

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 2. tbl. - 90. árgangur - desember 2012
- Journal of the Icelandic Midwives Association -



**Bekking og viðhorf ljós-
mæðra á fósturskimun**

Barneign og heilsa

**Sængurleguþjónusta
á Íslandi**

Þriðja stig fæðingar

Göngum frá verknum



Íbúfen®

– Bólqueyðandi og verkjastillandi

Notkunarvið: Íbúfen inniheldur íbúprófen sem er bólqueyðandi, verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Íbúfen tilheyrir flokki lyfja sem kölluð eru NSAID lyf (bólqueyðandi lyf sem ekki eru sterar). Íbúfen er notað við vægum til meðal miklum verkjum eins og höfuðverk, mígreni, tannpínu, tíðaverkjum og hita. **Ekki má taka Íbúfen:** Þeir sem hafa ofnæmi fyrir íbúprófeni, öðrum skyldum lyfjum eða einhverju hjálparefnaða. Þeir sem fengið hafa ofnæmisviðbrögð eins og astma, nefrennsli, útbrot með kláða eða ef varir, andlit, tunga eða háls hafa bólgað upp eftir að hafa tekið íbúprófen eða skyld lyf. Þeir sem þjáðst hafa af sárum eða blæðingum í maga eða smáþörmum (skeifugörn) í tengslum við fyrri notkun bólqueyðandi verkjalyfja, þjáðst núna af sárum eða blæðingum í maga eða smáþörmum (skeifugörn) eða hafa áður þjáðst af slíku, tvisvar eða oftar, með alvarleg lifrar-, nýrna-, eða hjartavandamál (kransæðasjúkdómur meðtaldir), þeir sem þjáðst af umtalsverðum vöskvorti (vegna uppkasta, niðurgangs eða of lítillar vökvaneyslu), eru með einhverjar blæðingar (blæðingar í heila meðtaldir), eru með sjúkdóm af óþekktum uppruna sem leiðir til óeðlilegrar myndunar blóðfrumna. **Sérstök**

varnaðarorð: Þeir sem eru með rauða úlfa (SLE) eða aðra sjálfsnæmissjúkdóma, arfgengan sjúkdóm sem hefur áhrif á blóðrauða, hemoglóbín (purpuraveiki), langvarandi bólgusjúkdóma í þörmum eins og bólgur í ristli með sárum (sáristilbólgu), bólgur í meltingarvegi (Crohn's) eða aðra maga- eða þarmasjúkdóma, truflanir á blóðfrumnamyndun, vandamál tengd blóðstorkun, ofnæmi, ofnæmiskvef, astma, langvarandi bólgur í nefslímhúð, kinnbeinaholum, kokeitlum eða langvarandi teppusjúkdóma í öndunarvegi, blóðrásarkvilla í slagæðum handleggja og fóta, lifrar-, nýrna- eða hjartavandamál eða háan blóðþrýsting, nýkomnir úr meiriháttar skurðaðgerð ættu ekki að nota lyfið. **Meðganga/brjóstgjöf:** Íbúprófen má ekki taka á síðustu 3 mánuðum meðgöngu. Aðeins ætti að nota Íbúfen á fyrstu 6 mánuðum meðgöngu í samráði við lækni og ef það er algerlega nauðsynlegt. Íbúprófen getur gert konum erfiðara með að verða þungaðar. Þessi áhrif ganga til baka þegar hætt er að taka lyfið. Íbúprófen berst í brjóstamjólk í litlum mæli og brjóstgjöf þarf yfirleitt ekki að hætta meðan á skammtíma meðferð stendur. Ef lengri tíma meðferð er áætluð, ætti að meta hvort hætta eigi brjóstgjöf. **Aukaverkanir:** Svartar, tjórukenndar hægðir eða blóðlituð uppköst (sár í meltingarvegi með blæðingum), brjóstsviði, kviðverkir, meltingartruflanir, truflanir í meltingarfærum s.s. niðurgangur, ógleði, uppköst, vindgangur og harðlífi, sáramyndun í meltingarvegi með eða án rofs, þarmabólga og versnandi bólgur í ristli og meltingarvegi (Crohn's) og pokamyndun í digurgirni (rof eða fistlar), smásæjar blæðingar frá þörmum sem geta leitt til blóðleysis, sára og bólgu í munni, höfuðverkur, syfja, svimi, sundl, þreyta, æsingur, svefnleysi og viðkvæmni. **Skammtastærðir:** Fullorðnir og unglingar eldri en 12 ára (≥ 40 kg): 200-400 mg sem einn skammtur eða 3-4 sinnum á dag með 4-6 klst. millibili. Hámarks dagsskammtur er 1200 mg. Börn 6-9 ára (20-29 kg): 200 mg, 1-3 sinnum á dag á 4-6 klst. fresti eftir þörfum. Hámarks skammtur er 600 mg á dag. Börn 10-12 ára (30-40 kg): 200 mg, 1-4 sinnum á dag á 4-6 klst. fresti eftir þörfum. Hámarks skammtur er 800 mg á dag. Sjá nánar í fylgiseðli. **Börn 12 ára og yngri eiga ekki að nota Íbúfen nema í samráði við lækni. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 6 ára. Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.** Nóvember 2011.

 **actavis**



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

Ábyrgðarmaður
Esther Ósk Ármannsdóttir
formadur@ljosmodir.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
S. 846 1576 hrafno@internet.is
Stefanía Guðmundsdóttir
stefania@thorlacius.com
Ásrún Ósp Jónsdóttir
asrun@yahoo.com

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

Myndir
Guðrún G. Eggertsdóttir
Helga Reynisdóttir
Hildur Kristjánsdóttir
Shutterstock

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Vokal ehf.
s. 866-3855

Umbrot og prentvinnsla
Stafræna prentsmiðjan - www.prentun.is

Ljósmeðrablaðið er opinbert tímarit
Ljósmeðrafélags Íslands og er öllum
ljósmeðrum heimilt að senda efni í
blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru
alfarið á ábyrgð greinahöfunda og end-
urspegla ekki endilega viðhorf ritstjóra,
ritnefndar eða Ljósmeðrafélagsins. 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
ljósmeðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir
að gefa út tvö tölublöð á ári. Skilafrestur
er í samráði við ritnefnd og skal efni berast
á tölvutæku formi.

Forsíða
Mynd: Shutterstock

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórapistill
- 5 Ávarp formanns
- 6 Þekking og viðhorf ljósmeðra
á fósturskimun
Sigrún Ingvarsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Hildur Kristjánsdóttir
- 14 Barneign og heilsa
*Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrímsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson*
- 22 Sængurlegubjónusta á Íslandi samanborið við
önnur OECD lönd Fyrirkomulag og kostnaður
Guðlaug Einarisdóttir
- 27 Um þriðja stig fæðingar – hvenær er rétt að skilja
á milli barns og móður?
Björg Sigurðardóttir
- 31 Þvagleki
Hildur Sólveig Ragnarsdóttir
- 34 Lyfjahvörf ondansetrons í fósturum
Tijana Drobnjak og Sveinbjörn Gizurarson
- 36 Oddrúnarpistill
- 38 Stjórnarfundur NJF
- 41 Heimsókn á Landssjúkrahúsið í Þórshöfn
í Færeyjum
Guðrún G. Eggertsdóttir
- 42 Hugleiðingar ljósmóður
Helga Gottfreðsdóttir



Ritstjórapistill

Það er mikilvægt fyrir okkur að líta á fræðslu- og upplýsingabátt út frá því umhverfi dómsmála sem við lifum við í dag. Þannig skiptir miklu máli að einstaklingar hafi fengið fullnægjandi upplýsingar þegar þeir taka ákvörðun um að þiggja meðferð. Sem fagaðilum ber okkur að hlusta á og virða skoðanir þeirra sem þjónustuna fá, en hvað vilja verðandi foreldrar?

Skipulag barneignarþjónustunnar er skýrt og vel samræmt um allt land og stöðug þróun á sér þar stað. Fæðingastöðum á landinu hefur fækkað mjög á undanföllum áratugum og hafa ákvarðanir þar um oftast verið teknar í samræmi við bætтар samgöngur og til að spara fé. Árið 1972 fæddu konur á 30 stöðum, svo sem fæðingadeildum sjúkrahúsa, sjúkraskýlum og fæðingaheimilum, en árið 2010 voru skilgreindir fæðingastaðir á landinu 11 talsins. Þjónusta í sængurlegu hefur einnig breyst á síðustu áratugum og flust af sjúkrahúsum í heimahús. Rannsókninni „Barneign og heilsa“, er ætlað að varpa ljósi á reynslu kvenna af barneignarþjónustunni, heilsu þeirra, væntingum um og líðan á meðgöngu og eftir fæðingu. Niðurstöður rannsóknarinnar eru kynntar í blaðinu í ritrýndri grein, þar gefa glögga mynd af reynslu kvenna af barneignarþjónustu og barneignarferli hér á landi. Þær ættu að nýtast fagfólki og stjórnendum heilbrigðismála við frekari þróun og skipulag þjónustunnar.



Hrafnhildur Ólafsdóttir
ritstjóri Ljósmeðrablaðsins

Miklar framfarir hafa verið á sviði fösturgreininga á síðustu áratugum og framboð á aðferðum til að greina frávik hjá föstrum hefur aukist. Fjölmargir þættir hafa áhrif á hvort verðandi foreldrar taka upplýsta ákvörðun um að þiggja eða hafna slíkum skimunum en þekking og viðhorf þeirra sem koma að upplýsingagjöf um fösturskimun skiptir þar máli. Um þetta efni birtist ritrýnd grein í blaðinu og er hún um þekkingu og viðhorf ljósmeðra til fösturskimunar. Þar kemur fram að almennt var viðhorf ljósmeðranna til fösturskimana jákvætt og töldu þær að upplýsa ætti allar barnshafandi konur

um möguleikann á fösturskimun snemma á meðgöngu. Fram kom að langflestar ljósmeðranna myndu þiggja meiri fræðslu um fösturskimun stæði hún til boða. Niðurstöðurnar benda til mikilvægi þess að bjóða fagfólki frekari fræðslu um fösturskimun.

Síðustu tvo áratugi hefur sængurlega á sjúkrahöfnunum verið að styttest til muna vegna krafna um aukið hagræði í heilbrigðisþjónustu. Með sívaxandi kröfum um hagkvæmni og skilvirkni heilbrigðisþjónustu er kostnaðargreining þjónustunnar nauðsynleg, samfara faglegrri þróun hennar. Í blaðinu er grein sem varpar ljósi á þróun sængurlegu í hinum mismunandi OECD löndum, einkum með kostnað og fyrirkomulag þjónustunnar í huga. Tilgangurinn var að skoða kostnaðaráhrif þess ef Ísland hefði fylgt nágrannalöndum í þróun þjónustunnar.

Töluverð umræða hefur verið undanfarin ár um þriðja stig fæðingar og þá meðal annars hvenær skuli skilja á milli móður og barns. Margt í barneignarferlinu viðist ganga í bylgjum öfganna á milli og er þetta efni eitt af því. Í blaðinu birtist fræðslugrein um það.

Framundan er hátíð ljóss og friðar. Ég óska ljósmeðrum og öðrum lesendum Ljósmeðrablaðsins gleðilegra jóla og farsældar á komandi ári.

Hrafnhildur Ólafsdóttir



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

Með kærri kveðju / Stjórn Ljósmeðrafélags Íslands

Launamisrétti í hálfa öld

Árið 1961 voru sett lög um launajafnrétti kynjanna og tilgangurinn með þeim var að útrýma launamisrétti milli karla og kvenna. Þessi lög virðast hafa haft litla þýðingu því eins og við vitum er launamisrétti enn til staðar rúmlega 50 árum síðar. Þetta er djúpstæður vandi og flókinn þar sem eldgamlar hefðir hafa m.a. hreiðrað um sig og mismundandi mat á störfum kvenna og karla hafa áhrif. Vanmat á umönnunarstörfum hefur verið landlægt og mat kvenna á eigin störfum hafa einnig verið í þá átt. Nýjustu kannanir sýna að kynbundinn launamunur er svo sannarlega til staðar. Þessi staðreynd gefur til kynna að það markmið í samstarfsfyrirlesingu núverandi ríkisstjórnar um að hún „gripi til aðgerða til að útrýma kynbundnum launamun í samvinnu við hagsmunasamtök og aðila vinnumarkaðarins“ er ekki að ganga eftir. Hafa öll stærstu stéttarfélög landsins kallað eftir aðgerðum. Raunveruleg breyting á hugarfari og vilji er þó allt sem þarf.

Skrifræði í ráðuneytinu

Mest af orku minni á haustmánuðum sem formaður hefur farið í að svara umsögnum um ýmis lög sem verið er að breyta eða semja. Þetta eru lög sem tengjast störfum ljósmæðra leynt og ljóst. Sú vinna er gerð í samvinnu við stjórn félagsins, sem hefur unnið mikið og gott starf. Eins hefur félagið leitað sérfræðiaðstoðar öflugra ljósmæðra sem vinna úti í samfélaginu, en það hefur verið ómetanlegt að geta leitað í viskubrunn þeirra. Mesta þúðrið hefur farið í að gera athugasemdir við reglugerð um störf ljós-



Esther Ósk Ármannsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

mæðra. Núna um áramótin taka ný lög um heilbrigðisstéttir gildi. Lögin fjalla um störf allra löggiltra heilbrigðisstétta sem eru 33 að tölu. Þetta eru ólíkir hópar fagfólks sem eiga ef til vill lítið sameiginlegt nema það að vinna með fólki og vera skilgreindir sem heilbrigðisstarfsfólk. Markmið þessara sameiginlegra laga er fyrst og fremst að tryggja gæði heilbrigðisþjónustu og öryggi sjúklinga. Eins að skilgreina menntun, kunnáttu og færni okkar sem og starfshætti. Reglugerð sem byggir á þessum nýju lögum er svo samin í kringum hverja og eina starfsstétt. Núverandi lög um ljósmæður eru frá árinu 1984 og er löngu tímabært að endurskoða þau, m.a. með tilliti til breyttra starfshátta ljósmæðra. Krefjandi hefur verið að koma sjónarmiðum okkar ljósmæðra inn

á borð skrifræðis í velferðarráðuneytinu. Þar virðist skilningur á störfum okkar ekki alltaf eins og við hefðum kosið.

Klínísku sérfræðileyfin í ljósmóðurfræðum

Í gegnum árin hefur Ljósmæðrafélagið ítrekað lýst yfir samstarfsvilja við ráðuneytið að koma að samningi um nýja reglugerð fyrir ljósmæður við litlar undirtektir. Klíníska sérfræðileyfið til handa ljósmæðrum var eitt af þeim baráttumálum sem hafa verið mikilvæg fyrir ljósmæður að fá inn í lög/reglugerð. Það er í höfn og gleðst ég yfir því.

Í því ljósi, að ljósmóðurfræðin er sem fagstétt á háskólastigi rétt komin á unglingsárin, má segja að þau ár eru oft ótrúlega spennandi og skapandi en geta einnig verið mjög krefjandi og erfið. Gaman verður að fylgjast með fræðunum okkar, ljósmóðurfræðunum, vaxa og dafna fram á fullorðinsár. Með auknum vexti og þroska eykst væntanlega trúin á að störf okkar séu jafn mikilvæg og annarra sérfræðinga og að við verðleggjum störf okkar í samræmi við það.

Eins og áður sagði er breyting á hugarfari og vilji allt sem þarf til að breyta mati okkar á umönnunarstörfum þannig að réttlæti og mannréttindi séu virt.

Vil ég nota tækifærið hér og þakka stjórninni fyrir samveruna og samvinnuna á þessu ári. Alltaf gaman að vinna með hæfum og skemmtilegum ljósmæðrum.

Jólakveðja,
Esther Ósk Ármannsdóttir



Þekking og viðhorf ljósmæðra á fósturskimun



Sigrún Ingvarsdóttir
ljósmóðir á kvennadeild
Landspítalans



Helga Gottfreðsdóttir
ljósmóðir, PhD dósent og
námsbrautarstjóri í ljósmóðurfræði við
Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands



Hildur Kristjánsdóttir
ljósmóðir, verkefnisstjóri
hjá embætti Landlæknis

ÚTDRÁTTUR

Erlendar rannsóknir gefa til kynna að þekkingu fagfólks á fósturskimun sé ábótavant. Viðfangsefnið hefur ekki verið rannsakað hér á landi en er mikilvæg forsenda þess að hægt sé að þróa og bæta þjónustu við verðandi foreldra á þessu sviði. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna þekkingu og viðhorf fagfólks sem vinnur með barnshafandi konum á meðgöngu til fósturskimana og fóstur-greiningar.

Notuð var meginndleg aðferð til að nálgast viðfangsefnið og byggt á lýsandi sniði. Í þýði voru allar ljósmæður, heimilislæknar og fæðinga- og kvensjúkdómalæknar sem sinna meðgönguvernd á Íslandi. Alls náði rannsóknin til 88 ljósmæðra, 173 heimilislækna og 36 fæðinga- og kvensjúkdómalækna. Einungis verður fjallað um svör ljósmæðra í þessari grein.

Almennt var viðhorf ljósmæðranna til fósturskimana jákvætt og töldu þær að upplýsa ætti allar barnshafandi konur um möguleikann á fósturskimun snemma á meðgöngu. Þekking ljósmæðranna á viðmiðunarmörkum og líkum á frávikum var ábótavant en um 60% þeirra hafði þekkingu á jákvæðum og neikvæðum niðurstöðum úr skimprófum. Um 60% ljósmæðranna fannst þekking sín varðandi

fósturskimun vera fullnægjandi. Fram kom að langflestar ljósmæðranna (90%) myndu þiggja meiri fræðslu um fósturskimun stæði hún til boða. Niðurstöðurnar benda á mikilvægi þess að bjóða fagfólki frekari fræðslu um fósturskimun og samræmast niðurstöðurnar að hluta til erlendum rannsóknum.

Lykilorð: Fósturskimun, þekking, viðhorf, ljósmæður.

ABSTRACT

Some evidence indicates that professionals' knowledge of prenatal screening is deficient. The subject has not been studied previously in Iceland although an important topic so that services for expectant parents can be developed and improved further. The purpose of this study was to examine the knowledge and attitude of health professionals who provide care to pregnant women on this topic.

A quantitative method was used to approach the subject, based on a descriptive design. The population included all midwives, General Practitioners and obstetricians & gynaecologists involved in prenatal care in Iceland, in all 88 midwives, 173 General Practitioners and 36 obstetricians & gynaecologists. Answers from midwives

will be discussed in this paper.

In general, the attitude of the midwives towards prenatal screening was positive and they felt that all pregnant women should be informed about the possibility of the screening in early pregnancy. Knowledge of risk limits and probabilities of deviations was insufficient and only 60% of the midwives had knowledge of positive and negative results of the screening tests. About 60% of the midwives felt their knowledge regarding prenatal screening was adequate. A large majority of the midwives (90%) would like to have more education on prenatal screening if offered. The results indicate the importance of developing a forum for further education for professionals on prenatal screening. The results are in line with studies from other countries.

Keywords: Prenatal screening, knowledge, attitude, midwives.

INNGANGUR

Miklar framfarir hafa verið á sviði fóstur-greininga á síðustu áratugum og framboð á aðferðum til að greina frávík hjá föstrum hefur aukist. Fjölmargir þættir hafa áhrif á hvort verðandi foreldrar taka upplýsta ákvörðun um að þiggja eða hafna slíkum skimunum en þekking og viðhorf þeirra sem koma að upplýsingagjöf um fóstur-

Apótekið þitt

í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.

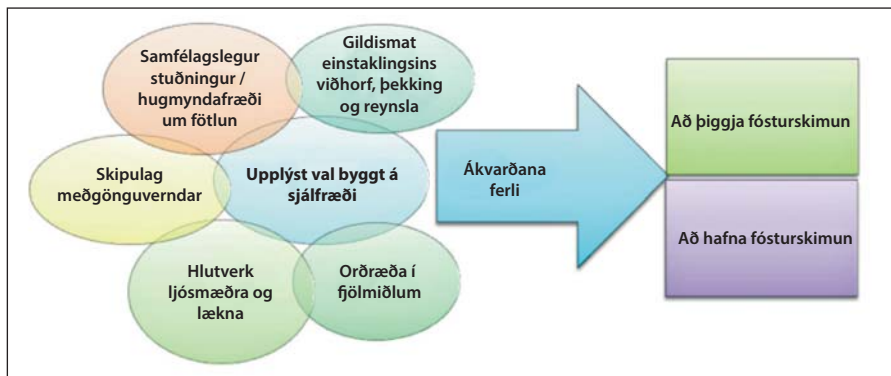


Reykjavík Apótek er sjálfstætt starfandi apótek sem leggur áherslu á persónulega þjónustu og hagstætt verð. Apótekið er í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.

Frí heimsendingarþjónusta til eldri borgara og öryrkja.

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

Reykjavík  **Apótek**



Mynd 1. Samspil þátta sem hafa áhrif á ákvarðanatöku verðandi foreldra (Helga Gottfreðsdóttir, 2009).

skimun skiptir þar máli. Ýmsar erlendar rannsóknir síðustu ára hafa gefið vísbendingar um að þekking fagfólks varðandi fösturskimun sé ábótavant (Ekelin og Crang-Svalenius, 2004; Tyzack og Wallace, 2003; Bramwell og Carter, 2001). Markmið fösturskimunar er að afla upplýsinga um heilsu fösturs og finna föstur með auknar líkur á litningafrávikum og að gefa foreldrum val um áframhald meðgöngunnar (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010; Guðlaug Torfadóttir og Jón Jóhannes Jónsson, 2001). Því er afar mikilvægt að sem best sé staðið að upplýsingagjöf og fræðslu um þetta efni. Fösturskimun, með samþætту líkindamati sem gerð er við 11–14 vikna meðgöngu, var í upphafi einungis í boði fyrir konur sem voru 35 ára eða eldri eða höfðu fyrri sögu um litningagalla, með það að markmiði að fækka legástungum (María Jóna Hreinsdóttir og Ólafía Margrét Guðmundsdóttir, 2009; Helga Gottfreðsdóttir, 2009). Árið 2006 var það kynnt í dreifibréfi frá Landlæknisembættinu að bjóða ætti öllum barnshafandi konum/verðandi foreldrum upplýsingar um slíka skimun. Mismunandi er milli landa hvort og hvernig fösturskimun er innleidd. Í samantekt á innleiðingu skimunar í 18 löndum kom í ljós að þó tæknin til að framkvæma skimunina væri til staðar þá voru það einungis 10 lönd sem höfðu sett fram stefnumótun á landsvísi um skimun fyrir Down's heilkenni en 14 lönd höfðu stefnu um 19–20 vikna ómskoðun (Boyd o.fl., 2008).

Niðurstöður fösturskimunar geta haft í för með sér inngríp í eðlilegri meðgöngu og því mikilvægt að leggja áherslu á sjálfræði í ákvarðanatöku og upplýst val. Við upplýsingagjöf til foreldra um skimunina skiptir þekking fagfólks máli og hvernig upplýsingarnar eru settar fram. Fjölmargir þættir hafa áhrif á hvort verðandi foreldrar þiggja eða hafna fösturskimun og hvort um er að ræða upplýst val (sjá mynd 1).

Þar sem þekking og viðhorf fagfólks er einn þáttur í þessu samspili þá er mikilvægt að skoða hvernig því er háttað þar sem fösturskimun er boðin.

Upplýsingar um fösturskimun þurfa að fela í sér fræðslu um tæknilegar hliðar skimunarinnar jafnt sem siðfræðilegar (Zindler, 2005). Í samfélögum þar sem notkun á skimun er mikil er hún orðin hluti af veruleika bæði verðandi mæðra og þeirra heilbrigðisstarfsmanna sem veita þjónustuna. Í þessari grein er greint frá hluta niðurstaðna íslenskrar rannsóknar um þekkingu og viðhorf heilbrigðisstarfsfólks sem sinnir verðandi mæðrum/foreldrum á fyrri hluta meðgöngu. Umfjöllunarefnið er mikilvægt innlegg í að þróa og bæta upplýsingar og ráðgjöf við verðandi foreldra frekar í tengslum við fösturskimun.

Fræðilegur bakgrunnur Þekking á fösturskimun

Í klínískum leiðbeiningum um meðgönguvernd segir að bjóða skuli öllum barnshafandi konum upplýsingar um fösturskimun fyrir litningafrávikum í lok fyrsta þriðjungs meðgöngu (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010; Nice, 2008). Þekking fagfólks á fösturskimun er því mikilvæg til að það geti rætt við foreldra um skimunina og þeir svo tekið upplýsta ákvörðun hvort þeir þiggja eða afþakka skimunina og skilji afleiðingar hennar (Ekelin og Crang-Svalenius, 2004; Tyzack og Wallace, 2003). Nokkrar rannsóknir hafa sýnt að foreldrum finnst vera skortur á fullnægjandi upplýsingum um fösturskimun frá fagfólki og vísbendingar eru um að foreldrar líti á fösturskimun sem reglubundna rannsókn en ekki sem val (Skirton og Barr, 2010; Helga Gottfreðsdóttir, 2009; Chiang, Chao og Yuh, 2006). Í rannsókn Helgu Gottfreðsdóttur, þar sem rætt var við 40 einstaklinga, töluðu margir þátttakendur um að þeir hefðu fengið takmarkaðar upplýsingar um skimunina og upplifun nokkurra þeirra var sú að um hefðbundna rannsókn væri að ræða (Helga Gottfreðsdóttir, 2009). Þetta samræmist ýmsum erlendum rannsóknum þar sem fram kemur að þekking fagfólks á skimuninni sé ábótavant og að fagfólk vilji fá frekari fræðslu um hana (Ekelin og Crang-Svalenius, 2004; Tyzack og Wallace, 2003; Bramwell og Carter, 2001). Þekking og

viðhorf fagfólks á Íslandi varðandi föstur-skimanir hefur ekki verið skoðuð og er því mikilvægt rannsóknarefni. Ýmislegt hefur þó verið gert í því að þróa fræðsluefni sem er aðgengilegt bæði verðandi foreldrum og fagfólki hér á landi. Í því sambandi var árið 2008 gefinn út bæklingurinn „Fösturskimun og fösturgreining á meðgöngu“ (Anna Björg Aradóttir o.fl., 2008) og jafnframt var útbúið ítarlegt fræðsluefni á vef heilsugæslunnar um fösturrannsóknir fyrir verðandi foreldra sem auk þess gagnast fagfólki til fræðslu um efnið. Í rannsókn Bramwell og Carter sem unnin var fyrir rúmum áratug reyndist þekking fagfólks á líkum á ýmsum frávikum takmörkuð, svo og þekking á jákvæðri- og neikvæðri niðurstöðu en þekking á aðferðum til skimunar var almennt góð (Bramwell og Carter 2001). Nýleg bresk rannsókn Skirton og Barr (2010) gefur til kynna að þekkingu fagfólks á skimun sé enn ábótavant, en þrátt fyrir það kom fram að 92,3% ljósmæðra í rannsókn þeirra töldu sig vera tilbúnar til að ræða við foreldra um fösturskimun. Af þessu má álykta að þekkingu fagfólks á fösturskimun megi bæta og því þörf á frekari fræðslu til þeirra svo þeir geti veitt foreldrum viðunandi upplýsingar. Erlendar rannsóknir benda til að fagfólk telur ljósmæður bera mestu ábyrgð varðandi fræðslu til foreldra um fösturskimun (Ekelin og Crang-Svalenius, 2004; Sadler 1997). Hér á landi eru vísbendingar um að margir verðandi foreldrar eigi fyrstu samskipti sín á meðgöngu við fæðinga- og kven-sjúkdómalækni (Helga Gottfreðsdóttir, 2009).

Viðhorf til fösturskimana

Viðhorf fagfólks til fösturskimana er almennt jákvætt en sumum finnst erfitt að útskýra skimunina fyrir barnshafandi konum, hafa áhyggjur af því að gefa ekki réttar upplýsingar og finnst fræðsla um skimunina bæði vera tæknilega og siðfræðilega erfið (McNeill og Alderdice, 2009; Ekelin og Crang-Svalenius, 2004). Mismunandi er milli rannsókna hvort viðhorf fagfólks er talið hafa áhrif á það hvort barnshafandi konur þiggja eða afþakka skimunina (McNeill og Alderdice, 2009; van den Berg o.fl., 2007; Dormandy og Marteau, 2004; Ekelin og Crang-Svalenius, 2004; Hemminki, Toivainen og Santalahti, 2000). Ekelin og Crang-Svalenius benda á að það sem ljósmæðrunum fannst vera jákvætt varðandi fösturskimun er að hún fækkar legástungum og þar með fösturlátum heilbrigðra föstra. Í rannsókn Ahmed, Bryant og Cole (2012) kom fram að ljósmæðrunum fannst mikilvægt að ræða við barnshafandi konur um fösturskimun snemma á meðgöngu og mikilvægi þess að vera ekki leiðandi í þeirri umræðu. Mismunandi var þó hve ítarlega ljósmæðurnar fóru í fræðsluna, sumar gáfu bara upp staðreyndir en aðrar

vildu fara í dýpri samræður um skimunina en rannsóknir hafa einmitt sýnt að foreldrar vilja oft ræða nánar um skimunina við fagfólk (Stefansdóttir, Skirton, Jonasson, Hardardóttir og Jonsson, 2010, Helga Gottfreðsdóttir, 2009). Flestar ljósmæðurnar í rannsókn Ahmed o.fl. (2012) töluðu um skort á tíma sem hindrun en sambærilegar niðurstöður komu fram í rannsókn McNeill og Alderdice (2009) þar sem ljósmæðurnar töldu sig ekki geta veitt fullnægjandi upplýsingar innan þess tímaramma sem þær höfðu í meðgönguverndinni.

Ljósmæður eru í lykilhlutverki þegar kemur að þjónustu við verðandi mæður og foreldra og samkvæmt klíniskum leiðbeiningum um meðgönguvernd eiga ljósmæður að bjóða verðandi foreldrum upplýsingar um fösturskimun á faglegan og hlutlausan hátt. Aukin áhersla á fösturskimun á meðgöngu kallar á aukna þekkingu ljósmæðra á þessu sviði og íhugun á siðferðislegum gildum. Í þessari grein er leitast við að svara spurningunum: Hver er þekking ljósmæðra á fösturskimun og hvert er viðhorf ljósmæðra til fösturskimunar? Niðurstöðurnar verða væntanlega innlegg í þróun fræðslu og upplýsinga fyrir fagfólk og leiða til áframhaldandi samræðu um þetta efni.

Aðferð

Til þess að svara rannsóknarspurningunum var notuð megindleg rannsóknaraðferð og lýsandi rannsóknarsnið.

Þátttakendur

Í þýði voru allar ljósmæður, heimilislæknar og fæðinga- og kvensjúkdómalæknar sem sinna meðgönguvernd á Íslandi. Alls náði rannsóknin til 173 heimilislækna, 88 ljósmæðra og 36 fæðinga- og kvensjúkdómalækna. Svörun heimilislækna og fæðinga- og kvensjúkdómalækna var innan við 25% og var ákveðið að fjalla einungis um svör ljósmæðra í þessari grein.

Tafla 1. Hlutfall svara í tengslum við þekkingu á fösturskimun.

Spurning	N	Rétt svör n (%)	Röng svör n (%)	Veit ekki n (%)
Er hægt að greina Downs heilkenni með hnakkabyggtarmælingu án frekari rannsókna?	50	49 (98)	0 (0)	1 (2)
Er hægt að greina Downs heilkenni með samþættu líkindamati án frekari rannsókna?	50	49 (98)	0 (0)	1 (2)
Hvaða viðmiðunarmörk eru notuð til að segja fyrir um hvort líkur á Downs heilkenni séu miklar eða litlar?	48	25 (52,1)	17 (35,4)	6 (12,5)
Hversu stórt hlutfall föstra með Downs heilkenni mun finnast ef allar barnshafandi konur fara í fösturskimun við 11–14 vikur?	44	9 (20,5)	8 (18,2)	27 (61,4)
Hversu hátt hlutfall kvenna telst vera með auknar líkur eftir skimun?	45	17 (37,8)	4 (8,9)	24 (53,3)
Hvað þýðir jákvæð niðurstaða úr fösturskimun?	47	30 (63,8)	11 (23,4)	6 (12,8)
Hvað þýðir neikvæð niðurstaða úr fösturskimun?	46	30 (65,2)	10 (21,7)	6 (13)

Mælitæki

Spurningalisti var sendur til heimilislækna, fæðinga- og kvensjúkdómalækna og ljósmæðra sem sinna meðgönguvernd á Íslandi. Spurningalistinn var þróaður af Helgu Gottfreðsdóttur og Hildi Kristjánsdóttur með hliðsjón af nokkrum erlendum spurningalistum og með leyfi höfunda þeirra (Ekelin og Crang-Svalenius, 2004; Sandall og Grellier, 2001; Hemminki, Santalahti og Toiviainen, 1999; Hemminki o.fl., 2000; Sadler, 1997; Samwiil, 2002). Að verkefninu komu Landlæknisembættið, Þróunarstofa heilsugæslunnar og Háskóli Íslands. Við undirbúning könnunarinnar var haft samráð við ljósmæður og lækna frá fagfélögum Fæðinga- og kvensjúkdómalækna, Félagi íslenskra heimilislækna og Ljósmæðrafélagi Íslands sem lásu spurningalistann yfir og komu með ábendingar.

Framkvæmd

Samtals voru sendir 297 spurningalistar í nóvember 2010 ásamt kynningarbréfi. Spurningalistunum var fylgt eftir

með áminningu um þátttöku stuttu síðar. Að höfðu samráði við Vísindasiðanefnd reyndist ekki þörf á að sækja um leyfi hjá nefndinni fyrir framkvæmd rannsóknarinnar. Unnið var með upplýsingar í tölfraeðiforritinu SPSS, 20. útgáfu IBM corp., (2011). Tölfraeðileg úrvinnsla á gögnunum byggði á lýsandi sniði þannig að viðhorfum og þekkingu ljósmæðra til fösturskimana var lýst, auk þess sem þekking var tengd nokkrum lýðfræðilegum breytum og starfssviði þátttakenda.

NIÐURSTÖÐUR

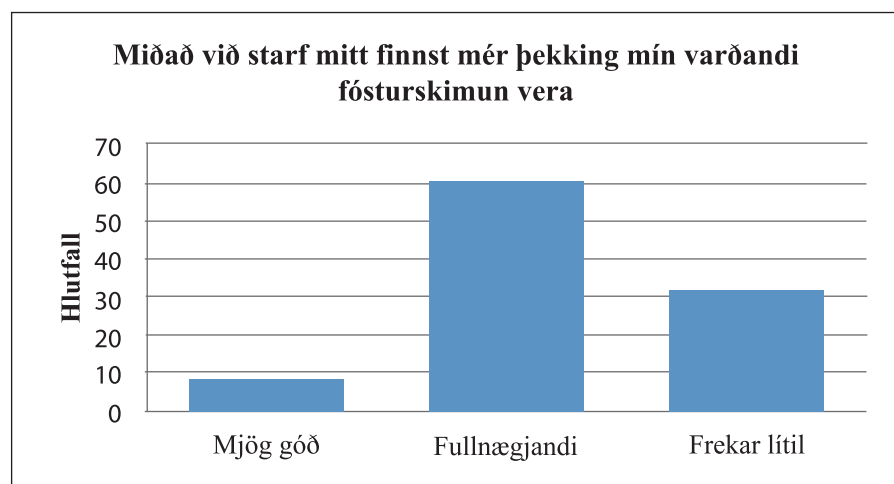
Bakgrunnsupplýsingar

Sem fyrr segir náði rannsóknin til 173 heimilislækna, 88 ljósmæðra og 36 fæðinga- og kvensjúkdómalækna. Af þeim svöruðu 35 heimilislæknar (20,2%), fimm fæðinga- og kvensjúkdómalæknar (13,9%) og 50 ljósmæður (56,8%). Í þessari grein verður eingöngu fjallað um svör ljósmæðranna, eins og áður hefur komið fram. Meirihluti ljósmæðranna störfuðu á höfuðborgarsvæðinu, eða 64%, en 36% á landsbyggðinni. Alls sinntu 86% ljósmæðranna konum í meðgönguvernd á heilsugæslustöð og 22% í meðgönguvernd á sjúkrahúsi. Einungis 8,7% ljósmæðranna framkvæmdu ómskoðanir á meðgöngu.

