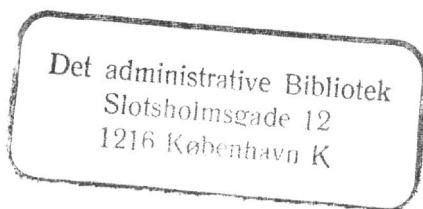




Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse

Betænkning fra udvalget om
lægers uddannelse og arbejdstilrettelæggelse



BETÆNKNING NR. 1183

SEPTEMBER 1989

Publikationen kan købes i boghandelen eller hos

Statens Informationstjeneste
Postboks 1103,1009 København K.
Telefon 33 92 92 28 - Postgirokonto nr. 1 09 14 25.

Ved fremsendelse af check eller ved indbetaling
på giro til Statens Informationstjeneste
undgås ekspeditionsgebyr.



trykt på genbrugspapir

ISBN 87-503-8041-9
Stougaard Jensen/København
Su 00-9-bet.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Side

<u>Kapitel 1. Udvalgets nedsættelse og virksomhed.</u>	6
1.1. Udvalgets nedsættelse	6
1.2. Baggrunden for udvalgets nedsættelse	7
1.3. Udvalgets virksomhed	8
<u>Kapitel 2. Sammenfatning af udvalgets forslag.</u>	10
2.1. Udvalgets væsentligste forslag til videreuddannelsernes tilrettelæggelse	10
2.2. Udvalgets forslag vedrørende arbejdstilrettelæggelse	11
2.3. Resumé af de enkelte kapitler	12
<u>Kapitel 3. Problemerne i den lægelige videreuddannelse.</u>	17
3.1. Indledning	17
3.2. Organisatoriske forhold	18
3.2.1. De centrale sundhedsmyndigheder	18
3.2.2. Sundhedsstyrelsen	18
3.2.3. Specialistnævnet	19
3.2.4. Det Centrale Råd for Lægers Videreuddannelse	19
3.3. Den formaliserede videreuddannelse	20
3.3.1. Turnusuddannelsen	20
3.3.2. Uddannelsen i almen medicin	21
3.3.3. Speciallægeuddannelserne	22
3.3.4. §14-kvalificering	24
3.4. Beskrivelse af den reelle uddannelsessituation	25
3.4.1. Turnusuddannelsen	25
3.4.2. Uddannelsen i almen medicin	27
3.4.3. Uddannelsen til speciallæge	28
3.4.3.1. Introduktionsuddannelsen	28
3.4.3.2. Uddannelse i undervisningsstilling	28

3.4.3.3. Den supplerende uddannelse (sideudd.) ..	29
3.4.3.4. Ansættelse i 1. reservelægestilling	29
3.4.3.5. §14-kvalificering	29
3.5. Videreuddannelsens hovedproblemer.	30
3.5.1. Stillingsstrukturproblemet	30
3.5.2. "Flaskehals-problemet".	32
3.5.3. Klassifikationsproblemet	34
3.5.4. Patient/læge ratio-problemet	35
3.5.5. "Behandling kontra uddannelses-problemet".	36

Kapitel 4. Forudsætninger for udvalgets overvejelser og

<u>forslag.</u>	38
----------------------------------	----

4.1. Fast stillings reform.....	38
4.2. Balance mellem udbud og efterspørgsel	39
4.3. Uddannelsesniveau ved fastansættelse.	40
4.4. Uændrede uddannelsesregler.	41
4.5. Kortere uddannelsesforløb.	41
4.6. Sundhedsvæsenets opgavefordeling og struktur.	42
4.7. Udvalgets forslag udgør et samlet hele	43

Kapitel 5. Udvalgets forslag til videreuddannelsens tilrette-

<u>læggelse.</u>	44
-----------------------------------	----

5.1. Indledning	44
5.2. Klassifikation af uddannelsesstillinger (enkeltstil - lingsklassifikation).	45
5.3. Uddannelsesstillinger og uddannelsesprogrammer	45
5.4. Blokansættelser	46
5.4.1. Svenske erfaringer med blokansættelser	47
5.5. Konsekvenser for uddannelsessystemet	48
5.5.1. Uddannelsestiden	48
5.5.2. Uddannelseskontinuitet	48
5.5.3. Uddannelsesvalg	49
5.5.4. Udvælgelse	49
5.5.5. Ensartethed	50
5.5.6. Fleksibilitet	50
5.5.7. Forskning	52

5.6. Den gensidige forpligtelse	53
5.7. Udvalgets forslag til uddannelsesfasernes tilrettelæggelse	54
5.7.1. Turnusuddannelsen	55
5.7.2. Introduktionsuddannelsen	55
5.7.3. Uddannelsen i almen medicin	57
5.7.4. Speciallægeuddannelse - grundspecialerne	58
5.7.5. Speciallægeuddannelsen - grenspecialerne	61
5.7.6. §14-kvalifikation	62

Kapitel 6. Den kliniske videreuddannelses kvalitet. ... 63

6.1. Videreuddannelsen i dag	63
6.2. Udvalgets overvejelser og forslag	64
6.2.1. Målbeskrivelser	65
6.2.2. Uddannelsesprogrammer	66
6.2.3. Evaluering	67

Kapitel 7. Sundhedsmyndighedernes opgaver og samarbejde. ... 70

7.1. Indledning	70
7.2. De centrale sundhedsmyndigheder	70
7.2.1. Videreuddannelsernes indhold	71
7.2.2. Fastsættelse af videreuddannelsernes dimensionering og kapacitet	71
7.2.3. Sikring af uddannelseskvaliteten	72
7.2.4. Godkendelse, tilsyn og registrering	72
7.3. Sygehuskommunerne	74
7.3.1. Lokal tilrettelæggelse	74
7.3.2. Samarbejde mellem sygehuskommuner	74
7.3.3. Afgrænsning af uddannelsesområder	78

Kapitel 8. Iværksættelse af udvalgets forslag til tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse. ... 79

8.1. Indledning	79
8.2. Uddannelseskapaciteten	79
8.3. Tidsplan for iværksættelsen af udvalgets forslag	81

8.3.1. Gradvis iværksættelse	81
8.3.2. Overgangsperioden	82
8.3.2.1. Forberedelsesfasen	83
8.3.2.2. Iværksættelsesfasen	84

Kapitel 9. Arbejdstilrettelæggelse for underordnede syge-

<u>huslæger.</u>	86
-----------------------------------	----

9.1. Indledning	86
9.2. Overordnede hensyn ved tilrettelæggelsen af underordnede lægers arbejde	86
9.3. Overenskomsten for underordnede sygehuslæger	87
9.4. Fleksibel og rationel arbejdstilrettelæggelse med et mindre forburg af tilkalds- og overarbejdstimer.	89
9.4.1. Mulighederne for en fleksibel arbejdstilrettelæggelse	89
9.4.2. Konsekvenser af den aktuelle arbejdstilrettelæggelse	91
9.4.3. Økonomisk rationel arbejdstilrettelæggelse	95
9.5. Arbejdstilrettelæggelse under hensyntagen til såvel patientbehandling og serviceniveau som den kliniske videreuddannelse	97
9.5.1. Forhold af betydning for behandlingskvaliteten og serviceniveauet	97
9.5.1.1. Behandlingskvaliteten og serviceniveauet i dag	98
9.5.2. Forhold af betydning for den kliniske videreuddannelse	100
9.5.2.1. Den effektive arbejdstid	101
9.5.2.2. Kontinuiteten i yngre lægers tilstedeværelse	103
9.5.2.3. Patient:læge ratio	103
9.5.2.4. Supervision af den uddannelsessøgende læges arbejde	104
9.5.3. Mulighederne for at forene hensyn til patientbehandling, serviceniveau og den kliniske videreuddannelse ved tilrettelæggelsen af uddannelsessøgende lægers arbejde	105

9.5.3.1. Stillingsstrukturen	105
9.5.3.2. Uddannelsessystemets opbygning og dimensionering	107
9.5.3.3. Overenskomsten for underordnede sy- gehuslæger	108
9.5.4. Hensynet til patientbehandlingen, serviceni- veauet og den kliniske videreuddannelse ved tilrettelæggelsen af underordnede lægers arbejde ...	110
9.6. Sammenfatning	112

Kapitel 10. Økonomisk Vurdering. 115

10.1. Indledning	115
10.2. Ressourcemæssige konsekvenser for de centrale sundheds- myndigheder	115
10.3. Ressourcemæssige konsekvenser i sygehuskommunerne	116

BILAG.

Bilag A. Forslag til udformning af en uddannelseskontrakt	121
Bilag B. Skematisk oversigt over en mulig iværksættelse	125
Bilag C. Faststillingsreform og ændring af de lægelige videreuddannelser i Danborg Amtskommune 1992	131
Bilag D. Overenskomst- og arbejdsmiljøbestemmelser vedrørende arbejdstilrettelæggelse - herunder opgørelse af arbejdstid	161
Bilag E. Arbejdstilrettelæggelsen belyst ved Foreningen af Yngre Lægers vagtenquete	167
Bilag F. Forslag til, hvorledes underordnede lægers arbejde kan tilrettelægges med det mindst mulige forbrug af tilkalds- og overarbejdstimer	173
Bilag G. Udviklingen i den effektive arbejdstid	187
Bilag H. Litteraturoversigt	191

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 if 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, var formand for udvalget indtil afgivelsen af udvalgets delbetænkning (betænkning 1155, "Lægers kliniske videreuddannelse", december 1988).

Sygehusdirektør Jørgen Iversen, Nordjyllands Amtskommune, blev den 7. februar 1989 udpeget til ny formand for udvalget.

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 Sundhedsministeriet ved fuldmægtig Ulrik Meyer og fra februar 1989 fuldmægtig Søren H. Thomsen.

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 i alt været afholdt 21 møder, hvoraf fire har strakt sig over to dage.

Udvalget har fundet det hensigtsmæssigt at dele udvalgsarbejdet i to faser, hvor første fase blev afsluttet i december 1988 med afgivelse af delbetænkning nr. 1155 "Lægers kliniske videreuddannelse".

Baggrunden for faseopdelingen var, at udvalget fandt det ønskeligt at give en bred kreds af interessenter lejlighed til at kommentere principperne i de forslag til en reform af videreuddannelsernes tilrettelæggelse, som udvalget på daværende tidspunkt havde udarbejdet.

Udvalget fik på denne baggrund sundhedsministerens tilladelse til at afgive delbetænkning om lægers kliniske videreuddannelse. Sundhedsministeren har endvidere godkendt, at udvalget afgiver endelig betænkning i september 1989.

Sundhedsministeriet udsendte delbetænkningen til høring hos interessenterne på området og afholdt den 28. februar 1989 en konference om udvalgets forslag.

Udvalget har i udvalgsarbejdets anden fase behandlet arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene for underordnede sygehuslæger samt bearbejdet delbetænkningens forslag til en reform af tilrettelæggelsen af lægers kliniske videreuddannelse i lyset af de indkomne høringssvar og debatten på ovennævnte konference.

Udvalget gør opmærksom på, at den foreliggende betænkning i sin helhed kan læses uafhængigt af udvalgets delbetænkning fra december 1988.

København, den 13. september 1989.

Jørgen Iversen

formand

Poul Jørgen Diederich

Jørgen Funder

Arne Grünfeld

Ole Andrée Larsen

Jette Mersing

Gunnar Schiøler

Ulrik Meyer

(sekretær)

Søren H. Thomsen

(sekretær)

Kapitel 2.

Sammenfatning af udvalgets forslag.

2.1. Udvalgets væsentligste forslag til videreuddannelsernes tilrettelæggelse.

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 og enkeltstillingsklassifikation af uddannelsesstillinger indgår som et grundlæggende element. Udvalgets væsentligste forslag er,

- at samtlige uddannelsesstillinger klassificeres til en veldefineret del af den lægelige videreuddannelse,
- at turnusuddannelsen tilrettelægges som blokansættelse,
- at den obligatoriske sygehusuddannelse til almen medicin tilrettelægges som blokansættelse,
- at introduktionsuddannelsen som hovedregel tilrettelægges som 1-årige reservelægeansættelser,
- at den del af speciallægeuddannelsen, der ligger efter introduktionsuddannelsen som hovedregel tilrettelægges som en blokansættelse,
- at § 14-kvalificeringen som hovedregel opnås 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 4 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 ansættelse i en uddannelsesstilling/-blok medfører en gensidig forpligtelse, der indebærer, at den ansættende myndighed er forpligtet til at sørge for, at den uddannelsessøgende læge får mulighed for at afslutte det til ansættelsen knyttede uddannelsesprogram, medens lægen er forpligtet til at gennemføre den til ansættelsesforholdet knyttede videreuddannelse. Denne gensidige forpligtelse kan udformes som en uddannelseskontrakt, at Sundhedsstyrelsens godkendelse af de enkelte uddannelsesstillinger forudsætter, at der foreligger færdigt udarbejdede uddannelsesprogrammer for disse, at ændringerne i videreuddannelsernes tilrettelæggelse gennemføres gradvist over en årrække, at Sundhedsstyrelsen, som ved indførelsen af de nye **speciallæge**-bestemmelser i 1982/83, snarest gennemfører en dispensationsrunde for de læger, der tilnærmelsesvis opfylder kravet til den kliniske videreuddannelse, at der i en overgangsperiode på op til 5 år anvendes individuelle uddannelseskontrakter som et tilbud til læger, der ikke vil kunne påregne at afslutte en videreuddannelse uden særlige indgreb og tilbud og, at der snarest foretages en midlertidig udvidelse af antallet af undervisningsstillinger.

Udvalgets forslag forudsætter ikke en udvidelse af antallet af læger ansat i sundhedssektoren. Udvalget finder, at forslagene på kort sigt vil kræve særskilte ressourcer, men at en gennemførelse af udvalgets samlede forslag i løbet af få år vil medføre økonomiske gevinster.

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. Udvalgets forslag vedrørende arbejdstilrettelæggelse.

Udvalgets overvejelser og forslag til tilrettelæggelsen af underordnede lægers arbejde hviler på en forudsætning om, at hensynet til at sikre den nødvendige lægelige dækning under anvendelse af færrest mulige ressourcer

skal søges forenet med hensynet til patientbehandlingen og de uddannelsessøgende lægers videreuddannelse.

Udvalget anbefaler,

at den aktuelle arbejdstilrettelæggelse for underordnede læger lokalt underkastes en kritisk gennemgang med henblik på at sikre, at arbejdet tilrettelægges, så færrest mulige tjenesteværditimer udløses,
at normaltjeneste anvendes i størst mulig udstrækning,
at ubelastet rådighedstjeneste udbetales kontant, hvor dette er hensigtsmæssigt,
at kontinuiteten i lægernes tilstedeværelse øges ved at sammenlægge arbejdsperioder henholdsvis frihedsperioder, samt
at der etableres en arbejdsdeling på afdelingerne, hvor den enkelte læge tilser færre patienter men til gengæld varetager flere opgaver i forhold til den enkelte patient.

2.3. 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 lægeuge 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 afslut- tet videreuddannelse, opnås langt senere end nødvendigt, og at nogle læger slet ikke kan se frem til at afslutte en formaliseret videreuddannelse.

I kapitel 4 redegøres for de forudsætninger, der ligger til grund for ud- valgets forslag til model for tilrettelæggelse af den kliniske videreuddan- nelse. Disse forudsætninger følger til dels af udvalgets kommissorium, hvoraf det fremgår, at udvalget skal lægge til grund, at der gennemføres en faststillingsreform i sygehusvæsenet. Udvalgets overvejelser skal endvi- dere tage udgangspunkt i en målsætning om, at varigheden af de samlede uddannelsesforløb nedbringes, uden at uddannelseskvaliteten af den grund forringes. Derudover forudsætter udvalget, at der etableres en tilnærmel- sesvis balance mellem udbud og efterspørgsel efter lægelig arbejdskraft ved en regulering af kandidatproduktionen, og at alle læger i en sådan balancesituation vil kunne uddannes til speciallæger eller alment praktise- rende læger.

Endelig er udvalgets forslag baseret på de gældende uddannelsesregler samt den aktuelle struktur og opgavefordeling i sundhedssektoren. Udvalget understreger, at dets forslag ikke hindrer, at der kan gennemføres æn- dringer i uddannelsesreglerne, samt at uddannelsessystemet vil kunne til- passes eventuelle ændringer i sundhedsvæsenets opgavefordeling og struk- tur.

Udvalgets forslag til tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse fremgår af kapitel 5. Der er tale om en model for et uddannelsessystem i balance, hvor antallet af uddannelsesstillinger er tilpasset kandidatproduk- tionen og efterspørgslen efter færdiguddannede læger. Udvalget foreslår en kombineret anvendelse af blokansættelser og enkeltstillingsklassificerede uddannelsesstillinger, som vil omfatte det antal underordnede lægestillinger, der kræves til etablering af denne balance.

Ved blokansættelser forstår udvalget, at en underordnet læge som led i et og samme ansættelsesforhold gør tjeneste i flere stillinger efter hinanden

på flere afdelinger. Ved enkeltstillingsklassifikation af uddannelsesstillinger forstår udvalget, at den enkelte uddannelsesstilling er klassificeret til en veldefineret del af den kliniske videreuddannelse, og at der til den enkelte stilling er knyttet et specifikt uddannelsesprogram.

Indførelse af blokansættelser og enkeltstillingsklassifikation vil først og fremmest medføre, at videreuddannelsen vil kunne gennemføres langt hurtigere end i dag. Samtidig vil kontinuiteten i videreuddannelserne blive forbedret.

Udvalget foreslår, at turnusuddannelsen, uddannelsen i almen medicin samt - som hovedregel - tillige 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 samt uddannelsen i et mindre antal specialer indgå i en uddannelsesblok. Videreuddannelsen foreslås på disse områder alene tilrettelagt som ansættelse i enkeltstillingsklassificerede uddannelsesstillinger. § 14-kvalificeringen forudsættes som hovedregel opnået gennem ansættelse i fast stilling.

Kapitel 6 handler om kvaliteten i den kliniske videreuddannelse. Udvalgets forslag til videreuddannelsernes tilrettelæggelse vil indebære, at uddannelsesstederne 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. Det er en forudsætning for Sundhedsstyrelsens klassifikation af den enkelte uddannelsesstilling/-blok, at der foreligger et uddannelsesprogram for denne.

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 7.

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, bl.a. på grundlag af de af afdelingerne udarbejdede uddannelsesprogrammer, de uddannelsesblokke og -stillinger, som oprettes på baggrund heraf. De centrale sundhedsmyndigheder foreslås i lovgivningen bemyndiget til at fastsætte uddannelsesblokkene/-stillingernes 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 sygehuskommuner. 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 4 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/-stillingerne.

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, at der kan etableres særlige uddannelses tilbud 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 foreslår, at der som led i overgangsordningen opstilles kriterier for adgangen til det nye uddannelsessystem, at antallet af undervisningsstillinger udvides, samt at Sundhedsstyrelsen, som ved tidligere ændringer af uddannelsesreglerne, gennemfører en dispensationsrunde for de læger, der tilnærmelsesvis opfylder kravene til videreuddannelsen.

I kapitel 9 gennemgår udvalget de overenskomstmæssige muligheder for en mere rationel og fleksibel tilrettelæggelse af underordnede sygehuslægers arbejde. Udvalget finder, at det for visse afdelinger antagelig er muligt at tilrettelægge arbejdet økonomisk mere rationelt. Udvalget foreslår i denne forbindelse, at arbejdet i størst muligt omfang tilrettelægges som **normal-**tjeneste, og at overenskomstens bestemmelser vedrørende udbetaling af ubelastet rådighedstjeneste finder anvendelse, hvor dette er hensigtsmæssigt. På denne baggrund anbefaler udvalget, at den aktuelle arbejdstilrettelæggelse underkastes en kritisk gennemgang lokalt.

Udvalget anbefaler endvidere, at kontinuiteten i lægernes tilstedeværelse søges forbedret ved at sammenlægge arbejdsperioder henholdsvis frihedsperioder for den enkelte læge.

Af hensyn til kvaliteten af patientbehandlingen og de uddannelsessøgende lægers videreuddannelse anbefaler udvalget endelig, at arbejdet på afdelingerne tilrettelægges, så den enkelte læge tilser færre patienter, men til gengæld varetager flere opgaver i forhold til den enkelte patient.

Udvalget peger endelig på, at overenskomstbestemmelsernes kompleksitet har ført til ganske betydelige vanskeligheder i forbindelse med den praktisk administrative anvendelse af overenskomsten. Dette har hæmmet en smidig og fleksibel arbejdstilrettelæggelse og ført til en uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Udvalget opfordrer derfor til, at bl.a. dette forhold indgår i det udvalgsarbejde, der er aftalt som opfølgning af betænkning 1150 ("90'ernes aftaler og overenskomster").

