

Om helsetjenesten

Bemanning og vaktberedskap ved gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger i Norge

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å kartlegge kompetanse, bemanning og vaktberedskap ved landets gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger.

Materiale og metode. Spørreskjema ble sirkulert til alle landets 43 gynekologiske og obstetriske avdelinger i februar 2003.

Resultater. Alle besvarte spørreskjemaet, og 42 hadde fødeseksjon med vaktberedskap. Det rapporterte fødselstallet varierte fra 100 til 5 600. På årsbasis var det stor variasjon i antall leger på vakt per fødsel, med flere fødsler per lege på vakt ved de store fødeavdelingene. 60 % av fødslene skjer med spesialist i tilstedevakt hele døgnet. Antall legestillinger ved avdelingene varierte fra én til 48. Det var signifikant høyere poliklinisk aktivitet ved lokalsykehusene sammenliknet med sentral- og universitetssykehusene. Leger med doktorgrad finnes oftere ved universitetssykehusene.

Fortolkning. Undersøkelsen viser stor variasjon i vaktberedskap, fordeling av legestillinger og akademisk kompetanse ved de norske gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger. Dette gjenspeiler til en viss grad funksjon og geografiske forhold, men forskjellene er også betydelige mellom sammenliknbare institusjoner.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Helga B. Salvesen*
helga_salvesen@dfci.harvard.edu

Jone Trovik
Per E. Børdahl
Kvinneklinikken
Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen

* Nåværende adresse:
Department of Medical Oncology
Dana-Farber Cancer Institute
Harvard Medical School
44 Binney street
Boston
MA 02115-6084
USA

Sykehusene er inne i en omstillingsprosess (1). Dette gir også utfordringer for fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer (2). I forbindelse med en omstrukturering ved egen avdeling ønsket vi å kartlegge bemanning og vaktberedskap, grad av seksjonering og akademisk kompetanse ved landets gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger.

Det har vært en klar sentraliserings- og spesialiseringstendens i sykehustilbudet innen fødselshjelp og kvinnesykdommer (3, 4). Dette har vært satt i sammenheng med medisinske råd, tilgang på fagpersonell og økonomiske rammebetingelser (3, 5–7). Vi ønsket å se i hvilken grad vaktberedskapen gjenspeiler nye retningslinjer samt å se på forskjeller mellom sammenliknbare institusjoner.

I forbindelse med omlegging til helseforetak har det vært fokus på klinisk forskning som en lovpålagt oppgave (8). På bakgrunn av dette ønsket vi å kartlegge fordelingen av akademisk kompetanse.

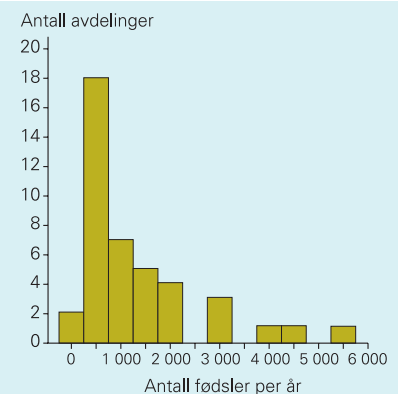
Materiale og metode

Et spørreskjema ble sendt aktuelle avdelinger. Det ble spurt om avdelingens funksjon, nøkkeltall knyttet til aktiviteten, antall legestillinger, akademisk kompetanse og vaktberedskap.

Resultat

Etter en purrerunde svarte alle 43 avdelinger på hele eller deler av skjemaet. Sju av de 43 avdelingene er ved universitetssykehus, 16 ved sentralsykehus og 20 ved lokalsykehus. Alle sykehusene, med unntak av Det Norske Radiumhospital, har fødeavdeling med akuttberedskap. 28 avdelinger

Figur 1



Antall fødsler ved de ulike norske fødeavdelingene i 2002

(65 %) angir en seksjonsvis organisering av arbeidet, hvorav halvparten har to seksjoner (gynekologi og obstetikk).

