

HEIMAÞJÓNUSTA LJÓSMÆÐRA Á ÍSLANDI Á ÁRUNUM 2012-2019

Lýðgrunduð framskyggn ferilrannsókn



Guðlaug Ingibjörg Þorsteinsdóttir,
Miðstöð í lýðheilsuvisindum,
Háskóli Íslands



Kristjana Einarsdóttir,
Miðstöð í lýðheilsuvisindum,
Háskóli Íslands



Hallfríður Kristín Jónsdóttir,
ljósmóðir og brjóstagjafaráðgjafi,
Landspítali - Háskólasjúkrahús



Emma Marie Swift,
Lektor við námsbraut í ljósmóður-
fræði, Hjúkrunarfræðideild,
Háskóli Íslands

ÚTDRÁTTUR

Bakgrunnur: Heimaþjónusta ljósmæðra til sængurkvenna og nýbura á Íslandi er ætluð fyrir þær mæður og börn sem útskrifast af fæðingarstað innan 72 klukkustunda eða í sérstökum tilvikum innan 86 klukkustunda. Heimaþjónusta felur í sér ákveðinn fjölda vitjana í heimahús innan 10 daga frá fæðingu. Fjöldi vitjana ákvarðast af heilsufari móður og barns. Heilsufar er skilgreint með flokkun A/B/C þar sem mæður og nýburar við góða heilsu eru skilgreind í A flokki, mæður og nýburar með lítilsháttar heilsufarsfrávik eru skilgreind í B flokki og alvarlegri heilsufarsfrávik í C flokki. Bráðavitjanir eða sértæk brjóstagjafaráðgjöf ákvarðast eftir þörfum. Markmið rannsókna var að lýsa heimaþjónunum, bráðavitjunum og vitjunum brjóstagjafaráðgjafa til mæðra í sængurlegu á árunum 2012-2019 og meta áhrif heilsufarsflokunar á áhættuna fyrir bráðavitjun eða brjóstagjafaráðgjöf.

Aðferð: Lýðgrunduð gögn frá Sjúkratryggingum Íslands yfir heimaþjónustu ljósmæðra á árunum 2012-2019 voru skoðuð (N=28.009). Gögnum var safnað í rauntíma af ljósmæðrum sem sinna heimaþjónustu og innihalda upplýsingar um bakgrunn kvenna, fæðingarmáta og flokkun á heilsufari (A, B eða C). Gögnum var lýst eftir ári og eftir heilsufarsflokkun sem heildarfjöldi og hlutfalli af heild. Marktækni var miðuð við $p < 0,05$. Gagnlíkindi (GL) og leiðrétt gagnlíkindi (LGL) voru reiknuð með 95% öryggismörkum.

Niðurstöður: Mæðrum og nýburum í flokki A fækkaði á tímabilinu úr 55,8% árið 2012 í 31,9% árið 2019 en mæðrum og nýburum í flokki B og C fjölgaði ($p < 0,001$). Bráðavitjanir jukust og fóru úr 1,4% í 5,8% ($p < 0,001$). Vitjanir brjóstagjafaráðgjafa jukust og fóru úr 1,0% í 8,8% ($p < 0,001$). Heilsufarsflokkun B og C jók líkindin á bráðavitjun (LGL=2,42 og 2,40) og á vitjun brjóstagjafaráðgjafa (LGL=2,01 og 2,65) samanborið við heilsufarsflokkun A.

Ályktanir: Rannsóknin sýndi hlutfallslega fækkun á mæðrum og nýburum í heilsufarsflokki A en aukningu í flokkum B og C á

árunum 2012-2019, samhliða því að bráðavitjanir og vitjanir brjóstagjafaráðgjafa jukust. Rannsóknin varpar ljósi á þjónustu sem veitt var af ljósmæðrum í heimaþjónustu og brjóstagjafaráðgjöfum á tímabilinu. Þörf er á rafrænni skráningu á heimaþjónustu ljósmæðra og brjóstagjafaráðgjafa í samræmi við gæðavísa til að meta nánar árangur og þróun í þjónustu.

Lykilorð: Sængurlega, heimaþjónusta, heilsufarsflokkun, ljósmóðir, bráðavitjun, brjóstagjafaráðgjöf

ABSTRACT

Background: In Iceland, postpartum in-home care is provided by midwives for mothers and newborns who are discharged within 72 hours of giving birth, in special cases within 86 hours. In-home visits occur within the first ten days after birth and the number of visits depend on the health of the mother and newborn. An A/B/C health category system is used to describe mother and newborn health. Mother and newborn in good health condition are classified in health category A, mother and newborn with minimal health problems in category B and those with major health problems in category C. Emergency or breastfeeding consultation is provided as needed. The aim of this study was to describe in-home postpartum care, including emergency and lactation consultation, in Iceland from 2012 to 2019 and to assess the association between health category classification and the need for emergency and lactation consultation.

Method: Population-based data was obtained from Sjúkratryggingar Íslands (e. Health insurance Iceland). Data was collected by midwives in 2012-2019 (N=28.009). Data was collected by midwives providing in-home postpartum care and includes information about women's background, birth mode and health category (A, B or C). Data was described by year and health category as a total number and a percent of total. Significance was based on $p < 0,005$. Odds

Ratio (OR) and adjusted OR (AOR) was calculated with 95% Confidence Interval (CI).

Results: During the study period, the proportion of mothers and newborns in category A decreased, 55,8% to 31,9%, while category B and C increased ($p < 0,001$). In-home emergency visits increased from 1,4% to 5,8% ($p < 0,001$) and breastfeeding consultants' visits increased from 1,0% to 8,8% ($p < 0,001$). Health category B and C increased the odds for in-home emergency visits (AOR=2,42 and 2,40, respectively) and for breastfeeding consultants' visits (AOR=2,01 and 2,65, respectively) compared to health category A.

Conclusions: The study showed that the proportion of mothers/newborns in health category A decreased over the study period while the proportion of mothers/newborns in category B and C increased. An increase was seen in in-home emergency and lactation consultation visits. This study provides an overview of postpartum midwifery services as well as highlights the need for electronic recording in accordance with standardized quality indicators to evaluate the scope and effectiveness postpartum midwifery services in Iceland.

Key Words: Postpartum period, in-home care, health category, midwife, emergency visits, lactation consultant.

INNGANGUR

Heimaþjónusta eftir fæðingu tíðkast víða um heim þótt unnið sé eftir ólíkum verklagsreglum að sama markmiðinu, að standa vörð um heilsu mæðra og nýbura (Cheyne o.fl., 2014; „Child checkups in Norway“, 2021; Hildur Sigurðardóttir, 2014a; Kurth o.fl., 2016; National Health Service, 2019; Tesfau o.fl., 2020; World Health Organization og Jhpiego, apríl 2015). Alþjóðlegar lykilstofnanir hafa gefið út leiðbeiningar um heilbrigðisþjónustu sem þykir nauðsynleg við mæður og nýbura í sængurlegu („Caesarean section“, 2019; „Postnatal care up to 8 weeks after birth“, 2015; World Health Organization og Jhpiego, apríl 2015). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (e. World Health Organization, WHO) mælir með fjórum heimavitjunum á fyrstu sex vikunum eftir fæðingu (World Health Organization og Jhpiego, apríl 2015). Þar af ætti að vera ein vitjun á fyrsta sólarhringi eftir fæðingu, önnur á þriðja sólarhringi, þriðja milli 10. til 14. aldursdags barns og síðasta þegar um sex vikur eru liðnar frá fæðingu barns (World Health Organization og Jhpiego, apríl 2015).

Leiðbeiningar National Institute for Health and Care Excellence (NICE) frá Bretlandi eru sambærilegar ráðleggingum WHO. Helsti munurinn er að leiðbeiningar NICE eru með lengri tímaramma fyrir síðustu vitjun og miða við að hún eigi sér stað sex til átta vikum eftir fæðingu barns („Postnatal care up to 8 weeks after birth“, 2015). NICE hefur einnig gefið út ítarlegri leiðbeiningar um þjónustu við mæður sem fæða með keisaraskurði í sængurlegu og er þar gert ráð fyrir þjónustu sem snýr meðal annars að sáraumhirðu („Caesarean section“, 2019).

