemur fram samofinn þráður sem tengist barninu – hvernig konan undirbýr komu barnsins og vonin um að barnið sé heilbriggt: „Er ekki mikilvægara að fá bara heilbrigð börn. Ef það er farið í keisara og mamman er lengi að jafna sig en barnið er heilbriggt. Og allt gekk vel, yfirgnæfir það ekki bara“ (Þóra). Konurnar lýsa hvatningunni sem í því felst að hugsa til barnsins í fæðingunni, að það sé hluti af þessu eðlilega: „Mér fannst rosalega gott í fæðingunni að hugsa einhvern veginn til hennar, því á tímapunkti var ég búin að gleyma að það væri að koma barn“ (Sóley). Sú hugsun veitir styrk: „Þannig að mér fannst einhvern veginn skipta geðveikt miklu máli að vera bara einhvern veginn til fyrir hana. Og þú veist að vera ekki eitthvað þú veist neikvæð eða gefast upp eða eitthvað svona“ (Kría).

Ekki eðlileg fæðing:

Konurnar velta einnig vöngum yfir því hvenær og hvernig fæðing hættir að vera eðlileg – draga upp atriði úr eigin fæðingum sem

þrengja að skilgreiningu og upplifun á eðlilegri fæðingu sem lýsir sér í að „fæðingin er ekki lengur í eigin höndum“. Þar sem hver kona gerir fæðingarreynsluna að sinni eðlilegu fæðingu þá er erfitt að festa reiður á hvenær fæðing hættir að vera eðlileg. Flestar konurnar eru sammála um að stærri inngrip eins og keisaraþæðing sé ekki eðlileg fæðing, en það er þó ekki algilt. Ef konan er búin að láta á það reyna og ekkert gengur: „Þá finnst mér eðlilegt í þeim aðstæðum að fara í keisara“.

Þættir sem þrengja að skilgreiningu um eðlilega fæðingu tengjast ekki alltaf inngripum. Hugmyndin um inngrip virðist í sjálfu sér óeðlileg í huga kvennanna, en ef inngripin túlkast sem viðeigandi í tilteknum aðstæðum rúmast þau innan hins eðlilega. Í langdreginni fyrri fæðingu Kristínar er upplifunin sú að það hafi verið „óeðlilegt“ að biða og gera ekkert: „Ég held bara að ég hefði bara viljað... að það hefði bara verið gert eitthvað. Bara strax held ég... fyrr...“.

Þá má lesa úr sumum frásögnum hvernig reglur heilbrigðisþjónustunnar beina konum í tiltekið ferli. Sunna lýsir til að mynda upplifun af MFS kerfinu og hvernig „kerfið“ væri sjálft búið að skilgreina hið eðlilega: „Og þá voru alls konar reglur, þannig að maður fengi að vera þar skilurðu... þetta var meira eðlilegt eða náttúrulegt heldur en hitt“. Konurnar velta fyrir sér hvort þeim hafi mistekist ef fæðingin er ekki eins og þær höfðu séð fyrir sér – náttúruleg og án verkjalyfja – og vitna í orðræðu þar sem fæðing án verkjalyfja gefur til kynna ákveðna staðalmynd af hinni fullkomnu konu: „Að maður sé ekki kona ef maður bara fer í keisara, en ég held að það séu bara kröfur frá samfélaginu að konur einhvern veginn, bara enn eitt dæmið um að vera ofurkona“ (Kría).

Ítrekað birtist sá þráður að þegar hið eðlilega vikur af leið þá er það ekki inngripíð sjálft sem skilgreinir hvort eitthvað sé eðlilegt, heldur frekar hvernig það kemur til og á hvaða forsendum. Þannig verður konan alltaf að vera í forgrunni og hennar óskir virtar: „Mér finnst það bara ef það er tekið fram fyrir hendurnar á konunni á einhvern hátt...Þá finnst mér hún (fæðingin) hætta að vera eðlileg“ (Sóley).

UMRÆÐUR

Umræðan um hina eðlilegu fæðingu er margþætt, en í greiningarlíkani rannsóknarniðurstaðna birtist heildræn upplifun hverrar konu af sinni fæðingu, hvernig hún les í eigin aðstæður og metur fæðingarreynsluna sem gerir hana að hennar eðlilegu fæðingu.

Þessar niðurstöður eru í samræmi við heildræna ljósmóðurfræðilega nálgun MiMó móðelsins þar sem stutt er við eðlilega fæðingu í fæðingarumhverfinu þar sem umönnun ætti að miðast við konuna sjálfa, hennar þekkingu og upplifun af fæðingarferlinu (Berg og fleiri, 2012). Þetta endurómar einnig niðurstöður úr rannsóknum Hunter (2007) og Kennedy og félagar (2010), þar sem eðlileg fæðing út frá sjónarhóli konunnar mótast af einstaklingsbundinni nálgun og persónulegri upplifun. Þetta er líka í takt við reynslu danskra foreldra af hinni góðu fæðingu - þar sem fram kemur að það er hægt að aðlagast breyttum aðstæðum í fæðingunni ef nærvera og stuðningur starfsfólks er eflandi og nærandi (Bertelson og Gohr, 2005). Slíkan stuðning frá ljósmæðrum upplifa konurnar í þessari rannsókn og það samræmist niðurstöðum annarra varðandi upplifun af fæðingarreynslu (Bohren, Gates, Hofmeyr og Sakala, 2017; Lundgren og fleiri, 2009; Sigurðardóttir og fleiri, 2017).

Það er mikilvægt fyrir konuna að hún eigi sína eigin eðlilegu fæðingu eins og hún kys að skilgreina hana - sem gæti verið fyrir henni góð fæðing (Bertelsen og Gohr, 2006) eða fæðing sem hún er nógu ánægð með (Darra., 2009). Fremur skýrt er í hugum allra kvennanna að eðlileg og náttúruleg fæðing er ekki það sama – inngrip og verkjameðferð með lyfjum skilur þar á milli og þarna virðist vera samhljómur á milli ljósmæðra og kvennanna í rannsókninni. Þegar betur er að gáð reynist það þó ekki niðurneglt, því að rétt eins og ljósmæður hafa þurft að taka til baka skýrar og skorinorðar skilgreiningar um eðlilegar/náttúrulegar fæðingar eru

það ekki endilega inngripin sjálf sem stjórna upplifun af fæðingarreynslunni hjá konunum í þessari rannsókn (Crabbtree, 2009; Darra, 2009; Gould, 2000; Sigrún Huld Gunnarsdóttir, 2014).