Þekking ljósmæðra á fösturskimun

Af þeim ljósmæðrum sem svöruðu listunum fannst 60% þeirra þekking sín varðandi fösturskimun fullnægjandi og 31% fannst hún frekar lítil, einungis 8% ljósmæðranna fannst þekking sín vera mjög góð (mynd 2). Nánari greiningu á einstaka þáttum varðandi þekkingu ljósmæðra má sjá í töflu eitt.

Eins og sést í töflu eitt voru notaðar sjö spurningar til að skoða þekkingu fagfólks á fösturskimun. Fram kom að langflestar ljósmæður (98%) telja réttilega



Mynd 2: Hvernig ljósmæður upplifa eigin þekkingu.

Tafla 2. Ástæður fyrir því að ekki eru veittar nægar upplýsingar.

	n (%)
Tímaskortur	18 (36)
Eðli upplýsinga er þannig að erfitt er að útskýra þær	13 (26)
Ég hef ekki næga þekkingu um fösturskimanir	7 (14)
Konan/verðandi foreldrar vill/vilja ekki upplýsingar	21 (42)
Annað	14 (28)

að ekki sé hægt að greina Downs heilkenni með hnakkabyggtarmælingu né með samþætту líkindamati án frekari rannsóknar. Rúmlega helmingur ljósmæðranna (52,1%) svaraði rétt spurningunni um hvaða viðmiðunarmörk eru notuð til að segja fyrir um líkur á Downs heilkenni en þau eru 1:100. Einungis 37,8% ljósmæðranna vissu hve hátt hlutfall kvenna eru líklega með auknar líkur eftir skimun. Alls sögðu 63,8% ljósmæðranna að jákvæð niðurstaða úr fösturskimun þýddi auknar líkur á litningagalla og 65,2% sögðu að neikvæð niðurstaða þýddi minni líkur á litningagalla.

Helsta ástæða þess að ljósmæðurnar veittu ekki nægjanlegar upplýsingar um fösturskimun snemma á meðgöngu var að þeim fannst konan/verðandi foreldrar ekki vilja upplýsingar (42%). Aðrar ástæður þess að ljósmæðurnar veittu ekki nægjanlegar upplýsingar voru tímaskortur (36%), um fjórðungur ljósmæðranna (26%) sögðu að eðli upplýsinganna væri þannig að erfitt væri að útskýra þær og 14% ljósmæðranna sagðist ekki hafa næga þekkingu til að veita upplýsingar (tafla 2).

Viðhorf ljósmæðra til fösturskimana

Mikill meirihluti ljósmæðra (92%) hittu konur að jafnaði fyrir 12 vikna meðgöngu (tafla 3), og 94% sögðu það koma í sinn hlut að veita foreldrum fyrstu upplýsingar um fösturskimun. Ljósmæðrunum (91,7%) fannst þær bera ábyrgð á því að veita foreldrum fyrstu upplýsingar um skimunina og 95,9% þeirra bjóða öllum konum upplýsingar um fösturskimun.

Tafla 3. Ábyrgð ljósmæðra varðandi upplýsingagjöf til foreldra.

	N	Já %	Nei %
Hittir þú konur að jafnaði fyrir 12 vikna meðgöngu?	50	92	8
Kemur það í þinn hlut að veita fyrstu upplýsingar um fösturskimun?	50	94	6
Finnst þér þú bera ábyrgð á að veita fyrstu upplýsingar?	48	91,7	8,3
Byður þú öllum barnshafandi konum upplýsingar um fösturskimun?	49	95,9	4,1

Tafla 4. Viðhorf ljósmæðra til fösturskimana.

	N	Mjög sam-mála %	Sam-mála	Hef ekki myndað mér skoðun %	Ósam-mála %	Alveg ósam-mála %
Fösturskimun leiðir til tækni- og sjúkdómsvæðingar meðgöngunnar	50	12	48	12	26	2
Samþætt líkindamat er ekki vandamál ef nægar upplýsingar eru gefnar	50	18	60	4	18	0
Samþætt líkindamat er mikilvæg viðbót við núverandi meðgönguvernd	50	4	58	4	26	8
Fösturskimun gefur ekki afgerandi svar um litningafrávik. Það er næg ástæða til þess að hún sé ekki í boði	49	0	18,4	14,3	61,2	6,1
Konur sem eru í aukinni áhættu að eignast barn með litningafrávik þurfa sérhæfða erfðaráðgjöf	47	23,4	36,2	17	21,3	2,1
Stjórnvöld og heilbrigðisyfirvöld bera siðferðislega ábyrgð á að tryggja öllum konum jafnan aðgang að fösturskimun	49	30,6	53,1	2	12,2	2
Fjármunir sem notaðir eru í fösturskimanir kæmu að betri notum annarsstaðar í heilbrigðiskerfinu	49	10,2	20,4	42,9	18,4	8,2

snemma á meðgöngu. Ekki var marktækur munur milli ljósmæðra sem starfa á höfuðborgarsvæðinu og þeirra sem starfa á landsbyggðinni varðandi það að veita fyrstu upplýsingar. Alls fannst 93,8% ljósmæðranna á höfuðborgarsvæðinu þær vera ábyrgar fyrir því að veita fyrstu upplýsingar, en 87,5% þeirra sem búa á landsbyggðinni. Meðal ljósmæðra sem framkvæma ómskoðanir fannst 75% þær vera ábyrgar fyrir því að veita barnshafandi konum/verðandi foreldrum fyrstu upplýsingar um fösturskimun, en 92,5% þeirra sem ekki framkvæma ómskoðanir. Erfitt er þó að bera þessa tvo hópa saman þar sem einungis 8,7% ljósmæðranna sem svöruðu framkvæmdu ómskoðanir.

Flestum ljósmæðrunum (60%) fannst fösturskimun leiða til tækni- og sjúkdómsvæðingar meðgöngunnar, en á sama tíma fannst þeim (62%) almenn fösturskimun við 11–14 vikur vera mikilvæg viðbót við núverandi meðgönguvernd (tafla 4). Alls töldu 59,6% ljósmæðranna að konur sem eru í aukinni áhættu á að eignast barn með litningafrávik eða byggingargalla þurfa á sérhæfðri erfðaráðgjöf að halda. Langflestar ljósmæðurnar (83,7%) töldu stjórnvöld og heilbrigðisyfirvöld bera siðferðislega ábyrgð á að tryggja öllum konum jafnan aðgang að fösturskimunum.

Flestar ljósmæðurnar (76%) töldu sig geta rætt af öryggi við konur um fösturskimun fyrir Downs heilkenni og 32% ljósmæðranna fannst þær þurfa meiri þekkingu á fösturskimun til að geta veitt gagnlega ráðgjöf (tafla 5). Nánast öllum ljósmæðrunum (96%) fannst þekking á fösturskimun vera nauðsynleg í daglegu starfi en einungis 8% fannst erfitt að tala við verðandi foreldra um Downs heilkenni. Alls fannst helmingi ljósmæðranna að bjóða ætti öllum barnshafandi konum skimun fyrir Downs heilkenni og öðrum litningagöllum en 10,5% fannst að hvetja ætti allar barnshafandi konur til þess að þiggja fösturskimun. Jafnframt kom fram að 38,8% ljósmæðranna fannst umræða um fösturskimun hafa áhrif á ánægju og gleði vegna meðgöngunnar.

UMRÆÐA

Niðurstöður þessarar rannsóknar þarf að skoða með ákveðnum fyrirvara þar sem svarhlutfall ljósmæðra var fremur lágt eða 56,8% og því erfitt að alhæfa niðurstöðurnar yfir á þjóðið. Hér var þekking og viðhorf ljósmæðra til fösturskimana í upphafi meðgöngu skoðuð og samræmast niðurstöðurnar að hluta til erlendum rannsóknum. Þrátt fyrir takmarkanir rannsóknarinnar þá gefa niðurstöðurnar góðar vísbendingar um þekkingu og viðhorf ljósmæðra til fösturskimana og geta því nýst við þróun á fræðslu varðandi efnið.

Þekking á fösturskimun

Þekking ljósmæðra á fösturskimun í lok fyrsta þriðjungs meðgöngu er ekki nægjanleg og eru niðurstöðurnar að miklu leyti í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna. Nánast allar ljósmæðurnar sem tóku þátt (98%) vissu að ekki væri hægt að greina Downs heilkenni með

Tafla 5. Viðhorf ljósmæðra til fósturskimana.

	N	Mjög sam-mála %	Frekar sam-mála %	Hlutlaus %	Frekar ósam-mála %	Mjög ósam-mála %
Get rætt af öryggi um fósturskimun fyrir Downs heilkenni	50	30	46	18	6	0
Þarf meiri þekkingu um fósturskimanir til að geta veitt gagnlega ráðgjöf	50	12	20	20	34	14
Þekking á fósturskimunum er nauðsynleg í daglegu starfi mínu	50	66	30	2	2	0
Finnst erfitt að tala við konur/verðandi foreldra um Downs heilkenni	50	2	6	10	24	58
Bjóða ætti öllum barnshafandi konum fósturskimun fyrir Downs heilkenni og öðrum litningagöllum	50	36	14	24	14	12
Hvetja ætti allar barnshafandi konur til þess að þiggja fósturskimun	48	4,2	6,3	29,2	22,9	37,5
Að tala um fósturskimanir hefur áhrif á ánægju og gleði vegna meðgöngunnar	49	6,1	32,7	22,4	12,2	26,5

hnakkþykktarmælingu eða samþættu líkindamati án frekari rannsókna. Niðurstöðurnar sýndu aftur á móti að þekking ljósmæðranna á viðmiðunarmörkum og líkum á frávikum var ábótavant. Einungis um 20% ljósmæðranna sem tóku þátt í rannsókninni vissu hve stórt hlutfall föstra með Downs heilkenni myndu finnast ef allar barnshafandi konur færu í fósturskimun við 11–14 vikna meðgöngu. Auk þess kom fram að aðeins um 60% ljósmæðranna hafði þekkingu á jákvæðum og neikvæðum niðurstöðum úr skimprófum. Bramwell og Carter (2001) komust að sambærilegri niðurstöðu fyrir rúmum áratug en samkvæmt þeim var þekking á aðferðum fósturskimana almennt góð, en þekking á líkum á ýmsum frávikum lítil og fagfólkið hafði takmarkaða þekkingu í sambandi við jákvæða niðurstöðu úr skim- og greiningarprófum. Niðurstöður annarra rannsókna hin síðari ár hafa verið í svipuðum dúr (Skirton og Barr, 2010). Mikilvægt er að fagfólk hafi góða þekkingu á fósturskimun til að verðandi foreldrar fái fullnægjandi upplýsingar og geti tekið upplýsta ákvörðun varðandi hvort þau vilja þiggja eða afþakka skimunina. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að bæta þurfi þekkingu fagfólks á fósturskimun og ýta undir mikilvægi þess að þróa fræðslu varðandi efnið.

Helstu ástæður þess að ljósmæðurnar veittu ekki nægjanlegar upplýsingar voru að verðandi foreldrar vildu ekki upplýsingar (42%). Í íslenskrí rannsókn á þekkingu verðandi foreldra á skimun kom fram að 66% foreldranna vildu fá allar mögulegar upplýsingar en einungis 2% vildu engar upplýsingar fá varðandi fósturskimun og fósturgreiningu (Stefansdóttir o.fl., 2010). Þetta sýnir að ekki er alltaf samræmi milli þess sem ljósmæður telja

að verðandi foreldrar vilji og þess sem þeir raunverulega vilja. En sökum þess hversu margir verðandi foreldrar hitta fæðinga- og kvensjúkdómalækni snemma á meðgöngu (Helga Gottfréðsdóttir, 2009; Hanna Rut Jónasdóttir, 2009) og eiga mögulega samtál um skimunina þar, getur það skýrt að ljósmæður segja að svo hátt hlutfall verðandi foreldra vilji ekki upplýsingar. 36% ljósmæðranna tilgreindu tímaskort sem ástæðu þess að ekki voru veittar nægar upplýsingar en Ahmed o.fl. (2012) komust að sambærilegri niðurstöðu, þ.e. að skortur á tíma væri hindrun í því að ljósmæður gætu veitt nægar upplýsingar um skimunina. Í rannsókn McNeill og Alderdice (2009) kom einnig fram að ljósmæður töldu sig ekki geta veitt fullnægjandi upplýsingar um fósturskimun innan þess tímaramma sem þær höfðu. Því má álykta að þörf sé á meiri tíma eða breyttu fyrirkomulagi fyrstu skoðunar á meðgöngu svo ljósmæður upplifi ekki tímaskort sem hindrun í að gefa foreldrum nægar upplýsingar. Mögulega mætti hafa tvær fyrstu skoðanir, aðra mjög snemma á meðgöngu þar sem farið væri í þætti sem mikilvægt er að taka afstöðu til í upphafi meðgöngu og seinni heimsóknin væri þá frekar notuð til fræðslu um þætti eins og lifnaðarhætti, andlega liðan og þess háttar. Einnig væri hægt að þróa mismunandi form fyrir slíka fræðslu, t.d.gæti verið hentugt að vera með hópfræðslu einu sinni í mánuði sem væri opin fyrir alla um hin ýmsu málefni, svo sem fósturskimun. Óvíst er hversu vel fræðsla á vefnum um fósturskimun nýtist fagfólki og þyrfti að skoða það frekar en hér mætti líka velja því fyrir sér hvort ekki þurfi að vekja athygli á slíku efni af og til.

Viðhorf til fósturskimana

Niðurstöður sýndu að langflestar ljós-

mæðranna sögðust veita verðandi foreldrum fyrstu upplýsingar á meðgöngu um fósturskimun og fannst þær bera ábyrgð á að það væri gert.

Almennt var viðhorf ljósmæðranna til fósturskimana jákvætt og nánast öllum ljósmæðrunum (95,9%) fannst að upplýsa ætti allar barnshafandi konur um möguleikann á skimuninni snemma á meðgöngu. Það er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna sem sýna að viðhorf ljósmæðra til fósturskimana er almennt jákvætt (van den Berg o.fl., 2007; Dormandy og Marteau, 2004). Flestar ljósmæðurnar (85,4%) töldu fósturskimun vera siðferðislegt álitamál og komu sambærilegar niðurstöður fram hjá Ekelin og Crang-Svalenius (2004) þar sem fræðsla um skimunina þótti bæði tæknilega og siðfræðilega erfið. Ýmis flókin álitamál koma upp þegar svona inngríp í annars eðlilegt ferli á sér stað og ljósmæður þurfa að vera tilbúnar til að ræða flókin siðferðisleg mál eins og ákvörðun um fóstureyðingu eða það að eignast barn með fötlun. Aukin þekking ljósmæðra á þessu sviði er því mikilvæg og íhugun á siðferðislegum gildum.

Þegar niðurstöðurnar eru skoðaðar kemur í ljós að flestar ljósmæðurnar (76%) töldu sig geta rætt af öryggi við konur um fósturskimun fyrir Downs heilkenni en þó fannst 32% ljósmæðranna þær þurfa meiri þekkingu um fósturskimun til að geta veitt gagnlega ráðgjöf. Þessar niðurstöður eru áhugaverðar og benda til þess að bæta þurfi þekkingu ljósmæðra um fósturskimun en mikilvægt er að fagfólk geti sótt námskeið eða fengið fræðsluefni um skimunina til að efla sig í starfi og bæta þannig þjónustu við verðandi foreldra.

LOKAORÐ

Öll þurfum við að taka ákvarðanir er varða heilsu okkar og almennt viljum við sjálf taka eigin ákvarðanir að því gefnu að við fáum fullnægjandi upplýsingar. Fósturskimun er orðin hluti af meðgönguvernd á Íslandi. Það er því mikilvægt að fagfólk hafi góða þekkingu á skimuninni og að í boði sé viðeigandi endurmenntun og fræðsla um fósturskimun. Í fyrrgreindri umfjöllun var þekking og viðhorf ljósmæðra til fósturskimana skoðuð og áhugavert er að sjá að niðurstöðurnar eru að miklu leyti í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna um efnið. Þessari rannsókn þarf að fylgja eftir með markvissri fræðslu og samræðu meðal þeirra sem veita upplýsingar og ráðgjöf um fósturskimun snemma í meðgöngu jafnframt því að skoða þarf með reglulegu millibili viðhorf og þekkingu fagfólks til fósturskimana. Slíkt er eðlilegur hluti af gæðamati í heilbrigðiskerfinu.

Heimildaskrá

- Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Guðlaug Torfadóttir, Hildur Harðardóttir, Jón Jóhannes Jónsson, María Hreinsdóttir o.fl. (2008). *Fósturskimun og fósturgreining á meðgöngu*. Bæklingur gefinn út af Landlæknisembættinu, Miðstöð mæðraverndar og Landspítala Háskólasjúkrahúsi.
- Ahmed, S., Bryant, L. D. og Cole, P. (2012). Midwives' perceptions of their role as facilitators of informed choice in antenatal screening. *Midwifery*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.006>.
- van den Berg, M., Timmermans, D. R. M., Kleinveld, J. H., van Eijk, J. Th. M., Knol, D. L., van der Wal, G. o.fl. (2007). Are counsellors' attitudes influencing pregnant women's attitudes and decisions on prenatal screening? *Prenatal Diagnosis*, 27, 518–524.
- Boyd, P.A., DeVigan, C., Khoshnood, B., Loane, M., Garne, E., & Dolk, H. (2008). Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosome anomalies, and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down's syndrome. *BJOG*, 115(6), 689–696.
- Bramwell, R. og Carter, D. (2001). An exploration of midwives' and obstetricians' knowledge of genetic screening in pregnancy and their perception of appropriate counselling. *Midwifery*, 17, 133–141.
- Chiang, H. H., Chao, Y. M. og Yuh, Y. S. (2006). Informed choice of pregnant women in prenatal screening tests for Down's syndrome. *Journal of Medical Ethics*, 32, 273–277.
- Dormandy, E. og Marteau, T. M. (2004). Uptake of a prenatal screening test: the role of healthcare professionals' attitudes towards the test. *Prenatal Diagnosis*, 24, 864–868.
- Ekelin, M. og Crang-Svalenius, E. (2004). Midwives' attitudes to and knowledge about a newly introduced foetal screening method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 287–293.
- Hanna Rut Jónasdóttir. (2009). Upplýsingaöflun verðandi mæðra um fósturskimun/sónar á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Óbirt lokaverkefni í ljósmóðurfræði: Háskóli Íslands.
- Helga Gottfreðsdóttir. (2009). Fræðsla um fósturskimanir og samskipti verðandi foreldra við heilbrigðisstarfsfólk á fyrstu vikum meðgöngu. *Ljósmaðrablaðið*, 2, 87, 9–14.
- Hemminki, E., Santalahti, P., Toiviainen, H. (1999). Impact of prenatal screening on maternity services - Finnish physicians opinions. *Acta Obstetrica et gynecologica scandinavica*, 78, 93–97.
- Hemminki, E., Toiviainen, H. og Santalahti, P. (2000). Views of Finnish doctors on fetal screening. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 656–662.
- Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfreðsdóttir, Rúnar Reynisson, Sigríður Sía Jónsdóttir og Þóra Steingrimsdóttir. Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið 2010. Sótt 31. janúar 2012 af: www.landlaeknir.is/pages/145.
- IBM Corp. Released (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, útgáfa 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Landlæknisembættið. (2006). Tilmæli um fósturskimun á meðgöngu. Dreifibréf Landlæknisembættisins nr. 9/2006. Sótt 12. febrúar 2012 af: <http://www.landlaeknir.is/pages/207>.
- María Jóna Hreinsdóttir og Ólafía Margrét Guðmundsdóttir. (2009). Ljósmaður við ómskoðanir í 25 ár. *Ljósmaðrablaðið*, 15–19.
- McNeill, J. og Alderdice, F. (2009). Exploring the perspective of midwives involved in offering serum screening for Down's syndrome in Northern Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2888–2896.
- Nice guidelines. (2008). *Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman*. National Institute for Health and Clinical Excellence. Sótt 11. febrúar 2012 af: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40115/40115.pdf>.
- Sadler, M. (1997). Serum screening for Down's syndrome: how much do health professionals know? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 176–179.
- Samwiil, L. (2002). Midwives' knowledge of Down's syndrome screening. *British Journal of Midwifery*, 10(4), 247–250.
- Sandall, J. og Grellier, R. (2001) Prenatal screening and testing: A national survey of midwives in England. Summary report March 2001. University of London.
- Skirton, H. og Barr, O. (2010). Antenatal screening and informed choice: a cross-sectional survey of parents and professionals. *Midwifery*, 26, 596–602.
- Smith, D. K., Slack, J., Shaw, R. W. og Marteau, T. M. (1994). Lack of knowledge in health professionals: a barrier to providing information to patients? *Quality in Health Care*, 3, 75–78.
- Stefansdóttir, V., Skirton, H., Jonasson, K., Hardardóttir, H. og Jonsson, J. J. (2010). Effects of knowledge, education, and experience on acceptance of first trimester screening for chromosomal anomalies. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 931–938.
- Tyzack, K. og Wallace, E. M. (2003). Down syndrome screening: What do health professionals know? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(3), 217–221.



Barneign og heilsa

Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna frá því snemma á meðgöngu þar til tveimur árum eftir fæðingu barns.



Hildur Kristjánsdóttir^{1,2}
ljósmóðir



Þóra Steingrímsdóttir^{3,4,5}
fæðingalæknir



Ólöf Ásta Ólafsdóttir^{2,4}
ljósmóðir



Amalía Björnsdóttir⁶
Dósent í aðferðarfræði



Jóhann Ág. Sigurðsson^{3,7}
Prófessor í heimilislæknisfræði

1) Embætti landlæknis, 2) Hjúkrunarfræðideild, Námsbraut í ljósmóðurfræði, HÍ, 3) Þróunarstofa, Heilsugæslan, 4) Kvinnadeild LSH, 5) Læknadeild HÍ 6) Menntavísindasvið HÍ, 7) Heimilislæknisfræði HÍ.

ÚTDRÁTTUR

Rannsókninni „Barneign og heilsa“, er ætlað að varpa ljósi á reynslu kvenna af barneignarþjónustunni, heilsu þeirra, væntingar um og líðan á meðgöngu og eftir fæðingu.

Í fyrsta áfanga, á tímabilinu febrúar 2009 til mars 2010, var sendur spurningalisti til 1765 barnshafandi kvenna við 11–16 vikna meðgöngu, sem komu í meðgönguvernd á 26 heilsugæslustöðvum um land allt. Svarhlutfall var 63% (n=1.111). Í öðrum

áfanga var annar listi sendur til þeirra 5–6 mánuðum eftir fæðingu (mars 2010 til janúar 2011) og var svarhlutfall 69% (n=765). Í þriðja áfanga, 18–24 mánuðum eftir fæðingu, á tímabilinu janúar 2011 til október 2011, svöruðu 59% (n=657). Upplýsinga var aflað um félagslegan bakgrunn, samskipti við heilbrigðisstarfsmenn og fjölskyldu, viðhorf til og reynslu af barneignarþjónustu, t.d. ómskoðunar á meðgöngu, verkjameðferðar, keisarafæðinga, heimaafæðinga og um fyrri

barneignarreynslu.

Fjölbyrjur voru 60% þátttakenda, meðal-fjöldi skoðana í meðgönguvernd voru 8,9. Hlutfall þátttakenda sem fæddu með keisaraskurði var 14,3% og 2,2% fæddu heima. Konur með háskólamenntun voru líklegri til að skipuleggja meðgönguna samanbórið við konur með minni menntun. Algengara var að frumbyrjur í samanburði við fjölbyrjur leituðu fyrst til heimilislæknis og þær voru líklegri en fjölbyrjur til að fá mænurótardeyfingu og fara í bráðakeisara-

skurð. Konur á landsbyggðinni töldu síður en konur á höfuðborgarsvæðinu að þær hefðu farið alltof snemma heim af fæðingardeild. Samanburður á niðurstöðum rannsóknarinnar við sambærilegar upplýsingar úr Fæðingaskrá Íslands og frá Hagstofu Íslands sýna gott samræmi.

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa glögga mynd af reynslu kvenna af barneignarþjónustu og barneignarferli hér á landi. Þær ættu að nýtast fagfólki og stjórnendum heilbrigðismála við frekari þróun og skipulag þjónustunnar.

Lykilorð: Barneign, heilsa, barneignarþjónusta, barneignarferli, konur, reynsla.

ABSTRACT

The purpose of our study “Childbirth and Health” was to explore women’s experience of maternity services, their health, well-being, attitudes and expectations during pregnancy and after birth. In this article, the research methodology is described and different aspects of the results discussed in the context of age, residency and education.

In the first phase (from February 2009 to March 2010), 1765 women 11–16 weeks pregnant, attending antenatal care at 26 health care centres received a postal questionnaire. In all 63% (1111) women replied. In the second phase, a new postal questionnaire was sent 5–6 months postpartum (March 2010 until January 2011) and 765 (69%) women replied. During the third phase, 18–24 months postpartum (January 2011 until October 2011), 657 (59%) women replied. Data was gathered about social background, interactions with professionals and family, attitudes towards and experiences of childbearing care like ultrasound scans’ pain relief, caesarean section, homebirth and previous pregnancies.

Multiparas were 60% of the participants, number of antenatal visits were 8.9 (mean), 14.3% underwent caesarean section and 2.2% gave birth at home. Women with higher education were more likely to plan their pregnancy compared to women with lower education. Primiparous women were more likely than multiparas to have their first contact in antenatal care with their GP, to an Epidural and emergency Caesarean section. Women living in urban areas were more likely than women living in the capital area to feel their stay in hospital had been too short. Comparison between results from this study with outcomes from the Icelandic Birth register and Icelandic statistics are consistent.

We conclude that this study gives a clear picture of women’s experience regarding childbirth and maternity services in Iceland. The research findings should be useful for further development of the organisation of maternity services and health care management.

Keywords: Childbirth, health, maternity services, women, experiences.

INNGANGUR

Árangur heilbrigðisþjónustunnar sem snýr að barneignum er jafnan metinn eftir tölum um burðarmálsaðuða, mæðradaðuð og þátttöku í meðgönguvernd. Í öllum þessum þáttum er samanburður við aðrar þjóðir Íslandi mjög hagstæður (Nordic Medico-Statistical Committee, 2011). Skipulag barneignarþjónustunnar er skýrt og vel samræmt um allt land og stöðug þróun á sér þar stað. Sem dæmi má nefna stórt skref þegar klínískar leiðbeiningar landlæknisembættisins um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu voru teknar upp árið 2008 (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2008). Þær eru staðfærð og þýdd útgáfa af leiðbeiningum NICE í Bretlandi (National Institute for Clinical Excellence, 2008). Í þeim er gert ráð fyrir færri hefðbundnum skoðunum í meðgönguvernd en áður tíðkuðust; mælt er með tíu skoðunum hjá frumbyrju og sjö hjá fjölbyrju, en samkvæmt 51. grein Reglugerðar fyrir heilsugæslustöðvar nr. 160 (1982) var gert ráð fyrir að konur kæmu 12–13 sinnum í skoðun. Nýju leiðbeiningarnar ná einnig yfir skipulag þjónustunnar, rannsóknir sem gerðar eru til skimunar á sjúklegu ástandi, líkamlegu sem andlegu, ráðleggingar um lifnaðarhætti og meðferð algengra klínískra vandamála.

Fæðingastöðum á landinu hefur fækkað mjög á undanförunum áratugum og hafa ákvarðanir þar um oftast verið teknar í samræmi við bætta samgöngur og til að spara fé. Árið 1972 fæddu konur á 30 stöðum, svo sem fæðingadeildum sjúkrahúsa, sjúkaskýlum og fæðingaheimilum (Gunnlaugur Snædal, Gunnar Biering og Helgi Sigvaldason, 1975), en árið 2010 voru skilgreindir fæðingastaðir á landinu 11 talsins. Flestar fæðingar áttu sér þá stað á Landspítala eða rúmlega 70% og um 1,8% kvenna fæddu heima (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur Pálsson, 2011). Í leiðbeiningum landlæknisembættisins um val á fæðingarstað (Landlæknisembættið, 2007) eru fæðingastaðir landsins skilgreindir í fjóra flokka eftir þjónustustigi og sett eru fram fagleg viðmið og ábendingar um klíníska þjónustu og starfsaðstæður. Heimafæðingar með ljósmóður og fæðingar á heilbrigðisstofnun með ljósmóður og heimilislækni lúta þar sömu ábendingum.

Þjónusta í sængurlegu hefur einnig breyst á síðustu áratugum og flust af sjúkrahúsum í heimahús. Árið 1994 fóru um 2,5% kvenna sem fæddu á Landspítala heim innan 36 klst. frá fæðingu og þáðu heimaþjónustu ljósmæðra (Hildur Sigurðardóttir, 2004). Þetta hlutfall er nú orðið um 80% á landsvísi (Ljósmæðrafélag Íslands, 2010). Þessi

þjónusta er veitt í samræmi við faglegar leiðbeiningar um heimaþjónustu ljósmæðra sem byggja á bestu þekkingu og er ætlað að tryggja gæði og öryggi hennar (Hildur Sigurðardóttir, 2009).

Meðalaldur frumbyrja hefur farið hækkandi í hinum vestræna heimi á síðustu áratugum (Zaslouff, Schytt og Waldenström, 2007) og er mesta aukningin meðal kvenna 35 ára og eldri (Carolan og Frankowska, 2011). Á Íslandi var meðalaldur frumbyrja 27 ár árið 2011, en árin 1971–1975 var hann 21,6 ár (Hagstofan, 2012). Aukin menntun og atvinnuþátttaka kvenna eru talin áhrifabættir í þessari þróun, en einnig aðrir samfélagslegir þættir eins og bætt heilsufar kvenna og aukið aðgengi að og notkun getnaðarvarna (Joseph o.fl., 2005; Waldenström, 2008a).

Íslensk fæðingaskrá hefur verið haldin á vegum landlæknis frá árinu 1972 og er til á rafrænu formi frá og með árinu 1981. Þar eru m.a. skráð lýðfræðileg atriði, inngrip í fæðingar, fæðingarmáti. Einnig eru þar upplýsingar um burðarmáls- nýbura- og ungbarnadauða, fösturskimun og fösturgreiningu (Embætti landlæknis, 2012). Í skránni liggja fyrir tölulegar upplýsingar um fæðandi konur og börn þeirra en minna er vitað um líðan kvennanna, óskir þeirra og væntingar til barneignarþjónustunnar. Niðurstöður íslenskra rannsókna sem fjalla um væntingar og óskir barnshafandi kvenna benda þó til að þær séu ánægðar með þá þjónustu sem þær fá (Helga Gottfreðsdóttir, 2001; Hildur Kristjánsdóttir, 2009; Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1999).

Íslenskum konum finnst sjálfsagt að fara í meðgönguvernd en það var meðal niðurstaðna Hildar Kristjánsdóttur (2009) sem skoðaði reynslu kvenna af fyrstu komu þangað. Tekin voru viðtöl við átta barnshafandi konur skömmu eftir fyrstu komu í meðgönguvernd með sérstaka áherslu á væntingar kvenna til hennar. Fram kom að meðgönguverndin býður upp á góð samskipti við ljósmóður sem konurnar vilja þekkja og það veitti þeim öryggiskenn.

Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigfríður Halldórsdóttir (2009) benda á að konur vilji stuðning frá umhyggjusamri og hæftri ljósmóður en það var meðal annars niðurstaða rannsóknar á reynslu barnshafandi kvenna af umhyggju og umhyggjuleysi í samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk á meðgöngu.

Upplifun kvenna af innihaldi meðgönguverndar var skoðuð í annarri íslenskrí rannsókn. Tekin voru viðtöl við átta barnshafandi konur þegar þær voru gengnar 32–38 vikur. Niðurstöður þeirrar rannsóknar voru meðal annars þær að konurnar sem tóku þátt leggja megináherslu á líkamlegt eftirlit (Helga Gottfreðsdóttir, 2001).

Í spurningalistakönnun meðal 229 kvenna

á þremur stöðum á landinu var ánægja og óánægja barnshafandi íslenskra kvenna með meðgönguvernd skoðuð. Megin niðurstöður rannsóknarinnar voru að konur voru almennt ánægðar með þær upplýsingar sem þær fengu hjá ljósmóður og með nærveru ljósmóðurinnar. Um 68% kvennanna voru mjög ánægðar með þjónustuna og 32% frekar ánægðar eða óánægðar (Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1999).

Reynsla 20 kvenna á aldrinum 17–45 ára, úr ýmsum þjóðfélagsþópum, af því að fæða á mismunandi fæðingarstöðum á landinu og hvernig þær völdu fæðingastað var skoðuð með hálfstöðluðum viðtölum í mannfræðilegri rannsókn sem náði til kvenna sem höfðu fætt á árunum 1979–2007. Niðurstöðurnar gefa til kynna að konur fæða þar sem þær finna til öryggis (Elva Björg Einarsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009).

Á Íslandi eins og annars staðar í hinum vestræna heimi hefur fæðingum með keisaraskurði fjölgað en árið 2010 var keisaratiðnin 14,6 % (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2011). Í ritstjórnargrein Reynis Tómas Geirssonar (2006) kemur fram að á fyrsta þriðjungi 20. aldar hafi keisaratiðni verið mjög lág, eða um 1,5–3% allra fæðinga. Með auknum tækniframförum og öryggi við aðgerðirnar fjölgaði þeim hægt og bitandi og um 1980 var keisaratiðnin um 8% allra fæðinga. Enn hækkaði tíðnin og 1990 var hún orðin 13–14%. Þessi fjölgun hefur tekið til valkeisaraskurða, sem voru um 40% allra keisaraskurða, sem og bráðakeisaraskurða (Reynir Tómas Geirsson, 2006).

Þróunin í löndunum í kringum okkur er svipuð og sem dæmi var keisaratiðni í Svíþjóð 5,3% árið 1973 og 16,4% árið 2010 (Medicinska födelseregistret 1973–2010, 2012). Ábendingar fyrir fæðingu með keisaraskurði eru fjölbreyttar, en tilgangurinn er að tryggja betri útkomu fæðingar með heilbrigði móður og barns í huga (Reynir T. Geirsson, 2006).

Meginástæður þess að gerður er keisaraskurður hér á landi hefur einkum verið misræmi milli stærðar fösturs og fæðingarvegar, fæðing sem dregst á langinn eða stöðvast, fyrri keisaraskurður, afbrigðileg aðkoma barns, grunur um föstur-streitu eða meðgöngusjúkdómar (Guðný Jónsdóttir, Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Reynir T. Geirsson og Alexander Smáason, 2006; Reynir T. Geirsson, 2006).

