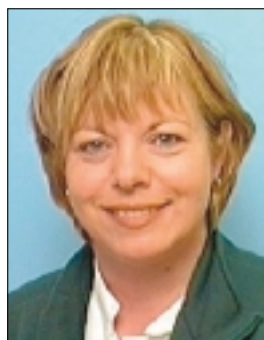


Samfelld ljósmæðraþjónusta – raunhæfur valkostur í barneignarferlinu

Útdráttur

Í þessari grein verður fjallað um samfellda þjónustu ljósmæðra, þar sem hugtakið er skoðað, innleiðing slíkra þjónustufurma, kostir og gallar; aðallega frá sjónarhorni ljósmæðra. Greinin er byggð á fræðilegum kafla rannsóknar minnar úr meistaranámi frá 1999 og verða niðurstöður hennar fléttaðar inn í umræðuna, auk heimilda frá undanförunum fimm árum. Fjallaði rannsóknin um viðhorf og vilja íslenskra ljósmæðra til þess að starfa við samfellda ljósmæðraþjónustu. Rannsóknin var gerð á Kvennadeild LSH, þar sem fyrirhugað var að bæta við ljósmæðrahóp, sem veitti samfellda þjónustu í gegn um allt barneignarferlið, en þar hafði verið starfandi slíkur hópur frá árinu 1994 (MFS). Spurningalisti var sendur til allra starfandi ljósmæðra á Kvennadeild LSH, alls 111 ljósmæðra, þar sem sýnt var að ljósmæður hins nýja hóps kæmu úr þeirra röðum. Spurt var um viðhorf og áhuga ljósmæðranna á að starfa við samfelld þjónustuform og niðurstöður tengdar við lýðfræðilegar upplýsingar, svo sem aldur, hjúskaparstöðu, fjölda og aldur barna, nám og reyngslu. Alls svöruðu 69 ljósmæður eða 62,2% (Árdís Ólafsdóttir, 1999).

Reynsla síðastliðinna 10 ára af MFS einingunni hefur verið jákvæð, og komast færri konur að en vilja og er það í samræmi við erlendar rannsóknir, þar sem konur lýsa ánægju með umönnun og þjónustu í samfelldu þjónustukerfi (Biro, Waldenström, Brown og Pannifex, 2003; Brown og Lumley, 1994; McCourt og Page, 1996; van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham og Fitzmaurice, 2003). Samkvæmt rannsóknunum hefur samfelld þjónusta jákvæð áhrif á starfsánægju ljósmæðra, þar sem þættir eins og sambandið, sem þær mynda við konuna, betri nýting hæfni þeirra og þekkingar, stjórn á vinnu þeirra og vinnutíma hafa hvað mest áhrif. Samt sem áður virðist mikið álag og binding valda því að sumar ljósmæðranna gefast upp og hætta (Allen, Bourke Dowling og Williams, 1997;



Árdís Ólafsdóttir,
ljósmóðir í Hreiðrinu á
LSH og aðjúnt í ljósmóðurfræði
við Háskóla Íslands

* Ritrynd grein

Green, Curtis, Price og Renfrew, 1998; Sandall, 1997). Verðandi foreldrum er í auknum mæli boðið upp á samfellda þjónustu ljósmæðra á Íslandi, einkum í meðgönguvernd og sængurlegu. Ekkert eitt þjónustuform er það eina rétta en mikilvægt er að samfelld þjónusta ljósmæðra sé raunhæfur valkostur og að boðið sé upp á mismunandi valkosti í barneignarferlinu, með áherslu á samfellu, þannig að konur og ljósmæður geti fundið það þjónustuform sem þeim hentar.

Söguleg þróun samfelldrar ljósmæðraþjónustu

Undanfarna áratugi hefur verið í gangi nokkur umræða um það hvers konar barneignarþjónusta henti best í nútímasamfélagi, þar sem komið sé sem best til móts við óskir og þarfir verðandi foreldra. Í vestrænum þjóðfélögum lækkaði tíðni mæðra- og ungbarnadauða mjög á síðustu öld og hefur haldist mjög lág frá seinni hluta hennar. Var þá í auknum mæli farið að huga að upplifun og ánægju kvenna með þá umönnun og þjónustu sem þær fá í barneignarferlinu. Ýmsar rannsóknir hafa bent til þess að upplifun kvenna á þessum mikilvæga tíma hafi langtíma áhrif á þær og

samband þeirra við barnið sitt (Oakley, Hickley, Rajan og Rigby, 1996).

Bætt staða og menntun kvenna í hinum vestræna heimi, sem náðst hefur m.a. fyrir tilstilli kvenréttindabaráttu síðustu aldar, hefur fært konum aukin áhrif og sjálfstæði. Þær láta frekar í ljós skoðun sína og óskir og einnig er í dag meiri gaumur gefinn að rödd neytandans.

Í Englandi gaf ríkisstjórnin út skýrslur og meðmæli, sem voru byggð á könnunum, sem gerðar voru á óskum og þörfum kvenna í barneignarferlinu. Ein slík skýrsla er Changing Childbirth skýrslan og samkvæmt henni á umönnun í barneignarferlinu að miðast við þarfir og óskir konunnar með áherslu á val, stjórn á aðstæðum og samfellda þjónustu (Department of Health, 1993). Í hugmyndafræði og stefnu Ljósmæðrafélags Íslands er lögð áhersla á þessa þætti og á að auka hlut samfelldrar þjónustu ljósmæðra í barneignarferlinu (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000).

Krafan um breytingar á þjónustu í barneignarferlinu kom upphaflega frá konum sem voru óánægðar með umönnun á stofnunum, sérstaklega á sjúkrahúsum, en þangað flutti mest öll þjónustan um miðja síðustu öld. Ljósmæður hafa einnig lýst óánægju sinni með vinnufyrirkomulag innan sjúkrahúsa, þar sem þær hafa glatað sjálfstæði sínu að ákveðnu marki (McCourt og Page, 1996; Robinson, 1993).

