



Lægers kliniske videreuddannelse

Delbetænkning fra
udvalget om
lægers uddannelse og arbejdstilrettelæggelse



BETÆNKNING NR. 1155

DECEMBER 1988



trykt på genbrugspapir

ISBN 87-503-7614-4
Stougaard Jensen/København
Su 00-5-bet.

INDHOLDSFORTEGNELSE

side

<u>Kapitel 1. Udvalgets nedsættelse og virksomhed.</u>	5
1.1. Udvalgets nedsættelse	5
1.2. Baggrunden for udvalgets nedsættelse	6
1.3. Udvalgets virksomhed	7
<u>Kapitel 2. Sammenfatning af udvalgets forslag.</u>	9
2.1. Udvalgets væsentligste forslag	9
2.2. Resumé af de enkelte kapitler	10
<u>Kapitel 3. Problemerne i den lægelige videreuddannelse.</u>	15
3.1. Indledning	15
3.2. Organisatoriske forhold	15
3.2.1. De centrale sundhedsmyndigheder	15
3.2.2. Sundhedsstyrelsen	16
3.2.3. Specialistnævnet	17
3.2.4. Det Centrale Råd for Lægers Videreud- dannelse	17
3.3. Den formaliserede videreuddannelse	18
3.3.1. Turnusuddannelsen	18
3.3.2. Uddannelsen i almen medicin	19
3.3.3. Speciallægeuddannelserne	20
3.3.4. §14-kvalificering	22

	side
3.4. Beskrivelse af den reelle uddannelsessituation..	23
3.4.1. Turnusuddannelsen	23
3.4.2. Uddannelsen i almen medicin	25
3.4.3. Uddannelsen til speciallæge	26
3.4.3.1. Introduktionsuddannelsen	26
3.4.3.2. Uddannelsen i undervisnings- stilling	27
3.4.3.3. Den supplerende uddannelse (sideuddannelse)	27
3.4.3.4. Ansættelse i 1. reservelæge- stilling	27
3.4.3.5. §14-kvalificering	28
3.5. Videreuddannelsens hovedproblemer	28
3.5.1. Stilleingsstruktur-problemet	28
3.5.2. "Flaskehals-problemet"	30
3.5.3. Klassifikations-problemet	32
3.5.4. Patient/læge-ratio-problemet	34
3.5.5. "Behandling kontra uddannelsesproblemet".	34

Kapitel 4. Forudsætninger for udvalgets overvejelser og forslag«

4.1. Faststillingsreformen	36
4.2. Balance mellem udbud og efterspørgsel	37
4.3. Uddannelsesniveau ved fastansættelse	37
4.4. Uændrede uddannelsesregler	39
4.5. Kortere uddannelsesforløb	39
4.6. Udvalgets forslag udgør et samlet hele	40

Kapitel 5. Model for tilrettelæggelse af den kliniske videuddannelse

5.1. Idealmodel	42
5.2. Blokansættelser	42
5.2.1. Hvad er blokansættelse?	42
5.2.2. Fordele og ulemper ved blokansættelse....	42
5.2.3. Tilrettelæggelse af uddannelsesblokke....	46

	side
5.3. Beskrivelse af modellen	46
5.3.1. Turnusuddannelsen	47
5.3.2. Introduktionsuddannelsen	47
5.3.3. Uddannelsen i almen medicin	48
5.3.4. Speciallægeuddannelsen - grundspecialerne..	51
5.3.5. Speciallægeuddannelsen - grenspecialerne..	52
5.3.6. § 14-kvalificering	52

Kapitel 6. Sundhedsmyndighedernes opgaver og samarbejde. 54

6.1. Indledning	54
6.2. De centrale sundhedsmyndigheder	54
6.3. Sygehuskommunerne	56
6.4. Samarbejde mellem sygehuskommunerne	56
6.4.1. Indledning	56
6.4.2. Afgrænsning af de geografiske områder. . . .	57
6.4.3. Samarbejdets indhold og tilrettelæggelse..	58

Kapitel 7. Den kliniske videreuddannelses kvalitet. .. 60

7.1. Videreuddannelsen i dag	60
7.2. Udvalgets overvejelser og forslag	61
7.2.1. Målbeskrivelser	61
7.2.2. Uddannelsesprogrammer	63
7.2.3. Evaluering	64

Kapitel 8. Iværksættelsen af udvalgets forslag til tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse. . . . 67

8.1. Indledning	67
8.2. Uddannelseskapaцитeten	67
8.3. Tidsplan for iværksættelsen af udvalgets forslag.	69
8.3.1. Gradvis iværksættelse	69
8.3.2. Overgangsperioden	70
8.3.2.1. Forberedelsesfasen	71
8.3.2.2. Iværksættelsesfasen	72

	side
<u>Kapitel 9. Restgruppen.</u>	73

9.1. Indledning	73
9.2. Uddannelsesstilbud til restgruppen	74
9.2.1. Dimensionering	74
9.2.2. Uddannelsens niveau	74
9.2.3. Indholdet i uddannelsesstilbudene til restgruppen	77
9.2.4. Tilrettelæggelse af restgruppens uddannelse	79
9.2.4.1. De centrale sundhedsmyndigheder	79
9.2.4.2. Sygehuskommunerne	80
9.3. Sammenhængen mellem udvalgets forslag og faststillingsreformen	80

<u>Kapitel 10. Økonomisk overslag.</u>	82
---	-----------

10.1. Indledning	82
10.2. Udgifter ved en gennemførelse af udvalgets forslag	82
10.3. Ressourcemaessige gevinster ved en gennemførelse af udvalgets forslag	83

Bilagsfortegnelse:

<u>Bilag 1</u> : Udvalgets beregninger af uddannelseskapa- citet og stillingsforbruget	85
<u>Bilag 2</u> : Iværksættelsesfasen	94
<u>Bilag 3</u> : Litteraturoversigt	99

Kapitel 1.

Udvalgets nedsættelse og virksomhed.

1.1. Udvalgets nedsættelse.

Den 27. juli 1987 nedsatte indenrigsministeren et udvalg med den opgave dels at tilvejebringe et grundlag for et veltilrettelagt og velfungerende uddannelsessystem, dels at medvirke til at inspirere til nytænkning omkring arbejdstilrettelæggelsen for underordnede sygehuslæger.

Udvalget fik følgende kommissorium:

"Udvalget skal for det første tilvejebringe et grundlag for et veltilrettelagt og velfungerende uddannelsessystem. Udgangspunktet for udvalgets overvejelser skal være en målsætning om, at de underordnede sygehuslæger inden for de givne økonomiske rammer sikres en systematisk, hurtig og effektiv klinisk videreuddannelse. Varigheden af de samlede uddannelsesforløb skal søges nedbragt væsentligt, uden at uddannelseskvaliteten af den grund forringes.

Udvalget skal basere sine overvejelser på en forudsætning om, at et stort antal af de nuværende uddannelsesstillinger omdannes til faste stillinger på speciallægeniveau. Generelt skal uddannelsesstillingernes antal begrænses, så det svarer til behovet for at rekruttere læger med relevant klinisk videreuddannelse til faste stillinger i og uden for sygehusvæsenet.

For det andet skal udvalget medvirke til at inspirere til nytænkning omkring arbejdstilrettelæggelsen for underordnede sygehuslæger. Særligt skal udvalget overveje, om det inden for de gældende overenskomstrammer er muligt at tilrettelægge arbejdet mere rationelt og fleksibelt med et mindre forbrug af tilkalds- og overarbejdstimer.

Udvalget skal som grundlag for overvejelserne om arbejdstilrettelæggelsen benytte overenskomsten for underordnede sygehuslæger med de ændringer, der fastsættes af det paritetiske nævn eller en opmand i henhold til §§6 og 7 i den ovenfor nævnte lov nr. 246 af 8. maj 1987.

Sygehusenes primære opgave er at undersøge og behandle patienter. Udvalget skal derfor i sine overvejelser generelt lægge til grund, at behandlingskvaliteten og serviceniveauet skal have højeste prioritet ved tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde og videreuddannelsen.

Udvalget skal afslutte sit arbejde inden den 15. oktober 1988."

Udvalget fik følgende sammensætning:

Formand :

Forvaltningschef Sten Christensen, Viborg Amtskommune

Medlemmer ;

1. reservelæge Poul Jørgen Diederich (udpeget af Den alm. danske Lægeforening).

Direktør Jørgen Funder (udpeget af Københavns og Frederiksberg kommune).

Direktør Arne Grünfeld (udpeget af Amtsrådsforeningen i Danmark).

Overlæge Ole Andrée Larsen (udpeget af Den alm. danske Lægeforening).

Afdelingschef Jette Mersing (udpeget af Sundhedsministeriet).

Overlæge Gunnar Schiøler (udpeget af Sundhedsstyrelsen).

Sekretariatsfunktionen er blevet varetaget af fuldmægtig Ulrik Meyer, Sundhedsministeriet.

1.2. Baggrunden for udvalgets nedsættelse.

Den 8. maj 1987 vedtog Folketinget lov nr. 246 om ændring af arbejdstilrettelæggelsen m.v. for underordnede sygehuslæger og om fornyelse og forlængelse af overenskomster for underordnede sygehuslæger m.fl.

I forbindelse med lovforslagets fremsættelse besluttede regeringen, at der skulle nedsættes et udvalg, som skal beskæftige sig med problemstillinger vedrørende tilrettelæggelsen af underordnede sygehuslægers kliniske uddannelse og arbejde.

1.3. Udvalgets virksomhed.

Udvalget påbegyndte sit arbejde den 8. december 1987. Der har ialt været afholdt 13 møder, hvoraf to har strakt sig over to dage.

Udvalget har nøje overvejet, hvorledes udvalgsarbejdet mest hensigtsmæssigt kan tilrettelægges, og har fundet det hensigtsmæssigt og naturligt at dele arbejdet i to faser.

Den første fase afsluttes med den nu foreliggende delbetænkning om tilrettelæggelsen af yngre lægers videreuddannelse.

Anden fase af udvalgets arbejde vil omfatte dels en behandling af arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene og dels en opfølgning af forslagene i første delbetænkning på grundlag af den høringsrunde og den debat, der vil finde sted i de kommende måneder.

Problemerne i den kliniske videreuddannelse af læger er komplekse og sammenhængende. Udvalget har fundet det ønskeligt at give en meget bred kreds af interessenter lejlighed til at kommentere principperne i de forslag til en reform af videreuddannelsernes tilrettelæggelse, som udvalget fremlægger her. Hertil kommer, at udvalgets overvejelser ifølge kommissoriet har skullet tage udgangspunkt i en forudsætning om, at der gennemføres en faststillingsreform i sygehusvæsenet baseret dels på ansættelse af vagtbærende overlæger og dels på ansættelse af fastansatte underordnede speciallæger. Som bekendt er denne forudsætning endnu ikke opfyldt.

På denne baggrund har udvalget opnået sundhedsministerens godkendelse af, at udvalget afgiver delbetænkning om lægers kliniske videreuddannelse.

Udvalgets første delbetænkning vil blive udsendt til høring blandt alle interessenter, og der vil blive arrangeret en konference om udvalgets forslag til reform af videreuddannelsernes tilrettelæggelse.

På dette grundlag vil udvalget udarbejde et konkretiseret forslag til et regelsæt for tilrettelæggelse af videreuddannelsen, med henblik på dets videre behandling og gennemførelse i Sundhedsstyrelsen, Det Centrale Råd for Lægers Videreuddannelse og Specialistnævnet.

Udvalget ønsker at understrege, at udvalget ikke har lagt sig endeligt fast på den praktiske udformning af en uddannelsesreform. Tværtimod anser udvalget det for sandsynligt, at interessenternes reaktion på denne delbetænkning vil påvirke den endelige udformning af udvalgets forslag.

Udvalget vil sideløbende med, at denne delbetænkning er til høring, drøfte spørgsmålet om arbejdstilrettelæggelsen.

Udvalget forventer at afgive endelig betænkning i foråret 1989.

København den 9. december 1988

Sten Christensen

Poul Jørgen Diederich

(formand)

Jørgen Funder

Arne Grünfeld

Ole Andrée Larsen

Jette Mersing

Gunnar Schiøler

Ulrik Meyer
(sekretær)

Kapitel 2. Sammenfatning af udvalgets forslag.

2.1. Udvalgets væsentligste forslag.

Den lægelige videreuddannelse er præget af en række store, komplekse og indbyrdes sammenhængende problemer. Udvalget fremlægger en række forslag, der set under ét vil kunne løse videreuddannelsens hovedproblemer.

Udvalget opstiller en model for tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse, hvor blokansættelser indgår som et grundlæggende element. Udvalgets væsentligste forslag er,

- at turnusuddannelsen, uddannelsen i almen medicin og den del af speciallægeuddannelsen, der ligger efter introduktionsuddannelsen, tilrettelægges som blokansættelse,
- at introduktionsuddannelsen tilrettelægges som 1-årige reservelægeansættelser,
- at §14-kvalificeringen som hovedregel sker ved ansættelse i en fast stilling,
- at ansvaret for tilrettelæggelsen af turnus-, introduktions- og almen medicin-uddannelsen placeres hos de enkelte sygehuskommuner,
- at ansvaret for speciallægeuddannelsen udlægges til i alt 5 geografisk afgrænsede områder, hvor de enkelte sygehuskommuner samarbejder om uddannelsernes tilrettelæggelse,
- at der sker en intensivering af uddannelsesaktiviteten på de enkelte afdelinger gennem en kombination af blokansættelser og etablering af obligatoriske målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer samt gennem en løbende evaluering af den enkelte læges uddannelsesforløb,
- at ændringerne i videreuddannelsernes tilrettelæggelse gennemføres gradvist over en periode på enten 5 1/2 eller 8 1/2 år, og
- at der etableres midlertidige uddannelsesstilbud til de læger, der ikke vil kunne forvente at afslutte

den formaliserede videreuddannelse inden afviklingen af det nuværende uddannelsessystem er tilendebragt, og som typisk på grund af høj kandidatalder ikke vil kunne komme i betragtning ved besættelsen af stillinger i det nye uddannelsessystem.

Udvalgets forslag forudsætter ikke en udvidelse af antallet af læger ansat i sundhedssektoren. Udvalget finder, at forslagene vil kunne gennemføres inden for de eksisterende økonomiske rammer.

Endelig fremhæver udvalget sammenhængen mellem udvalgets forslag og faststillingsreformen og understreger behovet for, at der sker en koordinering af de to reformers gennemførelse.

2.2. Resumé af de enkelte kapitler.

I kapitel 3 beskrives de organisatoriske rammer for og indholdet i den formaliserede lægelige videreuddannelse som disse fremgår af uddannelsesbestemmelserne. Videreuddannelsen består af turnusuddannelsen, uddannelsen til alment praktiserende læge eller speciallæge samt af den yderligere kvalificering (§ 14-kvalificering), der normalt er en forudsætning for, at en speciallæge kan opnå ansættelse som overlæge.

Den lægelige videreuddannelse er præget af en række problemer, der kommer til udtryk ved, at det uddannelsesforløb, som den yngre læge konfronteres med, på væsentlige punkter adskiller sig fra de formelle uddannelseskrav. Der er her dels tale om problemer knyttet til de enkelte faser i videreuddannelsen og dels om problemer af mere generel og overordnet karakter.

Stillingsstrukturen i sundhedsvæsenet og den manglende balance mellem antallet af uddannelsessøgende læger og den eksisterende uddannelseskapacitet ("flaskehalsproblemet") er nogle af uddannelsessystemets største problemer.

Disse problemer kommer først og fremmest til udtryk ved, at den samlede varighed af videreuddannelsen er betydelig længere end angivet i uddannelsesbestemmelserne, samt

ved en forringet uddannelseskvalitet. Misforholdet mellem antallet af uddannelsessøgende læger og uddannelseskapa-
citeten har medført, at den erhvervskompetence, der er betinget af en afsluttet videreuddannelse opnås langt senere end nød-
vendigt, og at nogle læger slet ikke kan se frem til at af-
slutte en formaliseret videreuddannelse.

I kapitel 4 redegøres der for de forudsætninger, der ligger til grund for udvalgets forslag til model for tilret-
telæggelsen af den kliniske videreuddannelse. Disse forud-
sætninger følger til dels af udvalgets kommissorium, hvoraf det fremgår, at udvalget skal lægge til grund, at der gen-
nemføres en faststillingsreform i sygehusvæsenet. Udvalgets overvejelser skal endvidere tage udgangspunkt i en målsæt-
ning om, at varigheden af de samlede uddannelsesforløb ned-
bringes, uden at uddannelseskvaliteten af den grund forrin-
ges. Derudover forudsætter udvalget, at der etableres en ba-
lance mellem udbud og efterspørgsel efter lægelig arbejds-
kraft ved en regulering af kandidatproduktionen, og at alle
læger i en sådan balancesituation vil kunne uddannes til
speciallæger eller alment praktiserende læger.

Endelig er udvalgets forslag baseret på de gældende ud-
dannelsesregler, idet udvalget dog har fundet det nødvendigt
at anbefale, at der stilles krav om, at uddannelsen i gren-
specialerne som hovedregel først vil kunne påbegyndes efter
afsluttet uddannelse i et grundspeciale.

Udvalgets forslag til tilrettelæggelsen af den kliniske
videreuddannelse fremgår af kapitel 5. Der er tale om en
idealmode for et uddannelsessystem i balance, hvor antallet
af uddannelsesstillinger er tilpasset kandidatproduktionen
og efterspørgslen efter færdiguddannede læger. Udvalget fo-
reslår en udstrakt anvendelse af blokansættelser i den læge-
lige videreuddannelse. Ved blokansættelser forstår udvalget,
at en underordnet læge som led i et og samme ansættelsesfor-
hold gør tjeneste i flere stillinger efter hinanden på flere
afdelinger.

Indførelsen af blokansættelser vil først og fremmest
medføre, at videreuddannelsen vil kunne gennemføres langt
hurtigere end i dag.

Udvalget foreslår, at turnusuddannelsen, uddannelsen i almen medicin samt den del af speciallægeuddannelsen, der ligger efter introduktionsuddannelsen, hver for sig tilrettelægges som en samlet blokansættelse. Derimod har udvalget ikke fundet det hensigtsmæssigt at lade introduktionsuddannelsen indgå i en uddannelsesblok. Denne del af videreuddannelsen foreslås tilrettelagt som 1-årige reservelægeansættelser. § 14-kvalificeringen forudsættes som hovedregel opnået gennem ansættelse i fast stilling.

Gennemførelsen af udvalgets forslag forudsætter en klar og entydig opgave- og ansvarsplacering samt etablering af veldefinerede samarbejds mønstre mellem de involverede offentlige myndigheder. Udvalgets overvejelser herom fremgår af kapitel 6.

Ansvar for videreuddannelsernes indhold og dimensionering vil fortsat ligge hos de centrale sundhedsmyndigheder. Disse myndigheder fastsætter antallet af uddannelsesblokke m.m. i overensstemmelse med den forventede efterspørgsel samt godkender de uddannelsesblokke og stillinger, som oprettes på baggrund heraf. De centrale sundhedsmyndigheder foreslås i lovgivningen bemyndiget til at fastsætte uddannelsesblokkenes antal og geografiske fordeling. Det forudsættes, at denne kompetence udøves i et snævert samarbejde med sygehuskommunerne.

Ansvar for den praktiske tilrettelæggelse af videreuddannelserne bør så vidt muligt være de enkelte sygehuskommuners. Det foreslås derfor, at disse forestår tilrettelæggelsen af turnusuddannelsen, introduktionsuddannelsen samt uddannelsen i almen medicin. Betinget af kravene i uddannelsesbestemmelserne foreslår udvalget derudover, at der etableres et samarbejde mellem sygehuskommunerne i i alt 5 geografisk afgrænsede områder omkring speciallægeuddannelsernes praktiske tilrettelæggelse. Etableringen af et sådant samarbejde vil indebære fordele for alle sygehuskommuner og vil i sig selv være en forudsætning for, at der kan sikres en rimelig fordeling af uddannelsesblokkene.

Kapitel 7 handler om kvaliteten i den kliniske videreuddannelse. Udvalgets forslag til videreuddannelsernes tilrettelæggelse vil indebære, at uddannelsesstiderne nedbringes. Dermed forstærkes behovet for en betydelig intensiveret og mere målrettet uddannelsesaktivitet, hvor uddannelsen til gengæld skal koncentreres om færre læger og færre uddannelsesniveauer på de enkelte afdelinger. Udvalget foreslår derfor etablering af obligatoriske målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer, samt at der indføres en løbende evaluering af den enkelte læges uddannelsesforløb og afdelingernes uddannelsesvirksomhed.

I kapitel 8 beskrives, hvordan udvalgets forslag kan iværksættes. Den eksisterende uddannelseskapacitet er tilstrækkelig til at sikre gennemførelsen af udvalgets forslag. Der vil samtidig være tilstrækkelig kapacitet til særlige uddannelsesstilbud til den gruppe læger, der ikke vil blive uddannet efter det nye uddannelsessystem. Derudover vil et betydeligt antal stillinger kunne konverteres i forbindelse med faststillingsreformens gennemførelse.

Udvalget foreslår, at det nye uddannelsessystem indføres over en årrække og således, at der sker en sideløbende afvikling af det eksisterende uddannelsessystem. Udvalget fremlægger to eksempler på overgangsordninger, der strækker sig over 5 1/2 henholdsvis 8 1/2 år.

Udvalget foreslår, at der som led i overgangsordningen opstilles kriterier for adgangen til det nye uddannelsessystem.

Samtidig vil en del læger - den såkaldte restgruppe - blive afskåret fra at afslutte videreuddannelsen, indtil balancesituationen er opnået. Restgruppens uddannelsesproblemer omtales i kapitel 9. Udvalget foreslår, at Sundhedsstyrelsen, som ved tidligere ændringer af uddannelsesreglerne, gennemfører en dispensationsrunde for de læger, der tilnærmelsesvis opfylder kravene til videreuddannelsen.

Der er i udvalget enighed om, at der bør etableres midlertidige uddannelsesstilbud til restgruppen, men der er ikke enighed om disse tilbuds dimensionering og niveau. Udvalget

har på denne baggrund drøftet 2 modeller til løsning af restgruppens uddannelsesproblemer. Det ene alternativ indebærer, at alle læger i restgruppen skal have tilbudt en uddannelse svarende til uddannelsen til alment praktiserende læge eller speciallæge. Det andet alternativ indebærer, at der etableres midlertidige uddannelsestilbud, således at restgruppens læger kan opnå en uddannelse på mindst 60 måneder med tilhørende teoretisk kursus.