Þótt gerðar hafi verið allmar gar rannsóknir á barnshafandi konum á Íslandi þá eru fáar yfirgripsmiklar rannsóknir sem ná yfir breitt svið og fylgja konunum. Slíkar rannsóknir er hægt að finna erlendis t.d. viðamikil rannsókn frá Ástralíu þar sem gögnum var safnað frá 1500 frumbyrjum og þeim fylgt eftir frá 24 vikna meðgöngu allt að 24 mánuðum eftir fæðingu (Brown, Gartland og MacArthur, 2011; Brown,

McDonald og Krastey, 2008). Önnur stór rannsókn er hin norska Mor barn rannsókn sem hófst árið 1999 og stendur enn. Upplýsingasöfnun hefst snemma á meðgöngu og er konum fylgt eftir í allt að átta ár. Tilgangur svo yfirgripsmikilla rannsókna er að safna miklum upplýsingum um mikilvæga áhrifaþætti og sjúkdóma þannig að skoða megi samspil þeirra með mögulegar forvarnir sem meginmarkmið (Magnus o.fl., 2006; Norwegian Mother and Child Cohort Study, 2012).

Kveikjan að rannsókninni, sem hér er lýst, var þörf á frekari vitneskju um viðhorf og reynslu kvennanna sjálfra af barneignarþjónustu hér á landi. Fyrirmynd þessarar rannsóknar er umfangsmikil sænsk rannsókn frá árunum 1999–2000 sem nefnd er „Kvinnors upplevelse av barnafödande“ (KUB) (Hildingsson, Waldenström og Rådestad, 2002; Waldenström, 2008b). Í KUB-rannsókninni er safnað miklum upplýsingum um reynslu, væntingar og viðhorf frumbyrja og fjölbyrja til margra þátta sem snerta barneignarferlið og tímann fyrst eftir fæðingu.

Tilgangur rannsóknarinnar var að afla viðtækra upplýsinga um heilsu, væntingar, viðhorf og liðan íslenskra kvenna frá því snemma á meðgöngu þar til tveimur árum eftir barnsburð. Í þessari grein verður aðferð og framkvæmd rannsóknarinnar lýst og leitat við að svara eftirfarandi spurningum:

1. Eru viðhorf og reynsla kvenna af barneignarferlinu mismunandi eftir búsetu þeirra, menntun, barneignarsögu og aldri?
2. Endurspeglar rannsóknarhópurinn hið íslenska barnshafandi þýði?

ADFERÐ

Rannsóknin „Barneign og heilsa“ er ferils-rannsókn (cohort study) meðal barnshafandi

kvenna sem sækja meðgönguvernd á heilsugæslustöðvum á Íslandi. Hópi kvenna var fylgt eftir frá því snemma á meðgöngu og allt að tveimur árum eftir fæðingu barns. Rannsóknin var þrískipt. Í fyrsta hluta var leitað eftir þátttöku kvenna við 15–16 vikna meðgöngu. Í öðrum hluta var þeim konum sem tóku þátt í fyrsta hluta fylgt eftir 5–6 mánuðum eftir fæðingu og í þriðja hluta einu til tveimur árum eftir fæðingu. Rannsókn stóð frá febrúar 2009 og lauk í október 2011.

Þátttakendur

Skilyrði til þátttöku í rannsókninni var að konan væri orðin 18 ára og að hún hefði gott vald á íslensku. Við val á þátttakendum var tekið hentugleikaúrtak, lagskipt eftir búsetu. Við valið var fjöldi fæðinga í hverjum landshluta hafður til hliðsjónar. Meðan á fyrsta hluta rannsóknarinnar stóð komu um 3000 konur til fyrstu mæðraskoðunar á þeim 26 heilsugæslustöðvum sem þátt tóku en 1765 konur fengu sendan spurningalista, þ.e. voru beðnar um að taka þátt í rannsókninni og samþykktu að fá sendan spurningalista. Dreifing úrtaks og svarhlutfall eftir landssvæðum er sýnt í töflu 1.

Alls svöruðu 1117 konur fyrsta spurningalista. Síðar óskuðu sex konur eftir því að draga þátttöku sína til baka og voru svör þeirra því fjarlægð úr gagnasafninu. Svarhlutfall var því 63% (1111/1765) sem dreifist þannig að tæp 69% þátttakenda eru af höfuðborgarsvæðinu og rúmlega 31% af landsbyggðinni.

Allar konur sem svöruðu fyrsta spurningalista fengu senda nýja lista í öðrum og þriðja hluta rannsóknarinnar. Af þeim tóku 765 (69%) konur þátt í öðrum hluta og 657 (59%) í þriðja hluta. Af svörum þátttakenda í öðrum og þriðja hluta rannsóknarinnar má ráða að þeir fæddu börn sín á tímabilinu ágúst 2009

Tafla 1. Fjöldi og svörun spurningalista, flokkað eftir landshlutum, sem voru sendir í fyrsta hluta rannsóknarinnar Barneign og heilsa árið 2009.

Landshluti	Sendir spurninga- listar	Svörun	Fæðingar 2009	Fæðingar 2010
Reykjavík og nágrenni*	1285 (72,8%)	764 (59%)	3565 (72,2%)	3490 (72,2%)
Vesturland	42 (2,4%)	30 (71%)	277 (5,6%)	361 (7,5%)
Vestfirðir	25 (1,4%)	19 (76%)	54 (1,1%)	55 (1,1%)
Norðurland	164 (9,3%)	122 (74%)	471 (9,5%)	525 (10,9%)
Austurland	51 (2,9%)	37 (73%)	83 (1,7%)	88 (1,8%)
Suðurland	65 (3,6%)	47 (72%)	211 (4,3%)	136 (3,7%)
Reykjanes	133 (7,6%)	92 (69%)	278 (5,6%)	179 (3,7%)
Samtals	1765 (100%)	1111 (63%)	4939 (100%)	4834 (100%)
Skýringar við töflu:				
*Reykjavík, Seltjarnarnes, Mosfellsbær, Kópavogur, Garðabær og Hafnarfjörður.				

Tafla 2. Fjöldi þátttakenda í 1., 2. og 3ja hluta rannsóknarinnar Barneign og heilsa flokkað eftir frum- og fjölbyrjum, aldursdreifingu, menntun og búsetu. Til samanburðar eru tölur fyrir Ísland í heild árið 2009 og 2010.

	Hluti 1 (2009-2010) N= 1111	Hluti 2 (2010-2011) N=765	Hluti 3 (2011) N=657	Ísland 2009 N=4939*	Ísland 2010 N=4834*
Barneignir					
Frumbyrjur	439 (40%)	300 (39%)	256 (39%)	2005** (40%)	1.911** (39%)
Fjölbyrjur	671 (60%)	465 (61%)	401 (61%)	3021** (60%)	2.996** (61%)
Aldur					
18-24 ára	186 (17%)	99 (13%)	75 (11%)	976** (19%)	934** (19%)
25-34 ára	733 (66%)	514 (67%)	447 (68%)	3125** (62%)	3.002** (62%)
≥ 35 ára	192 (17%)	152 (20%)	135 (21%)	890** (18%)	933** (19%)
Meðalaldur	29,4 ár	30,0 ár	30,1 ár	29,7 ár	29,8
Nám					
Grunnskóli	123 (11%)	69 (9%)	56 (9%)	18.000*** (28%)	18.000*** (28%)
Menntaskóli	291 (26%)	191 (25%)	148 (23%)	23.100*** (36%)	23.000*** (36%)
Háskólanám	695 (63%)	504 (66%)	452 (69%)	23.100*** (36%)	23.500*** (36%)
Búseta					
Reykjavík og nágrenni	763 (69%)	515 (67%)	447 (68%)	3378** (67%)	3229** (66%)
Landsbyggð	347 (31%)	250 (33%)	210 (32%)	1648** (33%)	1678** (33%)
Hjúskaparstaða					
Gift eða sambúð	1032 (93%)	713 (93%)	614 (93%)	4241**** (84%)	4136**** (84%)
Einhleyp	31 (3%)	23 (3%)	21 (3%)	X	X
Annað	48 (4%)	29 (4%)	22 (3%)	785**** (16%)	771**** (16%)
Skýringar við tölur:					
*Allar fæðingar á Íslandi 2009 (Skýrsla frá fæðingarskráningunni 2009).					
**Fjöldi fæddra lífandi barna 2009 eru 5026 árið 2009 og 4907 árið 2010 (Hagstofa Íslands, vefrit: Lífandi fæddir, öll börn og frumburðir eftir aldri móður 1971-2011).					
*** n=64.200 konur 20-49 ára. Grunnskóli = ISCD 1,2, Menntaskóli eða álíka er ISCD 3,4 og háskólanám eða álíka er ISCD 5,6 (Hagstofa Íslands, vefrit: Mannfjöldi eftir menntunarstöðu 2003-2011).					
**** Giftar og/eða í óvígðri sambúð (Hagstofa Íslands, vefrit: Lífandi fæddir eftir fæðingarröð og hjúskaparstétt móður 1951-2011).					

Tafla 3. Helstu efnisatriði sem aflað er upplýsinga um í spurningalistum rannsóknarinnar Barneign og heilsa.

Spurningalisti 1 Svarað á meðgöngu að jafnaði við 15-16 vikur. Febrúar 2009 – mars 2010	Spurningalisti 2 Svarað um 5-6 mánuðum eftir fæðingu. Mars 2010 – janúar 2011.	Spurningalisti 3 Svarað um 1-2 árum eftir fæðingu. Júní 2011 – október 2011.
Fjallaði m.a. um: Félagslegan bakgrunn, aldur, menntun, atvinnupátttöku, sambúðarstöðu, búsetu.	Fjallaði m.a. um: Likamlega heilsu á meðgöngu og fyrst eftir fæðingu, þar með talið reykinga- og áfengisvenjur.	Fjallaði m.a. um: Likamlega heilsu fyrstu eitt til tvö árin eftir fæðingu, þar með talið reykinga- og áfengisvenjur og lyf sem notuð eru.
Þátttöku í ómskoðunum, fósturskimunum, hvaða heilbrigðisstarfsmann var fyrst haft samband við o.fl..	Reynslu af meðgönguvernd, m.a. fjölda heimsóknna, innihald heimsóknna, samfelli í þjónustu, stuðning frá fagfólki, ómskoðanir, þátttöku og reynslu af foreldrafræðslu.	Reynslu af þjónustu eftir fæðingu, svo sem sængurlegu, heimaþjónustu ljósmóður, ung- og smábarnavernd og samfelli í þjónustu.
Likamlega heilsu ásamt reykingum, áfengisvenjum og lyfjanotkun.	Reynslu af fæðingarþjónustu, fæðingarstað, fæðingarmáta, verkjameðferð, upplifun af fæðingunni, stuðning fagfólks.	Endurminningar um fæðinguna.
Fyrri fæðingar og þunganir, fjölda barna. Reynslu af fyrri fæðingum og ófrjósemi.	Reynslu af þjónustu eftir fæðingu, sængurlegu, heimaþjónustu ljósmæðra, stuðning fagfólks.	Heilsu barnsins, brjóstagjöf og næringarvenjur barnsins.
Almenna líðan og heilsu, þunglyndiseinkenni.	Almenna líðan og heilsu, þunglyndiseinkenni.	Almenna líðan og heilsu, þunglyndiseinkenni.
Væntingar og afstöðu til meðgönguverndar og fæðingarþjónustu.	Brjóstagjöf og heilsu barnsins.	Atvinnupátttöku og fæðingarorlof.
Félagslegan stuðning.	Félagslegan stuðning.	Félagslegan stuðning.

til nóvember 2010. Yfirlit yfir fjölda þátttakenda, frum-/fjölbyrjur aldursdreifingu, menntun og búsetu þeirra má finna í töflu 2.

Mælitækin (spurningalistarnir)

Eins og áður hefur komið fram er fyrirmynd rannsóknarinnar sænsk, svonefnd KUB-rannsókn, (Waldenström, 2008b) og er gögnum í þessari rannsókn safnað með þremur spurningalistum sambærilegum þeim sem lagðir voru fyrir í sænsku rannsókninni (Hildingsson o.fl., 2002).

Spurningalistar KUB-rannsóknarinnar voru hannaðir með hliðsjón af sænskum og áströlskum rannsóknum (Lumley og Brown, 1993; Waldenström, Brown, McLachlan, Forster og Brennecke, 2000; Waldenström og Nilsson, 1993) og innihéldu nokkur sértæk mælitæki. Sænsku spurningalistarnir voru þýddir á íslensku og báru rannsækendur saman þýðingu sína við upphaflegu spurningalistana og unnið var úr athugasemdum. Nokkrar spurningar voru staðfærðar og lagaðar að íslenskum aðstæðum. Stuðst var við aðferð í þessu ferli sem Brynja Örlýgsdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir (2005) lýsa og byggir meðal annars á aðferð sem kennd er við MAPI-rannsóknarstofnunina (MAPI Research Institute, Linguistic Validation and Introduction ártal óþekkt; MAPI Research Institute Methodology, ártal óþekkt). Greinarhöfundar bættu einnig við nokkrum spurningum sérstaklega fyrir rannsóknina.

Allir spurningalistarnir voru forprófaðir með fyrirlögn og viðtölum, sá fyrsti meðal 31 konu og með viðtölum við fjórar þeirra (Embla Ýr Guðmundsdóttir, 2008), annar listinn með fyrirlögn tvisvar sinnum og viðtölum við átta konur (Berglind Skúladóttir, Björg Alexandersdóttir, Guðfinna Eðvarðsdóttir og Kristín Guðmundsdóttir, 2009). Þriðji og síðasti spurningalistinn var forprófaður meðal tólf kvenna með fyrirlögn spurningalista og viðtölum við þær (Anna Eyjólfssdóttir, 2011, munnleg heimild). Við allar forprófanirnar var lagt mat á viðbrögð og tímasetningar sem og orðalag og skýrleika. Allmargar spurningar tóku breytingum eftir forprófanirnar og ákveðið var að sleppa sumum þeirra. Við forprófun kom í ljós að 30-40 mínútur tók að svara hverjum spurningalista. Í töflu 3 er gerð grein fyrir megin innihaldi spurningalistanna.

Framkvæmd

Rannsækendur sendu bréf til allra heilsugæslustöðva þar sem rannsóknin var kynnt, auk þess sem þeir kynntu rannsóknina munnlega fyrir starfsfólki þeirra. Ljósmæður á 13 heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu og 13 á landsbyggðinni tóku að sér að kynna rannsóknina fyrir barnshafandi konum. Þetta

Tafla 4. Lýsandi samanburður á hlutfalli (%) og fjölda (n) þátttakenda eftir bakgrunnsbreytunum aldri, barneignarsögu, búsetu, og menntun.

	Fjölbýrjur		Búseta		Menntun			Aldur		
	Frum-býrjur	Fjölbýrjur	Höfuðborg	Landsbyggð	Grunnskóli	Framhaldsskóli	Háskóli	18-24 ára	25-34 ára	35 ára og eldri
Allir (n=1111)	40% (n=439)	60% (n=671)	69% (n=763)	31% (n=347)	11% (n=123)	26% (n=291)	62% (n=695)	17% (n=186)	66% (n=733)	17% (n=192)
Meðalaldur (n=1111)	26,6	31,3	29,7	28,8	27,3	27,4	M=30,6	X	X	X
Barneignir (n=1110)										
Frumbýrjur (n=439)	X	X	72% (n=317)	28% (n=121)	11% (n=47)	29% (n=129)	59% (n=262)	35% (n=152)	58% (n=255)	7% (n=32)
Fjölbýrjur (n=671)	X	X	66% (n=445)	33% (n=226)	11% (n=76)	24% (n=162)	64% (n=432)	5% (n=34)	71% (n=477)	24% (n=160)
Búseta (n=1110)										
Höfuðborg (n=763)	42% (n=317)	58% (n=445)	X	X	9% (n=66)	22% (n=165)	70% (n=531)	15% (n=114)	67% (n=511)	18% (n=138)
Landsbyggð (n=347)	34% (n=121)	65% (n=226)	X	X	16% (n=57)	36% (n=126)	47% (n=163)	21% (n=72)	64% (n=221)	16% (n=54)
Menntun (n=1109)										
Grunnskóli (n=123)	38% (n=47)	62% (n=76)	54% (n=66)	46% (n=57)	X	X	X	35% (n=43)	52% (n=64)	13% (n=16)
Framhaldsskóli (n=291)	44% (n=129)	56% (n=162)	57% (n=165)	43% (n=126)	X	X	X	32% (n=93)	58% (n=168)	10% (n=30)
Háskóli (n=695)	38% (n=262)	62% (n=432)	76% (n=531)	23% (n=163)	X	X	X	7% (n=49)	72% (n=500)	21% (n=146)
Aldur (n=1111)										
18-24 ára (n=186)	82% (n=152)	18% (n=34)	61% (n=114)	39% (n=72)	23% (n=43)	50% (n=93)	26% (n=49)	X	X	X
25-34 ára (n=733)	35% (n=255)	65% (n=477)	70% (n=511)	30% (n=221)	9% (n=64)	23% (n=168)	68% (n=500)	X	X	X
35 ára og eldri (n=192)	17% (n=32)	83% (n=160)	72% (n=138)	28% (n=54)	8% (n=16)	16% (n=30)	76% (n=146)	X	X	X

Tafla 5. Hlutfall (%) og „hlutfallsleg áhætta“ (Relative Risk = RR; viðmið =vm; öryggisbil = CI) fyrri barneignarsögu, notkun þjónustu með tilliti til búsetu, menntunar og aldurs byggt á svörum við spurningalista 1 árið 2009.

Fyrri barneignarsaga og notkun þjónustu	Allir (n=1111)	Barneignir		Búseta		Menntun			Aldur		
	% (n=1111)	Frumbýrjur (n=431)	Fjölbýrjur# (n=671)	Landsbyggð (n=347)	Höfuðborg# (n=763)	Grunnskóli (n=129)	Framhaldsskóli (n=291)	Háskóli# (n=695)	18-24 ára (n=186)	25-34 ára# (n=733)	≥ 35 ára (n=192)
Misst föstur(%)	27	20*	31	26	27	29	24	28	15*	26	44*
RR (CI)	(n=299)	0,6 (0,5-0,8)	1,0 (vm)	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (vm)	1,1 (0,8-1,4)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (vm)	0,6 (0,4-0,8)	1,0 (vm)	1,6 (1,4-2,1)
Fóstureyðing(%)	12	9	13	9	13	18*	12	10	8	13	11
RR (CI)	(n=130)	0,8 (0,5-1,1)	1,0 (vm)	0,7 (0,5-1,0)	1,0 (vm)	1,7 (1,1-2,7)	1,2 (0,8-1,8)	1,0 (vm)	0,6 (0,4-1,1)	1,0 (vm)	0,9 (0,6-1,4)
Ófrjóseini > 1 ár (%)	13	18*	10	12	14	12	13	14	8	13	18
RR (CI)	(n=147)	1,8 (1,3-2,4)	1,0 (vm)	0,9 (0,7-1,3)	1,0 (vm)	0,9 (0,5-1,5)	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (vm)	0,6 (0,4-1,0)	1,0 (vm)	1,4 (1,0-2,0)
Tæknifréðingun (%)	6	9*	4	5	7	6	4	7	0*	6	13*
RR (CI)	(n=67)	2,1 (1,3-3,3)	1,0 (vm)	0,7 (0,4-1,2)	1,0 (vm)	0,8 (0,4-1,7)	0,5 (0,3-1,0)	1,0 (vm)	0,1 (0,0-0,7)	1,0 (vm)	2,2 (1,4-3,5)
Fyrri keisari (%)	19	x	x	16	21	22	19	19	9	18	26
RR (CI)	(n=129)			0,8 (0,5-1,1)	1,0 (vm)	1,2 (0,8-1,9)	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (vm)	0,5 (0,2-1,5)	1,0 (vm)	1,4 (1,0-2,0)
Þungun nú ekki ráðgerð (%)	29	31	27	30	28	48*	33*	23	50*	26	18*
RR (CI)	(n=315)	1,2 (1,0-1,4)	1,0 (vm)	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (vm)	2,1 (1,7-2,7)	1,4 (1,2-1,8)	1,0 (vm)	1,9 (1,6-2,3)	1,0 (vm)	0,7 (0,5-0,9)
Fyrst haft samband við											
Ljósmodur (%)	29	26	31	33	29	18*	33	30	27	30	28
RR (CI)	(n=326)	0,9 (0,7-1,0)	1,0 (vm)	1,1 (0,9-1,4)	1,0 (vm)	0,6 (0,4-0,9)	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (vm)	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (vm)	0,9 (0,7-1,2)
Heimilislækni (%)	12	18*	7	16*	10	21*	12	10	21*	10	7
RR (CI)	(n=129)	2,4 (1,7-3,4)	1,0 (vm)	1,6 (1,1-2,2)	1,0 (vm)	2,2 (1,5-3,3)	1,3 (0,9-1,9)	1,0 (vm)	2,0 (1,4-2,9)	1,0 (vm)	0,7 (0,4-1,2)
Fæðinga-/kvensj.lækni (%)	55	49	59	51	57	57	51	57	49	55	59
RR (CI)	(n=612)	0,8 (0,8-1,0)	1,0 (vm)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (vm)	1,0 (0,8-1,2)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (vm)	0,9 (0,7-1,0)	1,0 (vm)	1,1 (0,9-1,2)
Sögðust líklega vilja fara oftar í mæðraskoðun ## (%)	29	29	29	29	29	23	34	28	36	27	28
RR (CI)	(n=318)	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (vm)	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (vm)	0,8 (0,6-1,2)	1,2 (1,0-1,5)	1,0 (vm)	1,3 (1,0-1,6)	1,0 (vm)	1,1 (0,8-1,3)
Ósk um keisara(%)	7	8	7	6	8	11	5	7	7	6	12*
RR (CI)	(n=79)	1,1 (0,7-1,7)	1,0 (vm)	0,8 (0,5-1,3)	1,0 (vm)	1,6 (0,9-2,9)	0,7 (0,4-1,3)	1,0 (vm)	1,2 (0,7-2,2)	1,0 (vm)	2,1 (1,3-3,3)
Gæti hugsað sér að fæða heima (%)	22	19	24	23	22	21	23	22	22	23	19
RR (CI)	(n=208)	0,8 (0,6-1,0)	1,0 (vm)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (vm)	0,9 (0,6-1,5)	1,0 (0,8-1,4)	1,0 (vm)	1,0 (0,7-1,3)	1,0 (vm)	0,8 (0,6-1,2)
Skýringar við töflu:											
#viðmið											
##aðeins 25 konur vildu fara sjáldnar en var í boði eða þegar þær þyrftu, 761 töldu þetta hæfilegt og 318 sögðust líklega vilja fara oftar											
*marktækt p<0,05											

var gert m.a. með því að hafa kynningarbréf á áberandi stöðum á stöðvunum. Öllum konum sem komu í fyrsta skipti í meðgönguvernd var afhent kynningarbréf um rannsóknina. Þær voru síðan spurðar hvort rannsakendur mættu senda þeim frekari upplýsingar og spurningalista ásamt frimerktu svarumslagi. Að fengnu því leyfi sendi heilbrigðisstarfsfólk (að jafnaði ljós-

mæður) rannsakendum upplýsingar um nöfn þessara kvenna.

Sendir voru 1765 spurningalistar ásamt kynningarbréfi og svarumslagi til þátttakenda. Eitt áminningarbréf var sent til allra kvennanna um þremur vikum síðar og var sá háttur hafður á í öllum þremur hlutum rannsóknarinnar.

Gagnasöfnun fyrsta hluta rannsóknarinnar

stóð yfir frá febrúar 2009 til mars 2010. Fyrsti spurningalistinn var sendur til þátttakenda fljótlega eftir fyrstu skoðun í meðgönguvernd, þegar þær voru gengnar með um 15–16 vikur. Í öðrum hluta rannsóknarinnar var spurningalisti sendur öllum konum sem höfðu svarað fyrsta listanum og fengu þær hann 5–6 mánuðum eftir fæðingu á tímabilinu frá mars 2010 til janúar 2011.

Tafla 6. Hlutfall (%) og „hlutfallsleg áhætta“ (Relative Risk = RR; viðmið =vm; öryggisbil = CI) ýmissa þátta í barneignarferli með tilliti til búsetu, menntunar og aldurs byggt á svörum við spurningalista 2 á árunum 2010 -2011.

Meðganga, fæðing og sængurlega	Allir % (n=765)	Barneignir		Búseta		Menntun			Aldur		
		Frumbyrjur## (n=300)	Fjölbyrjur# (n=465)	Landsbyggð (n=250)	Höfuðborg# (n=515)	Grunnskóli (n=69)	Framhaldsskóli (n=191)	Háskóli# (n=504)	18-24 ára (n=99)	25-34 ára# (n=514)	≥35 ára (n=152)
< 6 skoðanir í meðgönguvernd (%) RR (CI)	11 (n=77)	5* (0,2-0,6)	15 (vm)	6* (0,3-0,8)	13 (vm)	10 (0,3-1,7)	6* (0,3-0,9)	13 (vm)	3 (0,1-1,0)	11 (vm)	15 (0,8-2,1)
> 2 ómskoðanir(%) RR (CI)	66 (n=500)	75* (1,1-1,4)	60 (vm)	72 (1,0-1,3)	62 (vm)	71 (0,9-1,3)	69 (1,0-1,2)	63 (vm)	76 (1,0-1,3)	64 (vm)	63 (0,9-1,1)
Mjög ánægð/ánægð með meðgönguvernd (%) RR (CI)	91 (n=694)	91 (0,9-1,0)	91 (vm)	93 (1,0-1,1)	90 (vm)	91 (0,9-1,1)	89 (0,9-1,0)	91 (vm)	90 (0,9-1,1)	90 (vm)	93 (0,9-1,0)
Örvun (%) RR (CI)	40 (n=292)	55* (1,5-2,2)	30 (vm)	40 (0,8-1,2)	39 (vm)	49 (1,0-1,7)	42 (0,9-1,4)	37 (vm)	51* (1,1-1,7)	38 (vm)	38 (0,8-1,2)
Gangsetning (%) RR (CI)	24 (n=181)	23 (0,8-1,4)	25 (vm)	22 (0,7-1,2)	24 (vm)	29 (0,1-1,8)	23 (0,8-1,8)	23 (vm)	20 (0,6-1,4)	22 (vm)	32* (1,1-1,9)
Epidural-deyfing (%) RR (CI)	39 (n=301)	51* (1,3-1,9)	32 (vm)	35 (0,7-1,0)	41 (vm)	49 (1,0-1,6)	35 (0,7-1,1)	40 (vm)	49 (1,0-1,6)	38 (vm)	38 (0,8-1,2)
Sjálfkrafa fæðing (%) RR (CI)	80 (n=611)	73 (0,9-0,8-0,9)	84 (vm)	82 (1,0-1,1)	79 (vm)	80 (0,9-1,1)	82 (1,0-1,1)	79 (vm)	83 (0,9-1,1)	81 (vm)	73 (0,9-1,0)
Sogklukku-/tangarfæðing (%) RR (CI)	6 (n=43)	9* (2,6-1,4-4,8)	3 (vm)	4 (0,6-0,3-1,2)	6 (vm)	7 (1,1-0,5-2,8)	3 (0,2-1,2)	6 (vm)	5 (0,4-2,4)	5 (vm)	7 (1,4-0,7-2,7)
Fyrirfram ákveðinn keisaraskurður (%), RR (CI)	5 (n=36)	3* (0,6-0,3-0,6)	6 (vm)	5 (1,2-0,6-2,3)	4 (vm)	2 (0,6-0,1-2,5)	5 (0,5-2,1)	5 (vm)	1 (0,0-1,5)	5 (vm)	7 (1,4-0,7-2,8)
Bráðakeisaraskurður (%) RR (CI)	10 (n=73)	14* (2,2-1,4-3,4)	6 (vm)	9 (0,9-0,6-1,4)	10 (vm)	10 (1,1-0,5-2,3)	10 (1,0-6-1,8)	9 (vm)	11 (1,3-0,7-2,5)	8 (vm)	13 (1,5-0,9-2,5)
Upplifun fæðingar mjög jákvæð (%), RR (CI)	67 (n=507)	58* (0,8-0,7-0,9)	72 (vm)	69 (1,1-0,9-1,2)	66 (vm)	70 (1,1-0,9-1,3)	67 (1,0-0,9-1,1)	66 (vm)	65 (1,0-0,8-1,2)	66 (vm)	68 (1,0-0,9-1,2)
Ég hefði getað farið fyrr heim (%) RR (CI)	14 (n=102)	13 (0,9-0,7-1,4)	14 (vm)	13 (0,9-0,6-1,3)	14 (vm)	13 (0,9-0,5-1,8)	13 (0,6-1,4)	14 (vm)	19 (1,4-0,9-2,2)	13 (vm)	12 (0,9-0,5-1,4)
Ég fór alltof snemma heim (%) RR (CI)	16 (n=120)	19 (1,3-0,9-1,8)	14 (vm)	10* (0,5-0,4-0,8)	19 (vm)	7 (0,4-0,2-1,0)	16 (0,9-0,6-1,3)	17 (vm)	13 (0,8-0,5-1,5)	15 (vm)	22 (1,5-1,0-2,1)
Heimaþjónusta ljósmóður (%) RR (CI)	83 (n=632)	78 (0,9-0,8-1,0)	86 (vm)	71* (0,8-0,7-0,9)	88 (vm)	81 (1,0-0,9-1,1)	82 (1,0-0,9-1,1)	83 (vm)	78 (0,9-0,8-1,0)	83 (vm)	84 (1,0-0,9-1,1)
Skýringar við töflu:											
#viðmið											
##frumbyrjur þegar spurningalista 1 var svarað											
*marktækt p<0,05											

Þriðji spurningalistinn var sendur til sömu kvenna einu til tveimur árum eftir fæðingu á tímabilinu janúar til október 2011. Tímasetning útsendingar listanna var miðuð við væntanlegan fæðingardag samkvæmt fyrsta lista. Starfsmenn Félags-vísindastofnunar HÍ slógu inn niðurstöður og mynduðu rafrænan gagnagrunn.

Meðferð persónuupplýsinga og siðfræðileg atriði

Leitað var eftir skriflegu samþykki yfirlækna eða annarra stjórnenda heilsugæslustöðva eins og við átti hverju sinni og var það í öllum tilvikum veitt. Fyrir lá samþykki Vísindasiðanefndar (VSNb2008010023/03-1) og rannsóknin hafði verið tilkynnt til Persónuverndar (S3695/2008 LSL).

Þátttakendur fengu upplýsingar um tilgang og markmið rannsóknarinnar bæði skriflega og munnlega. Þátttakendur voru upplýstir um að þeir gætu hvenær sem er hætt í rannsókninni og að ekki þyrfti að svara öllum spurningum. Gögnum um þátttakendur sem drógu sig til baka úr rannsókninni var eytt úr gagnasafninu.

Persónuauðkenni voru dulkóðuð. Gagnasafnið og lyklisti dulkóðans eru í umsjá umsjónarmanna rannsóknarinnar og varðveitt á stofnunum sem þeir einstaklingar starfa við.

Tölfræðilegar aðferðir

Lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði var

reiknuð með forritinu SPSS, útgáfa 20 (IBM corp., 2011). Reiknuð er „hlutfallsleg áhætta“, (Relative Risk, hér eftir skamm-

stafað RR) miðað við tiltekin viðmið, með 95% öryggisbili (Confidence Interval, hér eftir skammstafað 95% CI), með aðferð

Tafla 7. Samanburður á svörum þátttakenda í rannsókninni Barneign og heilsa við tölur úr fæðingarskrá 2009 og 2010.

	„Barneign og heilsa“ N %	Ísland 2009 N=4939* N %	Ísland 2010 N=4834* N %
Meðganga			
Fósturskimun 11-14 vikur	855	3623	3505
N=1105	77,4%	73,3%	72,5%
Auknar líkur á fósturfrávikum	29	147**	83**
N=827	3,5%	4,1%	2,4%***
Fjöldi forskoðana í meðgönguvernd - <u>meðaltal</u> .	M= 8,9	M=9,3	M=9,2
N=705			
Færri en sex forskoðanir	77	4939	4834
N=705	10,9 %	10,2%	8,3%
Fæðing			
Fæðing um fæðingarveg án áhalda	611	3771	3857
N=763	80,1%	76,3%	79,8%
Áhaldafæðing (sogklukku-eða tangarfæðing)	43	355	321
N=763	5,6%	7,1%	6,6%
Allir keisaraskurðir	110	813	704
N=763	14,3%	16,5%	14,6%
Bráðakeisaraskurður	73	494	434
N=763	9,6%	10%	9%
Fyrirfram ákveðinn keisaraskurður	37	319	270
N=763	4,7%	6,5%	5,9%
Heimafæðing	17	89	86
N=765	2,2%	1,8%	1,8%
Skýringar við töflu:			
*Allar fæðingar á Íslandi 2009 (Skýrsla frá fæðingarskráningunni 2009 og af vef Embættis landlæknis, sótt 5. september 2012 af: http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/faedingar/).			
**Hlutfallstala miðast við þær konur sem fóru í fósturskimun.			
***viðmiðunarmörk sett við 1:100 en voru 1:300 árið áður.			

sem lýst er af Armitage og Berry (1994). Þar sem um er að ræða ferlisrannsókn og niðurstöður eru fyrst og fremst lýsandi var valið að reikna „hlutfallslega áhættu“ sem hentar betur slíku rannsóknarsniði en hlutfallslíkindi (odds ratio) og er auðveldari í túlkun (Bonita, Beaglehole og Kjellström, 2006). Í þessum útreikningum eru konur 25–34 ára viðmið fyrir hópa eldri og yngri kvenna, konur með háskólamenntun viðmið fyrir konur með styttri menntun, fjölbyrjur viðmið fyrir frumbyrjur og konur á höfuðborgarsvæðinu viðmið fyrir konur á landsbyggðinni. Sé munur á hlutfallslegri áhættu hópanna marktækur miðað við 95% marktæktarmörk er hann merktur með stjörnu í töflum.

NIÐURSTÖÐUR

Í töflu 4 má sjá skiptingu þátttakenda með tilliti til búsetu, menntunar og aldurs, 671 (60%) kvennanna voru fjölbyrjur af samtals 1110 konum sem svöruðu spurningum um fyrri barneignir. Á höfuðborgarsvæðinu bjuggu 69% (n=763) þátttakenda og 62% (n=695) voru með háskólamenntun. Flestar kvennanna voru á aldrinum 25–34 ára eða 66% (n=733).

Í töflum 5 og 6 eru skoðuð hlutföll og hlutfallsleg áhætta miðað við tiltekin viðmið (RR ásamt 95% CI fyrir RR) fyrir ýmsa þætti barneignarsögu, meðgöngu og fæðingar. Um 27% kvennanna höfðu áður misst föstur (Tafla 5) og 44% þátttakenda í aldurshópnum 35 ára og eldri höfðu misst föstur.

Af öllum þátttakendum höfðu 12% farið í föstureyðingu (Tafla 5). Munur var á tíðni föstureyðinga eftir menntun. Konur sem höfðu lokið grunnskóla eingöngu (18%) voru líklegri til þess að hafa farið í föstureyðingu, borið saman við konur sem höfðu háskólapróf (10%).

Erfiðleikar með að verða barnshafandi á meira en eins árs tímabili (Tafla 5) voru þekktir hjá 13% þátttakenda. Ekki var munur á þessum þætti hvað varðar menntun eða búsetu, en frumbyrjur voru líklegri en fjölbyrjur til að hafa átt við þennan vanda að stríða.