Stofnanavæðing barneignarferlisins hefur haft gífurleg áhrif á ljósmóðurhlutverkið. Tækni hefur leyst af hendi mannlegan stuðning og klíniska hæfni. Skipulag ljósmæðraþjónustunnar innan sjúkrahúsa hefur stúkað í sundur barneignarferlið, þannig að mismunandi ljósmæður sinna konunum í stuttan tíma á meðgöngu, í fæðingu eða sængurlegu. Afleiðingin er skortur á samfellu, sem getur komið í veg fyrir árangursríka og heilðræna umönnun. Sérhæfing ljósmæðra verður á afmörkuðu sviði barneignarferlisins, á meðan þær glata hæfni og þekkingu á öðru (Arney, 1982; Page, 1996).

Samfelld þjónusta þarf ekki að þýða að þjónustan sé betri, en hún eykur möguleikann á því, m.a. fyrir tilstilli sambandsins, sem þekkt er að myndast milli ljósmóður og konu í gegn um ferlið (McCourt og Page, 1996; Sandall, 1997). Ýmis umönnunarform, þar sem lögð er áhersla á samfellda þjónustu hafa verið þróuð og komið á í Englandi og kannanir á þessum einingum lýsa mismunandi niðurstöðum. Í heildina hafa konur og ljósmæður verið ánægðar með samfellda þjónustu en hluti ljósmæðranna hefur gefist upp á vinnufyrirkomulaginu (Allen o.fl., 1997; Green o.fl., 1998) af ástæðum sem verður farið í hér á eftir.

Skilgreining – mismunandi þjónustuform

Aður en lengra er haldið er við hæfi að skilgreina hugtakið samfelld þjónusta og kanna hvað þar liggur að baki, sérstaklega með tilliti til ljósmæðraþjónustu, eins og hún hefur þróast í Englandi og á Íslandi. Samkvæmt Orðabók Webster's (1973) þýðir orðið samfella (continuity) ótruflað samband, framhald eða sameining.

Innan ljósmæðraþjónustu er hægt að skipta gróflega niður í tvennt því formi samfelldrar þjónustu sem unnið er eftir. Annars vegar er samfelld þjónusta einnar og sömu ljósmóður, þar sem ein ljósmóðir er aðal umönnunaraðili og ber ábyrgð á umönnun ákveðins hóps kvenna á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu (one-to-one midwifery care, personal caseload practice, continuity of carer). Ljósmóðirin veitir sína umönnun þar sem konan vill, hvort sem það er heima, úti í samfélaginu, á heilsugæslustöð, fæðingarheimili eða á sjúkrahúsi. Ljósmóðirin ber ábyrgð á skipulagningu og framkvæmd þjónustunnar í gegn um barneignarferlið.

Hins vegar er form samfelldrar ljósmæðraþjónustu sem einkennist af því að ljósmæðrateymi annast umönnun ákveðins hóps kvenna (team midwifery, group practice, continuity of care). Æskilegt er að ekki séu fleiri en sex í hópnum og þær vinna eftir sömu hugmyndafræði þannig að minni hætta er á mismunandi ráðgjöf og upplýsingum til kvenna. Hver ljósmóðir annast sinn hóp kvenna á meðgöngu og í sængurlegu, en síðan hugsar sú ljósmóðir, sem er á fæðingavakt hverju sinni um konuna í fæðingu og tekur á móti barninu. Þannig að tilviljun ræður hvort „hennar“ ljósmóðir tekur á móti

barninu. Dæmi um þetta form hér heima er MFS-einingin (M - meðganga, F - fæðing, S - sængurlega), sem starfað hefur innan Landspítalans á Hringbraut síðan 1994, nema hvað þar eru nú fleiri ljósmæður í hóp en venjulega er mælt með eða níu.

Upphaflega starfaði einn ljósmæðrahópur innan Landspítalans, en vegna mikilla vinsælda meðal kvenna var ákveðið að bæta öðrum hóp við árið 2000, sem var með sjö ljósmæður innanborðs og var ég ein þeirra. Hugmyndin var upphaflega að hann starfaði aðeins öðruvísi en fyrri hópurinn eða eftir „one-to-one“ hugmyndafræðinni, en hætt var við það meðal annars vegna þess að það kerfi þótti of dýrt í rekstri, auk þess sem ljósmæðrunum fannst almennt bindingin vera of mikil. Fljótlega störfuðu þessir tveir hópar því á svipaðan hátt og voru síðan sameinaðir.

Áhersla er lögð á að styðja við edlilegt barneignarferli og koma í veg fyrir óþarfa inngrip, en markmið MFS-einingarinnar eru eftirfarandi:

- Að verðandi foreldrar fái samfellda þjónustu sömu ljósmóður í meðgöngu, fæðingu og sængurlegu.
- Að veita foreldrum persónulega þjónustu og fræðslu, þar sem leitast er við að mæta þörfum og óskum hvers og eins.
- Að gera verðandi foreldrum fært að taka aukna ábyrgð varðandi meðgöngu, fæðingu og sængurlegu.
- Að fjölskyldan sameinist sem fyrst og stuðla þannig að tengslamyndun.

Kostnaður – hagkvæmni samfelldra þjónustukerfa

Samkvæmt heimildum hafa kostnaðarskýrslur í Englandi, Bandaríkjunum og Kanada, sýnt að miðstýring barneignarþjónustu hefur ekki reynst hagkvæm (Sandall, 1995). Þegar verið er að koma á breytingum á skipulagi þjónustu er hagkvæmni hins nýja kerfis mikilvæg, sérstaklega innan heilbrigðiskerfisins, þar sem stöðugar kröfur eru um niðurskurð. Ýmsir þættir hafa áhrif á kostnað við rekstur samfelldrar þjónustu ljósmæðra eins og að hluti þjónustunnar fer fram í heimahúsi sem sparar dýr sjúkrahúsrými. Það hefur verið talinn kostur samfelldrar þjónustu að hlutverk yrðu skýrari og endurtekning þjónustu þar af leiðandi minni (Árdís Ólafsdóttir, 1999).