Afslutningsvis giver udvalget i kapitel 10 et overslag over de økonomiske konsekvenser af udvalgets forslag. Det er udvalgets vurdering, at iværksættelsen af det nye uddannelsessystem isoleret vil stille krav om særskilte ressourcer såvel hos de centrale sundhedsmyndigheder som i sygehuskommunerne. Men det er udvalgets opfattelse, at betænkningens samlede forslag vedrørende videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse i løbet af ganske få år vil indebære økonomiske gevinster, der opvejer de nævnte iværksættelsesomkostninger.

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, der i speciallægeuddannelserne almindeligvis finder sted under ansættelse i undervisningsstilling. I uddannelsen til alment praktiserende læge finder den teoretiske uddannelse sted i løbet af den kliniske uddannelse, men uafhængigt af en bestemt ansættelse i uddannelsesforløbet.

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, der har til opgave at rådgive om 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 inden for 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 ansat i undervisningsstillinger.

3.2.3. Specialistnævnet.

Specialistnævnets sammensætning fastsættes af sundhedsministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Nævnet har 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 **videreuddannelses** - system og en række andre spørgsmål.

3.3. Den formaliserede videreuddannelse.

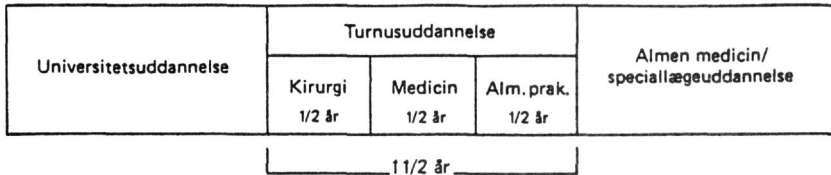
Den formaliserede videreuddannelse består af turnusuddannelsen, og uddannelsen til alment praktiserende læge eller speciallæge. Desuden forudsætter ansættelse som overlæge ved sygehusvæsenet, at der efter den formaliserede uddannelse sker en yderligere kvalificering, som også beskrives i dette afsnit.

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 blokansættelse, 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 \ 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,

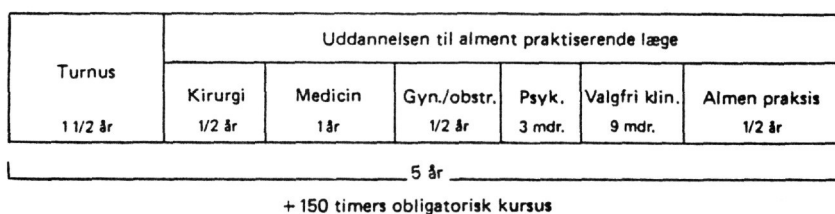
12 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling,

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 praksisaraanuenensis, 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.



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.

En 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.

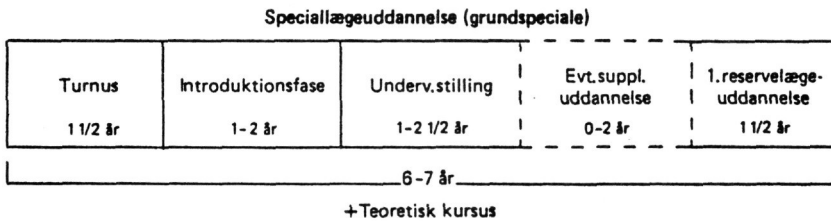
Fase 1 (introduktionsuddannelsen) består af 1-2 års ansættelse som reservelæge ved en afdeling, som kan give den uddannelsessøgende en bred indføring i specialets arbejdsområde.

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.

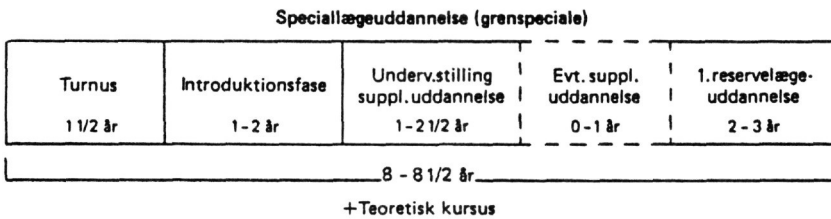
Fase 3 (1. reservelægeansættelsen) består i grundspecialerne af 1,5 års ansættelse som 1. reservelæge ved en afdeling med et bredt patientgrundlag af tilstrækkelig størrelse. I grenspecialerne består fase 3 almindeligvis af 2-3 års ansættelse som 1. reservelæge ved en grenspecialiseret afdeling og $\frac{1}{2}$ -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 speciallægeuddannelserne 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.

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



Figur 3



Figur 4

3.3.4. tl4-lcvalificering.

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 **læge** videnskabelige 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-rådenes 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 114-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, $\frac{1}{2}$ års ansættelse på en medicinsk afdeling og 1 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 etableres 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 ansø-

gere 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 $\frac{1}{2}$ - $1\frac{1}{2}$ 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. 150 praksisreservelægestillinger, hvilket ikke er tilstrækkeligt til at opfylde ønsket om, at alle læger i starten af deres videreuddannelse får $\frac{1}{2}$ 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. 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. Folketingets finansudvalg tiltrådte den 10. maj 1989 et aktstykke om en ny betalingsordning for praksisreservelæger, og hermed er finansieringsforholdene blevet afklaret. Fra 1. januar 1991 vil det herefter 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 endvidere vist sig vanskeligt at give sygehus delen 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 forhold 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. Den meget lange faktiske uddanneistid har imidlertid trods alt 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 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 uddannelse 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 - herun-

der primærsektorens funktion - stilles der imidlertid krav om, at mindst et halvt år af uddannelsen 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, og defineres først efterfølgende som introduktionsuddannelse.

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 ifølge uddannelsesbestemmelserne hensigten, at ansættelse i en 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.

Der har i de seneste 2 -3 år 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 spe-

ciallægeuddannelse. 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 måneders 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. i 14-kvalificering.

En færdiguddannet speciallæge har behov for en yderligere 1. **reservelæge**-ansættelse 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. Stillingsstrukturproblemet.

Ved stillingsstrukturen forstås her forholdet mellem tidsubegrænsede og tidsbegrænsede lægestillinger i sundhedsvæsenet. Den nuværende stillingsstruktur udgør et af uddannelsessystemets - og sygehusvæsenets - største problemer. Høringsrunden over udvalgets delbetænkning har bekræftet denne vurdering.

I løbet af 1970'erne og begyndelsen af 1980'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 læge, 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.

Fordelingen af arbejdsopgaverne mellem de på afdelingerne ansatte læger og 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. En undersøgelse fra Dansk Sygehus Institut¹⁾ bekræfter dette forhold, idet den direkte supervision, hvor en erfaren læge vejleder den uddannelsessøgende læge under udførelsen af arbejdsopgaverne, blot forekom i 3-4% af arbejdstiden på de pågældende afdelinger.

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.

De uddannelsessøgende læger er ofte kun ansat på afdelingen i relativ kort tid. Således viste den omtalte undersøgelse fra Dansk Sygehus Institut, at halvdelen af samtlige lægestillinger på en afdeling udskiftes 2 eller flere gange i løbet af et år, og at der på den enkelte afdeling i gennemsnit bliver ansat en ny læge hver 3. uge. Når der samtidig er for få overlæger i forhold til de mange uddannelsessøgende læger, 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 landsdelssygehuse for på disse afdelinger at opfylde de krav, der stilles til § 14-kvalificeringen. Dette medfører, at der dels mangler kvalificerede læger på en række mindre og mellemstore sygehuse, og dels at en række mindre og mellemstore sygehuse på især **lands-** og landsdelsafdelingerne vedvarende er besat med færdiguddannede speciallæger. Dette forhold er medvirkende til at blokere for gennemstrømningen i uddannelsessystemet.

¹⁾DSI-Rapport 89.02 klinisk træning af læger.

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 faste 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 1970'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 amanuensisstilling. Der var i januar 1987 således knapt 1200 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 besættelsen af en 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 svære at måle og kan derfor være vanskelige at afveje i forhold til videnskabelig aktivitet. Derfor er yngre læger, som uddanner sig til speciallæge, ikke i samme grad motiverede til at søge ansættelse på mindre og mellemstore sygehuse, selv om mulighederne for at opnå klinisk kunnen og praktiske færdigheder formentlig er større end på lands- og landsdelssygehuse.

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

kandidatalderen ved ansættelse i praksisamanuensisstilling og undervisningsstilling er betydelig 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. Klassifikationsproblemet.

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 knyttet 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 arbejdsmængden. 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 specialiserings grad 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 turnus- og introduktionsuddannelse (jf. afsnit 3.4.1. og 3.4.3.1.).

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 højest 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.

Den kraftige vækst i antallet af lægestillinger inden for de seneste 10-15 år har ført til et fald i antallet af patienter pr. uddannelsessøgende læge, 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 - d.v.s. 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 patienter, 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 - eksempelvis betinget af arbejdsopgavernes fordeling - nedprioriteres til fordel for den daglige drift, opstår der imidlertid 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 undersøgelses- og behandlingsprocedurer, sætte patienterne 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. Egentlige udgiftskrævende krav fra de centrale sundhedsmyndigheder har imidlertid automatisk medført, at der skal ydes økonomisk kompensation fra staten til sygehuskommunerne.

Kapitel 4.

Forudsætninger for udvalgets overvejelser og forslag.

Udvalgets forslag til en model for tilrettelæggelsen 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).

Den i kommissoriet forudsatte faststillingsreforma - en konvertering af tidsbegrænsede stillinger til faste stillinger - vil føre til en ændret sammensætning af sygehusenes lægestabe (en stabsstrukturereform).

Med aftalen om vagtbærende overlæger inden for det amtskommunale sygehusvæsen og en umiddelbar forestående afklaring af løn- og ansættelsesvilkår for speciallæger i andre tidsubegrænsede stillinger (afdelingslæger) er det aftalemæssige grundlag for en faststillingsreform ved at være etableret. Der er endnu kun opslået og besat enkelte stillinger som vagtbærende overlæge, men udvalget forventer, at der i løbet af de nærmeste år vil blive konverteret et stort antal 1. reservelægestillinger og en del reservelægestillinger til faste stillinger.

Der er i udvalget enighed om, at en faststillingsreform bør være så omfattende, at der efter reformens gennemførelse kun resterer det antal tidsbegrænsede uddannelsesstillinger, som kræves for at sundhedsvæsenets efterspørgsel efter færdiguddannede læger kan imødekomme s.

Udvalget finder, at en faststillingsreform er en helt afgørende forudsætning for at opnå den ønskede effektivisering og afkortning af den kliniske videreuddannelse. Det skal dog understreges, at selv om reformen vil medføre en mere hensigtsmæssig stabsstruktur og dermed have en uddannelsesfremmende effekt, vil dette i sig selv ikke være tilstrækkeligt til at løse de problemer, der i dag præger den kliniske videreuddannelse. Det vil sale-

des også efter, at en faststillingsreform er gennemført, være nødvendigt at ændre tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse, hvis kommissoriets krav om en effektivisering og afkortning af den kliniske videreuddannelse skal opfyldes, samtidig med, at kvaliteten forbedres.

Eftersom reformen af sygehusvæsenets stabsopbygning vil få helt afgørende indflydelse på uddannelsessystemets dimensionering, bør gennemførelsen af udvalgets forslag ses i sammenhæng - og derfor koordineres - med faststillingsreformen. Med tidsperspektivet for den endelige gennemførelse af **faststillingsreformen** vil det efter udvalgets opfattelse imidlertid være unødvendigt forsinkende at afvente faststillingsreformens endelige gennemførelse, før iværksættelsen af udvalgets forslag påbegyndes.

4.2. Balance mellem udbud og efterspørgsel.

Den overordnede balance mellem udbud og efterspørgsel efter lægelig arbejdskraft må opnås ved en regulering af kandidatproduktionen, som er den mest afgørende enkeltfaktor.

Ifølge kommissoriet skal **uddannelses** stillingernes 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 skal således være 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 tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse bygger på den forudsætning, at der i en sådan ideel balancesituation er etableret et hensigtsmæssigt forhold mellem antallet af uddannelsesstillinger og antallet af faste stillinger, og at der dermed også er etableret en situation, hvor uddannelseskapaiciteten er tilpasset kandidatproduktionen.

Udvalget er opmærksom på, at det næppe vil være muligt at etablere et system i fuldkommen balance. Systemet vil uundgåeligt bh've påvirket af "ydre faktorer". Således vil der fortsat være et mindre antal læger, der vil gennemføre en videreuddannelse på utraditionel vis, ligesom der f.eks.

fortsat vil være læger, der søger til Danmark for at færdiggøre en i udlandet påbegyndt videreuddannelse. Derfor er det afgørende, at systemet udformes så fleksibelt, at det sættes i stand til at bære sådanne variationer. Udvalget lægger derfor vægt på at understrege behovet for, at der etableres et dynamisk system, hvor der tilstræbes en tilnærmelsesvis balance mellem antallet af uddannelsessøgende og antallet af uddannelsesstillinger. Et dynamisk system i balance vil sikre, at de uddannelsessøgende læger vil kunne påregne at afslutte deres videreuddannelse, og at dette kan ske hurtigere end muligt i dag.

Udvalget ønsker samtidig 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. De tidsbegrænsede stillinger vil her være forbeholdt uddannelsessøgende læger, og derfor udgør spørgsmålet om uddannelsesniveau ved fastansættelse i et sådant system næppe noget større praktisk problem.

Som led i faststillingsreformens gennemførelse vil der ske en konvertering af en del af de nuværende reservelægestillinger til faste stillinger. 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, som omtalt ovenfor i afsnit 4.1., alene forudsætter tidsbegrænsede stillinger til den formelle del af videreuddannelserne.

Udvalget har ikke set det som sin opgave at tage stilling til, hvorvidt faste stillinger skal forbeholdes færdiguddannede læger, eller om der skal åbnes mulighed for ansættelse af underordnede sygehuslæger uden formaliseret videreuddannelse på reservelægeniveau. Dette spørgsmål må efter udvalgets opfattelse afklares mellem overenskomstens parter.

4.4. Uændrede uddannelsesregler.

Udvalget har med baggrund i praktisk-administrative årsager overvejet, om der bør stilles krav om, at uddannelse i et grenspeciale som hovedregel først burde kunne påbegyndes efter afsluttet uddannelse i et grundspeciale. Imidlertid vil dette krav dels betyde en urimelig og unødvendig forlængelse af uddannelsestiden inden for en række grenspecialer og dels medføre et vist - om end begrænset - spild af uddannelseskapacitet.

Hermed stiller udvalget ikke forslag om ændringer i de gældende regler for den kliniske videreuddannelse. Dog skal det til uddannelsen i almen medicin bemærkes, at eventuelle aftaler om uddannelseskontrakter indeholdende hele sygehusdelen af denne uddannelse vil medføre, at de 9 måneders ansættelse på en valgfri klinisk afdeling nødvendigvis må indgå heri (jf. afsnit 5.7.3). Dette indebærer, at den uddannelsessøgende læge enten allerede ved valg af blokforløb vælger afdeling for så vidt angår disse 9 måneders ansættelse eller, at lægen senere i uddannelsesforløbet får tilbud om ansættelse på kliniske afdelinger udvalgt af den pågældende ansættelsesmyndighed. Der vil herved kunne sikres en større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af blokforløb, der både tager hensyn til sygehusets arbejdstilrettelæggelse og til den enkelte læges uddannelsesbehov.

Der er ved udformningen af udvalgets forslag til tilrettelæggelsen af videreuddannelsen ikke taget stilling til behovet for ændringer af de formelle uddannelsesregler, men udvalget har i øvrigt lagt vægt på, at forslagene ikke hindrer senere ændringer heraf.

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.

Kravet om en væsentlig nedbringelse af uddannelsens varighed indebærer efter udvalgets opfattelse ikke, at den enkelte læges uddannelsestid nødvendigvis skal bringes i overensstemmelse med de formelt fastsatte mini-

raumskrav, men derimod, at den lægelige videreuddannelse skal kunne gennemføres hurtigere end muligt i dag.

Når de uddannelsessøgende læger, på trods af de eksisterende problemer alligevel har været i stand til at tilegne sig de nødvendige færdigheder, hænger det, som bl.a. omtalt i afsnit 3.4.2., sammen med, at de meget lange faktiske uddannelsestider i et vist omfang har kompenseret for videreuddannelsens manglende intensitet. Det er derfor udvalgets opfattelse, at en gennemførelse af udvalgets forslag til tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse, som bl.a. vil resultere i en afkortning af uddannelsesstederne, nødvendigvis må kombineres med en intensivning af uddannelsesaktiviteterne (jf. kap. 6).

4.6. Sundhedsvæsenets opgavefordeling og struktur.

Ideelt set burde uddannelsessystemet for de læger, der skal fungere i mere end 40 år frem i tiden tilrettelægges under hensyntagen til strukturen og opgavefordelingen i det fremtidige sundhedsvæsen. Herefter burde den fremtidige opgavefordeling mellem den primære sundhedssektor og sygehusvæsen, opgave- og arbejdsfordelingen på afdelingsniveau samt sygehusvæsenets fremtidige struktur (store eller små sygehuse) afklares, inden der træffes beslutning om indførelsen af et uddannelsessystem.

Imidlertid er sundhedsvæsenet ikke så statisk, at en sådan "endelig" afklaring vil kunne foretages i praksis. Sundhedsvæsenet må derimod betragtes som et dynamisk system, hvor forandringer gennemføres løbende. Uddannelsessystemet må derfor tilrettelægges, så det løbende kan justeres og tilpasses ændringer i rammebetingelserne - her først og fremmest sundhedsvæsenets efterspørgsel efter kvalificeret lægelig **arbejdskraft**.

Fremtidige opgave- og strukturændringer i sundhedsvæsenet vil utvivlsomt afføde et behov for ændringer i de lægelige videreuddannelser, og udvalget har, som omtalt i afsnit 4.4., udtrykkelig lagt vægt på, at forslagene til uddannelsernes tilrettelæggelse ikke hindrer, at der kan gennemføres ændringer i uddannelsesreglerne. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at evt. kommende ændringer af videreuddannelserne primært vil vedrøre uddannelsernes indhold og uddannelseskapaciteten i de forskellige specialer,

og at udviklingen i sundhedsvæsenets struktur og opgavefordeling næppe i sig selv vil nødvendiggøre ændringer i selve uddannelsessystemet.

4.7. 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, lægeforeningen og de lægefaglige specialselskaber m.fl.

Det fremgår af kapitel 3, at videreuddannelsen i dag er plaget af en række problemer, og at disse problemer 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.

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

Kapitel 5.

Udvalgets forslag til videreuddannelsens tilrettelæggelse.

5.1. Indledning.

I dette kapitel beskrives udvalgets forslag til den fremtidige tilrettelæggelse af yngre lægers kliniske videreuddannelse.

Udvalgets forslag bygger på tre væsentlige forudsætninger:

- 1) Der tilstræbes et system i balance, hvor såvel kandidatproduktionen som antallet af uddannelsesstillinger er tilpasset antallet af faste stillinger - d. v. s. efterspørgslen efter lægelig arbejdskraft.
- 2) Der gennemføres i løbet af de nærmeste år en faststilingsreform af et sådant omfang, at afdelingernes læges tabe bliver domineret af færdiguddannede speciallæger (overlæger og afdelingslæger) i et antal, der gør det muligt at tilrettelægge og gennemføre en individuel og målrettet uddannelse af de læger, der er ansat i uddannelsesstillinger.
- 3) Der stilles ikke forslag om ændringer i de gældende regler for den kliniske videreuddannelse.

Udvalgets forslag til tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse er baseret på princippet om enkeltstillingsklassifikation, hvorved udvalget forstår, at samtlige uddannelsesstillinger klassificeres til et enkelt vel-defineret uddannelsesformål. Klassifikationen af uddannelsesstillinger vil omfatte det antal tidsbegrænsede stillinger, der er nødvendige for at etablere en varig balance mellem antallet af uddannelsesstillinger og antallet af faste stillinger inden for sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenets behov for færdiguddannede læger vil således være afgørende for, hvor mange klassificerede uddannelsesstillinger, der i en balancesituation er brug for.