Margar ólíkar útfærslur eru til af heimaþjónustu eftir fæðingu og ólíkt frá einu landi til annars hvernig heimaþjónusta er útfærð. Í Skotlandi er heimaþjónusta háttað þannig að ljósmóðir fylgir móður og nýbura fyrstu tíu dagana eftir fæðingu (National Health Service, 2019). Flestar mæður og nýburar eru að fá þrjár til fjórar heimavitjanir á þessum tíma en þær eru þó allt frá einni og upp í sjö (Cheyne o.fl., 2014). Eftir að heimaþjónusta lýkur tekur við ungbarnaeftirlit sem lýsir sér í reglulegu eftirliti á heimili barns (National Health Service, 2019). Þetta fyrirkomulag er svipað því fyrirkomulagi sem við þekkjum hér á landi. Í Sviss geta mæður og nýburar fengið heimaþjónustu fyrstu tíu dagana ef foreldrar hafa sjálfir uppi á ljósmóður sem sinnir vitjunum. Þessi staða getur reynst foreldrum erfið og margir kjósa að bíða frekar eftir skyldueftirliti læknis sex vikum frá fæðingu barns (Kurth o.fl., 2016). Í Noregi kemur heilbrigðisstarfsmaður heim til mæðra og nýbura í eina heimsókn með fræðslu („Child checkups in Norway“, 2021). Í Eþíópíu er lagt upp með að heilbrigðisstarfsmaður sinni móður og nýbura innan þriggja sólarhringa eftir fæðingu (Tesfau o.fl., 2020).

Á Íslandi sinna ljósmæður heimaþjónustu til sængurkvenna

sem eru útskrifaðar frá fæðingarstað innan þriggja sólarhringa frá fæðingu. Þessi þjónusta byggir á leiðbeiningum frá NICE frá árinu 2006 um þjónustu við sængurkonur. Árið 2009 gaf Embætti landlæknis út íslenskar klínískar leiðbeiningar fyrir ljósmæður sem sinna heimaþjónustu sem taka mið af aðstæðum hérlendis (Hildur Sigurðardóttir, 2014a). Þær leiðbeiningar voru svo uppfærðar árið 2014.

Heimaþjónusta ljósmæðra byggir á þeim grundvallarmarkmiðum í íslenskrri heilbrigðisþjónustu að veita faglega og örugga þjónustu á réttu þjónustustigi. Þjónustan skal vera samfelld og miða að því að veita nýrri fjölskyldu nauðsynlegan stuðning í nýju hlutverki, bæði andlega, líkamlega og félagslega. Á þessum grunni hefur heimaþjónusta ljósmæðra byggt undanfarin ár og var áfram staðfest í nýrri aðgerðaráætlun heilbrigðisráðherra sem birt var á þessu ári (Barn-eignarþjónusta - aðgerðaráætlun, 2021).

Á Íslandi eiga móðir og barn kost á heimaþjónustu í 10 daga eftir fæðingu ef þau eru útskrifuð frá fæðingarstað innan 24-72 klukkutíma. Þessi tímarammi er háður því hvort kona sé að eignast sitt fyrsta barn, heilsufari og fæðingarmáta. Árið 2014 var bætt við í samninginn að í sérstökum undantekningartilvikum geta móðir og barn átt kost á heimaþjónustu eftir allt að 86 klukkustunda dvöl á fæðingarstað eftir fæðingu skrifi barnalæknir upp á beiðni þess efnis. Ef móðir og barn eru lengur en 86 klukkustundir í þjónustu á fæðingarstað missa þau þó allan rétt til niðurgreiðslu á heimaþjónustu. Sjúkratryggðum mæðrum sem eiga í erfiðleikum með brjóstgjöf stendur til boða að fá niðurgreidda þjónustu brjóstgjafaráðgjafa tvisvar fyrstu 14 dagana frá fæðingu. Allar konur geta sótt sér þessa aðstoð að þeim tíma liðnum gegn greiðslu. Ráðgjöfin sem er niðurgreidd af Sjúkratryggingum Íslands er þó háð beiðni ljósmóður sem sinnir heimaþjónustu (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2018). Árið 2021 voru enn á ný gerðir nýir samningar við brjóstgjafaráðgjafa og var þá bæði fjöldi vitjana aukinn og tímaramminn lengdur. Sjúkratryggðar mæður geta nú fengið þrjár vitjanir frá brjóstaráðgjafa í allt að sex mánuði sér að kostnaðarlausu (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2021).

Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) gera verktakasamninga við ljósmæður sem sinna heimaþjónustu á Íslandi og er þjónustan greidd af SÍ fyrir sjúkratryggða einstaklinga (Lög um sjúkratryggingar nr.112/2008; Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2018). Fyrir útskrift af fæðingarstað hljóta móðir og barn sameiginlega heilsufarsflokkan sem skilgreinir heilsufar þeirra. Flokkunin (A/B/C) gefur til kynna hvort um heilsufarsfrávik sé að ræða og þá hve mikil þau eru. Mæður og börn án frávika/áhættuþátta eru skilgreind í heilsufarsflokk A, mæður og börn með minniháttar frávik á heilsu/áhættuþætti eru skilgreind í flokk B og mæður og börn með alvarlegri frávik/áhættuþætti eru skilgreind í flokk C. Fjöldi vitjana í heimaþjónustu byggir svo á þessari flokkun (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2018). Þjónustan er samfelld og vanalega veitt af einni ljósmóður sem fylgir fjölskyldunni fyrstu tíu dagana eftir fæðingu (Hildur Sigurðardóttir, 2014a). Samfelld þjónusta sem veitt er af sömu ljósmóður eykur gæði þjónustunnar þar sem líklegt er að góð tengsl náist milli móður og ljósmóður (Walker, Rossi og Sander, 2019). Hlutverk ljósmæðra í heimaþjónustu hér á landi er að fylgjast með andlegri og líkamlegri heilsu móður, veita ráðgjöf við brjóstgjöf, fylgjast með heilsu nýburans og styðja foreldrana við að aðlagast nýju hlutverki (Hildur Sigurðardóttir, 2014a).

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar um heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi og engin síðan árið 2014 (Hildur Sigurðardóttir, 2014b). Á árunum 2010-2012 voru yfir 70% mæðra sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu (Hildur Sigurðardóttir, 2014a). Sumarið 2010 var gerð rannsókn á umfangi heimaþjónustu ljósmæðra og birtist þá grein í Ljósmæðrablaðinu (Hildur Sigurðardóttir, 2010a). Niðurstöðurnar leiddu í ljós að algengasti fjöldi vitjana í heimaþjónustu voru átta talsins. Mæður sem fengu fleiri vitjanir en átta voru líklegri til að glíma við heilsufarsvandamál. Erfitt er að staðfæra rannsóknina til dagsins í dag þar sem heimilaður fjöldi vitjana hefur breyst á þessum tíma. Í þágildandi rammamningi var hámarksfjöldi vitjana ellefu en samkvæmt núgildandi samningum er hámarksfjöldi vitjana sjö.

Undanþága er þó til staðar sem heimilar átta vitjanir fyrir mæður sem fæða barn sitt heima. Heimilaður fjöldi vitjana fyrir mæður sem fæða barn sitt á fæðingardeildum spítala eða heilbrigðisstofnunum eru fimm til sjö vitjanir (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2009, 2018).

Markmið þessarar rannsóknar var að lýsa fjölda heimavitjana, bráðavitjana og vitjana brjóstgjafaráðgjafa meðal kvenna í sængurlegu á árunum 2012-2019. Einnig var markmiðið að meta áhrif heilsufarsflokunar móður og barns á áhættuna á að móðir og/eða barn þyrfti á bráðavitjun eða vitjun brjóstgjafaráðgjafa að halda.

Tilgangur rannsóknar var að varpa ljósi á þjónustu ljósmæðra í sængurlegu og þá þróun sem hefur átt sér stað í heimaþjónustu hér á landi undanfarin ár. Einnig að byggja grunn fyrir ýtarlegri rannsóknir og skapa þekkingu sem gæti stutt við áframhaldandi þróun á þjónustu og gæðaeftirlit.

AÐFERÐIR

Rannsóknin var framskyggn ferilrannsókn sem byggði á skráningum frá ljósmæðrum og brjóstgjafaráðgjöfum um mæður og nýbura í heimaþjónustu á árunum 2012-2019. Gögnin fengust frá Sjúkratryggingum Íslands (SÍ) en ljósmæður og brjóstgjafaráðgjafar á verktakasamningum við SÍ sáu um skráningar. Gagnagrunnurinn inniheldur upplýsingar um allar vitjanir ljósmæðra og brjóstgjafaráðgjafa til kvenna í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu. Heildarfjöldi mæðra í rannsókninni var 28.009.

