

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 2. tbl. 87. árg. Desember 2009
– Journal of the Icelandic Midwives Association –



Fræðsla um fósturskimanir
Ljósmeður við ómskoðanir
Stofnun fagdeildar heimaþjónustu
Atvinnulausar ljósmeður



HUGSAÐU VEL UM HÚÐINA

- Húðin okkar er viðkvæm og veðráttan á Íslandi getur verið húðinni erfið.
- Decubal viðheldur heilbrigði og ferskleika húðarinnar – allt árið um kring.
- Kynntu þér eiginleika Decubal og kveddu þurra húð.

DECUBAL 
KVEÐJUM ÞURRA HÚÐ



ÞÚ FÆRÐ DECUBAL
Í NÆSTA APÓTEKI



Ljósmaðrablaðið gefið út af
Ljósmaðrafélagi Íslands
Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími: 564 6099 Fax: 588 9239
Netfang: lmfi@ljosmaedrafelag.is
Heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is/felag

Ábyrgðarmaður
Guðlaug Einarsdóttir
formadur@ljosmaedrafelag.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd
Bergrún Svava Jónsdóttir, ritstjóri,
S. 696 0888 bergrunjons@hotmail.com
Valgerður Lísa Sigurðardóttir,
valgerds@landspitali.is
Hrafnhildur Ólafsdóttir,
hrafno@internet.is

Ritstjórn fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
olofol@hi.is
Helga Gottfreðsdóttir,
helgagot@hi.is
Sigríður Inga Karlsdóttir,
inga@unak.is

Myndir
Bára H. Jóhannsdóttir
Bergrún S. Jónsdóttir
Hildur A. Ármannsdóttir
Myndir úr myndasafni
Fósturgreiningardeildar LSH

Auglýsingar
Vokal ehf.
S. 866-3855

Umbrot og prentvinnsla
Stafræna prentsmiðjan

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

Forsiða
Mynd frá Fósturgreiningardeildar LSH

ISSN nr: 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórapistill
- 6 Ávarp formanns LMFÍ
- 8 Annar doktorinn okkar
– um dr. Helgu Gottfreðsdóttur
- 9 Fræðsla um fósturskimun og samskipti verðandi foreldra við heilbrigðisstarfsfólk á fyrstu vikum meðgöngu
- Ritrýnd grein - Helga Gottfreðsdóttir
- 15 Ljósmaður við ómskoðanir í 25 ár
María Jóna Hreinsdóttir og Ólafía Margrét Guðmundsdóttir
- 21 Eiga ljósmaður að ómskoða á meðgöngu?
Kristín Rut Haraldóttir
- 26 Stofnun fagdeildar heimaþjónustu innan LMFÍ
- 27 Störf fræðslunefndar veturinn 2008 – 2009
- 28 Íslensk ljósmóðir í Connecticut
Halla Björg Lárusdóttir
- 30 Atvinnulausar yfirsetukonur
Hildur A. Ármannsdóttir
- 32 Valkeisaraskurðir á Landspítala
Guðrún Halldórsdóttir og Rannveig Rúnarsdóttir
- 33 Húfuverkefni Kvenfélagasambands Íslands
Hildur Helga Gísladóttir
- 34 Líf eftir starfslok. Hvernig er að fara á eftilaun – Hugleiðingar ljósmóður
María Björnsdóttir



Ritstjórapistill

Nú er enn eitt árið að líða í aldanna skaut. Ársins 2009 mun án efa vera minnst í sögubókum framtíðarinnar sem ár mikilla sviptinga og hafa ljósmæður ekki farið varhluta af því frekar en aðrir. Töluverðar breytingar hafa orðið innan skipulags heilbrigðisþjónustunnar með breyttum áherslum sem hafa ekki hvað síst komið til vegna tíðra skipta í ráðherrastóli í heilbrigðisráðuneytinu. Með nýju fólki koma jafnan nýir síðir og þegar skiptin eru jafn ör og dæmin sanna þá er oftast ekki von á góðu. Við búum nú við þriðja heilbrigðisráðherrann á þessu ári og sér ekki enn fyrir endann á þeim sviptingum sem geysa nú um heilbrigðisþjónustuna. Okkur ljósmæðrum er það hjartans mál að standa vörð um þjónustu við barneignarferlið í heild sinni og munum gera allt sem í okkar valdi stendur til að sú þjónusta sem hefur náðst hefur að byggja upp á undanförunum árum verði ekki skert.

Ljósmæðrafélagið lét þó umræðu um kreppu ekki slá sig út af laginu og hélt veglega upp á 90 ára afmæli félagsins með ráðstefnuhaldi, hátíðaraðalfundi, bókaútgáfu og síðast en ekki síst með glæsilegu afmælishófi þar sem ljósmæður víðs vegar af landinu skemmtu sér. Þetta er nú ekki í fyrsta sinn sem félagið fer út í bókaútgáfu og voru í upphafi á lofti efasemdir um að ekki stærra félag en okkar gæti staðið undir útgáfu svona veglegrar bókar. Frá því að ritnefndin tók til starfa á haustmánuðum 2007 þar til bókin kom út breyttist fjárhagslegt landslag okkar svo um munaði og það varð fljótt ljóst að erfiðar yrði að fjármagna útgáfuna en ráð var fyrir gert. Þá ákvað ritnefndin að leita til ljósmæðra til að styrkja útgáfuna og tók stéttin svo vel við sér að allt útlit er fyrir að útgáfa bókarinnar komi til með að standa undir sér og jafnvel gott betur en það.



Bergún Svava Jónsdóttir
ritstjóri Ljósmæðrablaðsins

Að þessu sinni birtast í blaðinu þrjár greinar sem fjalla um fósturgreiningar frá mismundandi sjónarhornum. Í ritrýndri grein fjallar Helga Gottfreðsdóttir um þá fræðslu sem foreldrum stendur til boða varðandi fósturskimanir á fyrstu vikum meðgöngu og er margt athyglisvert sem kemur fram í þeirri grein. Augljóst er að ýmislegt má betur fara og þurfum við ljósmæður að vera tilbúnar til að endurskoða okkar vinnubrögð til þess að sem allra flestir foreldrar geti tekið upplýsta ákvörðun varðandi fósturgreiningar.

Í grein sinni um ómskoðanir ljósmæðra í 25 ár fjalla þær María J. Hreinsdóttir og Ólafía M. Guðmundsdóttir um þann mikla þátt ljósmæðra í sögu ómskoðana á meðgöngu. Þessi grein átti að birtast í vortölublaði Ljósmæðrablaðsins en röð atvika gerði það að verkum að greinin birtist ekki þá. Bið ég hlutaðeigandi, fyrir hönd ritnefndar blaðsins, innilega afsökunar á því. Hún birtist okkur nú og fjalla María og Ólafía um sögu ómskoðana og er með ólíkindum hvað þeirri tækni hefur fleygt fram. Fram kemur að fyrstu tækin

séu nú geymd á Lækningaminjasafninu á Nesstofu en það segir meira en mörg orð um þá miklu framfarir sem orðið hafa á þessu sviði.

Í verkefni Kristínar Rutar Haraldsdóttur, ljósmóður í námskeiðinu í Inngangi í ljósmóðurfræði, er því m.a. velt upp hvort rétt sé að ljósmæður sjái um ómskoðanir hjá verðandi mæðrum eða hvort betra sé að aðrir, t.d. læknar eða ómtæknar, sjái um þessar skoðanir.

Íslenskar ljósmæður hafa í gegnum tíðina verið duglegar við að kanna nýjar slóðir og segir Halla Björg Lárusdóttir okkur frá störfum sínum í Bandaríkjunum. Þar er greinilega margt með öðrum hætti en við eigum að venjast bæði hvað varðar vinnulag heilbrigðisstarfsfólks og væntingar skjólstaðinganna. En við þurfum nú ekki að leita út fyrir landsteinanna til að finna áður óþekktar slóðir. Sú ótrúlega staða kom upp í haust að íslenskar ljósmæður þurftu að skrá sig atvinnulausar. Hildur Ármannsdóttir, er ein þessara ljósmæðra og deilir með okkur vangaveltum sínum um framtíðina og stöðuna eins og hún birtist henni í upphafi starfsferils hennar sem ljósmóður. María Björnsdóttir, ljósmóðir, er hætt störfum og þarf ekki að óttast atvinnuleysi. Í hugleiðingum sínum um árin eftir starfslok kemst hún að því að það er með öllu óþarft að sitja með hendur í skauti og bíða eftir því að elli kerling nái yfirhöndinni. Það er sem fyrr engin lognmolla í kringum Maríu og enn hefur henni ekki gefist tími til að ganga frá myndum inn í albúm – hún gerir það kannski þegar hún verður gömul.

Fyrir hönd ritnefndar sendi ég ljósmæðrum öllum og fjölskyldum þeirra bestu óskir um gleðilega jólahátíð og farsæld á komandi ári



Arion banki



GÖNGUM HREIN TIL VERKS

Með hreinlæti er hægt að hafa mikil áhrif á það hvort sjúkdómar dreifist milli fólks. DÚX hreinlætisvörurnar frá Mjöll Frigg eru áhrifaríkar en mildar og fara vel með húð og hendur. DÚX hreinlætisvörurnar hafa verið notaðar á sjúkrahúsum og heilbrigðisstofnunum árum saman og reynst vel. DÚX vörulínan fæst einnig í minni einingum sem henta vel til notkunar á heimilum. DÚX sótthreinsar, mýkir, verndar og græðir.

Að vera eða ekki vera (með skurðstofu) – það er efinn

Íslenskar ljósmæður kalla nú ekki allt ömmu sína og hafa sinnt starfi sínu öld fram af öld í gegnum dynti lands og þjóðar. Eitt er að hafa næði til að standa sína plikt gagnvart skólstæðingum sínum og veita þeim það besta öryggi sem þekking hvers tíma boðar. Öllu erfiðara er að fá tæplega stundlegan frið til þessa fyrir þráfelldum áherslubreytingum heilbrigðisvirkvalda sem berast undan pólitískum sviptivindum, skaðlegri fyrir heilbrigðisþjónustu landsins en ef væru þeir vindar af náttúru völdum.

Á síðustu 9 mánuðum, einum meðgöngutíma, hefur ákvörðun um þjónustustig á svo kölluðum radíussjúkrahúsum verið breytt í fjörgang – ýmisst stendur til að loka skurðstofum eður ei.

Breytingar á þjónustu við barnshafandi konur og fjölskyldur þeirra, eru vandmeðfarnar og krefjast þess að vera faglega vel ígrundaðar. Ítrekaðar og misvísandi ákvarðanir um fæðingapjónustu eru til þess fallnar að skapa óöryggi, ekki bara meðal heilbrigðisstarfsfólks heldur einnig meðal skjólstæðinga þess með ófyrirsjáanlegum afleiðingum.

Ljósmæðrafélag Íslands hefur ítrekað kallað eftir því við þrjá heilbrigðisráðherra, að mótuð verði heildræn og þverfagleg stefna, hugmyndafræði og skipulag á barneignarþjónustu hér á landi í samræmi við stefnumótun heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi. Styrkja þarf grunnþjónustu og stuðla að sem mestum fjölda eðlilegra fæðinga og fæðinga án fylgikvilla. Til dæmis þarf að viðhalda þeim góða árangri að keisaratiðni hækki ekki meir en raun ber vitni. Fyrir þessu eru bæði afgerandi fagleg og kostnaðarleg rök sem ljósmæðrum eru vel kunnug.

Á meðan að óvissa ríkir vegna ítrekaðra stefnubreytinga sem hafa áhrif á verðandi mæður og fjölskyldur þeirra, hefur stjórn Ljósmæðrafélags Íslands lagt til við núverandi heilbrigðisráðherra að fallið verði frá þeim breytingum sem staðið hafa fyrir dyrum varðandi lokun skurðstofa fyrir fæðingapjónustu á öllum



Guðlaug Einarsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

radíussjúkrahúsunum, þ.e. þar til heildræn stefnumótun í barneignarþjónustu liggur fyrir.

Að vera eða ekki vera (með vinnu) – það er efinn

Ljósmæðrastéttin stendur nú frammi fyrir atvinnuleysi í fyrsta skipti. Ástæðan er ekki sú að fæðingum hafi fækkað og því ekki þörf fyrir ljósmæður, því er nú einmitt öfugt farið, heldur er ástæðan sú að ofan í ráðningarbann, eru stofnanir nú farnar að draga úr mönnun til að freista þess að uppfylla sparnaðarkröfur yfirvalda. Einnungis þrjár af tólf nýútskrifuðum ljósmæðrum fengu vinnu við ljósmóðurstörf þetta árið og voru fimm ljósmæður á atvinnuleysisskrá í nóvember. Ljósmæður horfa því miður fram á að þessi hópur stækki næstu 2 til 3 árin og samfélagið gæti þá til framtíðar farið á mis við þekkingu þeirra sem kostað hefur áreynslu, tíma og peninga að afla. Í Finnlandi var reynslan sú að nýútskrifað fólk sem ekki fékk vinnu á meðan á kreppunni stóð, fékk ekki heldur vinnu eftir að henni lauk, þar sem vinnuveitendur vildu þá fá þá ferskustu úr námi. Innan fárra ára fara stórir hópar ljósmæðra á eftirlaun og þá er spurning hvort við getum enn gengið að þeim ljósmæðrum sem nú bíða átekta eftir að fá að vinna ljósmóðurstörf.

Að vera eða ekki vera (fagmaður) – það er efinn

Þrátt fyrir þráláta fullyrðingu heilbrigðisvirkvalda um að þjónusta skerðist ekki í þeim sögulega niðurskurði sem við sjáum nú engan endi á, hlýtur nú brátt að koma að því að skjólstæðingar verði varir við afleiðingar þess að heilbrigðisstarfsfólk er gert að hlaupa sífellt hraðar í ótta um atvinnuöryggi sitt. Heilbrigðisstarfsfólk og ekki síst ljósmæður, búa nú við þá togstreitu að mæta sparnaðarkröfum yfirvalda en á sama tíma vaxandi ótta um öryggi skjólstæðinga sinna þegar slegið er af faglegum kröfum í nafni nauðsynlegs sparnaðar.

Það er svo sannarlega enginn öfundsverður af því að stjórna efnahagsmálum þjóðarinnar á þessum tímum og heldur ekki þeir sem framfylgja þurfa fyrir mælum um sparnað, en í því stóra leikriti sem samfélag er, hefur hver sitt hlutverk, fyrirmæli og skyldur. Hlutverk ljósmæðra og síðferðileg skylda þeirra er að nota fagþekkingu sína til að tryggja að öruggum aðferðum sé beitt við fæðingar undir öllum kringumstæðum (Alþjóðlegar siðareglur ljósmæðra). Ljósmæður eru jafnframt ábyrgar fyrir ákvörðunum sínum og athöfnum og bera ábyrgð á niðurstöðum er tengjast umönnun þeirra (sama heimild). Við höfum þess nærtæk dæmi frá Danmörku að hægt er að beygja sterkustu ljósmæður til þess að vinna undir kringumstæðum sem vakið hafa athygli danska vinnumálaeftirlitsins vegna ómanneskjulegs álags, en síðustu ár hefur þróun fæðingarþjónustu í Danmörku beinst að fækkun og stækkun fæðingadeilda. Danskar ljósmæður hafa löngum talist með sjálfstæðustu ljósmæðrum Norðurlanda og þar sem Norður Evrópa er sterkasta vígi ljósmæðra í heiminum, má segja að þær dönsku séu á heimsmeðlikvarða. Þess er líka skemmst að minnast að niðurstöður tveggja ára rannsóknar Marianne Mead um áhættugreiningu ljósmæðra á Norðurlöndum og á Bretlandseyjum, voru þær að

danskar og íslenskar ljósmæður voru þær sem best treystu eðlilegri fæðingu. Nú er svo komið að keisaratiðni í Danmörku er nálægt því sem þekkist í löndum á borð við Litháen þar sem ljósmæðrastétin er tæplega sjálfstæð fagstétt. Burtséð frá faglegum sjónarmiðum eru keisaraskurðir samfélaginu miklu dýrari en eðlilegar fæðingar svo augljóst er að á einhverjum tímapunkti mun sparnaður í barneignarþjónustu sem beinist að því að fækka ljósmæðrum og minnka yfirsetu, snúast upp í andhverfu sína.

Ef niðurskurður á ekki að bitna á gæðum barneignarþjónustu í landinu, er ekki seinna vænna en að leggja vinnu í að skipuleggja ný, örugg og ódýrari þjónustuform sem lið í heildrænni stefnumótun þjónustunnar. Fjölgun eðlilegra fæðinga er óumdeilanlegt markmið ljósmæðra og fæðingarlækna vegna öryggis og velferðar skjólstæðinga þeirra

og er auk þess skynsamleg þróun í fjárhagslegri hagræðingu heilbrigðiskerfisins.

Þessi hagsmunavarsla ljósmæðra fyrir skjólstæðinga sína er endalaus og fylgir ekki einungis kreppu og til marks um það enda ég þennan pistil á málsgrein úr pistli mínum í máttölublaði Ljósmæðrablaðsins á því herrans ári og margumrædda 2007, sem Íslendingar minnst fyrir allt annað en sparnað og niðurskurð:

“Nú er orðið tímabært að við spyrjum okkur sjálfar, hvenær er mikið álag orðið of mikið? Hvenær erum við farnar að gefa afslátt af fagmennsku okkar og á hvers kostnað? Hversu lengi höfum við traust skjólstæðinga okkar til að styðja þá á sem öruggastan og uppbyggilegastan hátt í gegnum fæðingu? Og hvaða afleiðingar hefur langvarandi álag og undirmönnun á okkur sjálfar, líkamlega og andlega? Og á starfsánægju okkar? Á hvaða tímapunkti

færast hagsmunir vinnuveitanda framar hagsmunum skjólstæðinga, hagsmunum stéttarinnar og eigin hagsmunum? Þetta er ekki meðvituð ákvörðun, heldur leggst hver smæsta ákvörðun á vogarskálur sem á endanum ræður á hvorn veginn sígur. Þess vegna verðum við að vera gagnrýnar, þ.e. rýna til gagns þær ákvarðanir sem teknar eru varðandi barneignarþjónustu þ.m.t. mönnun. Ég geri mér fulla grein fyrir að málið er ekki leysanlegt í einu vetvangi, en ákvarðanir hvernar og einnar okkar geta ýmist orðið til þess að vinna með lausninni eða á móti henni. Það er ekki einungis um að ræða þetta sumar, heldur verðum við að horfast í augu við að við tökum virkan þátt í að ákvarða framtíð barneignarþjónustu á Íslandi.” (Ljósmæðrablaðið 1.tbl 85. árg.)

Ég óska ljósmæðrum og fjölskyldum þeirra gleðilegra jóla og hamingjuríks nýs árs.



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

Með kærri kveðju,
Stjórn Ljósmæðrafélags Íslands

Annar doktorinn okkar – dr. Helga Gottfreðsdóttir

Þann 21. ágúst síðastliðinn fór fram fyrsta doktorsvörnin í ljósmóðurfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, en þá varði Helga Gottfreðsdóttir ljósmóðir doktorsritgerð sína.

Helga Gottfreðsdóttir, lauk BS prófi í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands 1984, embættisprófi frá Ljósmæðraskóla Íslands 1991 og meistaraþrófi í ljósmóðurfræði frá Thames Valley University, London 1999.

Helga hefur starfar sem lektor í ljósmóðurfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands ásamt því að vera forstöðumaður fræðasviðs um meðgönguvernd við.

Ritgerð Helgu fjallar um ákvörðunartöku verðandi foreldra um skimun fyrir frávikum í fósturþroska. Á síðustu árum hefur samþætt líkindamat sem skimunaraðferð verið innleidd í meðgönguvernd í mörgum löndum með það að markmiði að finna frávík í fósturþroska s.s. Downs heilkenni og gefa verðandi foreldrum þannig aukid val um áframhald meðgöngunnar. Skimunin er gerð á 11.-14. viku meðgöngu og byggir aðallega á mælingu á hnakkþykkt fósturs og mælingu lífefnávísu í blóði móður. Hér á landi stendur samþætt líkindamat öllum verðandi mæðrum til boða og þiggja nú nærri 90% kvenna á höfuðborgarsvæðinu það boð.

Verkefnið byggir á eigindlegri rannsókn þar sem markmiðið var að skoða ákveðna þætti í íslensku umhverfi meðal heilbrigðra kvenna og maka þeirra til að skilja hvernig ákvörðun um að þiggja eða hafna skimun verður til. Annars vegar var efni frá fjölmiðlum sem innihélt umræðu um samþætt líkindamat frá árunum 2000-2005 safnað og orðræðugreining notuð við úrvinnslu. Hins vegar voru tekin viðtöl við verðandi foreldra sitt í hvoru lagi tvisvar á meðgöngu, samtals 80 viðtöl. Niðurstöður orðræðugreiningar sýndu að það var aðallega starfsfólk fósturgreiningardeilda, þar sem skimunin var boðin, sem talaði fyrir innleiðingu hennar í fjölmiðlum og fljótlega náði hún mikilli útbreiðslu. Nokkrir aðilar settu fram spurningar um arfbótastefnu sem í skimuninni gæti falist og áhrif hennar á það gildismat sem lagt væri á líf fatlaðra einstaklinga.



Viðtöl við verðandi foreldra sýndu að nánast öllum konunum fannst þær byggja ákvörðun sína á eigin vali. Margar þeirra kvenna sem ákváðu að þiggja skimunina höfðu töluverðar væntingar og auðsýndu fylgispekt við reglubundna notkun hennar. Ákvörðun karlanna í þeim hópi mótaðist fremur af því að hafa stjórn á meðgöngunni, að fá fullvissu og af efnahagslegum ástæðum. Konunum fannst ákvörðun um að þiggja skimun vera sameiginleg, en mökum þeirra fannst konan taka ákvörðunina. Meirihluti þeirra þátttakenda sem hafnaði skimun reyndist hafa reynslu af eða þekkingu á fötlun og lýsti meiri sveigjanleika verðandi fjölbreytileika mannlífs. Þau höfðu jafnframt áhyggjur af því að skimunin væri óreiðanleg og hjá parinu var að jafnaði gagnkvæmur skilningur á skimuninni. Almennu voru þátttakendur sama sinnis síðar á meðgöngunni.

Niðurstöður rannsóknarinnar munu nýtast við skipulag meðgönguverndar og þróun klínískra leiðbeininga. Aðgengi kvenna og karla að upplýsingum og úrræðum sem auka möguleika þeirra til umræðu um skimunina þarf að vera auðsætt. Þverfagleg samhæfing á þjónustu í upphafi meðgöngu er nauðsynleg, bæði hvað varðar þær leiðir sem standa til boða í heilbrigðiskerfinu og skipulag og innihald upplýsinga sem ætlað er verðandi foreldrum.

Í doktorsnefnd Helgu áttu sæti:

Dr. Kristín Björnsdóttir, prófessor við hjúkrunarfræðideild HÍ, umsjónarkennari og leiðbeinandi, Dr. Jane Sandall, prófessor í ljósmóðurfræði í King's College University of London, meðleiðbeinandi, Dr. Marga Thome, prófessor í hjúkrunarfræðideild HÍ, nefndarmaður, Dr. Reynir Tómas Geirsson, prófessor í læknaeild HÍ, nefndarmaður og Dr. Vilhjálmur Árnason, prófessor í heimspékideild HÍ, nefndarmaður

Andmælendur við doktorsvörnina voru þau Dr. Alexander Smárason yfirlæknir kvennadeildar sjúkrahússins á Akureyri og dósent við Heilbrigðisvísindastofnun Háskólans á Akureyri og Dr. Chris McCourt professor við Thames Valley University, London.

Ljósmæðrablaðið óskar Helgu og ljósmæðrum á Íslandi til hamingju með þennan merka áfanga.

Fyrir hönd ritnefndar
Sigfríður Inga Karlsdóttir, ljósmóðir



Helga, ásamt Guðrúnu Kristjánsdóttur, Alexander Smárasoni og Chris McCourt.