5.2. Klassifikation af uddannelsesstillinger (enkeltts tillingsklassifikation).

Hovedprincippet for klassifikation i det nuværende uddannelsessystem er, at afdelingerne klassificeres inden for de relevante dele af de lægelige videreuddannelser, således at en ansættelse i en underordnet lægestilling på en klassificeret afdeling kan medregnes i videreuddannelsen svarende til afdelingens klassifikation. Som omtalt i afsnit 3.5.3. giver den nuværende klassifikation af uddannelsesstillinger imidlertid ingen sikkerhed for, at den uddannelsessøgende læge modtager den uddannelse, der svarer til det uddannelsesmæssige formål med den pågældende ansættelse. Det skyldes, at samtlige reservelægestillinger på en afdeling - bortset fra turnus- og undervisningsstillinger - er ens klassificerede.

Som følge heraf kan f.eks. en ansættelse som reservelæge på en kirurgisk afdeling medregnes i uddannelsen i almen medicin, introduktionsuddannelsen i ortopæd-kirurgi, kirurgi og de kirurgiske grenspecialer, samt som supplerende klinisk uddannelse inden for en række andre specialer såsom diagnostisk radiologi, gynækologi-obstetrik, neurokirurgi, onkologi, otorhino-laryngologi m.fl.

For bl.a. at imødegå de heraf afledte problemer for den lægelige videreuddannelse foreslår udvalget, at denne baseres på princippet om enkeltstillingsklassifikation. Anvendelsen af dette princip vil indebære, at den enkelte reservelægestilling klassificeres til en veldefineret del af den kliniske videreuddannelse og derfor kun kan medregnes i denne del af videreuddannelsen.

5.3. Uddannelsesstillinger og uddannelsesprogrammer.

Klassifikation af enkeltstillinger anvendes i dag som grundlag for turnusuddannelsen samt for undervisningsstillingerne i speciallægeuddannelserne. Den nuværende enkeltstillingsklassifikation har imidlertid alene en kvantitativ styringsfunktion og anvendes således ikke til at sikre opfyldelsen af de kvalitative mål med videreuddannelsen.

Udvalget foreslår, at klassifikation af den enkelte uddannelsesstilling sker på grundlag af oplysninger om afdelingens uddannelsesrelevante virksomhed,

og at klassifikationen gøres betinget af, at der foreligger et uddannelsesprogram, der opfylder målbeskrivelsens krav.

Enkeltstillingsklassifikation baseret på veldefinerede uddannelsesprogrammer indebærer en forpligtelse for den enkelte afdeling til at give den uddannelsessøgende læge mulighed for at deltage i og udføre de i uddannelsesprogrammet beskrevne uddannelsesaktiviteter. Tilsvarende er den uddannelsessøgende læge forpligtet til at følge programmet for at opnå dokumentation for, at det pågældende uddannelseselement er gennemført med et tilfredsstillende uddannelsesudbytte.

Ved klassifikationen af uddannelsesstillingerne må det tilstræbes, at den enkelte afdeling ikke får tillagt ansvaret for flere uddannelsesstrin end højst nødvendigt. Af hensyn til uddannelseskvaliteten må det endvidere sikres, at antallet af uddannelsesstillinger på afdelingerne fastsættes, så der bliver overensstemmelse mellem afdelingens uddannelsesrelevante virksomhed og uddannelsesprogrammerne. Dette vil typisk føre til, at visse afdelinger vil få deres uddannelsesopgaver koncentreret omkring turnusuddannelsen, uddannelsen i almen medicin og introduktionsuddannelserne, mens andre afdelinger i uddannelsesmæssig henseende får speciallægeuddannelserne som hovedfunktion.

5.4. Blokansættelser.

Udvalgets forslag til en ændret tilrettelæggelse af de lægelige videreuddannelser indeholder ud over princippet om enkeltstillingsklassifikation en udstrakt anvendelse af blokansættelser. Ved en blokansættelse forstår udvalget, at en underordnet læge som led i et og samme ansættelsesforhold gør tjeneste i flere enkeltstillingsklassificerede stillinger efter hinanden på flere afdelinger. Ansættelsesforholdet er på forhånd planlagt som et samlet, afsluttet hele med et bestemt sigte f.eks. turnusuddannelse, en **speciallæge**-uddannelse eller uddannelse i almen medicin.

Blokansættelser anvendes i det nuværende system bl.a. i turnusuddannelsen og i uddannelsen i almen medicin. Også undervisningsstillinger i intern medicin og kirurgi har i dag karakter af blokansættelser.

Selv om blokansættelser er en nærliggende fremgangsmåde til afkortning og rationalisering af de lægelige videreuddannelser, har denne ansættelsesform ikke vundet nogen større udbredelse. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at ingen af årsagerne hertil har en sådan vægt, at man skal afstå fra anvendelsen af denne fremgangsmåde i tilrettelæggelsen af den formaliserede kliniske videreuddannelse.

5.4.1. Svenske erfaringer med blokansættelser.

I det svenske videreuddannelsessystem anvendes blokansættelser såvel til turnusuddannelsen (AT-blok) som til speciallægeuddannelsen (FV-blok).

Blokansættelser er imidlertid ikke obligatoriske, idet speciallægeuddannelsen også kan gennemføres ved ansættelse i vikariater. I dag gennemføres 33-50% af speciallægeuddannelserne i sådanne vikariater, og blokssystemet fungerer derfor ikke efter hensigten. Baggrunden herfor er, at de uddannelsessøgende læger på grund af lægemanglen i Sverige ofte vælger at afbryde FV-blokkene i især de geografiske yderområder, for i stedet at gennemføre videreuddannelsen i vikariater i specielt de større byer.

I oktober 1987 udsendte Socialdepartementet en betænkning om lægers videreuddannelse (LSU 85), hvori der foreslås et radikalt brud med det hidtidige uddannelsessystem. Betænkningen lægger bl.a. op til, at detaljstyringen af videreuddannelsen - med tidsfastsatte ansættelser på forskellige afdelinger - skal erstattes af en egentlig målstyring. Endvidere foreslår LSU 85, at alle uddannelsessøgende læger fastansættes, så ansættelsesformen svarer til forholdene på det øvrige arbejdsmarked.

Statens repræsentanter i LSU 85 har imidlertid taget visse forbehold over for disse forslag, idet disse specielt er betænkelige ved konsekvenserne for gennemstrømningen i uddannelsessystemet, dimensioneringen mellem de enkelte specialer samt den geografiske fordeling af de uddannelsessøgende læger.

Den fortsatte politiske behandling af LSU 85 har endnu ikke ført til en endelig afklaring af den fremtidige tilrettelæggelse af videreuddannelserne i Sverige.

Udvalget ønsker at understrege, at det først og fremmest er lægemanglen, der har resulteret i, at det svenske blokansættelsessystem ikke har fungeret efter hensigten. De danske forhold adskiller sig ganske betydeligt fra de svenske, og udvalget finder derfor ikke, at man med henvisning til de svenske erfaringer kan begrunde ikke at indføre blokansættelser i det danske videreuddannelsessystem.

5.5. Konsekvenser for uddannelsessystemet.

5.5.1. Uddannelsestiden.

Et af hovedproblemerne ved den lægelige videreuddannelse er de meget lange faktiske uddannelsestider (jf. kapitel 3). Således er det i dag reelt ikke muligt at gennemføre en formaliseret videreuddannelse inden for det tidsrum, som er fastsat i uddannelsesbestemmelserne.

En konsekvent anvendelse af blokansættelser i den lægelige videreuddannelse vil som en væsentlig fordel indebære, at alle læger, der har påbegyndt den egentlige speciallægeuddannelse eller uddannelsen i almen medicin, vil kunne gennemføre en formaliseret videreuddannelse inden for en kortere årrække, end det er muligt i dag.

Mød andre ord giver blokansættelser den enkelte læge en sikkerhed for rimeligt hurtigt at kunne gennemføre en videreuddannelse, og samtidig får sundhedsmyndighederne en mulighed for styring af uddannelserne.

5.5.2. Uddannelseskontinuitet.

I det nuværende system, hvor den enkelte læge søger fra afdeling til afdeling - ofte på forskellige sygehuse - er det vanskeligt eller umuligt at tilrettelægge en sammenhængende klinisk uddannelse (jf. afsnit 3.5.3).

Såfremt en læge gennem en blokansættelse knyttes fast til et enkelt eller nogle få sygehuse i en længere ansættelsesperiode, vil kontinuiteten i videreuddannelsen kunne understøttes. Lægen vil tillige føle en mere fast tilknytning til "sit" sygehus og "sin" sygehuskommune. Arbejdsgiveren vil tilsvarende føle et klarere ansvar for, at der sikres en kvalitativt god og rationelt tilrettelagt sammenhængende uddannelse til "egne" læger. Videreud-

dannelserne bør derfor så vidt muligt tilrettelægges, så de kan gennemføres i et direkte samarbejde mellem den enkelte uddannelsessøgende læge og arbejdspladsen .

5.5.3. Uddannelsesvalg.

Det har ofte været fremhævet som et gode, at videreuddannelsessystemet giver betydelig frihed til gennemførelsen af den krævede uddannelse og valg af de enkelte uddannelseselementer. I realiteten har den eneste binding i mange år været kravet om ansættelse i undervisningsstilling. I denne sammenhæng må det dog erindres, at den nuværende **"overfyldning"** af systemet stort set har elimineret denne frihed.

Faststillingsreformen vil som omtalt i afsnit 4.1. medføre en reduktion i antallet af tidsbegrænsede uddannelsesstillinger, og hermed under alle omstændigheder mindske det frie valg af uddannelsessted og -forløb. Udvalgets forslag vil imidlertid sikre*, at den enkelte læge kan supplere sin uddannelse ved at opnå yderligere ansættelse i en introduktionsstilling, idet næsten alle uddannelsessøgende læger vil få mulighed for at tilbringe længere tid i en sådan stilling end angivet i de formelle uddannelseskrav (jf. afsnit 5.7.2.).

Der er således bevaret en mulighed for - og dermed en frihed til - i et vist omfang at følge et individuelt karrieremønster.

5.5.4. Udvælgelse.

Det har været anført, at blokansættelser vil fratage de enkelte afdelinger deres indflydelse på, hvem der ansættes på den pågældende afdeling.

Blokansættelser vil medføre, at en eksisterende eneret for overlægerne på de enkelte afdelinger forsvinder, men ansættelserne må forudsættes at ske efter indstilling afgivet af de involverede afdelinger i fællesskab - ganske som det nu er kendt ved ansættelse i de undervisningsstillinger, der omfatter ansættelse på flere afdelinger. Med gennemførelsen af faststillingsreformen vil denne mindre begrænsning imidlertid omfatte et betydeligt færre antal stillinger, idet afdelingernes lægestabe fremover vil bestå af langt flere fastansatte læger.

Udvalget ønsker samtidig at understrege, at indførelse af blokansættelser ikke i sig selv vil påvirke antallet af ansøgere til en given ansættelse. Der vil også fremover være et rimeligt antal kvalificerede ansøgere at vælge imellem ved besættelse af den enkelte uddannelsesblok.

5.5.5. Ensartethed.

Udvalgets forslag om regionsopdeling vil ikke medføre kvalitative forskelle, som kan tilskrives selve regionsopdelingen. Denne opdeling er først og fremmest en administrativ ordning, der skal sikre en entydig placering af ansvaret for ordningens gennemførelse og vedligeholdelse. Det kvalitative indhold i videreuddannelsen fastsættes fortsat af de centrale sundhedsmyndigheder, som også fremover vil samarbejde med de lægevidenskabelige selskaber gennem de tilforordnede og selskabernes kursusudvalg.

Inden for små specialer kan det for enkelte regioner vise sig vanskeligt at tilrettelægge uddannelsesprogrammer, der opfylder de foreslåede målbeskrivelser krav. Udvalget foreslår derfor, at disse uddannelser tilrettelægges enten ved, at to eller flere regioner finder sammen om at etablere uddannelsesblokke eller ved, at den uddannelsessøgende sammensætter uddannelsen gennem ansættelse i enkeltstillingsklassificerede stillinger (jf. afsnit 5.7.4.).

Bredden i den faglige kunnen og erfaring opnås i øvrigt ikke kun gennem de ansættelser, der er nødvendige til erhvervelse af speciallægeautorisation, men sker lige så ofte ved yderligere ansættelse som 1. reservelæge. Efter faststillingsreformens gennemførelse vil denne yderligere kvalificering normalt ske gennem ansættelse som afdelingslæge.

5.5.6. Fleksibilitet.

Den væsentligste kritik, der har været rettet mod blokansættelser, er, at de begrænser mulighederne for individuelle tilpasninger af uddannelsesforløbene. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at gevinsterne ved blokansættelser - og her først og fremmest afkortningen af uddannelsestiderne - langt opvejer de ulemper, der måtte være forbundet med at indføre denne ansættelsesform som hovedprincip for videreuddannelserne.

Set i sammenhæng med den samlede uddannelsestid udgør de enkelte blok-ansættelser et relativt kortvarigt forløb. Det må derfor være et hovedprincip, at den uddannelsessøgende læge gennemfører det på forhånd planlagte ansættelsesforløb. De - relativt få - bindinger den enkelte læge pålægges som følge heraf, må sammenholdes med gevinsterne i forhold til det nuværende uddannelsessystem, hvor valgfriheden til at sammensætte individuelle karriereforløb for de fleste uddannelsessøgende læger er af mere teoretisk end reel karakter.

Når en blokansættelse er afsluttet, fortsætter videreuddannelsen gennem en ny blokansættelse eller gennem ansættelse i en uddannelsesklassificeret stilling, der ikke indgår i en uddannelsesblok.

En speciallægeuddannelse vil herefter typisk have et forløb bestående af:

- 1) 18 måneders ansættelse i en turnusblok.
- 2) 2 et-årige ansættelser i enkeltstillingsklassificerede introduktionsstillinger.
- 3) Ansættelse i en uddannelsesblok bestående af undervisningsstilling, evt. supplerende uddannelse samt 1. reservelægestilling.

Udvalgets forslag indebærer, at planlagte afbrydelser i den formaliserede videreuddannelse - så som deltagelse i forskningsprojekter, ansættelse som klinisk forskningsassistent eller studieophold i udlandet - som udgangspunkt må indlægges i overgangsfasen mellem 2 ansættelser. Der vil således være den samme frihed som i det nuværende system til at "træde ud" af det stringente forløb og søge ansættelse baseret på en individuel faglig interesse.

For nogle af de uddannelsessøgende læger vil der opstå situationer (længe-revarende sygdom, graviditet o.lign.), som vil nødvendiggøre en afbrydelse af det planlagte uddannelsesforløb. Det må derfor fremgå af ansættelsesvilkårene, at stillingsindehaveren i sådanne situationer får den nødvendige forlængelse af ansættelsen til, at de tilknyttede uddannelsesprogrammer kan fuldføres (jf. afsnit 5.6.).

Det har været en anden ofte fremført kritik mod blokansættelser, at systemet ikke er tilstrækkeligt fleksibelt til at håndtere sådanne situationer.

Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at de tidligere omtalte fordele ved blokansættelser overstiger de praktisk-administrative ulemper, der kan opstå i de relativt sjældne situationer, hvor orlov i forbindelse med sygdom eller lignende er så langvarige, at et uddannelsesprogram af den grund ikke kan gennemføres.

I forbindelse med sygdom eller lignende vil den enkelte afdeling, ganske som tilfældet er i dag, kunne dække behovet for lægelig arbejdskraft ved ansættelse af en vikar i den midlertidigt ledigblevne stilling.

Skulle der opstå en situation, hvor en uddannelsessøgende læge må have sin ansættelse forlænget subsidiært genansættes, for efter endt orlov at fuldføre et påbegyndt uddannelsesprogram, vil dette som hovedregel kunne foregå efter følgende principper:

1. Hvis den uddannelsessøgende læge har haft orlov fra en stilling, der ikke indgår i en blokansættelse, forlænges ansættelsen i fornødent omfang.
2. Hvis den uddannelsessøgende læge har haft orlov fra en stilling i et blokansættelsesforløb, ansættes lægen enten i en ledig - i uddannelsesmæssig henseende ækvivalerende - stilling på samme **afdeling/indenfor** samme sygehuskommune/samme uddannelsesregion, eller i en af den ansættende myndighed frigjort uddannelsesstilling.

5.5.7. Forskning.

Indsigt i forskningsmetodik og evnen til at vurdere lægevidenskabelige publikationer er en af de meget væsentlige forudsætninger for at opretholde et højt kvalitativt niveau i sundhedsvæsenet. Denne kvalitetssikring opnås imidlertid også på mange andre måder end gennem den enkelte læges forskningsaktivitet. Nævnes kan lægechefernes ansvar for afdelingernes virksomhed, kvalitetskontrollen, som udføres af de (internationale) lægevi-

denskabelige tidsskrifter samt såvel lægevidenskabelige selskabers som sygehusejernes møde- og kursusvirksomhed.

Yngre lægers forskning finder som hovedregel sted under to principielt forskeluge forhold: Under ansættelse i særlige videnskabelige stillinger eller under de kliniske ansættelser, som indgår i den almindelige del af videreuddannelsen. Udvalgets forslag ændrer ikke herved, og videnskabelige ansættelser er af samme grund holdt uden for den anciennitetsberegning, som i fremtiden forudsættes at være begrænsende for ansættelse i en uddannelsesblok. Den enkelte yngre læge diskvalificerer sig således ikke ved at tage ansættelse i sådanne stillinger m.h.p. at engagere sig i et forskningssemne - snarere tværtimod.

Den del af den (kliniske) forskning, der finder sted under almindelige sygehusansættelser, vil ikke blive begrænset af blokansættelserne. Den enkelte læge vil fortsat have muligheder for at kvalificere sig ved deltagelse i denne forskning.

Udvalgets forslag vil indebære, at mange yngre læger på et langt tidligere tidspunkt end muligt i dag vil kunne opnå ansættelse i en tidsubegrænset stilling - primært som afdelingslæger. Der vil under sådanne ansættelser være mindst lige så gode muligheder for at fortsætte en forskningsaktivitet, som der i dag er under en ansættelse som 1. reservelæge. Man vil derudover kunne påregne, at overlægerekutteringen som hovedregel vil ske fra gruppen af afdelingslæger, og da der ikke er grund til at tro, at kvalifikationskravene til overlægerne vil blive slækket, vil der fortsat være en udbredt motivation til at kvalificere sig videnskabeligt.

5.6. Den gensidige forpligtelse.

Udvalgets forslag giver den uddannelsessøgende læge en garanti for, at den planlagte del af et uddannelsesforløb tilbydes indenfor det planlagte tidsforløb.

Ved at opdele de enkelte ansættelsesforhold efter uddannelsesfaser (turnusuddannelse, introduktionsuddannelse, uddannelse i almen medicin og speciallægeuddannelse i grundspeciale og grenspeciale) opnås, at den uddannelsessøgende læge kan overskue de enkelte ansættelsesforløb. Derfor

må lægen ved ansættelsen forpligte sig til at gennemføre den til ansættelsesforholdet knyttede videreuddannelse. Der ses i denne sammenhæng bort fra begivenheder som sygdom og graviditet m.v. Lægen har i sådanne tilfælde de samme rettigheder som alle andre, men ansættelsesmyndighedens forpligtelse udvides, så den pågældende læge får mulighed for at afslutte det til ansættelsen knyttede uddannelsesprogram. Denne forpligtelse indebærer ikke, at lægen har krav på at vende tilbage til den samme stilling på den samme afdeling, men det vil i de fleste tilfælde være mest hensigtsmæssigt at tilstræbe en tilbagevenden til den afdeling, hvor videreuddannelsen blev afbrudt.

Ansættelsesforholdet medfører således etablering af en gensidig forpligtelse. Afdelingens forpligtelse er fastlagt gennem de udarbejdede uddannelsesprogrammer, mens forsømmelser fra den uddannelsessøgende læges side kan resultere i misligholdelse af ansættelsesforholdet og føre til uddannelsesforløbets afbrydelse.

Udvalget har drøftet, hvorledes betingelserne for den gensidige forpligtelse i de enkelte uddannelsesled nøjere kan fastlægges. Efter udvalgets opfattelse vil det være hensigtsmæssigt, at der ved ansættelsen indgås en uddannelseskontrakt mellem ansættelsesmyndigheden og den pågældende læge. Et eksempel på en mulig udformning af en sådan kontrakt er medtaget i bilag A.

Under hensyn til de uddannelsessøgende lægers meget skiftende fravær som følge af hviletidsbestemmelser, afspadsering m.v., er det i udvalget blevet fremført, at det ville være ønskeligt, om den uddannelsessøgende læge i uddannelseskontrakten forpligtede sig til at følge formaliseret undervisning på afdelingen, også i den udstrækning, denne måtte blive placeret uden for arbejdstiden. Dette forudsætter imidlertid enighed mellem overenskomstparterne.