Udvalget har ikke afsluttet sine overvejelser om løsningen af restgruppens uddannelsesproblemer.

Kapitel 9 indeholder derudover en beskrivelse af, hvordan restgruppens uddannelse kan tilrettelægges. Endelig understreges også i denne sammenhæng betydningen af faststillingsreformens gennemførelse.

Afslutningsvis gives der i kapitel 10 en vurdering af de samlede økonomiske konsekvenser af udvalgets forslag. Det er udvalgets opfattelse, at delbetænkningens forslag vil kunne iværksættes inden for de eksisterende økonomiske rammer .

Kapitel 3. Problemerne i den lægelige videreuddannelse.

3.1. Indledning.

Den formaliserede lægelige videreuddannelse er en praktisk klinisk uddannelse suppleret med teoretiske kurser. Den kliniske uddannelse foregår altovervejende under lægernes ansættelse i lægestillinger på sygehusene. Uddannelsen består dels af en turnusuddannelse, som fører til tilladelse til selvstændigt virke som læge, dels af uddannelsen til alment praktiserende læge eller speciallæge.

Til den lægelige videreuddannelse regnes almindeligvis også den yderligere uddannelse, som i praksis er forudsætningen for, at en speciallæge kan findes kvalificeret til en stilling som overlæge ("§14-kvalifikation").

Den formaliserede videreuddannelse suppleres af efteruddannelse i form af bl.a. selvstudium, forskning og deltagelse i kongresser og kurser. Efteruddannelsen tjener først og fremmest det formål at ajourføre lægens viden.

Udvalget har ikke analyseret yngre lægers efteruddannelse.

Den kliniske videreuddannelse finder overvejende sted under ansættelser i reservelægestillinger og 1. reservelægestillinger i sygehusvæsenet og i praksisreservelægestillinger og praksisamanuensisstillinger i almen praksis.

Den teoretiske videreuddannelse består af en række kurser. I uddannelsen til alment praktiserende læge finder den teoretiske uddannelse sted i løbet af den kliniske uddannelse, men uafhængigt af denne. I speciallægeuddannelserne finder den teoretiske uddannelse almindeligvis sted under ansættelse i undervisningsstilling.

3.2. Organisatoriske forhold.

3.2.1. De centrale sundhedsmyndigheder.

De centrale sundhedsmyndigheder har det overordnede ansvar for den lægelige videreuddannelse og fastsætter de overordnede krav til indholdet i og dimensioneringen og tilrettelæggelsen af videreuddannelserne.

Det konkrete ansvar for den kliniske videreuddannelse er henlagt dels til de enkelte sygehusafdelinger og dels til den enkelte læge.

De centrale myndigheder påser i forbindelse med udstedelsen af autorisationer og tilladelser, at de formelle uddannelseskrav er opfyldt.

Sundhedsministeriet rådgives i videreuddannelsesspørgsmål af Sundhedsstyrelsen, Specialistnævnet og Det Centrale Råd for Lægers Videreuddannelse.

3.2.2. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen meddeler i henhold til lægeloven den medicinske kandidat autorisation som læge og til den læge, som har gennemgået turnusuddannelsen, tilladelse til selvstændigt virke som læge. Derudover meddeler Sundhedsstyrelsen, efter indstilling fra Specialistnævnet, tilladelse til at betegne sig speciallæge og alment praktiserende læge.

Sundhedsstyrelsen kan efter indstilling fra Specialistnævnet fravige de uddannelseskrav, som Sundhedsministeriet har fastsat for uddannelsen til speciallæge og alment praktiserende læge. Dette kan ske, såfremt lægen har gennemgået en anden uddannelse, der skønnes at kunne opfylde Sundhedsministeriets krav.

Sundhedsstyrelsen har nedsat et centralt turnusudvalg til at rådgive Sundhedsstyrelsen vedrørende administrationen af turnusordningen. I alle andre spørgsmål af uddannelsesmæssig karakter i speciallægeuddannelsen og uddannelsen til alment praktiserende læge, er det Specialistnævnet, der er Sundhedsstyrelsens rådgiver.

Sundhedsstyrelsen har anmodet de lægevidenskabelige selskaber indenfor de anerkendte specialer om at udpege hvert et uddannelsesudvalg med henblik på tilrettelæggelsen af den teoretiske videreuddannelse. En kursusleder har over for Sundhedsstyrelsen ansvaret for gennemførelsen af det teoretiske kursus inden for hvert speciale.

Endelig har Sundhedsstyrelsen bedt sygehuskommunerne om, at der på alle lands- og landsdelsafdelinger med undervisningsstillinger udpeges en postgraduat klinisk tutor til at vejlede de læger, som er i undervisningsstillinger.

3.2.3. Specialistnævnet.

Specialistnævnets sammensætning fastsættes af sundhedsministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Nævnet har for øjeblikket 16 medlemmer med repræsentanter fra Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Undervisningsministeriet, de lægevidenskabelige fakulteter, Amtsrådsforeningen i Danmark, Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Københavns og Frederiksberg kommuner samt Den Almindelige Danske Lægeforening.

En af specialistnævnets hovedopgaver er i henhold til lægeloven gennem Sundhedsstyrelsen at indstille til sundhedsministeren, hvilke specialer, der skal være anerkendte i landet.

Nævnet rådgiver endvidere Sundhedsstyrelsen i sager om at opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge samt om kursusadministration, udarbejdelse og godkendelse af kursusprogrammer, etablering af blokansættelser og kliniske uddannelsesprogrammer i de forskellige dele af videreuddannelsen. Nævnet udarbejder derudover en fortegnelse over afdelinger og praksis, hvor den kliniske videreuddannelse kan finde sted (klassifikationslisten).

3.2.4. Det Centrale Råd for Lægers Videreuddannelse.

Rådet består af 18 medlemmer med repræsentanter fra Undervisnings-, Social-, Finans- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Specialistnævnet, Amtsrådsforeningen i Danmark, Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Københavns og Frederiksberg kommuner og Den Almindelige Danske Lægeforening.

Rådet har til opgave at rådgive sundhedsministeren i spørgsmål om lægers uddannelse, herunder især om lægers kliniske og teoretiske videreuddannelse efter kandidateksamen. I den forbindelse skal Rådet følge udviklingen inden for alle lægelige funktioner i sundhedsvæsenet.

Rådet skal udtale sig om indstillinger fra Sundhedsstyrelsen om, inden for hvilke grene af lægevidenskaben læger kan opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge og herunder om betingelserne herfor.

Endvidere skal Rådet udarbejde forslag til retningslinier for opbygningen af lægestabene på sygehusenes forskellige afdelinger, og herunder eventuelt udarbejde forslag til nye stillingstyper. Derudover har Det Centrale Råd opgaver i relation til dimensioneringen af det lægelige videreuddannelsessystem og en række andre spørgsmål.

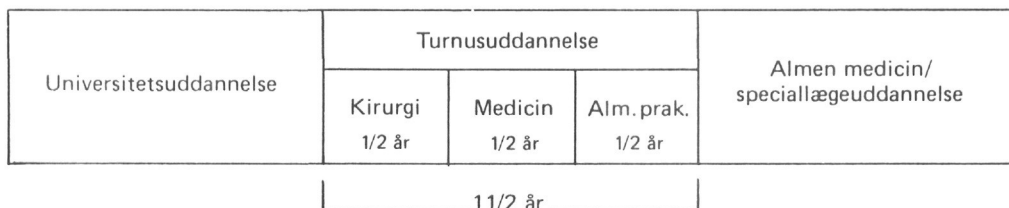
3.3. Den formaliserede videreuddannelse.

Den formaliserede videreuddannelse består af turnusuddannelsen, og uddannelsen til alment praktiserende læge eller speciallæge. Desuden forudsætter ansættelse som overlæge ved sygehusvæsenet, at der efter den formaliserede uddannelse sker en yderligere kvalificering (§ 14-kvalificering), som også beskrives i dette afsnit.

3.3.1. Turnusuddannelsen.

Den første del af den formaliserede videreuddannelse består af 18 måneders klinisk uddannelse til selvstændigt virke som læge (turnusuddannelsen). Uddannelsens indhold er fastsat i Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 551 af 25. november 1976 om uddannelse til selvstændigt virke som læge, der senest er ændret ved bekendtgørelse nr. 512 af 24. november 1980.

Denne uddannelse tilbydes alle læger snarest muligt efter kandidateksamen. Uddannelsen består af 6 måneders ansættelse på en intern medicinsk afdeling, 6 måneders ansættelse på en kirurgisk afdeling og 6 måneders ansættelse som praksisreservelæge eller, i det omfang dette ikke er muligt, yderligere 6 måneders ansættelse på en klinisk sygehusafdeling. Uddannelsen tilbydes i et vist omfang som en blokan sættelse, som omfatter hele uddannelsesforløbet.



Figur 1

Turnusuddannelsens formål er at give de nyuddannede læger en basal indføring i det kliniske arbejde i kirurgi og medicin og i almen praksis. Uddannelsen tjener desuden til at give den uddannelsessøgende et grundlag for valg af speciallægeuddannelse eller uddannelse i almen medicin.

Turnusuddannelsen er "første del" af såvel uddannelsen til alment praktiserende læge som til speciallæge.

3.3.2. Uddannelsen i almen medicin.

Bestemmelserne vedrørende uddannelse af alment praktiserende læger er fastsat i Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 324 af 2. juni 1982.

Uddannelsen til alment praktiserende læge består af 3 1/2 års klinisk uddannelse samt et teoretisk kursus på 150 timer. I uddannelsen, der inklusive turnusuddannelsen er på 5 år, skal indgå

- 12 måneders ansættelse som praksisreservelæge og/eller
praksisamanuensis,
- 18 måneders ansættelse på intern medicinske afdelinger,
- 12 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling,
6 måneders ansættelse på gynækologisk/obstetrisk afdeling,
- 3 måneders ansættelse på psykiatrisk afdeling og
9 måneders ansættelse på valgfri klinisk afdeling.

Af ansættelsen i almen praksis skal mindst 6 måneder udgøres af ansættelse som praksisamanuensis, og disse 6 måneder skal være placeret sidst i uddannelsesforløbet. En del af ansættelsen på intern medicinske afdelinger og på kirurgiske afdelinger kan erstattes af ansættelse på afdelinger inden for tilgrænsende specialer.

Turnus	Uddannelsen til alment praktiserende læge					
	Kirurgi	Medicin	Gyn./obstr.	Psyk.	Valgfri klin.	Almen praksis
1 1/2 år	1/2 år	1 år	1/2 år	3 mdr.	9 mdr.	1/2 år

5 år

+ 150 timers obligatorisk kursus

Figur 2

Det er uddannelsens formål, at den vordende alment praktiserende læge gennem sit uddannelsesforløb skal opnå indsigt i det kliniske arbejde på sygehusene og gerne i de mest alment orienterede specialer. Derudover er det hensigten, at lægen under en erfaren alment praktiserende læges vejledning skal opnå erfaring i arbejdet i almen praksis.

Efter at have gennemgået uddannelsen får den uddannelsessøgende tilladelse til at betegne sig som alment praktiserende læge.

3.3.3. Speciallægeuddannelserne.

Speciallægeuddannelse kan gennemføres inden for 20 grundspecialer og 19 grenspecialer. Uddannelsens opbygning er afhængig af specialet, men følger i de fleste specialer det mønster, som er beskrevet nedenfor. Kravene til uddannelsen i de enkelte specialer er fastsat i Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 463 af 26. juni 1987 om speciallæger og i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 496 af 30. juni 1987 om uddannelse af speciallæger.

Speciallægeuddannelserne påbegyndes efter afsluttet turnusuddannelse og omfatter en praktisk-klinisk uddannelse af 4,5 - 7 års varighed samt teoretiske kurser. I de fleste specialer er den kliniske uddannelse opdelt i 3 faser.

Fase 1 (introduktionsuddannelsen) består af 1-2 års ansættelse som reservelæge ved en afdeling, som kan give den uddannelsessøgende en bred indføring i specialets arbejdsområde.

Fase 2 (undervisningsstillingen) består af 1-2,5 års ansættelse i en særlig reservelægestilling. Den uddannelsessøgende skal i denne fase opøves i selvstændigt at diagnosticere og behandle de i specialet almindeligt forekommende sygdomme, opnå kendskab til diagnosticering og behandling af de mere sjældent forekommende sygdomme og til specialets forskningsområde. Undervisningsstillingerne er placeret ved lands- eller landsdelssygehuse.

Fase 3 (1. reservelægeansættelsen) består i grundspeci-alerne af 1,5 års ansættelse som 1. reservelæge ved en afdeling med et bredt patientgrundlag af tilstrækkelig størrelse. I grenspeci-alerne består fase 3 almindeligvis af 2-3 års ansættelse som 1. reservelæge ved en grenspecialiseret afdeling og 1/2-1 års ansættelse ved et laboratorium inden for specialet eller et tilgrænsende speciale. I denne fase skal den uddannelsessøgende opnå rutine i selvstændigt at undersøge og behandle også mindre almindeligt forekommende sygdomme og i at udføre mere komplicerede undersøgelser og behandlinger.

Ud over de beskrevne 3 faser omfatter en del af speci-allægeuddannelserne en supplerende ansættelse af 6-12 måneders varighed i et tilgrænsende speciale. Formålet med denne supplerende uddannelse er at give den uddannelsessøgende kendskab til sygdomsbilleder og undersøgelses- eller behandlingsmetoder, som kan være af betydning for lægens funktion i vedkommendes eget speciale. Den supplerende uddannelse er som hovedregel placeret før fase 3.

Speciallægeuddannelse (grundspeciale)

Turnus	Introduktionsfase	Underv.stilling	Evt.suppl. uddannelse	1.reservelæge-uddannelse
1 1/2 år	1-2 år	1-2 1/2 år	0-2 år	1 1/2 år
6-7 år				

+Teoretisk kursus

Figur 3

Speciallægeuddannelse (grenspeciale)

Turnus	Introduktionsfase	Underv.stilling suppl.uddannelse	Evt. suppl. uddannelse	1.reservelæge-uddannelse
1 1/2 år	1-2 år	1-2 1/2 år	0-1 år	2-3 år
8-8 1/2 år				

+Teoretisk kursus

Figur 4

Efter afsluttet speciallægeuddannelse får den uddannelsessøgende tilladelse til at betegne sig som speciallæge.

3.3.4. §14-kvalificering.

Det fremgår af lægelovens §14, at der - forinden en stilling som ledende læge ved et sygehus eller anden større helbredsinstitution besættes - skal indhentes en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen om, hvilke ansøgere, der er kvalificerede til den pågældende stilling. Forinden denne udtalelse afgives, indhenter Sundhedsstyrelsen en sagkyndig vurdering af ansøgerens kvalifikationer. Til at afgive denne vurdering vælger hvert af de lægevidenskabelige selskaber for 4 år ad gangen et råd på 3 medlemmer ("§14-råd") .

Sundhedsstyrelsen har i november 1980 udgivet en vejledning for de lægevidenskabelige §14-råd.

Det fremgår af §14-rådernes praksis, at der for at opnå betegnelsen "kvalificeret" til en overlægestilling som hovedregel kræves 3-4 års ansættelse i en 1. reservelægestilling efter afsluttet undervisningsstilling.

De ansættende myndigheder er ikke bundet af §14-vurderingen, men man ansætter almindeligvis kun læger, som af Sundhedsstyrelsen er bedømt som kvalificerede til stillingen.

Der er tale om en vurdering af konkrete ansøgere til en konkret stilling, og der lægges i bedømmelsen vægt på såvel de uddannelsesmæssige forhold som ansøgerens videnskabelige produktion og erfaring i administration og undervisning.

3.4. Beskrivelse af den reelle uddannelsessituation.

Det formelle uddannelsessystem adskiller sig på væsentlige punkter fra det uddannelsesforløb, den enkelte yngre læge reelt konfronteres med.

I det følgende beskrives den reelle uddannelsessituation og de problemer, der er karakteristiske for de enkelte faser i videreuddannelsen.

3.4.1. Turnusuddannelsen.

Turnusuddannelsen blev etableret i 1976, dels med de under 3.3.1. beskrevne formål, dels for at sikre, at alle læger kunne opnå tilladelse til selvstændigt virke som læge og dermed mulighed for at opnå ansættelse i underordnede stillinger på sygehuse i andre EF-lande.

Ved turnusuddannelsens etablering blev det besluttet at tilbyde såvel alle nyuddannede læger som alle de læger, der ikke havde en formaliseret videreuddannelse, 1/2 års ansættelse på en medicinsk afdeling og 1/2 års ansættelse på en kirurgisk afdeling, i det omfang, de pågældende ikke tidligere havde haft sådanne ansættelser.

Selvom der blev inddraget ca. 275 stillinger på medicinske afdelinger og ca. 275 stillinger på kirurgiske afdelinger til turnusuddannelsen, måtte der fra begyndelsen e-

tableres et ventelistesystem baseret på kandidatalder. Lægerne fik herefter tildelt 6 måneders kirurgi respektive 6 måneders medicin efterhånden som turnusstillingerne blev ledige.

Ordningen blev ændret i 1984, fordi ventelisterne på dette tidspunkt var blevet meget uensartede, idet der var sket en betydelig ophobning af ansøgere omkring universitetsbyerne. I den nuværende ordning fordeles lægerne til sygehuskommunerne efter et kombineret lodtræknings- og selvvalgssystem. Systemet sikrer, at alle turnusstillinger udnyttes over hele landet, og at ventelisterne i et vist omfang udjævnes.

Der er fortsat op til 1 års ventetid på en ansættelse i en kirurgisk turnusstilling, og 1/2 - 1 1/2 års ventetid på en ansættelse i en medicinsk turnusstilling. Ventetiden varierer dog fortsat mellem de forskellige sygehuskommuner, og enkelte steder kan man tilbyde en del af turnusuddannelsen hurtigt efter kandidateksamen. Enkelte sygehuskommuner tilbyder turnusuddannelsen delvist som en blokansættelse.

Det forhold, at der siden ordningens etablering har været mangel på turnusstillinger har medført, at man også har måttet oprette turnusstillinger på grenspecialiserede kirurgiske og medicinske afdelinger. Det har derfor ikke i alle tilfælde været muligt at opfylde intentionen om at give lægerne en bred basisuddannelse.

Der eksisterede ingen praksisreservelægestillinger ved turnusordningens etablering. De første stillinger blev oprettet i 1983, og der findes endnu kun ca. 135 praksisreservelægestillinger, hvilket ikke er tilstrækkeligt til at opfylde ønsket om, at alle læger i starten af deres videreuddannelse får 1/2 års ansættelse i almen praksis.

Ventetiderne til turnusstillingerne har forårsaget, at det ikke har været muligt at fastholde ønsket om, at turnusuddannelsen skal være afsluttet, inden den øvrige del af videreuddannelsen påbegyndes, men der synes nu at være udsigt til, at turnusuddannelsen vil komme til at fungere efter hensigten. De eksisterende problemer har været drøftet i Det Sundhedspolitiske Kontaktudvalg, og sundhedsministeren

har på denne baggrund opfordret sygehuskommunerne til, at der fra 1. januar 1989 etableres i alt 200 praksisreservelægestillinger. Samtidig er finansieringsforholdene blevet afklaret. Fra 1. januar 1991 vil det være muligt at tilbyde alle nye kandidater en regelret turnusuddannelse, kort efter eksamen, idet det forventes, at ventelisterne på det tidspunkt er afviklet.

3.4.2. Uddannelsen i almen medicin.

Sygehusdelen af uddannelsen til alment praktiserende læge er præget af de problemer, der er opstået som følge af det store misforhold mellem antallet af uddannelsessøgende og den eksisterende uddannelseskapacitet, der nærmere er beskrevet i afsnit 3.5.2. Det er ofte vanskeligt at opnå de nødvendige ansættelser navnlig inden for psykiatri og gynækologi/obstetrik, hvilket har medvirket til at forlænge uddannelsen. 4 steder i landet har man gennem blokansættelser i sygehusdelen af almen praksisuddannelsen søgt at modvirke en sådan forlængelse.

Det har vist sig vanskeligt at give sygehusdelen af uddannelsen i almen medicin et særligt indhold, der er rettet mod en kommende funktion i almen praksis, og der er i et forsøg på at afhjælpe dette udarbejdet en målbeskrivelse for denne del af uddannelsen. Det har dog endnu ikke medført, at uddannelsen har fået det ønskede indhold og den tilsigtede sammenhæng. Dette forhold har indtil videre næppe betydet noget for uddannelsens kvalitet, idet den meget lange, faktiske uddannelsestid har gjort det muligt for de uddannelsessøgende at tilegne sig den nødvendige viden og kunnen.

Almen praksis-delen af uddannelsen og de teoretiske kurser har været præget af betydelige kapacitetsproblemer. Med etableringen af praksisreservelægestillingerne i 1983 og praksisamanuensisstillingerne i 1984 har det principielt været muligt at opfylde kravet om 1 års ansættelse i almen praksis som et led i uddannelsen til praktiserende læge. De i afsnit 3.4.1. omtalte kapacitetsproblemer har imidlertid medført, at det ikke i praksis har været muligt at opfylde dette krav, og mange yngre læger er kommet langt i deres ud-

dannelse i almen medicin uden at have opnået ansættelse i praksisreservelægestilling. En del har endog haft ansættelse som praksisamanuensis. Problemet forstærkes af, at de ca. 75 praksisamanuensisstillinger, som hidtil er blevet etableret, ikke har været tilstrækkeligt til at dække efterspørgslen. Finansieringsforholdene for disse stillinger er endnu ikke endeligt lagt fast.

Manglen på uddannelsesstillinger i almen praksis har medført, at mange yngre læger har søgt at gennemføre en del af praksisuddannelsen i Sverige. På grund af forskellene mellem de to sundhedsvæseners opbygning - herunder primærsektorens funktion - stilles der imidlertid krav om, at mindst 1/2 år af uddannelsestiden i almen praksis skal gennemføres i Danmark.

3.4.3. Uddannelsen til speciallæge.

3.4.3.1. Introduktionsuddannelsen.

Introduktionsuddannelsen, der udgør fase 1 af speciallægeuddannelsen, skulle principielt påbegyndes efter afsluttet turnusuddannelse, men denne tidsmæssige sammenhæng kan sjældent realiseres.

Dette skyldes først og fremmest, at mange yngre læger, på grund af vanskeligheder med at få en turnusstilling, søger ansættelse i kortere eller længerevarende vikariater, der senere kan indgå som en del af introduktionsuddannelsen. Introduktionsuddannelsen påbegyndes således oftest, inden turnusuddannelsen er afsluttet.