Konur með minni menntun voru síður líklegar en konur með háskólamenntun til að hafa ráðgert þungun sína (Tafla 5). Frumbyrjur höfðu síður ráðgert þungun sína en fjölbyrjur og yngri konur (18–24 ára) síður en konur 24–35 ára.

Flestar konurnar (55%) leituðu fyrst til fæðingar- og kvensjúkdómalækna í þungun og var það óháð menntun, búsetu eða aldri (Tafla 5) en 29% leituðu fyrst til ljósmæðra. Frumbyrjur voru líklegri en fjölbyrjur til að leita fyrst til heimilislæknis í upphafi meðgöngu. Konur á landsbyggðinni leituðu einnig frekar til heimilislæknis í samanburði við konur á höfuðborgarsvæðinu. Sama á við um konur með grunnskólapróf í samanburði við konur með háskólapróf og

yngstu konurnar (18–24 ára) í samanburði við konur 25–34 ára. Um 22% kvennanna gátu hugsað sér að fæða heima og var sú skoðun óháð öllum bakgrunnspáttum sem skoðaðir voru.

Í töflu 6 eru skoðuð tengsl búsetu, menntunar og aldurs við þjónustu á meðgöngu og í fæðingu og upplifun kvenna af þessum atburðum. Hlutfallslega færri konur á landsbyggðinni en höfuðborgarsvæðinu höfðu farið í færri en sex skoðanir í meðgönguvernd og hlutfallslega færri frumbyrjur en fjölbyrjur falla í þann flokk, sem fer sjaldnar en sex sinnum í meðgönguvernd. Frumbyrjur voru líklegri en fjölbyrjur til að fara í fleiri en tvær ómskoðanir.

Í fæðingu voru frumbyrjur líklegri en fjölbyrjur til að fá örvun á fyrsta eða öðru stigi fæðingar og þær fengu frekar epiduraldeygingu. Meiri líkur voru á því að frumbyrjur í samanburði við fjölbyrjur færu í bráðakeisaraskurði, notuð væri sogklukka eða töng í fæðingu og þær hafa síður jákvæða upplifun af fæðingunni. Örvun í fæðingu átti sér frekar stað hjá yngri konum, en konum 25–34 ára og konur í elsta aldurshópnum (35 ára og eldri) þurftu frekar gangsetningu en konur á aldrinum 25–34 ára.

Eins og sjá má í töflu 7 eru upplýsingar um bakgrunn þátttakenda úr okkar rannsókn í flestum tilvikum svipaðar og sambærilegar upplýsingar úr skýrslu frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2009 og 2010 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smásson og Gestur Pálsson, 2010; Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2011). Þátttakendur sem svara spurningum um hversu oft þeir hafi hitt ljósmóður samtals í meðgönguvernd reyndust hafa farið í 8,9 heimsóknir að meðaltali og 10,9% fóru í færri en sex skoðanir. Keisaratiðni í rannsóknarhópnum reyndist vera 14,3%.

UMRÆÐA

Rannsóknin Barneign og heilsa er ein sú umfangmesta sem gerð hefur verið hér á landi um heilsu, væntingar, viðhorf og líðan íslenskra kvenna á meðgöngu og fyrstu árin eftir fæðingu. Þátttakendur voru barnshafandi konur sem sóttu meðgönguvernd á heilsugæslustöðvum um land allt. Meginniðurstöður okkar gefa til kynna að konur séu langflestar ánægðar með meðgönguverndina og að þjónustan sé í grundvallaratriðum svipuð um land allt. Svör kvennanna eru nokkuð breytileg eftir menntun þeirra, aldri og fyrri reynslu af barneignum.

Styrkur þessarar rannsóknar er einkum stórt lagskipt úrtak, sem nam t.d. um 22% allra fæðinga á landsvísi sé miðað við árið 2009 en þátttakendur fæddu börn sín það ár og árið 2010. Hlutfallsleg þátttaka kvenna á höfuðborgarsvæðinu og á landsbyggðinni er svipuð (Tafla 2) og samanburður á

nokkrum breytum úr þessari rannsókn við tölfræðilegar upplýsingar úr Skýrslu frá fæðingaskráningunni 2009 og 2010 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2010) (Tafla 7), gefur einnig til kynna að úrtakið endurspegli nokkuð vel þær konur sem voru barnshafandi á Íslandi á rannsóknartímanum. Það virðist því vera að þessi hópur endurspegli fremur vel þýði barnshafandi kvenna.

Rannsóknin nær aðeins til kvenna sem sækja meðgönguvernd á heilsugæslustöðvum. Hún nær því ekki til kvenna í áhættumeðgöngu sem eru undir eftirliti sérfræðinga í sérhæfðari meðgönguvernd. Mikil þátttaka meðal kvenna með háskólamenntun gæti gefið vísbendingu um að þær hafi verið fúsari til að taka þátt en konur með minni menntun. Í frekari greiningu á gögnum, þar sem kafað verður dýpra í einstaka þætti, væri æskilegt að leiðrétta fyrir menntun og eða vikta gögn til samræmis við tölur á landsvísi.

Erlendar rannsóknir benda til að eldri frumbyrjur eigi oftast við ófrjósemisvanda að stríða, missi frekar föstur, fæði fyrir tímann, eignist frekar léttbura, fari oftast í keisaraskurð og noti meira af verkja- og deyfilyfjum borið saman við þær yngri (Zasloff o.fl., 2007). Ulla Waldenström (2008a) hefur velt upp spurningum um þau samfélagslegu áhrif sem seinkun barneigna geta verið og nefnir sem dæmi aukinn kostnað vegna fleiri fyrirburafæðinga, keisaraskurða, tæknifrjógvagna og annarra inngripa á meðgöngu og í fæðingu. Einnig fjallar hún um vanda vegna fleiri einbirna sem geti aukið væntingar og kröfu um hið fullkomna barn. Vitað sé að líkur á litningafrávikum aukist með hækkunum aldri og með minnkaðri frjósemi skapist siðferðileg álitamál varðandi t.d. fösturegreiningar og staðgöngumæðrun sem ekki hafi verið rædd í samfélaginu í þessu samhengi. Hún bendir einnig á að fræðslu til ungs fólks um hvað seinkun barneigna geti haft í för með sér sé verulega ábótavart.

Carolan og Frankowska (2011) sem gerðu kerfisbundna úttekt á rannsóknum um áhrif aldurs kvenna á útkomu fæðinga segja niðurstöður sínar sýna að því fylgi bæði kostir og gallar að eignast börn seint, það sé líklegt að félagsleg og fjárhagsleg staða þessara kvenna sé betri en yngri kvenna, hinsvegar sé samband milli verri útkomu fæðingar og aldurs eftir 35 ára aldur, sem nær hámarki um og eftir fertugt.

Niðurstöður okkar sýna að konur í elsta hópnum hafa frekar farið í tæknifrjógvun, en konur á miðju frjósemis skeiði, og óska frekar eftir að fæða með keisaraskurði. Ljóst er af framangreindu að hækkandi aldur verðandi mæðra kallar á auknar rannsóknir á þessu sviði og meiri umræðu og líklega aukna þjónustu fyrir þennan hóp í öllu barneignarferlinu.

Rúmur helmingur kvennanna, eða 55%, hafði fyrst samband við fæðinga- og kvensjúkdómalækni þegar þær urðu barnshafandi. Velta má fyrir sér hvers vegna konur velja að fara fyrst til fæðinga- og kvensjúkdómalæknis. Vilja þær fá skoðun og staðfestingu á þungun eða sækjast þær eftir ómskoðun til að geta séð föstrið áður en formleg meðgönguvernd hefst innan heilsugæslunnar?

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að Klínískar leiðbeiningar um meðgönguvernd, sem voru teknar í notkun 2008, ári áður en gagnasöfnun hófst, hafi haft áhrif og fækkað skoðunum í meðgönguvernd. Þátttakendur í rannsókninni fóru að meðaltali í 8,9 skoðanir í samanburði við 10,2 skoðanir að meðaltali á landinu árið 2007 og 9,8 árið 2008 (Embætti landlæknis, 2012).

Af þátttakendum í rannsókninni fæddi 2,2% heima en í upphafi meðgöngu sögðust mun fleiri, eða 22% kvenna, sem tóku afstöðu geta hugsað sér að fæða heima með aðstoð ljósmóður. Í sænsku KUB-rannsókninni svöruðu konurnar þessari spurningu á þann hátt að einungis 1% gátu hugsað sér heimafæðingu. Þess má þó geta að í Svíþjóð stendur konum ekki til boða aðstoð frá hinu opinbera við heimafæðingar (Hildingsson, Rådestad og Lindgren, 2010).

Á Íslandi, eins og annars staðar í hinum vestræna heimi, hefur fæðingum með keisaraskurði fjölgað á undanförunum áratugum. Tíðni keisaraskurða á Íslandi hefur farið lækkanði síðustu ár og verið 16,7% að meðaltali síðustu 10 ár, hæst 18,2% árið 2003 og lægst 14,6% árið 2010 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2011), sem er lág tíðni samanborið við nágrannalönd okkar (King, 2012; Norræna fæðingaskráningin, 2012). Tíðni í rannsóknahópnum er heldur lægri en landstölur fyrir Ísland eða 14.3%.

Hlutfall kvenna í rannsókninni sem vildi helst fæða með keisaraskurði var 7%. Þetta er í samræmi við þá niðurstöðu annarra rannsókna að þó að haldið hafi verið fram að aukin keisaratíðni skýrist af óskum kvenna um þennan fæðingarmáta er frekar fátítt að konur óski að fyrri bragði eftir keisaraskurði án læknisfræðilegra ástæðna. Þeir þættir sem hafa hvað hæst forspárgildi um slíka ósk eru fyrri keisaraskurður, miklar áhyggjur af fæðingu og neikvæð fyrri fæðingarreynsla (Gamble og Creedy,

2000, 2001; Karlström, Nystedt, Johansson og Hildingsson, 2011).

Tvær af hverjum þremur konum sem tóku þátt í rannsókninni upplifðu fæðingu jákvæða. Nýleg norræn rannsókn sýnir að konur hafa frekar jákvæða reynslu af fæðingu ef gagnkvæmt samband við ljósmóður myndast og komið er til móts við óskir hennar og fjölskyldunnar um meðferð í fæðingunni (Berg, Ólafsdóttir og Lundgren, 2012). Það skiptir miklu máli að konum líði vel í fæðingu, bæði vegna reynslunnar sjálfar og einnig vegna þess að neikvæð upplifun eykur m.a. líkur á keisaraskurði í næstu fæðingu (Lukasse, Vangen, Øian og Schei, 2010). Mikilvægt er því að skoða nánar hvaða þættir hafa áhrif á upplifun kvenna í fæðingu.

Viðtækt gagnasafn er nú til sem gefur tilefni til fjölda rannsókna um barneignarferli kvenna og er á engan hátt hægt að gera skil í grein sem þessari. Mikilvægt er að skoða frekar og með fjölbreyttari úrvinnslu hvaða þættir tengjast inngrípum í fæðingu, þ.m.t. keisaraskurðum, gangsetningu, örvun á fyrsta og öðru stigi fæðingar og áhaldafæðingum. Einnig er þörf á að skoða frekar samspil þeirra bakgrunnspátta sem hér hafa verið skoðaðir og hvernig þeir tengjast útkomu barneignarþjónustunnar og viðhorfi, reynslu og ánægju kvennanna sjálfra með þá þjónustu sem þær fá. Þessar fyrstu niðurstöður rannsóknarinnar ættu að nýtast fagfólki og stjórnendum heilbrigðismála við frekari þróun og skipulag þjónustunnar og ekki síður til að vekja frekari spurningar sem svara má með úrvinnslu úr gagnasafninu.

LOKAORD

Upplýsingar um árangur fæðingarþjónustu eru til staðar í opinberri fæðingaskráningu. Slík skráning hefur verið að þróast á síðustu áratugum og er nauðsynlegur liður í gæðamati þjónustunnar hér á landi. Hins vegar hefur skort upplýsingar um líðan og viðhorf kvennanna sjálfra til þjónustunnar. Það er mat okkar að rannsóknin, Barneign og heilsa, bæti hér úr og frekari úrvinnsla úr þessari rannsókn er bæði þarft og skylt viðfangsefni í nánustu framtíð.

ÞAKKIR

Þakkir eru færðar öllum konunum sem tóku þátt í rannsókninni og svöruðu þremur

lögum spurningalistum, ljósmæðrunum sem hjálpuðu til við að finna konurnar og bjóða þeim að taka þátt, stjórnendum heilsugæslustöðva sem lögðu sitt af mörkum til að gera rannsóknina mögulega og Guðbjörgu Árnadóttur skrifstofustjóra fyrir aðstoð við framkvæmd annars og þriðja hluta rannsóknarinnar.

Sérstakar þakkir fá Ulla Waldenström og Ingegerd Hildingsson fyrir góð ráð og stuðning við hönnun og framkvæmd rannsóknarinnar.

Rannsókn þessi var styrkt af Vísindasjóði Félags íslenskra heimilislækna, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Rannsóknasjóði Ljósmæðrafélags Íslands og Vísindasjóði Landspítalans.

HEIMILDIR

- Armitage, P. og Berry, G. (1994). *Statistical methods in medical research* (3. útgáfa). London: Blackwell.
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó.Á. og Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 3(2), 79–87.
- Berglind Skúladóttir, Björg Alexandersdóttir, Guðfinna Eðvarðsdóttir og Kristín Guðmundsdóttir. (2009). *Að spyrja er ekki bara að spyrja. Forpröfun spurningalista um upplifun kvenna af fæðingu*. Lokaverkefni til B.Sc gráðu í hjúkrunarfræði. Háskólinn á Akureyri: Heilbrigðisdeild.
- Bonita, R., Beaglehole, R. og Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology* (2. útgáfa). Geneva: World Health Organization.
- Brown, S., Gartland, D., Donath, S. og MacArthur, C. (2011). Effects of prolonged second stage, method of birth, timing of caesarean section and other obstetric risk factors on postnatal urinary incontinence: an Australian nulliparous cohort study. *British journal of obstetrics and gynecology*, 118, 991–1000.
- Brown, S. McDonald, E. og Krastey, A. (2008). Fear of an intimate partner and women's health in pregnancy: results of the Maternal Health Study. *Birth*, 35, 293–302.
- Brynja Örlýgsdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir. (2005). Alþjóðlegar og þvermennningarlegar rannsóknir: aðferðir við þýðingar á mælitækjum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 81(3), 8–14.
- Carolan, M. og Frankowska, D. (2011). Advanced maternal age and adverse outcome: a review of the evidence. *Midwifery*, 27, 793–801.
- Elva Björg Einarssdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). Vald og val á fæðingarstað. Sjórnarhorn kvenna og ljósmæðra. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar. Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 172–192). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmæðrafélag Íslands.
- Embla Ýr Guðmundsdóttir. (2008). *Væntingar kvenna til meðgönguverndar í upphafi meðgöngu: forpröfun spurningalista*. Lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði. Háskóli Íslands. Hjúkrunarfræðideild.
- Embætti landlæknis. (2012). Fæðingaskrá. Sótt 21. september 2012, af: <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi->

- [og-rannsóknir/gagnasofn/gagnasafn/item12340/Faedingaskra](#)
- Gamble, J.A. og Creedy, D.K. (2000). Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth*, 27, 256–63.
- Gamble, J.A. og Creedy, D.K. (2001). Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*, 28, 101–10.
- Guðný Jónsdóttir, Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Reynir Tómas Geirsson og Alexander Smáráson. (2006). Eru tengsl milli tíðni keisaraskurðs og burðarmálsaða á Íslandi undanfarnir 15 ár? *Læknablaðið*, 92, 191–195.
- Gunnlaugur Snædal, Gunnar Biering og Helgi Sigvaldason. (1975). *Fæðingar á Íslandi 1881–1972*. Fylgirit við heilbrigðisskýrslu 1972. Reykjavík: Offsetmyndir.
- Hagstofan. (2012). Meðal-, mið og tíðasti aldur mæðra og feðra 1961–2011. Sótt 29. september 2012, af: <http://hagstofan.is/Hagtolur/Mannfjoldi/Faeddar-og-danir>
- Helga Gottfredsdóttir. (2001). Hvað felst í mæðravernd? Viðhorf kvenna og ljósmæðra. *Ljósmæðrablaðið*, 79(2), 5–15.
- Hildingsson, I., Rådestad, I. og Lindgren, H. (2010). Birth preferences that deviate from the norm in Sweden: planned home birth versus planned cesarean section. *Birth*, 37, 288–95.
- Hildingsson, I., Waldenström, U. og Rådestad, I. (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 118–25.
- Hildur Kristjánsdóttir. (2009). „Svo maður sé öruggur“. Fyrsta koma í meðgönguvernd. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar. Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 21–37). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmæðrafélag Íslands.
- Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfredsdóttir, Rúnar Reynisson, o.fl. (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar leiðbeiningar*. Landlæknisembættið. Sótt 21. september 2012, af: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/version4/4407.pdf>
- Hildur Sigurðardóttir. (2009). Faglegar leiðbeiningar fyrir heimabjónustu ljósmæðra. Sótt 1. nóvember 2012 af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2562/3850.pdf>
- Hildur Sigurðardóttir. (2004). Ljósmæðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu. Viðhorf mæðra til þjónustunnar. *Ljósmæðrablaðið*, 82(2), 19–27.
- IBM Corp. Released. (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, útgáfa 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Joseph, K.S., Allen, A.C., Dodds, L., Turner, L.A., Scott, H. og Liston R. (2005). The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstetrics & Gynecology*, 105, 1410–1418.
- Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M. og Hildingsson, I. (2011). Behind the myth-few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, 27(5), 620–7.
- King, T.L. (2012). Preventing primary cesarean sections: intrapartum care. *Seminars in Perinatology*, 36, 357–64.
- Landlæknisembættið. (2007). Leiðbeiningar um val á fæðingarstað. Sótt 21. september 2012 af: <http://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item2818/Leiðbeiningar-um-val-a-faedingarstad>
- Ljósmæðrafélag Íslands. (2010). Barneignarþjónusta á Íslandi 2010 – uppbygging og framtíðarsýn á breytingatímum. Sótt 25. september 2012 af: <http://www.ljosmaedrafelag.is/um-felagid/skyrslur>
- Lukasse, M., Vangen, S., Öian, P. og Schei, B. (2010). Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90, 33–40.
- Lumley, J. og Brown, S. (1993). Attenders and non-attenders at childbirth education classes in Australia: how do they and their birth differ? *Birth*, 20, 123–30.
- Magnus, P., Irgens, L.M., Haug, K., Nystad, W., Skjærven, R., Stoltenberg, C. og The Moba study group. (2006). Cohort profile: The Norwegian Mother and Child cohort study (MoBA). *International Journal of Epidemiology*, 35, 1146–1150.
- MAPI Research Institute (e.d.). Linguistic Validation Introduction. Sótt 1. nóvember 2012 af <http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation>
- MAPI Research Institute (e.d.). Methodology. Sótt 1. nóvember 2012 af <http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology>
- Medicinska födeleregistret 1973–2010. (2012). Graviditeter, förlösnningar och nyfödda barn. Bilaga 1. Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik. Sótt 1. nóvember 2012 af <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18669/2012-4-2-Bilagal.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence. (2008). Antenatal care. *Clinical guidelines*. Sótt 21. september 2012 af: <http://guidance.nice.org.uk/CG62>
- Nordic Medico-Statistical Committee. (2011). Health Statistics for the Nordic Countries 2011. (NOMESCO). Sótt 24. september 2012 af: <http://no-mesco-eng.nom-nos.dk/>
- Norræna fæðingaskráningin 2012. (NOMBIR). Sótt 30. september 2012 af: http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr07_12.pdf
- Norwegian Mother and Child Cohort Study. (2012). Sótt 1. nóvember 2012 af: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=238&trg=MainArea_5811&MainArea_5811=5903:0:15:3046:1:0:0:0:0
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur Pálsson (ritstjórar). (2010). Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2009. (2010). Landspítali, Kvenna- og barnasvið. Sótt 1. nóvember 2012 af: <http://www.mbl.is/media/21/2821.pdf>
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur Pálsson (ritstjórar). (2011). Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2010. (2011). Landspítali, Kvenna- og barnasvið. Sótt 1. nóvember 2012 af: http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2216/version6/Faedingaskraning_2010.pdf
- Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar nr. 160/1982. Sótt 27. nóvember 2012 af: <http://www.reglugerd.is/int-erpro/dkm/WebGuard.nsf/lookByNumer/1601982?OpenDocument>
- Reynir Tómas Geirsson. (2006). Er ávinningur af fleiri keisaraskurðum? *Læknablaðið*, 92, 185–187.
- Sigríður Inga Karlsdóttir. (1999). *The characteristics of antenatal Services from midwives, that women are satisfied or unsatisfied with. A descriptive survey*. Óbirt meistarafræðirit: The Royal College of Nursing Institute London, hjúkrunarfræðibraut.
- Sigríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2009). Efling kvenna í barneignarferlinu með áherslu á fagmennsku ljósmæðra. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar. Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 144–171). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmæðrafélag Íslands.
- Zasloff, E., Schytt, E. og Waldenström, U. (2007). First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 1328–36
- Waldenström, U. (2008a). Vanta med barn? Det är kris i befruktningsfrågan. Karolinska Institutet: University Press.
- Waldenström, U. (2008b). Kvinnors upplevelse av barnafödande – KUB-projektet. Sótt 21. september 2012 af: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=35420&l=sv>
- Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D. og Brennecke, S. (2000). Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*, 27, 156–67.
- Waldenström, U. og Nilsson, C-A. (1993). Women's satisfaction with birth center care: a randomized, controlled study. *Birth*, 20, 3–13.

Brjóstagjafaráðgjöf IBCLC

Félag brjóstagjafaráðgjafa vill vekja athygli á því að árlega er hægt að taka próf sem veitir réttindi til að starfa sem brjóstagjafaráðgjafi. Þetta er alþjóðlegt próf (IBLCE) sem veitir réttindi til að stunda og starfa við brjóstagjafaráðgjöf hvar sem er í heiminum. Réttindin heita IBCLC eða International Board Certified Lactation Consultant. Prófið er haldið árlega, síðusta mánudag í júlímánuði og árið 2013 eru nokkrar sem munu taka prófið hérlandis en það þurfa að lágmarki að vera þjárf, til að prófið sé haldið hér. Það eru gerðar forkröfur til að umsækjandi teljist hæfur til að taka prófið en hægt er að lesa sér til um þær kröfur á <http://europe.iblce.org>. Einnig má hafa samband við félag íslenskra brjóstagjafaráðgjafa til að fá nánari upplýsingar um forkröfur, lesefni og prófið sjálft. Nú hefur verið stofnaður leshópur á vegum félagsins til stuðnings fyrir þær sem að ætla að taka prófið 2013.

Starf brjóstagjafaráðgjafa er fjölbreytt og skemmtilegt og þær sem lokið hafa þessu prófi hérlandis starfa bæði innan sjúkrahúsanna og heilsugæslunnar en eru líka sjálfstætt starfandi. Okkar aðalmarkmið



er að veita mæðrum með börn á brjósti stuðning í brjóstagjöfni, veita faglegar og áreiðanlegar upplýsingar og efla sjálfsöryggi mæðranna til að eiga ánægjulega brjóstagjöf.

Til að fá frekari upplýsingar um starfið má hafa samband við Ingibjörgu Baldursdóttur í síma 8965220 eða á brjostagjof@gmail.com.

Sængurleguþjónusta á Íslandi samanborið við önnur OECD lönd

Fyrirkomulag og kostnaður

ÚTDRÁTTUR

Tilgangurinn með þessari grein var að kanna sængurleguþjónustu OECD¹ landa, kostnaðartengdar rannsóknir á henni og kostnaðaráhrif þess ef Ísland hefði fylgt þróun nágrannalanda sinna í þeirri þjónustu.

Sængurlega hefur verið nefnd Öskubuska barneignarþjónustunnar þar sem hún hefur gjarnan verið hornreka í rannsóknarumhverfinu og heilbrigðiskerfinu. Þó er ljóst að stuðningur og eftirlit er afar mikilvægt fyrstu vikurnar eftir fæðingu.

Vegna krafna um hagkvæmari rekstur í heilbrigðisþjónustu hefur sængurlega á stofnunum stýtt jafnt og þétt síðustu áratugin. Ekki er alltaf leitað hagkvæmstu leiða til að veita þjónustu á þessu tímabili en sjúkrahúslega er með dýrari kostum, sérstaklega í ljósi rannsóknarniðurstæðna um að hún uppfylli ekki þarfir nýrrar fjölskyldu um stuðning eftir fæðingu. Tilfærsla þjónustu í sængurlegu úr dýrari sjúkrahúsþjónustu yfir í ódýrari þjónustu utan sjúkrahúsa er skýrt dæmi um hvernig hagræða má í heilbrigðisþjónustu.

Niðurstöður greinarinnar voru þær að rannsóknir benda til hagkvæmni heimavítjana í sængurlegu en fleiri rannsóknir er þörf á kostnaðarábata mismunandi þjónustuforma í sængurlegu, enda eru skýrar vísbendingar um tækifæri til hagræðingar. Miðað við þróun sængurleguþjónustu í Noregi sem sambærilegu landi, benda niðurstöður greinarinnar til að hundruðir milljóna hafi sparast árlega vegna styttingar sængurlegu á Landspítala vegna heimþjónustu ljósmæðra.

Lykilorð: sængurlega/postpartum care, kostnaðarábati/cost-effective, lengd legu/length of stay.

INNGANGUR

Víðast í hinum vestræna heimi eiga um 99% fæðinga sér stað á stofnunum (Wiegers, 2006) og þó fæðingarþjónusta sé mismunandi eftir löndum er þjónusta í kjölfar hennar enn ólíkari milli landa og jafnvel innan þeirra (Ellberg, 2008). Innan barneignarþjónustu (meðgönguvernd, fæðingarhjálp og sængurleguþjónustu),



Guðlaug Einarsdóttir

Ljós móðir á

Heilbrigðisstofnun Suðurlands

hefur sængurleguþjónusta fengið hvað minnsta athygli í rannsóknum og í stefnumótun um þróun þjónustu (Bull, McCormic, Swann og Mulvihill, 2004; Ellberg, Högberg, Lundman, Lindholm, 2006); verið vanmetin, undirmönnuð og komið illa út í viðhorfskönnunum skjólstæðinga (Bhavnani og Newburn, 2010). Af þessum sökum hefur sængurleguþjónusta gjarnan verið nefnd Öskubuska barneignarþjónustunnar (NCT, 2010). Í daglegu tali er með sængurlegu átt við þann tíma sem kona og barn hennar dveljast á fæðingarsstofnun eftir fæðingu. Sængurlega í faglegum skilningi er hins vegar fyrsti 21 dagurinn eftir fæðingu sem tími mestrar líkamlegrar aðlögunar eftir barnsfæðingu (Bull o.fl., 2004; NHS, 2006). Síðustu tvo áratugi hefur sængurlega á sjúkrahúsum verið að stytta til muna vegna krafna um aukið hagræði í heilbrigðisþjónustu (Malkin, Keeler, Broder og Garber, 2003; Zadoroznyj, 2006). Fyrir þann tíma var sængurlega í hinum vestræna heimi gjarnan fimm til sex dagar eftir eðlilega fæðingu en var árið 2009 nær þremur dögum á Norðurlöndunum en Ísland var þar skýr undantekning með 1,8 sólarhringa sængurlegu (OECD, 2011). Með sívaxandi kröfum um hagkvæmni og skilvirkni heilbrigðisþjónustu er kostnaðargreining þjónustunnar nauðsynleg, samfara faglegri þróun hennar.

Í grein þessari er ljósi varpað á þróun

sængurlegu í hinum mismunandi OECD löndum, einkum með kostnað og fyrirkomulag þjónustunnar í huga. Tilgangurinn var að skoða kostnaðaráhrif þess ef Ísland hefði fylgt nágrannalöndum í þróun þjónustunnar.

FRÆÐILEGUR BAKGRUNNUR

Þörfin fyrir þjónustu í sængurlegu

Þrátt fyrir Öskubuskuhlutverk sitt innan barneignarþjónustunnar (NCT, 2010), er ærin ástæða fyrir faglegu, nánú eftirliti og stuðningi við nýju fjölskylduna í sængurlegu. Auk eftirlits með líkamlegri aðlögun móður og barns eftir fæðinguna og næringu nýburans, er stuðningur við aðlögun að foreldrahlutverki afar mikilvægur. Brjóstgjöf er einn viðamesti þáttur eftirlits og umönnunar í sængurlegu og þarfnast oft mikils stuðnings og fræðslu. Byrjunarvandamál eru algeng fyrstu vikurnar og þarf að meðhöndla þau á réttan hátt til að fyrirbyggja frekari heilsufarsvanda (Ellberg, 2008; Ellberg o.fl., 2006). Þó svo að fæðing sé eðlilegt ferli, er aðlögun að foreldrahlutverki eitt af stærstu þroskaverkefnum í lífi hverrar manneskju og flestir foreldrar hafa þörf fyrir stuðning af hálfu heilbrigðisþjónustunnar á þessu tímabili (Ellberg, 2008). Í heildina litið er sængurlega tími mikilla tilfinningalegra, félagslegra og líkamlegra breytinga meðan foreldrar aðlagast nýjum hlutverkum í lífinu (Ellberg, 2008). Góð aðlögun að foreldrahlutverki er talin mikilvæg fyrir heilsu og velferð nýrrar fjölskyldu (Bull o.fl., 2004) samanber rannsókn Bhavnani og Newburn (2010) á reynslu 1260 frumbyrja en samkvæmt henni uppfyllir þjónustan ekki þarfir þeirra. Flestar sængurkonur þurfa næði til að hugsa um sjálfa sig, hvílast og vera með fjölskyldu sinni en hafa á sama tíma greiðan aðgang að fagfólki (Ellberg o.fl., 2006).

Barnalæknar auk ljósmæðra hafa verið einna ötulustu talsmenn náns eftirlits fyrstu vikurnar eftir fæðingu (Ljósmæðrafélag Íslands, 2010). Yfirlýsingar bandarískra barnalækna og fæðingalækna í byrjun tíunda áratugarins um áhættuna á snemmtúskriftum eftir fæðingu urðu til þess að lög voru sett um lágmarkslengd réttinda til sængurlegu á stofnun í bandarískum sjúkratryggingum; 48

klukkustundir eftir fæðingu um leggöng og 96 klukkustundir eftir keisaraskurð (Malkin o.fl., 2003; Watt, Sword og Krueger, 2005). Samtök bandarískra barnalækna sendu ennfremur frá sér yfirlýsingu (2004) til að vekja athygli á áhættu sem fylgir því að útskrifa heilbrigða nýbura af sjúkrastofnun innan tveggja sólarhringa frá fæðingu (Committee on Fetus and Newborn, 2004).

Rannsóknir á kostnaði

Sængurlega hefur verið afskipt í hagfræðilegu mati á þjónustunni og skortur er á rannsóknum þar um. Þær rannsóknir sem til eru miðast gjarnan við bandarískt umhverfi, bæði hvað varðar heilbrigðisþjónustu og tryggingakerfi og erfið að yfirfæra niðurstöður þeirra á önnur lönd, þar sem önnur tengd þjónusta, eins og almenn heilsugæsla, er ólík milli landa (Bull o.fl., 2004). Þær breytur sem vert er að rannsaka í þjónustu eftir fæðingu eru einnig margar og þar af leiðandi vandkvæðum bundið að meta áhrif einstakra þátta innan mismunandi þjónustu (Bull o.fl., 2004).

Kostnaður við sængurleguþjónustu er mestur á fæðingarstofnunum (Ellberg o.fl., 2006) og til kostnaðarlágmörkunar hefur því verið reynt að hafa þann tíma sem stýstan (Malkin o.fl., 2003). Í skýrslu Bull og félaga (2004) voru bornar saman rannsóknarniðurstöður níu rannsókna um gagnreynda þjónustu eftir fæðingu. Þar kom fram að þrátt fyrir að niðurstöður allra rannsókna bentu til hagkvæmni heimavítjana á þessu tímabili, var vakin athygli á að fleiri rannsókna væri þörf til að meta kostnað og ábata slíkrar þjónustu. Bent var á að eðli heimavítjana falli illa að kostnaðarárangursgreiningum sem mælitæki þar sem heimavítjanir eru ekki stakt eða einsleitt inngríp, heldur ferli margskonar inngrípa sem miða að margþættri útkomu á mismunandi sviðum. Þar má nefna marga þætti varðandi móður, barn, umhverfi og samband foreldra og barns. Niðurstaða Ellberg (2008) á úttekt á kostnaði og útkomu mismunandi sængurleguþjónustu í Svíþjóð leiddi í ljós að þjónusta eftir fæðingu væri ekki alltaf sú hagkvæmasta en þar sem hún hefði áhrif á heilsu barns og ánægju foreldra væri mikil þörf á að bæta þjónustuna. Eldri rannsókn Ellberg og félaga (2006) sýndi að val foreldra á sængurleguþjónustu beindist frekar í átt til rekstrarlega hagkvæmari kosta, eins og sjúkrahóla í stað sjúkrahúslegu, en snemmútskriftir sem fylgt var eftir með einni vitjun og daglegum símtölum voru þar neðst á óskalanum. Yfirlit rannsókna má sjá í töflu 3.

Þjónustan eftir að heim er komið

Fyrir liggja tölur OECD yfir lengd innlagnar eftir eðlilega fæðingu (OECD health data, e.d.). Þær segja þó ekki alla söguna um aðbúnað sængurkvenna í hverju landi, því þjónustan er afar mismunandi eftir útskrift

af sjúkrastofnun, bæði milli og innan landa (Malkin o.fl., 2003; Ljósmaðrafélag Íslands, 2010). Sumstaðar var eitt símtal frá heilbrigðisstarfsmanni til móðurinnar látið nægja til að kanna ástand hennar og barnsins (Ellberg, 2008); annarsstaðar var konunnar vitjað einu sinni eða oftár (Bull o.fl., 2004; Ljósmaðrafélag Íslands, 2010); sumstaðar fékk konan einungis upplýsingar um hvert hún skyldi leita í neyðartilvikum fyrstu vikuna (Malkin o.fl., 2003) og enn annarsstaðar, eins og í Hollandi, fékk konan auk daglegra vitjana, sérhæfða heimilishjálpi fyrstu vikuna eftir fæðingu (Wiegers, 2006).

Ætla má að sú þjónusta sem í boði er fyrir sængurkonur í kjölfar útskriftar af fæðingarstofnun hafi talsverð áhrif á lengd innlagnar. Talið er að um 15% sængurkvenna og/eða barna þeirra þurfi á læknisfræðilegri meðhöndlun að halda og út frá öryggissjónarmiðum geti 85% fengið fullnægjandi þjónustu utan sjúkrastofnana, ýmist á sjúkrahótelum eða heima (Ellberg o.fl., 2006).

Þjónustan á Íslandi og í Noregi

Heimaþjónusta ljósmæðra í sængurlegu með samningi við Tryggingastofnun ríkisins og síðar Sjúkratryggingar Íslands (SÍ), hefur verið að þróast síðan árið 1993 í tengslum við snemmútskriftir sængurkvenna af fæðingarstofnunum. Sífellt fleiri sængurkonur hafa þegið snemmútskrift og heimaþjónustu ljósmæðra í kjölfarið og telja þær nú hartnær 80% allra sængurkvenna á Íslandi. Samfara hefur sængurlega á fæðingarstofnun verið að styttest. Ríflega hundrað ljósmæður eru aðilar að gildandi rammamningi og annast þjónustuna sem sjálfstæðir verktakar (Ljósmaðrafélag Íslands, 2010). Samkvæmt rammamningi SÍ (Sjúkratryggingar Íslands, 2011), var heimaþjónusta ætluð heilbrigðum konum og nýburum en hefur þróast þannig að þjónustan stendur nú einnig þeim konum til boða sem útskrifast snemma af fæðingarstofnun, þrátt fyrir að hafa átt erfiða meðgöngu og/eða fæðingu með fylgikvillum að baki eða farið í keisarskurð (Hildur Sigurðardóttir, 2009).