5.7. Udvalgets forslag til uddannelsesfasernes tilrettelæggelse.

Udvalgets forslag til den fremtidige tilrettelæggelse af de kliniske videreuddannelser beskrives i følgende 5 afsnit:

- 5.7.1. Turnusuddannelsen
- 5.7.2. Introduktionsuddannelserne
- 5.7.3. Uddannelsen i almen medicin
- 5.7.4. Speciallægeuddannelserne - grundspecialerne
- 5.7.5. Speciallægeuddannelserne - grenspecialerne.

5.7.1. Turnusuddannelsen.

Udvalget foreslår, at turnusuddannelsen tilrettelægges efter de gældende principper, men således, at målet er en obligatorisk, samlet blokansættelse på 18 måneder, som tilbydes alle læger snarest efter afsluttet kandidateksamnen. For at opfylde de formelle krav, skal disse uddannelsesblokke bestå af 6 måneders ansættelse på en intern medicinsk afdeling, 6 måneders ansættelse på en kirurgisk afdeling og 6 måneders ansættelse som reservelæge i almen praksis. Der skal etableres et så stort antal turnusblokke, at det svarer til tilgangen af nye medicinske kandidater.

Udvalget finder det væsentligt, at turnusuddannelsen placeres på afdelinger med en almindelig, uselektet patienttilgang således, at afdelingernes uddannelsesprogrammer kan sikre, at den uddannelsessøgende erhverver sig et bredt, alment klinisk kendskab til lægelige arbejdsområder. Medicinske og kirurgiske afdelinger, hvis virksomhed er domineret af patientbehandlingen inden for et grenspeciale, bør derfor ikke pålægges denne del af videreuddannelsen.

Den samlede turnusuddannelse vil med en årlig kandidatproduktion på ca. 400 medicinske kandidater kræve ca. 200 kirurgiske og ca. 200 medicinske reservelægestillinger samt ca. 200 praksisreservelægestillinger. I alt vil der således medgå ca. 600 underordnede lægestillinger til etablering af det nødvendige antal turnusblokke.

5.7.2. Introduktionsuddannelsen.

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

Udover at introduktionsuddannelsen indgår i de formelle krav til speciallægeuddannelsen, må denne del af videreuddannelsen også opfattes som en uddannelsesetid, der giver den yngre læge mulighed for at afprøve sine faglige interesser og evner over for flere specialer. Hermed mindskes risikoen for fejlvalg, og de afdelinger, der ansætter yngre læger med henblik på den senere del af speciallægeuddannelsen, får et bedre udvælgelsesgrundlag og en rimelig sikkerhed mod frafald. Introduktionsstillingerne bør derfor primært placeres på afdelinger, der kan opfylde formålet med en generel indføring i det pågældende speciale.

Udvalget foreslår, at introduktionsuddannelserne ikke indgår i en uddannelsesblok, men som hovedregel tilrettelægges som 1-årige reservelægeansættelser i enkeltstillingsklassificerede uddannelsesstillinger. Hermed vil disse ansættelser inden for de fleste specialer opfylde de formelle krav. Inden for enkelte specialer kræves imidlertid en introduktionsuddannelse af mere end 1 års varighed, og der må i disse specialer etableres introduktionsstillinger af en varighed svarende til de formelle uddannelseskrav, subsidiært gives mulighed for den nødvendige forlængelse af ansættelsen.

Udvalget anbefaler, at der klassificeres ca. 800 introduktionsstillinger, hvilket ved en årlig kandidatproduktion på ca. 400 vil betyde, at den enkelte uddannelsessøgende læge i gennemsnit kan tilbringe 2 år i en introduktionsstilling.

Uddannelsen i almen medicin forudsætter ikke ansættelse i en introduktionsstilling, og i de fleste specialer kræves kun en 1-årig ansættelse i en sådan stilling. Udvalget forventer derfor, at en del uddannelsessøgende læger ikke vil tilbringe 2 år i en introduktionsstilling.

I praksis vil dette betyde, at en del uddannelsessøgende læger opnår ansættelse i en almen medicinsk uddannelsesblok eller en speciallægeuddannelsesblok uden at have været ansat 2 år i en introduktionsstilling, medens andre læger benytter de 2 år eller mere til at supplere deres kliniske uddannelse ud over formelle krav.

Udvalget forudsætter, at der udarbejdes uddannelsesprogrammer for samtlige introduktionsstillinger, og at ansættelse i en introduktionsstilling ledsages af en forpligtelse til at følge et sådant (jf. afsnit 5.3.).

Afdelingerne bør dog ikke være forpligtet til at tilbyde uddannelsesprogrammer til de læger, der ansættes i en introduktionsstilling, hvis den uddannelsessøgende læge allerede har gennemgået et uddannelsesprogram til introduktionsuddannelsen i det pågældende speciale. I disse tilfælde vil et eventuelt ønske om at opnå supplerende klinisk erfaring inden for specialet kunne erhverves gennem det daglige kliniske arbejde.

Det relativt store antal introduktionsstillinger vil formentlig medføre, at såvel almen medicin- som speciallægeuddannelserne i gennemsnit vil blive 1-1½ år længere end angivet i de formelle uddannelsesbestemmelser. Det er udvalgets vurdering, at de hermed opnåede fordele vil være så store, at en sådan forlængelse er velbegrunderet og nødvendig.

5.7.3. Uddannelsen i almen medicin.

Formålet med uddannelsen i almen medicin er at kvalificere den uddannelsessøgende læge bedst muligt til en fremtidig funktion som alment praktiserende læge.

Den administrativt mest rationelle tilrettelæggelse af denne uddannelse vil efter udvalgets opfattelse kunne opnås, såfremt man tilbyder blokansættelser af 42 måneders varighed indeholdende alle dele af de formelle uddannelseskrav (inkl. 9 måneders valgfri uddannelse inden for sygehusvæsenet og 6 måneders ansættelse som praksisamanuensis). En sådan tilrettelæggelse vil dog medføre, at den valgfri del af uddannelsen reelt ikke bliver valgfri, og at det kun efter særlig aftale vil være muligt at lade en ansættelse som amanuensis indgå i en offentlig ansættelse i sygehusvæsenet.

Udvalget finder derfor, at grundstammen i almen medicin-uddannelsen bør være 27 måneders blokansættelse indeholdende de obligatoriske dele af sygehusuddannelsen med dertil knyttede uddannelsesprogrammer. Den valgfri del af sygehusuddannelsen må den enkelte læge opnå ved at søge ansættelse i en enkeltstillingsklassificeret uddannelsesstilling inden for et eller flere af de hertil godkendte specialer og i overensstemmelse med vedkommendes individuelle uddannelsesønsker. Amanuensisdelen af uddannelsen må ligeledes søges efter almindeligt opslag eller efter aftale med principallæger i klassificerede praksis.

Denne minimumsordning, som er en naturlig konsekvens af, at almen praksis drives som et liberalt erhverv, bør efter udvalgets opfattelse ikke stå alene. Ordningen bør suppleres med en mulighed for, at de enkelte sygehuskommuner - i et samarbejde med de stedlige praktiserende læger - tilrettelægger et mere omfattende uddannelsesforløb for de læger, der ønsker en målrettet uddannelse i almen medicin. Sådanne uddannelsesforløb kan enten indeholde hele sygehusdelen af uddannelsen i almen medicin eller både denne og amanuensistiden i en på forhånd aftalt praksis.

Det er udvalgets opfattelse, at der på længere sigt kun undtagelsesvist bør være mulighed for at få ansættelse i en uddannelsesblok i almen medicin efter opnået 4 års anciennitet (ekskl. militærtjeneste, orlov i forbindelse med svangerskab, fødsel og sygdom, samt ansættelse i videnskabelig stilling etc.).

Udvalget anslår, at der til uddannelsen af 150-200 læger i almen medicin pr. år skal anvendes 340-450 reservelægestillinger til uddannelsesblokke til den obligatoriske sygehusdel, 110-150 til den valgfrie del og 75-100 praksisamanuensisstillinger.

5.7.4. Speciallægeuddannelse - grundspecialerne.

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

Udvalget foreslår, at den del af speciallægeuddannelserne, der ligger efter introduktionstiden, som hovedregel tilrettelægges som et samlet blokforløb bestående af undervisningsstillingen, den obligatoriske supplerende uddannelse og 1. reservelægetiden på 18 måneder.

Dette hovedprincip må imidlertid fraviges for enkelte specialer. I specialer, der kun uddanner få (1-2) speciallæger om året, og hvis virksomhed helt overvejende er placeret på små afdelinger med små lægestabe og ofte med en bedre ratio mellem fastansatte og uddannelsessøgende læger, kan det være vanskeligt eller umuligt at tilrettelægge uddannelsen efter de ovenfor anførte hovedprincipper. Udvalget foreslår derfor, at speciallægeuddannel-

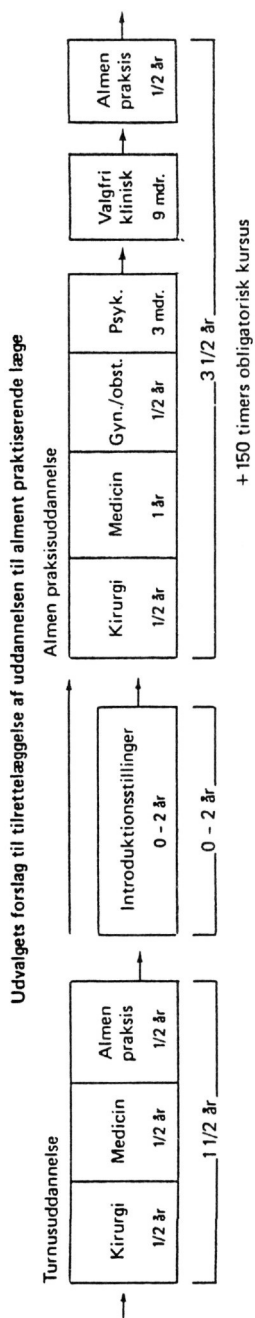
sen indenfor disse specialer opnås gennem ansættelse i de nødvendige enkeltstillingsklassificerede uddannelsesstillinger.

For langt hovedparten af specialerne skal uddannelsen efter udvalgets forslag imidlertid gennemføres ved en obligatorisk gennemgang af en **blok**-ansættelse med tilknyttede uddannelsesprogrammer for de enkelte uddannelsesdele. Der bliver derfor kun beskedne muligheder for på anden vis at sammenstykke en specialægeuddannelse.

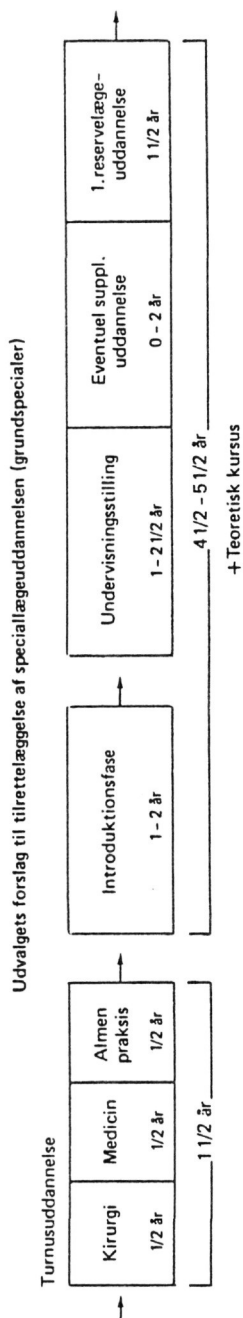
Udvalget forudsætter, at den del af uddannelsen, som svarer til de nuværende undervisningsstillinger, fortsat placeres på lands- og landsdelssygehuse, hvor uddannelsen kan afspejle samarbejdet med de øvrige specialer på et højt specialiseringsniveau. Den del af uddannelsen, der svarer til den supplerende ansættelse og til 1. reservelæge-ansættelsen, forventes i et væsentligt omfang placeret på hovedsygehuse og inden for enkelte specialer også i et vist omfang i speciallægepraksis inden for den region, hvor bestemte sygehuskommuner samarbejder om tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse (jf. afsnit 7.3.2.). Dette forhindrer ikke etableringen af blokforløb, hvor hele speciallægeuddannelsen finder sted på det samme landsdelssygehus. Forslaget vil imidlertid medvirke til, at der opnås en bedre udnyttelse af den samlede uddannelseskapacitet, ligesom det vil være muligt at opnå en mere hensigtsmæssig geografisk fordeling af 1. reservelægerne .

På længere sigt skal ansættelse i en uddannelsesblok kun undtagelsesvis kunne ske efter opnået 5 års anciennitet fraregnet ansættelse i forskningsstillinger, orlov m.v. (jf. afsnit 5.7.3.).

Udvalget anslår, at der til uddannelse af 200-250 speciallæger om året skal anvendes 400-525 reservelægestillinger og ca. 300-375 1. **reservelæge**-stillinger til etablering af det nødvendige antal uddannelsesblokke.



Figur 5



Figur 6

5.7.5. Speciallægeuddannelsen - grenspecialerne.

Uddannelserne i grenspecialerne har til formål at kvalificere læger til selvstændigt at varetage grenspecialets funktioner både inden for og uden for sygehusvæsenet.

I flere grenspecialer skal der kun uddannes meget få (1-3) læger pr. år, og uddannelsen kan derfor ikke fuldt ud indpasses hensigtsmæssigt i det almindelige blokansættelsessystem for grundspecialerne. Endvidere vil mange læger først relativt sent i deres videreuddannelse vælge at koncentrere sig om et grenspeciale. Udvalget foreslår derfor, at disse uddannelser indpasses på en så fleksibel måde som muligt - så meget mere som det kun berører en begrænset del af hver kandidatårgang.

Udvalget forestiller sig følgende muligheder fungerende samtidigt:

- 1) Grenspecialiseringen sker efter afsluttet uddannelse i grundspecialet. Der oprettes det nødvendige antal uddannelsesblokke indeholdende den obligatoriske supplerende uddannelse samt den/de krævede ansættelser som 1. reservelæge.
- 2) Grenspecialisering sker ved ansættelse i en uddannelsesblok, der afsluttes med anerkendelse i grenspecialet, men ikke i grundspecialet.

Den første mulighed for grenspecialisering vil især være egnet i de **grenspecialer**, hvor uddannelsen som hovedregel er placeret på afdelinger, der samtidigt har funktioner inden for grundspecialet. Den anden mulighed forudsættes fortrinsvis anvendt inden for grenspecialer som rheumatologi, geriatri, plastikkirurgi, thoraxkirurgi samt i **neurofagene**.

Udvalget vurderer, at der skal uddannes godt 40 grenspecialister om året. Hertil kræves i alt 125 stillinger som afdelingslæge/1. reservelæge. Desuden skal der til den supplerende uddannelse bruges ca. 30 reservelægestillinger - overvejende i laboratoriesektoren.

5.7.6. § 14-kvalifikation.

I lægelovens § 14 er det bestemt, at enhver ansøger til en stilling som overlæge skal have sine kvalifikationer bedømt af Sundhedsstyrelsen efter indhentet udtalelse fra et råd nedsat af det relevante lægevidenskabelige specialselskab.

For at gøre sig kvalificeret til ansættelse som overlæge, må speciallægen normalt supplere sin kliniske uddannelse. Dette sker i det nuværende system helt overvejende gennem ansættelse som 1. reservelæge. Selv om Sundhedsstyrelsens vurdering skal ses i forhold til den konkrete stilling, kan man som hovedregel påregne at blive anset som kvalificeret efter 3-4 års ansættelse som 1. reservelæge i specialet efter gennemgået undervisningsstilling. Udvalget forudsætter, at de supplerende kliniske kvalifikationer fremover - d.v.s. når de forestående stabsstrukturændringer er gennemført - sædvanligvis opnås under ansættelse som afdelingslæge.

Kapitel 6.

Den kliniske videreuddannelses kvalitet.

6.1. 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.

Der er inden for de bestående rammer siden 1985 gennemført omfattende forsøg med 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, at de gennemgående forsøgelementer har været 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 (jf. UfL 1988:697). Det fremgår endvidere 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 resultaterne af den mere dybtgående evaluering af 4 forsøgsafdelinger, som Dansk Sygehus Institut offentliggjorde i marts 1989.

I dag er der meget betydelig forskel på den formelle uddannelsestid og den reelle. Det er naturligvis i mange henseender uhensigtsmæssigt, men det har den positive sideeffekt i nogen grad at kompensere for den manglende intensitet i afdelingernes uddannelsesaktivitet. Udtrykt på en anden måde betyder den manglende uddannelsesintensitet sammenholdt med den reelle uddannelsestid, at der er en endog meget betydelig forskel mellem

ansættelsestid i en uddannelsesstilling på den ene side og faktisk uddannelsestid på den anden side.

Rapporten fra Dansk Sygehus Institut dokumenterer denne manglende intensitet i yngre lægers videreuddannelse. For den lægelige videreuddannelse er det en nødvendighed, at den uddannelsessøgende som et led i arbejdet konfronteres med fagligt udfordrende arbejdsopgaver. I langt hovedparten af arbejdstiden beskæftiger den uddannelsessøgende læge sig imidlertid med opgaver, der ligger inden for den allerede opnåede rutine, og kommer hermed kun langsomt videre i det faktiske uddannelsesforløb. Følgelig reduceres lægens umiddelbare behov for direkte supervision i det daglige kliniske arbejde ganske betydeligt, og det fremgår af undersøgelsen, at denne form for supervision blot forekom i 3-4% af en læges arbejdstid.

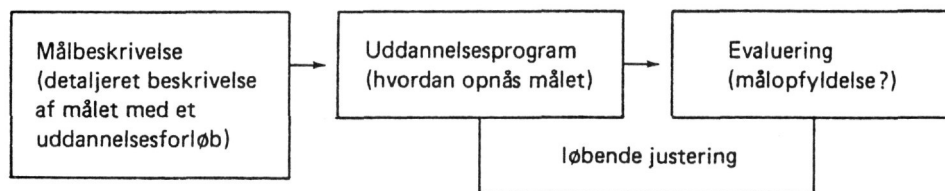
Den manglende uddannelsesintensitet er til dels forårsaget af, at der kun i ringe grad er taget højde for de uddannelsesmæssige konsekvenser af afdelingernes funktionsopdeling.

Udvalgets forslag til tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse vil medføre, at den reelle uddannelsestid tilnærmes den formelle, hvorfor forslaget forudsætter en meget målrettet og intensiv uddannelsesaktivitet på de enkelte afdelinger.

6.2. 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, mens tilrettelæggelsen af yngre lægers arbejde, der har en selvstændig betydning for den kliniske videreuddannelse, behandles i kapitel 9.

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).



Figur 7

6.2.1. 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 uddannelsesformål 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.

6.2.2. 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 afdeling-

erne 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. Eksempler på uddannelsesprogrammer er i uddrag gengivet i DSI-rapporten "Klinisk træning af læger".

I dag er anvendelse af uddannelsesprogrammer ikke særlig udbredt. Det fremgår f.eks. af den i afsnit 6.1. 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.

Uddannelsesprogrammer skal være obligatoriske. Det bør være et vilkår for Sundhedsstyrelsens klassificering af uddannelsesstillinger samt for godkendelsen af uddannelsesblokke, at der udarbejdes et uddannelsesprogram, og at der foretages en løbende evaluering heraf. Ansvar for påhviler den enkelte afdelings uddannelsesansvarlige overlæge.

6.2.3. Evaluering.

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

I disse år overvejes det - bl.a. inden for de kirurgiske specialer - at indføre en tentamen som et led i vurderingen af de uddannelsessøgendes færdigheder. En arbejdsgruppe under Specialistnævnet har anbefalet at lade bestået klinisk tentamen indgå som en del af udvælgelsesgrundlaget ved besættelsen af undervisningsstillinger.

Udvalget har imidlertid ikke på nuværende tidspunkt ønsket generelt at anbefale indførelsen af en egentlig eksamensordning. Dette 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 medvirke 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 som et uddannelsesbevis. Den uddannelsessøgende skal have lejlighed til at påføre udtalelsen sine bemærkninger.

Udvalget foreslår, at den skriftlige vurdering af uddannelsesforløbet (uddannelsesbeviset) 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. Såfremt der lokalt ikke kan opnås enighed om evalueringens indhold, forelægges sagen for Sundhedsstyrelsen.