Samkvæmt Klein o.fl. í Flint (1993) höfðu eftirfarandi þættir, sem einkenna samfelld þjónustuform, lækkandi áhrif á kostnað:

- Mat snemma í fæðingu heima - minni tími á sjúkrahúsi.
- Minni þörf fyrir verkjalyf.
- Færri inngrip.
- Minni fósturstreita, hærri apgar og sjaldnar þörf fyrir endurlífgun.

Mat hefur verið gert á samfelldri ljósmæðraþjónustu við tvö sjúkrahús í London (Queen Charlotte's og Hammer-smith) og reyndist kostnaður u.þ.b. sá sami og við hefðbundna þjónustu (McCourt og Page, 1996). Hér á landi hefur hagkvæmni MFS-einingarinnar, eins og hún er rekin á Landspítala-háskólasjúkrahúsi verið sambærileg við hefðbundna fæðingarþjónustu í heilbrigðiskerfinu (Hermína Stefánsdóttir, 2005).

Innleiðing samfelldrar ljósmæðraþjónustu

Sífelld er verið að kanna hvers konar barneignarþjónustu konur vilji í þeim tilgangi að koma betur til móts við þarfir þeirra. Ein slík var gerð í Svíþjóð og leiddi í ljós að ef sænskar konur gætu valið sér fæðingarstað myndu heimafæðingar aukast tífalt og 20 stærstu sjúkrahús Svíþjóðar yrðu að koma á fót fæðingarheimili, þar sem áhersla væri á samfellda þjónustu (Hildingsson, Waldenström og Radestad, 2003). Svipað er uppi á teningnum hér á landi, þar sem mun færri komast að, en vilja, í MFS-einingunni; en hafna þarf u.þ.b. 30 konum á mánuði (munleg heimild MFS-ljósmæður í maí 2005).

Ljósmæðraþjónusta, þar sem lögð er áhersla á samfellu hefur verið sett á laggirnar víða í Englandi, með það fyrir augum að koma betur til móts við óskir og þarfir kvenna í barneignarferlinu, en einnig vegna þess að ljósmæður hafa viljað starfa á þennan hátt.

Einingar, þar sem boðið er upp á samfellda þjónustu hafa verið skipulagðar bæði innan og utan sjúkrahúsa og þá oft í tengslum við heilsugæslu (Green o.fl. 1998). Efasemdir hafa verið um hvort slík þjónusta geti þrífist innan sjúkrahúsa, þar sem hugmyndafræðin og skipulagið er svo ólíkt. Flest slík MFS þjónustuform leggja að vísu áherslu á að sem mestur hluti þjónustunnar fari fram utan sjúkrahúsa; á heimili kvennanna og úti í heilsugæslunni og dæmi eru um að þau dafni innan sjúkrahúsa þar sem góður undirbúningur hefur verið til staðar (Árdís Ólafsdóttir, 1999; Leap, 1996; McCourt

og Page, 1996). Annars staðar hefur þetta gengið verr (Allen o.fl., 1997; Green o.fl., 1998).

Rannsókn sem bar saman tvo ljósmæðrahópa, sjúkrahúshóp og hóp sem starfaði utan sjúkrahúss í tengslum við heilsugæslu í Vestur Essex, leiddi í ljós að 70% ljósmæðranna sem störfuðu utan sjúkrahúss lýstu mikilli ánægju með sína vinnu miðað við 47% sjúkrahúsljósmæðranna. Þeir gallar sem sjúkrahúsljósmæðurnar nefndu helst voru of fátt starfsfólk, of lítill tími, lág laun og ekki næg samfella í umönnun kvennanna (Green o.fl., 1998).

Samskiptaerfiðleikar við aðra heilbrigðisstarfsmenn, sérstaklega ljósmæður og lækna, sem vinna í hefðbundna sjúkrahúskerfinu, hafa verið til staðar víða, þar sem MFS-þjónustuform hafa verið sett á laggirnar. Höfundar telja að ástæðurnar geta verið margar, eins og hræðsla við að missa spón úr aski sínum eða að nýja kerfið sé eitthvað betra en það, sem þeir eru að bjóða upp á (Allen o.fl., 1997; Campbell, 1995; Green o.fl., 1998).

Flestar einingar, sem boðið hafa upp á samfellda þjónustu, hafa einskorðað hana við konur í eðlilegri meðgöngu, og hafa konur lýst óánægju með að „þetta út úr kerfinu“, þegar vandamál koma upp (Auður E. Jóhannsdóttir, Guðrún B. Þorsteinsdóttir, Hulda Skúladóttir, Ingibjörg Hreiðarsdóttir, 2000; Fleissig, Kroll og McCarthy, 1996).

Sumir ljósmæðrahópar erlendis hafa annast konur með áhættuþætti, og haldið því fram að þær þarfnist ekki síður og jafnvel frekar, samfelldrar þjónustu ljósmóður, sem þær þekkja heldur en konur í eðlilegu ferli (Fleissig o.fl., 1996; Walker, Hall og Thomas, 1995). Sú hugmynd hefur verið sett fram að koma á fót sérhæfðum „áhættu-teymum“, sem sinna í samstarfi við lækna og aðrar viðeigandi heilbrigðisstéttir konum með áhættuþætti (Fleissig o.fl., 1996, Page, 1996). Slíkar hugmyndir hafa einnig verið uppi hér.