Úr þessum gögnum fengust upplýsingar um aldur móður (samfelld breyta), heilsufarsflokkun (A, B, C), bæri (frumbyrja/fjölbyrja), heilbrigðisumdæmi (höfuðborgarsvæðið, Austurland, Norðurland, Suðurland, Suðurnes, Vestfirðir og Vesturland), fæðingu með keisaraskurði (já/nei), brjóstáráðgjöf (já/nei), bráðavitjun (já/nei) og fjöldi vitjana (samfelld breyta). Fyrir þessa rannsókn var aldur móður settur í flokka; 14-19 ára, 20-29 ára, 30-39 ára, 40-49 ára og 50 ára og eldri.

Heilsufarsflokkun móður og barns er breyta sem skilgreindir heilsu móður og barns (tafla 1). Ef móðir og barn eru heilsuhraust og án áhættuþátta eru þau skilgreind í heilsufarsflokk A, séu litilsháttar heilsufarsfrávik til staðar verður skilgreiningin á heilsufari flokkur B og mæður og nýburar með alvarlegri heilsufarsfrávik eru skilgreind sem flokkur C. Horft er til lífsmarka móður, bláðingar í og eftir fæðingu, fæðingaráverka, þvaglát, daglegra athafna, blóðþrýstings eða meðgöngueitrunar, sykursýki, fjölburafæðingar, keisara-fæðingar, sérstakrar lyfjagjafar, sýkinga, geðraskana eða félagslegra aðstæðna þegar heilsa móður er metin. Heilsa barns er einnig metin í sama kerfi (A/B/C). Horft er til 5 mínútna APGAR/lífsmarka, meðgöngulengdar, þyngdar, næringar, útskilnaðar, blóðsykurstjórnunar, sýkinga, Rhesus varna, gulu, fósturæðar eða annarra alvarlegra

Tafla 1. Flokkunarkerfi fyrir heilsufarskráningu hjá móður og barni (Hildur Sigurðardóttir, 2014a).

	A	B	C
Áhættuþáttur			
Móðir			
Lífsmörk	Eðlileg	Frávik, þarfnast eftirlits	Óeðlileg
Blæðing	<800 ml	≥800 ml, <1500 ml, stöðil	≥1500 ml
Fæðingaráhrif	Enginn, 1"-2", episotomia	3"-4", hematoma	
Þvaglát	Eðlileg	Með þvaglegg	
Daglegar athafnir	Sjálfþjarga	Örþreytt móðir, sbr. ICD O75.0	Ekkí sjálfþjarga
Meðgöngueitrun/háþrýstingur	Nei	Vægt, þarfnast eftirlits	Alvarlegt
Sykursýki (GDM/DM)	Nei	Góð blóðsykurstjórnun	Slæm bs-stjórnun +/- lyf
Fjölburar	Nei	Tviburur án fylgikvilla	
Keisaraskurður	Nei	Án fylgikvilla e. 24 klst	Með fylgikvillum
Sérstök lyfjagjöf	Nei (almenn lyf)	Já (ný, lyfseðlisskyld lyf)	Þarfnast frekara eftirlits
Sýkingar	Nei	Þarfnast eftirlits	Ógna lífi móður
Geðraskanir	Í andlegu jafnvægi	Þungt/klvísörösk./PTSD	Þarfnast frekara eftirlits
Félagslegar aðstæður	Ásættanlegar	Samskipti gegnum tulk	Ekkí ásættanlegar
Barn			
5 mín APGAR/lífsmörk	≥ eða lífsmörk eðlileg	Lítil frávik (near tem)	<7 og lífsmörk óeðlileg
Meðgöngulengd	37-42v		Fyrirburi
Þyngd	Eðlileg m.v. meðgöngulengd	Léttbúi, nærist mjög vel	Léttbúi, nærist ekki vel
Næring	Án vandraða, brjóst/peil	Erfíleikar við gjafir	Ekkí eðlilegt
Útskilnaður	Án vandraða		Ekkí eðlilegur
Blóðsykurstjórnun	Ávallt stöðug, ef mælt	Stöðug nú	Ekkí stöðug
Sýkingar	Nei		Ógna lífi barns
Rhesus varmir	Neg Coombs, ef mælt	Pos Coombs, ekkí guilt	
Gula	Nei	Væg, eftir 1. sólarhring	Óeðlileg innan 24 klst.
Fósturæð	Lokud	opin	
Alvarleg vandamál	Ekkí greind		Greind við skoðun

vandamála (tafla 1). Móðir og barn fá sameiginlegt mat þar sem það gildi sem lýsir verra heilsufari annaðhvort hjá móður eða barni er notað til að lýsa sameiginlegu heilsufarsástandi þeirra, tiltekið gildi skilgreinir heilsufarsflokkun móður og barns. Sem dæmi, ef móðir fær heilsufarsflokkun A en barn heilsufarsflokkun B þá er þeirra sameiginlega heilsufarsflokkun B. Á gögnunum eru tveir vankantar sem vert er að nefna hér. Heilsufarsflokkur mæðra sem áttu börn sem vert er að nefna hér. Heilsufarsflokkur mæðra sem áttu börn sem vert er að nefna hér. Heilsufarsflokkur mæðra sem áttu börn sem vert er að nefna hér. Heilsufarsflokkur mæðra sem áttu börn sem vert er að nefna hér.

TÖLFRÆÐIGREIÐING

Flokkabreytum var lýst sem fjölda og hlutfalli af heild (%) og samfelldri breytu var lýst með meðaltali. Marktækni var reiknuð með kí-kvaðrat fyrir flokkabreytur og t-prófi fyrir samfelldar breytur og var skilgreind með $p < 0,05$. Bakgrunnsbreytum mæðra var einnig lýst sem fjölda og hlutfalli af heild (%) eftir heilsufarsflokkun móður og barns og eftir ári á tímabilinu 2012-2019. Meðaltöl fjölda vitjana í hverjum heilsufarsflokki var lýst eftir ári og heilsufarsflokkun. Notast var við fjölþátta lógistíska aðhvarfsgreiningu til að reikna áhættuna á bráðavitjunum og vitjun brjóstgjafaráðgjafa eftir heilsufarsflokkun og niðurstöðum lýst með gagnlíkindahlutfalli (GL) og leiðréttu gagnlíkindahlutfalli (LGL). Notast var við 95% öryggisbil (ÖB). Módelið var leiðrétt fyrir aldri móður (flokka-breytu), keisarafæðingu og heilbrigðisumdæmi. Notast var við tölfraeðiforritið R og RStudio útgáfu 1.1.463 við úrvinnslu gagna. Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd þann 7. júlí 2020 (VSN-20-131).

NIÐURSTÖÐUR

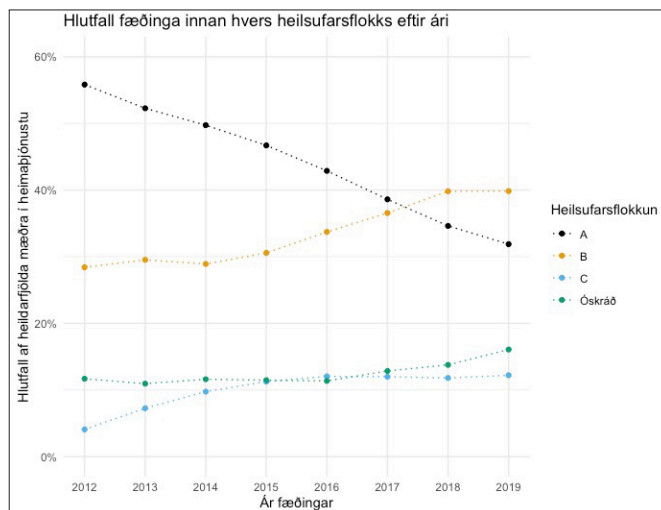
Í heildina voru 28.009 mæður sem nýttu sér heimaþjónustu ljósmæðra á árunum 2012-2019. Fjöldi mæðra í heimaþjónustu sveiflaðist frá 3.360 upp í 3.833 á milli ára (tafla 2). Marktækur munur reyndist á aldursdreifingu mæðra milli ára ($p < 0,001$). Mæðrum á aldrinum 14-19 ára fækkaði hlutfallslega um helming á tímabilinu, hlutfallið breyttist úr 2,8% niður í 1,1%. Aðrir aldurshópar voru svipaðir á milli ára (tafla 3). Mæður sem fæddu með keisaraskurði voru 2.362 (8,4%). Marktækur munur milli ára mældist á tíðni mæðra í heimaþjónustu sem fæddu með keisaraskurði (tafla 2).

Tafla 2. Bakgrunnur og heilsufarsflokkun kvenna sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu 2012-2019 (N=28.009).

