

# Sængurleguþjónusta á Íslandi samanborið við önnur OECD lönd

## Fyrirkomulag og kostnaður

### ÚTDRÁTTUR

Tilgangurinn með þessari grein var að kanna sængurleguþjónustu OECD<sup>1</sup> 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 stytst 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 rannsókna 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

Viðast í hinum vestræna heimi eiga um 99% fæðinga sér stað á stofnunum (Wieggers, 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  
ljósmóðir 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 skjólstaðinga (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 fæðingastofnun eftir fæðingu. Sængurlega í faglegum skilningi er hins vegar fyrsti 21 dagurinn eftir fæðingu sem tími mestar líkamlegrar aðlögunar eftir barnsfæðingu (Bull o.fl., 2004; NHS, 2006). Síðustu tvo áratugi hefur sængurlega á sjúkrastofnunum 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 skilvirki 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, nánu 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 víðamesti 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 hvernar 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 náins eftirlits fyrstu vikunnar eftir fæðingu (Ljósmæðrafélag Íslands, 2010). Yfirlýsingar bandarískra barnalækna og fæðingalækna í byrjun tíunda áratugarins um áhættuna á snemmtáskriftum 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 féлага (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 heimavitjana 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 heimavitjana falli illa að kostnaðarárangursgreiningum sem mælitæki þar sem heimavitjanir eru ekki stakt eða einseleitt 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 féлага (2006) sýndi að val foreldra á sængurleguþjónustu beindist frekar í átt til rekstrarlega hagkvæmari kosta, eins og sjúkrahótela í stað sjúkrahúslægu, en snemmútskriftir sem fylgt var eftir með einni vitjun og daglegum símtölum voru þar neðst á óskalistanum. 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; Ljósmeðrafélag 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 oft (Bull o.fl., 2004; Ljósmeðrafélag 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 heimilishjálpar fyrstu vikuna eftir fæðingu (Wiegers, 2006).

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

### Þjónustan á Íslandi og í Noregi

Heimabjónusta ljósmæðra í sængurlegu með samningi við Tryggingastofnun ríkisins og síðar Sjúkrtryggingar Íslands (SÍ), hefur verið að þróast síðan árið 1993 í tengslum við snemmútskriftir sængurkvenna af fæðingarstofnunum. Sífelld fleiri sængurkonur hafa þegið snemmútskrift og heimabjónustu ljósmæðra í kjölfarið og telja þær nú hartnær 80% allra sængurkvenna á Íslandi. Samfara hefur sængurlega á fæðingarstofnun verið að stytast. Ríflega hundrað ljósmæður eru aðilar að gildandi rammamningi og annast þjónustuna sem sjálfstæðir verktakar (Ljósmeðrafélag Íslands, 2010). Samkvæmt rammamningi SÍ (Sjúkrtryggingar Íslands, 2011), var heimabjónusta 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 keisaraskurð (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 Barneignabjónustueftirlitið (no. Tilsyn med barselomsorga) lýsti yfir áhyggjum sínum af öryggi sængurkvenna og nýbura vegna skorts á stuðningi og öryggiseftirliti svo stuttu eftir fæðingu (Helsetilsynet, 2011). Viðbrögð sveitarfélaganna við þessu voru þau að síðustu misseri hafa æ fleiri sveitarfélög farið að bjóða upp á heimavitjanir ljósmæðra undir heitinu Prosjektet JordmorHeim (Heiberg,

2012). Þeirri þjónustu svipar mjög til heimabjónustu 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 burðarmálsaða (IMR/1000 lifandi fæðdra barna) og útgjöld til heilbrigðismála á hvern íbúa (US\$/per capita), auk fyrrnefndra talna, yfir lengd sængurlegu á fæðingarstofnunum eftir eðlilega fæðingu (sjá töflu 2). Tölur yfir burðarmálsaða 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 sjúklíngaflokkun (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 keisarafæðdra kvenna á Landspítala á mynd 3. Einnig koma fram tölur yfir kostnað við sængurleguþjónustuna hérlandis, á Landspítala og í heimabjónustu ljósmæðra.