Það hefur reynst erfitt að koma á þjónustuformi, þar sem gert er ráð fyrir að sama ljósmóðirin sinni sömu konunni í gegn um allt ferlið (one-to-one, continuity of carer). Allen o.fl. (1997) framkvæmdu mat á þremur ljósmæðrahópum í Englandi. Það kom í ljós að margs konar vandamál koma upp ef undirbúningur er lélegur bæði varðandi starfsfólkið og skipulagið. Allir þrír hóparnir höfðu lagt upp með það að bjóða upp á samfellda þjónustu í gegn-

um allt ferlið, en tveir þeirra þróuðust yfir í samfellda þjónustu á meðgöngu og í sængurlegu, sem gefur til kynna ákveðna erfiðleika við að viðhalda fullkominni samfelli í reynd. Ástæðurnar gætu verið margar, eins og of margar konur á ljósmóður, bakvaktakerfið of bindandi, ónógur stuðningur og frítími, og síðast en ekki síst hentar ekki öllum ljósmæðrum að vinna á þennan hátt.

Nokkrir þættir eru mikilvægir þegar verið er að innleiða nýtt kerfi innan ljósmæðraþjónustunnar. Mikilvægt er að þær ljósmæður, sem starfa saman í hóp, taki þátt í að skipuleggja þjónustuna frá upphafi. Undirbúningstíminn verður að vera nægur; mælt hefur verið með 18 mánuðum. Upplýsingaflæði til þeirra sem hlut eiga að máli og stuðningur frá yfirmönnum er nauðsynlegur (Allen o.fl., 1997; Campbell, 1995; Green o.fl., 1998). Þjálfun og endurmenntun ljósmæðranna eftir þörfum, er mikilvæg. Nauðsynlegt er að meta þjónustuna oft út frá þáttum eins og hagkvæmni, útkomu og ánægju, hafa hana sveigjanlega og breyta henni og þróa eftir þörfum (Green o.fl., 1998; McCourt og Page, 1996).

Samfelld þjónusta – upplifun kvenna

Fjölmargar rannsóknir hafa verið gerðar um upplifun kvenna af þjónustu í barneignarferlinu, og hvernig þær vilja hafa umönnunina og hefur aðal-mælikvarðinn verið ánægja kvennanna.

Samkvæmt Wagner (1994) er ánægja konu með sína umönnun og þjónustu í barneignarferlinu einn mikilvægasti mælikvarðinn á gæðum þjónustunnar. Nokkrar rannsóknir hafa einnig leitt í ljós langtímaáhrif fæðingarreynslunnar á samband móður og barns og sjálfsöryggi hennar sem móður (Oakley o.fl. 1996). Önnur atriði eins og minni verkjalyfjanotkun, færri inngríp, hærri einkunn barns við fæðingu (appgar score) eru einnig mikilvæg þegar verið er að meta umönnun eða þjónustu (Brown og Lumley, 1994; Klein 1983 í Flint 1993). Í raun er þó erfitt að aðgreina líffræðilegar og sálfélagslegar breytur þar sem þær hafa gagnkvæm áhrif. Rannsakendur hafa bent á ákveðna erfiðleika við að meta upplifun kvenna af barneignarferlinu af ýmsum sökum; konur hafa tilhneigingu til að meta þessa reynslu jákvætt vegna tilfinningalegs gildis þessa stóra atburðar sem barnsfæðing er (van Teijlingen o.fl., 2003). Einnig er oft litið svo á að sú

þjónusta, sem í boði er hljóti að vera sú besta (Porter og MacIntyre, 1984).

Þeir þættir sem virðast skipta konur í barneignarferlinu mestu máli samkvæmt rannsóknnum eru að þekkja ljósmóðurina sem tekur á móti barninu, stuðningur, að geta tekið þátt í ákvarðanatöku, virðing, samfelld þjónusta og traust samband við ljósmóður (Berg, Hermansson, Lundgren og Wahlberg, 1996; Biró o.fl., 2003; Brown og Lumley, 1994; Flint, Grant og Poulengeris, 1989; Hundley o.fl., 2001; McCourt og Page, 1996; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 1992; Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir, 1996; van Teijlingen o.fl., 2003; Walsh, 1998).

Vilja ljósmæður starfa við samfellda þjónustu?

Flestar ljósmæður dagsins í dag hafa verið mótaðar af menntun, starfsþjálfun og reynslu, sem byggir á hinu læknisfræðilega módeli. Samfelld þjónustuform byggja hins vegar yfirleitt á hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar þar sem lögð er áhersla á að barneign sé lífeðlislegt ferli en ekki sjúkdómur, að koma eigi í veg fyrir ónauðsynleg inngríp og að virða beri óskir og ákvarðanatöku hinna verðandi foreldra (námskrá í ljósmóðurfræði H.Í., 2004).

Ákveðinn hluti ljósmæðra veigrar sér við að starfa við samfelld þjónustuform, líklega vegna þess að þær þekkja það ekki og hafa ekki reynt það. Aðrar líta á hið læknisfræðilega og tæknivædda módel sem það öruggasta og vilja vinna innan þess.

Rannsókn, sem gerð var árið 1990 á viðhorfi ljósmæðra í Englandi til síns hlutverks, leiddi í ljós óánægju ljósmæðra með þróun hlutverks þeirra. Bar þar hæst áhyggjur af auknum afskiptum lækna af konum í eðlilegu ferli og óánægja ljósmæðra með að geta ekki nýtt til fullnustu þekkingu sína og hæfni (Robinson, 1993).

Ljósmæður, sem starfa við þjónustueiningar, sem bjóða upp á samfellda þjónustu, þurfa að búa yfir ákveðnum sveigjanleika og skipulagshæfileika. Þær þurfa að geta unnið sjálfstætt og skipulagt sitt starf með tilliti til þarfa og óska sinna kvenna. Ljósmæður á Kvennadeild LSH, sem höfðu reynslu af að vinna sjálfstætt og við samfellda þjónustu höfðu frekar áhuga á að starfa þannig (Árdís Ólafsdóttir, 1999). Ljósmæður, sem sækja um stöður við samfelld þjónustuform eru venjulega yngri, nýlega útskrifaðar, með nokk-

urra ára reynslu af ljósmóðurstörfum og mjög áhugasamar um að vinna á þennan hátt (Green o.fl., 1998; McCourt og Page, 1996). Þetta er í samræmi við niðurstöður rannsóknar minnar frá árinu 1999 á viðhorfum og áhuga ljósmæðra á Kvennadeild Landspítalans á að vinna við samfellda þjónustu. Yngri og nýlega útskrifaðar ljósmæður voru líklega kunnugri nýjum hugmyndum um starfshætti og gagnrýni á þá eldri og þar af leiðandi frekar hlynntar því að vinna á annan hátt en áður (Árdís Ólafsdóttir, 1999).