Við útskrift af fæðingarstofnun í Noregi tekur heilsugæsla sveitarfélaganna við þjónustunni við sængurkonur (Helse-tilsynet, 2011). Komið hefur í ljós að sú þjónusta er afar mismunandi, enda hefur hún ekki mætt aukinni þörf fyrir þjónustuna í kjölfar styttingar sængurlegu á fæðingarstofnunum. Norska Barneignþjónustueftirlitið (no. Tilsyn med barselomsorga) lýsti yfir áhyggjum sínum af öryggi sængurkvenna og nýbura vegna skorts á stuðningi og öryggiseftirliti svo stuttu eftir fæðingu (Helse-tilsynet, 2011). Viðbrögð sveitarfélaganna við þessu voru þau að síðustu misseri hafa æ fleiri sveitarfélög farið að bjóða upp á heimavítjanir ljósmæðra undir heitinu Prosjektet JordmorHeim (Heiberg,

2012). Þeirri þjónustu svipar mjög til heimaþjónustu ljósmæðra hérlandis (Fjell kommune, án ártals) og hefur hlotið mikið lof heilbrigðisyfirvalda sem og notenda og veitenda þjónustunnar (NRK, 2011; Fjell kommune, 2010).

AÐFERÐ

Tilgangur með þessari grein var að kanna sængurleguþjónustu OECD landa, kostnaðartengdar rannsóknir á henni og kostnaðaráhrif þess ef Ísland hefði fylgt þróun nágrannalanda sinna í þeirri þjónustu.

Tölur OECD yfir lengd innlagnar á fæðingarstofnunum eru aðgengilegar en vegna mismunandi þjónustu eftir útskrift af fæðingarstofnun er óraunhæft að nota þessar tölur til þess að bera saman sængurleguþjónustu þessara landa í heild sinni. Í þeim tilgangi að varpa ljósi á gæði þjónustu í sængurlegu í hverju landi voru notaðar opinberar tölur frá OECD (OECD health data, e.d.) yfir burðarmálsaðuða (IMR/1000 lifandi fæddra barna) og útgjöld til heilbrigðismála á hvern íbúa (US\$/per capita), auk fyrrnefndra talna, yfir lengd sængurlegu á fæðingarstofnun eftir eðlilega fæðingu (sjá töflu 2). Tölur yfir burðarmálsaðuða geta gefið hugmynd um hvernig aðbúnaður fæðandi kvenna og nýbura er almennt í hverju landi og tölur yfir útgjöld til heilbrigðismála geta gefið vísbendingu um fjárhagslega stöðu og þar af leiðandi bolmagn hverrar þjóðar til að kosta heilbrigðisþjónustu almennt.

Skóðaðar voru kostnaðartengdar rannsóknir um þjónustu í sængurlegu til að kanna tengsl milli fjárhagslegrar og faglegrar meðvitundar við þjónustuna. Þar voru leitarorðin postpartum care, cost-effective og length of stay notuð. Auk þess var snjóboltaaðferð notuð við heimildaleit og einnig var leitað til Den Norske Jordmorforening (Heiberg, 2012).

Til að greina kostnaðaráhrif þróunar sængurleguþjónustu á Íslandi var gagna aflað úr OECD gagnagrunni (OECD health data, e.d.) og úr kostnaðarkerfi Landspítala (Helga Bjarnadóttir, 2012a; 2012c). Þannig var leitast við að nálgast upplýsingar um kostnað og fjölda legudaga sængurkvenna og um greiningu á legu samkvæmt DRG sjúklingaflokkun (Helga Bjarnadóttir, 2012b).

NIÐURSTÖÐUR

Í niðurstöðum koma fram tölur yfir lengd sængurlegu á stofnun eftir eðlilega fæðingu í OECD löndum og nánar lítið á þær þjóðir sem skera sig þar úr. Íslenskar og norskar tölur yfir lengd sængurlegu eru bornar saman á mynd 2 og sýnd þróun á lengd sængurlegu keisarafæddra kvenna á Landspítala á mynd 3. Einnig koma fram tölur yfir kostnað við sængurleguþjónustuna hérlandis, á Landspítala og í heimaþjónustu ljósmæðra.

Tafla 1. Meðallengd legu á stofnun (dagar) eftir eðlilega fæðingu (OECD health data, e.d.)

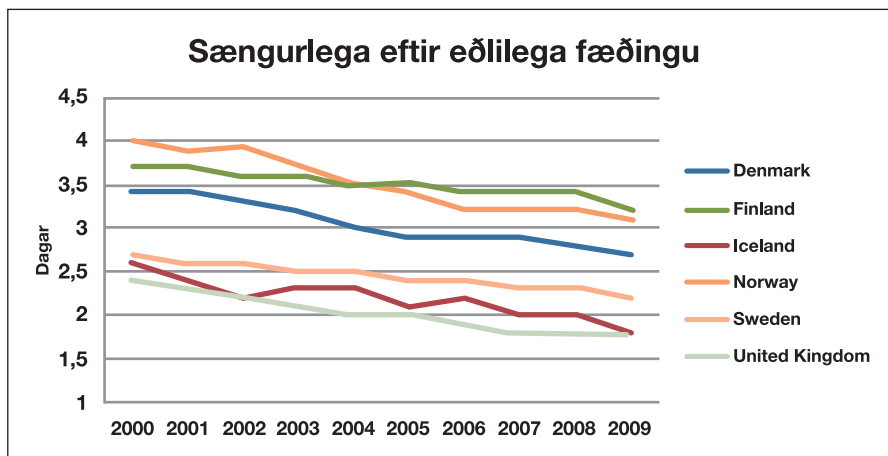
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australia	2,9	2,9	2,8	2,8	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	..
Austria	4,8	4,7	4,6	4,4	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1
Belgium	4,9	4,8	4,8	4,7	4,5	4,5	4,4	4,3	..	..
Canada	2	2	2	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	..
Chile	..	3,1	3,1	3,2	3,2	3	3	3	..	..
Czech Republic	6	..	..	..	..	5,3	..	..	..	4,8
Denmark	3,4	3,4	3,3	3,2	3	2,9	2,9	2,9	2,8	2,7
Estonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Finland	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,2
France	4,9	4,8	4,8	4,7	4,6	4,6	4,5	4,4	4,4	4,3
Germany	4,7	4,6	4,4	4,1	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2
Greece	4	4	4	4	4	4	4	..	..	..
Hungary	..	..	..	..	6,3	6,2	5,9	5,3	5,1	4,5
Iceland	2,6	2,4	2,2	2,3	2,3	2,1	2,2	2	2	1,8
Ireland	3,1	2,9	2,7	2,6	2,4	2,5	2,4	2,2	2,1	2,1
Israel	3	3,1	3,1	3,2	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Italy	3,9	4	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5
Korea	..	..	2,5	..	..	2,9	..	..	2,7	2,5
Luxembourg	4,4	4,3	4,3	4,2	4,1	4,2	4,2	4,1	4,2	4
Mexico	1,3	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3	1,4	1,3	1,4
Netherlands	2,7	2,6	2,5	2,3	2,3	2,2	2	2,1	2,1	1,9
New Zealand	2,1	2,2	2,2	2,1	2	2,1	2	2,1	2,1	..
Norway	4	3,9	3,9	3,7	3,5	3,4	3,2	3,2	3,2	3,1
Poland	..	..	..	4,8	4,6	4,6	4,5	4,6	4,4	4,1
Portugal	2,8	2,8	3,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
Slovak Republic	6,8	6,7	6,5	6,1	5,9	5,7	5,7	5,6	5,5	5,4
Slovenia	4,9	5,1	5	4,9	4,7	4,3	4,1	4	3,9	4
Spain	3	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,5
Sweden	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2
Switzerland	6	6,3	5,9	5,8	5,6	5,6	5,4	5,3	5,2	5,1
Turkey	1,7	1,7	1,8	1,7	..	..	..	1,4	1,4	1,5
United Kingdom	2,4	2,3	2,2	2,1	2	2	1,9	1,8	1,8	1,8
United States	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,1	..

Þróun þjónustunnar

Í töflu 1 má sjá meðaldvalartíma sængurkvenna á stofnun milli OECD landa. Nokkur lönd skera sig úr hvað varðar lengd sængurlegru á stofnun svo sem Mexíkó, Tyrkland, Sviss, Slóvakía, Holland, Bretland og Ísland – Sviss og Slóvakía vegna langrar sængurlegru en hin vegna skamrar. Í töflu 2 sjást þar að auki útgjöld til heilbrigðismála og tíðni burðarmálsaða hjá

Tafla 2. Útlagar í lengd sængurlegru innan OECD

	dagar	IMR/1000	útgjöld/íbúa US\$
Mexíkó	1,4	14,7	918
Tyrkland	1,5	13,1	902
Sviss	5,1	4,3	5144
Slóvakía	5,4	5,7	2084
Ísland	1,8	1,8	3538
Holland	1,9	3,8	4914
Bretland	1,8	4,6	3487



Mynd 1. Tölur OECD yfir meðalsængurlegru á stofnun eftir eðlilega fæðingu.

þessum útlögum (OECD health data, e.d.).

Á mynd 1 er nánar litið á lengd sængurlegru á stofnun hérlandis, samanborið við nágrannalöndin og sést að Ísland hefur styttri sængurlegru en önnur Norðurlönd.

Með hliðsjón af meðaltali OECD landa er á mynd 2 sýndur nánari samanburður milli Noregs og Íslands.

Um frekari hagræðingu

Samkvæmt tölum frá 2011 (Helga Bjarnadóttir, 2012c) hefur meðallengd sængurlegru á Landspítala haldið áfram að stytta. Ekki einungis fyrir eðlilegar fæðingar, heldur einnig fyrir fæðingar með aukakvillum og keisaraskurði, enda nær heimaþjónusta ljósmæðra einnig til þessa hóps. Þá þróun má sjá á mynd 3.

Rannsóknir á kostnaði við þjónustu í sængurlegru

Í töflu 3 er yfirlit rannsókna á kostnaði við sængurleguþjónustu.

Kostnaður við íslensku þjónustuna

Samkvæmt tölum OECD (OECD health data, e.d.), var sængurlegra að meðaltali 1,8 sólarhringar eftir eðlilega fæðingu hér á landi árið 2009. Nýjar tölur frá árinu 2011 sýndu að heildarkostnaður við legu á meðgöngu- og sængurkvennadeild Landspítala var ríflega 209.000 kr. á sólarhring (Helga Bjarnadóttir, 2012a), sjá töflu 4.

Rammasamningur Sjúkratrygginga Íslands um heimaþjónustu ljósmæðra er byggður á verktakagreiðslum á hverja vitjun til sængurkonu. Alls er greitt að hámarki fyrir sex vitjanir til fjölbyrja og sjö vitjanir til frumbyrja, ef um snemmútskrift er að ræða (< 36 klukkustundir frá fæðingu) (Sjúkratryggingar Íslands, 2011) (sjá töflu 5).

Kostnaður við venjubundna þjónustu hérlandis fyrstu 10 dagana eftir eðlilega fæðingu, þ.e. sjúkráhúsdvöl og heimaþjónusta, var því samkvæmt þessu um 420.000 kr.

UMRÆÐA

Þróun þjónustunnar og gæði út frá lengd sængurlegru, burðarmálsaða og útgjalda til heilbrigðismála

Viðast er sá tími liðinn þegar sængurlegra á fæðingarstofnun var lengri en fjórir dagar eftir eðlilega fæðingu. Þó eru lönd sem enn halda í þessa hefð, eins og fram kemur í tölum OECD (OECD health data, e.d.) sem sjá má í töflu 1. Þar má einnig sjá að enn er sængurlegra að stytta þó mesta breytingin hafi átt sér stað á tíunda áratugnum. Þróunin hefur þó verið mismunandi eftir löndum, allt frá hraðri þróun í Ungverjalandi, til óbreytts ástands í Grikklandi og Bandaríkjunum. Ekki er ólíklegt að sjúkráhúslaga í Bandaríkjunum skýrist nokkuð af fyrrnefndum lögum um lengd sjúkráhúslaga eftir fæðingu (Malkin o.fl., 2003) og kannski er svipaða

Tafla 3. Yfirlit kostnaðartengdra rannsókna á sængurlegubjónustu.

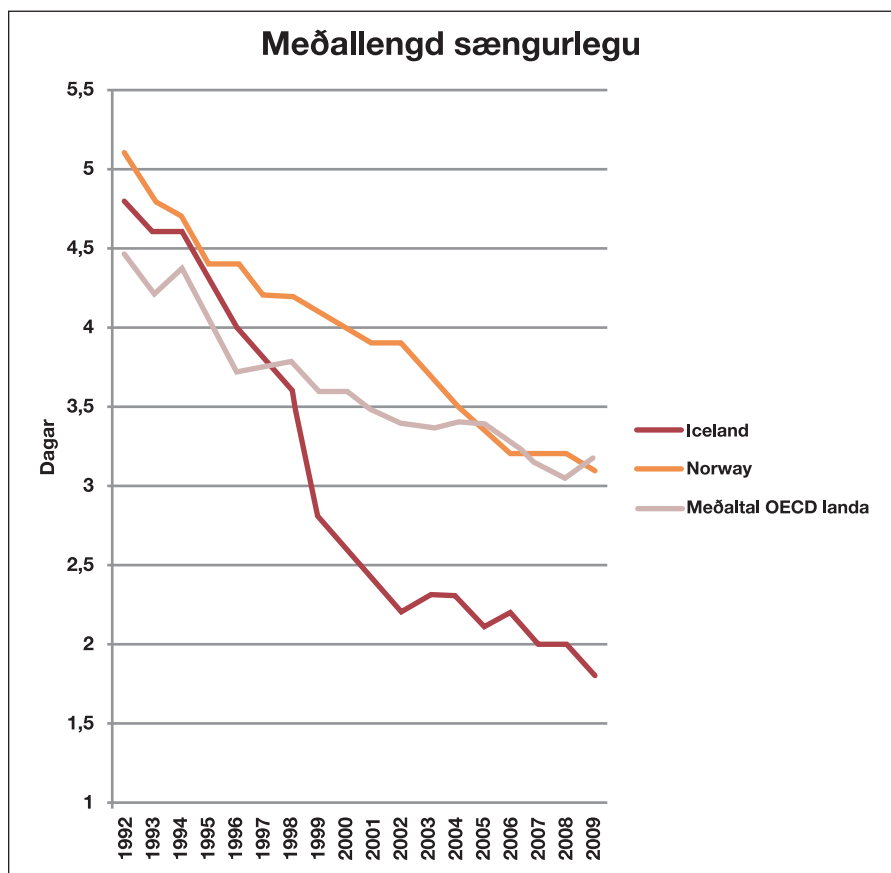
Höfundar	Titill rannsóknargreinar	Niðurstaða
Steel O'Connor og félagar, (2003)	Randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge.	Ódýrara að meta þörf fyrir heimavítjun með samtali í stað rútineraðra vitjana.
Paul og félagar, (2004)	Cost-effectiveness of postnatal home nursing visits for prevention of hospital care for jaundice and dehydration.	Heimavítjanir borga sig til að meta þornun og nýburagulu.
Paulden og félagar, (2010)	Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis.	Skimun ein og sér borgar sig ekki.
Morrell og félagar, (2000)	Cost and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial.	Borga sig ekki fjárhagslega en skjólstæðingar ánægðir með þjónustuna.
Ellberg og félagar, (2006)	Satisfying parents' preferences with regard to various models of postnatal care is cost-minimizing.	Foreldrar velja ódýrari þjónustu en hagkvæmstu leiðir ekki alltaf notaðar.
Malkin og félagar, (2003)	Postpartum length of stay and newborn health: a cost-effectiveness analysis.	Lenging sjúkrahúslegu getur borgað sig.
Petrou og félagar, (2004)	Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation.	Heimavítjanir eru ódýrari en sjúkrahúslega og ekki óöruggari.

Tafla 4. Kostnaður sængurlegru á LSH.

Kostnaður meðgöngu og sængurkvennadeild LSH	
Deildarkostnaður	138.936 kr.
Meðferðarkostnaður	50.389 kr.
Stjórnunarkostnaður	19.993 kr.
Heildarkostnaður/dag	209.318 kr.
Kostnaður 1,8 dagar	376.772 kr.

Tafla 5. Kostnaður SÍ af heimaþjónustu.

Gjaldskrá SÍ við heimaþjónustu (1. mars 2012)	
Frunbyrja	
per vitjun	6.448 kr.
7 vitjanir (hámark)	45.136 kr.
Fjölbýrja	
per vitjun	5.824 kr.
6 vitjanir (hámark)	39.944 kr.



Mynd 2. Meðallengd sængurlegru á Íslandi og í Noregi (OECD health data, e.d²).

skýringu að finna fyrir Grikkland. Hér gildir að sönnu að sinn er síðurinn í landi hverju en athygli vekur að í Bandaríkjunum virðist

sængurlegra vera að lengjast aftur.

Í töflu 2 sést að af OECD ríkjum er sængurlegra kvenna á stofnun lang styst í

Mexíkó og Tyrklandi eða einungis hálfan annan sólarhring. Á tíðnitölum yfir burðarmálsdauða í þessum löndum sést þó að tíðnin er há eða milli 13 og 15 á hver 1000 lifandi fædd börn. Auk þess má sjá að útgjöld til heilbrigðismála í þessum ríkjum eru lág á hvern íbúa sem gefur vísbendingu um erfiða fjárhagsstöðu þjóðanna. Sviss og Slóvakía skera sig aftur á móti úr vegna lengri sængurlegru, eða ríflega fimm sólarhringa sjúkrahúslegru. Útgjöld til heilbrigðismála eru há í Sviss en í samanburði við önnur lönd virðist það ekki skila þeim lægri tíðni burðarmálsdauða, þar sem burðarmálsdauðatiðni í Sviss (4,3) er í og yfir meðaltali OECD landa (IMR 4,3/1000). Þetta gildir jafnvel þó útlagarnir Mexíkó og Tyrkland séu ekki teknir inn í það meðaltal (IMR 4,1/1000). Slóvakía hefur bæði hærri burðarmálsdauðatiðni og mun minni útgjöld til heilbrigðismála en meðaltal OECD ríkja og gefur það einnig vísbendingu um bolmagn þjóðarinnar til heilbrigðisútgjalda.

Ísland, Holland og Bretland skera sig úr öðrum sambærilegum OECD löndum í töflu 1. Þar er sængurlegra stutt en burðarmáls-tíðni tiltölulega lág, sérstaklega á Íslandi (sjá töflu 2). Útgjöld þessara þjóða til heilbrigðismála eru misjöfn, há í Hollandi en í Bretlandi og á Íslandi í ríflegu meðaltali OECD landa (3361US\$/íbúa).

Sérstaða Íslands, Hollands og Bretlands kemur ekki eingöngu fram í lengd sængurlegru á stofnun, heldur einnig uppbyggingar þeirrar þjónustu sem í boði er eftir útskrift af fæðingastofnun. Í þessum þremur löndum fara ljósmæður í heimavítjanir til sængurkvenna fyrstu vikuna eftir heimkomu (Ljósmæðrafélag Íslands, 2010; Wiegers, 2006; Bull o.fl., 2004) og jafnvel fyrsta mánuðinn, eins og breska þjónustan er uppbyggð (Bull o.fl., 2004). Ætla má að þessi þjónusta sé ástæðan fyrir að löndin þrjú skera sig úr öðrum sambærilegum OECD löndum í fjölda sængurlegudaga á stofnun, þar sem útgjöld til heilbrigðismála bera þess vitni að vel er í heilbrigðisþjónustu lagt að jafnaði.

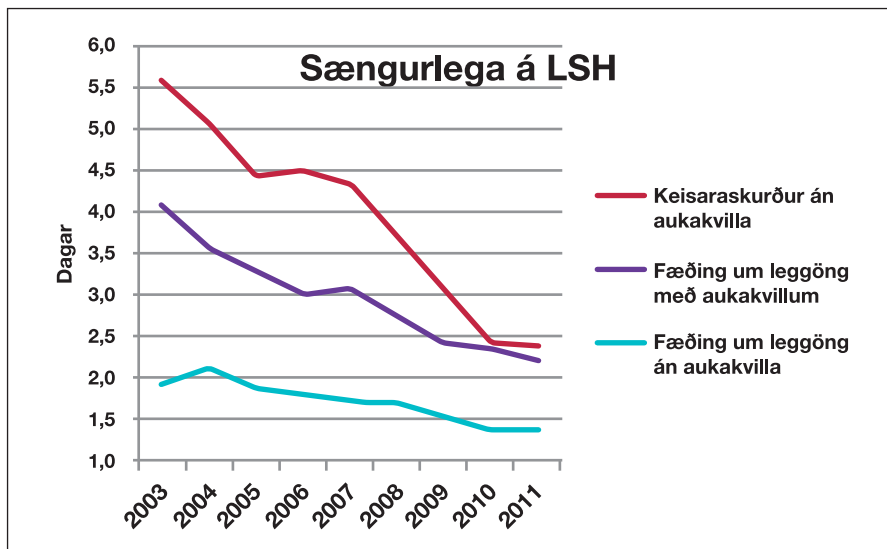
Þróun þjónustunnar í sambærilegum löndum

Síðan farið var að bjóða heimaþjónustu ljósmæðra eftir snemmuútskrift af fæðingastofnun hefur sængurlegra hérlandis þróast á annan hátt en í nágrannaríkjum okkar. Af landfræðilegum ástæðum og aðgengi að heilbrigðisþjónustu þeim tengdum, má ætla að Ísland sé einna líkast Noregi af Norðurlöndunum og samanburður því raunhæfur í þessum tveimur ríkjum.

Eins og sjá má á mynd 2 hefur sængurlegra á stofnunum stytst ár frá ári. Á árabílinu 1994 til 1998³ má hins vegar sjá byrjun á umtalsvert hraðari þróun í þessa átt á Íslandi. Árið 2009 var meðalsængurlegra í Noregi 3,1 dagar, meðaltal OECD landa var þá 3,2 dagar en meðaltal á Íslandi 1,8

²Tölur yfir lengd sængurlegru á Íslandi árin 1995–1997 liggja ekki fyrir en í ljósi greinilegrar þróunar er hér gert ráð fyrir að jöfn lækun hafi verið milli árunna 1994 (4,6 dagar) og 1998 (3,6 dagar).

³Tölur yfir lengd sængurlegru á Íslandi árin 1995–1997 liggja ekki fyrir og því ekki hægt að sjá nákvæmlega hvenær þessi þróun byrjar að skera sig úr.



Mynd 3. Lengd sængurlegru á LSH 2003–2011.

dagur (OECD health data, e.d.). Ætla má að ef þróunin á Íslandi hefur fylgt þeirri norsku hefur sængurlega á stofnun verið svipuð og þar árið 2009, þ.e. um 1,3 dögum lengri. Ef tekið er mið af kostnaðartölum af sængurlegu kvenna eftir eðlilega fæðingu á Landspítala (Helga Bjarnadóttir, 2012a) og lengri sjúkrahúsvist miðað við norskar tölur (3,1 d) hefur kostnaður af sjúkrahúsdvöl hverrar sængurkonu hér orðið rétt tæpar 650 þkr. í stað tæplega 377 þkr.

Jafnvel þó heimaþjónusta ljósmæðra reiknist inn í heildarkostnað sængurleguþjónustunnar kemur í ljós að íslenska fyrirkomulagið er um 230 þkr. ódýrara en hið norska. Þetta er einkum athyglisvert í ljósi þess að tímabilið sem sængurleguþjónustan nær yfir hérlendis er mun lengra eða 10 dagar á móti 3 dögum í Noregi. Út frá nýjum tölum yfir fjölda eðlilegar fæðingar á Landspítala (Helga Bjarnadóttir, 2012c), endurspeglar þessi mismunur um 450–500 mkr. á ári á tímabilinu 2003 til 2011. Hér er samt mikilvægt að hafa fyrirvara á útreikningum þegar litið er til kostnaðar á sólarhringsgrundvelli, þar sem kostnaður af sjúkrahúslægu hefur tilhneigingu til að vera framhlaðinn og stutt lega því hlutfallslega dýrari en lengri (Helga Bjarnadóttir, 2012b; Ellberg o.fl., 2006). Einnig verður að horfa til þess að uppgefinn kostnaður miðast við meðgöngu- og sængurkvennadeild Landspítala en hefðbundnar sængurlegudeildir eru nú til dags sjaldan ætlaðar öðrum en veikum konum og börnum (Ellberg o.fl., 2006) og má ætla að kostnaðurinn sé hærri þar (Ellberg o.fl., 2006).

Samantekt niðurstaða og umræðna

Ljóst er að stytting sængurlegru á fæðingarstofnun hefur talsverðan sparnað í för með sér, bæði hjá konum sem fætt hafa eðlilega og öðrum en eins og fyrr segir má gróflega ætla að heimaþjónusta ljósmæðra í sængurlegu hafi sparað 450–500 mkr. á ári

á Landspítala frá árinu 2003 til 2011 og er þá einungis tekið mið af konum sem fætt hafa eðlilega. Sparnaður vegna styttingar sængurlegru keisarafæddra kvenna gefur einnig sterkar vísbendingar um vel heppnaða hagræðingu í íslenskrum heilbrigðisþjónustu með tilkomu heimaþjónustu ljósmæðra fyrir þennan hóp. Velta má fyrir sér hvernig nýta megi hagræðingu af enn frekari þróun í barneignarþjónustu utan sjúkrastofnana, án þess að slakað sé á faglegum öryggiskröfum. Þó ber að varast að ofreikna sparnað af styttingu sængurlegru og taka verður fullt tillit til annarra kostnaðarþátta eins og endurinnlagningarartíðni, framhlaðins kostnaðar sjúkrahúslegru og kostnaðar foreldra vegna styttri sjúkrahúslegru.

Rannsóknir benda til hagkvæmni heimavítjana í sængurlegu en mikil þörf er á frekari rannsóknum og hagfræðilegu mati mismunandi þjónustuforma. Framtíðarrannsóknir þurfa að taka mið af eðli þjónustunnar sem er ferli margskonar inngrípa sem miða að margþættri útkomu á mismunandi sviðum.

Heimildaskrá

- Bhavani, V., Newburn, M. (2010). *Left to your own devices: the postnatal care experiences of 1260 first-time mothers*. London: NCT.
- Bull, J., McCormick, G., Sann, C., Mulvihill, C. (2004). *Ante- and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews. Evidence briefing*. London: NHS Health Development Agency.
- Committee on Fetus and Newborn (2004). Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics*, 113(5), 1434–1436.
- Ellberg, L., Höberg, U., Lundman, B., Lindholm, L. (2006). Satisfying parents' preferences with regard to various models of postnatal care is cost-minimizing. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 175–181.
- Ellberg, L. (2008). *Postnatal care – Outcomes of various care options in Sweden*. Umeå: Umeå University Medical Dissertations.
- Fjell kommune (2010). *Fjell fekk Samhandlingsprisen*. Skoðað 10. mars 2012 á http://www.fjell.kommune.no/Aktuelt/Aktuelt_arkiv/Fjell-fekk-Samhandlingsprisen/
- Fjell kommune (án ártals). *JordmorHeim*. Skoðað 10. mars 2012 á <http://www.helsedirektoratet.no/sam->

- handlingsreformen/eksempler/Documents/jordmorheim-fjell-kommune.pdf
- Heiberg, M. (2012). *Barsel i Norge*. Tölvupóstur 9. mars 2012.
- Helga Bjarnadóttir (2012a). *Tölur úr kostnaðarkerfi Landspítala fyrir 2011 jan.–nóv.* Tölvupóstur 6. febrúar 2012.
- Helga Bjarnadóttir (2012b). *DRG framleiðslu- og kostnaðarkerfi, uppbygging og notkun á LSH*. Fyrirlestur í áfanganum Þættir í heilsuhagfræði í HÍ, 15. febrúar 2012.
- Helga Bjarnadóttir (2012c). *Meðalsængurlega á LSH*. Tölvupóstur 24. febrúar 2012.
- Helsetilsynet (2011). *Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behovet til barselkvinner og det nyfødte barnet i barseltida?* Skoðað 10. mars 2012 á http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport3_2011.pdf
- Hildur Sigurðardóttir (2009). *Faglegar leiðbeiningar um heimaþjónustu ljósmæðra*. Skoðað 29. febrúar 2012 á <http://landlaeknir.is/lislib/getfile.aspx?itemid=3850>
- Ljósmæðrafélag Íslands (2010). *Barneignarþjónusta á Íslandi 2010: Uppbygging og framtíðarsýn á breytingatímum*. Reykjavík: Ljósmæðrafélag Íslands.
- Malkin, J.D., Keeler, E., Broder, M.S., Garber, S. (2003). Postpartum length of stay and newborn health: A Cost-Effectiveness Analysis. *Pediatrics*, 111 (4), 316–322.
- Morrell, C.J., Spiby, H., Stewart, P., Walters, S., Morgan, A. (2000). Cost and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 593–598.
- NCT (2010). Postnatal care – still a Cinderella story? *New Digest* 52 October.
- NHS (2006). *Routine postnatal care of women and their babies. NICE clinical guideline 37*. London: National Collaborating Centre for Primary Care.
- NRK (2011). *Mobile jordmødre har vorte ein suksess*. Skoðað 10. mars 2012 á <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.7590401>
- OECD health data (2011). *Frequently requested data file*. Skoðað 15. febrúar 2012 á http://www.oecd.org/document/16/0,3746,-en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html
- Paul, I.M., Phillips, T.A., Widome, M.D., Hollenbeck, C.S. (2004). Cost-effectiveness of postnatal home nursing visits for prevention of hospital care for jaundice and dehydration. *Pediatrics*, 114(4), 1015–1022.
- Paulden, M., Palmer, S., Hewitt, C., Gilbody, S. (2010). Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ*. Rafræn frumtúgáfa. 22;339:b5203, doi: 10.1136/bmj.b5203.
- Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Perneger, T., Irion, O. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 800–806.
- Sjúkratryggingar Íslands (2011). *Rammamningur*. Skoðað 29. febrúar á http://www.sjukra.is/media/samningar/Ljosmaedur_rammasamningur_31.12.2012.pdf
- Steel O'Connor, K., Mowat, D.L., Scott, H.M., Carr, P.A., Dorland, J.L., Tai, K.F.W.Y. (2003). A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge. *Canadian Journal of Public Health*, 94(2), 98–103.
- Wieggers, T.A. (2006). Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. *Journal of Neonatal Nursing*, 12(5), 163–171.
- Watt, S., Sword, W., Krueger, P. (2005). Longer postpartum hospitalization options – who stays, who leaves, what changes? *BMC Pregnancy and Childbirth*, doi:10.1186/1471-2393-5-13
- Zadoroznyj, M. (2006). Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health Soc Care Comm.*, 15(1), 35–44.

Um þriðja stig fæðingar – hvenær er rétt að skilja á milli barns og móður?

INNGANGUR

Þegar ég var að læra til ljósmóður var talið bráðnaðsynlegt að skilja á milli barns og fylgju eins fljótt og auðið væri. Var okkur kennt að það væri til að minnka líkur á vandamálum hjá barninu eins og nýburagulu eða öndunarörðugleikum. Að auki var talið að minni blæðing væri í fæðingunni ef snemma væri skilið á milli. Sérstaklega þurfti að hraða því að skilja á milli ef barnið var slappt eða þurfti að endurlífga það eða hjálpa því á annan hátt. Þetta var í samræmi við þá fæðingarfræði sem þá var við líði og var stunduð í vestrænum löndum (Arca, Botet, Palacio og Carbonell-Estrany, 2010; Mercer og Skovgaard, 2002).

Tvær meginsteifur hafa verið við lýði í meðhöndlun á þriðja stigi fæðingar, annars vegar lífeðlisfræðileg fæðing fylgju og hins vegar virk meðferð í fylgjufæðingu (Kristbjörg Magnúsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2005; McDonald og Middleton, 2008). Þessum stefnum fylgja gjarnan mismunandi skoðanir á því hvort rétt sé að klemma strax fyrir naflastrenginn (McDonald og Middleton, 2008). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin mælir með virkri meðferð við fylgjufæðingu, en biða megi svolítið með að loka fyrir naflastrenginn, nema ef barnið þarf á sérstakri umönnun að halda, svo sem vegna súrefnisskorts í fæðingunni (World Health Organization, 2007).

Fróðlegt er að skoða nánar hvenær rétt sé að skilja á milli móður og barns og hvað skuli gera þegar barn hefur upplifað erfiða fæðingu og þarfnast sérstakrar meðferðar vegna súrefnisskorts eða jafnvel endurlífgunar eins og getur til dæmis verið raunin eftir axlarklemmu í fæðingu og/eða fast vafinn naflastreng.

Þriðja stig fæðingar

Fæðing fylgjunnar hefur verið skilgreind sem þriðja stig fæðingar, þá losnar fylgjan frá legveggnum og hún fæðist ásamt belgunum. Tíminn sem getur liðið frá fæðingu barnsins þar til fylgjan fæðist getur verið breytilegur eða allt frá nokkrum mínútum og upp í klukkustund án þess að nokkuð óeðlilegt sé á ferðinni (Fraser og Cooper, 2008).

Spurningar um hvenær sé rétti tíminn til



Björg Sigurðardóttir
ljósmóðir, MSc
á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

að skilja á milli barns og móður og hvernig standa skuli að fæðingu fylgjunnar hafa verið til umræðu meðal fræðimanna í að minnsta kosti tvær aldir eða frá því að Erasmus Darwin skrifaði í Zoonomiu 1801, en þar segir svo í lauslegri þýðingu höfundar:

Annar þáttur sem getur verið barninu hættulegur er að binda fyrir og klippa á naflastreng of snemma. Biða ætti með það þar til barnið er ekki bara farið að anda eðlilega, heldur þar til að æðasláttur í strengnum er hættur. Að öðrum kosti verður barnið mun viðkvæmara en það ætti annars að vera; hluti af því blóði sem tilheyrir barninu verður eftir í fylgjunni; og jafnframt því þá losnar fylgjan ekki á náttúrulegan hátt.

(Darwin, 1801. Bls. 302).

Þessi gömlu skrif eru áhugavert innlegg í þá umræðu hvenær beri að skilja á milli og hvað sé í húfi ef gripið er inn í of snemma.

Lífeðlisfræðileg fylgjufæðing er án inngripa, sem þýðir að beðið er þar til fylgjan losnar sjálfkrafa frá legveggnum og fæðist í kjölfarið. Móðurinni eru ekki gefin samdráttarlyf til að flýta fylgjufæðingunni, en þó má örva samdrátt í leginu til dæmis með því að nudda geirvörtur. Þá er gert ráð fyrir að beðið sé með að skilja á milli í að minnsta kosti tvær til þrjár mínútur, en helst þar til

æðasláttur í naflastreng er hættur, eða þar til móðirin samþykkir að skilið sé á milli eða hvorutveggja, er þetta skilgreint sem síðbúin lokun fyrir naflastreng (Arca o.fl. 2010; Kristbjörg Magnúsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2005; McDonald og Middleton, 2008; World Health Organisation, 2007).