Upplifun og mat kvenna á því hvernig inngrip mótar reynslu af því hvort fæðing sé eðlileg, er ein áhugaverðasta niðurstaða rannsóknarinnar. Það vekur athygli að allar konurnar í þessari rannsókn litu svo á að þær hafi átt eðlilega fæðingu að baki – sumar segja náttúrulega fæðingu – þrátt fyrir fjölbreytt inngrip og ólíkar fæðingar. Konurnar lesa í aðstæður, finnst eðlilegt að fá hjálp, í þessari óvissuferð þar sem þeim finnst þær hafa tækifæri til valdefflingar. Upplifunin er þá ekki bútuð niður í „inngrip“ eða „ekki inngrip“ í barneignarferlið, eins og gert er í skrifum innan ljósmóðurfræðinnar (Beech, 2002; Dodwell og Newburn, 2010; Page, 2013; Werkmeister, Jokinen, Mahmood og Newburn, 2008; Waldenström, 2007) í fæðingarskráningum, skilgreiningum félagsamtaka, stofnana eða klínískum leiðbeiningum (Ragnheiður I. Bjarnadóttir og fleiri, 2017; ICM, 2014; Ljósmæðrafélag Íslands, 2000; NICE, 2017). Konurnar hafa tilhneigingu til að líta fram hjá inngripum ef heildarupplifun af fæðingunni er jákvæð. Sóley, Kristín og Ásdís líta til dæmis allar svo á að þær hafi upplifað eðlilega fæðingu – sem samkvæmt þeim er fæðing um fæðingarveg - þrátt fyrir að baki liggi örvun, beljarof og gangsetning. Þannig geta inngrip, samkvæmt reynslu Kristínar og Lóu af mænurótardeyfingum eftir langdregna fæðingu, einmitt orðið til þess að fæðingin verður eðlileg í huga konunnar. Í endurminningu Ásdísar af fæðingu þar sem hún er gangsett upplifir hún ótrúlega sterka reynslu og djúpa tengingu við guðdóminn. Hún er sjálf við stjórn og inngripíð verður aukaatriði. Rannsóknir hafa einmitt sýnt að þegar inngrip eru í hugum konunnar notuð á viðeigandi hátt og ef konan lítur á þau sem nauðsynleg og hefur verið með í ákvarðanatöku – fá þau frekar jákvæða merkingu (Bertelson og Gohr, 2005; Bibeau, 2014; Hidaka og Callister, 2012).

Brautryðjendur í fæðingarþjónustu hafa lýst töfrum náttúrulegra fæðinga þar sem konan sýnir mátt sinn og megin og lífeðlisfræðilegt ferli er ótruflað (Gaskin, 2003; Dick-Read, 1959; Kitinger, 2005; Leap og Hunter, 2016; Steinunn H. Blöndal og Bergrún Svava Jónsdóttir, 2009). Slík reynsla, sem Ásdís og fleiri konur í þessari rannsókn lýsa, hefur verið nefnd valdefling og er ein af röksemdarfærslum fyrir mikilvægi náttúrulegra fæðinga (Hall-dorsdóttir og Karlsdóttir, 1996; Leap og Anderson, 2008; Leap og Hunter, 2016; Leap, Sandall, Buckland og Huber, 2010; Lundgren og fleiri, 2009; Walsh, 2008). Í þessari rannsókn er valdefling hins vegar ekki endilega bundin við eðlilegar eða náttúrulegar fæðingar án inngripa eða fylgikvilla, heldur einnig þegar inngrip þurfa að eiga sér stað. Ein lýsing kvennanna á upplifun eðlilegrar fæðingar er að þá finni hún „sinn eigin sérstaka kraft“ og sá kraftur sé þá ekki endilega bundinn við sjálfkrafa fæðingu án inngripa. Umgjörð áhættufæðingar, stuðningur ljósmóður og virðing fyrir ákvörðunarvaldi konunnar í sjúkrahús-fæðingum getur framkallað valdeflingu, þótt það sé ekki sjálfgefið í þessari rannsókn.

Í meginþæmum greiningarlíkansins er þannig samhljómur inn í fræðilega þekkingu sem tengist fæðingarreynslu, gagnkvæmu sambandi ljósmæðra og kvenna, sársaukaupplifun og stuðningi í fæðingu (Berg og fleiri, 2012; Hodnett, 2002; Bohren og fleiri, 2017; Leap og Anderson, 2008; Lundgren og fleiri, 2009; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009; Karlsdóttir og fleiri, 2013; Karlsdóttir, Sveinsdóttir, Kristjándóttir, Aspelund og Ólafsdóttir, 2018; Sigurðardóttir og fleiri, 2017).

Flestar frumbyrjurnar lýsa því til dæmis að þær hafi hlakkað til fæðingarinnar en þegar á hólminn var komið kom fæðingarreynslan þeim öllum á óvart, sérstaklega sársaukinn en þær fundu hins vegar leiðir til að takast á við hann. Mænurótardeyfing var nefnd sem leið til að upplifun á fæðingunni verði eðlileg og jákvæð. Þessar niðurstöður samrýnast á margan hátt niðurstöðum í nýlegri doktorsritgerð Sigfríðar Ingu Karlsdóttur um væntingar og reynslu af sársauka í fæðingum (Karlsdóttir, 2016).

Konurnar í þessari rannsókn taka flestar meðvitaða ákvörðun um val á fæðingarstað. Þetta er í samræmi við aðrar rannsóknir

(Murray-Davis, McDonald, Rietsman, Coubrough og Hutton, 2014; Ásrún Ösp Jónsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2016). Konurnar sem velja sjúkrahúsfæðingu gera það af því að þær finna þær til öryggis, á meðan sú kona sem velur heima fæðingu segir það vera hluta af sinni lífssýn – að fyrir henni sé fæðing eðlileg. Sjálfstætt val kvenna á fæðingarstað er í takt við kenningar um uppsprettur heilbrigðis eða salutógenesis nálgun (Berg og fleiri, 2012; Down og McCourt, 2008), sem færir öllum ljósmæðrum, sama við hvaða aðstaður þær vinna, tækifæri til að útvíkka ljósmóðurþekkingu sína, sjá heildarsamhengið og mæta konunni þar sem hún er til að styðja hennar eðlilegu fæðingu, úrræði og valdæfingu.