Ljósmæðurnar við MFS-eininguna á Landspítalanum eru samt sem áður yfirleitt með nokkuð langa starfsreynslu og þegar viðtal fór fram við þær árið 1999, voru tvær af sex með aðeins nokkurra ára starfsreynslu. Það er samþæringlegt við ljósmæðrarekna fæðingadeild í Aberdeen, þar sem ljósmæðurnar voru yfirleitt með langa starfsreynslu (Hundley o.fl., 1995). Þær ljósmæður sem voru með 6-10 ára starfsreynslu sýndu, samkvæmt niðurstöðum, mestan áhuga á að vinna við samfellda ljósmæðraþjónustu (Árdís Ólafsdóttir, 1999). Ástæðan gæti verið sú að ljósmæðurnar teldu sig vera komnar með næga reynslu til að takast á við fjölbreyttar aðstæður og sjálfstæðari vinnubrögð.

Á undanförunum áratug hefur samfelld þjónusta verið að aukast meðal ljósmæðra á Íslandi. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar minnar á viðhorfum og áhuga ljósmæðra á Kvennadeild LSH voru 61,5% jákvæðar gagnvart því að starfa við samfellda þjónustu eða í MFS-kerfi (Árdís Ólafsdóttir, 1999). Ljósmæður sem annast konur í meðgönguvernd eru með „sínar konur“ alla meðgönguna, eins og kostur er og einnig eru þær í auknum mæli að annast þær í sængurlegu í heimahúsi og síðar í ungbarnaefstirliti. Ljósmæður sem annast konur í fæðingu og í sængurlegu í Hreiðri í sólarhring eftir fæðingu, annast þær stundum einnig í sængurlegu eftir að heim er komið. Fyrirkomulagið úti á landi er í eðli sínu samfellt þjónustuform, þar sem fáar ljósmæður þekkja konurnar og fylgja þeim oft í gegn um allt barneignarferlið. MFS-einingin hefur átt velgengni að fagna hér á höfuðborgarsvæðinu, bæði hvað varðar vinsældir og ánægju kvenna með þjónustuna (Auður E. Jóhannsdóttir o.fl., 2000) og vegna útkomu fæðingar fyrir móður og barn, þar sem tíðni keisaraskurðar og áhaldafæðinga

er t.d. mjög lág (Munnleg heimild - skráning MFS árið 2003). Í loka- verkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði um þróun samfelldrar ljósmæðraþjónustu koma fram tillögur um að mynda MFS-ljósmæðrahópa innan heilsugæslunnar, þar sem hver ljósmóðir væri með sinn hóp af konum á meðgöngu og í sængurlegu og ungbarnavernd, síðan skiptu ljósmæður í hóp á milli sín bakvöktum fyrir fæðingar (Hermína Stefánsdóttir, 2005).

Kostir samfelldrar þjónustu frá sjónarhóli ljósmæðra

Bæði konur og ljósmæður hafa lýst mikilvægi þess að traust samband myndist milli þeirra í barneignarferlinu (Fraser, 1999; McCourt og Page, 1996; Sandall, 1997; Walsh, 1998). Það er erfitt að skilgreina nákvæmlega þetta samband, stundum er talað um vináttusamband. Það er samt sem áður, hægt að álykta að tilgangur slíks sambands sé að styrkja konur, auðvelda fræðslu og upplýsingagjöf og auka líkurnar á markvissari umönnun. Slíkt samband er erfitt að mynda án samfelldrar þjónustu en 12 ljósmæður í minni rannsókn nefndu að sambandið, sem myndaðist við konuna í MFS, væri ástæðan fyrir því að þær vildu í svona kerfi (Árdís Ólafsdóttir, 1999).

Samkvæmt rannsóknnum virðist vera sterkt samband milli starfsánægju ljósmæðra og þess að mynda samband við konurnar (Allen o.fl., 1997; McCourt og Page, 1996; Sandall, 1997). Því meiri samfella, þeim mun meiri ánægja (Sandall, 1997). Þetta er í samræmi við viðtöl við MFS-ljósmæður, sem sögðu allar að starfsánægjan væri meiri hjá þeim eftir að þær fóru að vinna í MFS og mest þegar þær væru með sínar konur í gegn um allt ferlið, þ.e.a.s. í fæðingu líka, sem gerist í u.þ.b. 20% tilvika (Árdís Ólafsdóttir, 1999).

Aukið sjálfraði, sjálfstæði og ábyrgð ljósmæðra, sem starfa við samfellda þjónustu hafa samkvæmt rannsóknnum jákvæð áhrif á starfsánægju ljósmæðra (Bisset 1996; Green o.fl. 1998). Ljósmæðurnar í minni rannsókn gáfu upp ýmsar ástæður fyrir því að vilja starfa við samfellda þjónustu. Meirihluti ljósmæðranna var jákvæður gagnvart því að ein ljósmóðir skipuleggi og veiti mest alla umönnun til sinna kvenna og hafi samvinnu við aðrar heilbrigðisstéttir eftir þörfum (Árdís Ólafsdóttir, 1999).