Þegar virkri meðferð við fæðingu fylgjunnar er beitt er móðurinni gefið samdráttarlyf til að flýta fyrir samdrætti legsins. Fljótlega eftir fæðingu barnsins, helst innan 30 sekúnda, er skilið á milli óháð því hvort sláttur í streng er hættur eða ekki, skilgreint sem *snemmbúin lokun fyrir naflastreng*, og notað stýrt tog í naflastreng til að stjórna fylgjufæðingunni (Baddock og Dixon, 2006; Fraser og Cooper, 2008; Kristbjörg Magnúsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2005; Landspítali háskólasjúkrahús, 2012; McDonald og Middleton, 2008; World Health Organisation, 2007).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin mælir með því að ekki sé skilið á milli móður og barns fyrr en nauðsynlegt þyki að beita stýrðu tugi í naflastrenginn til að fylgjan fæðist. Er talið að ekki sé þörf á því fyrr en eftir þrjár mínútur frá fæðingu barnsins. Þá er talið að hjá fyrirbura sé rétt að biða eins lengi og kostur er með að skilja á milli, eða í að minnsta kosti 30 sekúndur (World Health Organisation, 2007). Arca o.fl., (2010) og Mercer o.fl. (2006) segja að mjólka megi strenginn til að auka blóðmagn til barnsins ef nauðsynlega þarf að flýta því að skilja á milli. Á Landspítala háskólasjúkrahúsi (2012) er mælt með virkri meðferð á þriðja stigi fæðingar og að gefa samdráttarlyf innan mínútu frá fæðingu. Er þar meðal annars stuðst við ráðleggingar frá ICM og FIGO (2003), um meðferð við þriðja stigi fæðingar. Er þessari aðferð ætlað að auðvelda fylgjufæðingu og koma í veg fyrir blæðingu eftir fæðingu (Reynir Tómas Geirsson, 2005). Þó er gert ráð fyrir að ekki sé skilið á milli fullburða barns og fylgju fyrr en sláttur er hættur í naflastreng, með þeim fyrirvara að mögulega þurfi að flýta því vegna ástands barnsins. Hjá fyrirbura er mælt með að beðið sé með að skilja á milli í 30–120 sekúndur, nema barnið þoli ekki biðina (Landspítali háskólasjúkrahús, 2012).

Barnið – frá fósturblóðrás til nýburablóðrásar

Í fósturfylgju blóðrás eru venjulega um það bil 110–120 ml af blóði á hvert kíló sem barnið vegur og er það magn sem föstrið/barnið getur nýtt sér þegar blóðrásin breytist. Við lok meðgöngu eru um það bil 2/3 hlutar blóðsins í líkama barnsins en 1/3 í fylgju-blóðrásinni (Mercer, Skovgaard og Erickson-Owens, 2008; Mercer og Erickson-Owens, 2012; Rabe, Diaz-Rossello, Duley og Dows-well, 2012). Hjá fyrirburum geta verið allt að 2/3 hlutar blóðsins í fylgjunni og 1/3 í barninu (Rabe o.fl. 2012).

Í lok sjöunda áratugar síðustu aldar og í byrjun þess áttunda komu fram áhugaverðar rannsóknarniðurstöður um blóðflæði milli fylgju og barns fyrstu mínútnar í lífi þess. Sýndu þær að blóðmagn barnsins eykst verulega fyrstu þrjár mínútnar sem liða frá fæðingu, ef flæði milli barns og fylgju er óhindrað, eða frá 67% og upp í 87% af því blóði sem í barn/fylgju blóðrásinni er (Yao og Lind, 1974; Yao, Moinian og Lind, 1969). Fullburða barn við fæðingu er með um það bil 70 ml/kíló af blóði en getur farið upp í 90 ml/kíló ef beðið er í að minnsta kosti þrjár mínútur með að skilja á milli (Mercer og Erickson-Owens, 2012; Mercer, Erickson-Owens og Skovgaard, 2009). Farrar og félagar (2010) komust að svipuðum niðurstöðum þegar þeir sannreynðu rannsóknir Yao og samstarfsmanna hennar 1969. Mælt var blóðflæði til barns eftir fæðingu með því að vikta það, þar til þyngd þess hætti að breytast. Niðurstöður Cochrane samantektar þeirra Rabe og félaga (2012) sýndi betri útkomu hjá fyrirburum ef beðið var með að skilja á milli, eða mjólka strenginn til þeirra, og þeir þyrftu síður blóðgjöf eftir fæðingu, eins og niðurstöður fræðilegrar samantektar Arca og samstarfsmanna hennar (2009) sýndi líka.

Breytingar sem verða á blóðflæði og blóðrás barnsins við fæðingu eru miklar og áhugavert að skoða hverju það skiptir sé beðið með að skilja á milli í nokkrar mínútur. Hlutverk blóðrásarinnar í fósturlífinu er að flytja næringarefni/úrgangsefni og lofttegundir (súrefni og koldíoxíð) til og frá barninu í gegnum fylgjuna. Þetta sýnir sig líka í því hvernig slagmagn hjartans (blóðmagnið sem hjartað dælir í hverju slagi) (e. cardiac output) skiptist til líffæra. Lungun fá 8% af blóðinu, 20% fer til heilans og 15% til meltingarfæra, en 45–50% blóðsins fer til fylgjunnar. Við fæðingu verður breyting á blóðrás barnsins sem krefst þess að lungun taki við loftskiptum í líkamanum í stað fylgjunnar. Um 50% af slagmagni hjartans fer þá til lungnanna, streymir í gegnum þau og lungnahrígrásin verður til (Coggins og Mercer, 2009; Mercer, 2001; Mercer og Erickson-Owens, 2012; Mercer og Skovgaard, 2002; Mercer o.fl., 2008).

Hefð hefur verið fyrir því að telja að umskiptin gerist hratt og áriðandi sé að

lungu barnsins ná að þenjast sem fyrst út af lofti. Fyrsti gráturinn hefur einnig verið talinn mikilvægur fyrir öndunina og gripið hefur verið til örvunar ef barnið grætur ekki fljótlega eftir fæðingu (Mercer o.fl., 2008). Það sem skiptir hins vegar mestu máli við þær breytingar sem verða frá fósturblóðrás til nýburablóðrásar er blóðmagn barnsins og sá fjöldi rauðra blóðkorna sem er til staðar til að flytja súrefni til mikilvægustu líffæra (Mercer og Skovgaard, 2002).

Við samdrátt leggsins í fæðingunni verður smátt og smátt meiri þrýstingur á fylgjuna sem pressar blóðið frá henni til barnsins. Minna blóð verður eftir í fylgjunni, en að sama skapi eykst blóðmagn fóstursins/nýburans auk þess sem blóðþrýstingur og súrefnisstyrkur í blóði barnsins hækkar (Mercer og Skovgaard, 2002). Þessi aukni þrýstingur frá legsamdrættinum og aukið blóðmagn í líkama barnsins yfirvinnur vökvamótstöðuna í lungunum (lungnablóðurnar eru vökvafylltar fyrir fæðingu). Háræðakerfi lungnablaðranna (e. capillary network) verður virkt (háráðarnar fyllast) og spenna upp lungnablóðurnar og þær ná fullri stærð. Vökvinn sem í þeim var á meðgöngunni sogast upp í gegnum slímhúð lungnablaðranna inn í blóðrásakerfið og lungun verða tilbúin að takast á við hlutverk sitt eftir fæðingu. Aukningin á flæði rauðra blóðkorna, frá fylgjunni til barnsins, eykur súrefnisflæðið sem örvar öndunarstöðvar barnsins og það byrjar að anda. Þegar súrefnisstyrkur í bláæðablóði nýburans hækkar úr 15 mmHg (í fósturlífi) í 36 mmHg, sem er eðlilegur styrkur eftir fæðingu, lokast naflaslagæðarnar og hindra þar með að blóðið geti runnið aftur til fylgjunnar (Mercer og Skovgaard, 2002). Í niðurstöðum rannsóknar á nýbornum lömbum var sýnt fram á að aukið blóðmagn hjá þeim verði til þess að fósturslagæðin (e. ductus arteriosus) lokist vegna minnkaðs þrýstings milli ósæðarinnar (e. aorta) og lungnaslagæðarinnar (e. arteria pulmonaris) (Mercer og Skovgaard, 2002).

Hjá flestum spendýrum heldur blóðflæðið frá fylgju áfram í nokkrar mínútur eftir fæðingu og afkvæmið fær það blóðmagn sem náttúran hefur ætlað því við fæðingu. Þegar sláttur í naflastreng er hættur, eða þegar lokað er fyrir strenginn, er komið það blóðmagn sem ungvíðið fær við fæðingu. Ef blóðið sem barst frá fylgjunni á þessum tíma er ekki nægjanlegt til að uppfylla lungnablóðrásina verður að bæta henni það upp með blóði sem annars hefði farið til hinna líffæra og hefur áhrif á virkni þeirra (Mercer o.fl., 2008).

Áhrif þess á barnið að skilja snemma eða seint á milli

Niðurstöður rannsókna sýna að síðbúin lokun naflastrengs auki blóðrauða og blóðmagn barnsins, meira blóðflæði verði til húðarinnar og því haldi barnið betur á sér hita. Þá hefur mælst aukið blóðstreymi til nýrna, sem leiðir til aukins þvagútskilnaðar, og meira streymi rauðra blóðkorna til meltingarfæra og heila

og líkur á súrefnisskortri hjá barninu minnkar (Arca o.fl., 2009; Mercer o.fl., 2008; Mercer og Erickson-Owens, 2012). Einnig hefur verið sýnt fram á að í naflastrengsblóði er mikið af stofnfrumum (e. stem cells) sem nýtast börnum, ekki síst ef einhver áföll hafa orðið í fæðingunni eða eftir hana, eins og súrefniskortur, blæðingar eða sýkingar, stuðla þær að því að líkaminn komist yfir áfallið án skaða (Tolosa o.fl., 2010).

Rannsóknarniðurstöður hafa sýnt að eftir tvo til þrjá mánuði frá fæðingu voru börn með síðbúna lokun á naflastreng með meiri járnbirgðir og voru í minni hættu á að greinast með blóðleysi heldur en börn með snemmbúna lokun á naflastreng (Anderson, Hellström-Westas, Anderson og Dömelöf, 2011; Arca o.fl., 2010; Lozoff, 2011). Er þetta ekki síst mikilvægt hjá börnum í þróunarlöndum þar sem járnskortur er eitt stærsta vandamálið sem tengist næringarskortri í heiminum (Grajeda, Pérez-Escamilla og Dewey, 1997).

Í niðurstöðum langtímarannsóknar þeirra Lozoff, Jimenez og Smith (2006), sem gerð var á börnum í Costa Rica, kom fram að börn sem greindust með blóðleysi í frumbersku reyndust vera með lægri greindarvísitölu og meiri hegðunarvandamál en þau börn sem ekki höfðu liðið fyrir blóðleysi sem ungabörn. Þetta sýnir líka fræðileg samantekt Lozoff (2011) um áhrif járnskorts á heilabroska og hegðun, að börn sem greinst höfðu með járnskort sem ungabörn áttu í meiri vandræðum með líkamlega færni og félagslega aðlögun en jafnaldrar þeirra.

Hærra blóðrauðagildi hjá barni getur aukið líkurnar á að það greinist með of mikið magn rauðra blóðkorna sem getur, ef ekkert er að gert, leitt af sér alvarlega nýburagulu (Ceriani Cernadas o.fl., 2006). Þá segja Arca o.fl., (2010) að barn með seinkaða klemmu á naflastreng þurfi fremur á ljósameðferð að halda vegna nýburagulu en barn með snemmbúna klemmu á streng. Hins vegar kemur það fram í slembistýrðri samanburðarrannsókn þeirra Anderson o.fl., (2011) á heilsufari og jámbúskap barna eftir því hvort snemma eða seint var skilið á milli móður og barns, að ekki sé hægt að merkja slíkan mun. Aftur á móti voru þau börn sem beðið hafði verið með að skilja á milli að meðaltali með 45% herra ferrítín í blóði við fjögurra mánaða aldur og liðu þau síður af einkennum blóðleysis, en börnin í hinum hópnunum.

Áhrif þess á móður að skilja snemma eða seint á milli

Niðurstöður Ceriani Cernadas o.fl., (2006) og Cochrane-samantektar þeirra McDonald og Middleton (2008) sýndu fram á að enginn munur virtist vera á blæðingu hjá móður eftir því hvort seint eða snemma var skilið á milli. Þá var ekki hægt að segja til um það hvort meiri líkur væru á fastri fylgju eftir því hvenær var skilið á milli, né heldur að það hefði áhrif á lengd þriðja stigsins, en þörf

sé á frekari rannsóknnum sem tengjast þriðja stigi fæðingar. Í niðurstöðum slembistýrðar rannsóknar þeirra Anderson o.fl., (2012) á því hvort það skipti máli hvort snemma eða seint væri lokað fyrir naflastreng með tilliti til blæðingar eftir fæðingu kom fram að ekki var marktækur munur á blæðingu milli hópanna, né heldur á tímanum sem leið frá því lokað var fyrir strenginn þar til fylgjan fæddist. Komast höfundar að því að það að biða með að skilja á milli móður og barns eftir fæðingu sé vanlegur kostur í nútíma fæðingarfæði. Bonnar, McNicol og Douglas (1971) nefna áhugaverðan þátt sem tengist því að biða með að skilja á milli móður og barns. Er biðin talin virkja storkupætti blóðsins, bæði hjá barni og móður, sem nauðsynlegir eru fyrir þau, ekki síst í kjölfar fæðingar (Tolosa o.fl. 2010).

Að skilja á milli eftir axlarklemmu

Axlarklemma er bráðaatvik sem getur orðið í fæðingu og oft án nokkurs fyrirboða (Thorogood og Hendy, 2006) og hefur verið skilgreint sem „seinkun eða hindrun í að axlir fæðist sjálfkrafa, án þess að notað sé tog eða sérstökum aðferðum beitt“ (Kreitzer, 2009, bls. 185). Rannsóknarniðurstöður hafa sýnt að axlarklemma verður í 0,2–2% fæðinga um fæðingarveg og er þá átt við að axlir fæðist ekki strax í kjölfar höfuðsins (Dandolu o.fl., 2005). Axlarklemman getur valdið blóðvökvakorti hjá nýburanum vegna þrýstings á naflastrenginn í fæðingarveginum og orsakað að óeðlilega mikið blóð pressast frá barninu til fylgjunnar. Getur þetta verið ástæðan fyrir lélegri útkomu barnsins eftir axlarklemmufæðingu en ætla mætti miðað við stuttan tíma í súrefnisnaud (e. hypoxia) og heilbriggt barn ætti að þola (Mercer og Erickson-Owens, 2009; Mercer o.fl., 2008; Mercer og Erickson-Owens, 2012).

Barn sem fæðist í kjölfar axlarklemmu getur því verið fölt og slappt og hjartslátturinn hæfur. Oftast er strax skilið á milli og farið með barnið á hitaborð til að endurlífga það (Mercer o.fl., 2008). Til viðbótar við fyrrnefnd einkenni eru líkur á því að barnið sé með merki um súrefnisskort, lélega vöðva-spennu, stynji og sýni merki um streitu. Nýburi sem sýnir þessi einkenni getur þurft á vökvagjöf að halda, sérstaklega ef hjartsláttur er mjög veikur og litarhátturinn fólur eða bláhvitur. Hægt er að bregðast við þessum einkennum strax eftir fæðingu og byrja endurlífgun áður en skilið er á milli. Fær þá barnið það blóðmagn sem það þarfnast í gegnum naflastrenginn og getur það skipt sköpum fyrir öndun barnsins að nægilegt blóðstreymi verði til mikilvægustu líffæra (Mercer og Erickson-Owens, 2009; Mercer o.fl., 2008; Mercer og Erickson-Owens, 2012).

Bent hefur verið á að ekki sé nauðsynlegt að nota súrefni við endurlífgun nýbura og sé notkun andúmslofts raunhæfur kostur og minni hætta sé á því að barnið skaðist af of miklu súrefni (Þórður Þorkelsson og Atli Dagbjartsson, 2006). Í ALSO-námsefninu um

endurlífgun nýbura er tekið í svipaðan streng, að jöfnum höndum megi nota andrúmsloft og súrefni við endurlífgun (Ailsworth, 2008). Það er því raunhæfur kostur að hefja endurlífgun barns við skaut móðurinnar, eða í fangi hennar og biða með að skilja á milli.

Ef við axlarklemmuna bætist að naflastrengur sé um háls barnsins við fæðinguna eru enn meiri líkur á lélegri útkomu hjá barninu ef skilið er á milli um leið og það er fætt, heldur en ef beðið er með það og barnið endurlífgað við hlið móðurinnar (Mercer o.fl., 2008; Mercer og Erickson-Owens, 2012).

Sé talið bráðnauðsynlegt að skilja á milli strax eftir fæðingu er hægt að *mjólka naflastrenginn* frá leggangaopi til barnsins, það er strjúka hann rösklega í átt til barnsins tvisvar til fjórum sinnum. Getur það hjálpað barninu að endurheimta blóðmagn líkamans eftir axlarklemmu hvort sem naflastrengurinn var líka um hálsinn eða ekki. Er þetta talin örugg aðferð sem stuðlar að betri útkomu barnsins en annars væri (Arca o.fl. 2009; Mercer o.fl., 2008; Mercer og Erickson-Owens, 2009; Rabe o.fl. 2012).

Samantekt

Að skilja á milli barns og móður með því að klippa á naflastrenginn eftir fæðingu er án efa eitt elsta og fyrsta inngrip í tilveru mannsins (Hutton og Hassan, 2007). Allt frá því að Darwin skrifaði um mikilvægi þess að flýta sér ekki um of að skilja á milli (Darwin, 1801) og til dagsins í dag er verið að velta vöngum og skiptast á skoðunum um hvernig best sé staðið að því og fæðingu fylgjunnar (sjá t.d. Arca o.fl. 2010; Hutton og Hassan, 2007; McDonald og Middleton, 2008; Mercer og Erickson-Owens, 2012).

Í rannsóknnum og fræðilegum samantektum hefur verið sýnt fram á að ef beðið er með að skilja á milli mælist barnið með hærri blóðrauða og meira ferritin í blóði en annars væri og að auki fær það meira af stofnfrumum úr naflastrengnum (sjá t.d. Arca o.fl., 2010; Anderson o.fl., 2011, Lozoff, 2011, Mercer og Erickson-Owens, 2012; Rabe o. fl., 2012; Tolosa o.fl. 2010). Alþjóðaheilbrigðismála-stofnunin (WHO) hefur mælt með því að beðið sé með að skilja á milli barns og fylgiu eins lengi og kostur er til heilla fyrir barnið (World Health Organisation, 2007). Ef talið er bráðnauðsynlegt að skilja strax á milli til að endurlífga barn er bent á þann kost að mjólka naflastrenginn og gefa barninu með því tækifæri til að fá það blóð sem náttúran ætlaði því til að takast á við lífið utan legsins (sjá t.d. Arca o.fl., 2010; Mercer og Erickson-Owens, 2012; Rabe o. fl., 2012).

Aldrei ætti að vanmeta þá hættu sem blæðing í kjölfar fæðingar getur haft í för með sér, en hins vegar þarf að vega og meta ástæður hennar. Í nýjum og nýlegum rannsóknum (t.d. Anderson o.fl., 2012; Arca o.fl., 2009; McDonald og Middleton, 2008) hefur verið sýnt fram á að ekki sé munur á blæðingu eftir fæðingu eftir því hvort lífeðlisfræðileg

eða virk aðferð við fylgjufæðingu sé notuð.

LOKAORD

Í upphafi þessarar greinar var spurt hvenær rétt væri að skilja á milli móður og barns svo og hvernig standa skuli að fæðingu fylgjunnar. Eftir því sem árin hafa liðið frá því ég hóf störf sem ljósmóðir fyrir 30 árum hefur reynslan kennt mér að eðlilegt sé að biða með að skilja á milli og leyfa fylgjinni að losna án inngripa. Þetta styðja rannsóknarniðurstöður. Nútíma fæðingarhjálp felur í sér að ekkert liggi á að skilja á milli, það sé barninu og móður þess fyrir bestu að biða í nokkrar mínútur þar til sláttur í streng er hættur og/eða fylgjan fædd.

Þess vegna er mikilvægt að ljósmæður tileinki sér þessa þekkingu og stuðli að því að reglur um þriðja stig fæðingar verði endurskoðar í takt við nýjustu þekkingu á þessu sviði.

Heimildaskrá

- Ailsworth, K. (2008). Neonatal resuscitation. *Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO)*.
- Andersson, O., Hellström-Westas, L., Andersson, D., Clausen J., og Domellöf, M. (2012). *Effects of delayed compared to early umbilical cord clamping on maternal postpartum hemorrhage and cord blood gas sampling: a randomized trial*. The Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01530.x.
- Andersson, O., Hellström-Westas, L., Andersson, D. og Domellöf, M. (2011). Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*. Doi: 10.1136/bmj.d7157.
- Arca, G., Botet, F., Palacio, M. og Carbonell-Estrany, X. (2010). Timing of umbilical cord clamping: New thoughts on an old discussion. (Review article) [rafræn útgáfa]. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. Early Online*, 1–12. Doi:10.3109/14767050903551475.
- Baddock, S. og Dixon, L. (2006). Physiological changes during labour and the postnatal period. Í S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood og S. Tracy (ritstjórar), *Midwifery preparation for practice* (bls. 375–392). Sydney: Elsevier Australia.
- Ceriani Cernadas, J. M., Carroli, G., Pellegrini, L., Otaño, L., Ferreira, M., Ricci, C. o.fl. (2006, 27. mars). The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: A randomized, controlled trial. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 117, e779–e786.
- Coggins, M. og Mercer, J. (2009, 8. apríl). Delayed cord clamping: Advantages for infants. *Nursing for Women's Health*, 13, 132–138.
- Dandolu, V., Lawrence, L., Gaughan, J. P., Grotegut, C., Harmanli, O. H., Jaspán, D. o.fl. (2005). Trends in the rate of shoulder dystocia over two decades. [rafræn útgáfa]. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 18(5): 305–310.
- Darwin, E. (1801). *Zoonomia*, vol. 3. London: St. Paul's Church Yard.
- Farrar, D., Airey, R., Law, G. R., Tuffnell, D., Cattle, B. og Duley, L. (2010, 18. nóvember). Measuring placental

- transfusion for term births: weighing babies with cord intact. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1: 70–75. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02781.x.
- Fraser, D. M. og Cooper, M. A. (2008). *Survival guide to midwifery*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Grajeda, R., Pérez-Escamilla, R. og Dewey, K. (1997). Delayed clamping of the umbilical cord improves hematologic status of Guatemalan infants at 2 mo of age. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 65, 425–431.
- Hutton, E. K. og Hassan E. S. (2007). Late vs Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates. *The Journal of the American Medical Association*, 297, 1241–1252.
- International Confederation of Midwives (ICM) og International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO). (2003, nóv.). *Joint statement; Management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage*.
- Kreitzer, M. K. (2009). Recognition, classification, and management of shoulder dystocia: The relationship to causation of brachial plexus injury. Í J. A. O'Leary (ritstjóri), *Shoulder dystocia and birth injury. prevention and treatment* (3. útgáfa), (bls. 179–208). Tampa: Humana Press.
- Kristbjörg Magnúsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2005). Treystum náttúrunni þegar það á við: Umönnun og meðferð á þriðja stigi fæðingar. *Ljósmaðrabladið*, 1, 35–37.
- Landspítali háskólasjúkrahús. (2012, 3. apríl). Verklagsregla. Þriðja stig fæðingar. *Gæðahandbækur*. Guðrún G. Eggertsdóttir og Hildur Harðardóttir (ábyrgðarmenn).
- Lozoff, B. (2011). Early iron deficiency has brain and behavior effects consistent with dopaminergic dysfunction. *The Journal of Nutrition*, 141, 740–746. Doi: 10.3945/jn.110.131169.
- Lozoff, B., Jimenez, E. og Smith, J. B. (2006). Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: A longitudinal analysis of cognitive test scores to 19 years. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160(11), 1108–1113. Doi: 10.1001/archpedi.160.11.1108.
- McDonald, S.J. og Middleton, P. (2009). Effect of timing of umbilical cord clamping of term Infants on maternal and neonatal outcomes (Review). *The Cochrane Collaboration*, 1–14.
- Mercer, J. S. (2001). Current best evidence: A review of the literature on umbilical cord clamping. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 402–414.
- Mercer, J. og Erickson-Owens, D. A. (2012). Rethinking placental transfusion and cord clamping issues. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 202–217. Doi: 10.1097/JPN.0b013e31825d2d9a.
- Mercer, J., Erickson-Owens, D. og Skovgaard, R. (2009, 1. janúar). Cardiac asystole at birth: Is hypovolemic shock the cause? *Medical Hypotheses*, 74, 458–463.
- Mercer, J. og Skovgaard, R. (2002). Neonatal transitional physiology: a new paradigm. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15, 56–75.
- Mercer, J., Skovgaard, R. og Erickson-Owens, D. (2008). Fetal to neonatal transition: first, do no harm. Í S. Downe (ritstjóri), *Normal childbirth. Evidence and debate* (bls. 149–170). Edinburgh: Churchill, Livingstone, Elsevier.
- Mercer, J. S., Vohr, B. R., McGrath, M. M., Padbury, J. F., Wallach, M., Oh, W. (2006). Delayed cord clamping in very preterm infants reduces the incidence of intraventricular Hemorrhage and Late-Onset Sepsis: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 117, 1235–1242.
- Rabe, H., Diaz-Rossello, J. L., Duley, L. og Dowswell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (review). *The Cochrane Collaboration*, 1–17. Doi: 10.1002/14651858.CD003248.pub3.
- Reynir Tómas Geirsson. (2005). Blæðing eftir fæðingu getur orðið lífshættuleg. *Læknablaðið*, 441–443.
- Thorogood, C. og Hendy, S. (2006). Life-threatening emergencies. Í S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood og S. Tracy (ritstjórar), *Midwifery Preparation for Practice*. Sydney: Elsevier Australia.
- Tolosa, J. N., Park, D.-H., Eve, D. J., Klasko, S. K., Borlongan, C. V. og Sanberg, P. R. (2010, 5. febrúar). Mankind's first natural stem cell transplant. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 14, 488–495.
- World Health Organisation. (2007). *WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage*. Geneva: WHO Document Production Services.
- Þórður Þorkelsson og Atli Dagbjartsson. (2006). Endurlífgun nýbura, klínískar leiðbeiningar. *Læknablaðið*, 859–864.
- Yao, A. C og Lind, J. (1974). Placental transfusion. *American Journal of Diseases of Children*, 127, 128–141.
- Yao, A. C., Moynian, M. og Lind, J. (1969). Distribution of blood between infant and placenta after birth. *Lancet*, 2, 871–873.

Hlaut styrk frá RANNÍS við rannsókn á heima-fæðingum

Berglind Hálfðánsdóttir, ljósmóðir og doktors-nemi í Hjúkrunarfræðideild, fékk nýverið hesta styrk RANNÍS við úthlutun úr Rannsóknar-námssjóði 2012. Styrkurinn nemur 10.080.000 kr. Doktorsverkefni Berglindar ber yfirskriftina Heima-fæðingar á Íslandi – útkoma og áhrifspættir. Aðalleiðbeinandi er Herdís Sveinsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild, og meðleiðbeinandi Ingegerd Hildingsson, prófessor við Mitt-universitetet í Svíþjóð.

Rannsókn Berglindar snýst um útkomu og áhrifspætti heima-fæðinga á Íslandi og er tilgangurinn að styðja við þróun barneignar-þjónustu í heilbrigðiskerfinu. „Rannsóknin tekur fyrst og fremst til hraustra kvenna og ber útkomu heima-fæðinga saman við útkomu sjúkrahús-fæðinga í sambærilegum hópum,“ segir Berglind. Kveikjan að rannsókn hennar er sú staðreynd að heima-fæðingum á Íslandi hefur fjölgað mikið á síðustu árum. „Þær nálgast nú 2% fæðinga, sem er herra hlutfall en í flestum vestrænum ríkjum. Enn hefur ekki verið gerð fræðileg rann-sókn á útkomu fæðinga sem sinnt er á þessu þjónustustigi hér á landi,“ segir Berglind.

Berglind útskýrir að barneignarþjónustu sé hægt að veita á



Berglind Hálfðánsdóttir
ljósmóðir

mismunandi hátt við ólíkar aðstæður. „Hver fæðing er einstök og ekki sjálfsgefð að sama þjónusta henti öllum fjölskyldum. Fjölbreytt þjónusta sem veitt er í takt við óskir verðandi foreldra og byggð á grunni vísindalegrar þekkingar er að mínu mati forsenda áframhaldandi þróunar barneignarþjónustu í heil-brigðiskerfinu.“ Þar sem rannsóknin er á frumstigi hafa niðurstöður ekki enn komið fram. „Erlendar rannsóknir á sambærilegum hópum hraustra kvenna leiða gjarnan í ljós jafn góða eða betri útkomu heima-fæðinga þegar þær eru bornar saman við sjúkrahús-fæðingar. Þó þessar niðurstöður séu í góðu samræmi við hugmyndafræði ljósmæðra um fæðingu sem náttúrulegt, lífeðlislegt ferli er útkoma rannsókna á heima-fæðingum háð þjónustu og staðhættum í hverju landi, og því ekki hægt að fullyrða að þessar niðurstöður eigi við um Ísland,“ segir Berglind að lokum.

Með rannsókn sinni leggur Berglind sitt af mörkum í þekk-ingargrunn íslenskrar ljósmóðurfræði, sem er ung fræðigrein héraðs. Auk þess munu niðurstöður bæta við þekkingu á útkomu heima-fæðinga sem orðið hafa til á síðustu árum víða um heim.

Hrafnhildur Ólafsdóttir tók saman

Þvaggleki

Hefð hefur verið fyrir því að nemendur á öðru ári í ljósmóðurfraði vinni svokölluð dagbókarverkefni. Nemendur velja sér ákveðið atvik eða aðstæður í verknámi sem þeim finnst standa upp úr á einhvern hátt. Ég ákvað að velja mér viðfangsefni úr mæðraverndinni í þessu verkefni. Ég hafði verið í nokkrar vikur í mæðraverndinni og kynnst því fjölbreytta og mikilvæga starfi sem ljósmæður sinna þar. Þar eru mörg tækifæri sem ljósmóðir hefur til að sinna heilbrigði kvenna á ýmsa vegu. Ljósmóðirin getur t.d. rætt hin ýmsu viðfangsefni tengd heilsu-eflingu sem til lengri tíma skila sér ekki bara í bættri heilsu kvenna heldur fjölskyldunnar í heild sinni.

Sagan sem hér er sögð er af konu sem ég hitti í mæðraverndinni. Það er ekki ólíklegt að saga hennar geti átt við margar konur á barneignaraldrinum. Konan kom til skoðunar í 28. viku og hafði meðgöngu gengið vel hjá henni. Hún var að ganga með sitt annað barn en hafði átt sitt fyrsta barn fyrir um fimm árum, þá um þrítugt. Sú meðgöngu hafði gengið vel en í lok hennar fór hún að finna fyrir þvagleka. Hún lýsti þeim einkennum þannig að hún mátti ekki hósta eða beita miklu álagi á grindarbotninn þá „komu nokkrir dropar“. Fæðing barnsins gekk vel, án inngripa og tók um 12 klukkustundir, sem segja má að sé meðaltími frumbyrjufæðingar. Eftir meðgönguna héldu þessi einkenni áfram. Konan sagðist hafa átt erfitt með að gera t.d. ákveðnar æfingar í ræktinni, gat ekki hoppað eða sippað, þá lækju alltaf einhverjir dropar. Hún hafði hitt sjúkrahjálfa eftir meðgönguna sem hafði kennt henni að gera grindarbotnsæfingar. Hún hafði reynt að gera þær þegar hún mundi eftir þeim en það hafi aldrei verið neitt markvisst. Núna á seinni meðgöngu finnst henni lekinn hafa versnað til muna. Í byrjun meðgöngu var þetta í lagi en þegar liða fór á meðgönguna höfðu einkennin bara versnað. Hún þarf alltaf að vera með innlegg því að lekinn er það mikill. Henni líður illa út af þessu, talaði um að henni fyndist stundum vera lýkt af sér og henni fannst þetta m.a. hafa áhrif á kynlífið. Saga þessarar konu er án efa ekki einstök. Ég minnst þess að hafa hitt að minnsta kosti tvær konur í fæðingu sem höfðu áhyggjur af því að það væri þvaglykt af þeim og lýstu einkennum þvagleka á meðgöngunni. Mér fannst þetta vera áhugavert viðfangsefni sem snertir heilbrigði kvenna, ekki eingöngu á meðgöngu heldur alla lífsleiðina og það varð því fyrir valinu í þessu dagbókarverkefni.



Hildur Sólveig Ragnarsdóttir,
ljósmæðranemi á öðru ári

Hvað er þvaggleki?

Þvaggleki er skilgreindur sem ósjálfráður þvaggleki sem kemur til án þess að fólk geti komið í veg fyrir hann eða jafnvel viti af honum. Þvaglekinn getur verið allt frá því að vera nokkrir dropar eða það mikill að einstaklingurinn rennblotnar. Hann getur byrjað hvenær sem er en áhættan eykst með aldrinum. Þvagleka er skipt í eftirfarandi þrjár tegundir:

- **Áreynsluþvagleka;** sem er algengastur. Þá missir fólk þvag við aukna áreynslu eða aukinn þrýsting í kviðarholi eins og hnerra, hósta eða líkamlega áreynslu. Helsta ástæða þess er að grindarbotnsvöðvarnir eru slappir og styðja því lítið við þvagrásina. Meðgöngu og fæðing er algengasta ástæða slappa grindarbotnsvöðva hjá konum og eykst tíðnin hjá konum sem hafa fætt mörg börn. Aðrir þættir sem hafa þarna áhrif á eru offita og hækking aldurs meðal annars.
- **Bráðþvagleka;** sem lýsir sér þannig að það mikil og sterk þvaglátsþörf verður að viðkomandi nær ekki að fara á salerni í tæka tíð. Talað er um í þessari tegund þvagleka að blaðran sé óróleg eða ofvirk. Þetta vandamál er að finna hjá öllum aldurshópum. Það er ekki vitað með vissu hverjar orsakirnar eru, en hin eiginlega blöðrustjórnun er úr skorðum. Einkennin geta verið allt frá því að vera væg þannig að einstaklingurinn er með stöðuga þörf fyrir þvaglát og upp í að vera þannig að viðkomandi getur ekki haldið í sér. Þessi einkenni geta svo versnað við álag.
- **Blandaðan þvagleka;** sem er þá blanda af þessu tvennu (Guðrún Broddadóttir, Halldóra Eyjólfadóttir, Rannveig Einarsdóttir, Sigríður Jóhannsdóttir og Sigurður Helgason, 2007).