Velta má fyrir sér hvaða áhrif mismunandi sýn læknisfræðinnar og ljósmóðurfræðinnar og ríkjandi menning í barneignarþjónustu hefur á hvernig konurnar í rannsókninni lýsa eðlilegum fæðingum (Berg og fleiri, 2012; Downe og McCourt, 2008; Newnham, McKellar og Pincomb, 2017; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009). Nýleg rannsókn úr íslensku samfélagi bendir til þess að konum finnist þær ekki nógu vel undirbúnar fyrir fæðinguna þrátt fyrir undirbúning á meðgöngu og foreldrafæðslunámskeið (Gottfredsdóttir, Steingrimsdóttir, Björnsdóttir, Guðmundsdóttir og Kristjánsdóttir, 2017). Ennfremur sýnir önnur nýleg rannsókn hérlendis að lítill hluti kvenna sem ekki hafa fætt barn áður, um 10%, treystir sér til að fæða náttúrulega (Swift, Gottfredsdóttir, Zoega, Gross og Stoll, 2017). Þetta leiðir hugann að því hvort og hvernig hin tæknilega nálgun barnseignarferlisins sé orðin ríkari áhrifaþáttur í fæðingar-reynslunni og þar með á sýn kvenna á eðlilega fæðingu.

LOKAORÐ

Meginniðurstaða rannsóknarinnar um að hver kona geri sína fæðingarreynslu að sinni eðlilegu fæðingu er áhugaverð. Hún kallar fram krefjandi spurningar um það hvort gerlegt sé að skilgreina eðlilega fæðingu og hvort allt sé afstætt eða hvort staða fæðinga með hárrí inngrípiðni verði óbreytt og jafnvel ásætlanleg? Í tækniheimi þar sem engin mótstaða er fyrir hendi getur það þá verið ein niðurstaða að það geti talist eðlilegt að konum sé stýrt í keisarafæðingu? Við, höfundar svörum báðum spurningum neitandi.

Krafan ætti að vera sú að eðlileiki sé samhlíða lífeðlisfræðilegu ferli bundinn við hverja einstöku konu og settur í heildrænt samhengi hennar. Góð fæðingarreynsla er á margan hátt eðlileg fæðing þegar konur sjálfar – og ljósmæður – eru spurðar. Jafnvel róttækustu baráttuljósmæður fyrir verndun eðlilegra fæðinga hafa tjáð efasemdir sínar um skýran mælanleika sem miðast við að eðlilegar fæðingar séu án allra inngrípa. Rétt eins og konurnar í þessari rannsókn þá hafa þær upplifað eðlilega fæðingu sem samt hefði ekki verið „mæld“ eðlileg eftir tæknilegum stöðlum eða gæðavísun.

Á þessari vegferð höfum við stöðugt spurt hvort með þessum skrifum séum við að gefa afslátt á eðlilegri fæðingu, nokkuð sem við viljum alls ekki. Um leið viljum við að hlustað sé með næmni og með opnum hug eftir því sem konur sjálfar segja. Niðurstaða okkar er sú að það sé í yfirsetunni og í gagnkvæmu sambandi við konuna og í gæðum þess faglega sambands sem ekki má gefa afslátt. Það er með þeim hætti sem eðlilegar fæðingar verða styrktar og verndaðar, hvar sem þær fara fram, jafnvel inni á hátækisjúkrahúsum. Prófsteynninn er á endanum ekki endilega hvort tiltekið inngríp hafi átt sér stað heldur hvernig, í hvaða samhengi og með hvaða afleiðingum; hvort konan hafi verið styrkt og studd til að takast á við fæðingarferlið, í umhverfi og umgjörð sem henni líður sjálfri vel í, með fólk sér við hlið sem hún treystir og fagmennsku ljósmóðurinnar að leiðarljósi.

HEIMILDASKRÁ

Anderson, T. (2002). Peeling back the layers: a new look at midwifery interventions, *MIDIRS Midwifery Digest*, 12 (2), 207-210.
 Ásrún Ösp Jónsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2016). Reynsla íslenskra feðra af heima fæðingu „Frábær upplifun, algjörlega rétt ákvörðun fyrir okkur“. *Ljósmæðrablaðið*, 96 (1), 7-13.

Beech, B. A. L. og Phipps, B. (2008). Normal birth. Í Downe, S. (ritstjóri). *Normal childbirth: Evidence and debate* (2. útgáfa) (bls. 67-80). Edinburgh: Churchill, Livingstone.
 Beech, B.A.L. (2002). What is normal birth, *AIMS journal*, 13(4), Sótt á: <http://www.aims.org.uk/Journal/Vol13No4/whatsNormalBirth.htm>
 Berg, M., Ólafsdóttir, Ó.A. og Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings, *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3, 79-87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001
 Bertelsen, A.M.H. og Gohr, C. (2006). Den gode fødsel, København: Museum Tusulanums Forlag.
 Bibeau, A.M. (2014). Interventions during labor and birth in the United States: A qualitative analysis of women's experience, *Sexual and Reproductive Healthcare*, 4, 167-173. doi:10.1016/j.srhc.2014.10.003
 Bohren, M.A., Gates, S., Hofmeyr, G. J. og Sakala, C. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5
 Bryar, R. og Synclair, M. (2011). *Theory for midwifery practice* (2. útgáfa). New York: Pallgrave Macmillan.
 Cahill, A.H. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth. An historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 334-342. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x
 Crabtree, S. (2008). Midwives constructing “normal birth.” Í Downe, S. (ritstjóri). *Normal childbirth: Evidence and debate* (bls. 97-116). Edinburgh: Churchill Livingstone
 Darra, S. (2009). “Normal”, “natural”, “good” and “good-enough birth”: examining the concepts. *Nursing inquiry*, 16(4), 297-305. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00467.x
 Dick-Read, G. (2013). *Childbirth Without Fear*. London: Pinter and Martin Ltd.
 Dodwell, M. og Newburn, M. (2010). Normal birth as a measure of the quality of care. Evidence on safety, effectiveness and women's experiences. Sótt á: http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/NormalbirthasameasureofthequalityofcareV3.pdf. doi:10.1016/j.wombi.2010.09.002
 Downe, S. og McCourt, C. (2008). From being to becoming: reconstructing childbirth knowledge. Í Downe, S. (ritstjóri). *Normal childbirth: Evidence and debate* (bls. 3-24). Edinburgh: Churchill Livingstone
 Euro-peristat. (2013). *European perinatal health report, data from 2010*. Sótt á: <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
 Gaskin, I.M. (2003) *Guide to Childbirth*. New York: A Bantam Book.
 Gottfredsdóttir, H., Steingrimsdóttir, Þ., Björnsdóttir, A., Guðmundsdóttir, E.Y. og Kristjánsdóttir, H. (2017). Content of antenatal care: Does it prepare women for birth? (2017). *Sex Reprod Healthc*, 11, 41-46. doi: 10.1016/j.srhc.2016.09.006
 Gould, D. (2000). Normal labour: a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 418-427. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01281.x
 Halldórsdóttir, S. (2000). The Vancouver school of doing phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstj.). *Qualitative methods in the service of health* (bls. 47-81). Lund: Studentlitteratur. Sótt á: <http://staff.unak.is/not/sigridur/The%20Vancouver%20School.pdf>
 Halldórsdóttir, S. og Karlsdóttir, S.I. (1996). Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12, 48-61. doi:10.1016/S0266-6138(96)90002-9
 Háskóli Íslands. (2017). *Hugmyndafræðilegar áherslur náms í ljósmóðurfræði*. Sótt á: <https://ugla.hi.is/kennsluskra/index.php?tab=skoli&chapter=content&id=16824&kennsluar=2010>
 Hidaka, R. og Callister, L.C. (2012). Giving birth with epidural analgesia: The experience of first-time mothers, *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 24-35. doi:10.1891/1058-1243.21.1.24
 Hildur Sólveig Ragnarsdóttir. (2013). Inngríp í fæðingarferlið. Fagleg úttekt. *Loka-verkefni í ljósmóðurfræði*. Háskóli Íslands. Sótt á: http://skemman.is/stream/get/1946/15165/36741/1/HildurSolveig_ritgerd_nytt.pdf
 Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 186(5), 160-72. doi: 10.1016/S0002-9378(02)70189-0
 Hunter, B. (2007). *The all Wales clinical pathway for normal labour: what are the experiences of midwives, doctors, managers and mothers?* Project Report. Swansea: Institute of Health Research, School of Health Science, Swansea University. Sótt á: http://orca.cf.ac.uk/18745/1/NLP_final_report%5B1%...
 Hunter, M. Berg, I. Lundgren, O. A. Ólafsdóttir, og M. Kirkham. (2008). Relationships: the hidden threads in the tapestry of maternity care, *Midwifery*, 24 (2)32–137. doi: 10.1016/j.midw.2008.02.003.
 International Confederation of Midwives (ICM). (2014). International confederation of midwives. Strengthening midwifery globally. Position statement. Keeping birth normal. Sótt á: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_007%20V2014%20Keeping%20Birth%20Normal%20ENG.pdf
 Karlsdóttir, S.I. (2016). Pain in childbirth: Women's Expectations and Experience. (óbirt doktorsritgerð). Reykjavík: Háskóli Íslands.
 Karlsdóttir, S.I., Halldórsdóttir, S. og Lundgren, I. (2013). The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12061
 Karlsdóttir, S.I., Sveinsdóttir, H., Kristjánsdóttir, H., Aspelund, T. og Ólafsdóttir, O.A. (2018). Predictors of women's positive childbirth pain experience: Findings from an Icelandic national study, *Women and Birth*, 31, e178-e184. doi: 10.1016/j.wombi.2017.09.007