Udvalget anbefalede allerede i sin delbetænkning (1155/1988), at Sundhedsstyrelsen burde forestå udarbejdelsen af centralt godkendte målbeskrivelser, og at disse burde foreligge inden den foreslåede uddannelsesreform iværksættes. Udvalget anbefalede endvidere, at Sundhedsstyrelsen tog initiativ til udarbejdelsen af vejledende materiale om uddannelsesprogrammer og evalueringsprocedurer samt til iværksættelsen af den nødvendige kursusaktivitet. Efter anmodning fra Sundhedsministeriet er Sundhedsstyrelsen nu ved at forberede iværksættelsen af udvalgets forslag vedrørende etablering af målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og evaluering.

Kapitel 7.

Sundhedsmyndighedernes opgaver og samarbejde.

7.1. Indledning.

I dette kapitel beskrives udvalgets overvejelser og forslag til opgavefordeling og samarbejde mellem de involverede myndigheder og forholdet til den private del af sundhedssektoren.

Udvalgets overvejelser og forslag er båret af tre hovedhensyn:

- Entydig placering af ansvaret for videreuddannelsens enkelte elementer er afgørende. Der må ikke herske tvivl om, hvilken myndighed, der har ansvaret.
- Ansvar for gennemførelsen af de praktiske dele af det nye uddannelsessystem skal i videst mulig udstrækning placeres hos sygehuskommunerne - enten hver for sig eller i et samarbejde.
- De til videreuddannelsen knyttede opgaver skal løses af de eksisterende myndigheder og så vidt muligt inden for de i dag kendte samarbejdsrammer.

7.2. De centrale sundhedsmyndigheder.

De centrale sundhedsmyndigheder udgøres i denne sammenhæng af Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen bistået af Det Centrale Råd for Lægers Videreuddannelse og Specialistnævnet (jf. afsnit 3.2.).

Uanset at ansvaret for den praktiske gennemførelse af udvalgets forslag i videst mulig udstrækning placeres hos sygehuskommunerne, bør det fortsat være de centrale sundhedsmyndigheders opgave at fastsætte videreuddannelsernes indhold og kapacitet. Kun herved vil det være muligt at sikre en ensartet høj kvalitet i videreuddannelsen og samtidig undgå, at der på landsplan opstår ubalance mellem udbud og efterspørgsel efter lægelig arbejdskraft .

Ud over overordnede tilsynsopgaver har de centrale sundhedsmyndigheder derfor hovedansvaret for følgende opgaver:

- Fastsættelse af videreuddannelsernes indhold.
- Fastsættelse af videreuddannelsernes dimensionering og kapacitet.
- Sikring af videreuddannelsernes kvalitet.
- Godkendelse, tilsyn og registrering.

7.2.1. Videreuddannelsernes indhold.

De centrale sundhedsmyndigheder fastsætter de formelle uddannelseskrav med detaljeret angivelse af arten af de enkelte uddannelseselementer og deres varighed.

De centrale myndigheder har desuden ansvaret for de teoretiske kursers indhold og tilrettelæggelse.

7.2.2. Fastsættelse af videreuddannelsernes dimensionering og kapacitet.

De centrale sundhedsmyndigheder har som ansvarlige for videreuddannelsens dimensionering og kapacitet pligt til løbende at vurdere behovet for færdiguddannede læger. Med udgangspunkt i relevante prognoser må disse myndigheder dels rådgive Undervisningsministeriet om behovet for ændringer i studenterindtaget og dels sikre, at såvel den samlede uddannelseskapacitet som dimensioneringen mellem videreuddannelsernes forskellige retninger etableres under hensyntagen til sundhedsvæsenets forventede efterspørgsel.

Udvalget foreslår, at de centrale sundhedsmyndigheder på denne baggrund fastsætter antallet af uddannelsesblokke m.m.

Det meddeles den enkelte sygehuskommune, hvor mange uddannelsesblokke der skal etableres til turnusuddannelsen og uddannelsen i almen medicin samt hvor mange introduktionsstillinger sygehuskommunen forventes til enhver tid at have besat inden for de enkelte specialer.

Tilsvarende meddeles antallet af uddannelsesblokke for speciallæger inden for de enkelte specialer til alle sygehuskommuner inden for hver uddannelsesregion (jf. afsnit 7.3.2.). De lokale myndigheder orienteres samtidig om mulighederne for og fremgangsmåden ved - i overgangsperioden - at tilby-

de regionens yngre læger individuelt tilrettelagte uddannelsesblokke eller -kontrakter til hurtig færdiggørelse af en ønsket, men fastkørt uddannelse.

Inden for de specialer, hvor der kun uddannes meget få speciallæger pr. år, må såvel kapaciteten som tilrettelæggelsen af uddannelsesforløbene aftales konkret mellem uddannelsesstederne og Specialistnævnet i samarbejde med de **lægevidenskabelige** selskabers uddannelsesudvalg.

Udvalget anbefaler, at de centrale sundhedsmyndigheder i lovgivningen be- myndiges til efter forhandling med sygehuskommunerne at fastsætte uddan- nelsesblokkenes antal og fordeling inden for den til enhver tid eksisterende stillingsmasse, således som det nu praktiseres for turnusuddannelsens ved- kommende.

7.2.3. Sikring af uddannelseskvaliteten.

De centrale myndigheder skal forestå udarbejdelsen af de målbeskrivelser, der skal danne grundlag for uddannelsesprogrammerne på de enkelte afde- linger. Målbeskrivelserne udsendes til sygehuskommunerne samtidig med meddelelsen om antallet af uddannelsesblokke m.m.

Sammen med målbeskrivelserne skal de centrale sundhedsmyndigheder des- uden udsende vejledninger vedrørende udformningen af og indholdet i ud- dannelsesprogrammer og evalueringsprocedurer. Vejledningerne om uddan- nelsesprogrammerne kan formentlig mest hensigtsmæssigt udformes som et "standardprogram" for hvert uddannelsesforløb. De centrale sundhedsmyn- digheder skal løbende evaluere disse uddannelsesprogrammer. Der skal end- videre iværksættes kurser til at understøtte uddannelsesprogrammernes gennemførelse.

Endelig skal der udsendes retningslinier for indholdet i de individuelle "inkomplette" uddannelsesforløb i overgangsperioden (jf. afsnit 8.3.2.2.).

7.2.4. Godkendelse, tilsyn og registrering.

Udvalget foreslår, at sammensætning og placering af de enkelte uddannel- sesblokke og -stillinger godkendes af Sundhedsstyrelsen. På samme måde skal alle uddannelsessteder og -stillinger i almen praksis godkendes een-

trait. I overgangsperioden bliver der desuden tale om en godkendelse af blokansættelser indeholdende individuelt sammensatte "inkomplette" uddannelsesforløb .

Hensigten med den centrale godkendelse er dels at sikre, at der etableres uddannelsesforløb i overensstemmelse med det udmeldte antal og dels, at uddannelsen foregår på egnede afdelinger. Udvalget har i afsnit 6.2.2. anbefalet, at det gøres til en forudsætning for Sundhedsstyrelsens godkendelse af en uddannelsesstilling/uddannelsesblok, at der foreligger et uddannelsesprogram for de enkelte stillinger. Afdelingernes uddannelsesprogrammer skal derfor indsendes til Sundhedsstyrelsen, der hermed får forbedrede muligheder for at udøve sine tilsynsfunktioner. Udvalget skal i denne forbindelse foreslå, at Sundhedsstyrelsens vejledende og rådgivende funktioner styrkes yderligere ved at udbygge funktionerne for de tilforordnede i specialerne til også at omfatte et opsøgende tilsyn med uddannelsesaktiviteterne på afdelingerne.

Kravet om godkendelse af de enkelte uddannelsesblokke må ses i sammenhæng med det nuværende klassifikationssystem, hvor bl.a. samtlige undervisningsstillinger og afdelinger skal godkendes centralt. Sundhedsstyrelsens godkendelse af uddannelsesstillinger/-blokke erstatter således den hidtidige afdelingsklassifikation. Udvalget skal i øvrigt anbefale, at det overvejes, om godkendelseskravet på lidt længere sigt skal opretholdes. Muligvis vil den løbende revision af målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer sammen med den af udvalget foreslåede udvidelse af Sundhedsstyrelsens kontrol- og rådgivningsfunktion indebære, at en central registrering af uddannelsesstillinger og -blokke vil være tilstrækkelig.

Endelig foreslår udvalget, at Sundhedsstyrelsen i det eksisterende lægeregister løbende indfører alle afsluttede og dokumenterede uddannelseselementer for hver enkelt læge. Dette kan ske ved, at den uddannelsessøgende læge, når han eller hun har fået attesteret, at turnusuddannelsen, introduktionsuddannelsen o.s.v. er afsluttet, meddeler dette til Sundhedsstyrelsen ved indsendelse af de i afsnit 6.2.3. omtalte uddannelsesbeviser. Herved opnås, at Sundhedsstyrelsen på grundlag af de således akkumulerede oplysninger og tilsvarende oplysninger om gennemgået teoretisk uddannelse, kan udstede autorisationer umiddelbart i forbindelse med den samlede uddannelses **færdiggørelse**.

7.3. Sygehuskommunerne.

Ansvar for den kliniske videreuddannelses praktiske tilrettelæggelse skal placeres hos sygehuskommunerne. Turnus-, introduktions- og almen medicinuddannelserne vil efter udvalgets opfattelse kunne tilrettelægges inden for den enkelte sygehuskommunes rammer, mens speciallægeuddannelsesblokkene - i de fleste tilfælde - med størst fordel bør tilrettelægges i et samarbejde mellem flere sygehuskommuner. Dette samarbejde etableres inden for aftalte uddannelsesregioner.

7.3.1. Lokal tilrettelæggelse.

Tilrettelæggelse af de uddannelsesforløb (blokansættelser), der kan finde sted inden for den enkelte amtskommune, sker ud fra de centralt udarbejdede uddannelseskrav og målbeskrivelser og bør gennemføres i et samarbejde mellem alle berørte parter.

Udvalgets forslag om, at kun den obligatoriske sygehusdel af uddannelsen i almen medicin samles i en obligatorisk blokansættelse, betyder ikke, at amtskommunens praktiserende læger ikke inddrages i uddannelsesplanerne. I de tilfælde, hvor et samarbejde kan etableres, vil det være hensigtsmæssigt også at lave blokansættelser, der omfatter **amanuensisansættelse** i en lægepraksis. Desuden må det tages med i overvejelserne, om man lokalt vil og kan tilbyde blokforløb, der omfatter hele almen medicin-uddannelsen. Det er vigtigt, at der som et led i et sådant samarbejde mellem **sygehus**-sektoren og en eller flere private lægepraksis sker en afklaring af de finansieringsmæssige forhold vedrørende den del af uddannelsen, der er placeret i praksissektoren.

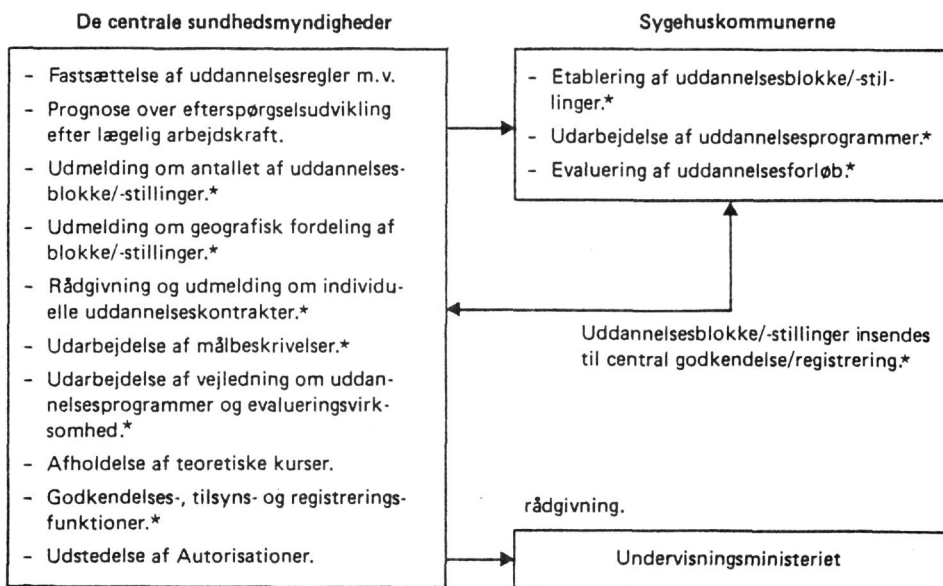
Ud over at forestå den praktiske tilrettelæggelse af uddannelsesforløbene, er det også sygehuskommunernes ansvar at sikre udarbejdelsen, gennemførelsen og evaluering af de til videreuddannelsen hørende uddannelsesprogrammer.

7.3.2. Samarbejde mellem sygehuskommuner.

Udvalget foreslår, at opgaven med etableringen af blokansættelser i speciallægeuddannelserne sker i et samarbejde mellem flere sygehuskommuner

inden for 4 geografisk afgrænsede områder (uddannelsesregioner) omkring landsdelssygehusene. Sygehuskommunerne med landsdelssygehuse inden for en region skal have ansvaret for at organisere både undervisningsstillingerne på egne sygehuse og - i samarbejde med de øvrige sygehuskommuner i området - den øvrige kliniske del af speciallægeuddannelserne.

OPGAVEFORDELING



De med * markerede opgaver er enten helt nye eller væsentligt udvidede opgaver i forhold til det nuværende system.

Figur 8

Efter udvalgets opfattelse vil der være betydelige fordele forbundet med et sådant områdebestemt samarbejde om videreuddannelsen af yngre læger. Samarbejdet vil blandt andet gøre det muligt systematisk at inddrage flest mulige afdelinger med uddannelsesrelevante aktiviteter i speciallægeuddannelserne således, at supplerende uddannelser og 1. reservelægeansættelser på hovedsygehuse kan finde en naturlig plads i uddannelsessystemets blok-ansættelser.

Et sådant samarbejde vil indebære fordele for alle sygehuskommuner. Sygehuskommuner uden landsdelssygehuse vil som led i samarbejdet modtage kvalificerede 1. reservelæger til hovedsygehusene, og landsdelssygehusene

vil blive aflastet i uddannelsesfunktionerne og dermed i større grad få mulighed for dels at tage sig af grenspecialeuddannelserne dels at konvertere stillinger til faste stillinger.

Det er udvalgets opfattelse, at et samarbejde mellem sygehuskommunerne er en forudsætning for, at der kan sikres en rimelig fordeling af uddannelsesopgaverne inden for de større specialer og dermed også en hensigtsmæssig rekruttering af speciallæger til sygehusvæsenet.

Samarbejdet i uddannelsesområderne vil formentlig komme til at omfatte følgende specialer:

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. Anæstesiologi | 13. Oftalmologi |
| 2. Børnepsykiatri | 15. Ortopædisk kirurgi |
| 4. Diagnostisk radiologi | 16. Oto-rhino-laryngologi |
| 5. Gynækologi og Obstetrik | 17. Patologisk anatomi |
| 6. Intern medicin | 18. Psykiatri |
| 7. Kirurgi | 19. Pædiatri |
| 12. Neuromedicin | |

Hertil kan eventuelt komme 10. Klinisk kemi, 11. Klinisk mikrobiologi og de interne medicinske grenspecialer 6e. **Langtidsmedicin** og geriatri og 61. Rheumatologi.

Samarbejdet vil især vedrøre to forhold.

Sygehuskommunerne i regionen skal på baggrund af de centrale myndigheds udmeldinger om antallet af uddannelsesblokke i de nævnte specialer træffe afgørelse om, hvilke uddannelsesblokke, der mest hensigtsmæssigt kan fordeles på flere sygehuskommuner. Derefter skal der planlægges en konkret fordeling af elementerne i den enkelte blokansættelse på sygehuse og afdelinger.

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 **sygehus-**kommuner med landsdelssygehus(e) til denne opgave.

Uddannelserne i visse mindre specialer og i de fleste grenspecialer vil som oftest kun kunne gennemføres på **landsdelssygehusene**, og tilrettelæggelsen af disse uddannelser vil derfor kun undtagelsesvis forudsætte et formelt samarbejde mellem flere sygehuskommuner. Det må imidlertid anbefales, at også klassifikation af stillinger til grenspecialeuddannelser samt specielle uddannelsesblokke drøftes med alle de samarbejdende sygehuskommuner således, at rekrutteringen til disse uddannelser bliver bredest mulig.

Det drejer sig om følgende specialer og grenspecialer:

3. Dermato-venerologi	7a. Karkirurgi
6a. Cardiologi	7b. Kir. gastroenterologi
6b. Hepatologic	7. Plastikkirurgi
6c. Hæmatologi	7d. Thoraxkirurgi
6d. Infektionsmedicin	7e. Urologi
6f. Med. allergologi	8. Klin. fysiologi
6g. Med. endokrinologi	9. Klin. immunologi
6h. Med. gastroenterologi	12a. Klin. neurofysiologi
6i. Med. lungesygdomme	12b. Neurokirurgi
6k. Nefrologi	14. Onkologi

Udvalget har ikke behandlet tilrettelæggelsen af videreuddannelserne i de samfundsmedicinske specialer, som alle har deres hovedelementer placeret uden for sygehusene. Udvalget forudsætter, at Specialistnævnet tager spørgsmålet om sygehusdelen af disse uddannelser op til særskilt behandling.

Ud over tilrettelæggelsen af uddannelsesblokkene skal sygehuskommunerne i regionerne tage stilling til ansøgninger om ansættelse i ledige uddannelsesblokke. Blokkene skal opslås til besættelse som et sammenhængende uddannelsesforløb. Ved ansættelsen må den uddannelsessøgende have sikkerhed for, at alle stillinger i uddannelsesblokken er til rådighed på det rigtige tidspunkt, uanset at de enkelte faser kan være placeret i forskellige sygehuskommuner.

Blokansættelser, der involverer flere ansættelsesmyndigheder, kan formelt set gennemføres på forskellige måder. Den uddannelsessøgende kan ansættes i flere sygehuskommuner på en gang, men med tiltrædelse på tidspunkter,

der svarer til de enkelte faser. En anden model ville være at ansætte den uddannelsessøgende i første sygehuskommune samtidig med, at den eller de øvrige sygehuskommuner giver et forpligtende tilsagn om ansættelse på det rigtige tidspunkt. Den konkrete tilrettelæggelse af samarbejdet må aftales i de enkelte regioner.

Udvalget understreger, at der er tale om et forpligtende samarbejde, som forudsætter betydelig lokal samarbejdsvilje. Udvalget finder, at denne form er at foretrække frem for etablering af særlige procedurer eller organer til løsning af de omtalte opgaver. Fordelen for alle sygehuskommunerne i en region er så indlysende og store, at der heller ikke efter udvalgets opfattelse vil være behov for at oprette særskilte organer eller tilrettelægge særskilte procedurer for konfliktløsning.

7.3.3. Afgrænsning af **uddannelses** regioner.

De uddannelsesregioner, som udvalget foreslår aftalt, bør have en sådan størrelse og sammensætning, at de enkelte regioner vil kunne tilbyde speciallægeuddannelser inden for de fleste specialer. Ved afgrænsningen af regionerne er der endvidere taget hensyn til de nuværende samarbejdsrelationer mellem sygehuskommunerne, herunder det igangværende samarbejde i Københavns-området om en koordination af specialeplanlægningen, som bevirker, at det vil være mest hensigtsmæssigt at samle alle sygehuse øst for Storebælt i et område.

Udvalget skal på denne baggrund skitsere følgende uddannelsesregioner:

- Område I: Alle sygehuskommuner øst for Storebælt og Rigshospitalet.
- Område II: Fyns Amtskommune, Sønderjyllands Amtskommune og Ribe Amtskommune.
- Område III: Århus Amtskommune, Vejle Amtskommune og Ringkjøbing Amtskommune.
- Område IV: Nordjyllands Amtskommune og Viborg Amtskommune.

Regionsopdelingen udgør en illustration, og udvalget er eksempelvis opmærksom på, at Vejle Amtskommune har tætte samarbejdsrelationer til både Århus og Fyns amtskommuner, hvilket kan tale for, at amtskommunen efter konkret aftale indgår i et uddannelsessamarbejde i begge områder.

Kapitel 8.

Iværksættelsen af udvalgets forslag til tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse.

8.1. Indledning.

I dette kapitel beskrives, hvordan udvalgets forslag til model for den lægelige videreuddannelse kan iværksættes. Udvalget lægger vægt på at understrege, at iværksættelsen af det nye system må ses i en snæver sammenhæng med - og derfor må koordineres med - faststillingsreformens gennemførelse.