Det årlige fødselstallet varierer fra 100 til 5 600, median 825, gjennomsnitt 1 258 (fig 1). Av fødslene skjedde 64 % ved kvinneklinikker med over 1 500 fødsler, 31 % ved fødeavdelinger med 400–1 500 fødsler og 5 % ved fødeavdelinger med mindre enn 400 fødsler per år (tab 1). Fødselstallet var korrelert til antall leger på vakt, til stede eller hjemme (fig 2). Det var flere fødsler per lege på vakt ved de store fødeavdelingene. Ved 27 av 42 (64 %) fødeavdelinger er det ansatt assistentleger. Ved 16 av disse (59 %) var kun assistentleger til stede deler av vekten. Spesialist til stede hele døgnet er korrelert til avdelingens størrelse og funk-



Hovedbudskap

- Det er stor variasjon i vaktberedskap, fordeling av legestillinger og akademisk kompetanse ved norske gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger, også for sammenliknbare institusjoner
- Det er et misforhold mellom nasjonale faglige føringer for fødetilbudet og realitetene
- Fødeavdelinger med vaktberedskap som i stor grad avviker fra den gjennomsnittlige nasjonale standarden, bør vurdere om gjengse krav til medisinsk-faglig forsvarlighet er innfridd

sjon (tab 1). Ved alle universitetssykehusene og ved ti av 12 avdelinger med mer enn 1 500 fødsler per år (60 % av fødslene) var det spesialist i tilstedevakt hele døgnet.

Antall legestillinger varierte fra én til 48 (median åtte, gjennomsnitt 11). Antall overleger varierte fra én til 30 (median fem, gjennomsnitt åtte). Tilsvarende varierte antall assistentleger fra null til 18 (median tre, gjennomsnitt fire). Forholdet mellom underordnet og overordnet lege varierte med avdelingens størrelse og funksjon (fig 3). 15 avdelinger hadde mindre enn fire spesialister. Av 14 fordypningsstillinger var 13 ved universitetssykehus.

Antall polikliniske konsultasjoner per år var korrelert til antall legestillinger (fig 4). Det var høyest poliklinisk aktivitet per lege ved lokalsykehusene. 17 (49 %) avdelinger hadde ansatt lege med doktorgrad; seks av sju (86 %) ved universitetssykehusene, åtte av 16 (50 %) ved sentralsykehus og tre av 20 (15 %) ved lokalsykehus.

Diskusjon

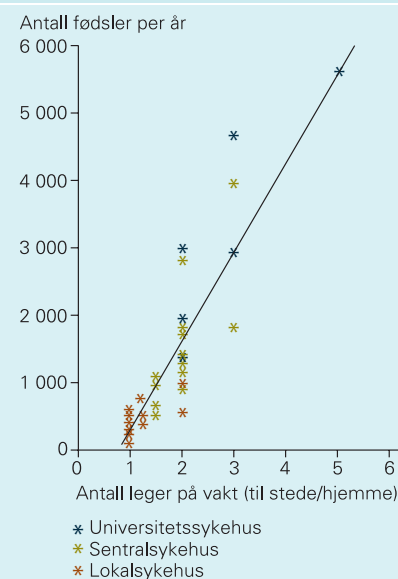
Vi finner en høyere poliklinisk aktivitet per ansatt lege ved de mindre avdelingene. Dette kan ses i sammenheng med at de større avdelingene og universitetsklinikene i større grad tar hånd om høyspesialiserte behandlingsfunksjoner (9). Studien har ikke kartlagt fordelingen av privatpraktiserende spesialister i de ulike regionene og belyser således ikke deres betydning for den polikliniske aktiviteten ved sykehusene.

Etter en økning i antall fødeinstitusjoner fra 11 til nærmere 200 fra 1930 til 1970 har man sett en klar reduksjon i antallet frem til i dag (3, 4). For å sikre kvaliteten på fødetilbudet i Norge kom Statens helsetilsyn i 1997 med faglige krav til fødeinstitusjoner (6). Dette la grunnlaget for en inndeling av fødeinstitusjoner i tre nivåer (3, 6): *Kvinneklinikker* skal ha minst 1 500 fødsler per år og bl.a. tilstedevakt av fødselslege, *fødeavdelinger* skal ha minst 400–500 fødsler per år, vaktberedskap av bl.a. fødselslege (unntaksvis kirurg i vaktberedskap), *fødestuer* skal ha minst 40 fødsler per år, kun vaktberedskap av jordmødre med avklarte ansvarsforhold.