Keating, A. og Fleming, V. (2009). Midwives – experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective, *Midwifery*, 25 (5), 518-527. doi:10.1016/j.midw.2007.08.009

Kennedy, H.P., Grant, J., Walton, C., Shaw-Battista, J. og Sandall, J. (2010). Normalizing birth in England: a qualitative study, *Journal Midwifery Health*, 55(3), 262-9. doi:10.1016/j.jmwh.2010.01.006

Kitzinger, S. (2005). *The politics of birth*. Edinburgh: Elsevier.

Kristín Björnsdóttir (2005). *Líkami og sál. Hugmyndir, þekking og aðferðir í hjúkrun*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.

Landlæknir (2012) *Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Markmið-framkvæmd-efirfylgni. Leiðbeiningar embættis fagræðs landlæknis um sjúklingaöryggi* Sótt á: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item19084/Eflum%20gæði%20og%20öryggi%202010113.pdf>

Larkin, P., Begley, C.M. og Devane, D. (2012). “Not enough people to look after you”: An exploration of women’s experiences of childbirth in the Republic of Ireland, *Midwifery*, 28, 98-105. doi:10.1016/j.midw.2010.11.007

Leap, N. og Anderson, T. (2008). The role of pain in normal birth and the empowerment of women. Í Downe, S. (ritstjóri). *Normal childbirth: Evidence and debate* (2. útgáfa) (bls. 29-46). Edinburgh: Churchill, Livingstone.

Leap, N og Hunter, B. (2016). *Supporting Women for Labour and Birth. A thoughtful guide*. London: Routledge.

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., Huber, U. (2010). Journey to confidence: Women’s experiences of pain in labour and relational continuity. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 55(3), 234-42. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.001.

Ljósmaðrafélag Íslands. (2000). *Hugmyndafræði og stefna*. Reykjavík: Ljósmaðrafélag Íslands. Sótt af <https://ljosmaedrafelag.webmaster.is/Assets/Utgafa/Lmfistefnumotun.pdf>

Lundgren, I., Karlsdóttir, S.I., og Bondas, T. (2009) Long-term memories and experiences of childbirth in a nordic context—a secondary analysis, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(2), 115–128. doi: 10.1080/17482620802423414

Murray-Davis, B., McDonald, H., Rietsman, A., Coubrough, M. og Hutton, E. (2014). Deciding on home or hospital birth: Results of the ontario choice of birthplace survey, *Midwifery*, 30, 7, 869-876. doi:10.1016/j.midw.2014.01.008

Newnham, E.C., McKellar, L.V. og Pincombe, J. I. (2017). Paradox of the institution: findings from a hospital labour ward ethnography, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 2-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1193-4>

NICE (2017). *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. National Institute for Clinical Excellence. Sótt á: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>

Ólöf Ásta Ólafsdóttir (2009). Lærdómur af fæðingarsögum. Nærvera, tengsl við konur og þekking ljósmaðra. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar, ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 215-239). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.

Ólafsdóttir, O.A., Kristjansdóttir, H., Halfdansdóttir, B. og Gottfredsdóttir, H. (2018). Midwifery in Iceland: Form vocational training to university education. *Midwifery*, 62, 104-106.

Page, L.A. (2000). *The New Midwifery: Science and Sensitivity*. London: Churchill Livingstone

Page, L. (2013). Midwifery in the UK: How do we move midwifery led care from fringe to mainstream? *Women and Birth*, 26, 165-166. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.07.003>

Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson Þórður Þórkelsson og Eva Jónasdóttir (2017). *Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2015*. Landspítali, Kvenna- og barnasvið. Sótt á <https://www.landspitali.is/default.aspx?pageid=8e5ee741-37cc-48a0-ae95-e25619d05eb3>

Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 269-280). Akureyri: Ásprent Stíll ehf.

Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir. (2013.) Réttmæti og áreiðanleiki í meginlegum og eigindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 211-228). Akureyri: Ásprent Stíll ehf.