Eitt af algengustu þvagfæravandamálum kvenna í tengslum við barnsburð er þvaggleki. Önnur vandamál sem tengjast þvagfærunum í kringum barnsburðinn eru erfiðleikar við þvaglát eða þvagtrekka og tíðar þvagfærasykingar (Jackson, 2011). Miklar lífeðlisfræðilegar breytingar verða á meðgöngu sem auka áhættuna á þvagleka. Breytingar verða á hormónabúskap líkamans og á álagspunkti þvagrásarkerfisins, aukinn þrýstingur er á grindarbotnsvöðva og liðbönd og bandvefurinn breytist (Lewicky-Gaupp, Cao, og Culbertson, 2008). Óljóst er hvort erfðir hafi einhver áhrif í þessu sambandi en þó hefur verið sýnt fram á auknar líkur á þvagleka á meðgöngu hafi móðir eða systir glímt við slíkt vandamál (Kocaöz, Talas, og Atabekoglu, 2010). Þvagleki virðist vera feimnismál og er sjaldan eitthvað sem rætt er í vinahópi. Konur virðast einnig eiga erfitt með að bera þetta vandamál upp við heilbrigðisstarfsfólk og því eru margar konur sem ekki fá rétta meðferð (Guðrún Broddadóttir o.fl., 2007).

Tíðni og áhættuþættir

Niðurstöður rannsókna eru samhljóma um það að tíðni þvagleka hjá konum sé um 30%. Í rannsókn í Frakklandi þar sem verið var að meta tíðni þvagleka hjá konum á öllum aldri eða frá 18 ára og upp úr kemur fram að tíðnin sé tæp 27%. Þar voru konur sem leituðu til heimilislækna af hinum ýmsu ástæðum spurðar að því hvort þær hefðu fundið fyrir einkennum þvagleka að minnsta kosti einu sinni á síðastliðnum fjórum vikum. Ef svo var þá tóku þær þátt í ítarlegri rannsókn þar sem ýmsir þættir í tengslum við þvagleka voru skoðaðir (Lasserre, Pelat, Guérout, Hanslik, Chartier-Kastler, Blanchon og Bloch, 2009). Einnig sýna rannsóknir að tíðni þvagleka á meðgöngu sé um 27% (Kocaös o.fl., 2010) og að þriðjungur kvenna glímir við þvagleka eftir barnsburð (Jackson, 2011).

Rannsókn Guðmundar Geirssonar, Guðmundar Vikars Einarssonar, Eiríks Orra Guðmundssonar og Þorsteins Gíslasonar (2002) gefur til kynna að tíðni þvagleka sé frekar há hér á landi. Rannsóknin var faraldsfræðileg og náði til 10.000 kvenna á aldrinum 30 til 75 ára, svarhlutfallið var 75.1%. Þar höfðu 38.4% kvennanna fundið fyrir þvagleka síðasta mánuðinn og 18.7% höfðu fundið fyrir þvagleka tvisvar til þrisvar í viku eða oftar. Áreynsluþvagleki var algengastur hjá yngri konunum og tíðni bráðþvagleka jókst með aldrinum. Miðað við tölur hér að ofan þar sem konur frá 18 ára aldri og upp úr eru skoðaðar má ætla að vandamálið sé ekki síðra hér á landi. Í rannsókn Bø, Øglund, Sletner, Mørkrid og

Jenum (2012) þar sem verið er að skoða tíðni þvagleka hjá konum af mismunandi þjóðerni kemur fram að tíðni þvagleka hjá konum frá Evrópu/ Norður-Ameríku er t.d. mun hærri en hjá konum frá Afríku. Tíðnin hjá konum frá Evrópu/Norður-Ameríku er 45.4% miðað við 25.5% hjá konum frá Afríku. Höfundar benda á að þrátt fyrir þennan mun á tíðnitölum þá er þetta þekkt vandamál hjá konum víðs vegar í heiminum og því nauðsynlegt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að vera með augum opin. Oft er þvagleki feimnismál og hægt er að leiða líkum að því að það geti verið erfiðara fyrir fólk af erlendu bergi brotið að bera þetta vandamál upp fyrir heilbrigðisstarfsfólk eins og reyndin er með konur almennt. Bæði getur verið um tungumálaerfiðleika að ræða hjá þessum hópum og svo menningarlegan breytileika.

Barnsburður er einn helsti áhættuþáttur álagsþvagleka en aldur og offita hafa einnig mikil áhrif á þróun hans. Ákveðnir þættir í tengslum við barnsburð virðast svo enn frekar getað aukið áhættuna á þvagleka en það eru þættir eins og notkun sogklukku, spangarskurður, lengt annað stig, fæðing þungbura og stórt höfuðmál (Jackson, 2011). Einnig er það vitað að tíðni og einkenni þvagleka aukast svo er líða tekur á meðgönguna (Brown, Donath, MacArthur, McDonald og Krastev, 2010; Sharma, Aggarwal, Shingal, Kumar og Roy, 2009). Fleiri þættir í tengslum við barnsburð hafa verið skoðaðir í sambandi við þvagleka. Markmið rannsóknar sem framkvæmd var í Bandaríkjunum á árunum 2000 til 2006 var að kanna hvort að stýrður rembingur á öðru stigi fæðingar hefði áhrif á þróun þvagleka hjá konum sem voru að fæða sitt fyrsta barn. Rannsóknin var framskyggn slembi-samanburðarrannsókn og samanstóð af 249 konum sem var slembiraðað í fjóra rannsóknarhópa. Einum hópnum var leiðbeint eða stýrt hvernig átti að rembast, annar átti að rembast sjálfkrafa, sá þriðji átti að nudda spöngina frá 34. viku og var leiðbeint/stýrt með rembing og sá fjórði átti einnig að nudda spöngina og svo rembast sjálfkrafa. Ekki var hægt að sýna fram á samband á milli tegundar rembinga á öðru stigi og þróun þvagleka. Enginn munur var á tíðni þvagleka einu ári eftir fæðinguna í öllum hópnum (Low, Miller, Guo, Ashton-Miller, DeLancey og Sampselle, 2012).

Hvað er til ráða?

Sýnt hefur verið fram á að meðgangan ein og sér er einn af aðal áhættuþáttum í þróun áreynsluþvagleka (Wesnes, Hunskaar, Bo og Rortveit, 2009). Niðurstöður rannsóknar Diez – Itza, Arne, Ibañes, Murgiondo, Paredes og Sarasqueta (2010) sýna fram á að 11.4% kvenna sem ekki hafa verið með einkenni áreynsluþvagleka fyrir meðgöngu og ganga með sitt fyrsta barn fá einkenni áreynsluþvagleka á meðgöngunni. Í tengslum við þær niðurstöður leggja rannsakendur áherslu á að til þess að meðferð sé sem árangursríkust sé best að hefja hana snemma á meðgöngunni. Rannsóknir virðast benda til þess að grindarbotnsæfingar geti komið í veg fyrir þvagleka í einhverjum tilvikum (Brook, 2011). NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) leggur til að konum séu gefnar upplýsingar um grindarbotnsæfingar strax á fyrstu meðgöngu (NICE, 2006). Í klíniskum leiðbeiningum sem stuðst er við í mæðravernd hér á landi er ráðlagt að gefa konum upplýsingar um grindarbotnsæfingar í fyrstu skoðun (Amar Hauksson o.fl., 2008).

Í rannsókn Halldóru Eyjólfsdóttur (2008) sem unnin var til meistaraþrófs, kemur fram að grindarbotnsþjálfun er árangursrík við áreynsluþvagleka. Markmið rannsóknarinnar var að skoða gagnsemi og árangur grindarbotnsþjálfunar með og án meðferðar sem fylgin var í raförvun. Þátttakendur voru alls 24 konur sem var skipt í tvo hópa, annar hópurnin gerði grindarbotnsæfingar tvisvar á dag, spennti í 7 sekúndur og hvíldi í 7 sekúndur, 15 mínútur í senn. Hinn hópurnin gerði samskonar grindarbotnsæfingar en að auki var notuð raförvun á grindarbotnsvöðva um leggöng samtímis. Ekki var marktækur munur á árangri milli hópanna. En hjá 70% kvennanna í heild var þvaglekinn minni eða horfinn. Fleiri rannsóknir sýna fram á gagnsemi grindarbotnsæfinga og einnig að markvissar grindarbotnsæfingar á meðgöngu skila sér í minni tíðni þvagleka hjá konum. Rannsókn í Noregi sem framkvæmd var á árunum 1998 til 2001 sýndi fram á að markviss þjálfun grindarbotnsvöðva á meðgöngu skilar sér í lægri tíðni þvagleka. Rannsóknarhópurinn samanstóð af 301 heilbrigðum frumbyrjum. Konunum var tilviljunarkennt skipt í tvo hópa, rannsóknarhóp sem fékk markvissa þjálfun og leiðbeiningar um grindarbotnsæfingar hjá sjúkraljálfa og

svo viðmiðunarhóp sem fékk venjubundnar upplýsingar. Þjálfunarprógrammið stóð yfir í 12 vikur og hittu konurnar sjúkraljálfa í hóp og líka einar. Þjálfunin stóð frá 20. viku til 36. viku meðgöngunnar. Markvissu grindarbotnsæfingarnar sem rannsóknarhópurinn fékk hjá sjúkraljálfa dró úr tíðni þvagleka á 36. viku og einnig þremur mánuðum eftir fæðingu, svo um munaði. Vöðvastyrkur grindarbotnsvöðvanna var einnig mun meiri hjá rannsóknarhópnum bæði á 36. viku og svo þremur mánuðum eftir fæðinguna. Mat höfunda er að sérhannað æfingakerfi fyrir konur á meðgöngu geti svo um munar dregið úr þvagleka, bæði á meðgöngu og eftir hana. Þó benda höfundar á að ekki er hægt að álykta að áhrifanna gæti einnig seinna á lífsleiðinni, langtímarannsóknir þurfi til (Mørkved o.fl. 2003).

Samantekt

Eins og fram kom í sögu þessarar konu, þá hitti ég hana einungis í eitt skipti í mæðraverndinni. Hún hafði þá ekki borið þetta vandamál upp áður við sína ljósmóður og ekki leitað sér aðstoðar hjá heilbrigðiskerfinu, þrátt fyrir að þetta væri mikið farið að angra hana. Þvagleki virðist vera enn þann dag í dag mikið feimnismál og konur virðast eiga erfitt með að ræða þetta vandamál að fyra bragði við heilbrigðisstarfsfólk. Þar af leiðandi eru margar konur sem ekki fá rétta meðferð (Guðrún Broddadóttir, o.fl., 2007). Fáar konur leita sér hjálpar og gera það frekar þegar einkennin eru orðin mjög mikil (Lasserre, o.fl., 2009). Í þessu samhengi er vert að velja því upp hvort að heilbrigðisstarfsfólk eigi einnig erfitt með að opna umræðuna. Erfiðleikar við að tjá vandamálið er í samræmi við sögu konunnar í mæðraverndinni en hún hafði ekki, eins og áður segir, borið þetta vandamál upp áður. Í fyrstu skoðun í mæðravernd er tekin ítarleg upplýsingasöfnun og eru meðal annars fengnar upplýsingar um hvort konan hafi sögu um þvagfærasyjúkdóma og er þá sérstaklega verið að horfa á það hvort konan sé gjörn á að fá þvagfærasykingar. En á meðgöngu er tíðni þvagfærasykinga aukin (Jackson, 2011). Vitað er að þær lífeðlisfræðilegu breytingar sem verða á meðgöngunni auka jafnframt hættu á þvagleka (Lewicky-Gaupp o.fl., 2008). Niðurstöður rannsókna erlendis benda til þess að tíðni þvagleka sé um 30%, bæði á meðgöngu, eftir meðgöngu og hjá konum frá 18 ára aldri og upp úr (Jackson, 2011; Kocaös o.fl., 2010; Lasserre o.fl., 2009). Tölur hér á landi gefa til kynna



að tíðni þvagleka sé allt að 38.4% á meðal kvenna á aldrinum 30 til 75, sem eru frekar há tíðni miðað við tölur erlendis frá (Guðmundur Geirsson o.fl., 2002). Miðað við þessar tölur og tölur hér að framan um tíðni þvagleka á meðgöngu er hægt að áætla að a.m.k. þriðja hver kona sem ljósmæður hitta í mæðravernd sé með einkenni þvagleka eða muni þróa þau með sér á meðgöngunni. Mælt er með því, eins og fram hefur komið, að veita konum í mæðravernd og þá í fyrstu skoðun upplýsingar um grindarbotnsæfingar samkvæmt klíniskum leiðbeiningum (Arnar Hauksson o.fl. 2008).

Mín tilfinning er sú að þvagleki hafi ekki fengið næga athygli hjá ljósmæðrum í mæðravernd án þess að alhæfa. Ég tel að það þurfi að leggja meiri áherslu á að ljósmæður spyrti konur út í einkenni þvagleka í fyrstu skoðun, sérstaklega vegna þess að ólíklegt er að konur beri vandamálið upp að fyrra bragði. Eins og fram kom í sögu konunnar hafði hún ekki fengið aðstoð vegna þvaglekans enda ekki leitað sér aðstoðar fyrr en í 28. viku í annarri meðgöngu. Hún hafði fengið leiðbeiningar hjá sjúkraþjálfara eftir fyrstu meðgönguna um grindarbotnsæfingar en ekki gert þær markvisst. Rannsókn Halldóru Eyjólfsdóttur (2008) sýnir fram á að grindarbotnsþjálfun sé árangursrík við áreynsluþvagleka. Einnig sýna erlendar rannsóknir að markvissar grindarbotnsæfingar á meðgöngu dragi verulega úr tíðni þvagleka og styrki grindarbotnsvöðvana bæði á meðgöngu og eftir hana (Mørkved o.fl., 2003). Það undirstrikir enn frekar að meðhöndlun og greining á þvagleka fari fram í mæðraverndinni þar sem ljósmæður eru í lykilhlutverki. Nauðsynlegt væri þá að vinna góðar leiðbeiningar sem jafnframt fælu í sér ráðleggingar um úrræði. Í tilviki konunnar í sögunni þá ráðlögðum við ljósmóðirin henni að gera grindarbotnsæfingar og ef vandamálið væri enn til staðar eftir fæðinguna þyrfti hún að leita sér frekari aðstoðar. Eftir lestur fræðigreina þá sér maður það að besta úrræðið fyrir þessa konu hefði verið að byrja strax á fyrri meðgöngu, ef ekki fyrr, að þjálfar grindarbotnsvöðvana markvisst en það hefði jafnvel getað komið í veg fyrir að einkennin þróuðust áfram. Það væri mjög áhugavert að skoða tíðni þvagleka hjá konum á barn eignaraldri hér á landi og jafnvel á meðgöngu. Mér finnst ég hafa lært heilmikið á þessu verkefni og hefur það strax leitt til þess að ég hef borið þetta upp í mæðraverndinni og hefur það gefist vel.

Heimildaskrá

- Arnar Hauksson, Helga Gottfreðsdóttir, Hildur Kristjánsdóttir, Rúnar Reynisson, Sigríður Sía Jónsdóttir, Þóra Steingrímsdóttir o.fl. (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar Leiðbeiningar*. Sótt 25. nóvember 2012 á vef Landlæknisembættisins: <http://landlaeknir.is/pages/145>
- Bø, K., Pauck Øglund, G., Sletner, L., Mørkrid, K., og Jennum, A. K. (2012). The prevalence of urinary incontinence in pregnancy among a multi-ethnic population resident in Norway. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.
- Brook, G. (2011). Physical preparation for childbirth and beyond, and the role of physiotherapy. Í MacDonald, S. & Magill-Cuerden, J. (ritstj). *Maye's midwifery: a textbook for midwives* (bls. 253–263). UK: Bailliere Tindall.
- Brown, S. J., Donath, S., MacArthur, C., McDonald, E. A., og Krastev, A. H. (2010). Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *International urogynecology journal*, 21(2), 193–202.
- Diez-Itza, I., Arrue, M., Ibañez, L., Murgiondo, A., Paredes, J., og Sarasqueta, C. (2010). Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. *International urogynecology journal*, 21(4), 439–445.
- Guðmundur Geirsson, Guðmundur Vikar Einarsson, Eiríkur Orri Guðmundsson og Þorsteinn Gíslason. (2002). Þvagleki meðal íslenskra kvenna – faraldsfræðileg rannsókn (Vefútgáfa). *Læknablaðið*, 88 (4). Sótt 3. nóvember 2012 af: <http://www.laeknabladid.is/2002>
- Guðrún Broddadóttir, Halldóra Eyjólfsdóttir, Rannveig Einarisdóttir, Sigríður Jóhannsdóttir og Sigurður Helgason. (2007). Þvagleki. Sótt 4. nóvember 2012 af: <http://www.landlaeknir.is/um-embættid/greinar/grein/item14756/Thvagleki>
- Halldóra Eyjólfsdóttir. (2008). *Grindarbotnsþjálfun með raðforvun og án hennar sem meðferð við áreynsluþvagleka*. Óbirt meistararitgerð: Háskóli Íslands. Sótt 5. nóvember 2012 af: <http://hdl.handle.net/1946/3357>
- Jackson, P. (2011). Morbidity following childbirth. Í MacDonald, S. & Magill-Cuerden, J. (ritstj). *Maye's midwifery: a textbook for midwives* (bls. 736–743). UK: Bailliere Tindall.
- Kocaöz, S., Talas, M. S., og Atabekoğlu, C. S. (2010). Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23–24), 3314–3323.
- Lasserre, A., Pelat, C., Guéroult, V., Hanslik, T., Chartier-Kastler, E., Blanchon, T., og Bloch, J. (2009). Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *European urology*, 56(1), 177.
- Lewicky-Gaup, C., Cao, D. C., og Culbertson, S. (2008). Urinary and anal incontinence in African American teenaged gravidas during pregnancy and the puerperium. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 21(1), 21–26.
- Low, L. K., Miller, J. M., Guo, Y., Ashton-Miller, J. A., DeLancey, J. O., og Sampsel, C. M. (2012). Spontaneous pushing to prevent postpartum urinary incontinence: a randomized, controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 1–8.
- Mørkved, S., Bø, K., Schei, B., og Salvesen, K. Å. (2003). Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 101(2), 313–319.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). *Urinary incontinence The management of urinary incontinence in women*. Sótt 5. nóvember 2012 af: www.nice.org.uk
- Nilsson, M., Lalos, O., Lindkvist, H., og Lalos, A. (2011). Impact of female urinary incontinence and urgency on women's and their partners' sexual life. *Neurourology and urodynamics*, 30(7), 1276–1280.
- Sharma, J. B., Aggarwal, S., Singhal, S., Kumar, S., og Roy, K. K. (2009). Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: a questionnaire based study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 279(6), 845–851.
- Wesnes, S. L., Hunskaar, S., Bø, K., og Rortveit, G. (2009). The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(5), 700–707.



www.linde-healthcare.is



Lyfjahvörf ondansetrons í fósturum



Tijana Drobnjak,
MS nemi í lyfjafræði



Sveinbjörn Gizurarson,
prófessor í lyfjafræði

Inngangur

Meðgangurinn er einna mest spennandi tímabil í lífi sérhverrar konu en það er einnig sá tími sem veldur mestum breytingum á líkama hennar. Þá er þetta tímabil ekki alltaf án óþæginda. Um 80% kvenna [1] finna fyrir morgunógleði snemma á meðgöngu, sem hættir hjá meirihluta þeirra fyrir lok fyrsta þriðjungs hennar. Í 1–3% tilfella er morgunógleðin viðvarandi allan daginn, jafnvel langt fram á annan þriðjung meðgöngunnar. Það ástand er kallað þungunaruppköst eða hyperemesis gravidarum [1]. Þessi þrálátu uppköst verða til þess að mæðurnar geta tapað 5% eða meira af líkamsþyngd sinni. Ýmsir fylgikvillar geta fylgt þessu eins og ketónmiga, lágt kalíum og ofþornun svo eitthvað sé nefnt, en ástandið leiðir í flestum tilfellum til sjúkrahússinnlagnar [2]. Þrátt fyrir að orsök ógleðinnar og uppkastanna séu ekki að fullu kunn hafa rannsóknir leitt í ljós að föstrið sjálft er ekki hvatinn að ógleðinni heldur er það fylgjan. Ein af ástæðunum er talin vera hækkuð hCG gildi sem örva framleiðslu estrógens en það er þekktur ógleðiavaldur. Reyndar er þetta ástand talið vera verndandi fyrir föstrið og því minni hætt á að konan missi það [2].

Í áratuðir hafa læknar leitað að fullnægjandi meðferð við meðgönguógleði en um 10% barnshafandi kvenna sem þjáast af meðgönguógleði þurfa á lyfjameðferð að halda [2]. Af þeim kvillum sem hrjá þungaðar konur hefur morgunógleði verið einn fárra sjúkdóma sem lyfjafyrirtækin hafa sýnt áhuga eða þorað að skoða, sbr. Töflu 1. Ástæðan er að rannsóknir á barnshafandi konum er síðferðislegt vandamál og fá lyfjafyrirtæki þora að gera tilraunir á þessum sjúklingahópi. Áhættan að lyfið geti haft einhver áhrif á föstrið vegur of

þungt. Ekkert fyrirtæki vill sjá talidómið söguna endurtaka sig, en það lyf átti m.a. að hafa áhrif á morgunógleði.

Ýmsir lyfjaflokkar hafa verið notaðir til að koma í veg fyrir ógleði og uppköst á meðgöngu svo sem B6-vítamín, ýmis andhistamín, dópamín antagónistar og sértækir serotónín 5-hydroxytryptamine 3 (5-HT₃) viðtakahemlar, en með misgöðum árangri [2], sbr. Töflu 2. Lyfjagöf til barnshafandi kvenna þarf að vera undir ströngu eftirliti enda gilda aðrar og strangari vinnureglur í dag en fyrir nokkrum árum. Mikilvægt er að þau lyf sem notuð eru á meðgöngu séu skaðlaus fósturum.

Eitt þeirra lyfja sem hefur verið skoðað sérstaklega síðustu árin er 5-HT₃ viðtakahemillinn ondansetron, en það hefur ekki verið sýnt fram á skaðleg áhrif þess lyfs á föstur, jafnvel í háum skömmtum í dýrum [3]. Lyfið ondansetron er fyrst og fremst ætlað til meðhöndlunar á ógleði og uppköstum hjá sjúklingum sem eru í krabbameinsmeðferð, geislum og eftir skurðaðgerðir [4]. Hins vegar hefur FDA ákveðið að skrá lyfið í áhættuflokk B þar sem rannsóknir hafa bent til þess að lyfið hafi ekki áhrif á föstur. Þessi skráning hefur leitt til þess að nú er heimilt að nota lyfið í barnshafandi konum þegar önnur ógleðilyf hafa ekki skilað árangri [5]. Þó svo að notkun ondansetrons og annarra 5-HT₃ viðtakahemla hafi aukist eru upplýsingar um áhrif notkunarinnar á meðgönguna, fylgjuna og föstrið frekar takmarkaðar [2]. Það bendir því allt til þess að notkun ondansetrons (Zofran) á meðgöngu auki ekki hættu á fösturgöllum, fösturmissi eða lágri þyngd nýbura [8]. Hins vegar liggja ekki fyrir upplýsingar um öryggi annara sértækra serotónín 5-HT₃ viðtakahemla

eins og dolasetron, granisetron og tropisetron á meðgöngu. Ekki hefur verið staðfest að þessi þrjú lyf fari í gegnum fylgjuna en dolasetron og granisetron eru í áhættuflokki B eins og ondansetron, en ekki liggja fyrir upplýsingar um tropisetron [5]. Ekkert þessara þriggja lyfja er á markaði á Íslandi (júlí 2012).

Lyfjahvörf

Föstrið fær að reyna flestöll þau lyf sem móðirin tekur inn. Lífirinn er mikilvægasta líffæri föstursins þegar kemur að niðurbroti lyfja. Hún myndast snemma í fjórðu viku meðgöngunnar og þroskast hratt. Þó hún sé vel mótuð strax í lok fyrsta trimester, þá er hún nokkuð frábrugðin lífur fullorðinna, að byggingu. Rannsóknir hafa sýnt að mikilvæg ensím lifrarinnar eins og CYP2D6, CYP1A2 og CYP3A4 eru lítið sem ekkert framleidd í föstrum. Magn CYP3A4 eykst verulega í lífur á fyrsta sólarhring eftir að barnið kemur í heiminn. En þetta ensím á að sjá um umbrot ondansetrons [10, 13]. Það tekur hins vegar CYP1A2 um þrjá mánuði að ná einhverjum styrk. Við eins árs aldur hefur það náð um 50% af styrk fullorðinna. Hins vegar er það ensímið CYP3A7 sem er ríkjandi í föstrum [11, 13].

Þar sem takmarkaðar upplýsingar eru til um hve vel föstur þola hin ýmsu lyf verður að reiða sig á dýratilraunir og bera þær saman við það sem hægt er að mæla og skoða, t.d. í fullorðnum. Algengast er að nota kindina til rannsókna á flutningi lyfja yfir í föstur, því ólíkt flestum öðrum dýrategundum er fylgja kindarinnar svipuð fylgju mannsins. Mjög gagnlegar upplýsingar má fá úr þessum rannsóknum [12].

Viðbrögð fösturs við lyfjum fer eftir því hve



Lyfið ondansetron er ætlað til notkunar gegn morgunögleði.

mikið magn kemst yfir til föstursins, dreifingu lyfsins í blóði og vefjum þess, hve hratt lyfið brotnar niður í föstrinu og hraða útskilnaðar. Aðrir þættir sem skipta máli eru fjöldi og staðsetning þeirra viðtaka sem lyfið virkar á. Vegna þeirra lífeðlisfræðilegu breytinga sem eiga sér stað á barnshafandi konum getur hegðun lyfsins í líkama móður verið verulega frábrugðin hegðun lyfsins í heilbrigðum einstaklingi [4].

Ondansetron frásogast hratt frá meltingarfærum, jafnvel á fyrsta þriðjungi meðgöngunnar [6]. Eftir frásogið binst það um 70–76% við plasmapróteini [4]. Það þýðir að magn ondansetrons í blóði fösturs ætti að vera minna en 24–30% á hverjum tíma. Þar sem próteinmagn blóðsins getur minnkað lítillega í þunguðum konum, má búast við því að magn virks lyfs í blóði aukist og því getur meira magn náð til föstursins. Því til viðbótar skortir föstrum það ensím sem brýtur niður ondansetron. Það

kom því ekki á óvart þegar nýleg rannsókn á 41 konu sýndi fram á að blóðstyrkur lyfsins í fösturvef mældist um 41% af styrk hjá móður [5].

Lokaorð

Ógleðilyfið ondansetron hefur verið notað til meðhöndlunar á þungunaruppköstum þegar hefðbundin meðferð hefur brugðist. Sýnt hefur verið fram á að ondansetron berst yfir fylgiu til fösturs, en ekki liggja fyrir sannanir hvort lyfið sé skaðlaust. Yfirvöld í Bandaríkjunum (FDA) hafa gefið lyfinu áhættuflokkunina B. Hins vegar skal ávallt hafa í huga að takmarka skal lyfjanotkun barnshafandi kvenna, jafnvel þó lyfið sé talið skaðlaust. Magn ondansetrons í blóði föstra er verulegt eða um 41% af því magni sem mælist í blóði móður. Það má því ætla að aukaverkanir sem geta komið fram við notkun ondansetrons komi fram í föstrinu. Tíðni aukaverkana ætti jafnframt að vera jafnmikil og hjá hverjum þeim einstaklingi sem notar lyfið.

Tengsl

Hvorugur höfundanna hafa fjárhagsleg tengsl við framleiðendur eða umboðsaðila ondansetrons.

Heimildir

1. Ferreira, E., Gillet M., Lelièvre, J., and Brusières, J.F., 2012. Ondansetron use during pregnancy: a case series. *J Population Ther Clin Pharm* 19(1): e1–e10.
2. Niebyl, J.R., 2010. Clinical practice. Nausea and vomiting in pregnancy. *NEJM*, 363(16):1544–50.
3. Magee, L.A., P. Mazzotta, and G. Koren, 2002. Evidence-based view of safety and effectiveness of pharmacologic therapy for nausea and vomiting of pregnancy (NVP). *AJOG* 186: S256–61.
4. U.S Food and Drug Administration, 2010. Full prescribing information for Ondansetron injection, Sótt 16.07.2012 af http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/021915s005lbl.pdf
5. Siu, S.S., M.T. Chan, and T.K. Lau, 2006. Placental transfer of ondansetron during early human pregnancy. *Clin Pharmacokin*, 45(4): 419–23.
6. George, M., Al-Duaj, N., O'Donnell, K.A., and Shannon, M.W., 2008. Obtundation and seizure fol-

- lowing ondansetron overdose in an infant. *Clin toxicol*, 46(10):1064–6.
7. Sullivan, C.A., Johnson, C.A., Roach, H., Martin, R.W., Stewart, D.K., and Morrison, J.C., 1996. A pilot study of intravenous ondansetron for hyperemesis gravidarum. *AJOG*, 174(5): 1565–8.
8. Einarson, A., Maltepe, C., Navioz, Y., Kennedy, D., and Tan, M.P., 2004. The safety of ondansetron for nausea and vomiting of pregnancy: a prospective comparative study. *BJOG* 111(9): 940–3.
9. Dixon, C.M., Colthup, P.V., Serabjit-Singh, C.J., Kerr, B.M., Boehlert, C.C., et al., 1995. Multiple forms of cytochrome P450 are involved in the metabolism of ondansetron in humans. *Drug Metabol Disp*, 23(11): 1225–30.
10. Treluyer, J.M., Jacqz-Aigrain, E., Alvarez, F., and Cresteil, T., 1991. Expression of CYP2D6 in developing human liver. *Eur J Biochem / FEBS*, 202(2): 583–8.
11. Hakola, J., Raunio, H., Purkunen, R., Saarikoski, S., Vähäkangas, K., Pelkonen, O., et al., 2001. Cytochrome P450 3A expression in the human fetal liver: Evidence that CYP3A5 is expressed in only a limited number of fetal livers. *Biol Neonate*, 80(3): 193–201.
12. Ring, J.A., Ghabrial, H., Ching, M.S., Smallwood, R.A., and Morgan, D.J., 1999. Fetal hepatic drug elimination. *Pharmacol Ther*, 84(3): 429–45.
13. Sonnier, M. and Cresteil, T., 1998. Delayed ontogenesis of CYP1A2 in the human liver. *Eur J Biochem / FEBS*, 251(3): 893–8.
14. Tan, P.C., Khine, P.P., Vallikkannu, N., and Omar, S.Z., 2010. Promethazine Compared With Metoclopramide for Hyperemesis Gravidarum A Randomized Controlled Trial. *Ob Gyn*, 115(5): 975–981.
15. Lyfjastofnun, 2012. Sérlyfjaská. Sótt 16.07.2012 af <http://www.serlyfjaskra.is/>
16. Michaelis, J., Michaelis, H., Glück, E., and Koller, S., 1983. Prospective-Study of Suspected Associations between Certain Drugs Administered during Early-Pregnancy and Congenital-Malformations. *Teratology*, 27(1): 57–64.
17. Leatham, A.M., 1986. Safety and Efficacy of Antiemetics Used to Treat Nausea and Vomiting in Pregnancy. *Clin Pharm*, 5(8): 660–668.
18. Sorensen, H.T., Nielsen, G.L., Christensen, K., Tage-Jensen, U., Ekbo, A., and Baron, J., 2000. Birth outcome following maternal use of metoclopramide. *Br J Clin Pharm*, 49(3): 264–268.
19. ACOG, 2004. ACOG issues guidance on treatment of morning sickness during pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Sótt 16.07.2012 af: http://www.acog.org/About_ACOG/News_Room/News_Releases/2004/ACOG_Issues_Guidance_on_Treatment_of_Morning_Sickness_During_Pregnancy

Nítjándi ráðstefna norðurlandasamtaka ljósmæðra í Osló dagana 13-15. júní 2013

Ráðstefnan verður haldin á Radisson Blue Scandinavian Hotel í Osló.

Þema ráðstefnunnar að þessu sinni er norræn og heims áskoranir. Tekið er á þeim áskorunum sem ljósmæður standa frammi fyrir innan norðurlandanna sem og um allan heim.

Samtök ljósmæðra á norðurlöndum voru stofnuð árið 1950 og hafa ljósmæður á norðurlöndum æ síðan látið sig varða mál ljósmæðra og skjólstæðinga þeirra. Bæði verið virkar faglega innan síns heimalands sem og erlendis.

Samkvæmt Marit Heiberg formanni norsku ljósmæðrasamtakanna býst hún við um 600-800 þátttakendum á ráðstefnuna.

NJF eða norðurlandasamtök ljósmæðra hafa staðið fyrir ráðstefnu að lágmarki á fjögurra ára fresti.

Ráðstefnan mun standa yfir þessa þrjá daga og þar koma fram áhugaverðir aðalfyrirlesarar, málþing og smíðja eða „workshop“ sem og kynning á veggspjöldum.

Fjölmennum til Osló næsta sumar og njótum samvista við ljósmæðra systur okkar á norðurlöndunum.

Kær kveðja
Esther Ósk Ármannsdóttir formaður LMFÍ

Ljósmaðranámið

Það er ekki hægt að segja annað en að tíminn í ljósmaðranáminu hafi ætt áfram. Það er eins og það hafi verið í gær þegar við, væntanlegur útskriftarhópur 2013, hittumst fyrst vorið 2011 á kynningu á náminu. Einhverjar þekktust áður en aðrar ekki. Hópurinn samanstendur af mjög ólíkum einstaklingum á ýmsum aldri, en við höfum náð að hrista hann vel saman og erum alltaf jafn spenntar að hittast og ræða það sem upp kemur í verknáminu og í einkalífínu. Til að byrja með vorum við ansi grænar og fannst ljósmaðranemarnir, sem þá voru á öðru ári, alveg ótrúlega klárir og biðum spenntar eftir því að fá að komast með tærnar þar sem ljósmaðrasystur okkar höfðu hælana. Nú þegar við stöndum á sama stað og þær gerðu á sínum tíma sjáum við og finnum að við eigum margt eftir ólært. Við sjáum það betur með hverjum deginum að í ljósmóðurstarfinu er maður sífellt að læra, læra að lesa út aðstæður, einstaklinga og þarfir þeirra svo eitthvað sé nefnt. Það er líka þessi fjölbreytni sem að gerir námið og starfið okkar skemmtilegt. Okkur finnst við alveg ótrúlega lánsamar að vera í þessu námi og að hafa kynnst hver annarri og er óhætt að segja að systratílfínningin sveimi yfir okkur og hjá okkur hafa skapast vinabönd sem munu án efa endast ævilangt. Við finnum það líka að fleirum finnst við lánsamar að vera í þessu námi. Ef maður minnst á það við fólk færast bros yfir viðkomandi og oftar en ekki hefur fólk orð á því að það hafi alltaf dreymt



Greinarhöfundar

um að starfa við þetta. Orðið ljósmóðir er líka það fallett starfsheiti að ekki er hægt annað en að brosa.

Við höfum verið duglegar að reyna að halda í þær hefðir er hafa skapast innan deildarinnar. Við höldum kaffiboð fyrir okkar yngri systur og kennara, höldum árshátíð sem okkur fannst heppnast alveg glimrandi vel og biðum svo spenntar eftir að yngri systur okkar haldi fyrir okkur árshátíð á næsta ári. Við höfum einnig

verið duglegar að hrista hópinn saman og farið í bíó, vísindaferðir, sumarbústað, út að borða og hist í saumaklúbb svo eitthvað sé nefnt. Þá giftu sig þrjár systur í sumar og var mikið hlegið, dansað og glaðst í þeim brúðkaupum. Við höfum fengið að kynnst skiptinimum frá Noregi og Austurríki og þótti okkur gaman að heyra um ólíkar hefðir á milli landanna. Við finnum hvað námið þjappar okkur mikið saman og við höfum mikla þörf fyrir að ræða um hinar ýmsu hliðar sem okkur gefst ekki tækifæri til að ræða um út á við. Á döfinni er svo vísindaferð þar sem að árgangarnir tveir hittast formlega í þriðja sinn. Við vonum svo að okkar yngri systur eigi eftir að njóta sín eins og við höfum gert. Við látum fylgja með nokkrar myndir frá okkur og fyrsta árs nemum.