Fræðsla um fósturskimun og samskipti verðandi foreldra við heilbrigðisstarfsfólk á fyrstu vikum meðgöngu

Útdráttur

Á Íslandi stendur öllum verðandi foreldrum til boða fósturskimun í lok fyrsta þriðjungs meðgöngu. Áætla má að um 90% barnshafandi kvenna á höfuðborgarsvæðinu þiggi slíkt boð. Innlendir og erlendir rannsóknir sýna að ákvarðanatataka um fósturskimun er háð ýmsum þáttum og á sér stað snemma í meðgöngu. Því er mikilvægt er vandað sé til fræðslu og upplýsinga um skimunina. Í þessari grein er skoðað hvernig verðandi foreldrar lýstu fræðslu og ráðgjöf sem þeim var veitt um fósturskimun og við hvaða heilbrigðisstarfsfólk þeir áttu samskipti á fyrstu vikum meðgöngu.

Um er að ræða eigindlega rannsókn, byggð á viðtölum við 10 verðandi mæður og 10 verðandi fedur, sem höfðu ákveðið að þigga skimun. Viðtölin voru tekin við verðandi foreldra hvort fyrir sig, tvisvar á meðgöngu, samtals 40 viðtöl. Við úrvinnslu var notuð innihaldsgreining.

Í flestum tilvikum voru fyrstu samskipti mæðrana eftir að meðganga hófst við fæðinga- og kvensjúkdómalækni. Í viðtölunum lýstu margir þátttakendur því að lítil áhersla hefði verið á að veita þeim upplýsingar um fósturskimun og í nokkrum tilvikum upplifðu foreldramir að um reglubundna rannsókn væri að ræða. Verðandi foreldrar notuðu upplýsingasíður á Netinu takmarkað og margir hefðu viljað eiga samræður við ljósmóður eða lækni um fósturskimun. Verðandi fedur fengu oftast upplýsingar í gegnum maka.

Niðurstöður geta nýst við þróun leiðbeininga um fósturskimun hér á landi en þörf er á markvissari leiðum til að koma fræðslu um skimunina til skila. Vísbendingar eru um að leggja þurfi aukna áherslu á þekkingu fagfólks um fósturskimun.

Abstract

In Iceland, NT screening is offered to all pregnant women and the uptake is now almost 90% in the capital area. It



Dr. Helga Gottfreðsdóttir
lektor við HÍ

is of importance that information on fetal screening are designed to benefit prospective parents but studies have shown that the decision to accept or decline screening is affected by interplay of a number of social and medical factors and takes place in early pregnancy. In this paper it is explored how parents describe communication with professionals and information before NT screening.

Semi-structured interviews were conducted with ten prospective mothers and ten prospective fathers, who had decided to accept screening, in weeks 7–11 and weeks 20–24 of pregnancy. Interviews were analyzed using content analysis.

Almost all women described that the information they received were inadequate although they all experienced their decision as a choice. Some parents experienced the screening as a routine procedure. Only few participants used the Internet for information and some emphasized that they would have liked to have further discussion with a professional before screening. Prospective fathers were informed by their partner. All the women had met some professional before screening, most often an obstetrician. In general, all the couples'

decisions remained consistent later in pregnancy.

A critical examination of the provision of screening needs to take place in the Icelandic context. Women's and men's access to resources that impact on opportunities to discuss NT screening need to be improved by multidisciplinary coordination of early pregnancy care. There are indications that professional's knowledge needs to be improved.

INNGANGUR

Frá árinu 1999 hefur fósturskimun með samþættu líkindamati verið í boði fyrir konur hér á landi. Þessi skimun samanstendur í dag af nokkrum þáttum; ómskoðun á hnakkabykkt fósturs, mælingu lífefnavísa í blóði móður, aldri móður og meðgöngulengd. Rannsóknin var þróuð í Bretlandi eftir 1990 og er markmiðið fyrst og fremst að skima fyrir þristæðum hjá fóstri á 11.-14. viku meðgöngu, aðallega Downs heilkenni (Nicolaidis, Heath og Liao, 2000). Skimunin var fyrst kynnt konum 35 ára og eldri sem annars áttu kost á legvatnsástungu en hún náði fljótt vinsældum og árið 2006 var það kynnt í dreifibréfi frá Landlækniseimbættinu að bjóða skyldi öllum konum slíka skimun (Landlækniseimbættið, 2006).

Markmið með fósturskimun er að finna fóstur með aukna áhættu og gefa verðandi foreldrum aukið val um áframhald meðgöngunnar (Hildur Kristjánsdóttir og fl., 2008). Með tilkomu nýrra aðferða sem þessarar í upphafi meðgöngu standa verðandi foreldrar frammi fyrir flóknum ákvörðunum sem hafa áhrif langt umfram það sjónarhorn að meðgangan sé lífeðlisfræðilegt ferli. Hér á ég sérstaklega við fóstureyðingu í kjölfar skimunar eftir að greining á fráviki eins og Downs heilkenni hefur verið staðfest auk þess sem umtalsverður fjöldi kvenna eða um 5.2% fá falsk jákvæðar niðurstöður úr skimprófinu (Nicolaidis, Spencer, Avigidou, Faiola og

Falcon, 2005). Í þessu samhengi skiptir máli hvernig umræðan í samfélaginu þróast um slíkar rannsóknir og hvernig fagfólk sem er í samskiptum við verðandi foreldra í upphafi meðgöngu, veitir fræðslu og gefur upplýsingar. Það að innleiða nýjar aðferðir til að skima fyrir frávikum hjá verðandi móður eða fóstri kallar því á endurskoðun á því vinnulagi sem er við lýði á hverjum tíma og þeim upplýsingum sem heilbrigðisstarfsfólk gefur. Þessari grein er ætlað að varpa ljósi á samskipti verðandi foreldra við fagfólk í upphafi meðgöngu og hvernig foreldrarinnir lýsa fræðslu og upplýsingum sem þeim eru veittar um fósturskimun.

Bakgrunnur

Ákvarðanatataka verðandi mæðra um að þiggja eða hafna skimun fyrir fósturgöllum er háð nokkrum þáttum; s.s. aðgengi að skimuninni, lögum og reglugerðum, viðhorfi til fötlunar, uppbyggingu heilbrigðisstarfsins, reynslu og þekkingu fagfólks og fl. (Helga Gottfreðsdóttir, 2006; Wrede, Benoit og Sandall, 2001). Hjá hverri og einni konu hafa jafnframt viðhorf, gildismat og þekking áhrif á afstöðu. Samantekt Dahl, Kesmodel, Hvidman og Olesen (2006) á 34 rannsóknum frá 12 löndum sýndi að viðhorf kvenna til skimunar hefur meira forspárgildi um þátttöku en þekking þeirra á skimuninni. Þekking kvenna hefur hins vegar áhrif á hvort ákvörðun þeirra um að þiggja skimun byggir á upplýstu vali. Í samantektinni kemur jafnframt fram að sú þekking sem konur tileinka sér tengist helst hagnýtum þáttum s.s. aðferð við skimun en færri lýsa atriðum eins og fyrir hverju er skimað eða hvernig túlka má niðurstöður. Ennfremur er því haldið fram að þar sem konur beri traust til þeirrar þjónustu sem þeim er boðin á meðgöngu, þar með talið skimun fyrir fósturgöllum, dragi það úr að þær leiti sér upplýsinga eða að þær skoði þær upplýsingar sem þeim eru boðnar með gagnrýnum augum. Konur sjá þátttöku sína í skimunum fyrir fósturgöllum helst felast í því að fá staðfestingu á að allt sé í lagi þó að þær viti að verið sé að skima fyrir ákveðnum frávikum eins og Downs heilkenni eða miðlínugöllum (Gokhale og Cietak, 2002). Rannsóknir sýna að þekking kvenna á fósturskimun er mismunandi en í rannsókn Gourounti og Sandall höfðu flestar konurnar jákvætt viðhorf til skimunarinnar en þekkingu þeirra var ábótavant sem birtist í því að 56% tóku óupplýsta ákvörðun (Gourounti og Sandall, 2006). Rannsókn þeirra

byggði á gögnum frá Grikklandi og er þetta töluvert hátt hlutfall miðað við rannsóknir frá Bretlandi (Michie, Dormandy og Marteau, 2002) Ástralíu (Jaques, Sheffield og Halliday, 2005) og Hollandi (van den Berg, Timmermans, ten Kate, van Vugt og van der Wal, 2005). Þekking kvenna á skimun virðist einnig tengjast menntun og efnahag sem birtist í því að konur með lakari efnahag og minni menntun eru líklegri til að taka óupplýsta ákvörðun (Gourounti, Lykeridou, Daskalakis, Glentis, Sandall og Antsaklis, 2008; Jacques og fl., 2005; Santalahti, Hemminki, Latikka og Ryyänen, 1998; van den Berg og fl., 2005).

Framsetning upplýsinga og persónuleg afstaða fagfólks getur haft áhrif á þá ákvörðun sem konan tekur um skimun (Chiang, Chao og Yuh, 2006). Einnig hefur verið bent á að þær konur sem teljast í lítilli áhættu á því að eignast barn með Downs heilkenni en þiggja skimun virðast vera verr upplýstar en konur sem ákveða að fara ekki í skimun. Sama á við um þær konur sem eru í aukinni hættu verðandi það að eignast barn með Downs heilkenni (Farve og fl., 2008). Í stuttu máli má segja að töluverður hluti kvenna í erlendum rannsóknum virðist líta á fósturskimun sem skyldu og stór hluti þeirra reynist vera illa upplýstur (Chiang, o.fl., 2005; Favre og fl. 2008). Vísbendingar eru um að íslenskar konur upplifi fósturskimun sem hluta af meðgönguvernd og að þátttaka í skimuninni sé tekin af hinni verðandi móður en verðandi feður sitji oftast hjá þegar kemur að því að taka ákvörðun um skimun (Gottfreðsdóttir, Sandall og Björnsdóttir, 2009). Því er áhugavert að skoða niðurstöður rannsókna á þekkingu fagfólks á fósturskimun en erlendar rannsóknir benda til að henni sé ábótavant (Ekelin og Crang-Svalenius, 2004; Skirton og Barr, 2009). Það má álykta að slíkt birtist í samskiptum fagfólksins og verðandi foreldra. Rannsókn Skirton og Barr bendir til að enn sé þekkingu ljósmæðra á skimun ábótavant en þrátt fyrir að 92.3% ljósmæðra í þeirri rannsókn teldu sig vel í stakk búnað að ræða við verðandi foreldra um fósturskimun var þekkingu þeirra á þeim frávikum sem skimað var fyrir ábótavant og í sumum tilvikum var ekki gerður greinamunur á skimunar- og greiningarprófum (Skirton og Barr, 2009). Rannsóknir sem beinlínis hafa beinst að samskiptunum sjálfum, þ.e. þar sem skoðað hefur verið hvernig fagfólk nalgast umræðu um áhættu og val, þegar fósturskimun er rædd, eru mjög fáar. Þess

vegan er rannsókn Pilnik, Fraser og James (2004) sérstaklega áhugaverð en hún lýsir samtölum ljósmæðra við 14 konur þar sem umræðuefnið var fósturskimun. Rannsóknin sýndi að ljósmæðurnar drógu fram þætti eins og falsk jákvæðar og falsk neikvæðar niðurstöður skimunarinnar og reyndu að tryggja skilning kvennanna á skimuninni í víðu samhengi. Hins vegar virtist sjónarhorn kvennanna í þeirri rannsókn tengjast því neikvæða mati eða skilningi sem konurnar lögðu í hugtakið áhætta og ákvörðun þeirra réðist af því.

Með tilkomu klínískra leiðbeininga um meðgönguvernd sem gefnar voru út hér á landi í apríl 2008 kemur skýrt fram að fræðsla skuli veitt verðandi foreldrum um skimun fyrir litningagöllum og öðrum frávikum í þroska fósturs. Þar stendur: „Fræða þarf barnshafandi konur/verðandi foreldra um skimanir á meðgöngu og tilgang þeirra, áður en að þeim kemur. Réttur konu til að þiggja eða afþakka skimun skal vera skýr.” (Hildur Kristjánsdóttir og fl. 2008). Í dreifibréfi frá Landlæknisembættinu frá 2006 var þetta orðað með nokkuð nákvæmari hætti: „Ákvörðun barnshafandi kvenna/verðandi foreldra um skimun byggist á upplýsingum úr samtölum við heilbrigðisstarfsmann og úr fræðslugögnum, þar sem áhersla er lögð á eðli skimunar, forspárgildi hennar og þá ákvörðun sem taka verður, reynist skimpróf jákvætt.” (Landlæknisembættið, dreifibréf nr. 9/2006). Það er því ljóst að þegar fyrstu samskipti eiga sér stað milli verðandi móður/foreldra er gert ráð fyrir ákveðnum upplýsingum frá hendi þess fagaðila sem verðandi móðir/foreldrar hitta. Hér á landi er mismunandi hver þessi fagaðili er og væntanlega fer það að einhverju leyti eftir búsetu. Á höfuðborgarsvæðinu hitta margar konur fæðinga- og kvensjúkdómalækni í upphafi meðgöngu. Hanna Rut Jónsdóttir (2009) forprófaði í nýlegu lokaverkefni sínu spurningalista sem hannaður var til að skoða annarsvegar hvaðan konur fá upplýsingar um fósturskimun og hins vegar á hvern hátt og hvaðan þær óska eftir að fá þessar upplýsingar. Svör bárust frá 42 konum (79%) sem höfðu ákveðið að þiggja fósturskimun með samþættu líkindamati og höfðu allar konurnar hitt einhvern heilbrigðisstarfsmann áður en þær komu á fósturgreiningadeild í skimun. Flestar þeirra, eða 32 konur, höfðu hitt ljósmóður 30 konur höfðu hitt fæðinga- og kvensjúkdómalækni og 9 höfðu hitt heimilislækni. Hins vegar höfðu 10 konur einungis hitt fæðinga- og kvensjúkdómalækni. Rúmlega helmingur

kvennanna, eða 22, í þessari forprófun fengu beiðni fyrir fósturskimun hjá kvensjúkdómalækni, 21 hjá ljósmóður og 2 hjá heimilislækni. Í þessari grein er leitast við að svara spurningunni: Hvernig lýsa verðandi foreldrar þeim upplýsingum og fræðslu sem þeim er veitt um fósturskimun? Þær niðurstöður eru innlegg í áframhaldandi þróun leiðbeininga um fósturskimun og skipulag meðgönguverndar.

AÐFERÐ

Um er að ræða eigindlega rannsókn en Green og Thorogood (2004) segja slíka nálgun ákjósanlega þegar tilgangurinn er að dýpka skilning á ákveðnu ferli og auka þekkingu á gildi inngripa frá sjónarhorni þeirra sem standa frammi fyrir vali á slíkum inngripum.

Þátttakendur

Eftir að tilskilin leyfi lágu fyrir var 10 konum og mökum þeirra frá 4 heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu gefin kostur á þátttöku í rannsókninni. Þátttakendur voru valdir með tilgang rannsóknarinnar í huga (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Hver kona var valin með þeim hætti, að þegar að hún hringdi á heilsugæslustöðina til að panta sér tíma í fyrstu skoðun, fékk hún samband við ljósmóður sem leitaði eftir því hvort hún ætlaði í fósturskimun með samþættu líkindamati eða ekki. Óskað var þá leyfis til að kynna rannsóknina fyrir þeim konum sem höfðu á þeim tímapunkti tekið ákvörðun um að fara í skimunina og uppfylltu að öðru leyti skilyrði fyrir þátttöku (tafla 1). Í framhaldi af því var konunni/parinu sent bréf með nánari upplýsingum. Að lokum hafði rannsakandi samband við konuna og ef vilji var til þátttöku var ákveðinn tími fyrir viðtal. Konan sá um að kynna rannsóknina fyrir

maka sínum og gekk rannsakandi úr skugga um það áður en viðtal hófst.

Fyrir fyrra viðtalið var skrifað undir upplýst samþykki af hálfu konunnar og maka hennar. Eitt af skilyrðum fyrir þátttöku í þessari rannsókn var að konan og maðurinn væru í föstu sambandi þar sem eitt af markmiðum rannsóknarinnar var að skoða reynslu beggja verðandi foreldra af ákvarðanatöku um skimun. Einnig var skilyrði að ekki væri saga um arfgenga galla sem gæfu mögulega tilefni til sérstakrar meðferðar eða eftirfylgni á þessari meðgöngu. Það var gert í samræmi við það markmið að skoða reynslu kvenna sem teldust ekki til áhættuhóps.

Gagnasöfnun og gagnagreining

Gagnasöfnun fór fram á árunum 2006 og 2007. Öll viðtölin fóru fram á heimilum þátttakenda að þeirra ósk og byggði gagnasöfnun á tveimur viðtölum við hvern þátttakanda. Fyrra viðtalið var tekið á fyrstu vikum meðgöngu, 7.-11. viku en hið seinna við 20.-24. viku. Viðmið varðandi fyrra viðtalið byggði á að ákvörðun hefði verið tekin um hvort konan ætlaði í skimun eða ekki en hefði þó ekki farið í hana. Tímasetning seinna viðtalsins byggði á því að konurnar væru búnar að fara í fósturskimun við 20. viku og hefðu fengið niðurstöður úr þeirri rannsókn. Þá var tilefni til að horfa til baka og skoða reynslu þeirra af því að taka ákvörðun um fósturskimun með samþættu líkindamati í víðu samhengi. Í viðtölunum var stuðst við viðtalsramma sem sérstaklega var hannaður fyrir rannsóknina. Við þróun viðtalsrammans var gerð ítarleg leit að sambærilegum rannsóknum og fræðileg þekking um viðfangsefnið þannig lögð til grundvallar. Höfundur byggði einnig á reynslu sinni af viðtölum við verð-

andi foreldra um fósturskimun. Viðtalsramminn samanstóð af opnum spurningum sem snertu t.d.; fyrri reynslu af meðgöngu og fæðingu ef það átti við, reynslu af samskiptum við fagfólk á þessari meðgöngu, hvort meðgangan var fyrirfram ákveðin, viðhorf og þekkingu á skimunni, fræðslu um skimun, reynslu af fötlun, viðhorf til fóstureyðinga og hvort um var að ræða sameiginlega ákvörðun beggja verðandi foreldra. Í upphafi viðtals var bakgrunnsupplýsinga aflað um þátttakendur s.s. menntun, fjölda barna og fyrri sögu um fósturmissi eða fóstureyðingu. Seinna viðtalið hófst á því að skoða reynslu af fósturskimun og horfa til baka á ferlið. Viðtölin voru mismunandi löng en flest tóku rúma klukkustund. Þau voru hljóðrituð með samþykki þátttakenda. Við greiningu gagnanna var byggt á hugmyndum um innihaldsgreiningu (content analysis) eins og henni er lýst af Silverman (2006). Þar er ekki gerð tilraun til að túlka texta heldur er lögð áhersla á að lýsa tilteknu viðfangsefni. Búnir eru til flokkar (categories) og efninu „ræða“ undir hvern flokk eftir því sem við á. Þannig getur innihaldsgreining jafnframt haft skírskotun til meginlegrar nálgunar t.d. þegar lögð er áhersla á að sýna með tölfræðilegum niðurstöðum hversu oft tiltekið rannsóknarefni kemur fyrir í texta (Silverman, 2006; Kvale, 1996). Í niðurstöðukafla hér á eftir eru þátttakendur auðkenndir með númeri og tilgreint er hvort um fyrra eða seinna viðtal er að ræða. Þannig þýðir t.d. 8:1, kona númer 8 í rannsókninni en 1 vísar í að tilvitnun er tekin úr fyrra viðtali.

Siðfræði rannsóknarinnar

Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd (05-125-S1) og hún tilkynnt til Persónuverndar. Fengin voru leyfi fyrir rannsókninni hjá lækningaforstjóra og hjúkrunarforstjóra Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og sviðstjórum hjúkrunar og lækninga á Landspítala Háskólasjúkrahúsi. Allir þátttakendur skrifuðu undir upplýst samþykki áður en fyrra viðtal fór fram.

NIÐURSTÖÐUR

Af þeim tíu konum sem tóku þátt í rannsókninni höfðu sjö þeirra hitt fæðinga- og kvensjúkdómalækni í upphafi meðgöngu en þrjár heimilislækni. Einn maki/karl hafði farið með konu sinni til fæðinga- og kvensjúkdómalæknis en beið á biðstofu meðan á viðtali stóð. Einn maki/karl var viðstaddur viðtal við heimilislækni. Sex af tíu konum í rannsókninni pöntuðu sér

Tafla 1.
Þátttaka í rannsókninni miðaðist við eftirfarandi þætti

Verðandi mæður:

- Tala íslensku
- Í sambúð með verðandi föður
- Engin fyrri saga sem aukið gæti líkur á litningafráviki í þessari meðgöngu
- Ákveðin í að þiggja fósturskimun með samþættu líkindamat
- Meðgöngulengd í fyrra viðtali 7-11 vikur

Verðandi fedur:

- Tala íslensku
- Í sambúð með verðandi móður

tíma í samþætt líkindamat áður en þær fóru í fyrsta viðtal hjá ljósmóður á heilsugæslustöð. Þar af höfðu fimm þeirra verið í hópi þeirra sem hittu fæðinga-og kvensjúkdómalækni en ein hafði hitt heimilislækni. Sex af konunum áttu börn fyrir og höfðu fimm þeirra reynslu af samþættu líkindamati á fyrri meðgöngu þar sem líkur á litningafrávikum voru litlar í öllum tilvikum. Aðrar upplýsingar um bakgrunn kvennanna sýndu að aldur þeirra var á bilinu 22-35 ár en makar þeirra voru á aldrinum 23-50 ára. Mikil breidd var í menntun þátttakenda, allt frá grunnskólaprófi til háskólamenntunar.

Þótt reynsla þátttakenda væri um margt sameiginleg þegar kom að umræðu um fósturskimun þá voru áherslur mismunandi í viðtölunum. Þegar kemur að lýsingu kvennanna á því hvernig þeim voru veittar upplýsingar og hvert innihald þeirra upplýsinga var, þá er vissulega hægt að finna lýsingar þar sem upplýsingar byggja á greinagóðum útskýringum læknis eða ljósmóður en hins vegar voru þau dæmi mun fleiri þar sem konurnar lýstu hinu gagnstæða. Hér á eftir er greint frá þremur megin þeim sem greinanleg voru varðandi lýsingu kvennanna á fræðslu sem þeim var veitt um skimun og samskiptum við heilbrigðisstarfsmann.

„Svo er það hnakkabykktarmælingin”

Konurnar í þessari rannsókn töldu sig allar hafa valið það að fara í fósturskimun. Engu að síður lýstu margar þeirra því að skimunin væri reglubundin hluti af meðgönguverndinni. Í sumum tilvikum tengdist það þeim upplýsingum sem ljósmóðir eða læknir hafði sett fram. Ein þeirra orðar það svo: „Hann bara sagði. Svo er það hnakkabykktarmælingin. Það var ekki mikið spurt viltu fara í hana ?” Eftirfarandi dæmi mátti finna í viðtölunum þegar konurnar voru beðnar um að lýsa fræðslu og upplýsingum sem þær fengu í samskiptum sínum við lækni eða ljósmóður í upphafi meðgöngu. Ein kona sem gekk með þriðja barn sitt lýsti þeim svo:

Ég fór á stofu til kvensjúkdómalæknis og hann sagði að þetta væri voða góð greining og mælti ekki með því að ég færi í ástungu, hann sagði að þetta sæist svo vel og væri svo mikil tækni. Nei ég man ekki meira hvað hann sagði um það ... Í raun er ég sátt við upplýsingarnar ég var ekkert að spyrja um þetta, fannst hann segja mér þetta þannig að ég var ekkert að spyrja (verðandi móðir no 8:1).

Þessi kona var 35 ára og eins og hefðin hefur verið hér á landi hefði hún átt kost á legvatnsástungu. Hér segist hún vera sátt við upplýsingarnar en í lok viðtalsins segir hún:

Ég hef ef til vill ekki lesið nóg um þetta ... í raun veit maður kannski ekki nógu mikið um þetta, bara verið að mæla líkur á einhverju og svo kemur maður á næsta stig, hvað gerir maður þá?

Annað dæmið er úr viðtali við konu sem gekk með sitt fyrsta barn. Hún sagði:

... ég fór á stofu til kvensjúkdómalæknis. Þá lét hún mig fá beiðni og sagði mér að panta tíma í hnakkabykktarmælingu. Mér fannst hún ekki gefa mér neinar upplýsingar en hún svona rétti mér blað þegar ég var að kveðja hana og var ekkert að útskýra meira (verðandi móðir no 3:1).