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

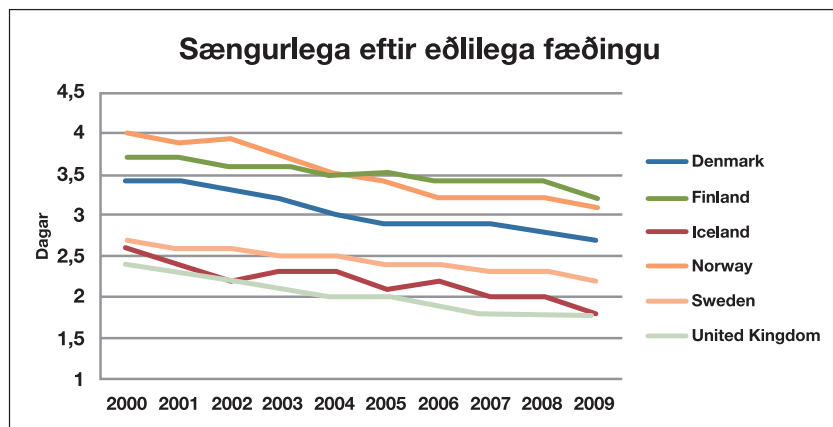
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australia	2,9	2,9	2,8	2,8	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	..
Austria	4,8	4,7	4,6	4,4	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1
Belgium	4,9	4,8	4,8	4,7	4,5	4,5	4,4	4,3	..	..
Canada	2	2	2	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	..
Chile	..	3,1	3,1	3,2	3,2	3	3	3	..	..
Czech Republic	6	..	..	..	..	5,3	..	..	..	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

	dagur	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 aukavillum 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 sængurlegruþjónustu.

**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 snemmtúskrift 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. sjúkrahúsdvöl og heimaþjónusta, var því samkvæmt þessu um 420.000 kr.

**UMRÆÐA**

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

Víðast 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 sjúkrahúslega í Bandaríkjunum skýrist nokkuð af fyrrnefndum lögum um lengd sjúkrahúslegru eftir fæðingu (Malkin o.fl., 2003) og kannski er svipaða

Tafla 3. Yfirlit kostnaðartengdra rannsókna á sængurleguþjónustu.

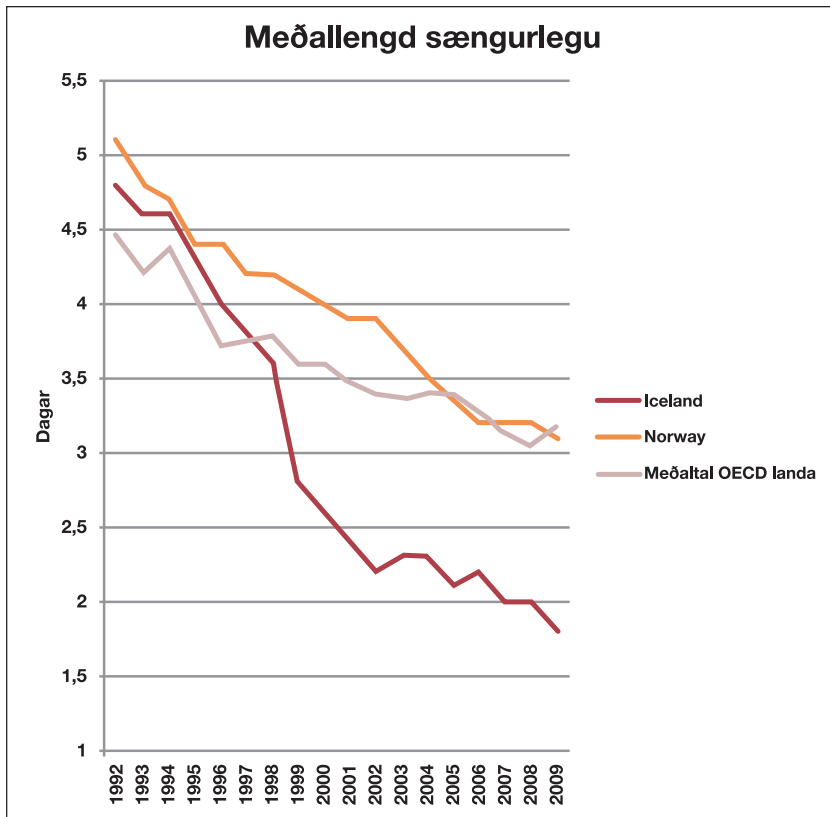
Höfundar	Titill rannsóknargreinar	Niðurstaða
Steel O'Connor og félagar, (2003)	Randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge.	Ódýrara að meta þörf fyrir heimavíjun með símtali í stað rútineraðra vitjana.
Paul og félagar, (2004)	Cost-effectiveness of postnatal home nursing visits for prevention of hospital care for jaundice and dehydration.	Heimavíttjanir 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.
Morrill 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 sjúkrahúslegru getur borgað sig.
Petrou og félagar, (2004)	Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation.	Heimavíttjanir eru ódýrari en sjúkrahúslega og ekki óöruggari.