I dag har nesten en firedel av norske fødeavdelinger et lavere fødselstall enn den anbefalte grensen på 400 fødsler for opprettholdt status som fødeavdeling. Det er således et klart misforhold mellom de faglige føringer for fødetilbudet og realitetene.

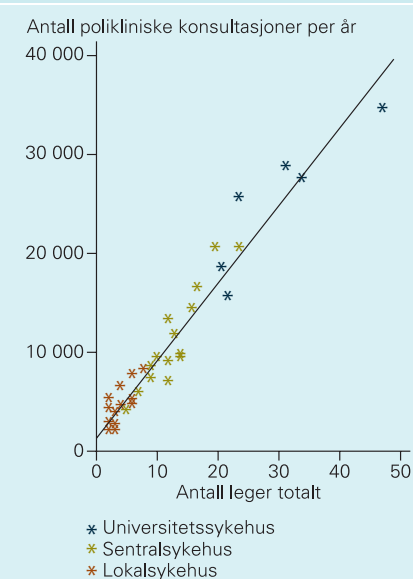
Det optimale forhold mellom volum, kompetanse og behov for spesialisering er stadig gjenstand for diskusjon (3). I Norge er beredskapen relativt lik, idet samtlige avdelinger med mer enn 1000 fødsler per år har lege til stede i avdelingen hele døgnet. Størst forskjell i beredskap ses imidlertid ved de store institusjonene. Dette er en forskjell som ikke lar seg forklare ut fra

Figur 2



Antall leger i vakt (til stede/hjemme) i forhold til antall fødsler per år og avdelingens funksjon. Den rette linjen er estimert regresjonslinje ($r = 0,87$, $p < 0,001$)

Figur 4



Antall legestillinger ved avdelingen relatert til antall polikliniske konsultasjoner per år og avdelingens funksjon. Den rette linjen er estimert regresjonslinje ($r = 0,97$, $p < 0,001$)

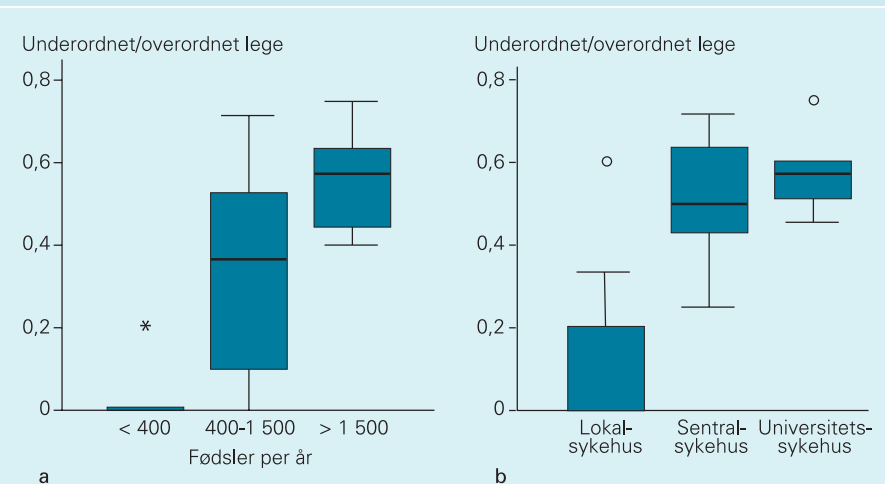
avdelingens funksjon. Det er grunn til å vurdere om fødeavdelinger med en vaktberedskap som i stor grad avviker fra den gjennomsnittlige nasjonale standarden, vil kunne innfri gjengse krav til medisinsk-faglig forsvarlighet.