Iværksættelsen af udvalgets forslag må tage udgangspunkt i de givne normeringsmæssige rammer og den eksisterende uddannelseskapacitet. Det fremgår af det følgende, at den eksisterende uddannelseskapacitet er tilstrækkelig til, at der med en årlig kandidatproduktion på ca. 400 medicinske kandidater, kan etableres et uddannelsessystem i tilnærmelsesvis balance. Der vil derudover være kapacitet til at tilbyde særlige uddannelsesordninger for den gruppe 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. Udvalgets beregninger er baseret på en forventning om, at uddannelseskapaciteten i en balancesituation stort set skal svare til uddannelseskapaciteten i dag, d.v.s. 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 færdiguddannede 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 udvalgets delbetænkning (Betænkning 1155, december 1988), 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. Delbetænkningen 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 til individuelt tilrettelagte uddannelsesforløb .

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 **uddannelses** - kapacitet 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 ca. 40 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 praksisreservelægesteUinger.

Stillingsbehovet vil samlet være så beskedent, at ca. 40% af det eksisterende antal reservelægestillinger (ca. 1500 stillinger) og ca. 75% af 1. reservelægestillingerne (ca. 1900 stillinger) vil være disponible dels til konvertering til faste stillinger og dels til de individuelle uddannelses tilbud, der i overgangsperioden tilbydes den gruppe af læger, der ikke kan få færdiggjort en videreuddannelse uden særlige indgreb og tilbud.

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 **uddannelsesblokkene** / -stillingernes 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 (jf. 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 disse læger sikres de manglende uddan-

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

Det er udvalgets vurdering, at der inden for en række specialer ikke vil være tilstrækkeligt mange færdigtuddannede speciallæger til, at efterspørgslen i forbindelse med faststillingsreformens gennemførelse kan tilgodeses. Da det af praktisk-administrative grunde ikke umiddelbart vil være muligt at iværksætte de i afsnit 8.3.2.2. beskrevne individuelle uddannelsesforløb, skal udvalget derfor anbefale, at der snarest sker en udvidelse af antallet af undervisningsstillinger. Ansættelse i disse stillinger følger de nuværende regler, men udvalget skal i denne forbindelse yderligere anbefale, at undervisningsstillingerne kobles sammen med de påkrævede 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge i en blokansættelse.

Endelig skal udvalget anbefale, at Sundhedsstyrelsen, som ved indførelsen af de nye speciallægebestemmelser i 1982/83, snarest tager initiativ til at gennemføre en dispensationsrunde for de læger, der 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, at der på længere sigt indføres faste kriterier for adgang til det nye uddannelsessystem. Der peges på fastsættelse af maksimumsgrænser for anciennitet (excl. evt. ansættelser i videnskabelige stillinger m.v., jf. afsnit 5.7.3) ved ansættelse i en uddannelsesblok/-stilling.

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 kandidatårge. Problemets omfang afhænger dog dels af overgangs-

periodens længde, dels af, om der i helt særlige tilfælde bliver adgang til dispensation for adgangskriterierne og endelig af dimensioneringen af de individuelle uddannelsesforløb.

Overgangsordningen foreslås opdelt i en forberedelsesfase og en gennemførelsesfase. Til forberedelsesfasen er afsat ca. 1½ år. Udvalget fremlægger dernæst et forslag til en gennemførelsesfase på 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 - 1½ år til dette arbejde. I forberedelsesfasen er der fire hovedopgaver:

- udarbejdelse af målbeskrivelser,
- udarbejdelse af vejledende materiale vedrørende uddannelsesprogrammer og evaluering af disse,
- fastsættelse af antal og fordeling af uddannelsesblokke og -stillinger,
- klassificering af uddannelsesblokke og -stillinger.

De centrale sundhedsmyndigheder udsender efter indstilling fra **Specialist-**nævnet de i afsnit 6.2.1. omtalte målbeskrivelser for de enkelte uddannelsesdele (turnusuddannelsen, introduktionsuddannelsen, almen medicin-, speciallæge- og grenspecialeuddannelsen). De centrale sundhedsmyndigheder udarbejder og udsender derudover vejledende materiale om uddannelsesprogrammer og evaluering af disse samt tager initiativ til gennemførelsen af den nødvendige kursusaktivitet (jf. afsnit 6.2.2.). Endelig udarbejdes de uddannelsesbeviser, der skal anvendes til attestation af gennemførte uddannelsesforløb (jf. afsnit 6.2.3.). 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, hhv. enkeltstillingsklassificerede uddannelsesstillinger til speciallægeuddannelserne i de mindre specialer (jf.

afsnit 5.7.4.)• På grundlag af de udsendte målbeskrivelser udarbejder de enkelte afdelinger samt almen praksis de uddannelsesprogrammer, der er relevante for den uddannelsesmæssige virksomhed. Disse uddannelsesprogrammer er en forudsætning for klassificeringen af uddannelsesstillingerne/blokkene og skal derfor indsendes til de centrale sundhedsmyndigheder sammen med sygehuskommunernes forslag til uddannelsesblokke, der skal godkendes centralt.

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. Udvalgets forslag til gennemførelsesfase er gengivet i bilag B sammen med en oversigt over de enkelte aktiviteter - og deres tidsmæssige placering - der indgår heri.

Udvalget foreslår en gennemførelsesfase på 7 år, indeholdende faste adgangskriterier til det nye uddannelsessystem (jf. afsnit 8.3.2.). Det nye uddannelsessystem vil kunne fungere fra midten af 1990'erne og vil være fuldt udbygget i 1998.

Indførelsen af faste adgangskriterier indebærer, at nogle læger vil blive afskåret fra at gennemføre en videreuddannelse i det nye system. Det vil her især dreje sig om den gruppe læger, der på grund af den nuværende "overfyldning" af uddannelsessystemet ikke uden særlige indgreb og tilbud kan påregne at gennemføre og afslutte en videreuddannelse inden for en

rimelig tid, og som ikke vil kunne blive omfattet af den foreslåede dispensationsrunde.

Udvalget skal anbefale, at der i en overgangsperiode på op til 5 år tilrettelægges individuelt sammensatte uddannelsesforløb for disse læger. Uddannelsesforløbene må udformes i et tæt samarbejde mellem den enkelte yngre læge, den sygehuskommune, hvori den pågældende læge er ansat og regionens landsdelssygehus(e). Individuelle uddannelsesforløb skal udformes efter retningslinier udarbejdet af Specialistnævnet og registreres og godkendes af Sundhedsstyrelsen. Udvalget foreslår derfor, at Sundhedsstyrelsen (**Specialis**t nævnet) udsender retningslinier for udformningen af og indholdet i sådanne uddannelsesforløb, idet det er afgørende, at de individuelle uddannelsesforløb ikke fører til uddannelse af speciallæger og læger til almen praksis på et kvalitativt lavere niveau end den, der gives efter de nuværende uddannelseskrav.

De individuelle uddannelsesforløb vil kunne fremme en hurtig gennemførelse af faststillingsreformen under forudsætning af, at der inden for en række specialer foretages en vis midlertidig udvidelse af uddannelseskapaciteten.

Udvalget skal i denne forbindelse endelig understrege nødvendigheden af, at der ved udarbejdelsen af de individuelle uddannelsesforløb ikke alene tages hensyn til den enkelte læges umiddelbare uddannelsesbehov, men tillige tages udgangspunkt i sundhedsvæsenets behov for færdiguddannede læger inden for de relevante uddannelsesretninger.

Til illustration af udvalgets forslag til en ændret tilrettelæggelse af den lægelige videreuddannelse gengives i bilag C konsekvenserne for en fiktiv amtskommune - Danborg Amtskommune.

Kapitel 9.

Arbejdstilrettelæggelse for underordnede sygehuslæger.

9.1. Indledning.

I arbejdsmæssig henseende er sygehusene karakteriseret ved, at der i alle døgnets timer varetages funktioner, som forudsætter, at kvalificeret personale enten ér tilstede eller kan give møde inden for et kortere tidsrum. På ethvert tidspunkt skal undersøgelses-, behandlings- og plejekapacitet kunne stilles til rådighed for patienter, som måtte have behov herfor.

Arbejdsmængden og dermed også behovet for lægelig arbejdskraft vil imidlertid variere betydeligt i løbet af døgnets 24 timer. En stor del af arbejdet kan således planlægges, så det foregår inden for "normal" dagarbejdstid, men en ikke ubetydelig del af arbejdet vil dog altid være af akut karakter. Det er derfor på den enkelte afdeling nødvendigt at foretage en arbejdstilrettelæggelse, der til ethvert tidspunkt sikrer en hensigtsmæssig lægedækning.

De formelle rammer og muligheder for at tilrettelægge underordnede lægers arbejde er fastsat af dels en række aftaler indeholdt i overenskomsten om løn- og ansættelsesvilkår for underordnede sygehuslæger og dels af arbejdsmiljøloven. Herudover må tilrettelæggelsen af underordnede lægers arbejde naturligvis ske under hensyn til det nødvendige samspil med sygehusenes øvrige personalegrupper og dertil knyttede overenskomst/aftaleområder. Endelig er tilrettelæggelsen af det lægelige arbejde ofte præget af en række (ikke regelbundne) traditioner, hvilket i praksis kan resultere i en irrationel og uhensigtsmæssig tilrettelæggelse af de daglige arbejdsrutiner på en afdeling.

9.2. Overordnede hensyn ved tilrettelæggelsen af underordnede lægers arbejde.

Udvalgets overvejelser og forslag til ændringer af tilrettelæggelsen af underordnede lægers arbejde hviler på følgende tre overordnede hensyn, som - ud fra en idealbetragtning - i videst muligt omfang **bør** søges forenet:

Det lægelige arbejde bør tilrettelægges således, at der inden for den gældende overenskomsts rammer sikres den nødvendige lægedækning under anvendelse af færrest mulige ressourcer.

Behandlingskvaliteten og serviceniveauet skal i følge kommisseriet have højeste prioritet ved tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde. Patienterne skal afhængigt af behandlingsbehov undersøges og behandles af læger på et tilstrækkeligt kvalifikationsniveau og samtidig bør antallet af læger, som patienterne møder, søges begrænset, idet oplevelsen af den lægelige behandling og service bl.a. er betinget heraf.

Læger under videreuddannelse udgør en del af den nødvendige lægelige arbejdskraft inden for sygehusvæsenet. Det forhold, at de samtidig er under uddannelse indebærer derfor, at der ved arbejdstilrettelæggelsen - såvel ved placeringen af den enkelte læges arbejdstid som ved fordelingen af afdelingens arbejde - også skal tages hensyn til behovet for at sikre kvaliteten af den kliniske videreuddannelse.

9.3. Overenskomsten for underordnede sygehuslæger.

Grundlaget for udvalgets overvejelser om arbejdstilrettelæggelse er den gældende overenskomst om løn- og ansættelsesvilkår for underordnede sygehuslæger med de ændringer, der blev fastsat i opmandskendelsen af 30. december 1987.

Overenskomsten er kendetegnet ved ikke alene at regulere løn- og ansættelsesforhold, idet den tillige indeholder en række bestemmelser, der fastlægger rammerne for tilrettelæggelsen af de underordnede lægers arbejde og herunder arbejdstidens fordeling inden for døgnnet.

I bilag D beskrives overenskomstens bestemmelser om arbejdstilrettelæggelse og om opgørelse af arbejdstid samt arbejdsmiljølovens hviletidsregler. I det følgende redegøres derfor kun i kortfattet form for de centrale tjenestebegreber og bestemmelser om arbejdstidens beregning i overenskomsten.

Underordnede lægers arbejde tilrettelægges enten som normaltjeneste, hvor lægen er permanent til stede på afdelingen, eller som rådighedstjeneste (vagttjeneste), hvor lægen er i beredskab og kun udfører arbejde efter tilkald fra tjenestestedet.

Arbejdet kan tilrettelægges som normaltjeneste i alle døgnets timer i form af henholdsvis dag-, aften- og nattjeneste. Rådighedstjeneste udføres enten fra vagtværelse på sygehuset eller fra bolig. Læger uden specialistanerkendelse i afdelingens speciale har over en periode på 3 måneder krav på gennemsnitligt 19 timers normaltjeneste pr. uge (pr. 1.9.1990 dog 18,5 timer pr. uge) i tidsrummet mandag-fredag kl. 8-17, idet deltagelse i morgenkonferencer efter en rådighedsvagts ophør kan medregnes.

Den ugentlige arbejdstid er for underordnede læger - som på det øvrige arbejdsmarked - fastsat til 38 timer. Overenskomstens regel om, at ovennævnte 19 timers normaltjeneste i dagarbejdstiden kan opnås som et gennemsnit over 3 måneder, medfører i praksis, at 38 timers arbejdsugen tilstræbes som et gennemsnit over 3 måneder.

Den overenskomstmæssige opgørelse af arbejdstiden sker på grundlag af en række tjenestetidsværdier, der nærmerere specificerer indregningen i arbejdstiden af de forskellige former for tjeneste og for tilkald (tjenestetidskomponenter). En oversigt over tjenestetidsværdierne er indeholdt i bilag D.

I arbejdstiden indgår dels den tid, hvor lægen udfører aktivt arbejde og dels tidsmæssige kompensationer for ulemperne ved at stå til rådighed samt for ubekvemme arbejdstider. Som effektivt arbejde henregnes tjenestetidsværdien af normaltjeneste og tilkald, men med den modifikation, at tilkald beregnes pr. påbegyndt time, hvorfor 1 times tilkald kan omfatte fra få minutters til en times arbejde.

Arbejdstiden er summen af den samlede tjenestetidsværdi af normaltjeneste, rådighedstjeneste og tilkald under rådighedstjeneste.

Der er dog i et vist omfang mulighed for at honorere ubelastet rådighedstjeneste fra bolig kontant, hvorefter vagten ikke indregnes i arbejdstiden. Der kan for den enkelte læge - med et tillæg på 50 % - honoreres indtil

5 1/3 timers tjenestetidsværdi pr. uge kontant, hvilket svarer til en enkelt 16 timers ubelastet vagt.

Det fremgår således, at den samlede arbejdstid i overenskomstmæssig forstand sjældent vil være udtryk for antallet af timer, hvor lægen har udført effektivt arbejde. På grund af rådighedstjenestens indregning i arbejdstidsopgørelsen vil den effektive arbejdstid - ved en 38 timers arbejdsuge - i teorien kunne variere mellem 19 og 38 timer.

9.4. Fleksibel og rationel arbejdstilrettelæggelse med et mindre forbrug af tilkalds- og overarbejdstimer.

Udvalget beskriver i dette afsnit mulighederne for at opnå fleksibilitet og rationalitet i arbejdstilrettelæggelsen. Udgangspunktet for udvalgets beskrivelse er en kortfattet oversigt over overenskomstens muligheder for tjenestetilrettelæggelse samt en beskrivelse af de vigtigste konsekvenser af den nuværende arbejdstilrettelæggelse på sygehusene.

9.4.1. Mulighederne for en fleksibel arbejdstilrettelæggelse.

Overenskomsten giver som nævnt i afsnit 9.3 mulighed for at tilrettelægge arbejdet som enten planlagt normaltjeneste, hvor lægen er permanent til stede på afdelingen eller som rådighedstjeneste, hvor lægen ikke er til stede på afdelingen, men kan tilkaldes fra bolig eller vagtværelse.

Normaltjeneste etableres, når der er et kontinuerligt behov for lægelig arbejdskraft.

Rådighedstjeneste etableres, når der alene er behov for et lægeligt beredskab. Hvis beredskabet nødvendiggør, at lægen ved tilkald skal kunne give møde straks, etableres rådighedstjenesten som vagt fra vagtværelse. Er det derimod tilstrækkeligt, at den vagthavende læge kan møde på afdelingen op til en halv time efter tilkaldet, etableres rådighedstjenesten fra bolig.

Ved en samlet anvendelse af overenskomsten bestemmelser kan den lægelige dækning over døgnets timer tilrettelægges som:

- En-skiftet tjeneste: dag- + rådighedstjeneste, der udføres af samme læge.
- To-skiftet tjeneste: dag- + aften- + rådighedstjeneste, der deles af to læger.
- Tre-skiftet tjeneste: dag- + aften- + nattjeneste, der deles af tre læger.

I week-enden og på søgnehelligdage kan der endvidere etableres døgnvagt i form af 24 timers rådighedstjeneste.

I praksis finder tre-skiftet tjeneste yderst begrænset anvendelse, idet overenskomstens parter har aftalt, at der alternativt kan etableres to-skiftet tjeneste men med samme honorering som tre-skiftet tjeneste.

Normaltjenesten kan planlægges til mellem 6 og 9 timer, og rådighedstjeneste kan som nævnt planlægges udført fra enten vagtværelse eller bolig. Forudsættes de enkelte tjenestekomponenter kun opdelt i hele timer over døgnet, indebærer disse valgmuligheder, at et-skiftet tjeneste kan tilrettelægges med 6, 7, 8 eller 9 timers normaltjeneste efterfulgt af rådighedstjeneste fra bolig eller vagtværelse. Den et-skiftede tjeneste kan således tilrettelægges på 8 forskellige måder.

Ved to-skiftet tjeneste vil normaltjenesten i både 1. og 2. skift ligeledes kunne planlægges med 6, 7, 8 eller 9 timer. Disse muligheder kan kombineres på 4 x 4 måder således, at der i alt er 16 muligheder for at tilrettelægge alene normaltjenesten. Denne efterfølges af rådighedstjeneste fra bolig eller vagtværelse, hvorved den to-skiftede tjeneste i alt kan tilrettelægges på 32 forskellige måder. For såvel et-skiftet som to-skiftet tjeneste øges mulighederne yderligere, såfremt der planlægges med brudte time-tal.

For læger i forvagtslag er der yderligere mulighed for at etablere fælles rådighedstjeneste mellem to afdelinger, såfremt en række nærmere specificerede betingelser primært vedr. vagtbelastningen er opfyldt.

Endelig skal hensynet til arbejdsmiljølovens hviletidsregler m.v. indgå ved valget mellem de forskellige vagtformer.

Det er på denne baggrund udvalgets opfattelse, at overenskomsten indeholder muligheder for en fleksibel tilrettelæggelse af underordnede lægers tjeneste. Overenskomsten er fleksibel i den forstand, at der er flere valg mht. at sikre den lægelige dækning. Forudsætningen for at kunne udnytte disse valgmuligheder er imidlertid et nøje kendskab til den gennemsnitlige arbejdsbelastning og det nødvendige beredskabsniveau over døgnets timer. En fuld udnyttelse af overenskomstens tilpasningsmuligheder forudsætter således en forudgående registrering og analyse af belastningen i de enkelte vagter.

9.4.2. Konsekvenser af den aktuelle arbejdstilrettelæggelse.

Der skal i de perioder, hvor der ikke er et kontinuerligt behov for lægelig arbejdskraft, foretages et valg mellem at tilrettelægge tjenesten som normaltjeneste eller rådighedstjeneste. Rådighedstjeneste er fordelagtig i ressourcemæssig henseende, såfremt vagten ikke udløser en **tjenestetids**-værdi, som overstiger normaltjenestens længde.

Eksempelvis kan det beregnes, at 8 timers rådighedstjeneste fra vagtværelse allerede efter 3 tilkald fordelt på forskellige timer vil udløse flere tjeneste værditimer, end hvis lægedækningen tilrettelægges som normaltjeneste. Tilsvarende gælder, at normaltjeneste i arbejdstimer er mindre ressourcekrævende end rådighedstjeneste fra bolig, såfremt der i denne vagt i gennemsnit er flere end 5 tilkald fordelt på forskellige timer.

Ved vurderingen af mulighederne for at tilrettelægge arbejdet mere rationelt inden for de givne overenskomstmæssige rammer, må der tages udgangspunkt i den eksisterende arbejdstilrettelæggelse. Udvalget har derfor på grundlag af den beskrivelse af den faktiske arbejdstilrettelæggelse, der foreligger i Foreningen af Yngre Lægers vagtenqueter for 1986 og 1988, søgt at belyse en række af de væsentligste konsekvenser af den aktuelle arbejdstilrettelæggelse på sygehusene.

Undersøgelserne er baseret på et spørgeskema, som blev udsendt til alle landets vagttag, inkl. læger ansat i vagtfri stillinger, med henblik på i en given uge at registrere den overenskomstmæssige arbejdstid fordelt på de i afsnit 9.3 nævnte former for tjeneste samt tilkald. Tabelmateriale m.v. er gengivet i bilag E.