Tafla 4. Kostnaður sængurlegru á LSH.

Kostnaður meðgöngu og sængurkvennaeild LSH	
Deildar kostnaður	138.936 kr.
Meðferðar kostnaður	50.389 kr.
Stjórnunarkostnaður	19.993 kr.
Heildar kostnaður/dag	209.318 kr.
Kostnaður 1,8 daga	376.772 kr.

Tafla 5. Kostnaður SÍ af heimaþjónustu.

Gjaldskrá SÍ við heimaþjónustu (1. mars 2012)	
<b>Frumbyrja</b>	
per vitjum	6.448 kr.
7 vitjanir (hámark)	45.136 kr.
<b>Fjölbyrja</b>	
per vitjum	5.824 kr.
6 vitjanir (hámark)	39.944 kr.



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

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

sængurlega vera að lengjast aftur. Í töflu 2 sést að af OECD ríkjum er sængurlega kvenna á stofnun lang styst í

Mexíkó og Tyrklandi eða einungis hálfann annan sólarhring. Á tíónitölum yfir burðarmálsaðauða 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 burðarmálsaðauða, þar sem burðarmálsaðauðatíðni í Sviss (4,3) er í og yfir meðaltali OECD landa (IMR 4,3/1000). Þetta gildir jafnvel þó útlagarinn Mexíkó og Tyrkland séu ekki teknir inn í það meðaltal (IMR 4,1/1000). Slóvakía hefur bæði hærri burðarmálsaðauðatíðni 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 sængurlega stutt en burðarmálsaðauðatíðni 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 fæðingarstofnun. Í þessum þremur löndum fara ljósmæður í heimavíttjanir 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.

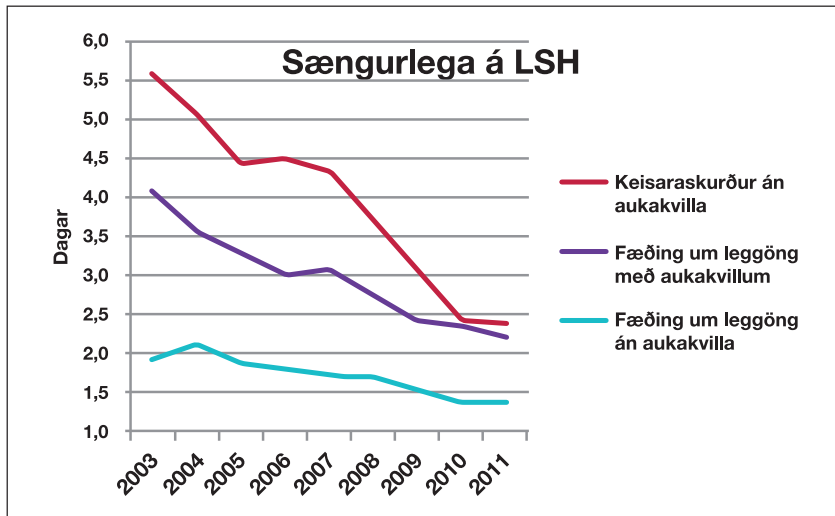
### Þróun þjónustunnar í sambærilegum löndum