Sigrún Huld Gunnarsdóttir (2014). Eðlileg fæðing og fæðingarumhverfið. Skilgreiningar og viðhorf íslenskra ljósmaðra. Fagrýnnirannsókn. *Lokaverkefni í ljósmóðurfræði*. Háskóli Íslands. Sótt á: http://skemman.is/stream/get/1946/18435/43917/1/Eðlileg_fæðing_og_fæðingarumhverfið.pdf

Sigurdardóttir, V.L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Kristjansdóttir, H., Sveinsdóttir, H. og Gottfredsdóttir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30, 450-459. doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003

Sigurður Kristinnson (2013) Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71-88). Akureyri: Ásprent Stíll ehf.

Sigurlína Davíðsdóttir. (2013.) Eigindlegar eða meginlegar rannsóknaraðferðir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 229-238). Akureyri: Ásprent Stíll ehf.

Smith, J., Plaat, F. og Fisk, N. (2008). The natural caesarean: A woman-centred technique. *Bjog*, 115, 1037–1042. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x

Steinunn H. Blöndal og Bgrún Svava Jónsdóttir. (2009). Svipmynd – Hulda Jensdóttir: Ég sá barn fæðast. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstj.) *Lausnarsteinar ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 115-122). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.

Swift, E.M., Tomasson, G., Gottfredsdóttir, H., Einarsdóttir, K. og Zoega, H. (2018). Obstetric interventions, trends, and drivers of change: A 20-year population-based study from Iceland, *Birth*, 1-9. doi.org/10.1111/birt.12353

Swift, E.M., Gottfredsdóttir, H., Zoega, H., Gross, M.M., og Stoll, K. (2017). Opting for natural birth: A survey of birth intentions among young Icelandic women, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 41-46. doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.006

Wagner, M. (1994). *Pursuing the Birth Machine*. Campertown NSW: ACE Graphics.

Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and birth*, 20, 175-180. doi:10.1016/j.wombi.2007.08.004

Walsh, D. (2008) Promoting normal birth. Í Downe, S. (ritstjóri). *Normal Childbirth, Evidence and Debate* (2. útgáfa) (bls. 175-188). Edinburgh: Churchill, Livingstone.

Werkmeister, G., Jokinen, M., Mahmood, T. og Newburn, M. (2008). Making normal labour and birth a reality – developing a multi disciplinary consensus, *Midwifery*, 24, 256-259.

Wickham, S. (2002). The art of questioning, *Midwifery Today*, 63, 42-43. Sótt á: <http://sarawickham.com/wp-content/uploads/2011/10/b1-the-art-of-questioning.pdf>

WHO (World Health Organisation) (1996). *Care in Normal Birth: A practical guide*. Geneva. Sótt á: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/who_frh_msm_96.24.pdf

VILTU ÚTVISTA UT REKSTRINUM?



FRAMTÍÐIN ER UPPLÝSINGATÆKNI
Við viljum vera fyrsta val viðskiptavina í upplýsingatækni, skilja viðfangsefni þeirra, veita framúrskarandi þjónustu og bjóða snjallan lausnir.

origo.is **.origo.**

AÐVENTUFERÐIR

Njóttu aðventunnar við ilm af piparkökum og jólaglöggi með Bændaferðum



Upplifðu
jólastemningu
í Glasgow eða
í Dublin



Bókaðu núna á baendaferdir.is

Sími 570 2790 | bokun@baendaferdir.is | Síðumúla 2, 108 RVK

baenda
FERÐIR

Spj. ehf.

ÁN OFNÆMIS- VALDANDI EFNA

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

40 ÞVOTTAR Í 2 KG PAKKA

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

MILT
HREIN TILVERA



FARÐU MILDUM HÖNDUM UM ÞIG, ÞVOTTINN OG UMHVERFIÐ

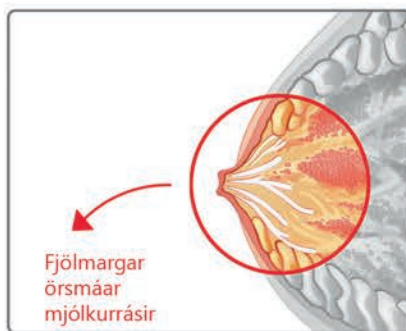
Frábær nýjung fyrir foreldra – eftir forskrift náttúrunnar

Það eru breyttir tímar: í auknum mæli tekur nú öll fjölskyldan þátt í því að skipta um bleyjur, líta á eftir barninu og gefa því næringu. Afar og ömmur, bræður og systur gegna nú æ mikilvægara hlutverki í lífi nýja fjölskyldumeðlimsins, sérstaklega fyrstu mánuðina. Kostirnir eru augljósir – ef móðirin þarf að bregða sér frá eða, eftir aðstæðum, getur ekki gefið brjóst, verður að sjálfsögðu samt að vera hægt að sinna barninu vel. Það er á þeim stundum sem nauðsynlegt er að eiga góðan pela sem gerir allri fjölskyldunni kleift að gefa barninu mjólk með sem eðlilegustum hætti.



Eftir miklar rannsóknir og nána samvinnu við sérfræðinga, hefur teymið hjá NUK þróað nýja NUK Nature Sense pelann sem öll fjölskyldan getur notað til að gefa barninu. Vegna þess hve pelinn líkir vel eftir brjósti móðurinnar er hægt að sameina brjóstagjöf við notkun pela og taka því börn við pelanum um leið!

Mörg örmsmá göt gera gæfumuninn: nýleg vísindarannsókn sýndi að mæður sem gefa brjóst eru með að meðaltali 7,6 virkar mjólkurrásir. Talan hækkar jafnvel eftir því sem þær eignast fleiri börn. Með það að markmiði að komast jafnvel enn nær náttúrunni, þróaði því NUK túttu með mörgum örmsmáum



götum - líkt og mjólkurrásirnar í brjósti móður - sem gera NUK Nature Sense að fyrsta pelanum sem gerir 98% barna kleift að njóta kunnuglegrar upplifunar og þegar þau drekka úr pela, og sem umfram allt gefa náttúrulegt streymi. Þessi jákvæðu upplifun er staðfest af mæðrum en könnun sýndi að 99% þeirra myndu mæla með NUK Nature Sense pelanum.

Með breyttum þörfum, breytist pelinn einnig: túttan á NUK Nature Sense pelana er fánleg í útgáfum með mismunandi fjölda örmsmárra gata - fyrir brjóstamjólk og einnig aðra þykkari vökva. Eftirþvísambarnið stækkar "stækkar" pelinn einnig: fánlegar eru túttur fyrir börn frá 0-6 og 6-18 mánaða aldri sem skipta má um með auðveldum og einföldum hætti. Pelinn er úr hágæða pólýprópýlen (PP) og er BPA-frír.