Í örfáum tilvikum höfðu konurnar leitað sér upplýsinga um skimunina. Í næsta dæmi lýsir frumbyrja því hvernig hún túlkaði þær upplýsingar sem hún kynnti sér en jafnframt kemur fram að túlkun ljósmóðurinnar hafi enn frekar hvatt hana til að þiggja skimunina:

Ég las mig til í bók þar sem talað var um alls kyns dæmisögur; litla áhættu og mikla áhættu og svo fæðist heilbriggt barn og öfugt. Þar stóð líka að kannski væri gott að vita minna, ekki alltaf gott að treysta á vísindin. En við erum kannski meira vísindafólk og höfum alveg trú á þessu þó að við myndum ekki treysta blint á niðurstöðuna- taka aðeins með fyrirvara. En ljósmóðirin talaði um að þetta væri ekki mikil áhætta þannig að við förum í þetta (verðandi móðir no 15:1).

Í hverju felst valið?

Flestir þátttakendur lögðu áherslu á mikilvægi þess að val væri um fósturskimun. Hins vegar lýstu fáir þátttakendur því að aðrir möguleikar en þeir að þiggja skimun hafi verið ræddir. Eftirfarandi dæmi lýsir samskiptum heimilislæknis og frumbyrju og hvernig konan er hvött til að íhuga þá kosti sem henni bjóðast. Hún lýsir því svo:

... ja hún (heimilislæknirinn) svo sem sagði mér ekki mikið hún benti mér bara á heimasíðu Landspítalans, þannig að ég er bara búin að lesa mér til þar og svo eftir að ég talaði

við ljósmóðurina. Þannig að maður er svona aðeins nær því ... en ég fékk ekki miklar upplýsingar hjá heimilislækninum ... En hún var algjörlega hlutlaus. Hún sagði að það væri bara allur gangur á því hvað væri gert og hún var ekkert að mæla með eða á móti þessu. Gaf mér alveg frjálsar hendur og ég mætti bara fara heim og hafa samband aftur upp á beiðni en ég þyrfti ekki að taka ákvörðun strax (verðandi móðir no 7:1).

Konan ræddi það síðar í viðtalinu að það hefði haft jákvæð áhrif á sig að geta farið heim og íhugað framhaldið. Hún komst svo að orði

Mér finnst þetta mjög sniðugt að bjóða upp á þetta. Og ég ætla að fara í þetta, svona líka af því það er ekki kvöð, maður bara velur um þetta

Önnur kona sem gekk með annað barn sitt;

Ég fór til heimilislæknis, var búin að taka þrjú próf áður en ég fór til hans en hann eiginlega bara ræddi um hnakkabykktarmælinguna út frá því að ég gæti þá farið í snemmsónar, ekkert út frá því hvort ég kæmi til með að eyða fóstri ef það væri með Downs eða einhverja litningabreytingar, ekkert á þessu sviði, ekki neitt. Það var meira í áttina eins og til að sýna mér að þarna væri fóstur, það var talað þannig meira. Og ég var líka að leita eftir þessari staðfestingu. Þess vegna var kannski ekki farið meira út í þetta. Svo fór ég bara inn á netið og ... en hann lét mig fá beiðni (verðandi móðir no 6:1).

Verðandi feður voru í undantekningartilvikum viðstaddir fyrsta samtal sem konan átti við lækni eða ljósmóður. Flestir virtust líta á það sem eðlilegan hlut að konan færi ein í þessa fyrstu heimsókn/skoðun og þannig sáu þeir sig raunverulega ekki í þeim aðstæðum að þurfa að velja. Í eftirfarandi dæmi er lýsing föður sem átti von á öðru barni sínu;

... ég held nú að það hafi verið konan mín sem skoðaði þetta og ég held bara hreinlega á vefnum. Og eins og ég sagði áðan þegar við vorum komin í skoðunina (vísar í fyrri meðgöngu) á sonardeildinni þá fengum við mjög góða útlistun um það um hvað þetta snerist og alveg frábæra reyndar. Þetta sást svo vel og lá svo beint fyrir (verðandi faðir no 2:1)

Maðurinn lýsir því hvernig konan

hans fer í það að afla upplýsinga og taka ákvörðun um hvort þiggja skuli skimun. Hans sjónarhorn mótast af fyrri reynslu sem tengist þeirri upplifun að sjá föstrið sem hafði góð áhrif á hann.

Að horfa til baka

Í seinna viðtalinu, eftir 20 vikna meðgöngu voru þátttakendur beðnar um að líta til baka og lýsa því hvort upplýsingarnar sem þeir höfðu fengið hafi verið í samræmi við það sem þeir þurftu varðandi skimunina. Nokkrar konurnar lýstu því að þær væru sáttar við þær upplýsingar sem þær höfðu fengið eins og eftirfarandi dæmi sýnir:

Ég held ég hafi vitað um allt sem mér fannst ég þurfa að vita, þetta bara snerist um að finna og athuga hvort það væru auknar líkur á þessum galla. Fyrir mér þá snýst þetta fyrst og fremst um Downs. En það er reyndar eitthvað annað sem stendur á blaðinu líka ... Ja allavega finnst mér ég ekki þurfa að afla mér meiri upplýsinga (verðandi móðir no 2:2).

Ekki voru svör allra þátttakenda þó jafn afdráttarlaus. Nokkrir þeirra og þá frekar verðandi feður gáfu til kynna að þeir hefður viljað meiri samræður um skimunina og meiri upplýsingar um niðurstöður skimunarinnar. Sumir þátttakenda tilgreindu að afbrigðilegar niðurstöður hafi ekki verið ræddar sem möguleiki. Þar sem margir líta á skimunina sem staðfestingu á að allt sé í lagi þá varð þessi umræða ekki áberandi í viðtölunum en eftirfarandi dæmi eru fengin úr viðtölum frá pari sem átti von á sínu öðru barni en þar segir konan;

Í rauninni fannst mér ég vel undirbúin undir rannsóknina ... af því að, en ég veit ekki hvort ég hefði verið það ef ég hefði fengið fréttir sem ég vildi ekki heyra, ég átta mig ekki á því. En af því að það kom allt vel út þá náttúrulega í rauninni fannst mér ég undirbúin undir þetta. En ég þori ekki að segja hvernig það hefði verið ef það hefði eitthvað komið óvænt út úr þessu. Þá hefði eflaust orðið dálítið mikið um spurningar (verðandi móðir no 3:2).

Maðurinn hennar nálgadist þessa umræðu með svipuðum hætti;

Þetta er ákvörðun manns sjálfs ... en samt fannst mér þetta bara vera partur af ferlinu. - ja ég held samt að, ... Já samt í góðri samvinnu við fagfólk og ég held að það verði

að segja fólki meira um hvað þetta snýst og af hverju áður en það tekur ákvörðun. (verðandi faðir no 3:2)

UMRÆÐUR

Skoða þarf niðurstöður þessarar rannsóknar með ákveðnum fyrirvara þar sem um lítið úrtak er að ræða. Hér er lýst upplifun tíu kvenna og tíu karla af fræðslu og ráðgjöf varðandi fósturskimun með samþættu líkindamati auk þess sem athygli er beint að því hverja konurnar hitta í upphafi meðgöngu áður en þær fara í fósturskimun. Þrátt fyrir takmarkanir eru þetta mikilvægar upplýsingar um samskipti kvenna við heilbrigðisstarfsfólk í upphafi meðgöngu og hver reynsla þeirra er af fræðslu og upplýsingum um skimun.

Þegar niðurstöðurnar eru skoðaðar varðandi hverja konurnar höfðu hitt á fyrstu vikum meðgöngu, kemur í ljós að meirihluti þeirra hitti fæðinga- og kvensjúkdómalækni en þrjár höfðu hitt heimilislækni í upphafi meðgöngu. Aðeins tvær konur höfðu farið til ljósmóður í fyrstu skoðun áður en þær fóru í fósturskimun en tvær höfðu rætt við ljósmóður í síma. Þannig pöntuðu sex af konunum í rannsókninni sér tíma í fósturskimun áður en þær fóru í fyrsta viðtal hjá ljósmóður á sinni heilsugæslustöð. Það er athyglisvert hversu margar konur í rannsókninni áttu fyrstu samskipti á meðgöngu við fæðinga- og kvensjúkdómalækni en hér á landi hefur það ekki verið skoðað sérstaklega hvort að fyrirkomulag þjónustu í upphafi meðgöngu hafi áhrif á fræðslu og upplýsingar sem konum eru veittar. Í forprófun Hönnu Rutar Jónasdóttur (2009) sem lýst er í inngangi fór ríflega helmingur kvennanna til fæðinga- og kvensjúkdómalæknis á stofu til að fá þungun staðfesta. Í þeirri sömu heimsókn fengu konurnar gjarnan beiðni fyrir skimun og hluti þeirra pantaði sér tíma á fósturgreinadeild í framhaldinu áður en farið var í fyrstu heimsókn í meðgönguvernd. Um það bil helmingur kvennanna sem svaraði forprófuninni fékk hins vegar beiðni hjá ljósmóður. Í klínisku leiðbeiningunum hefur verið lögð áhersla á að konur komi fyrir í fyrstu heimsókn í meðgönguvernd sem getur leitt til þess að fleiri konur kjósi að koma eingöngu á sína heilsugæslustöð í upphafi meðgöngu. Leiðbeiningarnar kveða jafnframt á um að við fyrstu samskipti á meðgöngu skuli rætt um fósturskimun (Hildur Kristjánsdóttir og fl. 2008). Samkvæmt upplýsingum frá þátttakendum í þessari rannsókn virðist lítil áhersla vera lögð á það en sú umræða

sem fær mest rými í viðtölunum speglast í þemanu „svo er það hnakkapýkkt-armælingin“. Það gefur til kynna að fræðslan sé veitt út frá því sjónarhorni að þetta liggi nokkuð beint við – að fara í fósturskimun en eins því er lýst í viðtölunum er ekki mörgum orðum eytt í fræðslu og upplýsingar um efnið. Án efa er það mismunandi hversu löngum tíma er eytt í umræðu um skimunina en í nýlegri kanadískri rannsókn kom fram að læknar eyddu minna en 5 mínútum í ræða um fósturskimanir við verðandi mæður (Park og Mathews, 2009). Slíkt hefur ekki verið skoðað hjá fagfólki hér á landi en erlendar rannsóknir benda til að þekkingu heilbrigðisstarfsmanna sé ábótavant varðandi fósturskimun (Ekelin og Crang-Svalenius, 2004; Skirton og Barr, 2009) og kann það að vera ein skýring á því að fræðsla og upplýsingagjöf er með þessum hætti. Önnur skýring gæti verið sú að þar sem skimunin er algeng þá sjái læknar og ljósmæður hana sem hluta af meðgönguverndinni en bent hefur verið á að eftir því sem upptaka fósturskimunar er almennari dregur úr fræðslu og umræðu um upplýst val (Suter, 2002). Á meðgöngu eru veittar upplýsingar og fræðsla um fjölmarga þætti sem tengjast heilsuvernd, mataræði, lifnaðarhætti og fl. Það má velta því fyrir sér hvort sú nálgun sem kallað hefur verið eftir í umræðu um fósturskimun eigi ef til vill erfitt uppdráttar í slíku samhengi. Umræða og skilningur á fósturskimun í hverju samfélagi mótast m.a. af gildismati, venjum, samfélagslegum skilningi á fötlun og aðgengi að fóstureyðingum. Í grein sem lýsir notkun orðræðugreiningar á efni um fósturskimun í íslenskum fjölmiðlum kom í ljós að ein megináhersla var á skimunina sem tæknilega framför og val verðandi foreldra. Í greininni er byggt á hugmyndum Foucault um um stjórnum (e. governmentality). Almennt var sjálf-ræðishugtakinu hampað í fjölmiðlaumræðunni sem leiðir af sér þann skilning að fæðing fatlaðs barns sé fyrst og fremst persónuleg ábyrgð foreldra. Á sama tíma er samfélagsleg ábyrgð gerð ósýnileg (Gottfreðsdóttir og Björnsdóttir, 2009). Í viðtölunum speglast þessi áhersla í þemanu *í hverju felst valið?* en öllum konunum fannst ákvörðun um að þiggja skimun vera þeirra val. Slíkt er jákvætt en á sama tíma er því lýst að skimunin sé ekki nægjanlega útskýrð og í seinna viðtalinu kom fram hjá nokkrum verðandi foreldrum þörf fyrir samræður um skimunina og hvað í henni felst. Það ber þó að hafa í huga eins og lýst er í síðasta

dæminu að þarna höfðu allar konurnar fengið niðurstöður úr skimuninni um litlar líkur á fráviki og mótur það svör þeirra. En á hverju byggir þá val verðandi foreldra? Sé horft til þess að þekking er einn þáttur í ákvarðanatöku um fósturskimun þá má velta fyrir sér hvort framsetning fræðslunnar hvetji verðandi foreldra til að taka upplýsta ákvörðun. Framsetning upplýsinga og fræðslu um fósturskimun gerir það e.t.v. að verkum að verðandi mæðrum finnst það vera þeirra ábyrgð að þiggja skimun sé hún boðin. Ljósmyndir eða lækni útlistar kosti í stöðunni en leggur ekki á þá persónulegt mat svo niðurstaðan ráðist alfarið af gildismati konunnar/verðandi foreldra. Í niðurstöðum má sjá dæmi um þetta hjá konu no 7:1. Hér er hlutverk læknis eða ljósmyndur tæknilegt, fagmáðurinn þjónar óskum skjólstæðings enda sé það hans réttur að ráðstafa sínu lífi eins og hann kys (Vilhjálmur Árnason, 2003). Sé þessi áhersla viðhöfð í fræðslu sem veitt er um fósturskimun eiga sér ekki stað nauðsynlegar samræður milli verðandi foreldra og læknis eða ljósmyndur. Það þarf að vanda til hvernig staðið er að þessari þjónustu en í okkar heilbrigðiskerfi býðst öllum konum að fara í fósturskimun. Fræðsla og upplýsingar eru þar stór þáttur enda hefur verið lögð á það áhersla, af fagfólki, að ákvarðanir verðandi foreldra byggji á haldgóðum upplýsingum um skimunina. Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa tilefni til að endurskoða vinnulag og upplýsingagjöf um fósturskimun á fyrstu vikum meðgöngunnar.

LOKAORÐ

Í íslensku samfélagi er fósturskimun með samþættu líkindamati orðin hluti af meðgönguvernd eða „norm“. Því er mikilvægt fyrir ljósmæður og lækna að gera sér grein fyrir því hver reynsla verðandi foreldra er af þeim upplýsingum og fræðslu sem fagstéttirnar veita. Þó að ákvörðun verðandi foreldra um skimun byggji jafnframt á ýmsum öðrum þáttum þá hefur þekking áhrif á hvort valið er upplýst. Þrátt fyrir lítið úrtak í þessari rannsókn mætti nýta niðurstöðurnar til að samræma upplýsingar sem verðandi foreldrum eru veittar um fósturskimun. Fyrir ljósmæður og lækna sem veita verðandi mæðrum/foreldrum þjónustu í upphafi meðgöngu eru þær vísbending um að bæta þurfi þekkingu þessara stétta.

Þakki

Bestu þakki fá verðandi foreldrar sem tóku þátt í þessari rannsókn og ljósmæður

á fósturgreiningardeild og heilsugæslustöðvum í Reykjavík og Hafnarfirði sem aðstoðuðu við framkvæmd rannsóknarinnar. Ljósmæðrafélag Íslands fær þakki fyrir stuðning sinn við viðtalsrannsóknina sem er hluti af doktorsverkefni höfundar.

Heimildir:

- Chiang, H.-H., Chao, Y.-M. og Yuh, Y.-S. (2006). Informed choice of women in prenatal screening tests for Down's syndrome. *Journal of Medical Ethics*, 32, 273-277.
- Dahl, K., Kesmodel, U., Hvidman, L. og Olesen, F. (2006). Informed consent: attitudes, knowledges and information concerning prenatal examinations. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 1414-1419.
- Ekelin, M. og Crang-Svalenius, E. (2004). Midwives' attitudes and knowledge about a newly introduced foetal screening method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 287-293.
- Favre, R., Moutel, G., Duchange, N., Vayssière, C., Kohler, M., Bouffet, N. og fl. (2008). What about Informed Consent in First-Trimester Ultrasound Screening for Down Syndrome? *Fetal Diagnosis and Therapy*, 23, 173-184.
- Gokhale, L.S. og Cietak, K.A. (2002). Serum screening for anomalies in pregnancy: reasons for acceptance or refusal of the test. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22, 392-393.
- Gottfredsdóttir, H., Sandall, J. og Björnsdóttir, K. (2009). 'This is just what you do when you are pregnant': a qualitative study of prospective parents in Iceland who accept nuchal translucency screening. *Midwifery*, 25, 711-720.
- Gottfredsdóttir, H. og Björnsdóttir, K. (2009). "Have you had the test?": A discourse analysis of media presentation of prenatal screening. *Samþykkt til birtingar í Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Gourounti, K. og Sandall, J. (2006). Do pregnant women in Greece make informed choices about antenatal screening for Down's syndrome? A questionnaire survey. *Midwifery*, 24, 153-162.
- Gourounti, K., Lykeridou, K., Daskalakis, G., Glentis, S., Sandall, J. og Antsaklis, A. (2008). Women's Perception of Information and Experiences of Nuchal Translucency Screening in Greece. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 24, 86-91.
- Green, J. og Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London: Sage Publications.
- Hanna Rut Jónasdóttir (2009). Upplýsingaöflun verðandi mæðra um fósturskimun/sónar á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Óbirt lokaritgerð til embættisprófs í ljósmóðurfræði, Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Helga Gottfredsdóttir (2006). Breyttar áherslur í meðgönguvernd í ljósi nýrra aðferða til fósturgreiningar og skimunar. Í Helga Jónsdóttir (ritstj.). *Frá innsæi til inngripa. Þekkingapróun í hjúkrunar og ljósmóðurfræði*. (bls. 145-163). Hið Íslenska bókmenntafélag og Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfredsdóttir, Rúnar Reynisson og Þóra Steingrimsdóttir. (2008). Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. *Klínískar leiðbeiningar*. Sótt á vef Landlæknisembættisins

13. maí 2009 af www.landlaeknir.is/pages/145
- Jaques, A., Sheffield, L. og Halliday J. (2005). Informed choice in women attending private clinics to undergo first-trimester screening for Down syndrome. *Prenatal Diagnosis*, 25, 656-664.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publications.
- Landlæknisembættið (2006). Tilmæli um fósturskimun á meðgöngu. Dreifibréf Landlæknisembættisins nr. 9/2006. Sótt á vef Landlæknisembættisins 23. apríl 2009 af <http://www.landlaeknir.is/Pages/207>
- Michie, S., Dormandy, E. og Marteau, T. (2002). The multi-dimensional measure of informed choice: A validation study. *Patient Education and Counseling*, 58, 87-91.
- Nicolaides, K., Spencer, K., Avigildou, K., Faiola, S. og Falcon, O. (2005). Multicenter study of first-trimester screening for trisomy 21 in 75 821 pregnancies: Results an estimation of the potential impact of individual risk-orientated two stage first-trimester screening. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 25(3), 221-226.
- Nicolaides, K.H., Heath V. og Liao, A.W. (2000). The 11-14 week scan. *Bailliere's Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14, 581-594.
- Park, A. og Mathews, M. (2009). Women's decisions about maternal serum screening: A qualitative study exploring what they learn and the role prenatal care providers play. *Women and Birth*, 22, 73-78.
- Pilnick, A., Fraser, D.M. og James, D.K. (2004). Presenting and discussing nuchal translucency screening for fetal abnormality in the UK. *Midwifery*, 20, 82-93.
- Polit, D. og Beck, C. (2006). *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Lippincott Williams og Wilkins, Philadelphia.
- Santalalhti, P., Hemminki, E., Latikka, A.M. og Rynänen, M. (1998). Women's decision making in prenatal screening. *Social Science og Medicine*, 46, 1067-1076.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data*. London: Sage Publications.
- Sigríður Halldórsdóttir (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.) *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum*. (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Skirton, H. og Barr, O. (2009). Antenatal screening and informed choice: A cross-sectional survey of parents and professionals. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2009.01.002.
- Suter, S. M. (2002). The routinization of prenatal testing. *American Journal of Law and Medicine*, 28, 233-270.
- Van den Berg, M., Timmermans, D., ten Kate, L.P., van Vugt, J. og van der Wal, G. (2005). Informed decision making in the context of prenatal screening. *Patient Education and Counselling*, 63, 110-117.
- Vilhjálmur Árnason, (2003). *Siðfræði lífs og dauða*, (2. útgáfa). Reykjavík: Háskóli Íslands, Siðfræðistofnun. Háskólaútgáfan.
- Wrede, S., Benoit, C. og Sandall, J. (2001). The state and the birth/the state of birth: Maternal health policy in three countries. Í R. DeVries, C. Benoit, E. Van Teijlingen og S. Wrede (Ritstj.), *Birth by design: Pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe* (pp. 28-50). New York: Routledge.

Ljósmaður við ómskoðanir í 25 ár

Hér er fjallað um aðkomu ljósmaðra að ómskoðunum, sögu ómskoðana á Íslandi og hvernig ljósmaður byrjuðu að starfa við þessa sérgrein innan fæðinga- og ljósmóðurfræða. Ljósmaður hafa gegnt mikilvægu hlutverki í skipulagningu og framkvæmd ómskoðana á Íslandi. Varpað er ljósi á mikilvægi ljósmóðurinnar við þessar sérhæfðu rannsóknir, sem löngu eru orðnar nauðsynlegur hluti mæðraverndar og sagt er frá því hvernig byrjað var að nota þessa tækni og hvernig hún þróaðist með árunum. Þá er leitað við að skoða hvaða áhrif ómskoðanir hafa haft á mæðravernd og hvað hefur áunnist með ómskoðunum í meðgöngu.

Starf ljósmaðra við ómskoðanir á meðgöngu hefur þróað þannig að líta má á ómskoðanir og tengd greiningarfræði í meðgöngu sem sérgrein innan ljósmóðurfræðinnar og segja má að sú þróun hafi verið byltingarkennd á köflum. Við teljum að ljósmaður sem læra þessa sérgrein dýpki og víkki starfsvið sitt til muna og verði sérfræðingar í fósturgreiningu. Það er stéttinni til framdráttar og gerir starfsvið ljósmaðra fjölbreyttara. Nauðsynlegt er að þessi sérhæfing verði viðurkennt sérnám innan ljósmóðurfræða og mælt er með að tveggja ára þjálfun á viðurkenndri fósturgreiningardeild þurfi til að geta starfað við fósturgreiningar. **Meginhugtök:** Saga og þróun, ómskoðanir, ljósmaður, fósturgreining, ávinningur.

Frumkvöðlar í ómskoðunum

Ómskoðanir hófust í Bandríkjunum upp úr síðari heimstyrjöldinni og þróuðust hægt innan læknisfræði á sjötta áratug síðustu aldar. Upphaf ómskoðana í meðgöngu var hins vegar í Skotlandi, þar sem Ian Donald (1910-1987), læknir og prófessor á Queen Mothers háskólasjúkrahúsinu í Glasgow, hóf að



María Jóna Hreinsdóttir,
ljósmóðir
Fósturgreiningardeild LSH,



Ólafía Margrét Guðmundsdóttir,
ljósmóðir
Fósturgreiningardeild LSH,

gera tilraunir til að nota ómtæknina við greiningar í þungun og kvensjúkdómum við lok 6. áratugarins. Hann átti með elju og þrautseigju í samvinnu við þarlenda eðlisfræðinga og verkfræðinga stærstan þátt í þróun tækninnar til nota í klínískri og daglegri vinnu. Honum tókst einna

fyrstum að sjá fóstrið og legu þess, greina fylgjustaðsetningu og sjá fósturhjartslátt, en einkum að mæla stærð fósturhöfðuðsins og gera sér grein fyrir að stærð þess mátti nota til að ákvarða meðgöngulengd. Talað er um Ian Donald sem guðföður þeirrar tækni sem er grundvöllur fósturgreiningar í dag. Tæknin nefndist “sonar” sem er stytting á Sound Orientation and Navigation Radar, enda var tæknin upprunnin í neðansjávargreiningum og byggði á endurómun gegnum vatnskenndan miðil, svo sem líkamsvefi.