Ljósmæður, sem starfa saman í hóp eru oft nokkuð einangraðar og skipu-

leggja mest alla þjónustuna innan hóp-sins. Þess vegna skiptir stuðningur innan ljósmæðrahóps og góður andi miklu máli fyrir velgengni þjónustunnar og einnig til að koma í veg fyrir kulnun (Sandall, 1997). Ljósmæður ljósmæðrahóps í Gilchrist eru sammála þessu og segja mikilvægt að góður stuðningur ríki meðal ljósmæðranna, að þær starfi í jákvæðu andrúmslofti og að þær geti treyst hver á aðra faglega (Atkins, 1997). Allen o.fl. (1997) skoðuðu nokkra mismunandi ljósmæðrahópa og komust að því að meiri starfsánægja ljósmæðranna tengdist því m.a. að geta skipulagt sinn tíma sjálfar og unnið sveigjanlega. Rannsókn Sandall (1997) styður þetta en hún ályktar að stjórn á aðstæðum og samfelld þjónusta séu jafn mikilvægir þættir fyrir starfsánægju ljósmæðra og fyrir ánægju kvenna í barneignarferlinu

Skipulag samfelldrar þjónustu – reynsla og viðhorf ljósmæðra

Rannsóknir hafa sýnt að það eru tvö atriði sem þurfa að vera vel skipulögð til þess að samfelld þjónustuform gangi vel; annars vegar hæfilegur fjöldi kvenna sem hver ljósmóðir sinnir og hins vegar bakvaktakerfið (Sandall, 1996). Þegar ljósmæður í rannsókn, sem gerð var í vestur Essex, voru spurðar að því hvað þeim líkaði verst við starfið nefndu þær langan vinnutíma og að þær væru með of margar konur (Green o.fl., 1998). Margar rannsóknir hafa stutt þetta (Allen o.fl., 1997; Árdís Ólafsdóttir, 1999; Watson, 1990).

Tveimur ljósmæðrahópum í London hefur gengið vel að skipuleggja þessi atriði (Queen Charlotte's og Hammer-smith Hospitals og Southeast London Midwifery Group Practice, SELMGP). Ljósmæðrahópurinn gerði samning við heilbrigðisyfirvöld (National Health Service) og starfar nokkuð sjálfstætt. Fjöldi kvenna er 36 konur hjá ljósmæðrum í fullu starfi og 18 konur hjá þeim sem eru í hlutastarfi. Ljósmæðurnar starfa tvær og tvær saman og eru alltaf á bakvakt fyrir sínar konur. Þær geta valið með hverri þær vinna, sem virðist skipta máli hvað varðar starfsánægju (Allen o.fl., 1997; Green o.fl., 1998; Watson, 1990).

Í nokkrum hópum starfa ljósmæðurnar þrjá mánuði í einu og taka síðan einn mánuð frí (Flint, 1993; McCourt og Page, 1996). Þær eru með kerfi, sem aðlagar sig þörfum kvenna og þeirra

sjálfra og er í stöðugu mati og þróun. Fullkomin samfella næst hjá þessum hópum í 93% tilfella og 100% kvennanna hafa annað hvort sína ljósmóður eða hina í parinu við fæðinguna. Reynslan sýnir að þar sem traust samband myndast milli ljósmæðra og kvenna virkar bakvaktakerfið betur; minna er hringt í ljósmæðurnar, líklega þar sem konurnar hafa öðlast meira sjálfsöryggi (Flint, 1993; McCourt og Page, 1996; Reid, 2002).

Rannsakendur hafa haft áhyggjur af neikvæðum áhrifum starfs í samfelldum þjónustuförum á ljósmæður, sérstaklega varðandi áhrif bakvaktakerfisins á einkalíf ljósmæðra, þá einkum þeirra, sem eiga lítil börn (Allen o.fl., 1997; Green o.fl., 1998; Waldenström o.fl., 1993; Watson, 1990). Talið hafði verið að einhleypar ljósmæður væru líklegri en þær sem væru giftar eða í sambúð til þess að vilja starfa við samfellda þjónustu vegna minni fjölskyldubindingar. Þarna skipta mörg atriði máli; allar ljósmæður eiga sitt einkalíf og félagslíf og margar einhleypar ljósmæður eiga t.d. börn, sem gæti haft áhrif á afstöðu þeirra. Þörf fyrir þösson er mismunandi eftir aldri barnsins. Sveigjanlegur vinnutími gæti hentað sumum ljósmæðrum með börn, öðrum ekki, sumar hreinlega vita ekki hvort hann hentar þeim eða ekki fyrr en þær hafa prófað að vinna svona (Robinson, 1993). Ljósmæður, sem starfa við samfelld þjónustuför þarfnast mikils stuðnings heima fyrir og innan ljósmæðrahópsins. Þess ber að geta að sums staðar er talað um að hið ósveigjanlega vaktakerfi sjúkrahúsanna samræmist kannski ekkert frekar fjölskyldulífi (Page, 1996).

Rannsókn mín leiddi í ljós að hjúskaparstaða virtist ekki hafa áhrif á áhuga ljósmæðra á að vinna við samfellda þjónustu. Ljósmæður með börn 12 ára og yngri voru líklegri til að vilja vinna við samfellda þjónustu (Árdís Ólafsdóttir, 1999). Ástæðurnar gætu verið ýmsar; samkvæmt sumum rannsóknnum hentar sveigjanleiki fjölskyldum með lítil börn (Duff og Page, 1995). Robinson (1993) heldur því fram að það sé mjög mikilvægt að geta aðlagð vinnutíma að þörfum fjölskyldunnar eins og möguleiki er á í samfelldu þjónustuförum. Þetta er ekki í samræmi við mínar niðurstöður en þær ljósmæður (n=9) sem ekki vildu vinna í MFS-kerfi, töldu að óreglulegur vinnutími hentaði þeim ekki, í sumum til-

fellum vegna lítilla barna (Árdís Ólafsdóttir, 1999).