Udvalget anser vagtenqueten for et egnet datagrundlag til belysning af en række forhold vedrørende arbejdstilrettelæggelsen. Selv om der er en vis usikkerhed om de forskellige former for overarbejdes omfang, kan enqueten belyse de forhold, udvalget ønsker at fremhæve.

Tabel 1 viser den overenskomstmæssige arbejdstid i følge 1988-enqueten fordelt på de enkelte tjenestekomponenter.

Tabellen viser, at mængden af tilfældigt forekommende overarbejde var meget beskedent, mens tilkaldstimerne udgjorde knapt 19 % af den effektive arbejdstid.

Når der tages hensyn til vanskelighederne ved helt at undgå tilfældigt forekommende overarbejde, er det ikke videre sandsynligt, at der kan realiseres større rationaliseringsgevinster på dette område.

Derimod viser en nærmere analyse af tilsvarende oplysninger i 1986-vagt-enqueten, at arbejdet mange steder var tilrettelagt mindre rationelt for så vidt angår anvendelsen af rådighedstjeneste, og at de økonomiske konsekvenser heraf var ret betydelige.

Af analysen fremgår, at 80% af alle hverdags- og **lørdags** vagter samt mellem 50 - 65% af alle søndagsvagter fra vagtværelse var urentabelt tilrettelagt i sammenligning med alternativet: Etablering af to-skiftet tjeneste med **tre-holds** værdi. Det vil sige en omlægning af rådigheds- og **tilkalds**-timer til normaltjenestetimer. Beregninger har vist, at en sådan omlægning på landsplan i 1986 ville have medført en årlig besparelse i en størrelsesorden af ca. 48 mill. kr. Siden er et stort antal beredskaber blevet gennemgået, og den aktuelle besparelsesmulighed er sikkert en del mindre.

Den foreslåede ændrede arbejdstilrettelæggelse kan i nogle tilfælde indebære, at det pågældende vagtlag skal tilføres yderligere en læge, idet to-skiftet tjeneste med tre-holdsværdi forudsætter mindst syv læger i vagtlaget. Afdelingen vil herved også få tilført yderligere dagarbejdstimer.

Omkostningerne ved disse dagarbejdstimer, der i givet fald fremkommer som afledt af behovet for vagtdækning og ikke af behovet for lægelig

Tabel 1. Underordnede lagers arbejdstid fordelt på tjenestekomponenter.

"Vagt"	Antal besatte stilling- er.	Dagtjene- ste.	Aften- nattje- neste.	Overar- bejde.	Til- kald	Effekti- ve arb. timer.	Ubela- stet rå- digheds- tjenest.	Tjene- ste- værdi- timer.
Forvagt	2.712	21,0	9,0	1,2	5,9	37,0	4,5	45,6
Mellemvagt	475	20,0	11,3	0,8	5,2	37,3	2,7	44,6
Bagvagt	2.050	23,8	2,7	1,3	9,1	36,8	12,9	47,8
Eneste vl.	931	25,8	1,2	0,9	6,1	34,0	16,5	44,7
Alle vagtl. vagtfr	6.168 413	22,6 37,7	5,9 0,2	1,2 0,4	6,9 0,0	36,5 38,3	9,1 0,0	46,1 38,6
Alle læger	6.581	23,5	5,6	1,1	6,5	36,7	8,4	45,6

Kilde: FAYL's vagtenquete 1988.

arbejdskraft i dagarbejdstiden, kan være et argument mod at omlægge rådigheds- og tilkaldstimer til normaltjenestetimer.

Vagtenquetens materiale viser imidlertid, at 80% af de nævnte vagtlag med en mindre rationel arbejdstilrettelæggelse enten allerede havde den til omlægningen nødvendige lægelige bemanding eller havde så mange økonomiske tilkaldstimer, at det under alle omstændigheder ville være mere økonomisk at ansætte yderligere en læge end at betale op- og tilkald til de allerede ansatte.

Der er ikke udført en tilsvarende analyse af boligvagterne. På baggrund af stikprøveundersøgelser er det imidlertid udvalgets vurdering, at belastningen i en række tilfælde har et omfang, der gør den valgte tjenesteform økonomisk uhensigtsmæssig.

Sammenfattende viste undersøgelsen for den pågældende uge i 1988:

at underordnede lægers arbejdstid i tjenesteværditimer i gennemsnit udgjorde 45,6 tjenesteværditimer,

at det gennemsnitlige antal tjenesteværditimer udviste en betydelig variation mellem amtskommunerne spændende fra 42,2 timer til 51,7 timer,

at der blev udbetalt 7,6 timer pr. læge pr. uge i gennemsnit ud over de aftalte 38 timer, hvilket svarer til ca. 1/6 af den samlede tjenestetidsværdi,

at antallet af effektive arbejdstimer, når alene værdien af ubelastet rådighedsvagt fratrækkes, i gennemsnit udgjorde 36,7 timer.

Udvalget finder på denne baggrund, at der for visse afdelinger antagelig kan hentes en økonomisk gevinst ved at omlægge rådighedstjeneste- og tilkaldstimer til normaltjenestetimer, hvorimod der ikke synes at være meget at tjene ved at forsøge at reducere mængden af tilfældigt forekommende overarbejde. Men som nævnt er opgørelsen usikker på dette punkt.

Der henvises i øvrigt til tabelmaterialet i bilag E.

9.4.3. Økonomisk rationel arbejdstilrettelæggelse.

Udvalget beskriver i dette afsnit tre væsentlige forudsætninger, der alle må opfyldes, for at underordnede lægers arbejde kan tilrettelægges økonomisk rationelt. Endvidere skitseres det i kortfattet form, hvorledes det på grundlag af disse forudsætninger kan beregnes, hvilken af flere mulige arbejdstilrettelæggelser, der er mindst ressourcekrævende. Der henvises i øvrigt til bilag F, hvor det med sigte på den praktiske planlægningsfunktion beskrives, hvorledes arbejdet kan tilrettelægges med det mindst mulige forbrug af tilkalds- og overarbejdstimer. Bilag F indeholder endvidere et eksempel på, hvorledes arbejdet på en konkret afdeling har kunnet tilrettelægges mere rationelt.

Aktiviteterne på et sygehus vil løbende være under påvirkning af ændringer i sygdomsmønsteret, svingninger i sygeligheden, nye behandlingsformer, forandringer i befolkningsstrukturen samt ændringer i sygehusets afdelinger og opgaver. Sådanne ændringer indebærer, at det jævnligt bør overvejes, om den aktuelle arbejdstilrettelæggelse fortsat er hensigtsmæssig.

De foregående afsnit har på den ene side vist, at overenskomsten indeholder muligheder for en fleksibel arbejdstilrettelæggelse, men at det på den anden side i praksis alligevel har vist sig vanskeligt at tilrettelægge underordnede lægers arbejde økonomisk rationelt.

Det er udvalgets opfattelse, at en væsentlig årsag hertil er den betydelige kompleksitet, som karakteriserer overenskomstens bestemmelser vedr. arbejdstilrettelæggelse, jf. bilag D. Fleksibiliteten i overenskomsten modsvarer således af et kompleksitetsproblem.

En økonomisk rationel arbejdstilrettelæggelse forudsætter, at følgende tre forudsætninger er opfyldt:

For det første er et grundigt kendskab til overenskomsten og dens bestemmelser om arbejdstilrettelæggelse - svarende til redegørelsen i bilag D - nødvendigt.

For det andet må der med mellemrum foretages en opgørelse af afdelingens behov for lægelig arbejdskraft time for time såvel hverdage som lørdage og søndage.

For det tredje skal det nødvendige beredskabsniveau fastlægges.

På grundlag af det fastsatte beredskabsniveau og oplysningerne om den samlede vagtbelastning og dennes fordeling inden for vagtperioden skal det herefter beregnes, hvordan arbejdet uden for dagarbejdstiden mandag til fredag skal tilrettelægges, så omfanget af udløste tjenesteværditimer minimeres.

Som anført i afsnit 9.4.1 tilrettelægges arbejdet som normaltjeneste i de perioder, hvor der er behov for kontinuerligt lægeligt arbejde. I den øvrige del af døgnet skal der foretages et valg mellem normal- og rådighedstjeneste. I ressourcemæssig henseende vil valget være bestemt af, hvorvidt rådighedstjeneste og antallet af tilkald udløser en tjenesteværdi, der overstiger normaltjenestens tjenesteværdi (jf. afsnit 9.3).

For at kunne træffe det optimale valg vil det være nødvendigt at gennemregne flere alternative arbejdstilrettelæggelsesmodeller. Dette beregningsarbejde er nærmere beskrevet i bilag F.

Beregningerne viser, at en- og to-skiftet tjeneste, hvori indgår rådighedstjeneste, er uøkonomisk, når frekvensen af tilkald pr. rådighedstime (F) overstiger følgende værdier:

Tabel 2. Maksimale frekvenser for tilkald pr. rådighedstime for at rådighedstjeneste giver den økonomisk mest rationelle vagtdækning.

Hverdage og lørdage	en-skiftet tjeneste	to-skiftet tjeneste
- Vagtværelsesvagt	F over 0,45	F over 0,41
- Boligvagt	F over 0,62	F over 0,62
Søndage og søgnehelligdage		
- Vagtværelsesvagt	F over 0,68	F over 0,64
- Boligvagt	F over 0,73	F over 0,73

I disse tilfælde ville en honorering som normaltjeneste, der som nævnt kan opnås ved at etablere to-holdsdrift med tre-holdsværdi, være den økonomisk mest rationelle.

Udvalget konkluderede i afsnit 9.4.2, at der fortsat i betydeligt omfang og med økonomisk fordel vil kunne omlægges rådighedstjeneste- og tilkaldstimer til normaltjenestetimer.

Udvalget foreslår på denne baggrund, at den aktuelle arbejdstilrettelæggelse lokalt tages op til en kritisk vurdering i overensstemmelse med de ovenfor skitserede principper.

9.5. Arbejdstilrettelæggelse under hensyntagen til såvel patientbehandling og serviceniveau som den kliniske videreuddannelse.

Udvalget beskriver i de følgende afsnit en række problemer i den eksisterende arbejdstilrettelæggelse i sammenhæng med de forhold, som udvalget vurderer har størst betydning for henholdsvis behandlingskvaliteten, serviceniveauet og for den kliniske videreuddannelses kvalitet. Udvalget vurderer herefter mulighederne for - gennem en ændret arbejdstilrettelæggelse - at forbedre såvel patientbehandlingen og serviceniveauet som den kliniske videreuddannelse.

9.5.1. Forhold af betydning for behandlingskvaliteten og serviceniveauet.

Ved tilrettelæggelsen af underordnede lægers arbejde er det i forhold til behandlingskvaliteten og serviceniveauet afgørende,

at patienterne tilses af læger på et tilstrækkeligt **kompetence-niveau**,

at den lægelige uddannelseskvalitet er god, og

at kontinuiteten i den enkelte patients lægekontakt er den størst mulige.

Hensynet til patientbehandlingen og uddannelsens kvalitet er - som omtalt i afsnit 3.5.5. - i et vist omfang sammenfaldende, idet kvaliteten af den kliniske videreuddannelse er bestemmende for, om patienterne fremover vil kunne tilbydes en behandling på et kvalitativt højt niveau.

For den enkelte patients opfattelse af såvel behandlingskvaliteten som serviceniveauet på en given afdeling er der næppe nogen tvivl om, at denne i høj grad er betinget af kontinuiteten i patientens lægekontakter. Kvantitativt forstås herved, hvor mange gange patienten i gennemsnit ser de læger, som vedkommende har kontakt med. Et undersøgelses- og behandlingsforløb opfattes som kvalitativt bedre, hvis den pågældende kun møder et begrænset antal kvalificerede læger, men til gengæld har flere kontakter med samme læge.

Herudover kan nævnes en række andre forhold, som ud fra en samlet betragtning også er af væsentlig betydning for såvel behandlingskvaliteten som serviceniveauet, men som udvalget ikke behandler. Eksempelvis den samlede ressourcetildeling til sundhedsvæsenet, den lægevidenskabelige forskning, den medico-tekniske udvikling etc.

9.5.1.1. Behandlingskvaliteten og serviceniveauet i dag.

Tidligere var et undersøgelses- og behandlingsforløb præget af relativt lange indlæggelsestider på ikke- eller kun lidt udspecialiserede afdelinger, hvor hovedparten af de lægelige arbejdsopgaver udførtes på eller i tæt relation til sengeafdelingerne af relativt få læger med lange arbejdsuger.

Sygehusvæsenet har i løbet af de sidste 15-20 år gennemgået en betydelig udspecialisering. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet, patientbehandlingen er i vid udstrækning flyttet fra sengeafdelingerne til for- og efterundersøgelsesambulatorier, særlige undersøgelses- og behandlingsafsnit, korttidsafdelinger etc., ligesom lægestabene er udvidet i takt med, at den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid er reduceret.

Udviklingen i lægestabene var mest markant i starten af 1980'erne. Tabel 3 viser udviklingen i antallet af fuldtidsbeskæftigede læger og aktiviteten inden for sygehusvæsenet i perioden 1980-1987.

Tabellen viser, at antallet af fuldtidsbeskæftigede læger inden for sygehusvæsenet voksede fra 1980 til 1987 med 32,1%.

Tabel 3. Udviklingen inden for sygehusvæsenet i perioden 1980-87.

	1980	1987
Antal fuldtidsbeskæftigede læger 1)	6.534	8.632
Det somatiske sygehusvæsen:		
Sengedage	9.046.000	8.127.000
Udskrivninger	916.000	1.031.000
Gennemsnitlig liggetid	9,4	7,9
Ambulante behandlinger	3.296.000	3.577.000

Kilde: Sundhedsstyrelsens sygestatistik.

1) På grund af ændring i opgørelsesmetoden er personaletallene ikke fuldt sammenlignelige.

I samme periode faldt antallet af sengedage med 10%, udskrivningerne voksede med 12,6% og antallet af ambulante behandlinger voksede med 8,5%, mens den gennemsnitlige indlæggelsestid faldt fra 9,4 til 7,9 dag, svarende til 16%.

Beregnes antallet af udskrivninger og ambulante behandlinger på årsplan pr. fuldtidsbeskæftiget læge faldt denne ratio fra 1980 til 1987 fra 644 til 534, svarende til 17%. Det vil sige, at der er blevet relativt færre patienter pr. læge.

Den faldende patient:læge ratio har imidlertid ikke medført øget kontinuitet i den enkelte patients lægekontakt, hvilket betyder, at den enkelte patient i dag ses af flere læger end tidligere. Dette er senest dokumenteret i **DSI-rapporten** "Klinisk træning af læger".

De væsentligste årsager til manglende kontinuitet i patienternes lægekontakter er efter udvalgets opfattelse følgende:

Indførelsen af de nye arbejdstids- og arbejdsmiljøregler har ført til en stærk reduktion af de uddannelsessøgende lægers tilstedeværelsestid på især de vagtbelastede afdelinger. Som det vil fremgå af udvalgets beregninger nedenfor, kan der være tale om et fald på op i mod 27%.

Den eksisterende stillingsstruktur, som udvalget har beskrevet i afsnit 3.5.1, har medført, at arbejdet i et vist omfang tilrettelægges med henblik på at rationere trækket på afdelingernes speciallæger. Hermed kommer mange patienter i kontakt med flere læger, inden de møder en læge, der er tilstrækkeligt kvalificeret i forhold til deres aktuelle undersøgelses- og behandlingsbehov .

Den stigende specialisering har endelig medført, at patienten under indlæggelsen ofte må tilses af flere kvalificerede læger.

Samtidig er det bemærkelsesværdigt, at den enkelte læge ser flere patienter end tidligere dels pga. arbejdsopgavernes fordeling på afdelingerne og dels den hurtigere gennemstrømning af patienter som følge af faldende liggetider. Denne udvikling har imidlertid også medført, at den enkelte kontakt mellem patient og læge generelt er blevet af kortere varighed. Den beskrevne udvikling viser, at den forringede kontinuitet i patient/læge kontakten skyldes et samspil mellem en række forhold, hvor nedsættelsen af lægernes arbejdstid er én blandt flere årsager.

Dette bekræftes da også i **DSI-rapporten "Klinisk træning af læger"**, der klart viser, at problemerne dels er betinget af strukturelle forhold, dels af en mindre hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse og arbejdsdeling på de undersøgte afdelinger.

9.5.2. Forhold af betydning for den kliniske videreuddannelse.

Af Specialistnævnets redegørelse "Videreuddannelsen af læger i 1980'erne" og udvalgets beskrivelse af problemerne i den lægelige videreuddannelse i kapitel 3 fremgår, at følgende forhold er af afgørende betydning for den kliniske videreuddannelses kvalitet:

Den effektive arbejdstids længde for den enkelte underordnede læge.

Kontinuiteten i den enkelte underordnede læges tilstedeværelse på afdelingen.

Antallet af uddannelsessituationer pr. læge.

Supervisionen af den enkelte underordnede læges arbejde.

Udvalget beskriver i de følgende afsnit disse forhold under den eksisterende arbejdstilrettelæggelse.

9.5.2.1. Den effektive arbejdstid.

Foreningen af Yngre Lægers vagtenquete fra 1988 viste, at den ugentlige arbejdstid udtrykt i effektive arbejdstimer var 36,7 timer i gennemsnit.

Et udvalg under Specialistnævnet har i en redegørelse fra maj 1989 - "Speciallægeuddannelsen i det kirurgiske fagområde" - beregnet den effektive arbejdstid i timer pr. uge i en række typiske vagttag. En sammenligning viser, at den effektive ugentlige arbejdstid i perioden fra før 1981 til 1986 er faldet med mellem 9 - 27%. Der henvises i øvrigt til bilag G.

Vagtenqueten viste yderligere, at den overenskomstmæssige arbejdstid - antallet af tjenesteværditimer - udgjorde 45,6 timer. En reduktion heri med henblik på en tilnærmelse til 38-timers arbejdsugen samt nedsættelsen af arbejdstiden i 1990 med 1 time vil indebære, at den effektive arbejdstid vil falde yderligere.

Den nuværende overskydende tjenesteværdi vil antageligt blive nedbragt dels gennem en omlægning af rådighedstjeneste til normaltjeneste og dels ved kontant honorering af ubelastet rådighedstjeneste.

Hvis der yderligere forudsættes udbetaling af kompensation for søndags- og aften/nattjeneste, viser en analyse af vagtenquetens materiale, at i takt med at arbejdstiden udtrykt i tjenesteværditimer falder til 37 timer pr. uge, vil den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid i effektive arbejdstimer nærme sig nedenstående timetal:

Hvis arbejdet omfatter rådgivningstjeneste:	34 timer pr. uge
Hvis arbejdet kun omfatter normaltjeneste:	37 timer pr. uge

Det er fra flere sider blevet fremført, at det ikke vil være muligt at fastholde det nuværende speciallægeuddannelsesniveau, hvis den effektive arbejdstid reduceres som ovenfor vist og uddannelsesperioden nedsættes som foreslået af udvalget.

Denne problemstilling er belyst i den omtalte redegørelse om "**Speciallægeuddannelsen i det kirurgiske fagområde**". Redegørelsen konstaterer, at der i perioden fra før 1981 til i dag kun er sket et relativt beskedent fald i antallet af effektive arbejdstimer under uddannelsen til speciallæge inden for kirurgi. Derimod vil en gennemførelse af udvalgets forslag til et **blok**-uddannelsessystem samt en reduktion af kirurgernes effektive arbejdstid til 35,5-timer mod nu ca. 39 timer medføre et markant fald i størrelsesordenen 37% sammenlignet med før 1981. For en uddybning henvises til bilag G.

Udvalget pegede i afsnit 3.5.1 på de problemer i relation til kvaliteten af den kliniske videreuddannelse, der knytter sig til de uddannelsessøgende lægers faldende tilstedeværelse på **af** delingerne.

Endvidere har udvalget i afsnit 6.1. fremhævet den manglende intensitet i videreuddannelsen, der bevirker, at antallet af effektive arbejdstimer under et uddannelsesforløb ikke er et dækkende mål for den opnåede uddannelse. Dette ligger i forlængelse af Specialistnævnets redegørelse "Videreuddannelsen af læger i 1980'erne" fra 1982, hvor det blev understreget, at der ikke nødvendigvis er direkte proportionalitet mellem antallet af effektive arbejdstimer og uddannelsesmulighederne. Det er derfor ikke muligt at angive en nedre grænse for antallet af effektive arbejdstimer under et klinisk uddannelsesforløb.