Á Kvennadeild Landspítalans og þar með á Íslandi, var Jón Hannesson, skurðlæknir, frumkvöðull (Mynd 1). Jón stóð fyrir því að keypt var tæki af bestu fánlegu gerð frá Skotlandi árið 1975 og lærði vel á það, ekki síst í Glasgow. Tækið er nú geymt á Lækningaminjasafninu á Nesstofu og er merkur safngripur því einungis um tvö hundruð slík voru framleidd. Jón var mikill áhugamaður um tækni og preyttist ekki á að tileinka sér og læra það sem var nýjast á hverjum tíma. Það var ekki létt verk að hefja ómskoðanir á þessum tíma, því margir höfðu ekki mikla trú á þessari tækni og tækin ekki auðveld viðfangs í fyrstu. Það breyttist hins vegar fljótt og nú vildi enginn vera án ómtækninnar innan myndgreiningarfræða og kröfur eru gerðar til tækninnar, sem oft eru óraunhæfar. Reynir Tómas Geirsson og Kristján Baldvinsson voru þeir læknar sem næst lærðu að ómskoða, en þær María Jóna Hreinsdóttir og Guðrún Björg Sigurbjörnsdóttir voru fyrstu íslensku ljósmaðurnar sem fengu þjálfun til að ómskoða. Þær voru sendar til Glasgow á Queen Mother's spítalann árið 1982 að beiðni Sigurðar S. Magnússonar, prófessors og Kristínar I. Tómasdóttur, yfirljósmóður. Sigurður hafði kynnst því í Skotlandi að ljósmaður væru þjálfaðar til að ómskoða og var vel látið af því þar. Á

Queen Mother's spítalanum var sérstök „sónar“ deild með nokkrum ómtækjum og var eðlisfræðingur alltaf á staðnum til að stilla tækin og sjá til þess að þau væru í sem besta lagi. Eftir mánaðardvöl á Queen Mother's spítalanum hélt þjálf-unin áfram hjá Jóni Hannessyni. Það voru mikil viðbrigði við koma heim frá Skotlandi, þar sem mörg tæki voru til að skoða með og tækin alltaf í toppstandi og vinna svo á einni vanbúinni stofu á Kvennadeildinni, þó tækið væri gott á þeirra tíma mælikvarða. Tæknimenn spítalans með Andrés Má Magnússon eðlisfræðing fremstan í flokki, reyndu að gera sitt besta, en önnur okkar (MH) hugsaði oft þegar heim var komið „hvað er ég búin að koma mér í?“, þegar tækið lét illa og var, svo vitnað sé í Jón Hann-esson, eins og „lofnetslaust sjónvarp“. Sigurður S. Magnússon hafði samt fulla trú á ljósmæðrunum og vildi að þær skuldbindu sig til starfans í 10 ár. Þó að þeim hafi vaxið það í augum þá, eru árin er nú orðin 26 sem annar höfunda þess-arar greinar hefur starfað við ómskoðun. Við höldum áfram vegna brennandi áhuga og allt var gert til að halda tækj-unum gangandi.

Ljósmæðurnar fóru mjög fljótt að skoða sjálfstætt. Jón vann tvo morgna í viku og annan morguninn voru einungis gerðar legvatnsástungur, en hinn var hann við ómskoðanir. Fyrst í stað var einungis konum sem lágu á meðgöngudeild sinni eða þeim sem komu á deildina vegna blæðinga eða verkja. Mikil ásókn var þó í þessa nýju tækni og lækna sem höfðu verið erlendis við nám og kynnt-ust þessum rannsóknum þar, vildu nýta þær hér. Þess vegna var nauðsynlegt að fleiri menntuðu sig í þessum fræðum um leið og ný tækni, hreyfiómmyndagreining (e. real-time ultrasound scanning) kom fram á sjónarsviðið upp úr 1980. Þá varð tæknibylting, ekki síst til að greina eðlilega líffræði fóstursins og afbrigði frá því. Ljósmæðurnar tvær fóru á viku námskeið í febrúar 1983 til Royal College of Obstetricians and Gynaecologists í London þar sem farið var yfir eðlisfræði ómunar og lífeðlisfræði, fósturfræði og tæknilega þætti í framkvæmd ómskoðana og það varð starfinu veruleg lyftistöng.

Tækin og tæknin

Í upphafi voru tækin ólík þeim sem við þekkjum í dag. Þau voru stór og þung í meðförum, þurftu mikið rými, byggðu á katóðutækni sjónvarpanna og gáfu frá sér mikinn hita. Fyrsta myndformið voru kyrrmyndir, svonefndar A- (einföld



Jón Hannesson að skoða með fyrsta „Real Time Scan“ tækinu.

einvíddarmynd til að nota við mælingar) og B-mynd (samsett tvívíddarmynd), sem mætti líkja við stillimynd á gömlu svart-hvítu sjónvarpi. Tækið á Kvennadeild Landspítalans og var lengi vel eina tækið sem til var á landinu. Það var fram-leitt af fyrirtækinu Nuclear Enterprises í Glasgow og var fyrst notað til að meta meðgöngulengd í vafatilvikum, greina fjölbura og fylgjustaðsetningu. Þetta tæki byggði á einni þunnri kristalflögu sem sendi frá sér og tók við hljóðbylgjum af hárrí tíðni, 1,0-2,5 milljón sveiflum á sekúndu og með því að safna saman upplýsingum frá þessum eina kristal mátti byggja upp kyrrar myndir af marg-földu endurkasti vefjanna, en með A-myndunum mátti líka greina hreyfingu, svo sem hjartslátt og mæla hraða hreyf-inganna (telja hjartaslögin) og þannig sjá líf í móðurkviði snemma á meðgöngu (Mynd 2). Þá varð fljótlega ljóst að greina mátti mjög alvarlega vanskapnaði, svo sem vatnshöfuð og heilaleysi, með tækinu.

Fyrsta tækið sem sýndi hreyfimyndir, „real time scan“, kom á Kvennadeild-



Gamla kyrrmyndatækið.

ina árið 1983. Sú tækni var byggð á því að með röð af kristalflögum, 20-30 alls, voru hljóðbylgjur sendar inn í líkamann og tekið á móti þeim aftur um leið með miklum hraða á víxl frá einni kristalflögu til annarrar. Með tölvutækni mátti breyta hljóðinu í samsetta mynd þar sem hreyf-ing, til dæmis fóstursins eða fósturhjat-ans, sást um leið. Þróun þessara tækja hefur fleygt fram á síðasta aldarfjórðungi með síauknum myndgæðum sem byggj-ast á mörg hundruð samhæfðum krist-alflögum í hverjum ómhaus og marg-falt fullkomnari tölvutækni við úrvinnlu ómmerkja og uppröðun þeirra í myndir sem eru af hárrí upplausn og gæðum, sem má stýra með innbyggðum breytingar- og úrvinnslumöguleikum í tölvukerfunum sem tækin byggja á (Mynd 3). Nýjustu tækin eru lipur og þægileg í notkun, þó enn þurfi rými í kringum þau vegna hita sem stafar frá þeim. Tækin eru heldur ekki einföld í meðförum ef ná á bestu gæðum úr þeim. Tækið eitt er aðeins hluti af greiningunni, þekking, þjálfun og öguð fastmótuð vinnubrögð eru skilyrði fyrir því að unnt sé að nýta tæknina þannig að greiningarmöguleikar hámarkist. Það getur verið auðvelt að læra nokkur frum-atríði tæknilegs eðlis, en velmenntaður og þjálfður mannshugur skiptir eins miklu máli og tæknin, auk ákveðins og nauðsynlegs hæfileika til að skynja og vinna í tvívíddarumhverfi myndefnisins og breyta því í þrívíddarskilning um leið og skoðað er (e. dynamic scanning). Þetta er enn meginatriði og verður svo áfram.

Nýjustu tækin eru með möguleika á tvívíðri (enn langalgengasta og nota-drýgsta myndgerðin), þrívíðri (notuð við sérstakar aðstæður) og fjórviðri (tíminn er fjórða víddinn) myndtækni, auk Dopp-ler endurkasttækni. Þrívíddarómun er enn sem komið er ekki mikil viðbót við hefðbundna tvívíddar ómskoðun, en er þó notuð við einstaka skoðanir eins og þegar greina þarf nákvæmar klofna vör, útlimagalla eða einstaka galla á heila. Þessi myndtækni hefur líka víða verið notuð í hreinni sölumennsku sem á ekkert skylt við notkun í greiningarskyni.

Breytt viðhorf til skoðana.

Árið 1984 kom Reynir Tómas Geirsson til starfa við Kvennadeildina frá Skotlandi, en hann hafði mikla reynslu í ómskoðunum og fósturgeiningu. Dokt-orsritgerð hans fjallaði um ómrannsóknir á stærð og rúmmáli legs og fylgju og fósturvexti við ýmsar aðstæður (1).

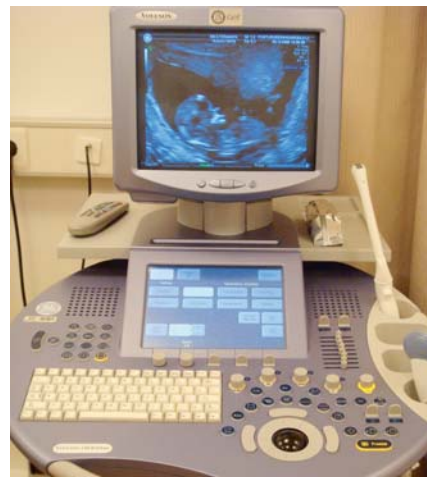
Reynir vann að því í samstarfi við Ólaf Ólafsson þáverandi landlækni,

Maríu Jónu Hreinsdóttur, Jón Hannesson og Þóru F. Fischer, sem öll unnu við ómskoðanir á Kvennadeild, að breyta frá tilfallandi skoðunum í meðgöngu, sem meirihluti kvenna fór þá þegar í og hefja þess í stað kerfisbundnar ómskoðanir á meðgöngu (2). Starfsemin var nú skipulögð mun betur til að nýta kosti tækninnar sem best fyrir konurnar. Jafnframt var farið að gera íslensk mæligildi og rannsaka hvort erlend gildi ættu við um íslensk fóstur (3). Ómskoðanir höfðu ekki verið í boði fyrir allar konur og ekki var reynt að staðfesta eðlilegt fósturútlit kerfisbundið. Alvarleg afbrigði í fósturum greindust því ekki nema fyrir tilviljun og oft seint á meðgöngu. Legvatnsástungur og litningapróf höfðu þó hafist á Íslandi 1978 og sú starfsemi var vel skipulögð (4,5). Nú var komið á venjubundinni („rúttíu“) skoðun við 18-19 vikna meðgöngu, fyrst á Landspítalanum, en í kjölfar námskeiða árin 1985 og 1987 breiddust kerfisbundnar skoðanir út og í árslok 1986 og ársbyrjun 1987 voru gefnar út leiðbeiningar um ómun á meðgöngu (6,7). Þá var byrjað á fylgusýnitökum (1984) og fleiri greiningarinngrípum með ómstýrðum hætti. Ísland var þriðja landið þar sem kerfisbundin skoðun var í boði fyrir allar konur, á eftir Austurríki og Noregi, en önnur lönd fylgdu á eftir (8,9,10). Konur gátu leitað á nokkra staði á landsbyggðinni til að fara í þessa kerfisbundnu ómskoðun, þó gæðin væru ekki þau sömu og á Landspítalanum, fyrst og fremst vegna þess að þjálfunar- og viðhaldsþekkingargrundvöll skorti á öðrum stöðum, en einnig voru tækin misjöfn. Víða voru keypt tæki til ómskoðana, m.a. fyrir söfnunarfé og ljósmóðir eða lækni á viðkomandi stað fengu þjálfun á Kvennadeildinni til að nota þau, en sumir höfðu lært erlendis eða fóru á námskeið þar. Nokkrir aðilar komu reglubundið til námsdvalar og upprifjunar á Kvennadeildina og sýndu bæði áhuga og færni.

Þeir staðir sem buðu upp á ómskoðun á meðgöngu voru: Sjúkrahúsið á Akranesi, St. Franciscuspítalinn í Stykkishólmi, Sjúkrahúsið á Patreksfirði, Sjúkrahúsið á Ísafirði, Sjúkrahúsið á Blönduósi, Sjúkrahúsið á Sauðárkróki, Sjúkrahúsið á Siglufirði, Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, Sjúkrahúsið á Húsavík, Sjúkrahúsið á Seyðisfirði, Fjórðungssjúkrahúsið á Neskaupsstað, Heilsugæslan í Höfn á Hornafirði, Sjúkrahúsið í Vestmannaeyjum, Sjúkrahús Suðurlands, Selfossi og Sjúkrahúsið í Keflavík. Ekki er lengur skoðað á öllum þessum stöðum, en þar

sem ennþá er boðið upp á ómskoðanir á landsbyggðinni eru ljósmæður starfandi á Ísafirði, Neskaupsstað, Selfossi og í Keflavík.

Fyrsta námskeiðið í ómskoðunum á meðgöngu var haldið á vegum Kvennadeildar LSH árið 1985 og fleiri eftir það. Þessi námskeið sóttu ljósmæður og lækni sem störfuðu eða ætluðu sér að starfa við ómskoðun á meðgöngu. Röntgenlækniar höfðu einnig sumir hverjir hlotið þjálfun í ómskoðunum og Sigurður V. Sigurjónsson kenndi á þessum námskeiðum, en hann bjó til orðið ómun sem nýyrði fyrir „ultrasound“ og margar afleiður þess, s.s. ómskoðun, ómi (sá sem skoðar), ómsnautt, ómpétt, ómgeisli,



Nýjasta tæki Fósturgreiningardeildar Kvennasviðs LSH GE Voluson 730 Expert.

ómstýrt og fl.. Námskeiðin byggðust upp á fræðilegum fyrirlestrum auk sýnikennslu í notkun tækjanna. Í töflum 1-4 eru nöfn þeirra lækna og ljósmæðra sem unnið hafa á Íslandi við ómskoðun á meðgöngu. Ómskoðun við 18-19 vikur varð að venjubundinni („rúttíu“) skoðun sem nær allar konur á landinu nýttu sér sem hluta mæðraverndar og með bakhjarl í gagnreyndum fræðum þess tíma var mælt með þessari einu venjubundnu skoðun og aðrar skoðanir aðeins gerðar samkvæmt ábendingu. Vinsælt varð að fá myndir af fósturinu og þær voru seldar vægu verði en það sem inn kom notað til að efla menntun á deildinni og bæta innra starfið þar.

Snemmskimun

Alfa-fósturprótín hafði verið mælt í völdum tilvikum á Landspítalanum frá miðjum níunda áratugnum til greiningar á alvarlegum miðtaugakerfisgöllum fósturs, þó árangur af því hafi verið misjafn og ekki hafi verið um skimun að

ræða. Upp úr 1990 urðu svokölluð þrípróf til að skima fyrir miðtaugakerfis – og litningagöllum algengari og byrjað var að bjóða þau með kerfisbundnari hætti um miðjan tíunda áratuginn í samvinnu við stofnun í Glasgow. Um sama leyti fannst hins vegar ómskoðunaraðferð til að meta líkur á litningagöllum, hnakkapýkktarmælingin. Hildur Harðardóttir, lækni, hafði komið 1997 á Kvennadeildina eftir sérnám í fóstur- og fæðingafraði í N.-Ameríku og hafið störf á sónardeildinni. Sjórnir hennar og ljósmæðranna á deildinni, sem nú var farið að kalla fósturgreiningardeild Kvennadeildar (e. prenatal diagnosis unit) beindust að þessum mælingum. Í skoðunum við undirbúning fyrir legástungu höfðum við, eins og aðrir, séð að hnakkapýkkt var oft aukin hjá fósturum sem greindust svo með litningagalla. Góðum árangri af mælingunum var lýst í alþjóðlegum tímaritum og á ráðstefnum sem starfsfólk deildarinnar hér sótti og umræða skapaðist um þær, m.a. gegnum íslenskar konur sem höfðu kynnst þessum möguleika erlendis. Við vildum því beita okkur fyrir því að hnakkapýkktarmæling yrði tekin upp á Íslandi og töldum að það gæti dregið úr inngripum með legástungum, ekki hættulausum aðgerðum. Með færri inngripum mátti ætla að fósturlátum í kjölfar þeirra mundi fækka.

María J. Hreinsdóttir og Hildur Harðardóttir fóru til London á stofnun sem nefnist Fetal Medicine Foundation til að læra þessar mælingar í febrúar 1998 og hófust þær svo í desember sama ár. Fyrstu tvö árin voru hnakkapýkktarmælingarnar fyrst og fremst í boði fyrir konur sem voru í áhættuhóp fyrir litningagalla vegna aldurs eða fyrri sögu og var þeim konum sem fengu auknar líkur á litningagalla boðin legástunga, sem flestar þáðu. Hins vegar kusu flestar þær konur sem greindust með litlar líkur að sleppa legástungu. Þetta varð til þess að legvatnsástungum fækkaði verulega, án þess þó að færri litningagallar greindust. Fyrir hnakkapýkktarmælingarnar fóru konur 35 ára og eldri nánast undartekningarlaust í legástungu og voru framkvæmdar um 400-500 legástungur á ári hverju, mest nálægt 550. Árið 2007 voru framkvæmdar 124 legástungur (fylgusýnitökur og legvatnsástungur).

Fljótlega varð ljóst að ekki var unnt að einskorða snemmskoðanir af þessu tagi við konur sem voru 35 ára og eldri. Yngri konur vildu líka eiga kost á þeim. Árið 2004 var byrjað að bjóða öllum konum sem þess óskuðu að koma í snemms-

kimun með hnakkþykktarmælingu (11,12,13,14). Fyrir áhuga og frumkvöðulstarf Guðlaugar Torfadóttur, liffræðings (1946-2007) og í samvinnu við Jón Jóhannes Jónsson, lækni á sameinda- og lífefnafræðideild rannsóknasviðs Landspítalans hófst uppbygging á svonefndu samþættu líkindamati þar sem prótínin beta-hCG og PAPP-A (pregnancy associated plasma protein A) voru mæld í móðurbólði samhliða hnakkþykktarmælingunni og notaðar ásamt aldri móður til að meta líkur á litningafrávikum (15). Þetta var gert í samvinnu við stofnanir í London, þ.m.t. áðurnefnda Fetal Medicine Foundation, stofnun sem samhafir og sér um gæðaeftirlit með hnakkþykktarmælingum, þjálfar og viðheldur menntun þeirra sem við þetta vinna, án ágóða. Alls hafa 5 ljósmæður og 4 læknar á Íslandi lokið þjálfun og hlotið réttindi þaðan.

Þessar skoðanir snúast ekki eingöngu um að reikna líkur á litningagöllum, heldur greinast allmargir aðrir alvarlegir og jafnvel ekki lífvænlegir fósturgallar nú mun fyrr en áður, svo sem heilaleysi, framheilaleysi, heilahauull, nýrnagallar eða útlimagallar. Ef hnakkþykkt er mjög aukin getur það líka verið vísbending um hjartagalla eða þindarslit. Allar fjölburaþunganir greinast snemma og auðvelt er að ákvarða belgaskil sem er mikilvægt vegna mæðraverndar. Hjá þremur af hverjum hundrað konum greinist dulið fósturlát. Starfsfólk fósturgrein-ingardeildar vann að því í samvinnu við Sigurð Guðmundsson landlækni að koma 11-14 vikna skimun á fyrir allar konur óháð aldri og var það gert með formlegum hætti af hálfu heilbrigðisfyrirvalda árið 2004. Hnakkþykktarmælingar og samþætt líkindamat er framkvæmt á fósturgreiningsdeild Kvennasviðs Landspítala-háskólasjúkrahúss og kvennadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri.

Þróun ómskoðana

Á bernskuárum ómskoðana á Íslandi voru þær eins og annars staðar markaðar af þeirri þekkingu sem var fyrir hendi í þessum fræðum. Þróun þekkingarinnar og tækninnar hefur hins vegar verið stórstíg og er ekki ofmælt að tala um byltingu. Tæki dagsins í dag sýna okkur margt sem ekki var mögulegt að sjá fyrir 20 árum. Fyrir 26 árum þegar fyrstu ljósmæðurnar fóru til Skotlands til að læra, var einn læknir að skoða tvo morgna í viku í einu stóru herbergi, enginn var í móttöku og aðstaða nánast engin til að standa vel að skoðunum. Þegar ljósmæðurnar komu til starfa var þessu herbergi skipt upp í tvö

Tafla 1. Ljósmæður sem starfa við ómskoðanir á meðgöngu á Íslandi 2008:

María Hreinsdóttir - Kvennadeild LSH
Ólafía M. Guðmundsdóttir
- Selfossi síðar á Kvennadeild LSH
Kristín Rut Haraldsdóttir
- Kvennadeild LSH
Guðlaug Björnsdóttir
- Kvennadeild LSH
Guðrún Linda Friðriksdóttir
- Kvennadeild LSH
Sigurlinn Sváfnisdóttir - Selfossi
Áshildur Gestsdóttir - Ísafirði
Hildur Halldórsdóttir - Neskaupsstað

skoðunarherbergi og lítil móttaka fyrir ritara var búin til á milli herbergjanna, auk búningsaðstöðu fyrir konurnar fyrir vaginal ómskoðanir, þegar þær hófust árið 1983. Allar bókanir í ómskoðanirnar höfðu farið fram á göngudeild kvenna og allar konur sem ætluðu í legástungu voru undirbúnar og skráðar þar. Þessu var breytt og allar konur sem voru á leið í legástungu voru ómskoðaðar við um það bil 12 vikur til að staðfesta að um lifandi fóstur væri að ræða og greina hve langt konan var gengin með. Þær höfðu fram að því yfirleitt ekki verið ómskoðaðar áður, sem var oft mjög bagalegt, vegna þess að þegar þær mættu í legástungu voru þær stundum komnar of stutt, eða of langt á leið, eða með dáið fóstur eða tvö eða fleiri fóstur.

Margar konur höfðu heldur ekki hugmynd um það að þær hefðu val um að fara í rannsóknina og höfðu vanist því að "gera bara eins og læk'nirinn/ljósmóðirin sagði". Þarna hófust umræður um upplýst val og að það væru alltaf foreldrarnir sem hefðu síðasta orðið um hvað gera skyldi (16,17). Talsvert var um að konur sem komu með bláðingu eða verki væru skoðaðar til að greina hvort fóstur væri lifandi eða ekki, en fyrir tilkomu ómtækni

Tafla 2. Ljósmæður sem hafa lært ómskoðanir, en hættar ómskoðun á Íslandi:

Guðrún Björg Sigurbjörnsdóttir - Kvennadeild LSH
Hildur Nielsen - Kvennadeild LSH
Sólveig Friðbjarnardóttir - Kvennadeild LSH
Sigríður Haraldsdóttir - Kvennadeild LSH
Sigrún Magnúsdóttir - Ísafjörður
Margét Thorlacius - Stykkishólmur
Margrét Sæmundsdóttir - Sauðárkróki

þurftu þessar konur að bíða í óvissu með áframhald þungunarinnar. Þá voru konur á meðgöngudeild skoðaðar, ef þurfa þótti og konur sem höfðu sögu um vandamál/sjúkdóma á meðgöngu. Smám saman var fastmótuðu kerfi skoðana komið á fyrir konur með fleirbura, sykursýki, háþrýsting og leghálsveilu og skráning og tölu- legar upplýsingar bættar verulega.

Samvinna lækna og ljósmæðra á þessu sviði hefur alltaf verið góð og nán og mikil áhersla lögð á góða grunnþekkingu, fagleg og öguð vinnubrögð og mikilvægi þess að skimanir væru gerðar á sama tíma meðgöngu vegna þess að þá hámarkast notagildi þeirra. Reynsla annarra sýndi að sá sem skoðar lærir að þekkja útlit og atferli fóstursins á þeim tíma sem skoðun er gerð, sem leiðir til þess að auðveldara er að sjá ef eitthvað óeðlilegt er á ferð. Einnig varð að gæta þess að skoðanir væru helst ekki gerðar á þeim tíma í meðgöngunni þegar íslensk lög og almennar venjur leyfa ekki inn grip eins og að rjúfa meðgöngu, hvort heldur með fóstureyðingu eða framköllun fæðingar.