Ár	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Marktæki
Flokkunarþættir	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-gildi
Heilsufarsflokkun									<0,001
Samtals	3474 (100)	3360 (100)	3487 (100)	3373 (100)	3361 (100)	3461 (100)	3660 (100)	3833 (100)	
A	1939 (55,8)	1756 (52,3)	1734 (49,7)	1575 (46,7)	1441 (42,9)	1336 (38,6)	1267 (34,6)	1222 (31,9)	
B	987 (28,4)	992 (29,5)	1008 (28,9)	1031 (30,6)	1133 (33,7)	1265 (36,6)	1457 (39,8)	1527 (39,8)	
C	142 (4,1)	244 (7,3)	340 (9,8)	380 (11,3)	405 (12,0)	415 (12,0)	432 (11,8)	468 (12,2)	
Óskráð	406 (11,7)	368 (11,0)	405 (11,6)	387 (11,5)	328 (9,8)	445 (12,9)	504 (13,8)	616 (16,1)	
Keisari									0,018
Já	306 (8,8)	281 (8,4)	289 (8,3)	280 (8,3)	280 (7,7)	297 (8,6)	321 (8,8)	328 (8,6)	
Nei	3168 (91,2)	3079 (91,6)	3198 (91,7)	3093 (91,7)	3101 (92,3)	3164 (91,4)	3339 (91,2)	3505 (91,4)	
Aldur									<0,001
14-19	97 (2,8)	53 (1,6)	67 (1,9)	63 (1,9)	54 (1,6)	47 (1,4)	46 (1,3)	42 (1,1)	
20-29	1717 (49,4)	1590 (47,3)	1756 (50,4)	1660 (49,2)	1575 (46,9)	1674 (48,4)	1792 (49,0)	1791 (46,7)	
30-39	1546 (44,5)	1578 (47,0)	1547 (44,4)	1529 (45,3)	1597 (47,5)	1613 (46,6)	1691 (46,2)	1832 (47,8)	
40-49	114 (3,3)	139 (4,1)	117 (3,4)	121 (3,6)	135 (4,0)	127 (3,7)	129 (3,5)	168 (4,4)	
50+	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,1)	0 (0,0)	
Heilbrigðisumdæmi									<0,001
Höfuðborgarsvæðið	2550 (73,4)	2518 (74,94)	2504 (71,81)	2429 (72,0)	2416 (71,9)	2460 (71,1)	2612 (71,4)	2727 (71,2)	
Austurland	50 (1,44)	50 (1,49)	57 (1,63)	77 (2,3)	74 (2,2)	61 (1,8)	67 (1,8)	84 (2,2)	
Norðurland	325 (9,36)	250 (7,44)	278 (7,97)	266 (7,9)	257 (7,7)	258 (7,5)	276 (7,5)	277 (7,2)	
Suðurland	172 (4,95)	187 (5,57)	234 (6,71)	200 (5,9)	224 (6,7)	240 (6,9)	266 (7,3)	306 (8,0)	
Suðurnes	238 (6,85)	226 (6,73)	252 (7,23)	249 (7,4)	241 (7,2)	302 (8,7)	291 (8,0)	294 (7,7)	
Vestfirðir	22 (0,63)	11 (0,03)	16 (0,46)	14 (0,4)	20 (0,6)	16 (0,5)	21 (0,6)	23 (0,6)	
Vesturland	116 (3,34)	116 (3,45)	146 (4,19)	137 (4,1)	128 (3,8)	122 (3,5)	121 (3,5)	119 (3,1)	
Óskráð	1 (0,03)	2 (0,06)	0 (0)	1 (0,0)	1 (0,0)	2 (0,1)	0 (0,0)	3 (0,1)	
Bráðavitjanir									<0,001
Já	47 (1,4)	61 (1,8)	66 (1,9)	111 (3,3)	117 (3,5)	166 (4,8)	214 (5,9)	223 (5,8)	
Nei	3427 (98,7)	3299 (98,2)	3421 (98,1)	3262 (96,7)	3244 (96,5)	3295 (95,2)	3346 (94,4)	3610 (94,2)	
Vitjun brjóstgjafaráðgjafa									<0,001
Já	33 (1,0)	33 (1,0)	64 (1,8)	90 (2,7)	169 (5,0)	273 (7,9)	250 (6,8)	337 (8,8)	
Nei	3441 (99,1)	3327 (99,0)	3423 (98,2)	3283 (97,3)	3192 (95,0)	3188 (92,1)	3410 (93,2)	3496 (91,2)	

Heildarfjöldi A flokkaðra mæðra/nýbura var 12.270 (43,8%), B flokkaðar mæður/nýburar voru 9.400 (33,6%), C flokkaðar 2.826 (10,1%) og mæður/nýburar með óskráðan heilsufarsflokk voru 3.513 (12,5%; tafla 2). Við upphaf rannsóknartímans voru 1.939 (55,8%) mæður og nýburar flokkuð í heilsufarsflokk A en við lok rannsóknartímans voru 1.222 (31,9%) mæður og nýburar A flokkuð.

Á sama tíma jókst hlutfall B og C flokkaðra mæðra og nýbura verulega. Mæður og nýburar í heilsufarsflokki B jukust úr 28.4% í 39.8% yfir rannsóknartímann og C flokkaðar mæður og nýburar 4,1% í 12,2%. Að sama skapi jókst hlutfall mæðra með óskráðan heilsufarsflokk. Munurinn reyndist marktækur á milli ára, $p < 0,001$ (tafla 2). Mynd 1 sýnir línulega þróun á heilsufarsflokkun yfir tímabilið 2012-2019. Á myndinni má sjá að A flokkuðum mæðrum og nýburum fækkaði jafnt yfir árin 2012-2019. Mesta aukning í heilsufarsflokki B var á milli 2014-2018. Mesta aukning í heilsufarsflokki C var á milli 2012-2015. Mæðrum og nýburum með óskráðan heilsufarsflokk fjölgaði mest frá 2017-2019 (mynd 1).



Mynd 1. Hlutfallsleg dreifing heilsufarsflokunar hjá konum sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu 2012-2019 (N=28.009).

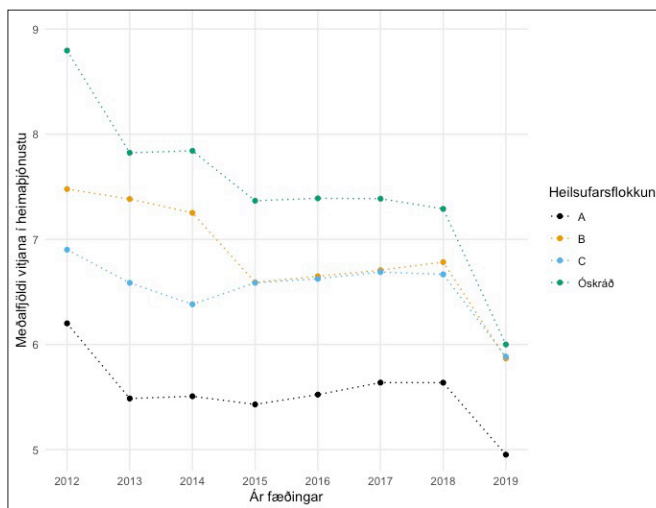
Tafla 3 sýnir dreifingu bakgrunnsbreyta eftir heilsufarsflokkum. Keisaraskurðir voru algengastir í óskráðum heilsufarsflokki, 97,4%. Hlutfall kvenna 14-19 ára og 40-49 ára var hæst í heilsufarsflokki B. Hlutfall 30-39 ára kvenna lækkaði eftir versnandi heilsufarsflokkun. Höfuðborgarsvæðið reyndist vera það heilbrigðisumdæmi sem innihélt stærsta hlutfall C flokkaðra mæðra og nýbura. Stærsti hluti kvenna sem fæddi úti á landi var í heilsufarsflokki A að undanskildum mæðrum og nýburum sem tilheyrðu heilbrigðisumdæmi Vestfjarða, þar var heilsufarsflokkur B algengasti flokkurinn. Hlutfall bráðavitjana og vitjana brjóstgjafarádggjafa var hæst í heilsufarsflokki B.

Þegar meðalfjöldi vitjana á ársgrundvelli var skoðaður eftir heilsufarsflokkun kom í ljós að í öllum heilsufarsflokkum hafði meðalfjöldi heimavitjana fækkað (mynd 2). Frá upphafi til loka rannsóknar varð mest breyting á meðalfjölda vitjana hjá mæðrum

Tafla 3. Bakgrunnsbreytur fyrir konur í heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi skoðaðar út frá heilsufarsflokkun mæðra og nýbura á árunum 2012-2019 (N=28.009).