Ákveðin hættu er á að konur verði háðar ljósmæðrum, þar sem samfelld þjónusta er í boði. Eitt meginhlutverk ljósmæðra er að styrkja konur og maka þeirra þannig að þau hafi náð ákveðnu öryggi og sjálfstrausti varðandi umönnun ungbarns, þegar heimaþjónustu lýkur. Ef þessu markmiði er náð minnka líkur á háðu sambandi (Farmer og Chipperfield, 1996; Leap, 1996). Ljósmæðrahópur sem starfar í London reynir að koma í veg fyrir háð samband með því að hvetja konur til að hitta aðrar barnshafandi konur á meðgöngu og eftir fæðingu þannig að þær geti þróað með sér stuðning og jafnvel vináttu (Leap, 1996). Það er einnig talið mikilvægt að gefa konum skýrar upplýsingar í upphafi um hvers þær geti vænst af þjónustunni og hverjar séu líkurnar á að þeirra ljósmóðir taki á móti barninu (Farmer & Chipperfield, 1996).

Lee (1997) heldur því fram og byggir m.a. á rannsókn sinni frá árinu 1993 um viðhorf kvenna til þjónustuförna, að samfelld þjónusta í gegnum allt barn-eignarferlið sé ekki það sem skipti mestu máli fyrir konur, heldur að þjónustan sé góð og þær hafi sömu ljósmóður annað hvort í meðgöngu eða í sængurlegu. Samt sem áður kom einnig fram í skrifum hennar að einn þáttur sem væri hvað mikilvægastur fyrir konur væri að ljósmóðirin sem hugsaði um þær á meðgöngu, tæki einnig á móti barninu þeirra. Þetta staðfesta aðrar rannsóknir, einnig með tilliti til starfsánægju ljósmæðranna (Árdís Ólafsdóttir, 1999; Sandall, 1997).

Niðurstöður - lokaorð

Ljósmæðraþjónusta getur verið jafngóð innan mismunandi þjónustuförna ef höfuðáherslan er á að hlusta á konur, virða óskir þeirra og þarfir og að styrkja þær. Rannsóknir sýna að samfelld þjónusta þar sem umönnunaraðilar eru fáir skiptir flestar konur máli og að hún hefur jákvæð áhrif í barn-eignarferlinu.

Samfelld þjónusta er einnig mikilvæg ljósmæðrum. Samfelld þjónustuför gera ljósmæðrum kleift að nýta menntun sína og hæfni á öllum sviðum barn-eignarferlisins. Möguleikar ljósmæðra til að starfa sjálfstætt og skipuleggja vinnu sína og vinnutíma aukast. Sambandið, sem myndast við konurnar, við að annast þær að mestu í gegn um

allt barn-eignarferlið, veitir ljósmæðrum aukna starfsánægju og dregur úr líkum á kulnun í starfi.

Það skiptir hins vegar máli að huga vel að skipulagningu innan MFS-eininga. Gæta þarf þess að ekki séu of margar konur hjá hverri ljósmóður og að bakvaktakerfið sé ekki of bindandi. Þegar ný þjónustuför, sem hugmyndir eru um hér á landi, eru sett á laggirnar er mikilvægt að ætla nægan tíma fyrir skipulagningu, endurmenntun og starfsþjálfun. Stuðningur yfirmanna, sem og annars heilbrigðisstarfsfólks, sem hlut á að máli er mikilvægur og eins að upplýsingaflæði sé gott. Þær ljósmæður, sem munu starfa saman, þurfa að taka þátt í að skipuleggja starfið. Þróá þarf og meta þjónustuna reglulega, með tilliti til útkomu, hagkvæmni og ánægju kvennanna og fjölskyldna þeirra.

Ekkert eitt þjónustuför er líklegt til að henta öllum ljósmæðrum eða öllum konum. Mikilvægt er að samfelld þjónusta sé raunhæfur valkostur í barn-eignarferlinu og að boðið sé upp á mismunandi þjónustuför með áherslu á samfellu sem hægt væri að skipuleggja á mismunandi hátt fyrir mismunandi hópa, þannig að bæði konur og ljósmæður geti fundið þann valkost sem hentar þeim best.

Abstract

Continuity of midwifery care – a real choice during pregnancy and childbirth.

This article is about continuity of care within midwifery. The concept is examined as well as the organisation of different continuity schemes. Advantages and disadvantages, mainly from the perspective of midwives are explored. The article is based on the literature review chapter of my masters research from 1999 together with the conclusions of that research and some new literature from the last five years.

The topic of the research was the attitudes and willingness of Icelandic midwives towards working within continuity of carer service. The sample was midwives working at the Women's Unit of the University Hospital of Iceland, where it had been decided to form a group of midwives practising continuity of carer. A team of midwives practising continuity of care existed at the hospital since 1994 (MFS). A questionnaire was sent to midwives working at the hospital since the new group would constitute midwives working there. The midwives

were asked about their attitudes and willingness to work within continuity of carer and the results linked to background information such as age, marital position, number and age of children, education and experience (Ólafsdóttir, 1999).

The experience of the continuity of care groups during the last ten years has been positive and the midwives have to deny many women access each month because they are fully booked. This satisfaction with care of models offering continuity of care is in accordance with other research (Biro et al 2003; Brown & Lumley 1994; McCourt & Page 1996; van Teijlingen et al 2003). Continuity schemes have positive effects on midwives' job satisfaction, where the most influential factors are the relationship between the woman and her midwife, better use of their skills and knowledge, control over time and work. However some of the midwives quit continuity of care schemes because they find the on call system too binding and stressful (Allen et al 1997; Green et al 1998; Sandall 1997). Prospective parents are increasingly offered continuous midwifery care in Iceland, especially during pregnancy and post partum. No one model is the only right one, but it is important to have a real choice and to offer different choices emphasising continuity during the childbearing process, for both women and midwives.