Ljósmæður sem vinna við fósturgreiningar eru í þverfaglegu teymi með sérhæfðum fæðingalæknum, en einnig fagaðilum eins og erfðaráðgjafa, sálfræðingum, prestum og barnalæknum. Mikil samvinna er við meðgöngudeild og áhættumæðravernd og móttöku kvenna, heilsugæsluna um land allt og sjúkrahús utan Reykjavíkursvæðisins. Ráðgjöf er veitt í gegnum síma til skjólstaðinga, ljósmæðra og lækna sem vinna við mæðravernd eða ómskoðanir á landsbyggðinni. Mikil kennsla og nokkrar rannsóknir fara fram á deildinni. Ljósmæðurnar kenna ljósmæðranemum, læknanemum, deildarlæknum og ljósmæðrum sem ætla að sérhæfa sig í fósturgreiningum. Fósturgreiningardeildin er í nánú samstarfi við sambærilegar deildir erlendis þegar þarf að framkvæma sérhæfðar aðgerðir, eins og blóðskipti/blóðgjöf í móðurkviði, laserbrennslu tengiæða hjá eineggja tvíburum og fleira, aðallega í Bretlandi og Belgíu, en áður líka Danmörku, Noregi, Bandaríkjunum og Hollandi.

Framtíðin í ljósi fortíðar

Þegar höfundar hófu nám í ljósmóðurfraði árið 1977, var lítið um að konur væru ómskoðaðar og við upplifðum ýmislegt á fæðingargangi sem ljósmæður sem útskrifast dag hafa aldrei séð, en aðeins lesið um í fræðibókum. Við myndum ekki vilja snúa til baka og þurfa að ganga í gegnum erfiða fæðingu þar

sem barnið deyr strax eftir fæðingu vegna alvarlegs fósturgalla eins og til dæmis gerist við heilaleysi, klofinn hrygg, eða þegar vatnshöfuð var svo stórt að bora varð gat á höfuð barnsins til að hleypa út vökva svo það gæti fæðst. Stundum komu óvænt tvö börn eða jafnvel þrjú. Við höfum líka lært að hlusta vel á foreldra, hvað þau vilja gera með upplýsingarnar sem hægt er að fá um ófætt barn þeirra, lært að virða skoðanir þeirra og reynum að koma til móts við foreldra og styðja við þá ákvörðun sem þau kunna að taka. Á sama tíma reynum við að nýta tækifæri sem gefast til að skapa góð og jákvæð viðhorf til þungunarinnar og gerum okkur grein fyrir að við erum sem fagfólk með nám í ljósmóðurfræðum í einstakri aðstöðu til að koma að þunguninni með þeim hætti og styrkja þannig fjölskylduna.

Í dag vinnum við á nýrri og vel búinni fósturgreiningardeild með fimm skoðunarherbergjum búnum tækjum af bestu gerð. Ljósmæður framkvæma um það bil 90 % af öllum skoðunum sem framkvæmdar eru á fósturgreiningardeild Kvennasviðs Landspítalans og flestar kerfisbundnar skoðanir, en heildarfjöldi skoðana eru um tíu þúsund á ári. Þær sjá því um alla grunnstarfsemina, en í góðri samvinnu við fæðingalæknanna. Svörin sem við sendum frá okkur eru ekki lengur handskrifuð og teiknuð frihendis, heldur er nú allt gert rafrænt. Myndir og mælingar eru sendar frá ómtækjunum yfir í tölvu í sérsniðnu skráningar- og samskiptakerfi og niðurstöðurnar síðan prentaðar út. Á deildinni er sérstakt ráðgjafaherbergi, móttaka og biðstofa. Aðstaða fyrir ritara og starfsfólk er orðin eins og best verður á kosið á deild sem þessari.

Störf ljósmæðra við fósturgreiningar á Íslandi hafa fest sig í sessi. Það er góð viðbót við ljósmóðurstarfið að geta sérhæft sig í fósturgreiningu og ráðgjöf til verðandi foreldra. Þróunin í þessari sérhæfingu hefur verið með þeim hætti að ljósmæður hafa tileinkað sér allar nýjungar eftir því sem þær hafa þróast, sótt ráðstefnur og námskeið erlendis og tekið próf með árlegri viðbót til að halda réttindum til snemmskimunar. Þrátt fyrir háan menntunarstaðal hefur þó ekki enn tekist að tengja þetta sérnám við háskólasamfélagið á Íslandi og er svo jafnvel víðar. Það er hins vegar von okkar að það verði gert í framtíðinni og þannig verði styrkari stoð undir því námi sem ljósmóðir leggur á sig til að geta framkvæmt þessar rannsóknir á tryggum grunni. Þeir sem

Tafla 3. Læknar sem starfa við ómskoðanir á meðgöngu á Íslandi:

Reynir Tómas Geirsson - Kvennadeild LSH
Hildur Harðardóttir - Kvennadeild LSH
Hulda Hjartardóttir - Kvennadeild LSH
Vilhjálmur Andrésson - Akranesi
Edward Kiernan - Akranesi
Alexander Smárason - Akureyri
Anna Mýrdal Helgadóttir - Akureyri
Ragnheiður Baldursdóttir - Akureyri
Þorsteinn Þorsteinsson - Sauðárkróki
Rúnar Reynisson - Seyðisfirði
Einar E. Jónsson - Vestmannaeyjum
Konráð Lúðvíksson - Keflavík.

ætla að starfa við fósturgreiningar þurfa að mati flestra erlendra fagaðila að hafa að baki nám og þjálfun frá viðurkenndum fósturgreiningardeildum. Við teljum það ótvíræðan kost að vera ljósmóðir í þessu fagi, því sú víðtæka menntun sem við fáum í ljósmæðranáminu er afar gagnlegur grunnur þegar skoða á fóstur í móðurkviði og skilja þarfar móðurinnar og fjölskyldu hennar. Víða framkvæma röntgentæknar þessar skoðanir og læknar lesa síðan úr myndunum án þess að sjá konurnar sjálfir. Heilbrigðisstarfsfólk með þann menntunarbakgrunn vantar mikið upp á þau tengsl sem fást úr ljósmæðrafaginu. Þá er enn talsvert um að verið sé að kaupa ómskoðunartæki án þess að þekking til að nota þau sé fyrir hendi eða að grunnur notkunar sé byggður á nægilegum fjölda skoðana til að hægt sé að halda uppi færni. Til eru þeir sem halda að það sé nóg að stinga tækinu í samband og þá komi allt hitt af sjálfu sér eða vilja nýta öfluga greiningartækni einvörðungu til skemmtunar og til að græða fé sjálfir. Ábyrgir ómskoðendur um allan heim óttast þá illa grunduðu þróun og þær hættur á misvísandi og röngum upplýsingum sem í því felast. Því

Tafla 4. Læknar sem hafa starfað við ómskoðun á meðgöngu:

Jón Hannesson - Kvennadeild LSH
Kristján Baldvinsson - Kvennadeild LSH og FSA
Guðjón Vilbergsson - Kvennadeild LSH
Þóra F. Fischer - Kvennadeild LSH
Stefán Helgason - Akranesi
Jósep Blöndal - Stykkishólmi
Sigursteinn Guðmundsson - Blönduósi
Andrés Magnússon - Siglufirði
Jónas Franklín - Akureyri
Eggert Brekkan - Neskaupsstað
Einar Hjaltason - Ísafirði
Jón B. Stefánsson - Selfossi

teljum við nauðsynlegt að tryggja eins vel og hægt er að þeir sem skoða kunni sitt fag og uppfylli kröfur sem alþjóðasamtök viðurkenna. Þar eigum við ljósmæður að standa betur að vígi en flestir til að tryggja fagleg vinnubrögð samfélaginu til framtíðar.

Þakkir

Reynir Tómas Geirsson, prófessor, fyrir yfirlestur, upplýsingar og góð ráð.

Heimildir

- Geirsson RT. Intrauterine volume in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1986;Suppl 136:1-74.
- Geirsson RT, Sigurjónsson SV. Ómskoðanir á Íslandi. Læknablaðið 1986;72:151-153.
- Geirsson RT, Hreinsdóttir M, Sigurbjörnsdóttir GB, Persson PH. Fósturvöxtur íslenskra einbura Læknablaðið 1990;76:405-410.
- Jóhannsson JH. Litningarannsóknir til fósturgreiningar. 2001;87:451-3-7.
- Hjartardóttir H. Legvatnsástunga og fylgjuvefsýni til greiningar á litningagerð fósturs. 2001;87:447-9.
- Geirsson RT. Leiðbeiningar um ómskoðun í meðgöngu. Ljósmaðrablaðið 1986;64:170-174, en einnig í Læknablaðið, Fréttabréf lækna 1987;3:12-13. og Hjúkrun 1987;63:14-16.
- Geirsson RT. Breytingar á útreikningi meðgöngulengdar og mat á fósturvexti. Læknablaðið 1997;83:751-2.
- Geirsson RT. Ómskoðun við 18-20 vikur. Læknablaðið 2001;87:403-7.
- Gardosi J, Geirsson RT. Routine ultrasound is the method of choice for dating pregnancy. Brit J Obstet Gynaecol 1998;105:933-936.
- Geirsson RT, Weldner B-M. The routine obstetric ultrasound. Acta Obstet Gynecol Scand 1999;78:745-748.
- Harðardóttir H. Þróun fósturgreiningar. Læknablaðið 2001;87:399-400.
- Harðardóttir H. Greining á fósturgöllum snemma í meðgöngu. Læknablaðið 2001;87:fylgirit 42:36-8.
- Harðardóttir H. Ómskoðun við 11-13 vikur, hnakkapýkktarmæling og líkindamat með tilliti til litningagalla og hjartagalla. Læknablaðið 2001;87:415-21.
- Haraldsdóttir KR. Líkindamat með tilliti til litningagalla fósturs eftir hnakkapýkktarmælingu. 2001;87:422-3.
- Torfadóttir G, Jónsson JJ. Lífefnaskimun fyrir fósturgöllum. 2001;87:431-40.
- Hreinsdóttir M. Ráðgjöf til foreldra um ómskoðanir í meðgöngu. 2001;87:459-61
- Haraldsdóttir KR. Áhugi kvenna á ómskoðun, upplýst val og ráðgjöf. Læknablaðið 2001;87:fylgirit 42:44-6.

Til stóð að eftirfarandi grein birtist í síðasta tölublaði Ljósmæðrablaðsins en röð atvika varð til þess að það fórst fyrir. Biður ritnefnd blaðsins höfunda og aðra hlutaðeigendur innilegra afsökunar á þessu leiðu mistökum.



Jólakveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

Brim hf



Jólakveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

**Efling
stéttarfélag**



Jólakveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

Efnamóttakan ehf



Jólakveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

**Háskóinn í Reykjavík
Kennslufræði- og lýðheilsustöð**



Jólakveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

**Heilbrigðisstofnun
Hvammstanga**



Jólakveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

**Heilbrigðisstofnunin
Sauðárkróki**

Lausnarsteinar

Á vordögum fagnaði Ljósmæðrafélag Íslands 90 ára afmæli sínu. Af því tilefni og til að

minnast hinnar merku

sögu ljósmæðra á

Íslandi, ákvað félagið

að ráðast í útgáfu

bókar sem kom út á

afmælishátíðinni í vor.

Bókin Lausnarsteinar:

Ljósmóðurfræði og

ljósmóðurlist inniheldur

13 kafla um málefni

sem tengjast starfi ljósmæðra - allt frá fyrstu

komu í meðgönguvernd

til sængurlegu. Auk

þess eru í bókinni viðtöl

við 5 heiðursljósmæður sem allar miðla af reynslu

sinni fyrir komandi kynslóðir. Bókinni hefur verið

einkar vel tekið og þar sem eintökum fer fækkandi

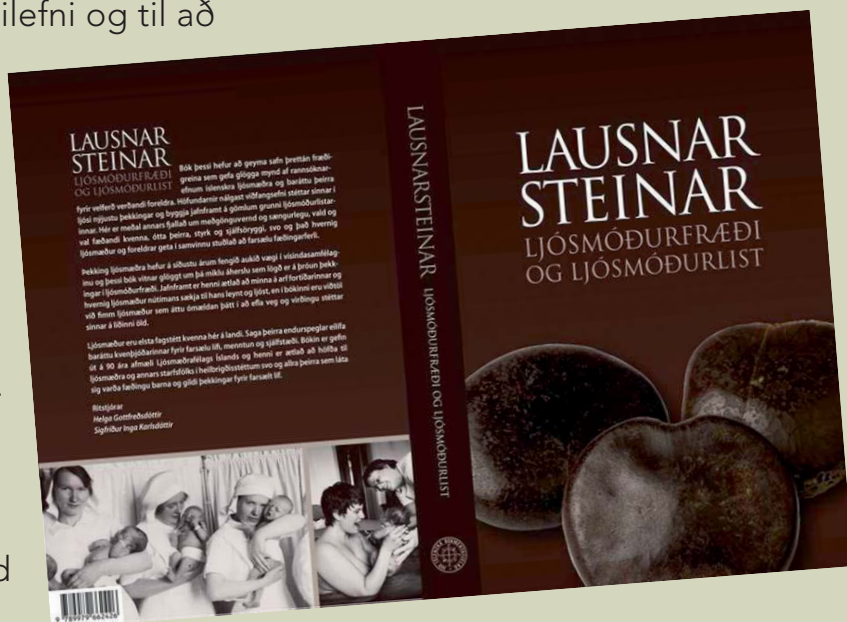
viljum við hvetja þær ljósmæður sem hafa hug á

að eignast bókina að bregðast við og verða sér úti

um eintak á minna á í tilefni jólanna að bókinn er

vegleg gjöf. Bókina er hægt að nálgast á skrifstofu

félagsins eða í bókabúðum.



Eiga ljósmæður að ómskoða á meðgöngu?

Í eftirfarandi grein sem byggir á ritgerð í námskeiðinu Inngangur í ljósmóðurfræði er fjallað um hvort það sé hlutverk ljósmæðra að ómskoða á meðgöngu. Höfundur greinarinnar Kristín Rut Haraldsdóttir, ljósmóðir hefur áratuga reynslu af ómskoðunum á fósturgreiningardeild Landspítalans og er nú í meistaranámi við HÍ. Hennar niðurstaða er að ljósmæður hafi einstaka þekkingu á barneignaferlinu sem er mjög mikilvægur bakgrunnur fyrir nám og þjálfun í ómskoðun á meðgöngu. Oftast er ómskoðun á meðgöngu mikill gleði-atburður hjá verðandi foreldrum en óvænt erfið tíðindi geta komið upp. Menntun og reynsla ljósmæðra er mikilvæg á slíkum stundum.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir.

Inngangur

Það er mjög breytilegt eftir löndum hver ómskoðar þungaðar konur. Víðast hvar á Norðurlöndunum eru það ljósmæður sem sinna því. Í Bretlandi eru það jöfnum höndum ljósmæður, læknar og ómtæknar. Kosturinn við að hafa ljósmóður er að hún getur útskýrt skoðunina janfnóðum og hún fer fram fyrir hinum verðandi foreldum. Hún þekkir líka væntingar hinna verðandi foreldra vegna reynslu sinnar úr starfi. Ef ómtæknir framkvæmir ómskoðun þarf lækni til að lesa úr og þannig fá foreldrar ekki strax niðurstöður og skýringar á þeim.

Ómskoðun á meðgöngu er víðast hvar hluti af nútíma mæðravernd. Hún er læknisfræðileg rannsókn bæði fósturskimun og fósturgreining. Frá árinu 1986 hefur öllum konum á Íslandi verið boðin ómskoðun við 18-20 vikur og langflestar hafa þegið það eða allt að 99%. Markmið þeirra rannsókna er að ákvarða meðgöngulengd, fjölda fóstura, fylgjustaðsetningu og meta fósturútlit með tilliti til heilbrigðis. Frá árinu 2004 hefur öllum konum staðið til boða að fara í 11-14 vikna skoðun þar sem hægt er að meta líkur á litningagöllum, hjartagöllum og finna ýmsa líffæragalla og hefur stór hluti kvenna nýtt sér það. Verðandi foreldrar standa frammi fyrir flóknu vali þegar kemur að fósturrannsóknunum og skimun (Helga Gottfredsdóttir, 2006). Fyrir ljósmæður er þetta ögrandi verkefni, en stöðugar framfarir eiga sér stað og nýjungar sem þarf að tileinka sér. Tækjakosturinn er alltaf að verða betri, en það er sá sem heldur á ómhausnum sem greinir. Því er góð menntun og þjálfun nauðsynleg, því greiningin verður aldrei betri en sú mynd



Kristín Rut Haraldsdóttir
ljósmóðir
Fósturgreiningardeild LSH,

sem skoðandinn nær fram á skjáinn. Það hefur færst í vöxt að tæki hafa verið keypt á staði þar sem enginn menntaður starfsmaður á þessu sviði hefur verið við störf og þá er freisting að kveikja á því og prófa sig áfram. Þetta veldur því að gæði skoðunar verður lakari og ekki er verið að veita skjólstaðingum þá faglegu þjónustu sem þeir búast við. Því er mikilvægt að vanda vel til verka þegar á að þjálfa viðkomandi starfsmann, hvort sem það er lækni eða ljósmóðir. Þjálfunin tekur langan tíma og nauðsynlegt að gera sér grein fyrir því og það er ekki fyrir alla að læra að ómskoða. Því er tíminn mikilvægur í þjálfuninni til að ná góðri færni.

Í rannsóknunum kemur víða fram að það er reynsla og færni viðkomandi ómskoðanda sem gerir hann betri til að greina vandamál (Tegnander og Eik-Nes, 2006) og það skiptast á skin og skúrir í þessu starfi eins og öðru sem viðkemur ljós-

mæðrastarfinu. Langoftast er verið að færa foreldrum góðar fréttir, allt virðist líta vel út með fóstrið og þetta er mikil gleðistund. Það eru forréttindi að fá að upplifa með foreldrum þegar þau fá að sjá fóstrið í fyrsta sinn. Að sjá að það hefur hendur, fætur og hreyfir sig. Margir foreldrar hafa lýst því að nú trúir þau þessu – að þau fái sönnun fyrir því að það sé eitthvað þarna. Sérstaklega á þetta við feður sem ekki hafa upplifað alla þá breytingu sem verður í líkama kvenna. En að sama skapi er mjög erfitt að þurfa að færa foreldrum þær fréttir að eitthvað sé athugavert. Það kemst aldrei upp í vana að sjá sorgina færast yfir fólk, miklar væntingar bundnar við skoðunina en síðan er fótunum kippt undan þeim. Það er vandaverk að færa slíkar fréttir og þarna kemur menntun og fyrri reynsla að góðum notum (Schoefl, 2008). Ljósmæður eru menntaðar til að sinna þunguðum konum og fjölskyldum þeirra á gleði- og sorgarstundum og standa því vel að vígi til að sinna ómskoðun á meðgöngu.

Saga ómskoðunar á meðgöngu

Dr. Ian Donald lækni á Queen Mothers háskólasjúkrahúsi í Glasgow var fyrstur til að kynna ómskoðun með hátíðnihljóðbylgum á meðgöngu fyrir fæðinga- og kvennsjúkdómalækna. Þetta var upp úr miðri síðustu öld og 1958 birtist fyrsta greinin þar sem lýst er einburaðgöngu við 34 vikur, 32 vikna meðgöngu með polyhydramnion og tvíburameðgöngu við 37 vikur (Donald, MacVicar og Browne, 1958). Það tók rúman áratug þar til þessi nýja tækni náði almennri



fótfestu, sérstaklega eftir að framleiðendur hönnuðu tæki sem auðvelt var að nota. Fyrsta tækið sem kom til Íslands 1975, var hannað af Donald og félögum. Jón Hannesson, sérfræðingur í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum á Kvennadeild Landspítalans var frumkvöðull í ómskoðunum hér á landi (Reynir Tómas Geirsson, 2001). Þetta tæki er geymt á Læknaminjasafninu á Nesstofu og er verðmætur safngripur, því einungis 200 tæki voru framleidd í heiminum. Kvennadeildin fékk svokallað „real-time“ tæki árið 1983.

Mikil framsýni fylgdi ákvörðun Sigurðar S. Magnússonar þegar hann ásamt Kristínu I. Tómasdóttur, yfirljósmóður ákvað að senda tvær ljósmæður til Glasgow til að læra ómskoðun. Hann hafði kynnst því í Skotlandi að ljósmæður ómskoðuðu á meðgöngu með góðum árangri. Saga ómskoðunar er því nær þrjátíu ára gömul hér á landi. Miklar breytingar urðu með tilkomu nýrra tækni, svokallaðra „real-time“ tækni, en þar sést fóstrið hreyfa sig. Áður hafði einungis verið um kyrrmynd að ræða. Kvennadeildin fékk svona tæki árið 1983 (Reynir Tómas Geirsson, 2001). Þróunin hefur síðan verið mikil, bæði hvað varðar gæði tækjanna og nýja tækni. Má þar nefna möguleikana á að gera blóðflæðismælingar og þrí- og fjórívíddarómun. Í dag starfa fimm ljósmæður og tveir læknar við Fósturgreiningardeild Landspítalans.

Menntun og þjálfun í ómskoðun

Að læra ómskoðun krefst mikillar samhæfingar hugar og handar. Hinn fullkomni ómskoðari þarf að hafa mikla þekkingu á líffærafræði og góða ómskoðunartækni. Það sameinar þá eiginleika að geta skoðað og túlkað niðurstöður samtímis. Að ná góðri tækni í ómun er vandasamt og byggir mikið á færni viðkomandi. Eins og áður kom fram þá er það sá sem heldur á ómhausnum sem greinir vandamálið. Sérfræðiþekking skiptir sköpum og því betri þekkingu sem ómskoðandi hefur, því betri greiningu getur hann gefið. Það krefst þess að viðkomandi þarf mikla æfingu við að óma, undir góðri leiðsögn og sækja viðurkennd námskeið (Finberg, 2004). Það er allt of algenget að fólk með litla reynslu og þekkingu í ómun framkvæmi rannsóknina og gefi þar með ekki vandaða niðurstöðu (Geirsson, 1999). Námið tekur mislangan tíma og fer eftir því hve nemandi er fljótur að tileinka sér fræðin og ná tækni við ómskoðun (Spears og Griffin, 1999). Þjálfunin er krefjandi og það er nauðsynlegt að fá tíma til að læra og njóta þess og ná þannig betri tækni. Þjálfunin kostar fé og tíma en skilar sér í betri þjónustu við þungaðar konur (Kirwan og Walkinshaw, 2000). Mikilvægt er að við höldum okkur við góða menntun, því annars getur gæði ómskoðunar minnkað (Finberg, 2004).

Ljósmæður sem vilja sérhæfa sig

í ómskoðun þurfa að sækja sérstök námskeið og þjálfun á viðurkenndum stað. Hér á landi þarf ljósmóðir sem vill sérhæfa sig í ómun að sækja viku námskeið til Royal College of Obstetricians and Gynaecologist í London. Hún fær síðan þjálfun á fósturgreiningardeild Landspítalans. Til að öðlast leyfi til að framkvæma hnakkþykktarmælingu þarf að sækja námskeið til Fetal medicine foundation og þeir gefa síðan út leyfi sem þarf að endurnýja ár hvert. Áætlað er að í heild taki um tvö ár fyrir ljósmóðir að ná þeirri færni sem krafist er í dag af ómskoðara. Ljósmæður sem lært hafa að óma eru sérfræðingar í reglubundnum skoðunum og greina mörg vandamál. Þær skoða mikinn fjölda fóstora sem gerir þær hæfari að greina þegar eitthvað er afbrigðilegt. Reynslan skiptir þar miklu máli. Þær vita hvernig fóstur á þessum tíma lítur út og eru því fljótari að sjá þegar eitthvað ber út af. Þegar valið er að skoðað alltaf að ákveðnum tíma eins og við tuttugu vikur, þá smá saman byggist upp í reynslubankanum hvernig fóstur líta út á þeim tíma. Því er líka mikilvægt að ómskoðarinn hafi ákveðinn fjölda skoðana á ári til að viðhalda kunnáttu sinni.