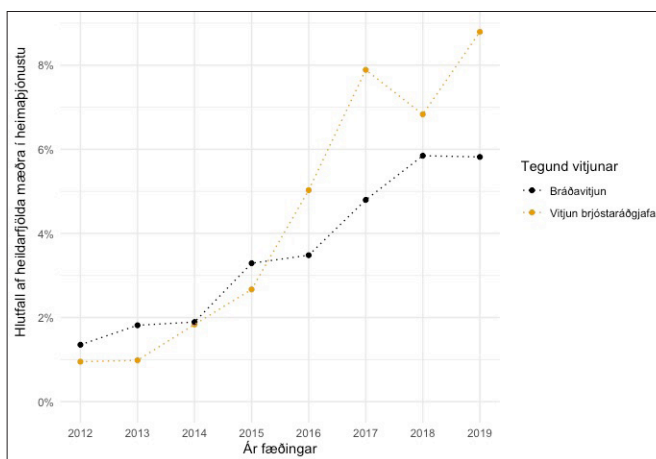
Flokkunarþættir	A n (%)	B n (%)	C n (%)	Óskráð n (%)	Heild n (%)	Marktækni p-gildi
Samtals	12270 (43,8)	9400 (33,6)	2826 (10,1)	3513 (12,5)	28009 (100)	
Keisari						<0,001
Já	4 (0,2)	53 (2,2)	4 (0,2)	2301 (97,4)	2362 (100)	
Nei	12266 (47,8)	9347 (36,4)	2822 (11,0)	1212 (4,7)	25647 (100)	
Aldursbil						<0,001
14 - 19 ára	170 (36,2)	199 (42,4)	82 (17,5)	18 (3,8)	469 (100)	
20 - 29 ára	6079 (44,8)	4742 (35,0)	1420 (10,5)	1314 (9,7)	13555 (100)	
30 - 39 ára	5674 (43,9)	4104 (31,7)	1177 (9,1)	1978 (15,3)	12933 (100)	
40 - 49 ára	346 (33,0)	355 (33,8)	146 (13,9)	203 (19,3)	1050 (100)	
50 ára og eldri	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	2 (100)	
Heilbrigðisumdæmi						<0,001
Höfuðborgarsvæðið	8484 (42,0)	6937 (34,3)	2151 (10,6)	2644 (13,1)	20.216 (100)	
Austurland	277 (53,3)	143 (27,5)	47 (9,0)	53 (10,2)	520 (100)	
Norðurland	1230 (56,2)	568 (26,0)	141 (6,4)	248 (11,3)	2187 (100)	
Suðurland	861 (47,1)	611 (33,4)	176 (9,6)	181 (9,9)	1829 (100)	
Suðurnes	863 (41,2)	802 (38,3)	193 (9,2)	235 (11,2)	2093 (100)	
Vestfirðir	52 (36,4)	60 (42,0)	11 (7,7)	20 (14,0)	143 (100)	
Vesturland	497 (49,2)	277 (27,4)	106 (10,5)	131 (13,0)	1011 (100)	
Óskráð	6 (60,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	10 (100)	
Bráðavitjanir						<0,001
Já	289 (28,8)	450 (44,8)	135 (13,4)	131 (13,0)	1005 (100)	
Nei	11981 (44,4)	8950 (33,1)	2691 (10,0)	3382 (12,5)	27005 (100)	
Vitjanir Brjóstgjafarádggjafa						<0,001
Já	328 (26,3)	440 (35,2)	176 (14,1)	305 (24,4)	1249 (100)	
Nei	11942 (44,6)	8960 (33,5)	2650 (10,0)	3208 (12,0)	26760 (100)	

og nýburum með óskráðan heilsufarsflokk. Vitjunum fækkaði úr tæplega niu og niður í sex vitjanir að meðaltali hjá þeim sem voru með óskráðan heilsufarsflokk. Meðalfjöldi vitjana í heilsufarsflokki A fór úr rúmlega sex niður í tæplega fimm. Meðalfjöldi vitjana í heilsufarsflokki B dróst saman, úr sjö og hálfri niður í tæplega sex. Minnsta breytingin varð á meðalfjölda vitjana hjá C flokkuðum mæðrum og börnum, meðalfjöldi vitjana hjá þeim fækkaði úr tæplega sjö í tæplega sex.



Mynd 2. Meðalfjöldi vitjana ljósmæðra til mæðra og nýbura í heimaþjónustu á Íslandi á árunum 2012-2019 (N=28.009).

Á rannsóknartímanum jókst hlutfall mæðra og nýbura sem fengu bráðþjónustu í heimaþjónustu. Heildaraukningin var 4,5% yfir rannsóknartímann en aukningin var mest frá árinu 2014-2018 (mynd 3). Árið 2012 voru 47 (1,4%) konur í heimaþjónustu sem þurftu á bráðþjónustu ljósmæðra að halda. Við lok rannsóknar voru 223 (5,8%) mæður í heimaþjónustu sem fengu bráðavitjun. Breytingar á milli ára reyndust marktækur ($p < 0,001$; tafla 2). Vitjanir brjóstgjafarádggjafa jukust einnig yfir rannsóknartímabilið. Árið 2012 fengu 33 mæður (1,0%) í heimaþjónustu vitjun frá brjóstgjafarádggjafa. Miklar breytingar urðu á hlutfalli mæðra og nýbura sem fengu þjónustuna á árunum 2013-2017 eða jókst úr 1% í tæplega 8%. Árið 2018 var fækkun á mæðrum og nýburum sem fengu vitjun frá brjóstgjafarádggjafa úr tæplega 8% í tæplega 7% sem jókst aftur árið 2019. Við lok rannsóknartímans náðu vitjanir brjóstgjafarádggjafa hámarki þegar 337 (8,8%) mæður í heimaþjónustu fengu þjónustu brjóstgjafarádggjafa. Marktækur munur reyndist á fjölda vitjana brjóstgjafarádggjafa á milli ára, $p < 0,001$ (tafla 2). Mynd 3 sýnir línulega þróun á hlutfalli bráðavitjana og vitjunum brjóstgjafarádggjafa yfir rannsóknartímann.



Mynd 3. Bráðavitjanir og vitjun brjóstgjafarádggjafa eftir ári hjá konum sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu 2012-2019 (N=28.009).

Þegar gagnlíkindi (GL) heilsufarsflokkanar voru skoðuð fyrir bráðavítjanir kom í ljós að með heilsufarsflokkun B (GL=2,1, 95% ÖB: 1,79-2,42 og C (GL=2,08 ÖB 95% 1,68-2,56) hjá móður og barni voru líkurnar á að móðir og barn fengju bráðavítjun frá ljósmóður auknar í samanburði við mæður og börn í heilsufarsflokki A (tafla 4). Þegar gagnlíkindi voru leiðrétt fyrir aldri móður, bæri, keisaraskurði og heilbrigðisumdæmi varð samband heilsufarsflokkanar við bráðavítjanir enn sterkara, heilsufarsflokkur B (GL=2,42, ÖB 95% 2,02-2,92) jók líkur á bráðavítjun ögn meira en C flokkur (GL=2,4, ÖB 95% 1,9-3,03). Vítjanir brjóstagjafaráðgjafa tengdust einnig heilsu mæðra og nýbura (Tafla 4). Mæður í heilsufarsflokki B voru með aukin líkindi á að fá vítjun brjóstagjafaráðgjafa (GL=1,79, ÖB 95% 1,55-2,07), líkindin voru þó meiri hjá mæðrum í heilsufarsflokki C (GL=2,42, ÖB 95% 2,0-2,91), samanborið við flokk A. Þegar líkindin voru leiðrétt fyrir aldri móður, bæri, keisaraskurði og heilbrigðisumdæmi jukust líkindin á brjóstagjafaráðgjöf hjá öllum heilsufarsflokkum til muna (LGL=2,01 flokkur B og 2,65 flokkur C), samanborið við heilsufarsflokk A. Konur í óskráðum heilsufarsflokki voru einnig í aukinni áhættu á að þurfa bráðavítjun (LGL=1,56, ÖB 95% 1,11-2,15 og heimsókn brjóstagjafaráðgjafa (LGL=8,17, ÖB 95% 6,74-9,90) og var síðari áhættan töluvert hærri en fyrir skráðu heilsufarsflokkana.

Tafla 4. Óleiðrétt og leiðrétt gagnlíkindahlutfall fyrir bráðavítjanir og brjóstagjafaráðgjöf í tengslum við heilsufarsflokkun kvenna sem fengu heimaþjónustu í sængurlegu á Íslandi á tímabilinu 2012-2019.