Samtidig må man generelt betegne den tid, som den enkelte yngre læge i dag må påregne at være ansat i reservelægestilling ud over introduktionsuddannelsen som alt for lang, hvilket skyldes de betydelige vanskeligheder, der er forbundet med at opnå en undervisningsstilling.

De gældende uddannelsesklassifikationer gør det muligt at opnå dele af introduktionsuddannelsen på grenspecialiserede afdelinger, hvilket ikke er hensigtsmæssigt, hvis formålet med uddannelsen skal tilgodeses.

3»4.3.2. Uddannelse i undervisningsstilling.

Det er iflg. uddannelsesbestemmelserne hensigten, at ansættelse i undervisningsstilling skal finde sted ca. 4 år efter bestået kandidateksamen.

I løbet af de seneste 10 - 15 år er kandidatalderen for de læger, der ansættes i undervisningsstilling, imidlertid steget til ca. 9 år.

I løbet af de seneste 2 - 3 år har der vist sig en svag tendens til faldende kandidatalder ved ansættelse i undervisningsstilling, fordi ældre kandidater nu, alene på grund af høj kandidatalder, ikke kan opnå ansættelse i en undervisningsstilling og derfor reelt er afskåret fra at gennemføre en speciallægeuddannelse. Antallet af undervisningsstillinger er langt mindre end efterspørgslen, hvilket har ført til de i afsnit 3.5.2. beskrevne problemer.

Det er i uddannelsesbestemmelserne forudsat, at den uddannelsessøgende læge under ansættelse i en undervisningsstilling, gennemgår et intensivt klinisk uddannelsesprogram under vejledning af en postgraduat klinisk tutor. Uddannelsen har dog ofte ikke den ønskede kvalitet, og den postgraduate kliniske tutorfunktion fungerer kun i begrænset omfang.

3.4.3.3. Den supplerende uddannelse (sideuddannelsen).

Indenfor mange af speciallægeuddannelserne kræves en supplerende ansættelse af 6 - 12 måneder varighed inden for et tilgrænsende speciale. Denne ansættelse skal ifølge Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse som hovedregel finde sted før ansættelse som 1. reservelæge.

Den supplerende uddannelse gennemgås oftest inden ansættelse i undervisningsstilling, fordi det inden for enkelte specialer er en formel og inden for andre en reel betingelse for at få ansættelse i en undervisningsstilling.

3.4.3.4. Ansættelse i 1. reservelægestilling.

Den sidste fase af speciallægeuddannelsen består af ansættelse som 1. reservelæge. Der er på alle større sygehuse klassificeret så mange 1. reservelægestillinger, at denne

del af videreuddannelsen kun undtagelsesvis er vanskelig at opnå.

På grund af det store antal 1. reservelægestillinger, der er klassificeret som uddannelsesstillinger, er der fra flere sider givet udtryk for, at ansættelsen i en sådan stilling ikke automatisk indebærer, at den uddannelsessøgende opnår den intensive, praktiske træning, som er henlagt til denne uddannelsesfase.

3.4.3.5. § 14-kvalificering.

En færdiguddannet speciallæge har behov for en yderligere 1. reservelægeansættelse for at kvalificere sig til ansættelse i en overlægestilling, jf. afsnit 3.3.4.

De krav, der stilles til § 14-kvalificering, opfyldes ved ansættelse på relevante afdelinger på hovedsygehusene eller lands- og landsdelssygehusene.

3.5. Videreuddannelsens hovedproblemer.

I afsnit 3.4. er den reelle uddannelsessituation og de vilkår, der er karakteristiske for videreuddannelsens enkelte faser beskrevet. I dette afsnit beskrives de hovedproblemer i videreuddannelsens praktiske gennemførelse, der ikke er knyttet til de enkelte faser.

3.5.1 . Stillingsstruktur-problemet.

Ved stillingsstrukturen forstås her forholdet mellem tidsubegrænsede og tidsbegrænsede lægestillinger i sundhedsvæsenet. Den nuværende stillingsstruktur udgør et af uddannelsessystemets - og sygehusvæsenets - største problemer.

I løbet af 70'erne og begyndelsen af 80'erne skete der en kraftig vækst i antallet af lægestillinger. Udviklingen kulminerede med en tilpasning af yngre lægers overenskomst til arbejdsmiljølovens krav og ændringerne i yngre lægers arbejdstid i 1981. Fra et forhold på 2:1 mellem overlæger/læger i praksis og læger under videreuddannelse blev det nu 1:1, fordi væksten hovedsagelig skete i tidsbegrænsede stillinger på sygehusene. På de intern medicinske, kirurgiske og ortopædkirurgiske afdelinger er der i dag i gennemsnit en

overlæge for hver 5-6 yngre læger, hvilket er for få faste stillinger i forhold til antallet af uddannelsesstillinger.

For yngre læger betyder den eksisterende stillingsstruktur, at de i op til halvdelen af deres erhvervsaktive karriere skal skifte mellem tidsbegrænsede stillinger, af en varighed fra få måneder til maksimalt 5 år, og at mange slet ikke kan forvente at opnå ansættelse i en tidsubegrænset stilling.

Den eksisterende stillingsstruktur medfører endvidere en begrænset supervision af den enkelte yngre læges arbejde. Denne udvikling er alvorlig for kvaliteten i en lægelig videreuddannelse, som i høj grad er baseret på det såkaldte mesterlæreprincip, hvilket forudsætter en intensiv supervision i det daglige kliniske arbejde. Væsentlige elementer i denne mesterlære er truet eller helt bortfaldet, således at det efterhånden er en sjældenhed, at den såkaldte "bed-side-undervisning" fungerer tilfredsstillende.

Hertil kommer, at indførelse af de nye arbejdstids- og arbejdsmiljøregler m.v. har betydet, at de uddannelsessøgende læger på vagtbelastede afdelinger har en stærkt reduceret tilstedeværelsestid på afdelingerne. Hermed er muligheden for tilrettelæggelse af konferencer med uddannelsesindhold, undervisningsstuegange o.l. for alle relevante yngre læger vanskeliggjort inden for arbejdstiden.

I en situation med få overlæger i forhold til mange uddannelsessøgende læger, der ofte er ansat på afdelingen i relativ kort tid, har mange overlæger fundet sig nødsaget til at nedprioritere og undertiden opgive en systematiseret videreuddannelse af de yngre læger på afdelingen. Dette problem er mest udtalt de steder, hvor den enkelte afdeling skal uddanne læger på mange forskellige niveauer.

Mange af de færdiguddannede speciallæger forbliver i 1. reservelægestillinger på især lands- og landsdelssygehusafdelinger for på disse afdelinger at opfylde de krav, der stilles til § 14-kvalificeringen. Dette medfører, dels at der mangler kvalificerede læger på en række mindre og mellemstore sygehuse, og dels at en række uddannelsesstillinger på især lands- og landsdelsafdelingerne vedvarende er besat

med færdiguddannede speciallæger. Dette forhold er medvirkende til at blokere for gennemstrømningen i uddannelsessystemet.

For øjeblikket er der ca. 500 yngre læger, der har afsluttet deres videreuddannelse i almen medicin, og ca. 1200, der har afsluttet deres speciallægeuddannelse, men som stadig er ansat i tidsbegrænsede stillinger. Disse læger er ofte placeret uhensigtsmæssigt i forhold til den videreuddannelse, de har fået, og i forhold til ressourceudnyttelsen i sundhedsvæsenet.

Danske læger har i vid udstrækning søgt ansættelser i udlandet, først og fremmest i Sverige. Det drejer sig dels om læger, som søger til udlandet for at opnå de ansættelser, der er nødvendige for at opnå en formaliseret videreuddannelse, og dels om færdiguddannede læger, som på grund af manglen på tidsbegrænsede stillinger i Danmark opnår ansættelse som speciallæge eller alment praktiserende læge i udlandet. Ved den sidste lægetælling i november 1986 var der 2.263 danske læger beskæftiget i udlandet. Det svarer til 13% af de erhvervsaktive læger. Andelen er gennem 1970'erne steget fra 10% til 13% og har i de senere år været nogenlunde konstant.

3.5.2. "Flaskehals-problemet"

Et centralt problem i den lægelige videreuddannelse er den manglende balance mellem antallet af uddannelsessøgende læger og den eksisterende uddannelseskapacitet. Dette problem benævnes i det følgende "flaskehals-problemet".

Siden begyndelsen af 70'erne har der været tiltagende flaskehals-problemer i uddannelsessystemet. Dette skyldes, at væksten i antallet af uddannelsessøgende læger har været større end væksten i antallet af undervisningsstillinger, praksisreservelægestillinger og praksisamanuensisstillinger. Der er derfor et betydeligt antal læger, der ikke har kunnet opnå ansættelse i disse stillinger.

Mange nyuddannede kandidater indleder deres erhvervsaktive karriere i kortvarige vikariater af mindre relevans for deres fremtidige uddannelse. Senere i uddannelsesforløbet

søges vikariater især af de læger, der venter på ansættelse i en undervisningsstilling eller en amanuensesstilling. Der var i januar 1987 således knapt 1.200 yngre læger ansat i vikariater.

Den erhvervskompetence, der er betinget af, at videreuddannelsen er afsluttet, opnås derfor langt senere end egentlig nødvendigt og ønskeligt eller måske slet ikke. Det langvarige og ofte fragmenterede ansættelsesforløb kan medføre, at kvaliteten af den samlede videreuddannelse og dermed den reelt opnåede erhvervskompetence bliver dårligere end tilsigtet.

Det store antal læger, som søger speciallægeuddannelse gør det vanskeligt at udvælge lægerne til undervisningsstillingerne, fordi alle ansøgere til overmål opfylder alle formelle kvalifikationskrav. Det store antal ansøgere til den enkelte undervisningsstilling medfører derfor, at videnskabeligt arbejde tillægges en stigende vægt ved besættelsen af disse stillinger. Videnskabelig aktivitet er selvfølgelig en nødvendighed for faget og anses derfor som en kvalifikation i det lægelige videreuddannelsessystem, men har i denne forbindelse ofte et omfang, der må anses for irrelevant.

Da videnskabeligt arbejde alt andet lige er lettere at gennemføre ved lands- og landsdelssygehuse end ved øvrige sygehuse, favoriseres læger fra lands- og landsdelssygehuse ved besættelse af undervisningsstillinger. Det at være ansat på et lands- og landsdelssygehus er i øvrigt i sig selv en kvalifikation ved besættelse af undervisningsstilling og betyder derfor en yderligere tilskyndelse for de yngre læger til at søge ansættelse der.

Klinisk kunnen og praktiske færdigheder er imidlertid en nok så nødvendig forudsætning for et veldrevet sygehusvæsen, men disse egenskaber er vanskelige at måle og tæller ikke i samme grad som videnskabelig aktivitet. Derfor er yngre læger, som uddanner sig til speciallæge, ikke i samme grad motiverede for at søge ansættelse på mindre og mellemstore sygehuse, selvom mulighederne for at opnå klinisk kunnen og praktiske færdigheder formentlig er større end på lands- og landsdelssygehusene.

De nævnte forhold indebærer endvidere, at yngre lægers tilskyndelse til at deltage i afdelingernes daglige, kliniske arbejde og i undervisning af yngre kolleger, begrænses til fordel for ønsket om at deltage i afdelingens videnskabelige aktiviteter.

Det kan konstateres, at det for de yngre læger bliver stadigt vanskeligere at gennemføre en kompetencegivende uddannelse, hvilket viser sig ved, at

kandidataldderen ved ansættelse i praksisamanuensisstilling og undervisningsstilling er betydeligt højere end tilsigtet,

den samlede varighed af videreuddannelsen er betydelig længere end angivet i uddannelsesbestemmelserne og

et stadigt stigende antal yngre læger ikke har haft og ikke kan forvente at få mulighed for at gennemgå en formaliseret videreuddannelse.

3.5.3. Klassifikations-problemet.

Som omtalt i afsnit 3.2.3. er de enkelte sygehusafdelinger af Sundhedsstyrelsen godkendte ("klassificerede") til at varetage forskellige dele af speciallægeuddannelsen og almen praksisuddannelsen. Afdelingsklassifikation foretages på baggrund af en vurdering af størrelse, specialiseringsgrad, antallet af overlæger på afdelingen m.m. Undtaget fra afdelingsklassifikationen er turnusstillingerne og undervisningsstillingerne, hvor godkendelserne er knyttede til de enkelte stillinger på afdelingen.

Hensigten med klassifikationssystemet er at sikre, at yngre læger, som ansættes på en given afdeling, får en uddannelse, der svarer til det uddannelsesmæssige formål med den pågældende ansættelse, som det er beskrevet i uddannelsesbestemmelserne.

De faktorer, der indgår i klassifikationsgrundlaget, giver dog ikke reel garanti for, at den pågældende afdeling kan eller vil give den uddannelsessøgende den uddannelse,

som klassifikationssystemet forudsætter. Dette skyldes, at flere af de væsentlige faktorer, som har betydning for afdelingernes egnethed for at give en god uddannelse, ikke eller i helt utilstrækkeligt omfang indgår i klassifikationsgrundlaget. Den væsentligste af disse manglende faktorer er veltilrettelagte obligatoriske uddannelsesprogrammer, der er baseret på målbeskrivelser for det pågældende uddannelseselement. Af andre manglende faktorer kan nævnes afdelingens arbejdstilrettelæggelse, stabsstruktur og normering i forhold til arbejdsomængden. Dette indebærer, at mange af afdelingerne har svært ved at leve op til de uddannelsesforpligtelser, som følger af klassifikationen.

For nogle uddannelseselementers vedkommende er det endvidere et problem, at en række afdelinger er klassificerede til at varetage uddannelse, som afdelingen bl.a. på grund af patientsammensætning og specialiseringsgrad er mindre egnet til. Det er således tvivlsomt, om det er hensigtsmæssigt, at nogle grenspecialiserede afdelinger inden for specialerne medicin og kirurgi er klassificerede til at varetage introduktionsuddannelse og turnusuddannelse, jf. også foran afsnit 3.5.1.

Klassifikationssystemet indebærer, at alle reservelægestillinger ved en afdeling, bortset fra turnusstillinger og undervisningsstillinger, er ens klassificerede. Da ansøgere til reservelægestillinger oftest ikke angiver deres uddannelsesmål, kan det være et problem, at for mange af en afdelings reservelægestillinger på et givet tidspunkt er besat med læger, som har behov for samme uddannelseselement. Når for mange læger skal lære de samme undersøgelses- og behandlingsprocedurer på én gang, kan et patientgrundlag og en uddannelseskapacitet, som under normale forhold er tilstrækkelig, i sådanne perioder føre til nedsat uddannelseskvalitet. Eksempelvis kan antallet af operationer, som udføres på afdelingerne være utilstrækkeligt til, at alle uddannelsessøgende læger kan opnå de ønskede færdigheder eller opøve den fornødne rutine.

Det er også et problem, hvis der på afdelingen befinder

sig et større antal reservelæger med et behov for uddannelse på meget forskellige niveauer.

Yngre læger søger af hensyn til deres videre karriere ansættelse på de afdelinger, som er højt klassificerede. I et forsøg på at forbedre rekrutteringsmulighederne, har såvel overlægerne som sygehuskommunerne derfor set en interesse i at opnå den højst mulige klassifikation af deres afdelinger. Denne interesse fører til en klassifikations-"inflation".

Da afdelinger på de store sygehuse oftest har nemmere ved at opnå en høj klassifikation end afdelinger på de små sygehuse, kan der opstå en geografisk skæv fordeling af kvalificerede yngre læger.

3.5.4. Patient/læge ratio-problemet.

En væsentlig forudsætning for, at den kliniske uddannelse kan få det tilsigtede indhold er, at den uddannelsessøgende læge konfronteres med et tilstrækkeligt stort antal patienter inden for afdelingens speciale.

Antallet af patientkontakter indgår derfor som et vigtigt element i yngre lægers videreuddannelse.

Imidlertid er antallet af patienter pr. uddannelsessøgende læge faldet i løbet af de seneste 10-15 år og derudover har den lægevidenskabelige udvikling medført, at der inden for flere specialer er opstået en række meget specielle undersøgelses- og behandlingsprocedurer, der forudsætter et uddannelsesniveau svarende til speciallæge.

Den faldende patient/læge-ratio inden for sygehusvæsenet - dvs. færre uddannelsessituationer pr. læge - betyder isoleret set en forringelse af den lægelige videreuddannelse, idet det er blevet vanskeligere at opnå erfaring i udførelsen af procedurer (operationer og lignende) og rutine i klinisk problemløsning (planlægning af undersøgelsesprogram, valg af behandling etc.).

3.5.5. "Behandling kontra uddannelses-problemet".

Sygehusvæsenets hovedopgave er at undersøge og behandle patienterne, hvorfor det i konkrete situationer kan være

nødvendigt at nedprioritere planlagt uddannelse af hensyn til patientbehandlingen.

Hvis uddannelsen ikke indgår som en naturlig del af en afdelings funktioner, men vedvarende nedprioriteres til fordel for den daglige drift, opstår der problemer.

En mangelfuld uddannelse vil på kortere sigt medføre, at den daglige drift bliver ringere, og ikke sjældent også dyrere end nødvendigt, idet den utilstrækkeligt uddannede yngre læge undertiden vil igangsætte unødvendige undersøgelser- og behandlingsprocedurer, sætte patienter til overflødige kontroller, tilkalde en ældre og mere erfaren læge etc.

På langt sigt vil en generel nedprioritering af uddannelsesaktiviteterne medføre en faldende kvalitet af såvel undersøgelse som behandling.

Sygehusmyndighederne har mange steder vist en stigende forståelse for videreuddannelsens betydning, men tvinges, ligesom overlægerne, ofte til at prioritere hensynet til den daglige drift frem for uddannelsen på trods af de langsigtede konsekvenser heraf.

De centrale sundhedsmyndigheder har hidtil måttet nøjes med at forsøge at skabe forståelse for behovet for en mere systematisk og intensiveret videreuddannelse på sygehusene, idet egentlige udgiftskrævende krav fra de centrale sundhedsmyndigheder automatisk vil medføre, at der skal ydes økonomisk kompensation fra staten til sygehuskommunerne.

Kapitel 4.

Forudsætninger for udvalgets overvejelser og forslag.

Udvalgets forslag til en model for tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse, der er beskrevet i kapitel 5, bygger på en række forudsætninger. Disse forudsætninger beskrives i dette kapitel.

4.1. Faststillingsreform.

En væsentlig årsag til de i kapitel 3 beskrevne problemer er misforholdet mellem læger under videreuddannelse i tidsbegrænsede stillinger og færdiguddannede speciallæger i tidsubegrænsede stillinger (overlæger).

Det fremgår udtrykkeligt af udvalgets kommissorium, at udvalget skal basere sine overvejelser på en forudsætning om, at et stort antal af de nuværende tidsbegrænsede uddannelsesstillinger omdannes til faste stillinger på speciallægeniveau. En sådan ændring i sammensætningen af sygehusafdelingernes lægestabe har været drøftet gennem flere år, men en stabsstrukturreform er kun lige akkurat ved at komme i gang med indførelsen af vagtbærende overlæger på enkelte afdelinger til varetagelse af de bagvagtsfunktioner, der nu varetages af 1. reservelæger. Igangværende forhandlinger om en aftale, der muliggør ansættelse af speciallæger i andre (underordnede) tidsubegrænsede stillinger ("faste speciallæger") er endnu ikke afsluttet, og det er således på nuværende tidspunkt ikke afklaret, hvornår alle forudsætninger - herunder egnede styringsmekanismer - for stabsstrukturreformen kan være tilvejebragt.

Udviklingen har medført, at en faststillingsreform, der ud over en stabsstrukturreform også indeholder muligheden for ansættelse af underordnede sygehuslæger på reservelægeniveau uden tidsbegrænsning, er blevet aktuel. En sådan mere omfattende faststillingsreform vil indebære åbenlyse fordele både for sygehusene og for de underordnede læger, og den vil støtte udvalgets model for tilrettelæggelsen af videreuddannelsen, idet denne alene forudsætter tidsbegrænsede stillinger til den formelle del af videreuddannelserne.

I det følgende anvender udvalget begrebet faststillingsreform om ændringer i sygehusenes lægelige bemanning, der både indeholder en ændret stabsstruktur og ansættelse af reservelæger i tidsubegrænsede stillinger.

4.2. Balance mellem udbud og efterspørgsel.

Den overordnede balance mellem udbud og efterspørgsel efter lægelig arbejdskraft må opnås ved en regulering af kandidatproduktionen.

Ifølge kommissoriet skal uddannelsesstillingerne antal begrænses, så det svarer til behovet for at rekruttere læger med relevant klinisk videreuddannelse til faste stillinger i og uden for sygehusvæsenet.

Sundhedsvæsenets forventede efterspørgsel efter uddannede læger er således bestemmende for udbuddet af uddannelsesforløb, og fordelingen af uddannelsesforløb mellem de enkelte specialer og almen praksis må foretages på baggrund af relevante prognoser.

Udvalgets forslag til tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse bygger på den forudsætning, at der i en sådan balancesituation er etableret et hensigtsmæssigt forhold mellem antallet af uddannelsesstillinger og antallet af faste stillinger (og dermed også etableret en situation, hvor uddannelseskapaciteten er tilpasset kandidatproduktionen).

Udvalget ønsker at understrege, at forslaget til en ny model for tilrettelæggelse af de kliniske videreuddannelser ikke forudsætter ansættelse af flere læger i Sundhedsvæsenet.

4.3. Uddannelsesniveau ved fastansættelse.

I en balancesituation, hvor kandidatproduktionen er tilpasset efterspørgslen efter færdiguddannede læger, og hvor uddannelseskapaciteten svarer til kandidatproduktionen, vil alle læger kunne uddannes til speciallæger eller alment praktiserende læger. I et sådant system vil spørgsmålet om uddannelsesniveau ved fastansættelse derfor næppe udgøre noget større praktisk problem. Spørgsmålet har imidlertid principiel betydning.

En del af udvalget finder, at man bør tage udgangspunkt i stillings- og funktionsbeskrivelser for den konkrete stilling. Synspunktet er her, at det offentlige ikke skal garantere alle kandidater uddannelse til et niveau, som er højere end det, sundhedsvæsenet efterspørger i dag, idet arbejdsgiverne i årene fremover må forventes at efterspørge de samme læger. Der findes i dag et stort antal læger som uden at have en speciallægeuddannelse eller uddannelse som alment praktiserende læge gør særdeles god fyldest i underordnede stillinger i sygehusvæsenet.