Fyrir kunnuglega upplifun að forskrift móður náttúru

- **Örmsmáu götin**
miðast við mjólkurrásirnar í brjósti móður og tryggja jafnt og náttúrulegt streymi.
- **Mjúkur endi túttunnar**
er einkar sveigjanlegur og lagar sig að munni barnsins með svipuðum hætti og geirvartan.
- **Breið, sveigjanleg túttan**
gefur barninu kunnulega upplifun sem svipar til brjóstagjafar.
- **NUK Anti-Colic loftventillinn**
veitir jafnt streymi og kemur í veg fyrir að barnið gleypi loft og upplifi þannig óþægindi.

Þessir og aðrir sérstakir eiginleikar gera nýja NUK Nature Sense að besta pelanum sem NUK hefur boðið upp á. **Fræðstu** nánar um þessa eiginleika á www.nuk.de

Prófað af mæðrum:

- 99% myndu mæla með nýja NUK Nature Sense pelanum.
- 98% staðfesta að upplifun barnsins er náttúrulegri.
- 92% barna taka við nýja pelanum.

Mælt með af barnalæknum og ljósmæðrum:

- 96% staðfesta að vökvi streymir með svipuðum hætti og ef um brjóst móður væri að ræða.
- 98% staðfesta mykt og tilfinning er nánast líkt og barninu væri gefið brjósti.

YFIRSLÝSING NORÐURLANDA-SAMTAKA LJÓSMÆÐRA

Norðurlandasamtök ljósmæðra (NJF - Nordiske Jordemoderforbund) hafa sent frá sér yfirlýsingu sem hvetur ljósmæður á Norðurlöndum til að efla þjónustu, kynna nýjungar og veita gæða umönnun, til ávinnings fyrir og á forsendum kvenna, barna, og fjölskyldna í kynheilbrigðis- og barn-eignarþjónustu. Yfirlýsingin var samþykkt á stjórnarfundum sem haldinn var í Færeyjum nú á vordögum. Öll ljósmæðrafélögin eru sammála um að með tíð og tíma geti hvert ljósmæðrafélag þýtt og staðfært boðskapinn.

Gert er ráð fyrir að vandað verði til verksins í hverju landi en uppruna-legt skjal skal vera á ensku. Mikill fengur er að þessari sameiginlegu staðhæfingu norrænu ljósmæðrafélaganna og eiga þær Hildur Kristjáns-dóttir formaður NJF og Áslaug Valsdóttir okkar formaður, þakkir skyldar fyrir þeirra mikilvæga framlag. Hér að neðan er yfirlýsingin kynnt en spennandi verður verður að taka þátt í og fylgjast með hvernig hún nýtist í faglegri stefnumótun ljósmæðra á Norðurlöndum og á heimsvísu.



Confederation of the Nordic Midwives Associations

STATEMENT 2018

The world community looks to Midwives in the Nordic countries to innovate, show best practice and put women and babies at the center of care.

We call on each of the Nordic governments to deliver on the following initiatives to strengthen midwifery, enabling midwives to provide quality care for women and their families within sexual and reproductive services.

1. Every woman should have access to a midwife throughout her life cycle, including:

- Sexual counselling
- Pre-pregnancy
- Throughout pregnancy
- During labor and birth
- After birth according to her needs
- Women's health counselling

Access should be provided regardless of citizenship/residency status.

2. Midwifery care should promote normal labor and birth, based on evidence (quantitative and qualitative studies as well as best practice) and women's individual choices and needs.

3. Every pregnant woman should have access to continuity of midwifery care and carer. This is a key strategy in a) promoting better maternity outcomes and b) addressing workforce issues.

4. Midwifery education and regulation should be based on a Direct Entry 5-year master's program. Strengthening Nordic midwifery education will enable midwives to fulfill the potential of midwifery in the Nordic countries and internationally.

5. A funding model for individualized maternity care should be used. The current funding model promotes medicalized, and/or centralized maternity care including birth care which adversely impact the health and wellbeing of mothers and babies.

LOKAVERKEFNI Í LJÓSMÓÐURFRÆÐI SEM KYNNT VORU Í MÁLSTOFU 25. MAÍ 2018

HÆGT ER AÐ NÁLGAST ÖLL VERKEFNIN Á VEFSLÓÐINNI: WWW.SKEMMAN.IS

NEMANDI	HEITI VERKEFNIS	LEIÐBEINANDI
Kristín Gréta Bjarnadóttir	Ungar mæður og barneignarferlið	Hildur Sigurðardóttir
Aníta Rut Guðjónsdóttir	Helstu aukaverkanir mænurótardeyfingar í fæðingu	Berglind Háldánsdóttir
Rakel Óskarsdóttir	Áhrif utanbastdeyfingar á brjóstagið	Berglind Háldánsdóttir
Marín Björg Guðjónsdóttir	Kynferðislegt ofbeldi og áhrif þess á barneignarferlið	Ólög Ásta Ólafsdóttir
Íris Ósk Egilsdóttir	Upplifun kvenna af innri skoðunum í fæðingu	Berglind Háldánsdóttir
Hulda Lind Eyjólfsson	Umskurður kvenna: Áhrif á fæðingu og fæðingarhjálp	Ólög Ásta Ólafsdóttir
Edythe Laquindanum Mangindin	Að brúa bilið í barneignarþjónustu: Dúlur samfélags kvenna af erlendum uppruna	Ólög Ásta Ólafsdóttir
Sigurveig Ósk Pálsdóttir	Nálastungumeðferð ljósmæðra og stuðningur við eðlilegt fæðingarferli.	Ólög Ásta Ólafsdóttir
Margrét Inga Gísladóttir	Hvaða þættir hafa áhrif á upplifun feðra af fæðingu?	Berglind Háldánsdóttir
Una Kristín Guðmundsdóttir	Reynsla íslenskra kvenna af hópmeðgönguvernd	Emma M. Swift og Helga Gottfreðsdóttir
Inga María Hlíðar Thorsteinsson	Reynsla íslenskra feðra af hópmeðgönguvernd	Emma M. Swift og Helga Gottfreðsdóttir



Verðandi ljósmæður og kennarar eftir málstofuna 2018.

50 ÁRA AFMÆLI NLMFÍ

OG 5. MAÍ RÁÐSTEFNA LJÓSMÆÐRA 2018

Norðurlandsdeild Ljósmaðrafélags Íslands (NLMFÍ) heldur upp á 50 ára afmæli sitt á þessu ári. Í tilefni þess var 5. maí ráðstefna Ljósmaðrafélagsins haldin á Akureyri sem um það bil 70 ljósmaður sóttu. Dagskrá ráðstefnunnar var fjölbreytt og metnaðarfull og sýndi vel mikla grósku í fræðasamfélagi ljósmaðra á Íslandi sem sómi var að á alþjóðavísu, með upplýsingum um nýjustu þekkingu til að efla barneignarþjónustu og kynheilbrigði.