Áhættuþáttur	Bráðavítjun		Brjóstagjafaráðgjafi	
	GL (ÖM 95%)	LGL (ÖM 95%)	GL (ÖM 95%)	LGL (ÖM 95%)
Heilsufarsflokkur A	Viðmið		Viðmið	
Heilsufarsflokkur B	2,10 (1,79-2,42)	2,42 (2,02-2,92)	1,79 (1,55-2,07)	2,01 (1,70-2,39)
Heilsufarsflokkur C	2,08 (1,68-2,56)	2,40 (1,90-3,03)	2,42 (2,00-2,91)	2,65 (2,15-3,26)
Heilsufarsflokkur óskráður	1,61 (1,23-1,98)	1,56 (1,11-2,15)	3,46 (2,95-4,06)	8,17 (6,74-9,90)

*Leiðrétt fyrir aldri, bæri, keisaraskurði og heilbrigðisumdæmi

UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna aukningu fjölda mæðra/nýbura með heilsufarsflokkun B og C á rannsóknartímabilinu (2012-2019) og sambærilega fækkun á fjölda mæðra/nýbura í heilsufarsflokki A. Yfir rannsóknartímann varð einnig aukning á bráðapjónustuvítjunum og brjóstagjafaráðgjöf. Niðurstöður okkar gáfu til kynna að mæður og nýburar sem eru í hærri áhættuflokki eru líklegri til að þurfa á bráðavítjun eða brjóstaráðgjöf að halda miðað við mæður og nýbura í flokki A. Á rannsóknartímabilinu fækkaði vítjunum ljósmæðra um um það bil eina vítjun í hverjum heilsufarsflokki.

Mikil fjölgun mæðra og nýbura í heilsufarsflokkum B og C gefur vísbendingar um að heilsa mæðra og nýbura fari versnandi þegar líður á tímabilið. Erfitt er þó að fullyrða nokkuð um nánari ástæður þessara breytinga þar sem heilsufarsflokkunin tilgreinir ekki hvers vegna flokkunin er gefin (Hildur Sigurðardóttir, 2014a; Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2018). Vitað er að ýmsir lífsstílstengdir sjúkdómar, svo sem meðgönguháþrýstingur og meðgöngusykursýki, hafa aukist verulega á síðustu árum og getur þetta hafa haft áhrif á þá aukningu sem hefur orðið á heilsufarsflokkun B þar sem heilsufarsflokkunin tekur einmitt mið af háþrýstingi, meðgöngueitrun og sykursýki (Ananth o.fl., 2019; Drășutiené o.fl., 2016; Gortazar o.fl., 2019; Lavery, Friedman, Keyes, Wright og Ananth, 2017; Swift, Tomasson, Gottfredsdóttir, Einarsdóttir og Zoega, 2018). Einnig hefur aldur mæðra hækkað og með hækkanndi aldri má gera ráð fyrir auknum áhættuþáttum á meðgöngu og í fæðingu (Swift o.fl., 2018). Að sama skapi hafa erlendar rannsóknir sýnt að blóðmissir eftir fæðingu hefur aukist (Ford, Patterson, Seeho og Roberts, 2015; Mehrabadi, Hutcheon, Lee, Liston og Joseph, 2012). Ekki hafa verið birtar upplýsingar um breytingar á blóðmissi eftir fæðingu en lokaritgerð Karenar Sólar Sævarsdóttur (2020) sýnir að á árunum 2013-2018 var aukning í blæðingu eftir fæðingu sem voru yfir 500 ml og yfir 1000 ml veruleg (Karen Sól Sævarsdóttir, 2020). Þessar breytingar gætu að hluta til skýrt meiri þörf á eftirfylgni ljósmóður í heimaþjón-

ustu á síðustu árum. Að síðustu má benda á að árið 2014 var gerð breyting á rammasamningi og mátti þá gefa undanþágu á C flokkun þannig að konur og börn sem lágu sængurlegu í allt að 86 tíma gætu þeim heimþjónustu. Það eru því einhverjar líkur á því að fjöldi þeirra kvenna og barna sem hafi átt kost á heimaþjónustu í flokki C hafi aukist vegna þessara breytinga, en gögnin okkar sýna þó ekki fjölgun á skjólstæðingum sem þiggja heimaþjónustu fyrr en á árunum 2018 og 2019. Það má því telja ólíklegt að þessi breyting á rammasamningi skýri þá miklu hlutfallslegu fjölgun sem sést í heilsufarsflokki C.

Vítjanir voru að meðaltali færri í lok tímabilsins samanborið við fjölda vítjana í rannsókn frá árinu 2010 (Hildur Sigurðardóttir, 2010a). Erfitt er þó að bera þessar tölur saman þar sem ólíkir rammasamningar ljósmæðra við Sjúkratryggingar voru í gildi á þeim tímum þegar rannsóknirnar voru gerðar (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2009, 2018). Til að mynda var hámarksfjöldi vítjana ellefu árið 2010 en samkvæmt núgildandi samningum er hámarksfjöldi vítjana sem gefinn er sjö. Ein undantekning er á þessu, en það er að mæður sem fæða börn sín í heimahúsi fá að hámarki átta vítjanir. Fækkun á meðalfjölda vítjana samræmist þeim skerðingum sem hafa orðið á heimiludum hámarksfjölda vítjana með breytingum á rammasamningi yfir rannsóknartímann (Sjúkratryggingar Íslands og ljósmæður, 2011, 2013, 2018).

Á rannsóknartímanum varð veruleg aukning á bráðavítjunum og geta hlutfallslegar aukningar á heilsufarsflokkum B og C hjá mæðrum og nýburum skýrt þá aukningu að einhverju leyti þar sem mæður sem upplifa kvilla á meðgöngu eða í fæðingu eða fæða með keisaraskurði eru líklegri til þess að þurfa á bráðapjónustu ljósmóður að halda (Batra, Fridman, Leng og Gregory, 2017). Það er líka hugsanlegt að þegar fjöldi heimilaðra vítjana var lækkaður árið 2013 og aftur árið 2018 hafi þörfin á bráðavítjunum aukist. Það er því líklegt að um samspil skertrar þjónustu, breytinga á heilsufari og jafnvel vitundarvakningar í samfélaginu um geðheilbrigðismál hafi haft þessi áhrif á tíðni bráðavítjana. Skýrsla Ljósmæðrafélagsins frá árinu 2010 (Hildur Sigurðardóttir, 2010b) greindi frá því að tæplega 18% mæðra í heimaþjónustu fengu tilvísun á annan fagaðila fyrir frekari aðstoð vegna heilsufarsvandamála. Í langflestum tilfellum var tilvísunin gefin vegna heilsu móður en ekki vegna heilsu barns. Ekki var unnt að finna upplýsingar um hvers vegna bráðavítjanir eiga sér stað eða hve oft þær leiði til innlagna á heilbrigðisstofnun í okkar gögnum en slík rannsókn myndi varpa frekari ljósi á heilsu mæðra og nýbura í sængurlegu.

Aukning varð einnig á fjölda á vítjunum brjóstagjafaráðgjafa á tímabilinu og konur/nýburar í heilsufarsflokkum B og C voru líklegri til að þurfa á sérhæfðri brjóstagjafaráðgjöf að halda. Hugsanleg ástæða þess er mikil vitundarvakning á síðustu árum í samfélaginu um mikilvægi brjóstagjafar og að brjóstagjöf hefur orðið sýnilegri (Hallfríður Kristín Jónsdóttir, 2020). Hlutfall brjóstagjafar við tólf mánaða aldur barns jókst einnig á árunum 2004-2008 en engar opinberar tölur um stöðu brjóstagjafar hafa verið birtar síðan þá (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012). Staða brjóstagjafaráðgjafa var starfrækt á Landspítala á árunum 1998-2013 en árið 2013 var hún lögð niður („Saga félags brjóstagjafaráðgjafa á Íslandi“, e.d.). Engin staða brjóstagjafaráðgjafa er við heilsugæsluna á höfuðborgarsvæðinu en sjö ljósmæður sinna sérhæfðri brjóstagjafaráðgjöf á öllu landinu sem verktakar með samning við SÍ. Einnig sinni á tímabilinu ein ljósmóðir sérfræðipjónustu við brjóstagjöf á meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítala Háskólasjúkrahúss („Brjóstagjafaráðgjafi - Ingibjörg Eiríksdóttir“, e.d.). Aukin áhersla var lögð á mikilvægi brjóstagjafar í nýlegri stefnu heilbrigðisyfirvalda um barneignarþjónustu á Íslandi og styður rannsókn okkar við ályktanir þeirra um að þörfin fyrir brjóstaráðgjöf hefur aukist verulega á Íslandi (Barneignarþjónusta - aðgerðaráætlun, 2021).