Et krav om speciallægeuddannelse eller uddannelse i almen medicin for fastansættelse ville iøvrigt være en stramning i forhold til de gældende regler. I dag er speciallægeanerkendelse formelt ikke en betingelse for ansættelse som overlæge.

Andre i udvalget finder, at en speciallægeuddannelse ikke indebærer et urimeligt højt uddannelsesniveau og vil være en forudsætning for, at læger ansat inden for sygehusvæsenet selvstændigt er i stand til at forestå diagnostisering og behandling. Speciallægeuddannelsen medfører, at den lægelige arbejdskraft kan anvendes mere fleksibelt, idet speciallæger inden for et givet speciale kan anvendes på forskellige sygehuse, hvilket vil kunne gavne såvel arbejdsgivere som læger. Endelig vil et krav om, at fastansættelse er betinget af et uddannelsesniveau svarende til det kompetenceniveau, forøge lægernes sikkerhed mod fejlvalg i forbindelse med fastansættelse.

Nogle mener, at det ligger uden for udvalgets kompetence at tage stilling til bestemte krav om uddannelsesniveauet ved fastansættelse. Andre mener, at det vil være en forudsætning for at kunne dimensionere uddannelsessystemet. Der er i udvalget enighed om, at der, hvis der i en balancesituation gives alle kandidater adgang til en formaliseret uddannelse, næppe vil være mange læger, der ønsker at blive fastansat uden at have afsluttet en formaliseret videreuddannelse, hvorfor spørgsmålet om uddannelsesniveau ved fastansættelse til den tid (i en balancesituation) næppe vil få større betydning.

Der er i udvalget enighed om, at hvis der gives mulighed for ansættelse i tidsubegrænsede stillinger uden afsluttet videreuddannelse, vil de i 3.5.2 beskrevne flaskehalsproblemer kun kunne løses, hvis der samtidig indføres enten limiteringsbestemmelser eller foretages en udvidelse af uddannelseskapaaciteten. I modsat fald vil der være betydelig risiko for, at de uddannelsessøgende læger søger at kvalificere sig til de respektive uddannelsesforløb gennem længerevarende ansættelser uden for uddannelsessystemet.

4.4. Uændrede uddannelsesregler.

Udvalget finder det nødvendigt at der stilles krav om, at uddannelse i grenspeciale som hovedregel først kan påbegyndes efter afsluttet uddannelse i grundspeciale. En gennemførelse af dette krav vil være en forudsætning for den praktiske gennemførelse af udvalgets forslag (jvf. afsnit 5.3.4. og 5.3.5.).

Udvalget stiller ikke yderligere forslag om ændringer i de gældende regler for den kliniske videreuddannelse. De formelle krav til videreuddannelsens indhold og varighed, som er beskrevet i kapitel 3, forudsættes således opretholdt. Dog skal det bemærkes, at udvalgets forslag om etablering af uddannelsesblokke betyder, at de 9 måneders ansættelse på en valgfri klinisk afdeling i almen medicin-uddannelsen nødvendigvis må indgå heri. Dette indebærer, at den uddannelsessøgende læge ved valg af blokforløb samtidig vælger afdeling for så vidt angår disse 9 måneders ansættelse.

Udvalget har iøvrigt ved udformningen af sine forslag til tilrettelæggelse af videreuddannelsen lagt vægt på, at forslagene ikke hindrer senere ændringer i uddannelsesreglerne.

4.5 Kortere uddannelsesforløb.

Ifølge kommissoriet skal udgangspunktet for udvalgets overvejelser være en målsætning om, at de underordnede sygehuslæger inden for de givne økonomiske rammer sikres en systematisk, hurtig og effektiv klinisk videreuddannelse. Varigheden af de samlede uddannelsesforløb skal søges nedbragt

væsentligt, uden at uddannelseskvaliteten af den grund forringes.

Det er udvalgets opfattelse, at en gennemførelse af udvalgets forslag til tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse derfor må kombineres med en intensivering af uddannelsesaktiviteten (jf. kap.7.).

4.6 Udvalgets forslag udgør et samlet hele.

I de seneste år har tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse været genstand for øget opmærksomhed fra de centrale sundhedsmyndigheder, sygehusejerne, lægeforening og de lægefaglige specialselskaber m.fl.

Det fremgår af kapitel 3, at videreuddannelsen i dag er plaget af en række problemer, som er komplekse og indbyrdes sammenhængende. Denne sammenhæng er samtidig en del af forklaringen på, at de ændringer, der i de seneste år er foretaget, ikke har været tilstrækkelige, idet de på grund af problemernes indbyrdes sammenhæng ikke har haft den ønskede effekt.

De forslag, som udvalget fremlægger i de følgende kapitler, skal ses som et samlet hele. En eventuel isoleret gennemførelse af dele af forslagene vil efter udvalgets opfattelse ikke være tilstrækkelig til at løse videreuddannelsens og sygehusvæsenets hovedproblemer. Dette er dog ikke ensbetydende med, at en gennemførelse af dele af udvalgets forslag ikke vil have en gavnlig effekt. Tilsvarende vil gennemførelsen af en faststillingsreform i sig selv være medvirkende til at mindske nogle af de omtalte problemer.

Det er udvalgets opfattelse, at en samlet gennemførelse af forslagene vil løse videreuddannelsens hovedproblemer - men kun under forudsætning af, at der samtidig gennemføres en faststillingsreform i sygehusvæsenet.

Hovedelementerne i udvalgets forslag består af:

en model for tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse som i væsentligt omfang bygger på blokforløb (kapitel 5),

- en model for den centrale og lokale organisation og opgavefordeling (kapitel 6),

et forslag til intensiveret undervisning, supervision og evaluering (kapitel 7),

en iværksættelse af udvalgets forslag (kapitel 8),

tilrettelæggelse af restgruppens videreuddannelse (kapitel 9) og

et økonomisk overslag (kapitel 10).

Kapitel 5.

Model for tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse.

5.1« Idealmodel.

I dette kapitel beskrives udvalgets forslag til model for tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse.

Der er tale om en idealmodel, d.v.s. en model for et uddannelsessystem i balance, hvor antallet af uddannelsesstillinger er tilpasset såvel kandidatproduktionen som antallet af faste stillinger (jf. kapitel 4).

Det er et grundlæggende træk ved modellen, at den i udstrakt grad opererer med blokansættelser.

5.2. Blokansættelser.

5.2.1. Hvad er blokansættelse?

Ved blokansættelse forstås, at en underordnet læge som led i et og samme ansættelsesforhold gør tjeneste i flere stillinger efter hinanden på flere afdelinger. Ansættelsesforholdet er tilrettelagt således, at det indeholder et samlet, afsluttet og på forhånd planlagt uddannelsesforløb med et bestemt sigte, f.eks. turnusuddannelse eller speciallægeuddannelse eller uddannelse til almen praksis.

Blokansættelser anvendes allerede i dag i et vist omfang til turnusuddannelsen og i uddannelsen til almen praksis.

5.2.2. Fordele og ulemper ved blokansættelser.

Den væsentligste fordel ved anvendelsen af blokansættelser i den lægelige videreuddannelse vil være, at den uddannelsessøgende læge vil kunne gennemføre en formaliseret videreuddannelse indenfor en kortere årrække end muligt i dag, og dermed tidligere opnå den erhvervskompetence, der er betinget af en afsluttet videreuddannelse.

For afdelingernes drift og for kvaliteten af den service, der ydes patienterne, er de nuværende meget kortvarige

ansættelser for navnlig reservelægerne uheldige. Også af hensyn til videreuddannelsen bør ansættelserne hver for sig være af en varighed, der reducerer antallet af stillings-skift. Dette vil i sig selv betyde en bedre kontinuitet i videreuddannelsen, men vil også resultere i, at den enkelte læge vil føle en mere udtalt tilknytning til "sit" sygehus og "sin" sygehuskommune. Arbejdsgiveren vil føle et klarere ansvar for, at der sikres en kvalitativt god og rationelt tilrettelagt videreuddannelse til "egne" læger. Videreuddannelserne bør derfor såvidt muligt tilrettelægges, så størst mulige dele af dem kan gennemføres i et direkte samarbejde mellem den enkelte yngre læge og arbejdspladsen på samme måde, som det er tilfældet med andre former for personaleuddannelse.

Det vil både for sygehusene og lægerne være en fordel, hvis uddannelserne kan gennemføres inden for et åremål, der er så nært som muligt ved de formelle krav. Opfyldelsen af denne målsætning forudsætter, at der sikres den uddannelses-søgende læge mulighed for at opnå de ansættelser, som kræves til en formaliseret videreuddannelse.

Af hensyn til kvaliteten i videreuddannelsen bør det endvidere tilstræbes, at uddannelsen gennemføres i den rækkefølge, som er forudsat i de formelle uddannelsesregler.

Da målet med den foreslåede reform bl.a. er en effektivisering af den lægelige videreuddannelse, bør en uddannelsesreform indeholde en konsekvent fordeling af uddannelsesstillingerne til specifikke uddannelsesformål i kombination med målrettede, planlagte uddannelsesforløb.

Ansættelse i blokforløb tilgodeser alle disse hensyn.

Den uddannelsessøgende læge vil som et led i ansættelsesforholdet kunne se frem til at opnå en formaliseret videreuddannelse inden for en på forhånd fastsat årrække. For sygehusmyndighederne og de enkelte afdelinger medfører blok-ansættelsesformen en mere kontinuerlig bemanning på afdelingerne, idet de uddannelsesstillinger, der indgår i en uddannelsesblok, vedvarende vil være besat af en uddannelses-søgende læge. Der vil være sikret en løbende udskiftning af

uddannelsessøgende læger, efterhånden som disse har afsluttet den uddannelsesfase, som er henlagt til den pågældende afdeling, og dermed løses de rekrutteringsproblemer, som bl.a. er omtalt i afsnit 3.5.2.

Anvendelse af blokforløb lægger bindinger på såvel den uddannelsessøgende som arbejdsgiveren.

For de enkelte sygehusafdelingers overlæger kan det blive opfattet som en ulempe, at den uddannelsessøgende ansættes i et blokforløb, der omfatter flere afdelinger. Der må derfor lokalt tilrettelægges ansættelsesprocedurer, som giver alle involverede afdelinger samt almen praksis indflydelse på udvælgelsen af uddannelsessøgende til ledige blokforløb.

For den uddannelsessøgende læge medfører udvalgets forslag bl.a. en begrænsning i mulighederne for selvstændigt at sammensætte sit uddannelsesforløb, idet alle uddannelsesstillinger til speciallægeuddannelsen og i almen medicinuddannelsen indgår i uddannelsesblokke. Særligt for almen medicinuddannelsens vedkommende må det påpeges, at også de 9 måneders ansættelse på en valgfri klinisk afdeling indgår i uddannelsesblokken.

Skal fordelene ved blokforløb opnås, må der være en høj grad af sikkerhed for, at den uddannelsessøgende ikke uden tvingende grund afbryder blokforløbet. Det er således sygehuskommunerne der ved udbud af blokansættelser vælger, ved hvilke afdelinger uddannelsen skal gives. Når uddannelsesbestemmelserne giver valgfrihed, er det altså sygehuskommunen - og ikke som i dag den uddannelsessøgende - der udfylder valgfriheden.

Modsat siger det sig selv, at man ikke kan tilrettelægge et uddannelsessystem så stift, at afbrydelser forårsaget af sygdom, barsel eller anden tvingende grund udelukker den uddannelsessøgende fra at genoptage sin uddannelse, når den uddannelsessøgendes sygdoms- eller barselsperiode er ophørt.

Læger under videreuddannelse har ofte anvendt tid på forskningsaktiviteter sideløbende med den kliniske uddannelse. Dette er en kvalitet i den danske uddannelsestradition,

som en reorganisering ikke må sætte over styr. Det er ikke muligt at lave uddannelsesblokke, der tager højde for dette, men det er udvalgets opfattelse, at de forskningsaktive læger ikke bør hindres i at udøve relevant forskning på et hensigtsmæssigt tidspunkt i deres karriere. Udvalget skal derfor understrege behovet for, at der gives mulighed for orlov til forskning, studier m.m.

Det er udvalgets opfattelse, at aftale om orlov bør træffes lokalt, ligesom det ved udløbet af en orlov må tilbydes den uddannelsessøgende mulighed for at genoptage videreuddannelsen i en individuelt tilpasset uddannelsesblok i det omfang, det er praktisk muligt. Den uddannelsessøgende vil således normalt have sikkerhed for at kunne afslutte sin videreuddannelse inden for den valgte uddannelsesretning, uden dog at kunne stille krav om ansættelse på de samme afdelinger, som indgik i den afbrudte uddannelsesblok.

Af hensyn til sammenhængen i uddannelsen vil det være uhensigtsmæssigt at placere orlov til forskning m.v. midt i en uddannelsesfase (f.eks. i en undervisningsstilling). Det vil i øvrigt også være vanskeligt at sikre den uddannelsessøgende læge en genansættelse i en "identisk" stilling efter afsluttet orlov. Udvalget skal derfor anbefale, at orlov til forskning m.v. placeres i overgangen mellem de enkelte uddannelsesfaser.

Det har i udvalget været overvejet at stille forslag om at afslutte uddannelsesblokkene med yderligere 6 måneders ansættelse på en relevant afdeling. Disse overvejelser må primært ses i sammenhæng med, at Sundhedsstyrelsens uddannelsesbevis i praksis først udstedes relativt sent efter afslutningen af den formelle uddannelse, men derudover vil en gennemførelse af dette forslag indebære en større social sikkerhed for den enkelte læge.

Efter udvalgets opfattelse falder den væsentligste begrundelse for forslaget imidlertid bort, hvis Sundhedsstyrelsen udsteder uddannelsesbevis samtidigt med uddannelsens afslutning. Udvalget skal derfor anbefale, at der etableres procedurer, der gør dette muligt, hvorefter de 6 måneders ekstraansættelse ikke er nødvendige.

Udvalget skal endelig pege på, at anvendelse af blokansættelser forudsætter, at den teoretiske videreuddannelse tilrettelægges i overensstemmelse med den kliniske videreuddannelse.

Ud fra en samlet vurdering er det udvalgets opfattelse, at fordelene ved blokansættelser opvejer ulemperne.

5.2.3. Tilrettelæggelse af uddannelsesblokke.

Uddannelsesblokken må tilrettelægges på en måde der sikrer, at den enkelte afdeling ikke får ansvaret for flere uddannelsesstrin end højst nødvendigt. Af hensyn til uddannelseskvaliteten må det endvidere tilstræbes, at antallet af uddannelsesstillinger på de enkelte afdelinger tilpasses omfanget af uddannelsesrelevant virksomhed. Derved opnås, at den enkelte afdeling kan tilrettelægge sin uddannelsesaktivitet bedst muligt i overensstemmelse med afdelingens kliniske virksomhed, som denne er bestemt af patientsammensætning, behandlingsmuligheder, speciallægebemanding etc.

Af hensyn til behovet for at sikre en kontinuerlig besættelse af stillingerne på de afdelinger, der indgår i uddannelsesblokkene, må der ved tilrettelæggelsen af disse endvidere tages hensyn til, at varigheden af de enkelte "ansættelser", der indgår i blokkene ikke er ens. Hvis afdelingernes uddannelsesstillinger altid skal være besat med uddannelsessøgende læger, må der derfor etableres en sammenhæng mellem flere uddannelsesblokke indenfor de enkelte specialer.

5.3. Beskrivelse af modellen.

Udvalgets forslag til uddannelsesmodel beskrives i seks afsnit:

- 5.3.1. Turnusuddannelsen
- 5.3.2. Introduktionsuddannelsen
- 5.3.3. Uddannelsen i almen medicin
- 5.3.4. Speciallægeuddannelsen - grundspecialerne
- 5.3.5. Speciallægeuddannelsen - grenspecialerne
- 5.3.6. § 14-kvalificering

5.3.1. Turnusuddannelsen.

Udvalget foreslår, at turnusuddannelsen tilrettelægges således, at den opfylder de nugældende krav, hvilket vil sige 6 måneders kirurgi, 6 måneders medicin og 6 måneder i almen praksis. Turnusuddannelsen foreslås tilrettelagt som et samlet blokforløb på 18 måneders varighed. Der skal til denne uddannelse etableres et så stort antal turnusblokke, at alle medicinske kandidater kan påbegynde denne del af videreuddannelsen snarest efter afsluttet eksamen.

Udvalget finder det væsentligt, at turnusuddannelsen placeres på afdelinger med en almindelig, uselekteret patienttilgang med henblik på at sikre,, at den uddannelsessøgende får et bredt klinisk kendskab. Grenspecialiserede afdelinger - d.v.s. afdelinger, hvis virksomhed er domineret af patientbehandling inden for et grenspeciale - bør derfor ikke pålægges deltagelse i denne del af uddannelsen.

Som følge af den faldende kandidattilgang skal antallet af turnusstillinger reduceres fra 1991.

En gennemførelse af forslaget vil med en årlig kandidatproduktion på ca. 400 medicinske kandidater kræve ca. 200 kirurgiske og ca. 200 medicinske reservelægestillinger samt ca. 200 praksisreservelægestillinger - d.v.s. ca. 600 stillinger i alt.

5.3.2. Introduktionsuddannelsen.

Introduktionsuddannelsens formål er at give den unge læge en indføring i det speciale, han ønsker at uddanne sig i. For de samfundsmedicinske specialer og for uddannelsen i almen medicin stilles der ikke krav om ansættelse i en specifik introduktionsstilling.

Ud over at opfylde de formelle krav bør introduktionsuddannelsen også opfattes som en uddannelsestid, der giver den yngre læge mulighed for at afprøve sine faglige interesser og evner overfor flere specialer. Derigennem mindskes risiko for fejlvalg, og de afdelinger, der ansætter yngre læger med henblik på en speciallægeuddannelse, får et bedre udvælgelsesgrundlag og en rimelig sikkerhed mod frafald.

Udvalget foreslår, at introduktionsuddannelsen ikke indgår i en uddannelsesblok, men tilrettelægges som 1-årige reservelægeansættelser inden for de forskellige specialer. Der bør udvælges så mange reservelægestillinger til introduktionsuddannelsen, at der er tilstrækkelig kapacitet til, at de yngre læger, der vælger en videreuddannelse efter turnustiden, i gennemsnit kan tilbringe 2 år inden for denne stillingskategori. Stillingerne bør primært placeres på afdelinger, der kan opfylde formålet med en generel indføring i det pågældende speciale, og kun et mindre antal skal derfor være på grenspecialiserede afdelinger på lands- og landsdelssygehusene. Desuden må der ved udvælgelsen af stillingerne til denne uddannelse tages hensyn til, at introduktionsuddannelser gennemført på mindre sygehuse også skal give reel mulighed for at fortsætte i videreuddannelsen.

Udvalget anslår, at modellen ved en årlig kandidatproduktion på ca. 400 medicinske kandidater, og under forudsætning af, at disse i gennemsnit vil tilbringe 2 år i denne stillingskategori, vil kræve ca. 800 reservelægestillinger klassificeret til denne del af uddannelsen.

5.3.3. Uddannelsen i almen medicin.

Formålet med uddannelsen i almen medicin er at give kommende praktiserende læger den bedst mulige baggrund for en fremtidig funktion i primærsektoren.

Udvalget foreslår, at uddannelsen tilbydes som en samlet blokansættelse, som vil kunne opnås umiddelbart efter afsluttet turnusuddannelse, men som formentligt også ofte vil blive søgt efter 12-24 måneders ansættelse i introduktionsstillinger.

En ansættelse i en almen medicin-blok vil have en varighed på minimum 42 måneder svarende til den gældende 60 måneders uddannelse (inkl. turnus).

Dog har udvalget overvejet også at anbefale oprettelsen af uddannelsesblokke i almen medicin af en varighed på 30 måneder. Disse overvejelser må ses i sammenhæng med, at mange læger som omtalt må formodes først at søge ansættelse i en introduktionsstilling, for derefter på et senere tids-

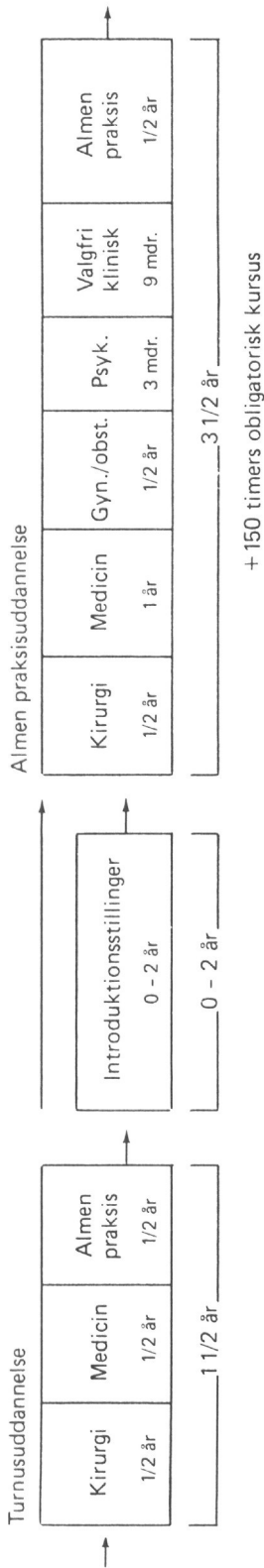
punkt at søge videreuddannelse i almen medicin. Almen medicin-blokke af 30 måneders varighed ville i givet fald kunne søges af de læger, der har været ansat et år i en medicinsk eller en kirurgisk introduktionsstilling. Nogle blokke kunne således sammensættes uden ansættelse på en medicinsk afdeling og andre uden ansættelse på en kirurgisk afdeling og med en valgfri ansættelse på kun 3 måneder.

Udvalget har ikke afsluttet sine overvejelser om dette spørgsmål, idet der bl.a. må tages hensyn til eventuelle væsentlige forskelle i uddannelsesprogrammerne for introduktionsuddannelserne og uddannelsen i almen medicin.

En gennemførelse af udvalgets forslag vil sikre den uddannelsessøgende de nødvendige ansættelser og åbne mulighed for, at der kan gives sygehusdelen af denne uddannelse et særligt indhold rettet mod en kommende funktion i almen praksis. Udvalget skal i denne forbindelse derfor pege på behovet for, at der ved udvælgelsen af stillinger til denne uddannelse tages hensyn til de kommende praktiserende lægers behov for at opnå indsigt i det kliniske arbejde på sygehuse i de mest alment orienterede specialer. Dette kan bl.a. ske ved at udnytte uddannelsespotentialer på de medicinske og kirurgiske afdelinger, som det vil ske i den fremtidige tilrettelæggelse af turnusuddannelsen.