Í rannsókn sem gerð var í Noregi til að greina fjölda hjartagalla í reglubundinni tuttugu vikna skoðun var ljósmæðrum skipt í tvo hópa, með minni reynslu en þær höfðu skoðað 200-2000 sinnum og þær með meiri reynslu höfðu gert meira en 2000 skoðanir við tuttugu vikur. Þar kom sterklega í ljós að reynslan skiptir miklu máli í færni þeirra til að finna hjartagalla (Tegnander og Eik-Nes, 2006). Ekki er óeðlilegt að áætla að hægt sé að yfirfæra þetta á aðra þætti skoðunar. Þetta gefur til kynna hversu nauðsynlegt er að að hver ómskoðandi fái nægan fjölda til að viðhalda þekkingu sinni og að í litlu landi eins og Íslandi séu skoðunarstaðir ekki of margir.

Af hverju ljósmæður?

Það er margt sem mælir með því að ljósmæður sinni ómskoðun á meðgöngu. Aukin áhersla á fósturgreiningu og skimun felur í sér tiltekna breytingu á störfum ljósmæðra (Helga Gottfredsdóttir, 2006). Það er mikilvægt að virða skoðanir kvenna og þarfir á meðgöngu og fæðingu (Walsh, 2002). Hver kona er einstök og með sinn bakgrunn, menningu og trú og ljósmæður eru vanar að nálgast hverja konu á þeirra forsendum (Kirwan og Walkinshaw, 2000). Ljósmæður eru sérfræðingar í eðlilegri meðgöngu og þar sem ómun er mikið notuð er eðlilegt að

þær sérhæfi sig í ómskoðun. Þær þekkja vel þarfir, væntingar og kvíða þungaðra kvenna og geta sinnt því mjög vel (Chen, Leung, Sahota, Fung, Chan, Law, Chau, Lao og Lau, 2009). Ljósmaður hafa þekkingu og reynslu sem gerir þær sérstaklega hæfar til að skoða þungaðar konur (Eurenius, Axelsson, Cnattingius, Eriksson og Norsted, 1999; Edwards, 2009; Nicolaidis, 1992). Sérhæfing sem þessi gerir ljósmaðrastéttina sterkari og eykur starfsmöguleika og fjölbreytni í starfi. Með því að ljósmaður sinni ómskoðun veita þær þunguðum konum og þeirra fjölskyldum faglega þjónustu. Ljósmaður sem hafa sérhæft sig í ómskoðun barnshafandi kvenna vinna sjálfstætt og bera ábyrgð á sínum skoðunum (Chen og fl., 2009).

Starfið

Starf ljósmaðra á fósturgreiningardeild er mjög fjölbreytt og breytilegt eftir því hvað verið er að skoða. Á fyrri hluta meðgöngu er ómskoðun gerð til að ákvarða meðgöngulengd, greina hvort fósturútlit er eðlilegt, finna fósturgalla eða vísbendingar um litningagalla. Einnig þar að staðsetja fylgju og greina lágsæta eða fyrirsæta fylgju. Í þeim skoðunum greinast einnig afbrigðilegar þunganir eins og fósturvisnun eða blöðrufóstur. Ómskoðun á fyrsta trimester er aðeins gerð ef ljósmóðir eða lækni óskar eftir því. Ábendingar geta verið óeðlilegar blæðingar, afbrigðileg þykkt eða mikil ógleði. Mæld er CRL lengd (haus-daus lengd) hjá fóstri til að meta meðgöngulengd. Sú mæling hefur tvö staðalfrávik sem svara til $\pm 4-6$ daga. Skoðunina er hægt að gera um kvið (transabdominalt) eða um leggöng (transvaginalt). Samþætt líkindamat er hægt að framkvæma við 11-14 vikur (11+1-13+6) þar sem hnakkþykkt fósturs er mæld og blöðprufa tekin sem mælir fylgjuhormónin (B-hcg og PAPP-A). Hægt er að reikna út líkur á litningagöllum þrístæðu 21, þrístæðu 18 og þrístæðu 13. Einnig er hægt að skoða fósturútlit og greina ýmsa fósturgalla. Aukin hnakkþykkt gefur líka vísbendingu um hjartagalla. Við 20 vikna ómun eru aðal-líffærakerfi fósturs skoðuð og fylgjan staðsett. Mælt er þvermál kolls (BPD) og lengd lærleggs (FL) til að ákvarða meðgöngulengd. Með því að nota báða þessa mælikvarða er nákvæmi ± 6 dagar eða tvö staðalfrávik. Á þessum tíma er hægt að greina marga fósturgalla s.s. vanheila, klofinn hrygg og hjartagalla. Á síðari hluta meðgöngu er ómskoðun gerð að ósk ljósmóður eða læknis til að greina



frávik í fósturvexti, fylgjast með fósturvexti ef grunur er um vaxtarseinkun, sykursýki, fleirburameðganga ofl. Greina fyrirsæta eða lágsæta fylgju, orsök blæðinga og meta legu ef grunur er um sitjanda. Ef um vaxtarseinkun er að ræða eða lítið legvatn er gerð blóðflæðismæling (Doppler) til að meta starfsemi fylgju og ástand fósturs. Þá er hægt að greina síðbúna fóstugalla. Á síðasta þriðjungi meðgöngu er BPD mælt og AD (abdominal diameter) til að greina stærð fósturs (Reynir Tómas Geirsson, 2000). Ljósmaður vinna í þverfaglegu teymi ásamt fæðingarlæknum sem eru sérhæfðir í ómskoðun á meðgöngu, erfðaráðgjafa, starfsfólki á litningarannsókn ásamt barnalæknum.

Í eigindlegri rannsókn sem gerð var í Lundi í Svíþjóð (Ekelin, Crang-Svalenius og Dykes, 2004) kom fram að ómskoðun var mjög jákvæð reynsla fyrir foreldrana. Talað var við tuttugu og tvö pör, tveimur til fjórum vikum eftir ómskoðunina. Meginþemað var staðfesting á nýju lífi en síðan voru fjögur önnur þema greind, að fá að sjá fóstrið, tilfinningin að sjá líf, að verða fjölskylda og fullvissan um að allt virtist líta vel út.

Að fá að sjá fóstrið var aðallega til að sjá að það væri á lífi og virtist heilbrigt. Þrátt fyrir að þau vissu að konan væri þunguð var mikilvægt fyrir þau að fá meðgöng-

una staðfesta með ómun. Þegar þau voru spurð hvað hefði valdið þeim áhyggjum fyrir ómskoðunina sögðust þau hafa hugsað um hvað skoðunin sýndi og til hvaða ákvarðana hún gæti leitt. Það var augljóst að foreldrarnir ætluðu að takast á við vandamálin ef og þegar þau kæmu upp. Konurnar höfðu meira hugleitt hvað þær myndu gera heldur en mennirnir. Þau voru sammála að það væri betra að vita af fósturgallanum, jafnvel þó það væri erfið tilhugsun.

Tilfinning að sjá líf. Í þessum flokki er fjallað um þær tilfinningar sem komu við það að sjá fóstrið hreyfa sig, að þau væru raunverulega að verða foreldrar. Upplifun foreldra var ekki ólík þó þau notuðu önnur orð til að lýsa því. Þrátt fyrir að ómskoðunin væri mikil upplifun fyrir foreldrana og meðgangan raunverulegri fannst sumum konum það óraunverulegt að sjá fóstrið en finna ekki fyrir því.

Að verða fjölskylda. Strax eftir að hafa séð fóstrið fóru foreldrarnir að hugsa um það sem barn og ímynda sér sig sem móðir og faðir. Þeim fannst þau hafa verið í sambandi við barnið. Foreldrunum fannst þau ekki bara verða nánari barninu heldur einnig nánari hvort öðru, að verða fjölskylda í fyrsta skipti. Fyrir allar konurnar var mikilvægt að hafa maka sinn með sér í ómskoðunina. Foreldrarnir töluðu um að ómskoðunin væri mikilvægt sönnun fyrir

aðra að þau væru að verða fjölskylda. Myndirnar voru mikilvægar til að sýna nánustu fjölskyldu og vinum.

Fullvissan að allt liti vel út. Eftir skoðunina töluðu foreldrarir um tvo hluti, gleði og létti. Þau upplifðu þessar tilfinningar strax á meðan á skoðun stóð eftir að ljósmóðirin hafði sagt þeim að allt virtist í lagi. Hluti af þessum hópi beið með að segja vinum og kunningjum frá þunguninni þar til eftir ómskoðunina. Þegar fólkið var spurt hvaða upplýsingar þau höfðu fengið fyrir ómskoðunina virtist það vera mjög einstaklingsbundið. Allir foreldrarir voru þó ánægð með þær upplýsingar sem þau höfðu fengið. Konurnar virtust þó hafa meiri áhuga á að lesa allt sem viðkom meðgöngunni. Það virtist vera að foreldrarir höfðu tekið ákvörðun um að fara í ómskoðun áður en ljósmóðir gaf þeim upplýsingar. Fyrir foreldrana voru mikilvægustu upplýsingarnar þær sem gefnar voru meðan á skoðuninni stóð. Upplýsingarnar voru ekki bara tengdar við það hve mikið þau skildu af því sem þeim var sýnt heldur var mikilvægt að fá sem mestar upplýsingar og geta fundið sig sem þátttakendur í skoðuninni sem veitti þeim mikla ánægju. Framkoma ljósmóður meðan á ómskoðuninni stóð var mjög mikilvæg. Bæði móður og föður fannst mikilsvert að ljósmóðirin heilsaði þeim báðum. Þau vildu að hún væri fagleg en einnig persónuleg. Rólegt andrúmsloft var þeim mikilvægt. Þarinn fannst tímalengd skoðunar skipta máli og einnig reynsla þess sem skoðaði. Þegar þau upplifðu góðar upplýsingar bæði um framkvæmd rannsóknarinnar og rannsóknina sjálfa og áhugasama ljósmóður voru þau mjög sátt. Í þessari rannsókn var upplifun foreldra mjög svipuð og enginn þeirra hafði hugleitt að sleppa þessari rannsókn. Flestir foreldrar höfðu skilið það sem fram fór í skoðunarherberginu vegna þess að þeir voru vel upplýstir af þeirri ljósmóður sem framkvæmdi rannsóknina. Heilbrigðisstarfsmenn hafa langa hefð fyrir því að gefa upplýsingar sem er mikilvægt við svona skoðun. Samkvæmt fyrrgreindri rannsókn var ómskoðunin góð reynslan fyrir foreldrana. Einnig kom fram hversu mikilvægur þáttur ljósmóður sem ómskoðar er, að hún gefi góðar upplýsingar og taki þátt í skoðuninni að þeirra mati. Þessi rannsókn er góð fyrir ljósmæður sem vinna við ómskoðanir til að sjá hvað þetta er mikilvægur og einstakur atburði í lífi fólks og hvað framkoma starfsfólks skiptir miklu máli.



Að færa slæmar fréttir

Fyrir flest pör er ómskoðun á meðgöngu mikill viðburður og gjarnan mikil tilhlökkun sem fylgir (Molander, Alehagen og Berterö, 2008). Hins vegar er oft kvíði þar sem verið er að rannsaka fóstur m.t.t. heilbrigðis. Aðdráttarafl ómskoðunar er hins vegar mikil, því ólíkt öðrum rannsóknum á meðgöngu geta foreldrar séð fóstrið og fengið þannig staðfestingu á meðgöngunni. Þetta getur hins vegar breyst mjög skyndilega ef uppkemur vandamál við skoðunina. Mikill kvíði og vonbrigði fylgja slíkum fréttum (Garcia, Bricker, Henderson, Martin, Mugford, Nielson og Roberts, 2002). Í um það bil 2-4% ómskoðana má búast við að finna fósturgalla sem eru misalvarlegir (Lalor, Devane og Begley, 2007). Það er vitað að heilbrigðisstarfsfólki finnst erfitt að færa slæmar fréttir en mjög mikilvægt er að gera það á faglegan hátt. Að vera meðvitaður um að á meðan starfsmaður vandar orð sín gleymist stundum að hafa í huga það sem ekki er sagt þ.e. líkamstjáningin (Schoefl, 2008). Konur hafa lýst því að þegar eitthvað afbrigðilegt hefur sést í ómskoðun finni þær breytingu á þeim sem skoða. Þeim finnst skoðandinn verða þögull, hann eyði löngum tíma í skoða ákveðinn stað á fósturinu og að ómskoðunin sé orðin mjög löng. Þannig finna þær oft að eitthvað er að án þess að orð hafi verið notuð. Það er ekki hægt að forða fólki frá kvíða og hræðslu sem óhjákvæmilega kemur upp þegar því er sagt frá fósturgalla. Hinsvegar er mikil-

vægt fyrir ómskoðandann að gera sér grein fyrir því að stöðugt er fylgst með þeim að störfum, bæði hvað þeir segja og segja ekki (Mitchell, 2004). Ómskoðun er rannsókn sem fer fram á staðnum þar sem upplýsingarnar koma jafnharðan til skjólstaðinga og þær geta því valdið spennu, sérstaklega ef eitthvað afbrigðilegt sést (Garcia, og fl., 2002). Heilbrigðisstarfsmenn sem vinna við fósturgreiningu ættu að afla sér góðra þekkingar á því hvernig eigi að flytja slæmar fréttir, því skjólstaðingar þeirra eru mjög viðkvæmir við þessar aðstæður og þetta getur haft áhrif í framtíðinni (Lalor og fl., 2007). Sama gildir um hvernig ljósmæður styðja foreldra sem standa frammi fyrir flóknu vali þegar niðurstöður fósturrannsóknar liggja fyrir (Helga Gottfreðsdóttir, 2006).

Í rannsókn sem Lalor og Begley (2006) gerðu kom fram að þrátt fyrir að fá slæmar fréttir sá engin kvennanna eftir að hafa þegið rannsóknina og mæltu með henni við aðrar konur. Þeim fannst betra að vita um fósturgallann heldur en ekki, hvernig sem hann var. Það er mikilvægt að gera sér grein fyrir því að þetta er lækisfræðileg rannsókn en ekki fjölskylduviðburður (Geirsson og Weldner, 1999) því að þrátt fyrir að flestir foreldrar fái ánægjulega niðurstöður, þá er sársaukinn og vonbrigðin mikil þegar um fósturgalla er að ræða. Ljósmæður sem vinna við fósturgreiningu geta vegna færni sinnar og reynslu veitt mikinn stuðning þegar vandamál koma upp (Kirwan og Walkinshaw, 2000) á meðgöngu. Þær hafa menntun til að bregðast við óvæntum atburðum og styðja foreldra á erfiðum stundum. Oft eru þetta foreldrar sem þurfa mikinn stuðning hvort sem meðganginn heldur áfram eða þau ákveða að binda endi á hana. Þessir foreldrar koma gjarnan aftur í meðgöngu og þurfa á sérstaklega mikilli nærgætni og faglegum vinnubrögðum að halda. Stundum vilja þau ekki hitta aftur þá ljósmóðir sem færði þeim þessar slæmu fréttir en oftar en ekki sækjast þau sérstaklega eftir að hitta viðkomandi. Þau virðast bera traust til þess sem greindi vandamálið hvert svo sem það var. Það er mikil reynsla að greina erfitt vandamál á staðnum með verðandi foreldrum. Erfitt er að halda áfram skoðuninni vitandi að innan skamms tíma þarf að rjúfa þessa gleðistund með skelfilegum fréttum. Enn og aftur er það þekkingin og reynslan sem ljósmóðirin býr yfir sem kemur að gagni. Að geta huggað og finna samkennd með fólki er mikilvægur eiginleiki sem nauðsynlegt er að tileinka sér

Niðurstöður

Ljósmaður hafa víðtæka þekkingu á barnseignaferlinu, sem gerir þær hæfar til að taka að sér krefjandi störf er að því lúta. Eitt af þeim er að ómskoða á meðgöngu, bera ábyrgð og starfa sjálfstætt.

Ljósmaðrastarfið kemur víða við og það er mikilvægt fyrir ljósmaður að tileinka sér sem breiðastan starfsvettvang. Ómskoðun á meðgöngu á að vera starfsvettvangur þeirra ljósmaðra sem hafa til þess sérhæfða þekkingu og réttindi. Fjölbreytni ljósmaðrastarfsins reynir á mannleg samskipti. Fyrir verðandi foreldra er ómskoðun á meðgöngu einstök stund. Mikilvægt er að ljósmaður gefi foreldrum upplýsingar jafnóðum og nálgist þá á þeirra forsendum. Að verða foreldri er eitt af leyndardómum lífsins.

Heimildaskrá

- Chen, M., Leung, T. Y., Sahota, D. S., Fung, T. Y., Chan, L. W., Law, L. W., Chau, M. C., Lao, T. T. og Lau, T.K. (2009). Ultrasound screening for fetal structural abnormalities performed by trained midwives in the second trimester in a low-risk population—an appraisal. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 88(6), 713-719.
- Donald, I., MacVicar, J. og Browne, T. G. (1958). Investigations of abdominal masses by pulsed ultrasound. *Lancet* 1, 1188-1195.
- Edwards, H. (2009). Midwife sonographer activity

- in the UK. *Evidence Based Midwifery*, 7(1), 8-15.
- Ekelin, M., Crang-Svalenius, E. og Dykes, A. K. (2004). A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. *Midwifery*, 20(4), 335-344.
- Eurenius, K., Axelsson, O., Cnattingius, S., Eriksson, L. og Norsted, T. (1999). Second trimester ultrasound screening performed by midwives; sensitivity for detection of fetal anomalies. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 78(2), 98-104.
- Finberg, H. J. (2004). Whither (wither?) the ultrasound specialist? *Journal of Ultrasound in Medicine : Official Journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*, 23(12), 1543-1547.
- Garcia, J., Bricker, L., Henderson, J., Martin, M. A., Mugford, M., Nielson, J. og Roberts, T. (2002). Women's views of pregnancy ultrasound: A systematic review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 29(4), 225-250.
- Geirsson, R. T. og Weldner, B. M. (1999). The routine obstetric ultrasound. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 78(9), 745-748.
- Helga Gottfreðsdóttir (2006). Breyttar áherslur í meðgönguvernd í ljósi nýrra aðferða til fósturgreiningar og skimunar. Í Helga Jónsdóttir (ritstjóri), *Frá innsæi til inngripa* (bls. 145-163). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Kirwan, D. og Walkinshaw, S. (2000). Amniocentesis and the specialist midwife. the developing role. *The Practising Midwife*, 3(5), 14-19.
- Lalor, J. og Begley, C. (2006). Fetal anomaly screening: What do women want to know?

- Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 11-19.
- Lalor, J. G., Devane, D. og Begley, C. M. (2007). Unexpected diagnosis of fetal abnormality: Women's encounters with caregivers. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 34(1), 80-88.
- Mitchell, L. M. (2004). Women's experiences of unexpected ultrasound findings. *Journal of Midwifery og Women's Health*, 49(3), 228-234.
- Molander, E., Alehagen, S. og Bertero, C. M. (2008). Routine ultrasound examination during pregnancy: A world of possibilities. *Midwifery, Nicolaides, K. (1992). Why midwives should scan. interview by mark cunningham. Midwives Chronicle*, 105(1249), 36-37.
- Reynir Tómas Geirsson. (2000). Leiðbeiningar um ómskoðun á meðgöngu. *Læknablaðið*, 86(11), 779-781.
- Reynir Tómas Geirsson. (2001). Ómskoðun við 18-20 vikur. *Læknablaðið* 87(5), 403-407.
- Schoefl, R. (2008). Breaking bad news. *Digestive Diseases (Basel, Switzerland)*, 26(1), 56-58.
- Spears, G. og Griffin, J. (1999). Ultrasound in obstetric triage. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(5), 480-492.
- Tegnander, E. og Eik-Nes, S. H. (2006). The examiner's ultrasound experience has a significant impact on the detection rate of congenital heart defects at the second-trimester fetal examination. *Ultrasound in Obstetrics og Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 28(1), 8-14.
- Walsh, D., Essay, R., Hughes, C., Davis, C. og Beech, B. A. (2002). What is a 'normal' midwife? *The Practising Midwife*, 5(7), 12-15.

Logaland
Lækningatæki

Flatahraun 31 | 220 Hafnarfjörður
s: 552 9080 | fax: 552 9015
www.logaland.is



HÁSKÓLI ÍSLANDS

AstraZeneca 
annt um líf og líðan


SÓLSTEINAR

Stofnun fagdeildar heimaþjónustu innan LMFÍ

Á félagsfundi LMFÍ þriðjudaginn 17. nóvember var formlega stofnuð fagdeild heimaþjónustu innan félagsins.

Ljósmaður sem sinna heimaþjónustu hafa lengi haft orð á því sín á milli að það vantaði samráðsvettvang fyrir ljósmaður sem vinna sjálfstætt. Á öðrum starfs- sviðum vinnum við náið með öðrum ljósmaðrum og finnum styrk hvor hjá annarri. Draumurinn er að í fagdeildinni geti ljósmaður sem sinna heimaþjón- ingum og heimaþjónustu í sængurlegu skapað sér vettvang til skoðanaskipta sem efla okkur allar í starfi.

Á fundi vinnuhóps um heimaþjónustu voru nú í haust lagðar fram hugmyndir að stofnskjali sem rammar inn hlutverk og verkefni fagdeildarinnar, en þau eru eftir- farandi:

1. Fagleg þróunarvinna, s.s.:
 - Sérhæfð viðmið um heimaþjónustu.
 - Gæðavísar, skráning og fl., í samráði við Landlæknisembættið.
 - Símenntun/endurmenntun.
2. Rekstrarlegt umhverfi s.s.:
 - Seta í samráðsnefnd v/samninga við Sjúkratryggingar Íslands.
 - Seta í nefnd Heilbrigðisráðuneytis um þróun barneignarþjónustu.

- Samvinna við LSH, aðra fæðing- arstaði og heilsugæslu um tilvísunarleiðir til og frá ljósmaðrum.

3. Samráðsvettvangur, faglegt bakland fyrir ljósmaður í einyrkjastarfsemi.

Kallað var til fundar 17. nóvember þar sem fagdeildin var formlega stofnuð. Boðið var upp á súpu og brauð, sem af mætingu að dæma virtist falla vel í kramið hjá ljósmaðrum, en á fundinn mættu milli 40 og 50 ljósmaður. Í stjórn voru kosnar ljósmaður í vinnuhóp, þær Björk Steindórsdóttir, Hildur Sigurðardóttir, María Þórisdóttir, Jenný Árnadóttir, Jóhanna Skúladóttir og Berglind Hálfðánsdóttir.

Að lokinni stofnun fagdeildar var rætt um málefni heimaþjónustunnar, þar sem sýnt þykir að breytinga sé að vænta í rekstrarumhverfinu. Hingað til hefur skipulag heimaþjónustu í sængurlegu verið frekar laust í reipunum. Það kemur m.a. fram í því að fæðingarstaðir þurfa gjarnan að leggja talsverða vinnu í að útvega konum ljósmóður í heimaþjón- ustu. Þetta er sérstaklega áberandi á sumarleyfistíma og í kringum stórhátíðir.

Landspítalinn og Sjúkratryggingar Íslands hafa á síðustu mánuðum sýnt

áhuga á að skoða aðra möguleika varð- andi umgjörð heimaþjónustunnar. Nú hafa nokkrar kraftmiklar, nýútskrifaðar ljósmaður stofnað fyrirtækið Björk- ina og eru í viðræðum við þessa aðila um aðkomu fyrirtækisins að útfærslu og skipulagi heimaþjónustu. Á félagsfund- inum kynntu ljósmaður Bjarkarinnar hugmyndir sínar og gafst fundarmönnum tækifæri til að viðra skoðanir sínar á þeim. Ennfremur var óskað eftir frek- ari hugmyndum ljósmaðra á netfang fyrirtækisins, bjorkin@bjorkin.is. Fund- armenn lögðu til að Björkin ætti fulltrúa í stjórn fagdeildarinnar og bættust þær Arney Þórarinsdóttir og Hrafnhildur Hall- dórsdóttir í hóp stjórnarkvenna.

Að fundi loknum tók við námskeið fagdeildar um einyrkjarekstur í heimaþjónustu þar sem m.a. var farið yfir faglega og rekstrarlega þætti og samskipti við stofnanir. Alls tóku 27 ljós- maður þátt. Stefnt er að því að endur- taka námskeiðið reglulega, auk annarrar sí- og endurmenntunar á vegum fagdeild- arinnar.