Fyrir hönd Oddrúnar,
Helga Reynisdóttir formaður
og Hildur Sólveig Ragnarsdóttir.



Í þrautabraut við Úlfliótsvatn



Ekki leiðinlegt í hádegismat



Væntanlegur útskriftarhópur 2013

Lytess®

FATNAÐUR SEM GRENNIR

SCULPT & SLIM

AÐHALDSBUXUR

- ENDURMÓTAR
- GRENNIR
- NÆRIR



SNYRTIVÖRUR ÁN PARABENE

Kaffín

Shea smjör

GRENNIR

Kaffín : Eykur fitu-brennslu áhrif og berst gegn fitusöfnun.

NÆRIR

Shea smjör : Ríkt af ómissandi fitusýrum og vítamínum. Verndar og nærir húðina.



FÆST Í APÓTEKUM



Stjórnarfundur Norðurlanda- samtaka ljósmæðra (NJF)



Stjórn NJF

Stjórnarfundur NJF var haldinn í Þórs-
höfn í Færeyjum dagana 11. og 12. maí
2012. Fundinn sátu að þessu sinni full-
trúar allra Norðurlandanna og var hann
haldinn í húsnæði ljósmæðrafélags
Færeyja. Esther Ármannsdóttir og Hildur
Kristjánsdóttir sóttu fundinn fyrir Íslands
hönd. Farið var í félagslega dagskrá
fundarins og reyndist það vera sigling
á skútu í hella á Hestey þar sem haldnir
voru tónleikar. Á leiðinni þangað voru
bornir fram ýmsir færeyskir þjóðarréttir
sem allir urðu að smakka á og sýndist
sitt hverjum eins og gefur að skilja! Eftir
tónleikana var borin fram heit súpa og
brauð sem var gott enda áliðið kvölds og
ekki laust við að aðeins kulaði á okkur.
Þetta var í hæsta máta óvenjuleg og
áhrifarík ferð sem öllum þótti mikið til
koma.

Fundurinn hófst á hefðbundnum
fundarstörfum. Anna Christianssen,
fulltrúi færeyskra ljósmæðra í stjórn
Norðurlandasamtaka ljósmæðra, bauð
gesti velkomna og skilaði kveðju frá
Anniku Höyðal, formanni félagsins, sem
því miður gat ekki setið fundinn. Gengið
var til hefðbundinnar dagskrár sem hófst
á því að fundarmenn kynntu sig stutt-
lega, fundarboðun var samþykkt, valinn
var fundarritari, fundargerð síðasta
fundar frá Stokkhólmi 2011 yfirfarin og
samþykkt með undirskriftum, skýrsla
forseta samtakanna var kynnt og póst-
listar félaganna og stjórnarmeðlima var
uppfærðir.

Að venju kynntu fulltrúar hvers lands
það helsta sem er að gerast hjá þeim og

var í fundarboði kynntar óskir landanna
um sérstaka umfjöllun ákveðinna atriða
en þau voru eftirfarandi:

- **Finland** óskaði eftir upplýsingum
um hvort til séu hjá hinum löndunum
leiðbeiningar um útreikninga á
mönnumarþörf ljósmæðra í barneignar-
þjónustu, t.d. í meðgönguvernd,
fæðingarþjónustu og sængurlegu. Þetta
efni fékk nokkra umfjöllun og voru allir
sammála um að ekki væri heppilegt
að gera slík mól. Upplýst var að
fyrir löngu síðan hefði verið mælt
með 70–100 fæðingum pr. stöðugildi
á fæðingadeild í Svíþjóð. Þessu hefur
reynst erfitt að framfylgja. Í Danmörku
og Noregi eru ekki notuð slík mól og
frekar hugað að gæðakröfum og t.d. er
markmið í Danmörku að 95% kvenna
fái „one to one“ þjónustu. Einnig hefur
verið rætt um í sumum löndunum
að þegar kona sé komin með 4 cm í
útvikkun sé ljósmóðir stöðugt hjá henni.
Um þetta efni spunnust mjög fjörugar
umræður, en niðurstaða þeirra sem hafa
reynslu af slíkum mólum er, eins og
aður segir, ekki góð og finnska ljós-
mæðrafélaginu var ráðlagt að skoða
vandlega hvaða kostir eru í stöðunni.

- **Ísland** óskaði eftir umfjöllun um
möguleika íslenskra ljósmæðranema til
starfsþjálfunar í hinum löndunum og
hvort félögin gætu liðkað til með starfs-
þjálfun og/eða námsheimsóknum ljós-
mæðra. Fram kom að þessi samvinna
er nú þegar fyrir hendi. Þar sem sjúkra-

húsin fá greiðslur frá háskólunum fyrir
að taka nemendur í nám eiga þeir erfitt
með að taka nemendur án greiðslu
nema í gegnum Norræn samvinnu-
verkefni og slík samvinna er nú þegar
til staðar á vegum háskóla landanna.
Varðandi það að taka á móti ljós-
mæðrum til náms í lengri eða styttri
tíma þarf að semja um það sérstaklega
við viðkomandi sjúkrahús eða yfir-
ljósmóður og geta félögin verið ljós-
mæðrum sem óska eftir slíku hjálpleg
með að útvega nöfn og staði þar sem
námstækifæri eru til staðar.

- **Noregur** óskaði eftir áframhaldandi
umræðu um menntunarmál sem fram-
hald af fundi þeim sem haldinn var í
Reykjavík í mars sl. Nokkur umræða
varð um þetta mál sem var góð og
ákveðið að formenn ljósmæðra-
félaganna í Noregi og Svíþjóð myndu
halda áfram vinnu við þetta mál.

- **Danmörk** óskar eftir umræðu um hvort
samtökin eigi að snúa sér til Norrænu
ráðherranefndarinnar og kynna
menntun ljósmæðra í löndunum og
stefna að sameiginlegri stefnu varðandi
þennan málalið. Þetta munu þær stöllur
frá Noregi og Svíþjóð einnig taka
lengra og verður umræðum haldið
áfram.

Öll löndin höfðu sent skýrslu um helstu
starfsemi sína á liðnu ári fyrirfram og
kynnti fulltrúi hvers lands skýrslu sína og
svaraði fyrirspurnum. Við kynningu var
farið eftir stafrófsröð landanna og byrjað
aftast að þessu sinni. Ingela Wiklund og
Gunilla Banke kynntu skýrslu Svíþjóðar.

Hér á eftir verður stiklað á stóru úr
skýrslum landanna og umræðum um
þær og bent á að skýrslurnar eru til á
skrifstofu félagsins og félagsmenn geta
nálgast þær þar.

Danmörk

Töluverð vinna er hjá félaginu í
samningsmálum og eru væntingar
ekkert sérstakar. Stöðum ljósmæðra
hefur fjölgað um 200 stöðugildi hjá hinu
opinbera og eru aðallega við ómskoðanir,
á sængurlegudeildum og við umönnun
kvenna með meðgöngutengda sjúkdóma.
Ennfremur eru margir lækmar sem ráða
ljósmæður til starfa á sjálfstætt starfandi

stofum og ljósmæður eru að opna eigin starfsstofur.

Á síðustu árum hefur verið sparnaður og hagræðing í heilbrigðisþjónustu sem hefur haft í för með sér bæði lokanir deilda og sameiningu. Því er nú mikil áhersla á sveigjanleika í starfi og sem dæmi má nefna að ljósmæður sem verið er að ráða í nýjar stöður á sjúkrahúsum eru ráðnar inn í teymi en ekki á sérstaka deild.

Atvinnuleysi meðal nýtskrifaðra ljósmæðra er ennþá vandamál og er umræða um hvernig hægt sé að koma til móts við þennan hóp. Félagið leggur áherslu á að reyna að virkja þær og m.a. hjálpa þeim að leita starfa erlendis. Einnig hefur félagið fundað með þeim um það bil ári eftir útskrift og rætt við þær um stöðu þeirra og faglega sjálfsmynd.

Verið er að endurskoða leiðbeiningar um umönnun kvenna í barneignarferli. Tekist hefur að semja við sjúkratryggingar í Danmörku um greiðslur vegna allflestara starfa ljósmæðra utan stofnana.

Menntun ljósmæðra hefur verið í endurskoðun og er þess vænst að þær geti farið í kándídatnám í háskóla sem þýðir lengingu námsins um u.þ.b. tvö ár.

Finnland

Í ársbyrjun 2012 voru 4130 ljósmæður í félaginu og atvinnuleysi er áfram lítið. Nú eru 30 fæðingardeildir starfandi í Finnlandi og viðmiðið um fjölda fæðinga á hverjum stað hefur farið úr 650 fæðingum á ári í 1000 fæðingar til þess að kallast fæðingardeild, nema sérstakar landfræðilegar aðstæður bjóði ekki uppá þetta eins og t.d. á Álandseyjum.

Á síðustu árum hefur fjöldi fæddra barna aukist um ca 8% og árið 2010 fæddust 61371 börn í Finnlandi.

Haldin er skrá um líkamsþyngdarstuðul barnshafandi kvenna og reyndist meðaltal vera 24,4 í upphafi meðgöngu. Þriðja hver kona var í yfirvigt (LPS 25 eða hærri) og 12% voru með LPS 30 eða hærri. Tíðni Epidural-deyfinga er 44,9% hjá öllum konum en um 70% meðal frumbyrja. Sagt var frá því að finnskar konur hafa lagalegan rétt til þess að fara í snemmómun, annaðhvort almenna ómskoðun við 11–14 viku eða samþætt líkindamat sem felur í sér blóðprufu í viku 9–11 og ómskoðun (NT mælingu o.fl.) við viku 10–13. Ennfremur ómskoðun til að leita að fösturgöllum við viku 19–20 eða eftir 24. viku.

Færeyjar

Tuttugu og níu ljósmæður eru í færeyska ljósmæðrafélaginu og af þeim eru 22 starfandi. Verið er að vinna að kjarasamningum en þeir hafa verið lausir frá 1. október 2011. Búið er að semja við sveitarfélög og pólitísk ákvörðun hefur verið tekin um að skattleggja innborganir



Í siglingunni var boðið upp á Færeyska þjóðarrétti

í lífeyrissjóði um 40%. Þetta þýðir að ljósmæður geta ekki lengur verið í danska lífeyrissjóðnum sem þær hafa greitt í.

Yfirljósmóðir sjúkrahússins í Þórs-höfn hefur verið í leyfi síðastliðið ár og sagði upp stöðu sinni frá 1. mars 2012. Staða hennar hefur ekki verið auglýst laus til umsóknar og ekki var ráðið í hennar starf meðan hún var fjarverandi. Á liðnum árum hefur komið upp vandi vegna stjórnunar fæðingardeildarinnar og er það áhyggjuefni.

Í Færeyjum eru starfandi þrjú sjúkrahús og fæðingar eru á tveimur þeirra eftir að fæðingardeildinni í Klaksvík var lokað 1. janúar 2011. Samtals voru 583 fæðingar árið 2011 og hafa ekki fæðst færri börn í eyjunum síðan 1940. Frjósemi færeyskra kvenna er þó 2,4 börn og sú hæsta á Norðurlöndunum.

Tekin var í notkun rafræn sjúkraskrá, COSMIC, í landinu en „fæðingarpakkinn“ hefur enn ekki verið tekinn í notkun og skapar þetta ýmis vandamál í skráningu.

Sjúkrahúsið í Færeyjum tekur við nemendum í starfsnám frá dönsku ljósmæðraskólunum í Álaborg og Esbjerg og hafa greiðslur fyrir nemendur verið notaðar til endurhæfingar ljósmæðranna á sjúkrahúsinu eins og t.d. ALSO-námskeið.

Ýmis námskeið hafa verið í boði fyrir ljósmæður eins og CTG-úrlestur og kennsla í notkun nálastunga.

Ákveðið hefur verið að allar ljósmæður skuli fara á ALSO-námskeið og hafa sjö þegar lokið námskeiðinu og einn fæðingalæknir.

Ísland

Vísað er til skýrslu formanns LMFÍ frá aðalfundi félagsins. Rætt var sérstaklega um sérfræðiviðurkenningu ljósmæðra og baráttu félagsins við þann málaflokk. Rætt var um atvinnuleysi meðal ljósmæðra og síðustu kjarasamninga.

Noregur

Félagið hefur unnið að viðamikilli stefnumótun í því skyni að nútímavæða stjórnun félagsins og starfsemi almennt. Félagið er bæði fagfélag og stéttarfélag. Meðlimum hefur fjölgað á liðnum árum og eru nú um 2400 og er félagið samningsaðili fyrir langflesta þeirra. Ákveðið var á landsfundi 2011 að samið sé um öll laun við hvern vinnuveitanda en ekki miðlægt og þykir það hafa gefist mjög vel. Þar sem fáar ljósmæður starfa er oft samstarf við regnhlífasamtök á staðnum um samninga. Þetta mólur er mjög krefjandi og mikið álag á trúnaðarmenn og kjaranefnd félagsins. Flestar ljósmæður starfa hjá hinu opinbera, ýmist á sjúkrahúsum eða hjá sveitarfélögum, við heilsugæslu. Að auki eru í félaginu fjöldi kennara, rannsakenda, sjálfstætt starfandi ljósmæður og eftirlaunaþegar.

Ennþá starfar mikill meirihluti ljósmæðra aðeins í hlutastarfi, en hjá sjúkrahúsum eru 70% ljósmæðra í hlutastarfi og hjá heilsugæslu 87%.

Verið er að vinna að faglegum leiðbeiningum um barneignaðþjónustu í Noregi og er þess vænst að með haustinu fari þær í umsagnarferli.

Þingsályktun norska þingsins nr. 12 frá 2008/2009 kvað á um að settar yrðu fram nýjar gæðakröfur til barneignarþjónustu sem byggja ekki eingöngu á tölum heldur leggja meiri þunga í gæði. Vinnuhópur um gæðaviðmiðin setti þau fram í desember 2010 (Helsedirektoratet: Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til føselsomsorgen, veileder IS-1877). Fjallað er um lágmarkskröfur til stofnunar, verkaskiptingu milli bæði stofnana og faghópa, kröfur um færni, leiðbeiningar um eftirfylgni viðmiðanna og kröfur um upplýsingaskyldu og samskipti.

Skipting fæðingastaða í þrjá flokka er ennþá við lýði, þ.e.a.s. kvennadeild, fæðingadeild og fæðingarstofa. Fæðingarstofa getur verið hvort heldur sem er innan eða utan sjúkrahúss. Framtíðarsýnin er sú að



Farleg sýn til Þórhafnar frá sjó.



Esther og Guðrún ræða málin

fæðingarstofur sem geta gert keisaraskurð í neyðartilvikum verði ekki starfræktar, heldur eingöngu ljósmæðrastýrðar einingar.

Kröfur eru settar fram um fjölda fæðinga- og kvensjúkdómalækna á litlu fæðingastöðunum með minnst fjórskiptri vakt. Þetta mun að öllum líkindum hafa gríðarleg áhrif á framtíð fæðingastaðanna. Um þetta er mikið rætt og flestir lýsa áhyggjum yfir að miðstýring muni aukast til muna án þess að þjónusta við konur batni.

Norska ljósmæðrafélagið og félag fæðinga- og kvensjúkdómalækna í Noregi vinna sameiginlega að því að skilgreina eðlilega fæðingu.

Umræða fer fram í norska heilbrigðis-

ráðuneytinu og á þingi um að útvíkka rétt ljósmæðra til að gefa út lyfseðla á getnaðarvarnir þannig að hann nái til allra kvenna og að rétturinn fylgi starfsstéttinni, ekki bara vinnustaðnum eins og nú er.

Varðandi menntunarmál er það á stefnuskrá ljósmæðrafélagsins að vinna að því að ljósmæður útskrifast með rétt til að starfa sem ljósmæður og akademíska meistaraþráðu.

Svíþjóð

Sænska ljósmæðrafélagið hefur áhyggjur af nýliðun í stéttinni. Á næstu 10 árum munu 30% af starfandi ljósmæðrum fara á eftirlaun og í ljósi þess að um 200 útskrifast á

ári er ljóst að ekki verður hægt að viðhalda þeirri mönnun sem nú er.

Áherslur í meðgönguvernd eru nú á umræðu um tóbak, næringu og hreyfingu. Lífsstíllssamtal ljósmæðra og barnshafandi kvenna hefur fest sig í sessi og verið er að vinna með Lýðheilsustofnun um útfærslu á fræðslu fyrir ljósmæður til að sinna þessu enn betur en nú er gert.

Mikil umræða er nú um opinberar skrár á landsvísi, í dag er til fæðingarskrá, meðgönguskrá og fösturgreiningaskrá. Rætt er um að steypa þessu saman í eina skrá. Gert er ráð fyrir að undirbúningur þessa verkefnis og framkvæmd muni taka talsverðan tíma.

Eins og á flestum hinum Norðurlöndunum er talsverð umræða um menntun ljósmæðra í Svíþjóð. Meðal annars er verið að ræða nám þar sem hjúkrunarleyfi er ekki undanfari og eins er mikið rætt um lengd námsins. Enn hefur ekki verið tekin ákvörðun, en áfram verður unnið með þær upplýsingar sem söfnuðust á sameiginlegum fundi formanna og kennara á Norðurlöndunum sem haldinn var í Reykjavík í mars 2012 og áður hefur verið sagt frá.

Sagt var frá hátíðahöldum félagsins árið 2011 vegna 125 ára afmælis félagsins.

Verið er að vinna að nýrri kennslubók í ljósmóðurfæðum á sænsku sem áætlað er að komi út 2014. Bókin verður gefin út af Studentlitteraturen og sænska ljósmæðrafélaginu.

Önnur mál

Næsti stjórnarfundur NJF verður haldinn í Osló 12. júní 2013 í tengslum við ráðstefnu Norðurlandasamtaka ljósmæðra sem haldin verður í Osló dagana 13.–15. júní næstkomandi. Undirbúningur gengur vel og gert er ráð fyrir 600–800 þátttakendum. Ráðstefnan verður haldin á Radisson Blu hótelinu í Statsparken. Móttaka verður í ráðhúsinu við opnun ráðstefnunnar og hátíðakvöldverður á Holmenkollen Park Hotel. Gert er ráð fyrir að ráðstefnunni ljúki laugardaginn 15. júní um kl. 15:00.

Allar frekari upplýsingar er hægt að nálgast hjá Esther Ármannsdóttur, formanni LMFÍ, og undirritaðri.

Reykjavík í október 2012

Hildur Kristjánsdóttir



- Lifið heil

Heimsókn á Landssjúkrahúsið í Þórshöfn í Færeyjum

Ég var svo lánsöm að fá tækifæri til að fara til Færeyja í sumar og skoða fæðingardeild Landssjúkrahússins í Þórshöfn undir leiðsögn Önnu Christiansen ljósmóður þann 13. maí sl. Hvers vegna valdi ég að fara þangað og hvað bjóst ég við að læra af störfum ljósmæðra í Færeyjum? Ég kom til baka með þann lærdóm að í Færeyjum verða ljósmæður að standa saman og fá lækna með sér til góðrar samvinnu eigi fæðingarþjónustan að lifa af á eyjunum. Það getur oltíð á ákvörðun einnar persónu um brottflutning eða starfslok og að önnur fái ekki í starfið.

Mér fannst aðstæður þar svipaðar og þær sem við stöndum frammi fyrir víða í dreifðum byggðum Íslands hvað varðar þjónustu ljósmæðra í barneignarferlinu.

Á Færeyjum eru tveir fæðingarstaðir, Landssjúkrahúsið með um 500 til 600 fæðingar á ári og sjúkrahúsið á Suðurey með um 50 til 70 en árið 2011 voru 580 fæðingar á eyjunum. Í Þórshöfn er fæðingardeildin í gömlum hluta sjúkrahússins en hluti þess er nýlega byggður. Örlög fæðingardeilda virðast víða vera að sitja eftir í gamla hlutanum þó byggt sé við sjúkrahúsin. Á fæðingarganginum er fæðingarstofa, stór, óvistleg og í bland geymsla fyrir alls konar dót tengt fæðingunni, eins og sogklukku, tölvu, sírita, dropateljara, bolta, dýnur og margt fleira, auk þess sem þar er baðkar sem notað er til verkjastíllingar. Á sama gangi er göngudeildarþjónusta, sónar-skoðanir, þar eru stofur fyrir innlagðar konur, sængurkonur og fyrirbura sem ekki eru fluttir til Danmerkur, en allir fyrirbura yngri en 32 vikna fara þangað auk þeirra sem þurfa mikla aðstoð.

Umönnun fæðandi kvenna er mjög svipuð og hér á landi, sömu lyf notuð nema gangsett er með Prostin-stílum, en monitor-rit eru tekin af öllum konum við komu á deildina, öll skráning er gerð í tölvu en tölvukerfin ekki samtengd og skráningin mjög tímafrek.

Ekki er skortur á ljósmæðrum á deildinni en Anna ljósmóðir sagði mér að yfirljósmóðirin hefur verið í leyfi í rúmlega eitt ár og þann tíma hefur ekki verið ráðinn neinn starfsmaður í afleysingu, sem hefur haft áhrif á starfsemina. Hjúkrunarfræðingur frá barnadeildinni kemur til að hjúkra þeim fyrirburum sem liggja á fæðingardeildinni.

Ljósmæður af fæðingardeildinni fara í mæðravernd til hinna ýmsu staða í nágrenni Þórshafnar, öll hefðbundin mæðravernd fer fram í Færeyjum en sykursjúkar konur fara í

eftirlit til Danmerkur svo og konur sem þurfa mjög sértækt eftirlit.

Ekki er boðið upp á ljósmæðranám í Færeyjum en sjúkrahúsið tekur við nemum frá þremur skólum í Danmörku og að auki eru stundum gestanemendur frá öðrum Norðurlöndum.

Eftirlið er mið af árinu 2011 var keisaratiðnin í Færeyjum 22,9% sem er óvenjuhátt, var 18,3% árið áður en þess ber að geta að fæðingar eru fáar og einn keisaraskurður breytir prósentutölunni fljótt. Ein heimafæðing var á framangreindu ári og ein fæðing á leiðinni á spítala, fyrirbura fæðingar voru 31 eða 5,3%, perinatal mortalitet 6,4% sem var líka óvenju hátt, tvíburapör voru níu þar af fimm fædd undir

37 viku, meðalþyngd þeirra 2685 gr. Alls fæddu 10,4% kvennanna eftir 42 vikna meðgöngu eða lengri, þyngd þeirra barna var 3889 gr. Fylgst er vel með konunum fram í eða yfir 42 viku með sírita og sónar en ekki beðið lengur með að gangsetja en 42 vikur og tvo daga.

Heimsóknin var fróðleg, lærdómsrík og skemmtileg. Á sama tíma fór þar fram fundur stjórnar NJF, þar sem Hildur Kristjánsdóttir, formaður NJF, og Esther Ósk Ámannsdóttir, formaður LMFÍ, voru mættar. Naut ég samvista við þær ásamt öðrum helstu áhrifavöldum í straumum og stefnum ljósmæðraþjónustu á Norðurlöndum.

Guðrún G. Eggertsdóttir ljósmóðir



Guðrún og Hildur á leið í siglingu í Þórshöfn í Færeyjum



Anna Christiansen að kynna starfsemi sjúkrahússins fyrir Guðrúnu og Esther

Ljósmæður og heilbrigði kvenna

Á haustmánuðum var gefin út á vegum Háskólaútgáfunnar, bókinn *Við góða heilsu? Konur og heilbrigði í nútímasamfélagi*. Um er að ræða ritrýnda fræðibók sem jafnframt hefur gildi fyrir almenning. Ritstjórar bókarinnar eru Herdís Sveinsdóttir, prófessor í hjúkrunarfræði, ásamt undirritaðri. Í inngangi bókarinnar er gerð grein fyrir aðdraganda þess að slík bók er gefin út. Útgáfan tengist aldarafmæli Háskóla Íslands en umræða um að hérlandis kæmi út fræðirit sem fjallaði á gagnrýnn og upplýsandi hátt um heilsufar kvenna á rætur sínar í kennslu um heilbrigði kvenna í námi ljósmæðranema til margra ára. Orðrétt segir í inngangi:

„Þannig var upphaflegt markmið með bókinni að fjalla um hvernig líffræði, umhverfi, samfélag og menning mótar viðhorf fólks til heilsufars og sjúkdóma. Jafnframt hvernig staðið hefur verið að rannsóknnum á heilbrigði kvenna og hvert fortíðin hefur leitt okkur. Í öllum köflum bókarinnar er þetta markmið haft að leiðarljósi, þótt á mismunandi máta sé.“

Bókinni er skipt niður í fjóra hluta: blæðingar og mynd kvenna, barneignir og heilsa, samfélagsgerð og heilsa og einkenni og sjúkdómar, og eru 3–4 kaflar í hverjum hluta. Kristín Ástgeirsdóttir jafnréttisstýra ritar formála en þar kemur fram hvernig sjónarhorn mismunandi fræðigreina á heilbrigði kvenna styrkir umræðu um þennan málaflokk. Það er ljóst að viðfangsefni er tengjast heilsufari kvenna breytast í tímans rás. Þannig sýnir t.d. nýleg umræða um staðgöngumæðrun að ef frumvarp til laga um slíka þjónustu nær fram að ganga þá verða til aðstæður á meðgöngu sem kalla á aðra nálgun í starfi ljósmóðurinnar. Staðgöngumóðir er kona sem gengur með barn fyrir aðra konu. Þau siðferðilegu álitamál sem geta tengst þessari lagabreytingu eru viðfeðm og flókin og tengjast þeim nýju fjölskylduformum sem staðgöngumæðrun skapar. Jafnframt má velta fyrir sér umræðu í kafla Sæunnar Kjartansdóttur um útlitsdýrkun og fegrunaraðgerðir en vaxandi eftirspurn kvenna eftir slíkum aðgerðum kallar á þróun nýrrar þekkingar en hefur um leið áhrif á starf heilbrigðisstétta eins og ljósmæðra. Vaxandi fjöldi brjóstastækkana hjá ungum konum sem enn hafa ekki gengið með eða fætt barn er dæmi um slíkt, svo og aukinn áhugi kvenna á að láta laga innri skapabarma sína. Það er afar mikilvægt að ljósmæður taki þátt í að móta umræðu um þessi málefni eins og önnur sem beint snerta skjólstaðinga þeirra og starfssvið og séu



þátttakendur í að þróa þekkingu sem lögð er til grundvallar í heilbrigðisþjónustunni. En í huga margra er starfssvið ljósmæðra þó bundið við meðgönguvernd, fæðingar og fyrstu vikurnar eftir fæðingu. Víða erlendis er það þó svo að áherslur í starfi ljósmæðra eru einnig á heilbrigði kvenna í víðara samhengi. Þar má t.d. nefna ráðgjöf um kynlíf og getnaðarvarnir, ráðgjöf um breytingaskeiðið og krabbameinsleit. Í Svíþjóð hafa ljósmæður t.d. til margra ára sinnt skimun fyrir leghálskrabbameini og er það tengt vinnu þeirra innan heilsugæslustöðva. Samkvæmt stefnu í heilbrigðismálum þar í landi þá er áhersla í starfi ljósmóðurinnar ekki eingöngu á tæknilega hlið skimunarinnar, að taka stök frá leghálsi, heldur er einnig gert ráð fyrir fræðslu um tilgang og markmið slíkra skimana, fræðslu um niðurstöðu skimunarprófa og möguleg byrjunareinkenni leghálskrabbameins. Þar er jafnframt lögð áhersla á að ljósmæður tengi umræðuna við lýðheilsu þar sem konan er í forgrunni. Sænskar ljósmæður hafa einnig sinnt getnaðarvarnarráðgjöf um árabil og er sá þáttur í grunnnámi ljósmæðra þar í landi. Í því felst þó ekki eingöngu að veita fræðslu og ráðgjöf heldur gefa ljósmæður út lyfseðla fyrir hormónagetnaðavörnum og setja upp lykkjur. Reyndar er þetta hluti af starfi ljósmæðra í öðrum löndum og þá oft eftir viðbótarnám.

Fyrir nokkrum vikum átti ég þess kost að heimsækja klíník í Minneapolis, Minnesota sem er sérstaklega ætluð konum, aðallega á frjósemisakeiði. Þar vinna m.a. ljósmæður, kvensjúkdóma- og fæðingalæknar og heimilislæknar ásamt næringarfræðingi og sérfræðingi í nálástungum. Á þessari klíník er leitast við að nýta faglega þekk-

ingu og færni sem best sem felst í því að ljósmæður koma að ýmsum þáttum, s.s. getnaðarvarnarráðgjöf og fjölskylduáætlun. Aðkoma þeirra er ekki eingöngu í formi fræðslu og ráðgjafar heldur setja þær upp lykkjur og skrifa lyfseðla fyrir hormónagetnaðavörnum. Þær veita einnig ráðgjöf til kvenna á breytingaskeiði og ráðgjöf til kvenna sem eiga við ófrjósemi að stríða. Á þessari klíník var mikil samvinna milli stétta en skjólstaðingahópur ljósmæðranna er aðallega hraustar konur.

Í samantekt Alþjóðasamtaka ljósmæðra (ICM) frá 2010 til 2017 er það undirstikið að ljósmóðirin gegni mikilvægu hlutverki í ráðgjöf og fræðslu, ekki eingöngu gagnvart konunni heldur einnig fyrir fjölskylduna og innan samfélagsins. Þar er þetta mikilvægi undirstikið með því einstaka hlutverki sem ljósmóðirin gegnir á meðgöngu þar sem hún hefur samskipti við verðandi foreldra yfir nokkurra mánaða skeið og nær þannig að byggja upp samband sem getur verið grundvöllur fyrir ráðgjöf um heilsuefandi hegðun. Einnig er lögð áhersla á að ljósmóðirin sé vel til þess fallin að veita ráðgjöf og fræðslu um heilsu kvenna í víðara samhengi, þar með talið um fjölskylduáætlun.

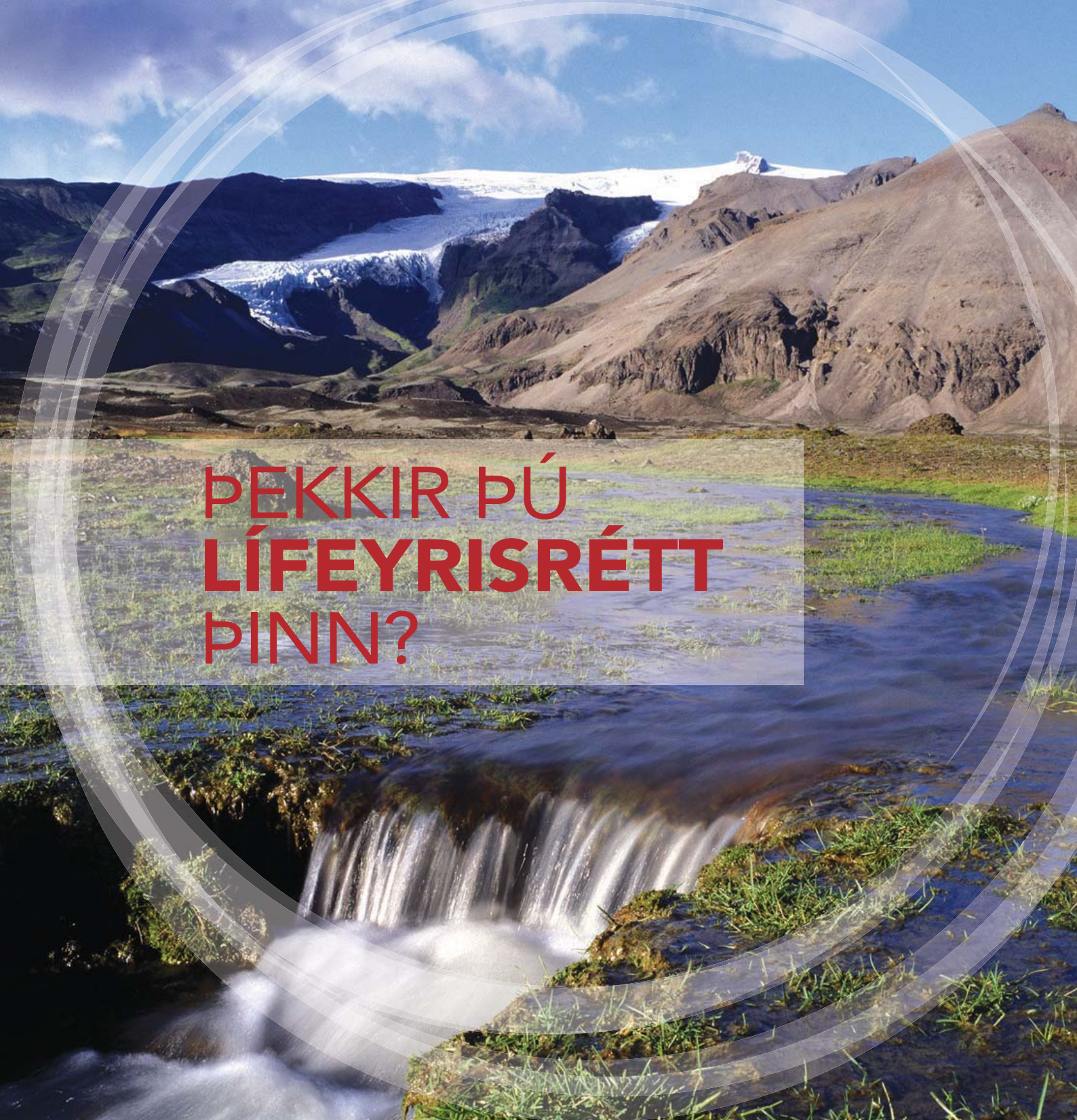
Hér á landi er löng saga og hefð fyrir starfi ljósmæðra í meðgönguvernd, við fæðingahjálp og í sængurlegu. Menntun íslenskra ljósmæðra er í fararbroddi og sú þekkingarþróun sem hefur orðið með tilkomu háskólamenntunar ljósmæðra býður upp á frekari eflingu stéttarinnar. En það er í höndum okkar sjálfra hvernig starfsvettvangur okkar mun þróast í framtíðinni. Síðustu misseri hafa nýútskrifaðar ljósmæður átt erfitt um vik með að fá störf við hæfi. Margar hafa þá einmitt notað kunnáttu sína og áráðni og farið út fyrir hefðbundnar stofnanir og haslað sér völl. En ljósmæður þurfa ekki síður að knýja á um breytingar innan stofnana, sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva. Á þeim vettvangi geta ljósmæður án efa nýtt starfskrafta sína í víðara samhengi en nú er en þá þurfa þær að vera tilbúnar að grípa tækifærið og sjá hag skjólstaðinga sinna og stéttarinnar í slíkum breytingum. Þessar breytingar geta m.a. falist í auknum áherslum á heilsuvernd fyrir konur á öllum aldri.

Dr. Helga Gottfreðsdóttir
Námsstjóri í ljósmóðurfræði
Hjúkrunarfræðideild
Háskóla Íslands



Við erum í
Svansmerkinu
-fyrir framtíðina

Libero



ÞEKKIR ÞÚ LÍFEYRISRÉTT ÞINN?

Velkomin til okkar að Engjateigi 11, við tökum vel á móti þér.

Hefur þú skoðað vefsíðu LSR?

Þar getur þú sótt upplýsingar með rafrænum hætti.



Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

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

www.lsr.is