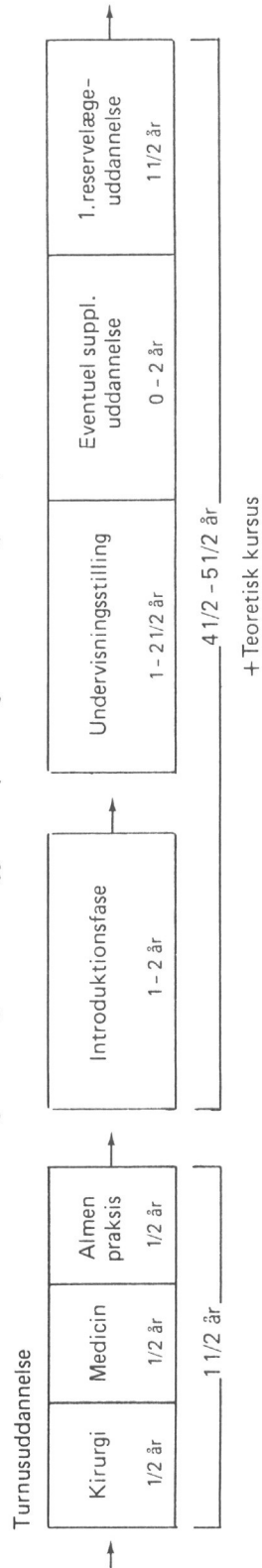
Udvalget anslår, at der til uddannelsen af 150-200 læger i almen medicin pr. år vil skulle anvendes 450-600 reservelægestillinger og 75-100 praksisammanuensisstillinger til etablering af det nødvendige antal uddannelsesblokke.

Udvalgets forslag til tilrettelæggelse af uddannelsen til alment praktiserende læge



Figur 5

Udvalgets forslag til tilrettelæggelse af speciallægeuddannelsen (grundspecialer)



Figur 6

5.3.4. Speciallægeuddannelsen - grundspecialerne.

Formålet med uddannelserne inden for grundspecialerne er at give de kommende speciallæger den fornødne viden og de fornødne færdigheder til selvstændigt at kunne varetage undersøgelse og behandling af patienter inden for specialiets funktionsområde.

Udvalget foreslår, at den del af speciallægeuddannelsen, der ligger efter introduktionstiden, tilrettelægges som et samlet blokforløb bestående af undervisningsstillingen, den supplerende sideuddannelse samt 1. reservelægeuddannelsen.

Blokansættelse vil sikre den uddannelsessøgende adgang til de nødvendige ansættelser. En gennemførelse af udvalgets modelforslag vil derfor indebære, at speciallægeuddannelserne vil kunne afkortes og gennemføres inden for et tidsrum svarende til de formelle uddannelseskrav. Ved at kæde den supplerende uddannelse sammen med undervisningsstillingen vil det være muligt at sikre, at denne del af uddannelsen gennemføres på det mest hensigtsmæssige tidspunkt i uddannelsesforløbet.

Udvalget forudsætter, at den del af uddannelsen, som svarer til de nuværende undervisningsstillinger, fortsat placeres på lands- og landsdelssygehuse, hvor uddannelsen kan afspejle samarbejdet med de øvrige specialer på et højt specialiseringsniveau. Dette forudsætter dog, at uddannelsesniveauet på disse afdelinger er tilfredsstillende (jf. kap. 7). Den del af uddannelsen, der svarer til den supplerende ansættelse og til 1. reservelæge-ansættelsen, forventes imidlertid i et væsentligt omfang placeret på hovedsygehuse og inden for enkelte specialer også i et vist omfang i speciallægepraksis inden for det geografiske område, hvor bestemte syghuskommuner samarbejder om tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse (jf. afsnit 6.4). Dette forhindrer ikke etableringen af blokforløb, hvor hele speciallægeuddannelsen finder sted på det samme landsdelssygehus. Forslaget vil efter udvalgets opfattelse imidlertid medvirke til, at der opnås en bedre udnyttelse af den samlede uddan-

nelleskapacitet, ligesom det vil være muligt at opnå en mere hensigtsmæssig geografisk fordeling af de 1. reservelæger, der fortsat er under uddannelse.

Udvalget anslår, at der til uddannelsen af 200-250 speciallæger om året vil skulle anvendes 400-525 reservelægestillinger og ca. 300-375 1. reservelægestillinger/amanuensisstillinger i speciallægepraksis til etablering af det nødvendige antal specialeblokke.

5.3.5. Speciallægeuddannelsen - grenspecialerne.

Uddannelserne i grenspecialerne har til formål at kvalificere læger til selvstændigt at varetage grenspecialets funktioner både i og uden for sygehusvæsenet. For at sikre opfyldelsen af dette formål og for at tilpasse grenspecialiseringen til udvalgets øvrige reformforslag, foreslår udvalget, at også den grenspecialiserede uddannelse tilrettelægges som en blokansættelse. Uddannelsesblokkene inden for grenspecialerne skal udformes således, at der sikres den uddannelsessøgende adgang til de nødvendige ansættelser.

En gennemførelse af udvalgets forslag vil indebære, at grenspecialiseringen først vil kunne påbegyndes efter afsluttet uddannelse i grundspecialet.

Antallet af uddannelsesblokke inden for de enkelte grenspecialer vil være begrænset. Udvalget anslår, på baggrund af en opgørelse af den årlige speciallægeproduktion inden for samtlige grenspecialer i perioden 1980-1987 og den årlige efterspørgsel i samme tidsrum, at der til uddannelsen af 42 grenspecialister om året, skal anvendes ca. 125 1. reservelægestillinger og ca. 30 reservelægestillinger, sidstnævnte hovedsageligt inden for laboratoriespecialerne.

5.3.6. §14 - kvalificering.

For at gøre sig kvalificeret til ansættelse som overlæge, må speciallægen supplere sin kliniske uddannelse. Udvalget forudsætter, at dette normalt vil ske ved ansættelse i en fast stilling. I dag kan det som hovedregel - alt efter

speciale - påregnes, at den enkelte læge anses for kvalificeret til en overlægestilling ("§ 14-kvalificeret") efter 3-4 års ansættelse som 1. reservelæge efter gennemgået undervisningsstilling. Den her foreslåede uddannelsesmodel indeholder kun for grenspecialernes vedkommende denne yderligere kvalificering.

Kapitel 6. Sundhedsmyndighedernes opgaver og samarbejde.

6.1. Indledning.

I dette kapitel beskrives udvalgets overvejelser og forslag til opgavefordeling og samarbejde mellem de involverede offentlige myndigheder.

Udvalgets overvejelser og forslag er båret af tre hovedhensyn:

- Entydig placering af ansvaret for videreuddannelsens enkelte dele er afgørende. Der må ikke herske tvivl om, hvilken myndighed, der har ansvaret.
- Ansvar for den praktiske gennemførelse af det nye uddannelsessystem skal i videst mulig udstrækning placeres hos sygehuskommunerne - enten hver for sig eller i et samarbejde.
- Endelig har det været et mål for udvalget i videst mulig udstrækning at basere sine forslag på eksisterende myndigheder og samarbejds mønstre.

6.2. De centrale sundhedsmyndigheder.

Det overordnede ansvar for den lægelige videreuddannelse er de centrale sundhedsmyndigheders, dvs. Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen bistået af de råd og nævn, som er beskrevet i afsnit 3.2. Disse myndigheder har pligt til at følge udviklingen inden for videreuddannelsen, og skal reagere, hvis udviklingen forløber på en mindre hensigtsmæssig måde.

Udover dette "overtilsyn" har de centrale sundhedsmyndigheder to hovedopgaver: Ansvar for videreuddannelsens indhold og ansvar for videreuddannelsens dimensionering.

De centrale myndigheder fastsætter de formelle uddannelseskrav ved præcist at angive de enkelte uddannelseselementer og deres varighed. Disse myndigheder har endvidere ansvaret for udarbejdelsen af målbeskrivelser og godkendelse af uddannelsesprogrammer, samt pligt til at udarbejde vejledende materiale om uddannelsesprogrammer og evalueringsprocedurer (jf. kap. 7).

Den overordnede balance mellem antallet af uddannelsesstillinger og antallet af faste stillinger skal som nævnt i afsnit 4.2. først og fremmest opnås ved en regulering af kandidatproduktionen. De centrale myndigheder må derfor som ansvarlige for videreuddannelsens dimensionering have pligt til løbende af vurdere sundhedsvæsenets behov for færdiguddannede læger, således at Undervisningsministeriet kan rådgives om behovet for ændringer i studenterindtaget.

De centrale sundhedsmyndigheder har endvidere ansvaret for, at videreuddannelsernes enkelte elementer i videst muligt omfang dimensioneres under hensyntagen til sundhedsvæsenets forventede efterspørgsel.

Ansvaret for indhold og dimensionering af videreuddannelsen må nødvendigvis være de centrale sundhedsmyndigheders. Behovet for en ensartet høj kvalitet i uddannelsen tilsiger, at indholdet fastlægges for landet som helhed. Hvis alene den enkelte sygehuskommunes behov for færdiguddannede læger var bestemmende for dimensioneringen, ville der hurtigt opstå risiko for ubalance i udbud og efterspørgsel.

Udvalget foreslår, at de centrale sundhedsmyndigheder fastsætter antallet af uddannelsesblokkene m.m. i overensstemmelse med den forventede efterspørgsel, og meddeler den enkelte sygehuskommune, hvor mange uddannelsesblokke der skal etableres til turnusuddannelsen og uddannelsen i almen medicin, samt hvor mange reservelægestillinger der skal stilles til rådighed for introduktionsuddannelserne inden for de enkelte specialer. Det fastsættes endvidere, hvor mange uddannelsesblokke til speciallægeuddannelsen der skal etableres, jf. afsnit 6.4.

De centrale sundhedsmyndigheder skal herefter konkret godkende uddannelsesblokke og stillinger med henblik på at sikre, at uddannelsen foregår på egnede afdelinger, og at der på grundlag af de udsendte målbeskrivelser udarbejdes uddannelsesprogrammer.

Udvalget anbefaler, at de centrale sundhedsmyndigheder i lovgivningen bemyndiges til at fastsætte uddannelsesblokkes antal og fordeling, inden for alle uddannelser inden

for den til enhver tid eksisterende Stillingsmasse, således som dette i dag praktiseres ved turnusuddannelsen.

En så vidtgående kompetence for de centrale sundhedsmyndigheder skal udøves i et meget snævert samarbejde med sygehuskommunerne. De centrale sundhedsmyndigheder skal forhandle med sygehuskommunerne om antal og geografisk fordeling af uddannelsesblokke m.m.

6.3. Sygehuskommunerne.

Ansvar for den kliniske videreuddannelses praktiske tilrettelæggelse skal i videst muligt omfang placeres hos sygehuskommunerne, jf. afsnit 6.1.

Efter udvalgets opfattelse vil den enkelte sygehuskommune være velegnet til at forestå tilrettelæggelsen af turnus-, introduktions- og almen medicinuddannelsen.

Den praktiske tilrettelæggelse af de enkelte uddannelsesforløb bør gennemføres i et samarbejde med alle berørte parter.

Specielt for uddannelsen i almen medicin er det vigtigt, at der etableres et samarbejde mellem de offentlige myndigheder og almen praksis, og at en afklaring af de finansieringsmæssige forhold omkring videreuddannelsen i praksissektoren finder sted.

Udarbejdelse og gennemførelse af kliniske uddannelsesprogrammer er også sygehuskommunernes ansvar.

6.4. Samarbejde mellem sygehuskommunerne.

6.4.1. Indledning.

Udvalget foreslår, at opgaven med etableringen af blokforløb både til grundspecialerne og til grenspecialerne udlægges til ialt 5 geografisk afgrænsede områder omkring landsdelssygehusene, således at de pågældende sygehuskommuner får ansvaret for at organisere den kliniske del af speciallægeuddannelserne i et samarbejde med områdets øvrige sygehuskommuner. For nogle grenspecialers vedkommende vil der - som følge af de gældende uddannelsesbestemmelser - være behov for etablering af et samarbejde mellem 2 eller flere regioner.

Efter udvalgets opfattelse vil der være betydelige fordele ved at etablere et sådant samarbejde om videreuddannelsen til speciallæge.

Samarbejde i geografisk afgrænsede områder vil gøre det muligt at inddrage flest mulige afdelinger med uddannelsesmæssig værdi i speciallægeuddannelserne. En del af speciallægeuddannelsen - undervisningsstillingen - vil fortsat skulle foregå på lands- og landsdelsafdelinger. Den supplerende uddannelse og 1. reservelægeansættelsen vil imidlertid udmærket kunne finde sted på hovedsygehusene (jvf. afsnit 5.3.4.). Gennem samarbejdet vil også sygehuskommuner uden universitetssygehuse således i højere grad end i dag blive inddraget i speciallægeuddannelserne.

Et sådant samarbejde vil indebære fordele for alle sygehuskommuner. De mindre sygehuskommuner - uden lands- og landsdelsfunktioner - vil som led i det indgåede samarbejde modtage kvalificerede 1. reservelæger til centralsygehusene. De større sygehuskommuner vil kunne drage nytte af samarbejdet ved at blive aflastet i uddannelsesfunktionen. Hermed vil der blive frigjort et større antal uddannelsesstillinger, som vil kunne konverteres til faste stillinger.

Det er udvalgets vurdering, at etableringen af et samarbejde mellem sygehuskommunerne er en forudsætning for, at der kan sikres en rimelig fordeling af uddannelsesblokkene.

6.4.2. Afgrænsning af de geografiske områder.

De geografiske områder bør efter udvalgets opfattelse have en sådan størrelse, at det enkelte område vil kunne tilbyde speciallægeuddannelse inden for de fleste specialer. Ved afgrænsningen af områderne er der endvidere taget hensyn til de nuværende samarbejdsrelationer mellem sygehuskommunerne.

Udvalget skal på denne baggrund foreslå landet inddelt således :

Område I: Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Vestsjællands Amtskommune, Storstrøms Amtskommune, Bornholms Amtskommune og Rigshospitalet.

- Område II: Københavns Amtskommune, Frederiksborg Amtskommune og Roskilde Amtskommune.
- Område III: Fyns Amtskommune, Sønderjyllands Amtskommune og Ribe Amtskommune.
- Område IV: Århus Amtskommune, Vejle Amtskommune og Ringkjøbing Amtskommune.
- Område V: Nordjyllands Amtskommune og Viborg Amtskommune.

6.4.3. Samarbejdets indhold og tilrettelæggelse.

De centrale sundhedsmyndigheder udmelder årligt antal og fordeling af specialeblokke til de samarbejdende sygehuskommuner. Sygehuskommunerne i området har herefter i fællesskab ansvar for, at der oprettes det fastsatte antal uddannelsesblokke, og at disse indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens godkendelse af uddannelsesblokkene erstatter den hidtidige afdelingsklassifikation.

For at sikre etableringen af det nødvendige samarbejde foreslår udvalget, at en af sygehuskommunerne i området udpeges som særligt ansvarlig for den praktiske gennemførelse af samarbejdet. Udvalget peger på sygehuskommunerne med lands- og landsdelsfunktioner til denne opgave. I Københavns-området (område I) vil der på grund af Rigshospitalets særlige status og funktioner være behov for, at der etableres særlige aftaler mellem Rigshospitalet og Københavns Kommune. Endelig bør det overvejes, hvordan Grønland og Færøerne mest hensigtsmæssigt indpasses i den foreslåede områdeinddeling.

Samarbejdet i de geografiske områder vil især vedrøre to forhold.

Sygehuskommunerne i området skal træffe afgørelse om, hvilke uddannelsesblokke, der mest hensigtsmæssigt kan fordeles på flere sygehuskommuner i området. Derefter skal sygehuskommunerne beslutte den konkrete fordeling af faserne i

den enkelte blokansættelse på konkrete sygehusafdelinger. Den sygehuskommune, som er udpeget som særligt ansvarlig for samarbejdet, forelægger herefter blokforløbene for de centrale sundhedsmyndigheder til godkendelse.

Sygehuskommunerne i området skal endvidere tage stilling til ansøgninger om ledige uddannelsesblokke. Blokkene skal opslås til besættelse som ét sammenhængende forløb. Ved ansættelse i et blokforløb må den uddannelsessøgende have sikkerhed for, at alle stillinger i uddannelsesblokken er til rådighed på det rigtige tidspunkt, uanset at enkelte faser kan være placeret i forskellige sygehuskommuner.

Blokansættelser, der involverer flere sygehuskommuner, kan formelt set gennemføres på flere måder. Den uddannelsessøgende kan ansættes i flere sygehuskommuner på én gang blot med tiltrædelse på tidspunkter, der svarer til de enkelte faser. En anden model ville være at ansætte den uddannelsessøgende i første sygehuskommune og lade den eller de øvrige sygehuskommuner give et forpligtende tilsagn om ansættelse på det rigtige tidspunkt.

Den konkrete tilrettelæggelse af samarbejdet må aftales i de enkelte områder.

Udvalget understreger, at der er tale om et forpligtende samarbejde, som forudsætter betydelig lokal samarbejdsvilje.

Udvalget foreslår ikke særlige procedurer eller organer til løsning af eventuelle konflikter mellem sygehuskommunerne i et uddannelsesområde. Det er udvalgets opfattelse, at fordelene for alle sygehuskommuner i et område vil være så store, at der ikke vil blive behov for at oprette særskilte organer eller tilrettelægge særskilte procedurer for konfliktløsning.

Kapitel 7.

Den kliniske videreuddannelses kvalitet.

7.1 Videreuddannelsen i dag.

Den kliniske videreuddannelses kvalitet er truet. Det har bl.a. de centrale sundhedsmyndigheder i de senere år sagt stadig hyppigere og klarere.

Inden for de bestående rammer er der siden 1985 gennemført omfattende forsøg til forbedring af den kliniske videreuddannelse.

På opfordring fra Det Centrale Råd for Lægers Videreuddannelse tog Amtsrådsforeningen og Foreningen af Yngre Læger - i samarbejde med Sundhedsstyrelsen - i 1985 initiativ til at igangsætte og koordinere en række regionale arbejdskonferencer om forsøg med yngre lægers kliniske videreuddannelse. I løbet af 1985 og 1986 har der været afholdt 8 konferencer, og der har i alt været involveret 102 sygehusafdelinger.

Det fremgår af en foreløbig midtvejsevaluering (jfr. UfL 1988:697 f.f.), at de gennemgående forsøgselementer har været bedre introduktion af nyansatte, oprettelse af mindre enheder i lægestaben, opstramning/indførelse af konferencer for alle afdelingens læger samt endelig til en vis grad indførelse af checklister for den uddannelsessøgende læges opnåelse af de ønskede/krævede færdigheder. Det fremgår af midtvejsevalueringen, at alle disse foranstaltninger har en positiv effekt på den kliniske videreuddannelse.

Når den endelige evaluering foreligger, vil resultaterne blive indsamlet centralt. Heri vil indgå resultatet af en mere dybtgående evaluering af enkelte forsøgsafdelinger, som Dansk Sygehus Institut er ved at færdiggøre.

I dag er der meget betydelig forskel på den formelle uddannelsestid og den reelle. Det er naturligvis i mange henseender uhensigtsmæssigt, men har den positive sideeffekt i nogen grad at kompensere for den manglende intensitet i afdelingernes uddannelsesaktivitet.

Ved en så udstrakt anvendelse af uddannelsesblokke, som

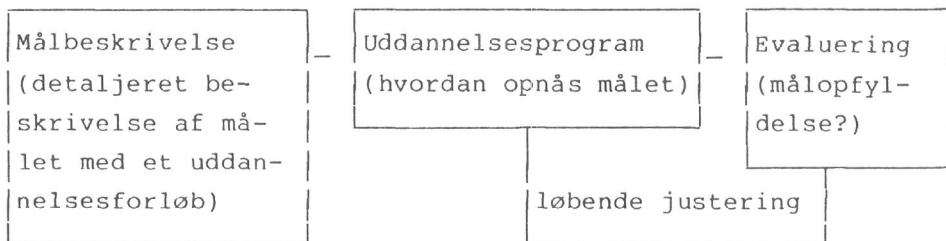
udvalget foreslår, vil den formelle og reelle uddannelsestid normalt være sammenfaldende. Udvalgets forslag til tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse i blokforløb forudsætter derfor en betydeligt intensiveret og målrettet uddannelsesaktivitet på de enkelte afdelinger.

7.2. Udvalgets overvejelser og forslag.

Dette afsnit indeholder udvalgets overvejelser om og forslag til en intensiveret og målrettet uddannelse på de enkelte afdelinger. I afsnittet behandles alene de formelle krav til afdelingernes uddannelsesaktiviteter. Udvalget vil først i den endelige betænkning behandle tilrettelæggelsen af yngre lægers arbejde, selv om arbejdstilrettelæggelsen selvsagt spiller en rolle for den kliniske videreuddannelse.

Udvalget mener, at en effektiv klinisk videreuddannelse kan opnås gennem en kombination af blokansættelser og etablering af obligatoriske målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer samt gennem en løbende evaluering af den enkelte læges uddannelsesforløb, jf. figur 7.

Fig. 7.



7.2.1. Målbeskrivelser.

En målbeskrivelse er en angivelse af de kundskaber, færdigheder og måder at forholde sig på, som den uddannelsessøgende læge bør tilegne sig i uddannelsesforløbet.

Målbeskrivelser er en forudsætning for, at der på de

enkelte afdelinger kan udarbejdes uddannelsesprogrammer samt for, at uddannelsesforløbene kan evalueres. Det er endvidere et overordnet formål med målbeskrivelserne, at disse kan medvirke til at sikre et nogenlunde ensartet uddannelsesniveau, uanset hvor i landet, den enkelte læge modtager sin videreuddannelse.

Beskrivelser af uddannelsesmål tjener således på en og samme tid som vejledning for den uddannelsessøgende læge og som grundlag for uddannelsesprogrammer og evaluering. Målbeskrivelserne skal derfor være så præcise og entydige som muligt.

Anvendelse af målbeskrivelser medvirker til at synliggøre ansvaret for opfyldelsen af undervisningsmålene og til at placere dette hos den uddannelsessøgende læge og den for uddannelsen ansvarlige overlæge. Målbeskrivelserne kan samtidig fungere som et værktøj for den uddannelsessøgende læge.

Sundhedsstyrelsen og Specialistnævnet har i de seneste år arbejdet for indførelsen af målbeskrivelser. På opfordring af Specialistnævnet har de videnskabelige selskaber udarbejdet målbeskrivelser for de fleste speciallægeuddannelser og for uddannelsen i almen medicin.