*F.h. stjórnar fagdeildar heimaþjónustu,
Berglind Hálfðánsdóttir*



Jólaþveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

**Heilbrigðisstofnun
Þingeyinga**



Jólaþveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

**Heilbrigðisstofnunin
Ísafjarðarbæ**



Jólaþveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

Lyfjaver ehf



Jólaþveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

Íslandsbanki



Jólaþveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

**St. Franciscuspítalinn
Stykkishólmi**



Jólaþveðja til ljósmæðra
og fjölskyldna þeirra

**Útfararstofa
Kirkjugarðanna**

Störf fræðslunefndar veturinn 2008-2009

Starf fræðslunefndar, haustið 2008, byrjaði ekki á hefðbundnum hringborðsumræðum heldur fórum við eftir hina miklu kjarabarráttu til Maggýar á Mecca Spa í október. Hún fór með okkur í meðgöngujóga og meðgöngusund og gæddum við okkur á hollum veitingum í lokin. Var mæting með ágætum og voru þar á meðal ófrískar ljósmæður sem létu mjög vel af námskeiðunum sem í boði eru.

Í nóvember fengum við Árdísi Kjartansdóttur, ljósmóður í Hreiðrinu til að segja okkur nánar frá veru sinni sem ljósmóðurnema hjá Inu May Gaskin og var það mjög fróðlegt og sköpuðust góðar umræður um fæðingarfræðina sem okkur ljósmæðrum leiddist ekki. Á "The Farm", er margt með töluvert öðru sniði en við eigum að venjast og margt sem við getum lært af ljósmæðrunum þar.

Í byrjun desember vorum við með aðventufund þar sem við fengum til okkar góðan gest og fengum okkur jólagjögg. Gunnar Sigurjónsson sóknarprestur í Kópavogi og mótórhjólakappi kom og spjallaði við okkur á léttu nótunum í miðri kreppu og aðventu. Það er aldrei of mikið gert af því.

Í mars kom svo Sveinbjörg Brynjólfsdóttir ljósmóðir á sængurkvennagangi og kynnti fyrir okkur mastersritgerð sína sem heitir "„Það dró mig niður, alveg endalaust, þessi endalausí sársauki". Reynsla og líðan kvenna sem fá verki í geirvörtur við brjóstagjöf, „Mjög athyglisvert verkefni og gott innlegg í umræður og fræðslu til ljósmæðra um brjóstagjöfina.

Núna í haust hófust viðræður við Endurmenntun H.Í. um möguleika á samstarfi um fræðslu og gerð var könnun

um hvað ljósmæður vilja fræðast um. Er vinna við þær niðurstöður í vinnslu, sem gefur möguleika á fræðslu bæði til gamans og til að ávinna sér einingar upp í mastersnám.

Í nóvember kom Aðalbjörg Þorsteinsdóttir, sem rekur fyrirtækið Villimey og kynnti fyrir ljósmæðrum kremin sem hún býr til úr íslenskum jurtum. Hún týnir sjálf íslenskar jurtir á Vestfjörðum og framleiðir kremin sín á sínum heimavelli, á Tálknafirði. Fróðleg kynning þar á ferð og endaði hún á því að gefa ljósmæðrum sem mættu á fundinn krem að eigin vali og varasalva og færur við henna þakkir fyrir.

Svo endar þetta ár á aðventufundi og jólaglöggi þann 10. desember.

*f.h. fræðslunefndar
Steina Þórey Ragnarsdóttir
formaður*



Heilbrigðislausnir



Heilbrigðisstofnun
Suðurlands



Eirberg



GlaxoSmithKline

Áorka meiru, líða betur, lífa lengur

sanofi aventis

Because health matters



vistor

Íslensk ljósmóðir í Connecticut

Í ágústmánuði árið 2003 fluttist ég, ásamt manningunni mínun og tveimur börnunum, til Connecticut í Bandaríkjunum. Ástæðan var framhaldsnám mannsins míns og lagðist þessi flutningur vel í okkur fjölskylduna, við vorum spennt að eignast ný heimkynni og kynnast öðrum menningarheimi.

Þetta vor (2003) hafði ég útskrifast sem ljósmóðir og var að vonum yfir mig ánægð með prófið og iðaði í skinninu að fá að spreyta mig á nýjum starfsvettvangi. Á þessum tíma gekk ég með mitt þriðja barn og átti von á því í lok desember, ég ætlaði mér að fara í gott fæðingarorlof og nota tímann til að hjálpa eldri börnunum mínum að byrja í nýjum skóla og átta mig á því umhverfi sem við vorum að flytja í. Ég var því alveg sátt við að bíða með að fara að vinna og ætlaði mér að setja mig betur inn í þau mál þegar ég væri komin út.

Að vera „Foreign Educated Nurse Midwife“ :

Ég byrjaði fljótlega að afla mér upplýsinga um vinnu fyrir íslenskt menntaða ljósmóður í USA og komst fljótt að því að þetta væri ekkert einfalt ferli. Ég vissi ekki um neina aðra íslenska ljósmóður sem hafði reynt að fá réttindi til að starfa í USA og því hafði ég engan til að spyrja ráða. Þetta varð því mikil leit að upplýsingum og mörgum klukkutímum eyddi ég fyrir framan tölvuna við að kryfja þetta mál.

Eftir mikla rannsóknarvinnu komst ég að því, að ljósmæður sem eru menntaðar annarstaðar en í USA, það sem þeir kalla „Foreign educated Nurse Midwives“, geta ekki fengið réttindi til að starfa þar nema þær fari aftur í ljósmóðurnám þar í landi. Almennt er þetta svona, á þessu eru þó einhverskonar undantekningar í einstaka fylki þ.a.m. í New York og Californíu. Í fylkinu þar sem ég bjó var þessu sem sagt þannig farið að ef mig langaði til að fá að starfa sem ljósmóðir með titilinn Certified Nurse Midwife (CNM) þá þurfti ég að fara í 2 ára nám við viðurkennda stofnun þar í landi og ná mér í nýtt ljósmóðurfræðipróf!! Þetta



Halla Björg Lárusdóttir,
ljósmóðir

fannst mér náttúrulega afar svekkjandi niðurstaða og það tók mig langan tíma að setta mig við að svona væri þetta.

Ég gat ekki hugsað mér að fara aftur í ljósmóðurnám, enda með þetta FÍNA nám að baki sem ég er alveg ótrúlega stolt af!

Því varð úr, að ég gerði það sem ég þurfti til að fá amerískt hjúkrunarleyfi og vann svo sem hjúkrunarfræðingur á fæðingadeild.

Einnig fór ég heim til Íslands á hverju sumri og leysti af í nokkrar vikur á fæðingardeild LSH. Þetta gerði ég bæði til að halda mér við í faginu en ekki síður vegna þess að mér fannst það svo skemmtilegt.

St Marys Hospital:

Spítalinn sem ég vann á er kaþólskur einkaspítali sem var í 15 mínútna keyrslu frá heimili okkar. Deildin er sameiginleg meðgöngu-, fæðinga- og sængurlegu deild. Þarna eru rúmlega 1500 fæðingar á ári og flestar eðlilega fæddar konur liggja sængurlegu í 2-3 daga en konur eftir keisaraskurð liggja í 4 daga.

Hjúkrunarfræðingar sjá um að manna deildinni og vorum við 5 - 8 á vakt hverju sinni. Í einum enda deildarinnar er svokallað „Birthplace“. Þetta er lítil eining sem er rekin af ljósmæðrum, þar eru tvö fæðingaherbergi með heitum potti og lítil setustofa og eldhús. Þarna er mjög hugguleg stemning og konurnar

sem kjósa að fæða þarna eru innstilltar á eðlilega fæðingu án verkjalyfja og fara heim 10 klst. eftir fæðingu.

Við deildina starfa tveir hópar sérfræðinga, þau eru ekki starfsmenn spítalans heldur einkskonar verktakar. Í hverjum hóp eru bæði læknar og ljósmæður og er hvor hópur um sig með stofur úti í bæ þar sem mæðravernd fer fram, síðan koma þeir með sínar konur á þennan spítala þegar þær fara í fæðingu. Skjólstæðingar þeirra hafa yfirleitt valið hvort þær vilji vera hjá lækni eða ljósmóður, en sumum er alveg sama.

Þegar kona byrjar í fæðingu þá hringir hún í sína ljósmóður eða lækni, lætur vita af sér og fer svo upp á fæðingardeild.

Starf mitt var tvískipt, annars vegar vann ég á stóru deildinni og hins vegar var ég á bakvakt fyrir Birthplace, en ljósmæðurnar hafa alltaf með sér hjúkrunarfræðing þegar þær eru með konu í fæðingu þar.

Vinnan í Birthplace var mjög skemmtileg, þegar ég var kölluð úr vorum við bara tvær, ég og ein ljósmóðir og svo parið sem var í fæðingu. Þegar konan var búin að fæða fór ljósmóðirin heim og ég varð eftir með fjölskyldunni þar til þau útskrifuðust. Þjónustan sem fólkið fékk þarna er mjög svipuð þeirri þjónustu sem er veitt í Hreiðrinu á LSH.

Vinnan á stóru deildinni var allt öðru vísi. Hjúkrunarfræðingarnir á deildinni sérhæfa sig í mismunandi verkefnum, sumar sinntu eingöngu sængurkonum en aðrar, m.a. ég, vorum mest í því að sinna fæðandi konum. Í stuttu máli get ég sagt að verksvið mitt hafi spannað allt það sem ég geri í vinnunni minni á fæðingagangi LSH nema að grípa barnið og sauma konuna. Ein ágæt samstarfsljósmóðir mín hér á Íslandi sagði þessi fleygu orð þegar ég lýsti þessu fyrir henni: Þetta er nú bara eins og kynlíf án fullnægingar!!!

En ef ég lýsi þessu aðeins nánar þá gekk þetta almennt séð þannig fyrir sig að ég tek á móti konunni þegar hún kemur á deildina og met hvað hún er komin langt í fæðingu, svo hringi ég í hennar lækni eða ljósmóður og fæ fyrirmæli frá þeim. Ef allt gengur vel fyrir sig þá koma þau oft

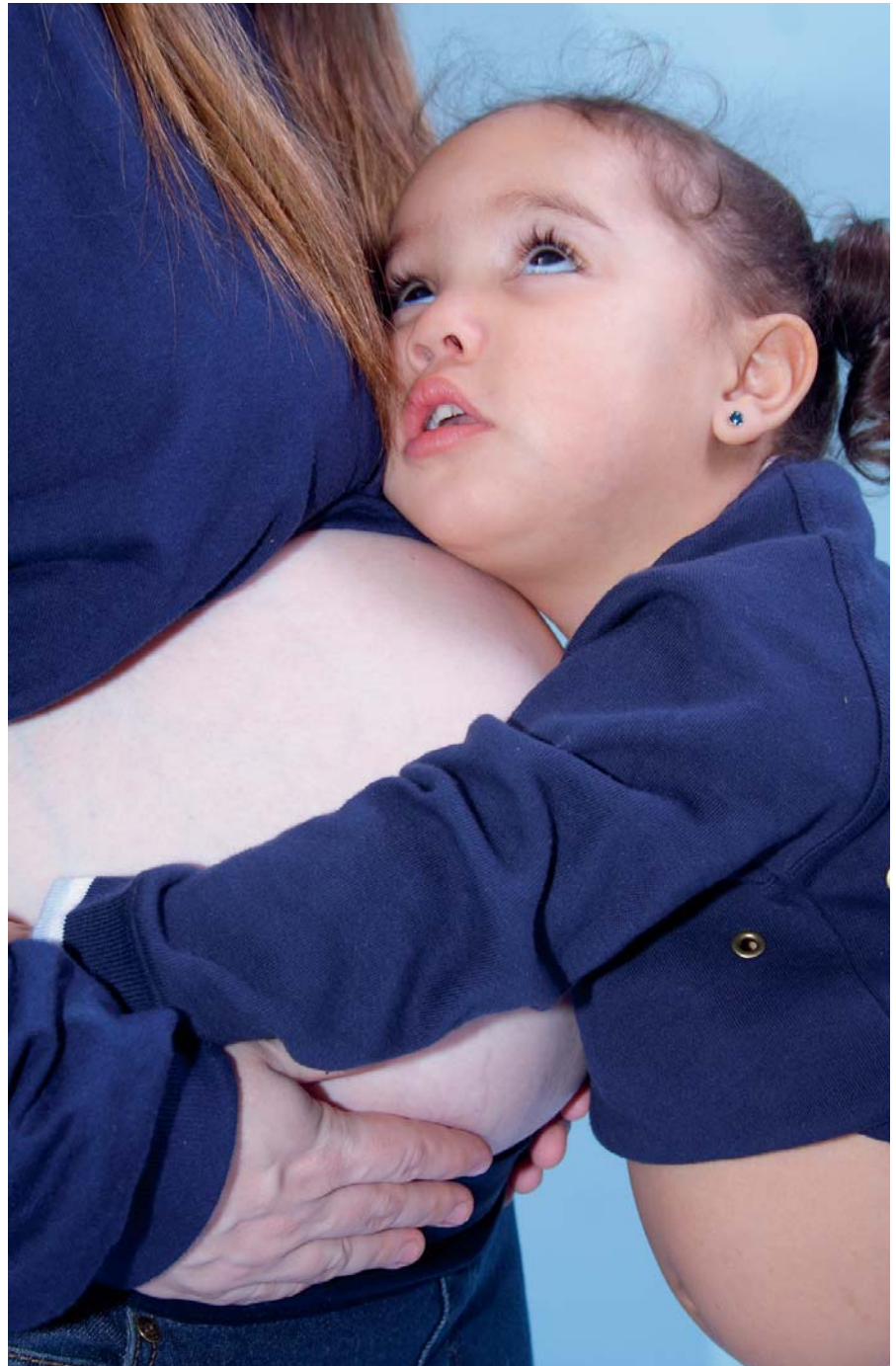
ekki fyrir en ég hringi í þau og segi þeim að konan sé búin með útvíkkun. Sumar ljósmæðurnar voru reyndar mun meira viðstaddir og sinntu sínum konum mjög vel. Það skal tekið fram að ég vann nánast bara á næturvöktum og þá eru lækna og ljósmæður ekki í húsi en koma bara ef á þarf að halda. Á daginn er þetta fólk hins vegar í húsi og er þá meira viðstatt.

Yfirsetan og þetta sífellda mat sem er svo stór partur af ljósmóðurlistinni er sem sagt í höndum hjúkrunarfræðinga sem margar hverjar eru mjög klárar og hafa mikla reynslu á deildinni. Það er hins vegar þannig að menningin í kringum fæðingaferlið er almennt svolítið öðruvísi heldur en við eigum að venjast hér á Íslandi og þar er það forræðishyggjan sem litar allt þetta ferli. Það skrítna er að langflestum konum líkar þetta bara mjög vel, konurnar vilja fá að vera „sjúklingar“ þegar þær koma inn á spítalann og ætlast til þess að fá þjónustu eins og þær séu sjúklingar. Þetta er eitthvað sem hefur verið alið upp í þeim í því umhverfi sem þær koma úr. Ég hugsaði alltaf með mér „þær vita bara ekki betur“

Að vinna á móti sinni eigin sannfæringu

Margt fannst mér gott í því starfi sem þarna fór fram og upp til hópa vann þarna mjög fært fólk, en margt átti ég mjög erfitt að setta mig við. Laga- og regluumhverfið sem þetta fólk vinnur í er það stíft og ógnandi, að þau eiga oft ekki annara kosta völ en að gera hluti í starfi sínu sem þau í rauninni vita að er ekki endilega það besta fyrir „sjúklinginn“ heldur það besta til þess að verja sig lögsóknum.

Almennt, fannst mér ég mjög mikið verða að vinna á móti minni eigin sannfæringu og það var þetta sem mér fannst erfiðast við þessa vinnu, til dæmis var mjög mikið um gangsetningar út af „stóru barni“, „lítilli grind móður“ og „postdates“ sem þykir réttlætanlegt þegar konan er komin 40 vikur og 1 dag. Þegar konur eru deyfðar fá þær svokallaðan „non-walking epidural“ þar sem konurnar eru klossdofnar og geta varla hreyft fætunarnar, þegar ég spurði hvers vegna það væri, þá var svar svæfingalæknisins á þá leið, að þeir vildu ekki að konurnar færu fram úr til þess að þær myndu nú ekki detta og meiða sig, því þá væri hægt að lögsækja lækinn sem lagði deyfinguna! Deyfingatiðnin er mjög há (ég gæti trúað hátt í 70% þó ég hafi nú ekki nákvæma tölu) og allar þær konur eru því algerlega óhreyfanlegar í fæðingunni. Hins vegar



er eitt mjög sniðugt sem þeir gera og það er að hafa deyfinguna í pumpu og halda þannig styrk hennar samfelldum allan tímann.

Keisaratiðnin þarna er mjög há, u.þ.b. 35-40%, það er mikið um valkeisara að ósk konunnar og einnig mikið af bráðakeisurum vegna þess að ekki er notast við sogklukku og bara sumir lækna lögðu tangir.

Dýrmæt reynsla

Ég gæti lengi haldið áfram að telja upp hluti sem stinga í stúf við það sem við eigum að venjast hér á Íslandi en margt var líka virkilega gaman að upplifa og að sjá að það er hægt að gera hlutina á annan hátt en við gerum hér á litla Íslandi. Mér

fannst til dæmis mjög skemmtilegt að fá tækifæri til að vinna með skjólstaðingum frá ýmsum heimshornum og með mismunandi trú, sem dæmi þá var gaman að kynnast síðum gyðinga og múslima varðandi fæðingaferlið og að sjá hvernig tjáning og hegðun fólks frá Suður-Ameríku í fæðingaferlinu er öðruvísi því sem maður þekkir almennt.

Þó svo að ég myndi ekki ráða mig í vinnu á þessari deild aftur, þá var þetta dýrmæt reynsla sem ég hefði ekki viljað missa af. Ég lærði margt, enduruppötvaði hvað við íslenskar ljósmæður erum vel menntaðar og kom auga á mörg ný sjónarhorn sem ekki eru í boði hér á okkar litla einsleita landi, sem mér finnst þó alltaf best!

Atvinnulausu yfirsetukonurnar

Hvern hefði grunað að ljósmæður, með hjúkrunarmenntun þar að auki, yrðu atvinnulausar og færu á atvinnuleysisbætur? Það óraði okkur ekki fyrir en það var haustið 2007 að 12 ólíkar meyjar hófu langþráð nám í ljósmóðurfræði. Fyrir flestar okkar var starfsdraumurinn að rætast og var mikil tilhlökkun í hópnun. Við vorum 12 nemar, tveimur fleiri en vant var, en ástæðan fyrir því var sú að skortur á ljósmæðrum blasti við eftir nokkur ár. Við fundum alveg fyrir því að vera svona margar í náminu og fannst okkur stundum við þvælast hvor fyrir annari í verknámi og “berjast” um konurnar. Ekki það að við hefðum viljað missa einhverja úr hópnun, alls ekki, enda með eindæmum skemmtilegt holl. En námið var skemmtilegt og ótrúlega fljótt að líða og útskrifuðumst við allar með sóma síðastliðið vor.

Í byrjun árs 2009 var orðið ljóst að við fengjum ekki allar vinnu á Landspítalanum. Þetta olli strax ákveðinni óvissu og óöryggi. Reyndum við að hugsa ekki of mikið um þetta en óneitanlega setti þetta svartan blett á önnina. Við vorum þó með ýmsar hugmyndir og meðal annars að fara á kjörár þar sem við myndum fá að flakka milli deilda í nokkra mánuði í senn og dreifa okkur þar með á allar deildir og fá þar með víðtæka reynslu. Einnig vorum við til í að deila prósentum jafnt á milli okkar, en það dugði ekki til.

Sparnaðurinn náði víða og ekki var útlitið bjartara á öðrum fæðingardeildum á landinu né á Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins. Ein okkar er búsett á Akureyri og var aðeins sumarafleysing í boði þar á fæðingardeildinni en hún starfar nú sem hjúkrunarfræðingur innan spítalans. Ein af okkur var heppin og féll fyrir Neskaupsstað í verknámi og réði sig þar. Hún er sú eina af okkur ljósusystur sem er í fullri vinnu sem ljósmóðir.

Í apríl skírðust málin örlítið fyrir okkur hinar og ljóst var að ekki var til fjárveiting í kjörárið og nú af okkur fengum 70 % sumarafleysingu hver í 12 vikur á fæðingardeildum Landspítalans. Ein fékk ekki sumarafleysingu á LSH þar



Hildur A. Ármannsdóttir
nýútskrifuð ljósmóðir

sem hún gat ekki unnið allar 12 vikurnar og flutti erlendis í lok sumars. Við hinar fórum inn í sumarið í algerri óvissu með framhaldið.

Alltaf héldum við í vonina um áframhaldandi vinnu og var okkur haldið í heljargreipum í allt sumar með framhaldið. Í lok sumars kom í ljós að engin okkar fengi áframhaldandi vinnu. Kvinnadeildin var skyndilega orðin ofmönnuð, að mati yfirstjórnar, á flestum deildum þrátt fyrir mikið álag. Einhver óvissa var með störf á meðgöngu- og sængurkvennagangi og í lok sumars tilkynnti nýráðin mannauðsráðgjafi kvenna- og barnasviðs að það væru tvær lausar stöður, 50 og 60%, til afleysinga í eitt ár. Þrjár ljósmæður voru boðaðar í viðtal. Það kom okkur mjög á óvart að þær skyldu meðal annars vera spurðar að því hvort þær hyggu á barneignir á næstunni. Ein úr okkar holti var ráðin í aðra afleysingastöðuna.

Þann 24. ágúst fóru sem sagt fyrstu ljósmæðurnar á atvinnuleysisbætur eftir 12 vikna sumarvinnu, en í september voru að minnsta kosti 8 ljósmæður á skrá hjá Vinnumálastofnun. Það voru mjög þung skref að taka að skrá sig á bætur hjá Vinnumálastofnun og fannst engri okkar það skemmtilegt verk. Ekki það að við skömmuðumst okkar fyrir það heldur vorum við svo sárar að fá ekki

að vinna við það starf sem við höfum fórnað heilmiklum tíma og peningum í að mennta okkur til. Þar að auki klæjaði okkur í fingurna að fá að vinna við þetta göfuga starf. Okkur finnst það fáránlegt og mikil skammsýni hjá yfirvöldum að kosta okkur í svona nám, en það er nú ekki ókeypis fyrir ríkið og láta okkur svo bara vera heima á atvinnuleysisbótum í staðin fyrir að nýta starfskrafta okkar og þekkingu. Það er líka mikilvægt fyrir nýútskrifaða ljósmóður að fá góða starfsþjálfun og reynslu til að öðlast öryggi í starfi, því reynslan og reynsluþekkingin er mikilvægt veganesti eins og við vitum í ljósmóðurfræðum. Við komum meðal annars með þá hugmynd að nýta okkur starfsþjálfun sem í boði er hjá Vinnumálastofnun og fá að koma á fæðingadeildarnar 1-2 vaktir í viku til að viðhalda þekkingu okkar og fá áfram greitt frá vinnumálastofnun, en það var ekki í boði.

Nú þegar eru margar okkar horfnar til annarra starfa innan hjúkrunar. Við höfum gripið þau tækifæri sem gefast í tengslum við ljósmæðrastörfin. Flestar okkar starfa við heimaþjónustu og höfum við sinnt afleysingum meðal annars í Vestmannaeyjum, Hornafirði, Selfossi og Keflavík. Við höfum áhyggjur af framtíðinni. Hvað gerist eftir 10 ár þegar stór hluti stéttarinnar er kominn á eftirlaun? Hverjar eiga að taka við? Eru það ljósmæður með litla eða enga reynslu sem löngu eru útskrifaðar? Verða þær ljósmæður ekki snúnar til annara starfa eða jafnvel fluttar úr landi. Er búið að reikna dæmið til enda? Hver er hinn raunverulegi sparnaður? Hvað með mannauðinn - er hann kannski ekki metin til fjár? Munu einhverjir peningar sparast til lengri tíma lítið? Við spyrjum!