Gestafyrirlesari að þessu sinni var dr. Elizabeth C. Newham, sem er frá Ástralíu en hún gegnir nú stöðu við Trinity Háskólann í Dublin. Elizabeth hefur nýlega ásamt samstarfsfólki gefið út áhugaverða bók um mannúðarstefnu og menningu fæðinga í sjúkrahúsumhverfi (Newham, E, McKellar, L, Pincombe, J. (2018). Towards the humanisation of birth: a study of epidural analgesia and hospital birth culture, London, Palgrave MacMillan).

Afmælisveisla með hátíðarkvöldverði, skemmtidagskrá og diskóteki var svo haldinn á Hótel KEA. Við þetta tilefni var Inga Magnúsdóttir gerð að heiðursfélaga NLMFÍ. Áður höfðu Ása Marinósdóttir og Heba Ásgrímsdóttir hlotið sama titil. Allar þrjár teljast til stofnfélaga Norðurlandsdeildarinnar og starfa með félaginu enn í dag. Núverandi stjórn NLMFÍ skipa: Birgitta Nielsdóttir formaður, Tinna Jónsdóttir varaformaður, Hrafnhildur Ævarsdóttir gjaldkeri, Kristín Hólm Reynisdóttir ritari og Heiður Sif Heiðarsdóttir meðstjórni.

Birgitta Nielsdóttir, formaður hélt afmæliserindi og sagði meðal annars: Deildin var stofnuð af fimmtán ljósmaðrum af Norðurlandi sem



Veislustjórar Heiður Sif Heiðarsdóttir og Edda Guðrún Kristinsdóttir með formann Norðurlandsdeildar, Birgitta Nielsdóttir á milli sín.

komu saman 30. júlí 1968, eftir að bréf hafði borist frá Ljósmaðrafélagi Íslands, þess efnis að æskilegt væri að sett yrðu á stofn fjórðungs-sambönd innan vébanda félagsins. Fyrsti formaður var kosin Ingibjörg Björnsdóttir, þáverandi yfirljósmodir á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Aðrir stjórnarmeðlimir voru Margrét Þórhallsdóttir varaformaður, Ása Marinósdóttir ritari, Guðríður Ármannsdóttir og Heba Ásgrímsdóttir félagsins voru til að mynda haldnir á hennar heimili.

Margrét Þórhallsdóttir tók síðar við formennsku NLMFÍ árið 1971 og gegndi formennsku lengst allra formanna, í alls 14 ár. Auk formennsku gengdi hún öðrum störfum innan félagsins og var ákaflega ósérhlífín og dugleg í að berjast fyrir ýmsu, ljósmaðrum til heilla. Margir fundir félagsins voru til að mynda haldnir á hennar heimili.

Fyrstu árin voru fjórir fundir haldnir á ári hverju en nú hin síðari ár eru þeir tveir, aðalfundur og jólafundur. Hefur Norðurlandsdeildin látið sig ýmislegt varða og voru ljósmaður ötulur hin fyrstu ár í gerð og söfnun basarmuna sem ýmist voru sendir til félagsins í Reykjavík eða seldir á Akureyri til hinna ýmsu góðgerðamála. Gaf NLMFÍ m.a. dýnur, sængur, dýnuver í barnarúm og „doppler“ til fæðingardeildar sjúkrahússins á Akureyri. Fræðslumál hafa verið NLMFÍ ofarlega í huga og hefur deildin staðið fyrir fjölbreyttri fræðslu bæði fyrir félaga sína og almenning.

Ljósmaðrablaðið óskar Norðurlandsdeild Ljósmaðrafélagsins til hamingju með afmælið og þakkar norðanljósmaðrum fyrir móttökur, frábæra ráðstefnu og skemmtun.



Heiðurs- og stofnfélagar Norðurlandsdeildar NLMFÍ. Ása Marinósdóttir, Heba Ásgrímsdóttir og Inga Árnadóttir.



Gaman hjá Norðanljósmaðrum.

DUGNAÐUR LJÓSMÆÐRA

Þegar ég ákvað að láta gamlan draum rætast og læra ljósmóðurfræði óraði mig ekki fyrir því, að á þeim tíma sem ég myndi útskrifast yrði erfitt fyrir mig að fá vinnu og enn síður óraði mig fyrir því að ég myndi láta starfið svo frá mér átta árum síðar vegna kjarabaráttu stéttarinnar.

En lífið er stundum snúið og þegar ég fór að hugsa málið og spyrja sjálfa mig um ástæðuna fyrir þessu öllu saman er erfitt að finna eitthvert eitt svar því það eru margar ástæður sem fléttast saman.

Ég var búin að starfa sem hjúkrunarfræðingur í 16 ár og öðlast mikla reynslu á því sviði þegar ég ákvað að fara í áframhaldandi nám og það í ljósmóðurfræði. Þegar ég var lítil selpa heyrði ég pabba minn heitinn segja mér margar hetjusögur af móður hans Ingibjörgu (sem ég er reyndar skirð eftir með seinna nafni). Hann sagði mér að amma Ingibjörg hefði nánast verið eins og ljósmóðir, hún hafi hjálpað mörgum, bæði konum og dýrum með afkvæmin sín. Systir ömmu, Þórunn Jónsdóttir frá Vestur- Landeyjum hafði lært ljósmóðurfræði og unnið sem slík í Rangárvallasýslu í mörg ár og tekið á móti hundruðum barna. Í frásögn um Þórunni er sagt „Hún lagði allt sitt í ljósmóðurstarfið, hjarta, hönd og sál, og heppnaðist svo vel, að með afbrigðum má teljast.“ (Íslenskar ljósmæður, 3.bindi). Ætli þessa setningu megí ekki segja um marga ljósmóðurina enn þann dag í dag?

Pabba vöknadi um augu þegar hann sagði mér sögur af mömmu sinni og Þórunni frænku, sagði þær báðar hafa verið mikla kvenskörung, duglegar, útsjónarsamar og með hlýjar og sterkar hendur en þetta með hendurnar fannst honum vera lýsanir fyrir góða ljósmóður. „Ingibjörg mín (hann kallaði mig ávallt seinna nafni), þú ert svo lík henni ömmu þinni, þú ættir að verða ljósmóðir. Þú ert bógóð, dugleg og útsjónarsöm eins og hún amma þín var.“

„Dugnaður“ já mig langar að staldra þar við í þessum hugleiðingum mínum.