En række af de videnskabelige selskaber har sendt disse målbeskrivelser til de respektive afdelinger og har samtidig anmodet afdelingerne om at kommentere de udsendte målbeskrivelser og udarbejde undervisningsprogrammer på baggrund heraf.

Der foreligger i dag ikke målbeskrivelser, der er godkendt af de centrale sundhedsmyndigheder. Der er i udvalget enighed om, at der bør udarbejdes målbeskrivelser for såvel turnus- og introduktionsuddannelsen som for uddannelsen til alment praktiserende læge og speciallæge. Sådanne målbeskrivelser bør foreligge, inden den foreslåede uddannelsesreform iværksættes, og udvalget foreslår, at Sundhedsstyrelsen forestår udarbejdelsen heraf.

7.2.2. Uddannelsesprogrammer.

Målbeskrivelser er ikke i sig selv tilstrækkelige til at sikre målopfyldelsen. Der er tillige behov for en beskrivelse af de midler, afdelingen vil anvende for at opnå de mål, som er beskrevet i målbeskrivelserne. Sådanne beskrivelser kaldes uddannelsesprogrammer.

Afdelingerne må ved udarbejdelsen af de enkelte uddannelsesprogrammer dels tage hensyn til de forskellige kategorier af uddannelsessøgende læger, der befinder sig på afdelingerne, og dels til den konkrete - uddannelsesmæssigt relevante - virksomhed, der foregår på afdelingerne. Forinden uddannelsesprogrammer udarbejdes, må afdelingen analysere de arbejdsprocesser, manuelle håndgreb og kliniske situationer, som er grundlaget for videreuddannelsen. Herved vil det for det første være muligt for den enkelte afdeling at udarbejde individuelt tilpassede uddannelsesforløb, og for det andet kan der opnås en mere optimal fordeling af de funktioner, der er af uddannelsesmæssig værdi.

Det er i kapitel 3 anført, at sygehusvæsenets nuværende stabsstruktur indebærer, at det især inden for de store kirurgiske og medicinske specialer er vanskeligt at tilrettelægge målrettede, kliniske uddannelsesprogrammer på et rationelt grundlag.

Faststillingsreformen vil forbedre afdelingernes muligheder for at udarbejde individuelt tilpassede uddannelsesprogrammer, ligesom den foreslåede uddannelsesreform vil indebære, at uddannelsesstillingerne forbeholdes specifikke uddannelsesformål. Med færre uddannelsessøgende læger på afdelingerne vil det være lettere at udforme individuelle uddannelsesprogrammer. Uddannelsesprogrammerne udgør grundlaget for supervision og vejledning i uddannelsesprocessen.

Uddannelsesprogrammerne bør udformes detaljeret og operationelt (eksempelvis ved at indbygge visse normtal for operationer, retningslinier for supervision etc.). Hermed vil såvel den uddannelsessøgende læge som afdelingen få mulighed for at foretage en løbende kontrol af uddannelseskvaliteten.

I dag er anvendelse af uddannelsesprogrammer ikke særlig udbredt. Det fremgår f.eks. af den i afsnit 7.1 omtalte

midtvejsevaluering af arbejdskonferencer, at kun ca. halvdelen af forsøgsafdelingerne anvendte uddannelsesprogrammer - og oftest i en meget simpel form (checklister). Et antal af de deltagende psykiatriske afdelinger havde dog udarbejdet omfattende og specificerede uddannelsesprogrammer.

Udvalget mener, at uddannelsesprogrammer er nødvendige for at sikre en tilstrækkeligt effektiv klinisk videreuddannelse. Der bør derfor udarbejdes uddannelsesprogrammer for turnus-, introduktions-, speciallægeuddannelsen samt for uddannelsen i almen medicin. Når den førnævnte rapport fra Dansk Sygehus Institut foreligger, vil udvalget færdiggøre sine overvejelser om bl.a. uddannelsesprogrammer.

Uddannelsesprogrammer skal være obligatoriske. Det bør være et vilkår for Sundhedsstyrelsens godkendelse af en uddannelsesblok, at der udarbejdes et uddannelsesprogram, og at der foretages en løbende evaluering heraf. Ansvar herfor påhviler den enkelte afdelings uddannelsesansvarlige overlæge.

Udvalget anbefaler, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at udarbejde vejledende materiale om uddannelsesprogrammer samt til iværksættelsen af kursusaktivitet til uddannelsesprogrammernes gennemførelse. Det påhviler endvidere Sundhedsstyrelsen, at foretage en løbende evaluering af uddannelsesprogrammerne.

7.2.3 Evaluering.

I så godt som enhver uddannelse indgår et element af individuel vurdering af opnået viden og kunnen.

Det gælder imidlertid ikke for den kliniske videreuddannelse. Her er dokumentation for ansættelse på bestemte afdelinger i den foreskrevne tid tilstrækkelig til at opnå bevis for specialistkompetence.

Det er udvalgets opfattelse, at den tilrettelæggelse af videreuddannelsen, som udvalget foreslår, forudsætter en individuel vurdering eller kontrol af, at den uddannelsessøgende læge har tilegnet sig den viden, de færdigheder og holdninger, som er beskrevet i uddannelsesmålene.

Udvalget har overvejet, hvilken form vurderingen bør have.

Det er udvalgets opfattelse, at der ikke på nuværende tidspunkt bør indføres en egentlig eksamensordning. Det skyldes først og fremmest, at det vil være forbundet med meget store vanskeligheder at etablere en eksamensordning, der på tilfredsstillende og betryggende vis kan kontrollere såvel den uddannelsessøgendes teoretiske viden som holdninger og kliniske færdigheder. Hertil kommer, at en sådan eksamensordning må forventes at blive meget dyr. I stedet for en enkeltstående eksamen til afprøvning af de kliniske færdigheder foreslås det, at der foretages en løbende evaluering på grundlag af målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer. En sådan løbende evaluering skal ikke alene være en vurdering af, i hvilket omfang den uddannelsessøgende læge har nået de opstillede uddannelsesmål, men bør også omfatte en evaluering af den enkelte afdelings uddannelsesprogrammer og afdelingens implementering af disse.

Resultatet af en sådan systematisk evaluering af uddannelsesvirksomheden vil i sig selv blive et vigtigt incitament til, at uddannelseskvaliteten på den enkelte afdeling bliver bedre.

Ansvar for den løbende vurdering påhviler afdelingens uddannelsesansvarlige overlæge henholdsvis den praktiserende læge. Ved afslutningen af uddannelsesforløbet på den enkelte afdeling/i praksis bør vurderingen af den uddannelsessøgendes målopfyldelse have en skriftlig form. Den uddannelsessøgende skal have lejlighed til at påføre udtalelsen sine bemærkninger.

Udvalget foreslår, at den skriftlige vurdering af uddannelsesforløbet indsendes til de centrale sundhedsmyndigheder, således at der ved uddannelsesforløbets afslutning kan udstedes autorisation til den færdiguddannede læge. Samtidig får de centrale myndigheder mulighed for at vurdere uddannelsesprogrammernes gennemførelse i praksis og den lokale evaluering.

Den uddannelsessøgende læge bør have mulighed for at klage over en negativ udtalelse til sygehusets ledelse henholdsvis sygehus-/sundhedsforvaltningen til behandling i overensstemmelse med de sædvanlige fagretslige regler.

Hvis udtalelsen fastslår, at den uddannelsessøgende ikke har opnået den i målbeskrivelsen forudsatte kompetence m.m., bør der være mulighed for, at der lokalt kan aftales en forlængelse af uddannelsesforløbet.

Udvalget anbefaler, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at udarbejde vejledende materiale om evalueringsprocedurer .

Kapitel 8. Iværksættelsen af udvalgets forslag til tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse.

8.1. Indledning.

I dette kapitel beskrives, hvordan udvalgets forslag til idealmodel for den lægelige videreuddannelse kan iværksettes. Iværksættelsen af det nye system må ses i en snæver sammenhæng med - og koordineres med - faststillingsreformens gennemførelse og løsningen af restgruppens særlige problemer (jvf. kapitel 9).

Iværksættelsen af udvalgets forslag må tage udgangspunkt i de givne normeringsmæssige rammer og den eksisterende uddannelseskapacitet. Det fremgår af det følgende, at uddannelseskapaciteten er tilstrækkelig til at sikre etableringen af et uddannelsessystem i balance med en årlig kandidatproduktion på ca. 400 medicinske kandidater. Der vil derudover være kapacitet til at tilbyde særlige uddannelsesordninger for den gruppe af læger, der ikke vil blive uddannet i det nye system samt kapacitet til at konvertere et betydeligt antal stillinger i forbindelse med faststillingsreformens gennemførelse.

Udvalget anbefaler en smidig overgang til det nye uddannelsessystem ved at opdele gennemførelsen i faser, så der i en overgangsperiode vil være 2 uddannelsessystemer, hvor det nye system indføres og optrappes i takt med afviklingen af det eksisterende uddannelsessystem.

8.2. Uddannelseskapaciteten.

Udvalget har foretaget en vurdering af den uddannelseskapacitet, der med de nuværende normeringer er til rådighed inden for sygehusvæsenet og almen praksis. Udvalget har taget udgangspunkt i en forudsætning om, at uddannelseskapaciteten opretholdes stort set uændret i forhold til i dag, således som denne kommer til udtryk i det nuværende antal undervisningsstillinger.

Udvalget har dernæst beregnet det samlede stillingsforbrug, som vil være påkrævet ved iværksættelsen af udvalgets forslag og har sammenholdt dette med det antal færdiguddan-

nede læger, der i dag er beskæftiget i sygehusvæsenet, i almen praksis og i speciallægepraksis.

Der redegøres i det følgende i kortfattet form for resultaterne af disse beregninger. Der henvises i øvrigt til bilag 1, hvor der gives et samlet overblik over det antal uddannelsesstillinger, der kræves for at gennemføre udvalgets forslag for de lægelige videreuddannelser, og herunder et mere differentieret billede af disse stillingers fordeling mellem de enkelte specialer og niveauer. Bilag 1 indeholder endvidere et skøn over det antal stillinger, der inden for de enkelte specialer vil være til rådighed til konvertering til faste stillinger henholdsvis til rådighed for løsningen af restgruppens uddannelsesproblemer.

Ved beregningen af det stillingsforbrug, der vil være påkrævet til iværksættelsen af udvalgets forslag, har udvalget forudsat, at der etableres:

turnusblokke med en samlet uddannelseskapacitet på 400 læger pr. år,
800 introduktionsstillinger,
uddannelsesblokke i almen medicin med en samlet uddannelseskapacitet på 150 læger pr. år,
uddannelsesblokke inden for grundspecialerne med en samlet uddannelseskapacitet på 200 læger pr. år, og
uddannelsesblokke inden for grenspecialerne i medicin, kirurgi, klinisk neurofysiologi og neurokirurgi med en samlet uddannelseskapacitet på 42 læger pr. år.

Gennemførelsen af udvalgets forslag vil med disse forudsætninger sammenlagt kræve anvendelsen af ca. 2600 stillinger i sygehusvæsenet og ca. 275 stillinger i almen praksis. Udvalgets beregninger viser, at den eksisterende uddannelseskapacitet vil være tilstrækkelig til, at udvalgets forslag kan gennemføres inden for de givne normeringsmæssige rammer, idet det forudsættes, at der fra starten af 1990'erne vil være oprettet de nødvendige 200 praksisreservelægestillinger.

Stillingsbehovet ved den af udvalget foreslåede model for tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse vil være så beskedent, at ca. 40% af det eksisterende antal reservelægestillinger (ca. 1500 stillinger) og ca. 45% af 1. reservelægestillingerne (ca. 1900 stillinger) vil være disponible dels til konvertering til tidsubegrænsede stillinger og dels til de uddannelsesstilbud, der tilbydes restgruppen (j f. kapitel 9).

Det forudsættes, at §14-kvalificeringen efter faststillingsreformens gennemførelse vil finde sted i faste stillinger. Hvis der indtil dette er muligt skal friholdes stillinger til §14-kvalificering, skal der efter udvalgets beregninger reserveres ca. 300 1. reservelægestillinger til denne del af videreuddannelsen.

Den af udvalget foreslåede uddannelseskapacitet på ca. 350 læger pr. år vil også efter faststillingsreformens gennemførelse være tilstrækkelig til at sikre en tilstrækkelig rekruttering af færdiguddannede læger, så systemets balance kan opretholdes.

8.3. Tidsplan for iværksættelsen af udvalgets forslag.

8.3.1 Gradvis iværksættelse.

Iværksættelsen af udvalgets forslag forudsætter et tæt samarbejde mellem de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusmyndighederne omkring planlægningen af uddannelsesblokkes oprettelse og den sideløbende afvikling af de eksisterende uddannelsesstillinger i sygehusvæsenet.

Denne proces vil i sig selv nødvendiggøre, at udvalgets forslag iværksættes over en årrække.

Ved en gradvis iværksættelse må man påregne, at en stor del af de læger, der i dag er i gang med en uddannelse, vil kunne gennemføre den formaliserede videreuddannelse efter den nuværende ordning.

Udvalget forventer, at ventelisterne til turnusuddannelsen vil være afviklet i 1991 (j f. afsnit 3.4.1.). Hvis det inden da kan forudses, at der på dette tidspunkt vil være læger, der ikke opfylder kravene til opnåelse af ret til selvstændigt virke som læge, må de sikres de manglende ud-

dannelsesdele. Udvalget foreslår, at turnusudvalgene i givet fald anvender vikariater til at sikre en endelig afvikling af ventelisterne.

Endelig skal udvalget anbefale, at Sundhedsstyrelsen, som ved indførelsen af de nye speciallægebestemmelser i 1982/83, tager initiativ til at gennemføre en dispensationsrunde for de læger, der ved overgangsperiodens udløb tilnærmelsesvis opfylder kravene til videreuddannelsen.

Det er udvalgets opfattelse, at dette vil bidrage til at sikre en smidig overgang mellem de to uddannelsessystemer.

8.3.2. Overgangsperioden.

I det følgende gennemgås udvalgets forslag til tilrettelæggelse af overgangsperioden.

Udvalget foreslår indførelsen af faste kriterier for adgang til det nye uddannelsessystem. Der peges på fastsættelse af maksimumsgrænser for anciennitet ved ansættelse i en uddannelsesblok eller krav om forudgående ansættelse i en klassificeret introduktionsstilling inden ansættelse i en almen medicin-blok eller en specialeblok.

Det vil efter udvalgets opfattelse være nødvendigt med sådanne faste adgangskriterier, hvis man i det ny uddannelsessystem skal undgå de flaskehalsproblemer, der plager den nuværende ordning.

Meget faste adgangskriterier kan imidlertid få urimelige følger for en eller flere kandidatårgange. Problemets omfang afhænger dog dels af overgangsperiodens længde, dels af, om der i helt særlige tilfælde bliver adgang til dispensation for adgangskriterierne og endelig af de midlertidige uddannelsesstilbuds dimensionering og niveau, jf. kapitel 9.

De følgende forslag til overgangsordningens længde og til adgangskriterier er af foreløbig karakter. Udvalget har ikke afsluttet sine overvejelser herom.

Overgangsordningen foreslås opdelt i en forberedelsesfase og en gennemførelsesfase. Til forberedelsesfasen er afsat ca. 1 1/2 år. Udvalget fremlægger dernæst to eksempler på en gennemførelsesfase. Det ene eksempel afsætter 4 år til denne fase, det andet eksempel 7 år.

8.3.2.1. Forberedelsesfasen.

Gennemførelsen af udvalgets forslag vil kræve en omfattende forberedelse og planlægning, og udvalget skønner, at der må afsættes 1 - 1 1/2 år til dette arbejde. I forberedelsesfasen er der tre hovedopgaver:

- udarbejdelse af målbeskrivelser,
- fastsættelse af antal og fordeling af uddannelsesblokke,
- udarbejdelse af uddannelsesprogrammer.

De centrale sundhedsmyndigheder udsender efter indstilling fra Specialistnævnet de i afsnit 7.2.1. omtalte målbeskrivelser for de enkelte uddannelsesdele (turnusuddannelsen, introduktionuddannelsen, almen medicin-, speciallæge- og grenspecialeuddannelsen). De centrale sundhedsmyndigheder udarbejder og udsender derudover vejledende materiale om uddannelsesprogrammer og tager initiativ til gennemførelsen af den nødvendige kursusaktivitet. Endelig udarbejdes de uddannelsesbeviser, der skal anvendes til attestation af gennemførte uddannelsesforløb (jf. afsnit 7.2.3.). Sideløbende hermed fastsætter de centrale sundhedsmyndigheder - efter forhandling med sygehusejerne - antallet af uddannelsesblokke m.m. inden for de enkelte specialer og almen medicin samt den geografiske fordeling heraf.

Med udgangspunkt i disse udmeldinger fra de centrale sundhedsmyndigheder planlægger sygehuskommunerne oprettelse af introduktionsstillinger, almen medicinblokke og speciallægeblokke (jf. afsnit 6.3. og 6.4.). Forslag til uddannelsesblokke indsendes til de centrale sundhedsmyndigheder til godkendelse. På grundlag af de udsendte målbeskrivelser udarbejder de enkelte afdelinger samt almen praksis de uddannelsesprogrammer, der er relevante for den uddannelsesmæssige virksomhed. Alle introduktionsstillinger, en trediedel af almen medicinblokkene og halvdelen af speciallægeblokkene må være klar til opslag ved forberedelsesfasens afslutning.

Kursusplanerne skal tilpasses de ændrede videreuddannelsesforløb, idet læger under videreuddannelse skal kunne følge både de obligatoriske og de valgfri kurser jævnt fordelt over den tid, de er ansat i en uddannelsesblok. Speciallægekurserne vil som hovedregel skulle have en fireårig cyklus.

Undervisningsstillinger i den nuværende ordning besættes i overensstemmelse med den aktuelle praksis i de forskellige specialer.

8.3.2.2. Iværksættelsesfasen.

Efter forberedelsesfasens afslutning vil den konkrete gennemførelse af udvalgets forslag kunne påbegyndes. Udvalget fremlægger i bilag 2 eksempler på to forskellige gennemførelsesfaser, og herunder en oversigt over de enkelte aktiviteter - og deres tidsmæssige placering - der indgår heri.

I det ene eksempel beskrives en gennemførelsesfase med en varighed på 4 år. Efter udvalgets opfattelse vil dette være den korteste tid, som udvalgets forslag til ny uddannelsesordning vil kunne gennemføres på. Denne korte gennemførelsesfase indebærer den umiddelbare fordel, at der vil kunne opnås en hurtig etablering af udvalgets forslag til videreuddannelsernes tilrettelæggelse, og at det meget hurtigt vil blive afklaret, hvilke læger, der vil kunne komme i betragtning til det nye system. Modsat indebærer en kort gennemførelsesfase med faste adgangskriterier, at relativt store dele af nogle få kandidatårgegne ikke vil komme i betragtning til en videreuddannelse i det nye system.

Udvalget har derfor i det andet eksempel til gennemførelsesfase udvidet denne med tre år til i alt 7 år. Også dette eksempel indeholder faste adgangskriterier, men de læger, der ikke vil blive omfattet af den nye ordning, vil ved dette eksempel blive fordelt mellem flere kandidatårgegne. Det tidspunkt, fra hvilket det nye uddannelsessystem vil fungere fuldt ud, vil blive udskudt med 3 år.

Udvalget har ikke afsluttet sine overvejelser om, hvilken gennemførelsesfase, udvalget skal anbefale iværksat.

Kapitel 9. Restgruppen.

9.1. Indledning.

Som beskrevet i kapitel 8 foreslår udvalget, at den gældende ordning for lægers kliniske videreuddannelse i en overgangsperiode nedtrappes samtidig med en gradvis iværksættelse af udvalgets forslag. Selv efter starten på den ny uddannelsesordning vil en del læger således færdiggøre deres kliniske videreuddannelse efter den nugældende ordning. Her-til kommer, at læger, der tilnærmelsesvis opfylder de gæl-dende krav til videreuddannelsen, vil blive omfattet af den foreslåede dispensationsrunde.

Læger, der herefter ikke har udsigt til at opnå en af de formelle videreuddannelser i et speciale eller i almen medicin, henfører udvalget til restgruppen.

Restgruppen vil, indtil balancesituationen er opnået, således bestå af den gruppe af læger, der ikke vil kunne forvente at afslutte den formaliserede videreuddannelse in-den afviklingen af det nuværende uddannelsessystem er tilen-debragt, og som typisk på grund af høj anciennitet ikke vil kunne komme i betragtning ved besættelsen af stillinger i det nye uddannelsessystem. Såfremt der åbnes mulighed for fastansættelse uden formaliseret videreuddannelse, vil læ-ger, der fastansættes uden formaliseret videreuddannelse, ikke indgå i restgruppen.

Restgruppens størrelse kan beregnes som den akkumulere-de forskel mellem den årlige kandidatproduktion og uddannel-seskapaciteten. Der ses her bort fra læger, der opnår ansæt-telse i udlandet eller som af andre årsager undlader at søge en formaliseret videreuddannelse her i landet. Under forud-sætning af en uændret uddannelseskapacitet kan restgruppen herefter anslås til 1.800 - 2.000 læger i 1990. Dette tal skal som nævnt reduceres med det antal læger, der enten vil blive omfattet af den foreslåede dispensationsordning, eller som måtte få mulighed for fastansættelse uden formaliseret videreuddannelse.

Til varetagelse af sygehusvæsenets lægelige funktioner vil der efter udvalgets opfattelse være et varigt behov for et antal læger i underordnede stillinger på sygehusene ud over de reservelæger, der både under den nuværende og under den fremtidige ordning vil være i færd med at gennemføre en formaliseret videreuddannelse. Disse læger må have en tilfredsstillende videreuddannelse, og videreuddannelsessystemet må tilrettelægges og dimensioneres i overensstemmelse hermed.

Der er enighed i udvalget om, at der bør etableres uddannelsesstilbud til restgruppen. Der er imidlertid ikke enighed om disse tilbuds dimensionering og niveau.

9.2. Uddannelsesstilbud til restgruppen.

9.2.1. Dimensionering.

Der er i udvalget forskellige opfattelser af udgangspunktet for dimensionering af uddannelses tilbuddene til restgruppen.

Nogle i udvalget har peget på, at såvel hensynet til restgruppens generelle anvendelighed i sundhedssektoren, herunder sygehusvæsenets behov for, at lægerne er i stand til selvstændigt at forestå diagnosticering og behandling, som hensynet til lægerne, taler for at tilbyde alle læger i restgruppen en formaliseret videreuddannelse.