Árið 2008 var sett á reglugerð um gæðavisa í heilbrigðisþjónustu á Íslandi („Reglugerð um gæðavisa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr 1148/2008“, 2008). Það er hlutverk landlæknis að velja gæðavisa sem henta hverri þjón-

ustu fyrir sig og niðurstöður gæðavísa eiga að vera aðgengilegar fyrir notendur, heilbrigðisstofnanir, starfsfólk í heilbrigðisgeiranum, stjórnendur og stjórnvöld („Reglugerð um gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr 1148/2008“, 2008). Safna þarf gögnum um þessa gæðavísa á skipulagðan hátt, helst með rafrænum hætti í miðlægum gagnagrunn. Þetta hefur verið gert varðandi aðra þætti barneignarþjónustunnar, svo sem meðgönguvernd og fæðingarhjálp. Sængurlega í heimaþjónustu hefur hins vegar setið á hakanum.

Gögnin í þessari rannsókn eru fengin frá SÍ. Enginn gæðavísir er þar í notkun til að meta gæði, þróun, þjónustu og árangur í heimaþjónustu ljósmæðra eða þjónustu brjóstgafaradgjafa og eru gögn SÍ einu gögnin sem til eru um heimaþjónustu ljósmæðra. Til að vinna að markvissum umbótum eru gæðavísar, skráningar á óvæntum atvikum og þjónustukannanir afar mikilvægar svo hægt sé að gera gæðauppgjör. Gæðauppgjörandi ætti að gefa þverskurð af gæðum þjónustunnar hvað varðar árangur, öryggi, aðgengi og skilvirkni svo fátt eitt sé nefnt („Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019 – 2030“, 2019). Að auki vantar upplýsingar til að draga ályktanir um þróun á heilsu mæðra og nýbura þar sem nákvæmar skráningar á breytingum, sértækri aðstoð og nákvæmar eru ekki til staðar. Enn fremur eru ekki til nein gögn um gæði, innihald heimaþjónustu ljósmæðra eða útkomur mæðra og nýbura á fyrstu vikum eftir barnsburð.

Gögnin frá SÍ sem unnið var með eru rekstrargögn og vantar því mikilvægar upplýsingar er lúta að heilbrigði móður og barns til þess að draga frekari ályktanir um áhrif þjónustunnar eða ástæður þeirra breytinga sem sjást á tímabilinu (Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður, 2018). Þar sem SÍ bera ekki ábyrgð á gæðaeftirliti þjónustunnar höfum við engin gögn um hvað felst í starfi ljósmæðra í heimaþjónustu, hverju þær fylgjast með og bregðast við, eða hvernig heilsa mæðra og nýbura er í raun og veru á þessum tíma. Slík gögn eru nauðsynleg til þess að kortleggja betur þá mikilvægu vinnu sem ljósmæður sinna í sængurlegu í heimahúsi. Þörf er á að meta þessa þjónustu með gæðavísu og auka gæðaeftirlit á vegum Embættis landlæknis um þjónustuna og fá þannig skýrari mynd á þá þróun sem hefur orðið og hlutverk ljósmæðra í heilsufarseftirliti mæðra og nýbura. Með tilkomu gæðavísa fyrir heimaþjónustu og miðlægi, rafrænni skráningu væri hægt að skoða á heildstærri hátt þróun á heilsu mæðra og nýbura, allt frá meðgöngu og út ungbarna- eftirliti þar sem að meðgönguskrá, fæðingarskrá og ungbarnaskrá eru nú til hjá Embætti landlæknis.

STYRKLEIKAR OG TAKMARKANIR

Styrkleikar þessarar rannsóknar eru nokkrir. Rannsóknin er lýðgrunduð og gögn frá öllum mæðrum og nýburum á Íslandi sem fengu heimaþjónustu á rannsóknartímabilinu voru skoðuð í rannsókninni. Allar upplýsingarnar eru skráðar af ljósmæðrum samkvæmt stöðluðu formi frá SÍ og er upplýsingum safnað í rauntíma þegar þjónustan er veitt. Niðurstöðurnar gefa því góðar upplýsingar um þá þjónustu sem skráð hefur verið í gögn SÍ. Einhverjar takmarkanir eru þó einnig til staðar. Mikilvægar upplýsingar á borð við upplýsingar um heima-fæðingar, keisaraskurði eða skráningu frumbyrja í heilsufarsflokki B og C voru ekki til staðar við gagnauðvinnslu. Ástæða þessa er sú að gögnin eru í raun rekstrargögn frá SÍ en er ekki safnað í þeim tilgangi að hægt sé að meta innihald þjónustu eða útkomu hennar. Þar sem greitt er eins fyrir frumbyrjur og fjölbyrjur í flokkum B og C, þá er ekki skráð í þessum gögnum hvort kona sé frumbyrja eða fjölbyrja nema hún sé í heilsufarsflokki A. Hins vegar er greitt mismunandi fyrir heimaþjónustu í flokki A eftir því hvort konan er frumbyrja eða fjölbyrja og því er það skráð. Þetta sýnir mjög glögglega hversu mikilvægt er að safna upplýsingum um heimaþjónustu í miðlægum gagnagrunn sem byggður er á rafrænni skráningu um heimaþjónustu ljósmæðra og byggist á faglegum leiðbeiningum og gæðaeftirliti um heilsufar og þjónustu. Einnig er vert að nefna að upplýsingar um bakgrunn og heilsufar mæðra og barna er ekki safnað í þennan gagnagrunn en það hefði styrkt rannsóknina og niðurstöður hennar.

ÁLYKTANIR

Breyting hefur orðið á fjölda mæðra og nýbura í heilsufarsflokkum en mæðrum og nýburum í heilsufarsflokki A hefur fækkað (úr 55,8% í 31,9%) á árunum 2012-2019 en mæðrum og nýburum í flokki B og C hefur fjölgað (B flokkur úr 28,4% í 39,8%; C flokkur úr 4,1% í 12,2%). Á sama tíma hefur átt sér stað fækkun á meðalfjölda heimavítjana í öllum heilsufarsflokkum (A flokkur úr 6 í 5; B úr 7,5 í 6; C úr 7 í 6). Þróunin endurspeglar breytingar á rammasamningum og þá þjónustuskerðingu sem mæður og börn urðu fyrir með breyttum samningum árið 2013 og aftur árið 2018 sem er á skjön við þá breytingu sem hefur orðið á fjölda mæðra og nýbura sem þurfa meira eftirlit. Samtímis hefur orðið veruleg aukning á fjölda bráðavítjana (úr 1,4% í 5,8%) og vítjana brjóstgafaradgjafa (úr 1,0% í 8,8%) á tímabilinu. Rannsóknin varpar ljósi á þjónustu sem veitt var af ljósmæðrum í heimaþjónustu en gefur líka vísbendingar um að safna þarf á markvissari hátt gögnum um heimaþjónustu í sængurlegu. Þessum gögnum ætti að safna í miðlægum, rafrænum gagnagrunn svipað og gert er með þjónustu í fæðingarhjálp og þannig mætti meta með nákvæmari hætti hlutverk ljósmæðra sem og árangur og þróun í þjónustu.

ÞAKKIR

Sérstakar þakkir fä Sjúkratryggingar Íslands fyrir gott samstarf við gerð rannsóknarinnar.