Síðan farið var að bjóða heimaþjónustu ljósmæðra eftir snemmútskrift af fæðingarstofnun hefur sængurlega 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 sængurlega á stofnunum stytst ár frá ári. Á árabílinu 1994 til 1998<sup>3</sup> má hins vegar sjá byrjun á umtalsvert hraðari þróun í þessa átt á Íslandi. Árið 2009 var meðalsængurlega í Noregi 3,1 dagur, meðaltal OECD landa var þá 3,2 dagar en meðaltal á Íslandi 1,8

<sup>2</sup>Tölur 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).

<sup>3</sup>Tölur 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 hefði fylgt þeirri norsku hefði sængurlega á stofnun verið svipuð og þar árið 2009, þ.e. um 1,3 dögum lengri. Ef tekið er mið af kostnaðartölum af sængurlegru kvenna eftir eðlilega fæðingu á Landspítala (Helga Bjarnadóttir, 2012a) og lengri sjúkrahúsvist miðað við norskar tölur (3,1 d) hefði kostnaður af sjúkrahúsdvöl hverrar sængurkonu hér orðið rétt tæpar 650 þkr. í stað tæplega 377 þkr.

Jafnvel þó heimaþjónusta ljósmæðra reiknist inn í heildarkostnað sængurlegruþjónustunnar kemur í ljós að íslenska fyrirkomulagið er um 230 þkr. ódýrara en hið norska. Þetta er einkum athyglisvert í ljósi þess að tímabilið sem sængurlegruþjónustan nær yfir hérlendis er mun lengra eða 10 dagar á móti 3 dögum í Noregi. Út frá nýjum tölum yfir fjölda eðlilegrar 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 sjúkrahúslégu 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 uppgæfningu kostnaðar 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 umræða

Ljóst er að stytting sængurlegru á fæðingastofnun 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 sængurlegru 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 íslenskrari 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 endurinnlagningsartíðni, framhlaðins kostnaðar sjúkrahúslégu og kostnaðar foreldra vegna styttri sjúkrahúslégu.

Rannsóknir benda til hagkvæmni heimaviðtjónu í sængurlegru en mikil þörf er á frekari rannsóknum og hagræðilegu 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., Högberg, 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/](http://www.fjell.kommune.no/Aktuelt/Aktuelt_arkiv/Fjell-fekk-Samhandlingsprisen/)
- Fjell kommune (án ártals). *Jordmorheim*. Skoðað 10. mars 2012 á [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 behova til barselkvinnna og det myfðade barnet i barseltida?\* Skoðað 10. mars 2012 á \[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport3\\\_2011.pdf\]\(http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport3\_2011.pdf\)

Hildur Sigurðardóttir \(2009\). \*Faglegar leiðbeiningar um heimaþjónustu ljósmæðra\*. Skoðað 29. febrúar 2012 á <http://landlaeknir.is/lisalib/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 \[http://www.oecd.org/document/16/0,3746,-en\\\_2649\\\_37407\\\_2085200\\\_1\\\_1\\\_1\\\_37407,00.html\]\(http://www.oecd.org/document/16/0,3746,-en\_2649\_37407\_2085200\_1\_1\_1\_37407,00.html\).

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 frumútgáfa. 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 \(2011\). \*Rammisamningur\*. Skoðað 29. febrúar á \[http://www.sjukra.is/media/samningar/Ljosmaedur\\\_rammasamningur\\\_31.12.2012.pdf\]\(http://www.sjukra.is/media/samningar/Ljosmaedur\_rammasamningur\_31.12.2012.pdf\)

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.](http://www.helsedirektoratet.no/sam-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)