Andre i udvalget har lagt vægt på, at mange af lægerne i restgruppen allerede i dag gør god fyldest i sygehusvæsenet. Sygehusvæsenet har derfor ikke behov for, at alle disse læger gennemfører en formaliseret videreuddannelse. Disse udvalgsmedlemmer mener samtidig, at der bør etableres videreuddannelsesstilbud for restgruppen under forudsætning af, at disse tilbud ikke nødvendigvis fører til en uddannelse til speciallæge eller alment praktiserende læge.

9.2.2. Uddannelsens niveau.

Der er i udvalget enighed om, at løsningen af restgruppens uddannelsesproblemer ikke må medføre, at der uddannes

speciallæger og læger til almen praksis med en kvalitativt ringere uddannelse end den, der gives efter de nuværende uddannelseskrav.

Det er samtidig udvalgets opfattelse, at det vil være muligt at iværksætte den foreslåede ændring af tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse og samtidig sikre restgruppen en kvalitativt tilfredsstillende videreuddannelse.

En del af udvalget er af den opfattelse, at alle læger bør gennemgå en videreuddannelse til et niveau, der giver den enkelte læge tilladelse til at betegne sig som almentpraktiserende læge eller speciallæge. Den videreuddannelse, der tilbydes restgruppen, må herefter tilrettelægges og dimensioneres således, at alle uddannelsessøgende læger får tilbud om at gennemføre en uddannelse, der opfylder de formelle uddannelseskrav.

En anden del af udvalget finder, at der bør tilbydes en dokumenteret videreuddannelse af en varighed på mindst 60 måneder baseret på allerede opnået klinisk videreuddannelse suppleret med teoretiske kurser, og at sundhedsvæsenets efterspørgsel efter lægelig arbejdskraft skal være bestemmende for, hvor mange læger der uddannes til speciallæge henholdsvis alment praktiserende læge. Den videreuddannelse, der tilbydes restgruppen, må følgelig tilrettelægges og dimensioneres i overensstemmelse hermed.

Udvalget har på denne baggrund drøftet alternative forslag til en løsning af restgruppens uddannelsesproblemer.

Alternativ I

Dette alternativ tager sit udgangspunkt i den opfattelse, at alle læger bør uddannes til alment praktiserende læge eller speciallæge.

Dette alternativ bygger på følgende forudsætninger:

- alle læger bør gennemgå en klinisk videreuddannelse med tilhørende teoretiske kurser svarende til uddannelsen til alment praktiserende læge eller speciallæge, dvs. en uddannelse, der medfører, at den færdig-

uddannede læge kan få tilladelse til at betegne sig som alment praktiserende læge eller opnå speciallæge-
anerkendelse/

- det anses for hensigtsmæssigt, at alle faste stillinger inden for sygehusvæsenet besættes med speciallæger.

Konsekvenserne af dette alternativ vil være,

- at der inden for de enkelte specialer uddannes det antal speciallæger, der er nødvendigt for at opfylde efterspørgslen efter speciallæger i en situation, hvor alle ikke-tidsbegrænsede stillinger inden for sygehusvæsenet er besat med speciallæger,
- at uddannelseskapaaciteten i almen medicin alene bestemmes af den forventede efterspørgsel i primærsektoren.

Alternativ II

Dette alternativ indebærer, at der som led i overgangsordningen kun uddannes speciallæger og alment praktiserende læger ud over det nuværende antal i det omfang, der kan konstateres en efterspørgsel, som giver de færdiguddannede speciallæger og alment praktiserende læger rimelige muligheder for efterfølgende beskæftigelse på et niveau og i en stilling, der svarer til deres uddannelse.

Til andre læger i restgruppen tilbydes en videreuddannelse på mindst 60 måneders klinisk uddannelse og 120-150 timers teoretisk kursus.

Dette alternativ bygger på følgende forudsætninger:

- det er ikke hensigtsmæssigt at uddanne speciallæger, medmindre der er rimelig mulighed for, at de efterfølgende kan opnå beskæftigelse på et niveau og i en stilling, der svarer til deres uddannelse,
- det anses for urealistisk at tilbyde alle læger, der ikke uddannes til speciallæge, en uddannelse til al-

ment praktiserende læge, da det hverken vil være muligt at skaffe et tilstrækkeligt antal praksisamundensisstillinger til formålet eller skabe rimelige muligheder for, at de efterfølgende kan beskæftiges svarende til deres uddannelsesmæssige baggrund.

Konsekvenserne af dette alternativ vil være,

- at der inden for de enkelte specialer uddannes det antal speciallæger, der er nødvendigt, for at opfylde efterspørgslen, også efter at en stabsstrukturereform er gennemført, at der gives et tilbud om en dokumenteret 60-måneders klinisk videreuddannelse suppleret med teoretiske kurser af mindst 120 timers varighed.

Udvalget har ikke afsluttet sine overvejelser om, hvilket alternativ der skal anbefales til løsning af restgruppens uddannelsesproblemer.

9.2.3. Indholdet i uddannelsestilbudene til restgruppen.

Uanset hvilket alternativ der vælges til løsning af restgruppens uddannelsesproblem, vil der være behov for en betydelig indsats ved uddannelsestilbudenes tilrettelæggelse. Planlægningen af disse uddannelsestilbud må ske i et så nært samarbejde med den enkelte læge som muligt.

Udvalget foreslår, at uddannelsen af restgruppen baseres på en vurdering af den enkelte læges reelle uddannelsesbehov, hvilket forudsætter et kendskab til dennes tidligere uddannelse og uddannelsesmål. På baggrund heraf kan der etableres fleksible og individuelt tilpassede uddannelsestilbud, hvor den enkelte læge uanset overenskomstbestemmelserne kun ansættes i det tidsrum, som vedkommende har behov for. Udvalget foreslår af praktiske grunde, at der til den enkelte læge udstedes et uddannelsesbevis, hvoraf det skal fremgå, hvilke uddannelseselementer den pågældende læge har opnået.

Der kan på denne baggrund etableres uddannelsesstilbud bestående af midlertidige specialeblokke, uddannelsesblokke i almen medicin og eventuelt særlige delblokke. De midlertidige uddannelsesblokke skal sammen med lægens curriculum vitae forelægges de centrale sundhedsmyndigheder til godkendelse.

Vælges alternativ I skal alle læger have tilbudt en formaliseret videreuddannelse inden for et speciale eller i almen medicin. Dette indebærer, at antallet af undervisningsstillinger og speciallægeblokke samt antallet af uddannelsesstillinger og uddannelsesblokke inden for almen medicin - med de dertil hørende teoretiske kurser - må øges væsentligt.

Den midlertidige udvidelse af uddannelseskapaaciteten forbeholdes læger fra restgruppen. Disse læger skal have en relevant uddannelsesbaggrund, som f.eks. kan fastlægges således:

- afsluttet turnus- og introduktionsuddannelse,
- den for specialet nødvendige supplerende uddannelse,
- mindst 18 måneders ansættelse på en afdeling inden for specialet på landsdels- eller hovedsygehus.

Vælges sådanne kriterier, vil specialeblokken formentligt kunne afkortes og tilrettelægges som f.eks. 12 måneders ansættelse som reservelæge på landsdelsafdeling efterfulgt af 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge på afdeling på hovedsygehus - gerne på det sygehus, hvor man har vedkommede læge ansat før blokken påbegyndes.

Et antal uddannelsesblokke i almen medicin skal på tilsvarende måde forbeholdes læger fra restgruppen.

Læger ansat i sådanne uddannelsesblokke skal have sædvanlig teoretisk uddannelse i løbet eller umiddelbart i fortsættelse af blokansættelsen.

Vælges alternativ II for løsningen af restgruppens uddannelsesproblemer, skal de under alternativ I omtalte specialeblokke og uddannelsesblokke i almen medicin kun oprettes i det omfang, der kan konstateres en efterspørgsel efter

færdiguddannede speciallæger henholdsvis læger i almen medicin. Derudover etableres uddannelsesblokke (delblokke), der skal tilbydes lægerne i restgruppen således, at disse, med udgangspunkt i deres allerede opnåede kliniske uddannelse, i alt opnår mindst 60 måneders klinisk uddannelse af en nærmere bestemt sammensætning samt 120-150 timers teoretisk kursus. Herved bringes disse lægers uddannelseslængde på niveau med almen medicinere, men de vil få en uddannelse, der snarere sigter på en fortsat funktion i sygehusvæsenet, og som gør den enkelte læge bedre kvalificeret til ansættelse i reservelægestillinger uden tidsbegrænsning. Såfremt det findes hensigtsmæssigt, kan uddannelsen liniedeles i f.eks. en kirurgisk, en medicinsk, en (neuro)psykiatrisk og en laboratorielinie.

Den dokumenterede kliniske videreuddannelse vil give lægerne i i restgruppen en naturlig indgang til at følge den løbende efteruddannelse inden for de områder, de har interesse i.

Den praktiske tilrettelæggelse af disse uddannelses tilbud foreslås varetaget i et samarbejde mellem de centrale sundhedsmyndigheder, de enkelte sygehuskommuner samt i samarbejde mellem sygehuskommunerne.

9.2.4. Tilrettelæggelse af restgruppens uddannelse.

9.2.4.1. De centrale sundhedsmyndigheder.

De centrale sundhedsmyndigheder fastsætter retningslinier for og antallet af midlertidige specialeblokke og uddannelsesblokke i almen medicin, samt sikrer det nødvendige udbud af teoretiske kurser.

Sundhedsstyrelsen udsteder til hver læge et uddannelsesbevis, hvoraf det fremgår, hvilke uddannelseselementer den pågældende har, og hvilke der mangler for gennemførelse af den ønskede uddannelse. På grundlag heraf kan de individuelle uddannelsesblokke etableres.

Vælges alternativ II for de midlertidige uddannelses tilbud, skal der herudover udarbejdes uddannelseskrav til læger, der ønsker at opnå godkendelse af dokumenteret videre-

uddannelse, og der skal samtidigt sikres det til uddannelsen fornødne kursustilbud.

Endelig fastsættes længden af den periode, inden for hvilken de nævnte ordninger skal tilbydes, idet udvalget dog må anse det for mest hensigtsmæssigt, at varigheden ikke væsentligt adskiller sig fra overgangsperiodens varighed.

9.2,4.2. Sygehuskommunerne.

Den enkelte sygehuskommune bliver for det første ansvarlig for etablering af det fastsatte antal uddannelsesblokke. Hvis der skal etableres specialeblokke, skal disse tilrettelægges i et samarbejde mellem sygehuskommuner i et geografisk område på samme måde som for etablering af specialeblokke i øvrigt.

Vælges alternativ II for de midlertidige uddannelses-tilbud, skal den enkelte sygehuskommune endvidere oprette delblokke, således at lægerne i restgruppen kan få mulighed for at supplere deres uddannelse op til de nævnte 60 måneder .

Antallet af midlertidige specialeblokke vil være bestemt af, hvilket alternativ der vælges. I alternativ II vil den midlertidige udvidelse af uddannelseskapa- citeten formentlig kunne gennemføres alene ved en forøgelse af antallet af undervisningsstillingerne på landsdelssygehusene og friholdelse af det nødvendige antal 1. reservelægestillinger fra stabsstrukturen. Anvendes alternativ I, kan der for nogle specialers vedkommende tillige blive behov for oprettelse af midlertidige undervisningsstillinger på hovedsygehusniveau.

9.3. Sammenhængen mellem udvalgets forslag og faststillingsreformen.

I udvalgets kommissorium indgår en forudsætning om, at der gennemføres en faststillingsreform i sygehusvæsenet ved, at et stort antal af de nuværende uddannelsesstillinger om- dannes til faste stillinger på speciallægeniveau.

Den første forudsætning for faststillingsreformens gennemførelse blev opfyldt med indgåelsen af aftalen om vagtbæ-

rende overlæger i foråret 1987 - dog kun inden for Amtsrådsforeningens aftaleområde. Den anden forudsætning - indgåelsen af en overenskomst for fastansatte underordnede speciallæger - er som bekendt endnu ikke opfyldt.

Etableringen af disse faste stillinger er en forudsætning for, at der kan gennemføres en stabsstrukturereform i sygehusvæsenet. Derimod finder udvalget ikke, at faststillingsreformens gennemførelse vil være en forudsætning for iværksættelsen af de forslag, der er indeholdt i denne delbetænkning.

For at sikre en hensigtsmæssig fordeling af den samlede lægelige arbejdskraft inden for sygehusvæsenet er det i sig selv nødvendigt, at der iværksættes en overordnet planlægning af faststillingsreformen, når denne skal gennemføres. Udvalget ønsker derudover at understrege, at faststillingsreformen ikke bør gennemføres i et sådant omfang og tempo, at uddannelsessystemet blokeres.

For at sikre etableringen af et uddannelsessystem i balance må der således ved konverteringen af de nuværende uddannelsesstillinger til faste stillinger tages afgørende hensyn til behovet for at friholde det antal uddannelsesstillinger, der vil være nødvendigt til at sikre videreuddannelsen inden for de enkelte specialer og i almen medicin. De stillinger, der ikke skal anvendes til den kliniske videreuddannelse af læger, kan herefter principielt konverteres til faste stillinger.

I overgangsperioden er det derudover nødvendigt, at konverteringen af især undervisningsstillinger og 1. reservelægestillinger kun sker i det omfang, det er muligt uden at blokere for de læger, der skal gennemføre videreuddannelsen efter den hidtidige ordning. Tilsvarende er det vigtigt, at den hastighed, hvormed faststillingsreformen gennemføres, afpasses i forhold til den løsning, der vælges for restgruppens særlige uddannelsesproblemer.

Kapitel 10. Økonomisk overslag.

10.1. Indledning.

Det er overordentlig vanskeligt i denne fase af udvalgsarbejdet at give et præcist overslag over de samlede økonomiske konsekvenser af udvalgets forslag. Vanskelighederne skyldes dels den endnu uafklarede situation omkring faststillingsreformens gennemførelse og dels det forhold, at det er vanskeligt at prisfastsætte især de ressourcemæssige gevinster, som en gennemførelse af udvalgets forslag vil medføre. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at forslaget til videreuddannelsernes tilrettelæggelse, herunder forslaget til overgangsordning, sammen med den foreslåede intensivering af uddannelsesaktiviteten vil kunne iværksættes indenfor de eksisterende økonomiske rammer.

10.2. Udgifter ved en gennemførelse af udvalgets forslag.

Der vil være meget stor forskel på ressourceforbruget i den fase, hvor den ny uddannelsesordning indkøres, og den fase, hvor rutinerne er etableret.

I indkøringsperioden skal de centrale sundhedsmyndigheder forestå udarbejdelsen af målbeskrivelser og udarbejde vejledninger om uddannelsesprogrammer og om evaluering. For at medvirke til en så gnidningsfri indkøring af uddannelsesordningen som muligt foreslår udvalget, at de centrale sundhedsmyndigheder gennemfører en række kurser. De centrale sundhedsmyndigheder vil endvidere få en række opgaver i forbindelse med etablering af og gennemførelse af uddannelse af restgruppen. Endelig skal de centrale sundhedsmyndigheder fastlægge antal og fordeling af uddannelsesblokke og konkret godkende de enkelte blokke.

For sygehuskommunernes vedkommende må der i overgangsperioden afsættes ressourcer til uddannelsesblokkenes etablering og herunder etableringen af samarbejdet omkring speciallægeuddannelserne. Til sikring af den nødvendige intensivering af uddannelsesfunktionen skal der udarbejdes uddannelsesprogrammer på de enkelte afdelinger samt iværksættes

en systematisk evalueringsvirksomhed, hvor især udarbejdelsen af uddannelsesprogrammer må ventes at blive ganske resourcekrævende.

På lidt længere sigt vil ressourceforbruget primært vedrøre uddannelsesordningens vedligeholdelse. Dette vil for de centrale sundhedsmyndigheders vedkommende betyde en løbende overvågning og fastsættelse af uddannelsessystemets dimensionering og indhold (herunder justering af målbeskrivelser m.v.), samt løbende godkendelse af nye uddannelsesblokke og -programmer. Hertil kommer en intensiveret prognosevirksomhed. For sygehuskommunerne vil vedligeholdelsesopgaverne primært vedrøre den løbende administration af uddannelsesblokkene, vedligeholdelse af afdelingernes uddannelsesprogrammer og evalueringsvirksomhed.

10.3. Ressourcemæssige gevinster ved en gennemførelse af udvalgets forslag.

En gennemførelse af udvalgets forslag vil først og fremmest medføre, at der inden for den eksisterende stillingsnormering kan opnås en forbedret videreuddannelse og dermed en forbedret patientbehandling. Lægerne vil tidligere i deres karriereforløb end i dag opnå en tilfredsstillende sikkerhed i diagnosticering og behandling. Dette vil bl.a. indebære, at tilbøjeligheden til at iværksætte overflødige eller utilstrækkeligt begrundede undersøgelser og behandlinger vil blive reduceret.

Det er udvalgets opfattelse, **at** det allerede fra det tidspunkt, hvor målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer er udarbejdet og anvendes i det daglige arbejde, vil være muligt at opnå produktionsforbedringer. Efter udvalgets opfattelse vil disse - sammen med de langsigtede fordele forbundet med en forbedret videreuddannelse og patientbehandling - medvirke til, at gevinsterne ved en gennemførelse af udvalgets forslag vil opveje meromkostningerne.

BILAG.

BILAG 1.

Udvalgets beregninger af uddannelseskapa- citeten og stillingsforbruget.

1. Indledning.

Udvalget har til belysning af dets forslag til tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse af læger foretaget en beregning af forbruget af tidsbegrænsede stillinger til videreuddannelsen og sammenholdt dette med den samlede stillingsmængde i sygehusvæsenet, almen praksis og speciallægepraksis.

Det talmateriale, der ligger til grund for udvalgets beregninger stammer dels fra "Sundhedsstyrelsens Lægetælling, November 1986" og dels fra "Lægestillinger og Sengepladser på Institutioner, April 1987", Sundhedsstyrelsen, juli 1987. Bilagets tabeller er udarbejdet på grundlag af beregninger foretaget i Den almindelige danske Lægeforening.

2. Stillingsmængden i sundhedsvæsenet.

I tabel 1 gives en oversigt over antallet af slutstillinger og tidsbegrænsede stillinger i sundhedsvæsenet inden for såvel de enkelte specialer som almen medicin.

De to største grupper af slutstillinger er overlægestillinger i sygehusvæsenet og læger i almen praksis. Sammenlagt er antallet af stillinger og funktioner besat med speciallæger den største gruppe: i alt godt 3000 læger. Hvis det forudsættes, at en færdiguddannet læge normalt vil have en funktionstid på 25 år, vil en årlig tilgang på ca. 125 læger være tilstrækkelig til at sikre, at denne gruppe er i balance. Tilsvarende vil en årlig tilgang på ca. 125 alment praktiserende læger være tilstrækkelig til at sikre balancen for gruppen på knapt 3000 praktiserende læger. Dermed vil den af udvalget foreslåede uddannelseskapa-
citet på ca. 200 speciallæger og ca. 150 alment praktiserende læger pr. år give mulighed for en udbygning indeholdende bl.a. en faststillingsreform og en vedligeholdelse af den herved tilvejebragte stillingsmasse.

TABEL 1

STILLINGSMASSEN 1987

	Slutstillinger				Tidsbegrænsede stillinger		Total
	Ovl.	Prakt.	Andre	Ialt	l.rsl.	rsl.	
	sp.1.						
1. Anæstesiologi	177	18	7	202	159	283	644
2. Børnepsykiatri	37	10	7	54	20	16	90
3. Dermato-venerologi	21	99	2	122	24	22	168
4. Radiologi	177	11	2	198	107	132	429
5. Gyn. og obstetrik	82	77	6	165	171	264	600
6. Intern medicin	191	17	14	222	323	536	1081
6a. Kardiologi	18	4	3	25	22	53	100
6b. Hepatologi	2	-	-	2	2	2	6
6c. Hæmatologi	12	-	1	13	20	26	59
6d. Infektionsmedicin	8	-	1	9	13	19	41
6e. Geriatri	25	1	2	28	22	28	78
6f. Allergologi	1	4	1	6	-	-	6
6g. Endokrinologi	22	-	-	22	30	55	107
6h. Gastroenterologi	10	22	1	33	23	31	87
6i. Lungesygdomme	13	-	2	15	16	26	57
6k. Nefrologi	21	-	2	23	28	52	103
6l. Reumatologi	76	56	9	141	62	67	270
6m. Tropemedicin	-	-	2	2	-	-	2
7. Kirurgi	175	23	3	203	261	558	1022
7a. Karkirurgi	3	-	-	3	3	7	13
7b. Gastroenterologi	29	6	1	36	49	100	185
7c. Plastikkirurgi	16	11	2	29	14	20	63
7d. Thoraxkirurgi	24	1	-	25	30	44	99
7e. Urologi	25	-	1	26	39	71	136
8. Klin. fysiologi	24	1	2	27	14	21	62
9. Klin. immunologi	17	-	4	21	12	18	51
10. Klin. kemi	64	4	3	71	24	30	125
11. Klin. mikrobiologi	43	-	14	57	12	48	117
12. Neuromedicin	58	20	8	86	61	93	240
12a. Klin. neurofysiologi	10	-	-	10	7	4	21
12b. Neurokirurgi	25	1	-	26	21	48	95
13. Oftalmologi	48	126	2	176	48	35	259
14. Onkologi	34	-	2	36	33	50	119
15. Ortopædisk kirurgi	95	17	5	117	170	343	630
16. Otologi	72	169	1	242	81	78	401
17. Patologisk anatomi	109	1	16	126	51	48	225
18. Psykiatri	229	107	22	358	205	265	828
19. Pædiatri	52	21	21	104	106	156	366
20a. Samf.med./adm.	2	-	38	40	-	5	45
20b. Samf.med./arb.	8	-	11	19	8	11	38
20c. Samf.med./soc.	-	-	-	-	-	-	-
- Almen praksis			2944	2944	172	129	3245
Ialt	2065	829	3162	6056	2453	3794	12313

3. Stillingsforbruget ved iværksættelsen af udvalgets forslag.

Tabel 2 viser det samlede stillingsforbrug, som vil være påkrævet til den af udvalget foreslåede model for tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse og giver et billede af disse stillingers fordeling mellem de enkelte specialer og niveauer.

Derudover indeholder tabellen et skøn over, hvor mange stillinger, der vil kunne konverteres til faste stillinger henholdsvis vil kunne anvendes til løsning af restgruppens uddannelsesproblemer.