HEIMILDIR

- Ananth, C. V., Duzyj, C. M., Yadava, S., Schwebel, M., Tita, A. T. N. og Joseph, K. S. (2019). Changes in the Prevalence of Chronic Hypertension in Pregnancy, United States, 1970 to 2010. *Hypertension*, 74(5), 1089–1095. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.12968
- Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019 – 2030. (2019). Reykjavík: Embætti landlæknis. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item36045/Áætlun%20um%20gæðapróun%20%C3%AD%20heilbrigðisþjónustu%201212%202018.pdf>
- Barneignarþjónusta - aðgerðaráætlun. (2021). Reykjavík: Stjórnarráð Íslands. Sótt af <https://www.stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=cf91b9a2-1b94-11ec-8140-005056bc8c60>
- Batra, P., Fridman, M., Leng, M. og Gregory, K. D. (2017). Emergency Department Care in the Postpartum Period: California Births, 2009–2011. *Obstetrics & Gynecology*, 130(5), 1073–1081. doi:10.1097/AOG.0000000000002269
- Brjóstgafaradgjafi - Ingibjörg Eiríksdóttir. (e.d.). Brjóstgafaradgjafi.is. Sótt 20. apríl 2021 af <https://brjostgafaradgjafi.is/ingibjorg-eiriksdottir/>
- Caesarean section. (2019, 4. september). National Institute for Health and Care Excellence, NICE. Sótt 16. mars 2021 af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>
- Cheyne, H., Skár, S., Paterson, A., David, S., Hodgkiss, F., Scotland, ... APS Group Scotland. (2014). Having a baby in Scotland 2013: women's experiences of maternity care : national report. Sótt 13. apríl 2021 af <http://www.nls.uk/scotgov/2014/9781784122171.pdf>
- Child checkups in Norway: Home visit after the birth. (2021, 18. febrúar). Helse Norge. Sótt 15. apríl 2021 af <https://www.helsenorge.no/en/help-services-in-the-municipalities/infant-healthcare-programme-age-0-5-years/home-visit-7-10-days-after-the-birth/>
- Drašutienė, G. S., Drazdienė, N., Arlauskienė, A., Ramašauskaitė, D., Zakarevičienė, J., Kazėnaitė, E., ... Sniečkuvienė, V. (2016). Trends in maternal health in Lithuania 1995–2014. *Acta Medica Lituanica*, 23(2), 117–125. doi:10.6001/actamedica.v23i2.3328
- Ford, J. B., Patterson, J. A., Seeho, S. K. M. og Roberts, C. L. (2015). Trends and outcomes of postpartum haemorrhage, 2003–2011. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 334. doi:10.1186/s12884-015-0788-5
- Gortazar, L., Flores-Le Roux, J. A., Benaiges, D., Sarsanedas, E., Payà, A., Mañé, L., ... Goday, A. (2019). Trends in prevalence of gestational diabetes and perinatal outcomes in Catalonia, Spain, 2006 to 2015: the Diagestac Study. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 35(5). doi:10.1002/dmrr.3151
- Hallfríður Kristín Jónsdóttir. (2020, júní). Áhrif stuðnings frá ljósmæðrum og hjúkrunarfræðingum á tíðni og lengd brjóstgafjafar - Kerfinsbundin fræðileg samantekt. Háskóli Íslands, Reykjavík. Sótt af <https://skemman.is/bitstream/1946/35178/2/MSHkjlokalaoka.pdf>
- Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir. (2012). Heilbrigðisupplýsingar: Brjóstgafjaf og næring ungbarna á Íslandi sem fædd eru 2004–2008. Embætti landlæknis. Sótt af https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item16573/brjostgafjof_og_naering_2004-2008_juni.2012.pdf
- Hildur Sigurðardóttir. (2010a). Umfang heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi. *Könnun ljósmæðrafélags Íslands*. Ljósmæðrablaðið, 88(2), 7–12.
- Hildur Sigurðardóttir. (2010b). Könnun á umfangi Heimaþjónustu ljósmæðra. Reykjavík: Háskóli Íslands og Ljósmæðrafélag Íslands. Sótt af https://www.ljosmaedrafelag.is/GetAsset.ashx?id=356&fbclid=IwAR0g_p5Eij5Ibn81iXk-5hdJRESossarQ5gYAXy5FcUKAYDY_fRIZ85oyDeY

Hildur Sigurðardóttir. (2014a). Faglegar leiðbeiningar um heimaþjónustu ljósmæðra. Endurskoðuð útgáfa. Reykjavík: Embætti landlæknis. Sótt af https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item23146/Fagl-leidbein-heima_ljosmaedur_2014_heildarskjal.pdf

Hildur Sigurðardóttir. (2014b). Reynsla og viðhorf kvenna - Umönnun í sængurlegu á stofnun og heima. Ljósmæðrablaðið, 92(1), 16–22.

Karen Sól Sævarsdóttir. (2020, maí). Tíðni og áhættuþættir mikillar blæðingar eftir fæðingu einbura á Íslandi árin 2013-2018 (Thesis). Reykjavík. Sótt 29. október 2021 af <https://skemman.is/handle/1946/35644>

Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmli, L., Conzelmann, C. og Zemp, E. (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. BMC Health Services Research, 16(1), 82. doi:10.1186/s12913-016-1300-2

Lavery, J., Friedman, A., Keyes, K., Wright, J. og Ananth, C. (2017). Gestational diabetes in the United States: temporal changes in prevalence rates between 1979 and 2010. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 124(5), 804–813. doi:10.1111/1471-0528.14236

Lög um sjúkratryggingar nr.112/2008. , 112/2008.

Mehrabadi, A., Hutcheon, J. A., Lee, L., Liston, R. M. og Joseph, K. (2012). Trends in postpartum hemorrhage from 2000 to 2009: a population-based study. BMC Pregnancy and Childbirth, 12(1), 108. doi:10.1186/1471-2393-12-108

National Health Service. (2019). Your Health Visiting Service, Information for new parents. Clinical Policy, Documentation & Information Group. Sótt af <https://services.nhslothian.scot/healthvisitors/Documents/LOT1284%20Your%20Health%20Visiting%20Service.pdf>

Postnatal care up to 8 weeks after birth. (2015, 1. febrúar). National Institute for Health and Care Excellence. NICE. Sótt 16. mars 2021 af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>

Reglugerð um gæðavisa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr 1148/2008. (2008). Stjórnarráðið. Sótt af <https://www.stjornartidindi.is/Advert.aspx?ID=3abce970-adea-49ab-bc62-b2bcf573629e>

Saga félags brjóstgjafaráðgjafa á Íslandi. (e.d.). Félag Brjóstgjafaráðgjafa á Íslandi. Sótt af <https://brjostgjafaradgjafi.is/saga-felags-brjostgjafaradgjafa-a-islandi/>

Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2009). Rammasamningur. Reykjavík. Sótt af https://www.sjukra.is/media/samningar/Rammasamningur_ljosmaedur.pdf

Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2011). Rammasamningur. Sótt af <https://www.sjukra.is/media/samningar/Rammasamningur-SI-og-ljosmaedra-med-innfaerdum-breytingum-fra-1--juli-2011.pdf>

Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2013). Rammasamningur. Sótt af https://www.sjukra.is/media/samningar/Samningur-ljosmaedra_1_jan_31_des_2013.pdf

Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2018). Rammasamningur. Sótt af <https://www.sjukra.is/media/samningar/rammasamningur-um-thjonustu-ljosmaedra-vegna-faedinga-og-umonnunar-saengurkvenna-i-heimahusum.pdf>

Sjúkratryggingar Íslands og Ljósmæður. (2021). Rammasamningur. Sótt af <https://www.sjukra.is/media/samningar/Rammasamningur-ljosmaedra-1-okt-2021.pdf>

Swift, E. M., Tomasson, G., Gottfreðsdóttir, H., Einarsdóttir, K. og Zoega, H. (2018). Obstetric interventions, trends, and drivers of change: A 20-year population-based study from Iceland. Birth, 45(4), 368–376. doi:10.1111/birt.12353

Tesfau, Y. B., Kahsay, A. B., Gebrehiwot, T. G., Medhanyie, A. A. og Godefay, H. (2020). Postnatal home visits by health extension workers in rural areas of Ethiopia: a cross-sectional study design. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 305. doi:10.1186/s12884-020-03003-w

Walker, S. B., Rossi, D. M. og Sander, T. M. (2019). Women's Successful Transition to Motherhood During the Early Postnatal Period: A Qualitative Systematic Review of Postnatal and Midwifery Home Care Literature. Midwifery, 79, 102552. doi:10.1016/j.midw.2019.102552

World Health Organization og Jhpiego. (2015). Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. World Health Organization.

LJÓSMÆÐUR ÓSKAST TIL STARFA Í FÆÐINGARÞJÓNUSTU LSH

Fæðingavakt og meðgöngu- og sængurlegudeild óska eftir að ráða ljósmæður til starfa nú þegar.

Starfshlutfall er samkomulag, unnið er á þrískiptum vöktum og möguleiki er á skiptu starfi á milli deilda. Þar eru nýir stjórnendur, þær Birna Gerður Jónsdóttir og María Guðrún Þórisdóttir. Þær leggja báðar mikla áherslu á gæða- og umbótastarf, tækifæri til starfsþróunar, faglega umgjörð og góðan starfsanda.

Á deildunum starfar mikill fjöldi fagfólks í teymisvinnu og eru það frábærir starfsmenn sem leggja sig alla fram. Einstaklingsbundin aðlögun er í boði með reyndum ljósmæðrum.

Nú er tækifæri til að koma og taka þátt!

Áhugasamir hafi samband við **Birnu Gerði á fæðingavakt í s. 821-4652** og/eða **Maríu Guðrúnu í s. 899-0101.**