Selv om denne studien ikke har innhentet opplysninger som lar det gjøre å kostnadsberegne pris per fødsel ved de ulike sykehus, er det grunn til å anta at kostnadene til vakthavende leger blir betydelig større per

fødende ved de små enhetene sammenliknet med de større. Det er også en påfallende stor variasjon i vaktberedskapen for leger ved de store fødeinstitusjonene.

Man har vært bekymret for tilgangen på spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer (10). Ved mindre fødeavdelinger går den enkelte lege svært hyppig vakt, og avdelingen drives ofte ved hjelp av vikarordninger. Det gir grunn til bekymring at 15 avdelinger (36 %) har ansatt færre enn de

Figur 3



Fordelingen av legestillinger ved de ulike norske gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger. a) Forholdet mellom underordnet og overordnet lege er vist i relasjon til fødeavdelingens størrelse og b) avdelingens funksjon. De horisontale linjene i boksene angir $2^{1/2}$, 25, 50, 75 og $97^{1/2}$ -percentilene



Illustrasjonsfoto Aina Staveland Johnsen

Tabell 1 Vaktberedskap ved norske gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger i forhold til avdelingens funksjon og størrelse. 27 av 42 fødeavdelinger¹ har assistentlege

	Totalt antall	Kun hjemmevakt ²	Spesialist i primærvakt	Kun assistentlege til stede ²
<i>Type avdeling³</i>				
Lokalsykehus	20	19	20	5 ⁴
Sentralsykehus	16	4	9	11
Universitetssykehus	6	0	0	0
<i>Størrelse på fødeavdelingen⁴</i>				
100–407	10	10	10	1
408–825	11	10	11	5
826–1 753	11	3	7	9
Over 1 753	10	0	1	1

¹ Det Norske Radiumhospital ikke inkludert
² Hele eller deler av vaktøgnet
³ Høyeste angitte funksjonsnivå (9)
⁴ Antall fødsler per år, kvartilvis inndeling

fire spesialistene som er anbefalt minimumsbemanning (7).

Som ventet finnes det flest leger med doktorgrad ved universitetssykehusene. Det er likevel bemerkelsesverdig at hele 50 % av sentralsykehusene har ansatt en eller flere leger med doktorgrad. Dette blir en viktig ressurs når helseforetakene har økt fokus på klinisk forskning som en av hovedoppgavene ved sykehusene. Det er likevel foruroligende at bare én av fire leger ved universitetssykehusene har doktorgrad og at ett av universitetssykehusene ikke har tilsatt lege med doktorgrad.

Denne undersøkelsen viser stor variasjon i vaktberedskap, fordeling av legestillinger og akademisk kompetanse ved norske gynekologiske og obstetriske avdelinger. Dette gjenspeiler til en viss grad funksjon og geografiske forhold. Likevel er det en betydelig variasjon også for sammenliknbare institusjoner. På bakgrunn av dette arbeides det ved egen avdeling med å få styrket vaktberedskapen svarende til gjennomsnittet for landets fødeavdelinger.

En takk rettes til kolleger som har svart på spørsmålene i undersøkelsen.

Litteratur

1. Bakke H. Sykehusreformen – mer enn fromme ønsker? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2671.
2. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap. <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/stmeld/030001-040003/index-dok000-b-n-a.html> (23.10.2003).
3. Nilsen S, Daltveit A, Irgens L. Fødeinstitusjoner og fødsler i Norge i 1990-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3208–12.
4. The Medical Birth Registry of Norway. Annual Report 1997. Bergen: Universitetet i Bergen, 1998.
5. S.innst. nr. 327 (1996–97). Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (tilgjengelighet og faglighet).
6. Statens helsetilsyn. Faglige krav til fødeinstitusjoner. Statens helsetilsyns utredningsserie. 1–97. <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020022/index-ram033-b-f-a.html> (23.10.2003).
7. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster. Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998. <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020022/index-dok000-b-f-a.html> (23.10.2003).
8. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-061-003.html#3-8> 1997.
9. St.meld. nr. 9 (1974–75). Sykehusbygging i et regionalisert helsevesen. <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020022/index-ram022-b-f-a.html> (23.10.2003).
10. Falck C, Mikkelsen B. Rekruttering og spesialitetsproduksjon innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 674–7.