Som nævnt i afsnit 8.2. har udvalget forudsat, at uddannelseskapaleten opretholdes stort set uændret, således som denne i dag kommer til udtryk i antallet af undervisningsstillinger.

3.1. Turnusuddannelsen.

Udvalget foreslår, jf. afsnit 5.3.1., at turnusuddannelsen tilrettelægges som et samlet blokforløb på 18 måneders varighed, og at alle medicinske kandidater tilbydes denne første del af videreuddannelsen snarest efter afsluttet eksamen.

Ifølge undervisningsministeriets seneste prognose vedrørende kandidatproduktionen (november 1988), vil denne i 1990/91 være ca. 400. Det vil derfor fra starten af 1990'erne være muligt at gennemføre udvalgets forslag inden for de eksisterende normeringsmæssige rammer. Det forudsættes, at der på dette tidspunkt vil være oprettet de nødvendige 200 praksisreservelægestillinger.

Det samlede stillingsforbrug til turnusuddannelsen vil herefter være 200 medicinske og 200 kirurgiske reservelægestillinger samt 200 praksisreservelægestillinger.

TABEL 2

STILLINGSFORBRUGET TIL VIDEREUDANNELSERNE

	Udd. pr. år	Intro. + turnus	Suppl. udd.+ ap.	Specialeblok		Til konvert.		Still. til §14
				rsl.	1.rsl.	rsl.	1.rsl.	
1. Anæstesiologi	16	64	1	32	24	186	135	32
2. Børnepsykiatri	3	12	-	3	5	1	15	6
3. Dermato-venerologi	4	16	-	6	6	-	18	8
4. Radiologi	14	56	-	28	21	48	86	28
5. Gyn. og obstetrik	8	32	76	12	12	144	159	16
6. Intern medicin	42	264	164	84	63	24	260	32
6a. Kardiologi	(3)	12	1	-	9	40	13	-
6b. Hepatologi	(1)	2	-	-	3	-	-1	-
6c. Hematologi	(1)	4	1	-	3	21	23	-
6d. Infektionsmedicin	(1)	4	1	-	3	14	16	-
6e. Geriatri	(3)	12	-	-	8	16	20	-
6f. Allergologi	(2)	-	2	-	5	-2	-5	-
6g. Endokrinologi	(2)	8	2	-	5	45	25	-
6h. Gastroenterologi	(2)	8	1	-	6	22	17	-
6i. Lungesygdomme	(2)	8	-	-	6	18	10	-
6k. Nefrologi	(2)	8	2	-	6	42	22	-
6l. Reumatologi	(7)	28	6	-	21	33	41	-
7. Kirurgi	24	248	80	48	36	182	225	24
7a. Karkirurgi	(1)	4	-	-	3	3	-	-
7b. Gastroenterologi	(3)	12	2	-	9	86	40	-
7c. Plastikkirurgi	(2)	8	2	-	6	10	8	-
7d. Thoraxkirurgi	(3)	12	9	-	8	23	22	-
7e. Urologi	(3)	12	3	-	8	56	31	-
8. Klin. fysiologi	2	8	5	4	3	4	11	4
9. Klin. immunologi	1	4	4	2	2	8	10	2
10. Klin. kemi	3	12	7	6	5	5	19	6
11. Klin. mikrobiologi	2	8	7	4	3	29	9	4
12. Neuromedicin	9	20	19	10	8	44	53	10
12a. Klin. neurofysiologi	(1)	-	-	4	3	-	4	-
12b. Neurokirurgi	(3)	12	20	4	9	12	12	-
13. Oftalmologi	6	24	-	6	9	5	39	6
14. Onkologi	3	12	-	5	5	33	28	6
15. Ortopædisk kirurgi	18	72	52	27	27	192	143	36
16. Otologi	11	44	-	17	17	17	64	10
17. Patologisk anatomi	6	24	-	12	9	12	42	12
18. Psykiatri	20	80	81	40	30	64	175	30
19. Pædiatri	8	32	78	8	12	38	94	16
- Almen praksis	150	200	75	-	-	-	-	-
Ialt	350	1386	706	362	418	1475	1883	288

3.2. Introduktionsuddannelsen.

Udvalget foreslår, jf. afsnit 5.3.2., at introduktionsuddannelsen tilrettelægges som 1-årige reservelægeansættelser, og at alle yngre læger, der vælger en videreuddannelse efter turnustiden, får mulighed for i gennemsnit at tilbringe 2 år inden for denne stillingskategori.

Da introduktionsuddannelsen ud over at opfylde de formelle krav også bør give den uddannelsessøgende læge mulighed for at afprøve sine faglige interesser og evner over for flere specialer, har udvalget valgt at fordele de "overskydende" introduktionsstillinger inden for de enkelte specialer i samme forhold som det, der er anvendt ved fordelingen af de introduktionsstillinger, der skal anvendes i forbindelse med etablering af 200 speciallægeuddannelsesblokke.

Det samlede stillingsforbrug inden for de enkelte specialer ved etablering af knap 800 introduktionsstillinger fremgår, sammen med stillingsforbruget til turnusuddannelsen, af tabel 2.

3.3. Uddannelsen i almen medicin.

Udvalget foreslår, jf. afsnit 5.3.3., at uddannelsen i almen medicin tilrettelægges som en blokuddannelse. Hovedprincippet for udformningen af uddannelsesblokkene vil være, at lægen i samme ansættelse får mulighed for at gennemføre den samlede kliniske uddannelse på 42 måneder efter turnustiden, således at blokuddannelsen også vil omfatte ansættelse som praksisamanuensis.

Ved beregning af det samlede stillingsforbrug ved uddannelse af 150 læger pr. år er udvalget gået ud fra, at alle gennemgår en uddannelsesblok af 42 måneders varighed. Udvalget har for så vidt angår de valgfri uddannelseselementer, der indgår i uddannelsesblokkene, foretaget en fordeling af disse inden for specialerne psykiatri og pædiatri.

Ved uddannelsen af 150 læger pr. år i almen medicin vil det samlede stillingsforbrug udgøre ca. 450 reservelægestillinger i sygehusvæsenet og 75 stillinger som praksisamanuensis.

3.4. Speciallægeuddannelsen - grundspecialerne.

Udvalget foreslår, jf. afsnit 5.3.4., at den del af speciallægeuddannelsen, der ligger efter introduktionstiden, tilrettelægges som en samlet blokansættelse bestående af undervisningsstillingen, den supplerende uddannelse samt 1. reservelægeuddannelsen.

Ved beregningen af stillingsforbruget har udvalget taget udgangspunkt i det eksisterende antal undervisningsstillinger inden for de enkelte specialer, idet forholdet mellem speciallægeuddannelsesblokkene svarer til forholdet mellem de nuværende undervisningsstillinger. Dog skal det bemærkes, at forbruget af reservelægestillinger ikke er fordelt på grenspecialer.

Det samlede stillingsforbrug ved etablering af speciallægeuddannelsesblokke med en årlig uddannelseskapa- citet på 200 inden for grundspecialerne fremgår af tabel 2. Der er her ikke taget højde for en eventuel anvendelse af praksis- manuensisstillinger i speciallægepraksis i speciallægeblok- kene.

3.5. Speciallægeuddannelsen - grenspecialerne.

Udvalget foreslår, jf. afsnit 5.3.5., at også uddannel- sen i grenspecialerne tilrettelægges som blokansættelser, der også indeholder en eventuel supplerende uddannelse. Grenspecialeuddannelsen skal som hovedregel først påbegyndes efter afsluttet uddannelse i grundspecialet.

På grundlag af en opgørelse af den årlige speciallæge- produktion inden for samtlige grenspecialer i perioden 1980-1987 og den årlige efterspørgsel i samme tidsrum har udvalget beregnet, at der til etablering af grenspeciallæge- uddannelsesblokke med en årlig uddannelseskapa- citet på 42, heraf 26 inden for de medicinske, 12 inden for de kirurgiske og 4 inden for de neuromedicinske grenspecialer, skal anven- des ca. 125 1. reservelægestillinger og ca. 30 reservelæge- stillinger, sidstnævnte hovedsageligt inden for laboratorie- specialerne.

Antallet af uddannede pr. år i grenspecialerne er i ta- bel 2 angivet i parantes, idet opgørelsen over læger, der søger uddannelse i grundspecialerne også omfatter de læger, der søger videreuddannelse i et grenspeciale.

3.6. Si4-kvalificering.

Udvalget forudsætter, jf. afsnit 5.3.6., at §14-kvalificeringen som hovedregel sker ved ansættelse i en fast stilling på relevante afdelinger på hovedsygehuse eller lands- og landsdelssygehuse.

I den af udvalget foreslåede model for tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse er kun grenspeciallægeuddannelserne af en sådan varighed, at § 14-kvalificering opnås. Hvis speciallæger skal have mulighed for at § 14-kvalificere sig, skal de i gennemsnit tilbringe 2 år i en 1. reservelægestilling efter afsluttet uddannelse i et grundspeciale.

Indtil der er gennemført en faststillingsreform, der gør det muligt at opnå §14-kvalificering i tidsubegrænsede stillinger, skal der efter udvalgets beregninger friholdes 288 1. reservelægestillinger til §14-kvalificering, indtil en sådan kan finde sted i faste stillinger, jf. tabel 2.

3.7. Reststillinger.

Under forudsætning af en uddannelseskapacitet, som nævnt i de foregående afsnit, vil 1475 reservelægestillinger og 1883 1. reservelægestillinger være disponible til konvertering til tidsubegrænsede stillinger eller til løsning af restgruppens uddannelsesproblemer.

Indtil der gennemføres en faststillingsreform, der gør det muligt at §14-kvalificere sig i en tidsubegrænset stilling, vil op til 288 1. reservelægestillinger skulle være til rådighed for denne del af videreuddannelsen.

Stillingsbehovet ved den af udvalget foreslåede model for tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse vil - som vist i tabel 2 - være så beskedent, at videreuddannelsen ikke kræver mere end ca. 60% af det eksisterende antal reservelægestillinger og ca. 55% af 1. reservelægestillingerne.

Udvalgets beregninger viser ligeledes, at det kun inden for ganske få specialer vil være vanskeligt at opnå en bety-

delig udvidelse af uddannelseskapaciteten, hvis det i kapitel 9 beskrevne alternativ I til løsning af restgruppens uddannelsesproblemer vælges.

4. Overlæger og speciallæger i sygehusvæsenet.

Til belysning af forholdene forud for faststillingsreformens gennemførelse giver tabel 3 en oversigt over antallet af overlæger fordelt på specialer og antallet af speciallæger ansat i tidsbegrænsede stillinger - fortrinsvis 1. reservelægestillinger. Denne oversigt viser, at der i de fleste specialer er gode muligheder for at gennemføre en koordineret stabsstrukturereform over en kortere årrække.

TABEL 3

OVERLÆGER OG SPECIALLÆGER I SYGEHUSVÆSNET 1987

	Overl.	Spec.1.
1. Anæstesiologi	177	73
2. Børnepsykiatri	37	14
3. Dermato-venerologi	21	20
4. Radiologi	177	56
5. Gyn. og obstetrik	82	122
6. Intern medicin	191	99
6a. Kardiologi	18	20
6b. Hepatologi	2	3
6c. Hematologi	12	7
6d. Infektionsmedicin	8	4
6e. Geriatri	25	4
6f. Allergologi	1	2
6g. Endokrinologi	22	11
6h. Gastroenterologi	10	9
6i. Lungesygdomme	13	5
6k. Nefrologi	21	10
6l. Reumatologi	76	27
7. Kirurgi	175	130
7a. Karkirurgi	3	6
7b. Gastroenterologi	29	24
7c. Plastikkirurgi	16	8
7d. Thoraxkirurgi	24	4
7e. Urologi	25	13
8. Klin. fysiologi	24	9
9. Klin. immunologi	17	9
10. Klin. kemi	64	17
11. Klin. mikrobiologi	43	8
12. Neuromedicin	58	23
12a. Klin. neurofysiologi	10	3
12b. Neurokirurgi	25	13
13. Oftalmologi	48	38
14. Onkologi	34	10
15. Ortopædisk kirurgi	95	65
16. Otologi	72	62
17. Patologisk anatomi	109	31
18. Psykiatri	229	114
19. Pædiatri	52	72
Ialt	2065	1148

BILAG 2.

IVÆRKSÆTTELSESFASEN.

Figur 8.

Iværksættelsesfasen (eksempel)

	Turnusuddannelse	Introduktionsuddannelse	Almen medicin-uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspeciale)	Speciallægeuddannelse (grenspeciale)
År 1	Udvalgte forslag gennemføres i fuldt omfang. Stillingerne besættes ved ledighed.	Alle stillinger opslås og besættes i løbet af året. Ansættelser i disse stillinger bør kun undtagelsesvis kunne forlænges ud over et år. Kun kandidater med lav anciennitet og med afsluttet kursus bør kunne ansættes i disse stillinger.	33% af det planlagte antal uddannelsesblokke slås op og forbeholdes ansøgere med 2-3 års anciennitet. 33% af det planlagte antal uddannelsesblokke på både 30 og 42 måneder etableres 20 almen medicinblokke på 30 måneder. Disse uddannelsesblokke forbeholdes ansøgere, der har introduktionsuddannelse på min. 12 måneder enten i medicin eller kirurgi.	50% af undervisningsstillingerne gennemslås til besættelse efter de gamle regler. 50% af det planlagte antal uddannelsesblokke opslås til besættelse efter de samme principper som undervisningsstillingerne.	33% af det planlagte antal uddannelsesblokke opslås til besættelse med ansøgere uddannet efter gammel ordning.
År 2	Som år 1	Stillingerne besættes ved ledighed med kandidater med lav kandidat-alder og med afsluttet turnus.	Yderligere 33% af det planlagte antal uddannelsesblokke slås op og besættes efter de samme principper som i år 1. Stillingerne besættes ved ledighed.	Undervisningsstillingerne efter den gamle ordning nedlægges ved udløb. Bloktillingerne bør besættes med kandidater, der som hovedregel maksimalt har 6 års anciennitet ekskl. eventuel videnskabelig ansættelse.	Yderligere 33% af det planlagte antal uddannelsesblokke opslås til besættelse. Stillingerne besættes ved ledighed.

Iværksættelsesfasen (eksempel 1)

	Turnusuddannelse	Introduktionsuddannelse	Almen medicin-uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspeciale)	Speciallægeuddannelse (grænspecialerne)
År 3	Som år 1	Stillingerne besættes med ansøgere med gennemført turnustjeneste og højst 3 års anciennitet.	De resterende 33% af det planlagte antal uddannelsesblokke slås op og besættes efter de samme principper som i år 1 og 2. Stillingerne besættes ved ledighed.	Undervisningsstillinger efter den gamle ordning opføres helt. Alle uddannelsesblokke er slået op og besættes med ansøgere, der har gennemgået turnus og introduktionsuddannelse, og de som hovedregel har 5 års anciennitet, ekskl. eventuel ansættelse i videnskabelig stilling.	De resterende 33% af det planlagte antal uddannelsesblokke slås op og besættes med ansøgere, der har speciallægeanerkendelse i grundspecialet.
År 4	Som år 1	Stillingerne besættes med ansøgere med gennemført turnustjeneste og med en anciennitet, der som hovedregel ikke bør være på mere end 2,5 år.	Uddannelsesblokke i almen medicin er etableret fuldt ud, og er som hovedregel kun åben for ansøgere med højst 4 års anciennitet ekskl. eventuel ansættelse i videnskabelig stilling. Kun kandidater fra 2 år før forberedelsesfasen eller tidligere kan fuldende deres uddannelse efter de gamle regler.	Uddannelsesblokke i grundspeciale er etableret fuldt ud, og er som hovedregel kun åben for ansøgere med højst 4 års anciennitet ekskl. eventuel ansættelse i videnskabelig stilling. Kun kandidater fra 3 år før forberedelsesfasen eller tidligere kan afslutte videreuddannelsen efter den gamle ordning.	Speciallægeblokke er etableret fuldt ud. Stillingerne besættes ved ledighed med læger, der har grundspeciallægeuddannelse efter gennemgang af en speciallægeblok.

Figur 9.

Iværksættelsesfasen (eksempel 2).

	Turnusuddannelse	Introduktionsuddannelse	Almen medicin-uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspeciale)	Speciallægeuddannelse (grenspeciale)
År 1	Alle turnusblokke opslås og besættes. Evt. venteliste udvikles, jf. de i afsnit 8.3.1. angivne retningslinier.	Alle stillinger opslås og besættes i løbet af året. Ansøgere, der ifølge uddannelsesbeviset mangler dette uddannelses-element, gives præferencen ved ansættelsen.	50 uddannelsesblokke opslås og besættes i løbet af året. Blokkene besættes på basis af en samlet vurdering af ansøgernes kvalifikationer. 50 praksisanværsstillinger besættes i overensstemmelse med vanlig praksis.	75 uddannelsesblokke opslås og besættes i løbet af året. 150 undervisningsstillinger opslås og besættes. Såvel uddannelsesblokke som undervisningsstillinger besættes i overensstemmelse med vanlig praksis inden for det enkelte speciale.	1/3 af uddannelsesblokkene opslås og besættes i løbet af året. Blokkene besættes på basis af en samlet vurdering af ansøgernes kvalifikationer.
År 2	Som år 1	Som år 1	Yderligere 50 uddannelsesblokke opslås og besættes i løbet af året. Blokkene besættes på basis af en samlet vurdering af ansøgernes kvalifikationer. Blokkene bør dog som hovedregel besættes af kandidater, der har maks. 6 års anciennitet.	Yderligere 75 uddannelsesblokke opslås og besættes i løbet af året. 75 undervisningsstillinger opslås og besættes. Såvel uddannelsesblokke som undervisningsstillinger besættes i år 1. Uddannelsesblokke bør dog som hovedregel besættes af kandidater, der har maks. 7 års anciennitet. *)	Yderligere 1/3 af uddannelsesblokkene opslås og besættes i løbet af året. Blokke besættes som i år 1.

*) Ved anciennitet forstås her anciennitet excl. militærtjeneste, orlov i forbindelse med svangerskab og fødsel, ansættelse i videnskabelig stilling etc.

	Turnusuddannelsen	Introduktionsuddannelse	Almen medicin-uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspecialerne)	Speciallægeuddannelse (grænspecialerne)
År 3	Som år 1	Som år 1	De sidste 50 uddannelsesblokke opslås og besættes i løbet af året. Blokkene besættes på basis af en samlet vurdering af ansøgenes kvalifikationer. Blokkene bør dog som hovedregel besættes af kandidater, der har maks. 5½ års anciennitet.	De sidste 75 uddannelsesblokke opslås og besættes i løbet af året. Undervisningsstillingerne nedlægges efterhånden som de udløber. Blokkene besættes på basis af en samlet vurdering af ansøgenes kvalifikationer. Blokkene bør dog som hovedregel besættes af kandidater, der har maks. 6½ års anciennitet.	Den sidste 1/3 af uddannelsesblokkene opslås og besættes i løbet af året. Blokkene besættes som i år 1.
År 4	Som år 1	Som år 1	Blokkene genbesættes ved ledighed. Besættelsen sker som i år 3, som hovedregel dog af kandidater, der har maks. 5 års anciennitet.	Blokkene genbesættes ved ledighed. Besættelsen sker efter de under år 3 angivne retningslinier, som hovedregel dog af kandidater, der har maks. 6 års anciennitet.	Blokkene genbesættes ved ledighed. Blokkene besættes som i år 1.

	Turnusuddannelse	Introduktionsuddannelse	Almen medicin-uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspeciale)	Speciallægeuddannelse (grenspeciale)
År 5	Som år 1.	Som år 1.	Som år 4, dog besættes blokkene som hovedregel med kandidater, der har maks. 4½ års anciennitet.	Som år 4, dog besættes blokkene som hovedregel med kandidater, der har maks. 5½ års anciennitet.	Som år 4.
År 6	Som år 1.	Som år 1.	Som år 4, dog maks. 4 års anciennitet.	Som år 4, dog maks. 5 års anciennitet.	Som år 4.
År 7	Som år 1.	Som år 1.	Som år 6.	Som år 6.	Som år 4.

BILAG 3.

LITTERATUROVERSIGT.

1. Aftalen om klassificering af og særlige ansættelsesvilkår for tjenestemandsansatte overlæger ved amtskommunale sygehuse m.v., med tilhørende protokollater m.v., august 1987.
2. Amtsrådsforeningen i Danmark: "Notat vedrørende erfaringer fra midtvejsevalueringen af arbejdskonferencer om forsøg med den kliniske videreuddannelse", december 1987.
3. Den almindelige danske lægeforening: "Redegørelse og anbefaling om den lægelige stabsstruktur på sygehuse", 1983.
4. Den almindelige danske lægeforening: "Betænkning fra udvalget vedrørende blokansættelser", 1980.
5. Foreningen af yngre læger: "Den uddannelsesintensive hospitalsafdeling", 1985.
6. Foreningen af yngre læger: "BSU-Rapporten", **1987**.
7. Foreningen af yngre læger: Tabeller vedrørende yngre lægers uddannelsesniveau, udarbejdet på grundlag af uddannelsesenqueten (januar 1987).
8. "Kompetensutvecklingen efter Läkarexamen", Betänkande av utredningen om läkarnas specialistutbildning m.v., Statens offentliga utredningar nr. 53 og **54 1987**, Socialdepartementet, Stockholm.
9. Opmandskendelsen af 30. december **1987** vedrørende overenskomsten for yngre læger.

10. Overenskomsten for yngre læger med tilhørende protokollater og fortolkningsbidrag.
11. Redegørelsen fra det af Undervisnings- og Forskningsministeren nedsatte udvalg vedrørende sundhedsuddannelserne, november 1988.
12. Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor: "Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden", 1986.
13. Specialistnævnets redegørelse: "Videreuddannelsen af læger i 1980'erne", 1982.
14. "Specialistnævnets virksomhed", 1980-1987.
15. Sundhedsministerens skrivelse af 13. april 1988 til amtsborgmester Poul Christensen.
16. Sundhedsstyrelsens klassifikationsliste af 1. januar 1987.
17. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 496 om uddannelse af speciallæger.
18. Sundhedsstyrelsen, "Lægestillinger og sengepladser på institutioner", 1980-1987.
19. "Sundhedsstyrelsens årsberetninger", 1980-1984
20. "Sundhedsstyrelsens lægetælling", november 1986.
21. Sundhedsstyrelsen: "Den lægelige bemanning på sygehusafdelinger ", oktober 1986.