Heimildir

- Allen, I., Bourke Dowling, S., Williams, S. (1997). *A Leading Role for Midwives? Evaluation of Midwifery Group Practice Development Projects*. London: Policy Studies Institute.
- Arney, W.R. (1982). *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago: The university of Chicago Press.
- Atkins, J. (1997). Midwife-Led Care at the Gilchrist Maternity Unit. *Midwives*, 110 (1313): 138-140.
- Auður E. Jóhannsdóttir, Guðrún B. Þorsteinsdóttir, Hulda Skúladóttir, Ingibjörg Hreiðarsdóttir, (2000). *Reynsla foreldra af samfelldri þjónustu MFS-einingarinnar á Kvennadeild Landspítalans*. Lokaverkefni til BSc. gráðu í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands.
- Árdís Ólafsdóttir, (1999). *Continuity of Carer – Attitudes and Interest of Icelandic Midwives*. Óútgefin meistarafræðing. Thames Valley University, London, England.
- Berg, M., Hermannsson, E., Lundgren, I., Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12: 11-15.
- Biró, M.A., Waldenström, U., Brown, S., Pannifex, J.H. (2003). Satisfaction with Team Midwifery Care for Low- and High-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 30 (1): 1-10.
- Bissett, S. (1996). One-to-one midwifery: Starting life as a one-to-one midwife. *Modern Midwife*, January: 12-14.
- Brown, S., Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: A survey of 790 Australian women. *Birth*, 21 (1): 4-13.
- Campbell, M. (1995). One-to-one midwifery: Planning & development. *Modern Midwife*, December: 12-15.
- Department of Health (1993). *Changing Childbirth Part 1: Report of the Expert Maternity Group*. London: HMSO.
- Duff, E., Page, L. (1995). Is one-to-one a model for all? (Interview) *Midwives*, October: 330-331.
- Farmer, E., Chipperfield, C. (1996). One-to-one midwifery: Problems and solutions. *Modern Midwife*, April: 19-21.
- Fleissig, A., Kroll, D., McCarthy, M. (1996). Is community-led maternity care a feasible option for women assessed at low risk and those with complicated pregnancies? Results of a population based study in South Camden, London. *Midwifery*, 12: 191-197.
- Flint, C., Grant, A., Poulengeris, P., (1989). The „Know Your Midwife“ scheme – a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. *Midwifery*, 5: 11-16.
- Flint, C. (1993). *Midwifery Teams & Caseloads*. Oxford: Butterworth & Heinemann Ltd.
- Fraser, D.M. (1999). Women's perceptions of midwifery care: A longitudinal study to shape curriculum development. *Birth*, 26 (2): 99-107.
- Green, J.M., Curtis, P., Price, H., Renfrew, M.J. (1998). *Continuing to Care*. Hale: Books for Midwifery Press.
- Hermína Stefánsdóttir (2005). *Þróun samfelldrar ljósmæðraþjónustu á Reykjavíkursvæðinu -áhersla til breytinga í framtíðinni? Óbirt lokaverkefni í ljósmóðurfraði við Háskóla Íslands*.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., Radestad, I. (2003). Swedish women's interest in home birth and in -hospital birth center care. *Birth*, 30 (1): 11-22.
- Hundley, V., Ryan, M., Graham, W. (2001) Assessing women's preferences for intrapartum care. *Birth*, 28 (4): 254-263.
- Leap, N. (1996). Caseload practice: A recipe for burnout? *British Journal of Midwifery*, 4 (6): 329-330.
- Lee, G. (1997). The Concept of „Continuity“ – What Does it Mean. Í *Reflections on Midwifery* (útg. af M.J. Kirkham & E.R. Perkins). London: Balliere Tindall.
- Ljósmæðrafélag Íslands (2000). *Hugmyndafræði og stefna*. Reykjavík. Ljósmæðrafélag Íslands.
- McCourt, C., Page, L. (1996). *Report of the Evaluation of One-to-One Midwifery*. London: Thames Valley University.
- Oakley, A., Hickey, D., Rajan, L., Rigby, A. (1996). Social support in pregnancy: Does it have long term effects? *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 14:7-22.
- Ólöf Á. Ólafsdóttir, (1992). *Midwife's Teaching-Coaching practice around the time of birth*. Óútgefin meistarafræðing. School of Nursing Studies, University of Wales College of Medicine, Cardiff.
- Page, L. (1996). Reclaiming midwifery: 16th Dame Rosalind Paget memorial lecture. *Midwives*, 109 (1304): 248-253.
- Reid, B. (2002). The albanian midwifery practice. *MIDIRS Midwifery Digest*, 14 (1): 118-121.
- Robinson, S. (1993). Combining work with caring for children, findings from a longitudinal study of midwives' careers. *Midwifery*, 9: 183-196.
- Sandall, J. (1995). Choice, continuity and control: Changing midwifery, towards a sociological perspective. *Midwifery*, 11:201-209.
- Sandall, J. (1996). Moving towards caseload practice: What evidence do we have? *British Journal of Midwifery*, December, 4 (12): 620-621.
- Sandall, J. (1997). Midwives' burnout and continuity of care. *British Journal of Midwifery*, 5 (2): 106-111.
- Sigríður Halldórsdóttir, Sigfríður I. Karlsdóttir, (1996). Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12 (2): 48-61.
- Teijlingen E.R. van, Hundley, V., Rennie, A., Graham, W., Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: „What is, must still be best“. *Birth*, 30 (2): 75-82.
- Wagner, M. (1994). *Pursuing the Birth Machine: The Search for appropriate Birth Technology*. Camperdown: ACE Graphics.
- Waldenström, U., Nilson, C.A. (1993). Women's satisfaction with birth center care: A randomized controlled study. *Birth*, 20 (1): 3-13.
- Walker, J.M., Hall, S., Thomas, M. (1995). The experience of labour: A perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery*, 1: 120-129.
- Walsh, D. (1998). *An Ethnographic Study of Women's Experience of Partnership Caseload Midwifery Practice* (The BUMPS Scheme), The maternity Unit at Leicester Royal Infirmary NHS Trust.
- Watson, P. (1990). *Report on the Kidlington Team Midwifery Scheme*. Oxford: National Institute for Nursing: Centre for Practice, Development and Research.
- Webster's New Collegiate Dictionary (1973). Springfield: G.&C. Merriam Company.