Í fyrsta skipti í sögu ljósmæðra stöndum við frammi fyrir atvinnuleysi. Það er ekki að sjá að útlitið sé neitt að batna. Enn meiri sparnaður blasir við og alltaf er verið að skera þjónustuna meira og meira niður á meðan fæðingum fjölgar. Það er hlutverk ljósmæðra að standa vörð um ljósmæðraþjónustu og

okkar verk að tala máli barnshafandi kvenna sem og sængurkvenna. Það verða að vera til ljósmæður til að koma til móts við þá endurnýjun í stéttinni sem þarf og til þess að það gerist verður að gefa ungum ljósmæðrum færi á að vinna við ljósmæðrafagið. Það er frábært að mennta ljósmæður en það verður líka að vera vinna fyrir allar þessar ljósmæður sem eru að útskrifast. Aftur voru teknir inn 12 nemar í haust og 10 að útskrifast næsta vor. Hvað verður um okkur allar? Verður okkar holl bara kreppu holl sem týnist og gleymist? Við munum passa að svo verði ekki. Við ætlum ekki að láta þetta árferði segja okkur hvort eða hvenær við megum vinna sem ljósmæður. Við munum reyna að finna okkur eitthvað að gera til að svala ljósmæðrahjartanu og erum komnar með margt á þrjónana sem mun vonandi rætast og skýrast innan tíðar.

Fyrir hönd nýútskrifaðra ljósmæðra
Hildur A. Ármannsdóttir



„Kreppuhollið“.

† Minning

Ljósmæður kvaddar

Guðfinna Ólafsdóttir, fædd að Syðra-Velli í Flóa, 19. júlí 1922. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. September 1958. Lést 28. ágúst 2008.

Björg Þórdís Sigurðardóttir, fædd að Merki í Borgarfirði eystra, N-Múl, 8. júní 1931. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1960. Lést 2. október 2008.

María Guðbjartsdóttir, fædd í Bolungarvík, 6. febrúar 1920. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1947. Lést 30. október 2008.

Katrín Lárusdóttir Hjaltested Hall, fædd í Reykjavík, 21. maí 1920. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1950. Lést 22. nóvember 2008.

Ásgerður Emma Kristjánsdóttir, fædd 10. mars 1936. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1962. Lést 24. desember 2008.

Hjördís Karlsdóttir, fædd í Reykjavík, 13. júní 1935. Útskrifaðist frá LMFÍ 27. september 1958. Lést 10. janúar 2009.

Vilborg Sigurðardóttir, fædd að Hátúni í Grímsey, 1. maí 1929. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1950. Lést 2. febrúar 2009.

Ingibjörg Björnsdóttir, fædd í Hrísey á Eyjafirði, 18. febrúar 1917. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1951. Lést 17. apríl 2009.

Þuríður Bára Halldórsdóttir, fædd í Reykjavík, 1. júní 1928. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1949. Lést 7. maí 2009.

Arnildur Hólmfríður Reynis, fædd á Húsavík, 23. maí 1933. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1954. Lést 12. maí 2009.

Ragnildur Eggertsdóttir Levy, fædd að Ósum, Vatnsnesi, V-Húnavatnssýslu, 17. september 1916. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1937. Lést 21. maí 2009.

Sigrún Höskuldsdóttir, fædd á Hvammstanga, 27. september 1938. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1964. Lést 1. september 2009.

Blessuð sé minning þeirra.

Valkeisaraskurðir á Landspítala

Flýtibati

Á haustdögum 2008 voru gerðar breytingar á starfsaðferðum varðandi valkeisaraskurði á sængurkvennadeild Landspítala. Svipaðar breytingar hafa átt sér stað víða á handlæknisdeildum í tengslum við margskonar aðgerðir, meðal annars legnámsaðgerðir á kvenlækningadeild LSH. Allar konur sem fæða með valkeisaraskurði á LSH gangast undir flýtibatameðferð, nema þær sem hafa sykursýki af tegund 2, meðgöngueitrun eða tala ekki íslensku.

Breytingaferlið hefur verið kallað flýtibati eða flýtibatameðferð og er íslensk þýðing á hugtakinu fast-track surgery. Flýtibatameðferð felur í sér breyttar áherslur í kringum skurðaðgerðir. Má þar helst nefna aukna fræðslu, með það að leiðarljósi að gera skjólstæðinginn að virkum þátttakanda í eigin meðferð og bata. Áhersla er lögð á hollt og próteinríkt fæði fyrir og eftir aðgerð. Verkjalyfjagjöf eftir aðgerð er breytt. Slöngur og dren eru fjarlægð sem fyrst að aðgerð lokinni. Vökvagjöf í æð er hætt um leið og skjólstæðingur fær að drekka. Oft u.þ.b. 2 tímum eftir að aðgerð lýkur og létt máltíð er boðin fljótlega eftir það. Almennt fæði er frá fyrsta degi. Áhersla er lögð á aukna hreyfingu og fyrr en áður. Konan er aðstoðuð við að fara framúr ca. 4 tímum eftir aðgerð, eða um leið og hún hefur náð fullum styrk eftir deyfingu. Útskriftardagur er ákveðinn fyrir aðgerð og miðað er við heimferð innan 48 stunda frá fæðingu barns, að því gefnu að móður og barni heilsist vel.

Flýtibataferli miðar að skjótari bata og snemmútskrift með tilheyrandi færri legudögum. Einnig standa vonir til að tíðni fylgikvilla lækki.

Þess má geta að á undanförnum árum hefur legutími á deildinni, eftir keisaraskurð, verið á fjórða til fimmta sólarhring.

Í samráði við TR var fengið leyfi til að víkka út tímamörk við heimaþjón-



ustu ljósmæðra og þannig bjóða hliðstæða þjónustu eftir keisara og eðlilega fæðingu. Úr varð að keisarakonur sem fara heim innan 48 klst frá aðgerð, fá til sín ljósmóður í allt að 8 skipti. En auga leið gefur að heimaþjónusta ljósmóður var forsenda fyrir að við gætum farið af stað með flýtibata við keisaraskurð.

Gæðaeftirlit á formi skráningar er haft með breytingaferlinu í heild sinni og gæða- og þjónustukönnun er send konunum í tölvupósti 4-6 vikum frá heimferð. Þannig vonumst við eftir að fá fram kosti og galla breyttrar meðferðar, ásamt sjónarmiðum okkar skjólstæðinga.

Nú þegar hafa tölulegar upplýsingar verið skráðar en ekki gefist ráðrúm til þess að taka saman niðurstöður fyrir þann tíma sem liðinn er frá því að flýtibatameðferð hóf göngu sína, en hér fylgir samantekt frá tímabilinu nóvember '08 til febrúar '09.

• Rúmlega 80% valkeisara fengu flýtibatameðferð á tímabilinu (53 konur).

- Meðallegutími allra valkeisara var 2,8 dagar eða 68 klst.
 - Meðallegutími við flýtibatameðferð var 59 klst.
 - 74% útskrifuðust innan 48 klst.
 - Tvær sem fluttust á annað sjúkrahús (Selfoss, Keflavík) og báðar útskrifuðust í heimaþjónustu.
 - Einungis tvær endurinnlagnir voru innan mánaðar.
 - Post-partum blæðing.
 - Endometritis.
 - 14/53 útskrifuðust eftir 48 klst.
- Ástæður:**
Verkjavandamál 4.
Barn ekki útskriftarhæft 4.
Ósk móður 2.
Brjóstgöngufarvandamál 1.
Blóðleysi 1.
Annað/ekki skráð. 2

Helstu niðurstöður ánægju- og þjónustukönnunar voru eftirfarandi:

- Fullnægjandi upplýsingar fyrir aðgerð 80%
- Dvöl á sængurkvennadeild hæfileg 70%.
- Aðstoð við brjóstgöngufarvandamál var nægileg.
- Verkjastilling fullnægjandi í sængurlegu 95%.
- Verkir virðast ekki vandamál eftir heimkomu þar sem 80% töldu sig hæfilega verkjastillta.

Okkur virðist sem nokkuð vel hafi til tekist með þessum breytingum. Legutími hefur stytst og ekki virðist aukning á endurinnlögnum. Auk þess eru ¾ kvenna eru tilbúnar fyrir heimferð <48klst frá fæðingu.

Við höldum því ótrauð áfram á sömu braut og vonumst til þess að uppskera ánægðari konur og fjölskyldur þeirra.

*Guðrún Halldórsdóttir, ljósmóðir
og Rannveig Rúnarsdóttir, yfirljósmóðir
á Meðgöngu- og sængurkvennadeild LSH.*

Húfuverkefni Kvenfélagasambands Íslands

- á 80 ára afmæli sambandsins.

Kvenfélagasamband Íslands mun á árinu 2010 gefa öllum nýburum sem fæðast á Íslandi handprjónaðar húfur í tilefni af því að þá verða 80 ár liðin frá því að kvenfélagskonur á Íslandi stofnuðu Kvenfélagasamband Íslands, KÍ, sem sameiginlegan vettvang sinn og málsvara.

Kvenfélagskonur hafa bæði á vettvangi KÍ og í einstökum kvenfélögum sl. 140 ár, beitt sér fyrir fjölmörgum góðum verkefnum ekki síst í þágu barna og verðandi mæðra. Það fer því vel á því að kvenfélagskonur minnst merkra tímamóta Kvenfélagasambandsins með því að færa nýjum samfélagsþegnum hlýja húfu í upphafi lífsgöngu þeirra.

Húfuverkefnið er tvíþætt, annars vegar er það til þess að láta gott af sér leiða og gefa öllum börnum handprjónaða húfu en hins vegar til að vekja athygli á kvenfélögum í landinu og starfssemi þeirra.

Húfuverkefnið er skipulagt þannig að kvenfélagskonur um land allt prjóna húfurnar eftir ákveðinni uppskrift sem Kvenfélagasambandið dreifir til þeirra, uppskriftina er einnig að finna á vefsíðu sambandsins www.kvenfelag.is. Húfurnar prjóna þær úr Kambgarni frá Ístex og leggur Ístex til merkimiða sem fylgja húfunum með upplýsingum um verkefnið og leiðbeiningum um meðhöndlun húfunnar. Á miðanum kemur fram nafn þeirrar konu sem prjónaði húfuna og kvenfélags hennar ásamt hamingjuósum til foreldranna frá Kvenfélagasambandi Íslands.

Kvenfélögin skipa hvert eina konu sem húfumeistara félagsins og er það hennar hlutverk að safna húfunum saman og koma þeim áfram til viðkomandi héraðssambands KÍ. Innan stjórnar KÍ eru einnig starfandi húfumeistarar sem vinna með formönnum héraðssambandanna við að deila húfunum til fæðingadeilda og ljósmæðra á stöðum þar sem tekið er á móti börnum.

Ljósmæður á hverjum stað afhenda svo foreldrum nýburanna húfurnar við útskrift af fæðingardeildum og í heimahúsum þar sem fæðingar verða.

Nú þegar er mikill kraftur í húfuþróni í kvenfélögum víðsvegar um landið enda er það metnaðarmál að nóg sé til af húfum strax um áramót þegar fyrstu börnin fá afhentar húfurnar sínar. Áætlað

er að allt að 5000 börn fæðist á landinu árið 2010 svo verkefnið er nokkuð umsvifamikið. Konum utan kvenfélaga er velkomið að taka þátt og er bent á að hafa samband við kvenfélag á sínu svæði til að gefa húfu.

Kvenfélagasamband Íslands kann Ljósmæðrafélagi Íslands bestu þakkir fyrir að taka vel í beiðni sambandsins um að sjá alfarið um að dreifa húfunum til nýburanna.

Hildur Helga Gísladóttir
framkvæmdastjóri
Kvenfélagasambands Íslands
kvenfelag@kvenfelag.is



Ungbarnahúfa, KÍ 80 ára

Stærð: 0-3 mánaða

Efni: Kambgarn frá Ístex

Prjónar: Sokkaprjónar og 40 cm hringprjón nr. 3

Húfan: Fitja upp 102 lykkjur á prjóna nr. 3 og prjóna 5 umferðir perluprjón eða garðaprjón fram og til baka.

1. umferð:

Tengja í hring og prjóna 15 lykkjur sléttar, taka 1 lykkju óprjónaða, prjóna 2 lykkjur sléttar saman, steypa óprjónuðu lykkjunni yfir þá prjónuðu,

prjóna 15 lykkjur sléttar, slá upp á prjóninn, prjóna 1 lykkju slétta, slá upp á prjóninn, prjóna 15 lykkjur sléttar.

Endurtaka:

Taka 1 lykkju óprjónaða, prjóna 2 lykkjur sléttar saman, steypa óprjónuðu lykkjunni yfir þá prjónuðu,

prjóna 15 lykkjur sléttar, slá upp á prjóninn, prjóna 1 lykkju slétta,

slá upp á prjóninn,

prjóna 15 lykkjur sléttar.

Taka 1 lykkju óprjónaða, prjóna 2 lykkjur sléttar saman, steypa óprjónuðu lykkjunni yfir þá prjónuðu,

prjóna 15 lykkjur sléttar,

slá upp á prjóninn, prjóna 1 lykkju slétta, slá upp á prjóninn (**og þá er prjónuð 2. umferð**) **ef prjónað er á fjóra prjóna er auðveldast á flytja fyrstu lykkju yfir á prjóninn, sem verið var að prjóna og prjóna hana slétt, til að auðvelda að prjóna úr uppsláttarbandinu í lok 2. umferðar.**

2. umferð: Prjóna slétt.

3. umferð:

Prjóna 15 lykkjur séttar (**talið frá miðlykkju sitt hvoru megin við útaukninguna**),

taka 1 lykkju óprjónaða, prjóna 2 lykkjur sléttar saman, steypa óprjónuðu lykkjunni yfir þá prjónuðu,

prjóna 15 lykkjur sléttar,

slá upp á prjóninn, prjóna 1 lykkju slétta, slá upp á prjóninn, prjóna 15 lykkjur sléttar.

Endurtaka:

Taka 1 lykkju óprjónaða, prjóna 2 lykkjur sléttar saman, steypa óprjónuðu lykkjunni yfir þá prjónuðu,

prjóna 15 lykkjur sléttar,

slá upp á prjóninn, prjóna 1 lykkju slétta, slá upp á prjóninn, **prjóna 1 lykkju slétt, farið eins að og lýst er í lok 1. umferðar.**

4. umferð: Prjóna slétt.

Eftir 4 umferðir færirðu síðustu lykkju yfir á fyrsta prjón, alltaf í munstur pr. Endurtaka þriðju og fjórðu umferð 10 sinnum í viðbót, alls 12 útaukningar og 12 úrtökur, samtals 24 umferðir.

Úrtaka í kollinn.

Nú er hætt að auka út (ekki er lengur slegið uppá prjóninn) haldið áfram að taka úr eins og áður, en nú er það gert í hverri umferð þar til 12 lykkjur eru eftir.

Prjóna 2 lykkjur saman út umferðina, þá eru 6 lykkjur eftir.

Slíta bandið frá skilja eftir smá spotta, þræða spottann gegnum lykkjurnar og ganga frá. Prjónað band í spissin á hvorri hlið: Taka upp 3 lykkjur, prjóna slétt (alltaf frá sömu hlið) færa bandið aftur fyrir prjóninn og prjónið áfram ca 20 – 25 cm.

Ath. Þegar uppskrift byggir á aðferðunum að – taka úr og auka út – þarf að auka út jafn oft og tekið er úr yfir umferðina svo lykkjufjöldinn breytist ekki.

Líf eftir starfslok

-hvernig er að fara á eftirlaun?

Þetta er spurning sem oft kemur upp, bæði hjá þeim sem reynt hafa og ekki síður þeim sem eiga það í vændum. Það er alveg ljóst að kaflaskil verða í *Lífsbókinni*.

Viðhorfin eru misjöfn. Aðstæður hvers og eins mismunandi. Þar kemur inn fjárhagur, fjölskylduhagur og fl. Svörin eru því breytileg eftir því hver er spurður.

Ég get því aðeins svarað fyrir sjálfa mig. Það er dálítið skrítið – að vera ekki lengur virkur þátttakandi í atvinnulífinu og finna sig að nokkru leyti utanveltu. Þessi tilfinning getur komið upp þó aðdragandi hafi verið nokkur og valið alveg manns eigið.

Alla tíð hafði vinnan skipt mig miklu máli. Ekki bara fjárhagslega og félagslega, heldur voru það samskiptin við mína skjólstæðinga sem voru mest gefandi. Þegar ég gifti mig og eignaðist fjölskyldu hafði ég unnið fulla vinnu – og oft miklu meira – í 14 ár. Eiginmanni mínum þótti sjálfsgætt og eðlilegt að ég héldi áfram að starfa utan heimilis, hann hafði fullan skilning á að ég mundi ekki þrífast eingöngu innan veggja heimilisins.

Þegar ég, upp úr sextugu, var komin á hina svokölluðu 95 ára reglu var góð tilfinning að geta hætt með 3ja mánaða uppsagnarfresti og geta farið á eftirlaun. Sérstaklega var þetta hughreystandi þegar mér fannst ég líkamlega kúguppgefín. Svo leið sú tilfinning hjá.

En þar kom, að ég fór að hugsa um þetta af alvöru. Þegar vinnufélagar mínir komust að því sögðu sumir – allt að því glaðhlakalega: „Jæja, á nú að fara að njóta lífsins?“ Njóta lífsins! Hafði ég ekki alltaf notið lífsins? Ég vissi ekki betur.

Á þessum tíma vann ég almenn ljósmóðurstörf á sængurkvennagangi. Áður hefði ég verið nærri áratug í stjórnumarstarfi og þá fjarri nánú sambandi við skjólstæðinga sem þurftu á hinni víðfeðmu almennu hjúkrun að halda. Deildarvinna sem gefur möguleika á að fylgjast með framvindu hefur alltaf átt vel við mig. Aldrei hef ég samt tekið undir orð þeirra sem segjast hlakka til á hverjum degi að mæta í vinnuna. En það kom oft fyrir að þegar ég að fara í frí, þó ekki væri nema 1-2 daga, að mér fannst miður að geta ekki fylgst með hvernig hinum eða þessum einstaklingnum reiddi af.

En nú fór ég að finna að ærfiðara var að vinna í þeirri skorpu sem oft þurfti, skrokkurinn sagði til sín með stingi hér og þar, slitgigt í fingrum truflaði við skriftir og fleira, ennfremur fann ég fyrir minnkandi áhuga á að tileinka mér nýjar aðferðir. Það var greinilega orðið tímabært að hætta störfum. Samt fannst mér uppörvandi að vinna með ungu námsfólki geislandi af áhuga og með miklu meiri fræðilega þekkingu heldur en ég hafði. Auðvitað hafði ég



María Björnsdóttir
ljósmóðir

möguleika á að minnka við mig vinnu og fara í lægra vinnuhlutfall, en ég kaus að halda mig við þessa 80% vaktavinnu sem ég hafði valið mér. Ég hafði fyrir löngu gert mér grein fyrir að það skipti mig máli að halda miklum tengslum við starfið. Minni viðvera gæfi mér ekki þá lífsfyllingu sem ég þarfnæðist.

Það tók mig 2 ár að koma mér að því að hætta störfum. Þá var ég búin að koma mér upp tómstundastörfum með þátttöku í tveimur kórum, hafði verið í golfi í nokkur ár og var í leikfímishópi sem er vinkvennahópur. Ég vissi því að ég yrði ekki í vanda með að fylla upp í tímann. Ég mundi eiga meiri tíma með fjölskyldunni, ótal vanrækt verkefni voru á heimilinu, t.d. heil glás af myndum sem voru óflokkaðar, ófullgerð ferðalagaalúbúm ofl., ofl. Ég gerði mér líka grein fyrir að mér mundi finnast nauðsynlegt að hafa eitthvern fundan punkt að miða við og var staðráðin í að bjóða mig fram í sjálfbodaliðastarf hjá Rauða krossinum. Ekki vildi ég samt gera hvað sem var; heimsóknarstarf eða upplestur var nokkuð sem ég gat hugsað mér. Nokkru eftir starfslok lagði ég fram umsókn til Rauða krossins í Hafnarfjarðardeild.

Svo liðu margir mánuðir áður en ég fékk verkefni og í biðinni fann ég af og til fyrir höfnunartilfinningu. En svo kom að því. Fyrst var það upplestur á Hrafnistu inni á dagstofu fyrir hluta heimilismanna og á svipuðum tíma varð ég heimsóknarvinur hjá konu sem bundin var heima vegna sjúkdóms. Þarna fannst mér kominn fastari punktur í tilveruna og leið vel með það.

Það kom nefnilega í ljós að þrátt fyrir næg verkefni innan heimilis var ég ódugleg

við að fara í þau. Allt það nauðsynlegasta gerði ég auðvitað en þetta „sem ég ætlaði að gera þegar ég hætti að vinna“ það sat á hakanum. Nú var engin þörf á að vinna í blóðspreng, það sem ekki kláraðist í dag var hægt að gera á morgun – eða hinn. Ég tók mér meiri tíma til innkaupa, skoðaði í hillur í rólegheitum og því um líkt. Dundaði heima við hitt og þetta, hvíldi mig þegar ég taldi þess þörf.

Mér liggur við að halda að það hafi tekið mig tvö ár að venjast því að vera eftirlaunaþegi. Í byrjun fannst mér hálfpartinn að ég þyrfti að afsaka mig yfir að vera ekki útiðinnandi.

Ég saknaði skjólstæðinga minna úr vinnunni og þeirri endurgjöf sem ég fékk frá þeim. En svo fór ég að fá frelsistilfinningu. Það var gott að geta ákveðið þátttöku í hinu og þessu án þess að hugsa út í hvernig vaktaskýrslan væri, eða hvort einhver gæti skipt við mig.

Nú nýt ég þess að geta farið leikfimi, jóga, gönguferðir eða golf þegar mér hentar. Ég eyði töluverðum tíma í að viðhalda skrokknum sem ég tel af því góða. Segi stundum að það sé fullt starf að viðhalda heilsunni. Kórastarf og sjálfbodaliðastarf í Rauða krossinum hleður utan á sig, fjölskyldunni reyni ég að sinna betur en áður – hvernig sem það tekst nú. Ég er komin á sama stig og margir eftirlaunaþegar sem segjast aldrei hafa meira að gera heldur en nú og ég úni því vel. Hvað mig varðar er skýringin á þessu annríkis fyrirbæri að nokkru leyti sú að ég er seinni að öllu heldur en áður, vinn hægar og hvíli mig oftar. En er það ekki bara allt í lagi ef það truflar engan? Stundum verð ég fúl yfir ódugnaði mínum, en oftast slæ ég um mig með kærleysi og læt reka á reiðanum.

Ekki hef ég enn flokkað myndasafnið mitt!

Starfsins sakna ég ekki lengur en er þakklát fyrir að hafa stundað starf sem gaf mér lífsfyllingu.

Og mikið yljár það mínar hjartarætur þegar einhver kona eða karl tekur mig tali og þakkar fyrir þjónustu fyrir mörgum árum síðan. Þetta veit ég að margar aðrar ljósmæður þekkja.

Nú orðið kann ég vel við þetta lífsmunstur og hef meiri tíma með fjölskyldunni heldur en áður. Ein vinkona mín sagði einhverju sinni að engum með þokkalega heilsu og aðbúnað þyrfti að leiðast að fara á eftirlaun, því það væri svo margt í boði til að taka þátt í. Ég get alveg tekið undir það. Svo þarf hver og einn að finna verkefni og afþreyingu við sitt hæfi. Nýlega gerði ég mér grein fyrir að ég hef enn töluvert gönguþol og ég ætla svo sannarlega að notfæra mér það svo lengi sem ég get.

Apótekið þitt

í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.



Reykjavíkur Apótek er sjálfstætt starfandi apótek sem leggur áherslu á persónulega þjónustu og hagstætt verð. Apótekið er í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.

Frí heimsendingarþjónusta til eldri borgara og öryrkja.

AFGREIÐSLUTÍMI
9–18:30 virka daga
10–16:00 laugardaga

Reykjavíkur  **Apótek**

www.lsr.is



Traustur sjóður, örugg samfylgd

Meginhlutverk LSR er að taka á móti iðgjöldum sjóðfélaga og ávaxta þau í sameiginlegum sjóði til að greiða elli-, örorku-, maka- og barnalífeyri. Á vef LSR, www.lsr.is, geta sjóðfélagar nálgast yfirlit og séð heildarstöðu lífeyrisréttinda sinna og iðgjaldaskil launagreiðenda.