Ég hef verið viðloðandi fæðingarþjónustu Landspítala frá því að ég byrjaði í ljósmóðurfræði en það var á því herrans ári 2008. Það ár í september voru ljósmæður nýbúnar að landa kjarasamningi eftir að hafa staðið í kjaradeilu það sumar. Mánuði síðar eða í okt. 2008 biður svo forsætisráðherra landsins Guð að blessa Ísland. Hrun var skolið á. Við ljósmæðranemarnir urðum strax varar við niðurskurð og yfirvinnubann á Landspítalanum og síðar algjört ráðningarbann. Þá fylgdu umst við með ljósmæðrum spítalans standa vaktina og bógóðar voru þær þegar þær voru beðnar að skipta vöktum því ekki mátti bjóða út aukavaktir þegar einhvern vantaði í vinnu, það var yfirvinnubann. Yfirvinnubann sem ákveðið var af hálfu spítalans og höfðu ljósmæður ekkert um það bann að segja. Ljósmæðurnar hins vegar sýndu vinnuveitanda sínum mikla hollustu og skiptu vöktum til að hafa fullmannaðar vaktir og ógna ekki öryggi skjólstæðinga. Með miklum dugnaði tóku þær þátt í þeim sparnaði sem spítalinn lagði upp með og sýndu þar ómetanlega hollustu.

Ráðningarbann var við spítalann við útskrift mína úr ljósmóðurfræði og í fyrsta sinn þurftu íslenskar ljósmæður að horfast í augu við atvinnuleysi og jafnvel að þeim gæti verið sagt upp. Fyrir lá að skera allsstaðar niður í heilbrigðiskerfinu. Í framhaldi var fæðingarstöðum enn fækkað víða um land og fæðingarþjónusta við konur úti á landi skert verulega. Aukin áhersla var á að hafa fæðingarþjónustu á einum stað á landinu þ.e. í Reykjavík n.t.t. á Landspítala. Hefur álagið þar því aukist gríðarlega á undanföllum árum. Ljósmæðrahollin sem útskrif-



Guðrún Ingibjörg
Gunnlaugsdóttir, ljósmóðir

uðust 2009 og til dagsins í dag hafa átt erfitt með að fá fasta vinnu sem ljósmæður og hafa þurft að vera ýmist í lausráðningu, tímabundinni ráðningu eða í lítilli prósentuvinnu.

Það var svo árið 2015 að ljósmæður reyndu að ná fram kjarabót og þá með því að fara í svokallað „hlutaverkfall“ sem endaði með því að við ljósmæður fengum á okkur kjaradóm og urðum flestar fyrir verulegri tekjuskerðingu á verkfallstíma þrátt fyrir að hafa skilað okkar vinnu.

Ég held að við getum allar verið sammála um það að þá hafi ljósmóðurhjartað brostið. Hefur ekki heilt um gróið, sem von er, því þessu máli er enn ekki lokið fyrir Hæstarétti. Nú, þremur árum síðar erum við aftur á sama stað og stöndum í mjög erfiðri baráttu sem líka tekur á innan okkar raða, við erum ekki alltaf sammála um leiðir til að fá réttmæt kjör og launaleiðréttingu. En við verðum að halda áfram að berj-

ast, þar sem enn vantar í launumslag okkar og ekki er komið til móts við kröfur okkar vegna menntunar, ábyrgðar og álags í starfi. Þegar upp er staðið skiptir þessi barátta líka máli fyrir öryggi barnshafandi kvenna og fjölskyldur þeirra. Skiptir máli fyrir framtíðina.

„Ljósmæður eru að bugast“ „Ljósmæður segja upp“ „Ekkert þokast í kjaradeilu ljósmæðra“ „Þungt hljóð í ljósmæðrum“, „Ljósmæður hafna samningi“. Þetta eru allt fyrirsgnir í blöðum á undanföllum vikum og mánuðum og við berjumst hart áfram.

Mér hefur fundist hreint magnað að fylgjast með förnfýsi ljósmæðra á mínum vinnustað undanfarna mánuði og ár. Ljósmæður virðast alltaf vera tilbúnar að bæta á sig vinnu, hlaupa hraðar og koma til starfa hvenær sem kallað er, á öllum tímum sólarhrings og vinna þannig umfram vinnuskyldu sína. Þetta hefur verið vegna tímabundis álags á deildum spítalans eða vegna veikinda. Afhverju erum við svona bógóðar, duglegar og ósérhlífna? Jú líklega er það þessi brennandi áhugi fyrir starfinu og að það sé hægt að höfða til samvisku okkar. Er þessi förnfýsi vegna hollustu við vinnuveitandann okkar ríkið, sem á undanföllum árum hefur farið skammarlega illa með ljósmæður eða erum við fyrst og fremst að standa vörð um verðandi foreldra og passa að starfssystur okkar verði ekki fyrir hugsanlegum skaða vegna álags?

Er þessi dugnaður og förnfýsi nú að keyra okkur um koll? Er ljósmæður að vinna frá sér heilsuna? Eða eru ljósmæður sem eru hrein kvennastétt, hreinlega orðnar svo þreyttar á sál og líkama eftir kjarabaráttu um aldir, eins og sagan segir okkur? Er þetta ástæðan fyrir því að ljósmæður eru nú að hverfa úr starfi og segja upp? Margar spurningar leita á hugann.

Hvenær er förnfýsi og dugnaður okkar orðinn of mikill? Hvaða afleiðingar hefur langvarandi álag og undirmönnun á okkur sjálfar, líkamlega og andlega? Og á starfsánægju okkar? Á hvaða tímupunkti verða hagsmunir vinnuveitanda framar stéttarinnar og okkar eigin? Það er enginn annar sem passar uppá heilsu okkar nema við sjálfar. Við sem erum í vaktavinnu verðum að virða hvíldartímaákvæðið og ganga ekki svo á okkur að við bugumst. Til að svo megí vera verðum við líka að fá réttmæt laun fyrir sanngjarnan vinnutíma svo við þurfum ekki að keyra okkur á bólakaf.

Ég vil vera stolt ljósmóðir, starfað sem slík og geta lifað af mínum launum en það að vera „bógóð og dugleg“ er kannski ekki eins eftirsóknarvert í mínum huga í dag eins og það var þegar pabbi var að segja mér hetjusögur og hvetja mig í æsku til að verða ljósmóðir. Hvað hefði pabbi heitinn sagt við mig í dag?



LSR

Lífeyrisréttindin þín

Þekkir þú réttindi þín hjá **LSR**?

- Ellilífeyrir ævilangt
- Örorkulífeyrir komi til tekjutaps vegna sjúkdóms eða slyss
- Maka- og barnalífeyrir
- Viðbótarlífeyrissparnaður

Vertu velkomin(n) í ráðgjöf
um lífeyrismál.



LSR

Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

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

www.lsr.is