Udvalget lægger derfor stor vægt på, at forslaget til en nedbringelse af de reelle uddannelsesperioder ses i sammenhæng med forudsætningen om faststillingsreformens gennemførelse og forslagene om øget supervision, intensiveret uddannelsesaktivitet på afdelingerne etc.

9.5.2.2. Kontinuiteten i underordnede lægers tilstedeværelse.

Der er i relation til uddannelseshensynet ved arbejdstilrettelæggelsen også behov for at sikre en vis kontinuitet i den enkelte læges patientkontakter, hvorved kvantitativt forstås, hvor mange gange lægen i gennemsnit har kontakt med de samme patienter. Kvalitativt er det endvidere afgørende, at den uddannelsessøgende læge har mulighed for at følge et tilstrækkeligt antal patienter under forskellige faser i sygdomsforløbet. Herved vil lægen kunne opnå det fornødne kendskab til udviklingen og ændringer i en række sygdomstilstande.

I **DSI-rapporten** "Klinisk træning af læger" konkluderes, at kontinuiteten på de undersøgte afdelinger primært er betinget af afdelingernes funktionsopdeling og arbejdsdelingen mellem de på afdelingen ansatte læger - d.v.s. arbejdstilrettelæggelsen på afdelingerne. Det fremhæves, at kontinuiteten tenderer til at være ligefrem proportional med uddannelsesmæssig status og vagtlagscharge, hvilket resulterer i en ringe kontinuitet for især de yngste læger.

Kontinuiteten bliver specielt ringe, hvor de uddannelsessøgende læger eksempelvis arbejder i modtagelsen men ikke deltager i en kontinuitetsbærende arbejdsfunktion som stuegangen, der samtidigt er af stor uddannelsesmæssig værdi. For patienterne betyder denne arbejdsfordeling imidlertid, at de møder færre læger under indlæggelsen. Dette viser, at hensynet til, at patienterne skal behandles på højest muligt kompetenceniveau kan kollidere med uddannelseshensynet.

9.5.2.3. Patient:læge ratio.

Udvalget har i afsnit 3.5.4. redegjort for patient:læge ratio'ens betydning for den kliniske videreuddannelse. Denne faldt, som omtalt i afsnit 9.5.2., i perioden 1980 - 1987 med 17%, hvilket betyder, at der ud fra en gennemsnitsbetragtning er blevet færre uddannelsessituationer pr. læge. Det blev imidlertid også påpeget, at udviklingen i specialiseringen og de faldende liggetider på sygehusene sideløbende har medført, at mange uddannelsessøgende læger i gennemsnit alligevel ser flere patienter end tidligere.

I uddannelsesmæssig henseende er denne udvikling ikke nødvendigvis positiv. I **DSI-rapporten** "Klinisk træning af læger" beskrives således afdelinger, hvor de yngste kandidater i betydeligt omfang varetager funktioner af rutinemæssig art og med ingen eller kun beskednen uddannelsesmæssig værdi, medens de uddannelsesmæssigt set mere værdifulde opgaver varetages af læger placeret højere i hierarkiet.

9.5.2.4. Supervision af den uddannelsessøgende læges arbejde.

Der sondres mellem to former for supervision, direkte supervision, hvor den uddannelsessøgende under udførelse af en arbejdsopgave instrueres af en mere erfaren læge, og indirekte supervision, hvor den yngre læge oplæres og vejledes ved at deltage i eller overvære diagnostiske og behandlingsmæssige beslutninger under afdelingens kliniske konferencer m.m.

I DSI-rapporten konkluderes, at kun 3-4% af de uddannelsessøgende lægers samlede arbejdstid på de undersøgte afdelinger var undergivet direkte supervision.

Årsagen er for det første, at de fleste uddannelsessøgende læger kun sjældent er beskæftiget med arbejdsopgaver, der kræver direkte supervision. Dette er ensbetydende med, at hovedparten af arbejdstiden anvendes på rutineopgaver med beskednen uddannelsesmæssig værdi.

Endvidere har arbejdsdelingen på de fleste afdelinger medført, at læger på forskelligt kompetenceniveau har forskellige arbejdsfunktioner og arbejder forskellige steder på afdelingen, hvilket vanskeliggør direkte supervision. Eksempelvis er en række uddannelsesrelevante funktioner skilt ud fra sengeafdelingerne - f.eks. til ambulatorierne - uden at de uddannelsessøgende læger er "flyttet med". Disse funktioner varetages derfor typisk af 1. reserve-læger og speciallæger/overlæger. Tilsvarende varetages såvel stuegangsfunktioner som operationsfunktioner altovervejende af ældre læger og uden medvirken af de yngste læger.

For det tredje betyder den eksisterende stabsstruktur - med få fastansatte læger i forhold til mange uddannelsessøgende læger - at der er for få erfarne læger til at supervisere.

Undersøgelsen viser endelig, at indirekte supervision, der primært finder sted ved, at den uddannelsessøgende deltager i afdelingens konferencer, er mere almindeligt forekommende. Den indirekte supervision angives at være af noget vekslende kvalitet men af stor uddannelsesmæssig værdi, når den er bedst.

Erfaringerne fra de afdelinger, hvor der har været gennemført forsøg med lægers kliniske videreuddannelse viser derfor, at det ér muligt - også inden for de eksisterende rammer og med den nuværende stabsstruktur - at opnå en forbedring af den kliniske videreuddannelse og herunder en intensiveret supervision.

Det er imidlertid fortsat udvalgets opfattelse, at det i afsnit 3.5.1 omtalte stillingsstrukturproblem på en række afdelinger har betydet, at en systemiseret videreuddannelse er nedprioriteret og undertiden helt opgivet.

9.5.3. Mulighederne for at forene hensyn til patientbehandling, serviceniveau og den kliniske **videreuddannelse** ved tilrettelæggelsen af uddannelsessøgende lægers arbejde.

I de følgende afsnit beskriver udvalget forudsætninger og muligheder for at ændre underordnede lægers arbejdstilrettelæggelse mhp. at forbedre såvel patientbehandlingen som serviceniveauet og den kliniske videreuddannelse.

Udvalget finder, at forudsætningerne vedrører:

Stillingsstrukturen,
uddannelsessystemets opbygning og dimensionering og
overenskomsten for underordnede sygehuslæger.

9.5.3.1. Stillingsstrukturen.

Væksten i antallet af lægestillinger op gennem 1970'erne og i begyndelsen af 1980'erne fandt som foran beskrevet fortrinsvis sted i form af oprettelse af flere tidsbegrænsede uddannelsesstillinger inden for sygehusvæsenet.

Udvalget har bl.a. i afsnit 4.7. understreget, at en samlet løsning af videreuddannelsens hovedproblemer forudsætter gennemførelsen af en faststillingsreform. Eftersom der på indeværende tidspunkt kun er etableret enkelte stillinger som vagtbærende overlæger, må en vurdering af **faststillingsreformens** konsekvenser nødvendigvis være af foreløbig karakter.

Der er i udvalget enighed om, at en faststillingsreform bør være så omfattende, at der kun opretholdes det antal tidsbegrænsede uddannelsesstillinger, som er nødvendige for, at den formelle del af den kliniske videreuddannelse kan gennemføres (jf. afsnit 4.1.)•

Under forudsætning af samme uddannelseskapacitet som i dag har udvalget beregnet, at ca. 1900 1. reservelægestillinger og ca. 1500 reservelægestillinger i en balancesituation skal konverteres til faste stillinger (jf. afsnit 8.2.).

En så omfattende konvertering vil eksempelvis inden for det kirurgiske fagområde medføre, at 300 1. reservelægestillinger og 350 reservelægestillinger skal konverteres ud af ca. 1200 tidsbegrænsede stillinger.

I takt med faststillingsreformens gennemførelse øges mulighederne for at intensivere uddannelsen på de enkelte afdelinger, idet den beskrevne ændring af stabsstrukturen vil medføre, at der på den enkelte afdeling vil være:

færre patienter pr. fastansat læge,
færre uddannelsessøgende læger pr. patient samt
færre uddannelsessøgende læger pr. undervisende læge.

Ved en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse giver denne udvikling mulighed for:

en bedre patient-/lægekontinuitet,
en forøgelse af kontinuiteten i den enkelte uddannelsessøgende læges tilstedeværelse,
en forøgelse af antallet af relevante uddannelsessituationer pr. uddannelsessøgende læge,

en øget supervision af den enkelte uddannelsessøgende læges arbejde og
en målrettet undervisning.

Det er således udvalgets vurdering, at faststillingsreformen giver mulighed for en mere rationel arbejdstilrettelæggelse og en forbedring af såvel behandlingskvaliteten som serviceniveauet og den kliniske videreuddannelse. Udvalget er samtidig opmærksom på, at der bliver en overgangsperiode af kortere eller længere varighed afhængig af de enkelte specialer, inden ovennævnte fordele opnås.

9.5.3.2. Uddannelsessystemets opbygning og dimensionering.

Udvalgets forslag til ændring af tilrettelæggelsen af den kliniske videreuddannelse vil sammenholdt med faststillingsreformen medføre, at uddannelsessystemet fremover opbygges på grundlag af blokansættelser samt princippet om enkeltstillingsklassifikation. Dette indebærer som beskrevet, at de enkelte stillinger klassificeres til et bestemt veldefineret uddannelsesformål.

For den enkelte stilling udarbejdes et konkret uddannelsesprogram på grundlag af en målbeskrivelse (jf. kapitel 6), hvilket vil resultere i:

at den uddannelsessøgende læge har et veldefineret formål med en given ansættelse, og at forudsætninger og kompetenceniveau som hovedregel vil være relativt ensartede hos læger ansat i stillinger, der er klassificerede til samme uddannelsesformål ,

at afdelingen/de uddannelsesgivende læger på forhånd kender det uddannelsesmæssige formål med den uddannelsessøgendes ansættelse og derfor har mulighed for at give en mere intensiv undervisning, end tilfældet er i dag, idet forudsætningerne for at foretage en udvælgelse af uddannelsesrelevante arbejdsopgaver og en løbende evaluering er til stede.

Enkeltstillingsklassifikationen betyder også, at uddannelsen kan placeres på de afdelinger, der har det bedst egnede patientgrundlag herfor. Dette

er i stigende grad blevet nødvendigt, idet den tiltagende specialisering har medført, at færre forskellige patientkategorier behandles ved den enkelte afdeling. Hermed bringes bredden i uddannelsen i fare.

Det er endelig udvalgets opfattelse, at princippet om enkeltstillingsklassifikation giver mulighed for at sikre, at der på en given afdeling hverken er for mange uddannelsessøgende læger med behov for samme uddannelses-element eller med behov for uddannelse på meget forskellige niveauer (jf. afsnit 3.5.3).

I **DSI-rapporten** "Klinisk træning af læger" anføres, at der i det nuværende system spildes megen tid med, at lægerne i en længere årrække cirkulerer rundt på samme uddannelsestrin, fordi det næste uddannelsestrin ikke er dimensioneret som de foregående uddannelsestrin, og at de afledte problemer kun kan løses, hvis de forskellige uddannelsesfaser dimensioneres, så de passer sammen.

Udvalget har i kapitlerne 3 og 4 behandlet dette problemkompleks, og det er anført, at udvalgets forslag til en tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse bygger på den forudsætning, at der i en balancesituation er etableret et hensigtsmæssigt forhold mellem antallet af uddannelsesstillinger og antallet af faste stillinger.

Et uddannelsessystem opbygget på grundlag af blokansættelser og enkeltstillingsklassifikation vil således, som fremhævet i kapitel 5, kunne medvirke til opfyldelsen af såvel de kvalitative som de kvantitative mål med den kliniske videreuddannelse.

9.5.3.3. Overenskomsten for underordnede sygehuslæger.

Der er i udvalget enighed om, at det af hensyn til såvel patientbehandlingen og serviceniveauet som kvaliteten af den kliniske videreuddannelse er afgørende, at der - inden for arbejdsugens 38 timer - opnås en maksimering af den enkelte uddannelsessøgende læges tilstedeværelse på afdelingen. Det vil sige, at de opgjorte tjenesteværditimer i størst muligt omfang bør vedrøre timer med effektivt arbejde.

En udvidet tilstedeværelse kan som vist i afsnit 9.4.3 fremmes ved i de fleste vagtværelsesvagttag at tilrettelægge arbejdet som normaltjeneste og benytte overenskomstens bestemmelser om udbetaling af ubelastet rådhedstjeneste i en række boligvagttag.

Af hensyn til kontinuiteten i såvel patient/læge- som læge/patientkontakten er det ønskeligt, at den enkelte læges tilstedeværelse på afdelingen er af så lang varighed som forsvarligt såvel i relation til døgnets 24 timer som set over et lidt længere tidsforløb.

Overenskomsten vanskeliggør imidlertid, at hensyn til kontinuiteten i det enkelte døgn altid kan tilgodeses. På den ene side er 2-skiftet tjeneste med 3-holds værdi, som vist i afsnit 9.4.2., i en stor del af vagtværelsesvagttagene og en række af de mest belastede boligvagttag den arbejdstilrettelæggelse, som både er mindst ressourcekrævende, og som i størst muligt omfang tilnærmer den ugentlige arbejdstid i effektive arbejdstimer til den ugentlige arbejdstid i tjenesteværditimer. Men på den anden side indebærer denne arbejdstilrettelæggelse, at kontinuiteten over døgnet brydes.

Når det drejer sig om kontinuiteten i relation til et sygdomsforløb, skal udvalget fremhæve den fleksibilitet, der følger af, at 38-timers arbejdsugen i praksis tilstræbes opnået som et gennemsnit over en 3 måneders periode. Dette giver mulighed for i en vis udstrækning at samle arbejdsperioder henholdsvis tjenestefri perioder.

I praksis udnyttes disse muligheder ikke fuldt ud, og i stedet er det i visse tilfælde fundet nødvendigt at pålægge afdelingerne en standardiseret vagttilrettelæggelse i form af såkaldte rulleskemaer. Herved kan hensigtsmæssige lokalt tilpassede løsninger på de enkelte afdelinger blive blokeret.

Det er således udvalgets opfattelse, at overenskomsten i et vist omfang gør det vanskeligt på én og samme tid at forene hensynet til en rationel arbejdstilrettelæggelse med hensynene til patientbehandlingen, serviceniveauet og den kliniske videreuddannelseskvalitet.

Det er endelig fra mange sider blevet fremført, at den såkaldte uddannelsesbestemmelse (§5, stk.2) medfører, at en given afdelings bemanning ikke

er bestemt af det samlede behov for lægelig arbejdskraft men derimod af afdelingens vagtbelastning.

Bestemmelsen blev oprindeligt medtaget i overenskomsten for at sikre, at de uddannelsessøgende læger i mindst halvdelen af den ugentlige arbejdstid er til stede i dagtiden, hvor der som udgangspunkt er mulighed for at få supervision ved afdelingens overlæger.

Foreningen af Yngre Lægers vagtenquete viste - jf. Tabel 1 - at der i tidsrummet mandag-fredag kl. 8-17 i gennemsnit var 23,5 dagtjenestetimer. Det vil i gennemsnit sige $4\frac{1}{2}$ time mere end angivet i uddannelsesbestemmelsen. Dette synes at vise, at det ikke på alle afdelinger er behovet for vagtdækning, der bestemmer den samlede bemanning.

9.5.4. Hensynet til patientbehandlingen, serviceniveauet og den kliniske videreuddannelse ved tilrettelæggelsen af underordnede lægers arbejde.

En opfyldelse af de foran beskrevne forudsætninger vedrørende stillingsstrukturen, uddannelsessystemets opbygning og dimensionering samt overenskomsten for underordnede sygehuslæger sikrer ikke automatisk - men udgør en væsentlig betingelse for - en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af det lægelige arbejde i forhold til patientbehandling, serviceniveau og den kliniske videreuddannelse.

En ændring af arbejdstilrettelæggelsen har i relation til videreuddannelsen som hovedformål, at tilvejebringe en arbejdsdeling, hvor den enkelte uddannelsessøgende læge fra at varetage få men mindre uddannelsesrelevante og ikke superviserede arbejdsopgaver i forbindelse med mange patienter får mulighed for at udføre mange uddannelsesrelevante og superviserede arbejdsopgaver hos lidt færre patienter.

Den enkelte læges uddannelses- og kompetenceniveau vil naturligvis være bestemmende for, om lægen selvstændigt er i stand til at gennemføre et undersøgelses- og behandlingsprogram hos en given patient. Dette indebærer, at det i et behandlingsforløb normalt vil være nødvendigt at involvere læger på forskelligt kompetenceniveau.

Udvalget foreslår på denne baggrund en funktionel opdeling af lægestaben ved en afdeling, f.eks. ved etablering af mindre "lægeteams" omfattende læger på forskelligt kompetenceniveau med et fælles ansvar overfor et mindre antal patienter. Dette vil, som vist i undersøgelsen fra Dansk Sygehus Institut indebære, at ovenfor nævnte hovedformål kan tilgodeses. Samtidig vil en sådan opdeling af lægestaben muliggøre en langt større kontinuitet i patient/læge forholdet, idet den enkelte patient vil være knyttet til en mindre gruppe af læger. Der er imidlertid ikke hermed lagt op til en faktisk opdeling af en afdeling i selvstændige enheder, men en praktisk mulighed på afdelingen med et kommende større antal faste læger, og dermed en fladere stabsstruktur forstået som en større ratio mellem faste læger og uddannelsessøgende læger.

Som et alternativ til etablering af særlige "teams" skal udvalget foreslå etablering af en fladere stabsstruktur med et øget samarbejde mellem læger på forskelligt kompetenceniveau fremfor en kompetencemæssig opdeling i op til tre vagtlag af underordnede læger og en overlægestab. Virkningen vil være den samme som ved en funktionel opdeling af de på afdelingen ansatte læger - ikke mindst hvis der samtidig skabes mulighed for at dublere en række arbejdsfunktioner.

En ændret arbejdsdeling og etablering af mindre lægeteams/en fladere stabsstruktur, vil gøre det muligt at sikre, at den enkelte læge/en mindre gruppe af læger i langt videre udstrækning, end tilfældet er i dag, følger en patients sygdomsforløb, som det kommer til udtryk under en indlæggelse og eventuelt efterfølgende ambulant kontrol og behandling.

En ændring af arbejdsdelingen vil - hvad enten den ledsages af etablering af mindre lægeteams eller en fladere stabsstruktur - medføre, at kvalificerede læger fremover også må påtage sig en række af afdelingernes mere rutineprægede arbejdsopgaver. En sådan ændring af arbejdsdelingen vil i et vist omfang i sig selv være en nødvendighed, hvis videreuddannelsen skal opprioriteres, men er samtidig også realiserbar efter faststillingsreformens gennemførelse.

Den ovenfor foreslåede arbejdstilrettelæggelse vil medføre:

at kontinuiteten mellem patient og læge vil blive forbedret, idet den enkelte patient under et undersøgelses- og behandlingsforløb vil møde færre læger,

at kontinuiteten mellem læge og patient ligeledes vil blive forbedret, idet den enkelte læge i gennemsnit vil få flere kontakter med de enkelte patienter, og mulighederne for at følge samme patient i forskellige faser af sygdomsforløbet samtidigt vil blive forøget,

at den uddannelsessøgende tildeles flere uddannelsesrelevante arbejdsopgaver samt

at den uddannelsessøgende læge modtager en mere intensiveret og bedre superviseret uddannelse end i dag og ikke mindst, hvis den enkelte uddannelsessøgende læge har sin "egen underviser" ved at blive knyttet til en af afdelingens fastansatte speciallæger.

9.6. Sammenfatning.

Udvalget har i dette kapitel overvejet mulighederne for at fremme en økonomisk rationel arbejdstilrettelæggelse, hvor hensynet til behandlingskvaliteten og serviceniveauet samtidigt prioriteres højt, og hvor der tillige tages størst muligt hensyn til at sikre kvantiteten af den kliniske videreuddannelse.

Udvalget skal herefter anbefale,

at den aktuelle arbejdstilrettelæggelse for underordnede læger lokalt underkastes en kritisk gennemgang, hvor det på grundlag af en fastlæggelse af det nødvendige beredskabsniveau og opgørelser af behovet for lægelig arbejdskraft på afdelingerne, time for time beregnes, hvorledes arbejdet efter overenskomstens bestemmelser tilrettelægges, så færrest mulige tjenesteværditimer udløses.

Udvalget skal i tilknytning hertil yderligere anbefale,

at normaltjeneste anvendes i størst muligt omfang og

at overenskomstens bestemmelser vedrørende udbetaling af ubelastet rådighedstjeneste finder anvendelse, hvor dette er hensigtsmæssigt.

Der er i udvalget endvidere enighed om at anbefale,

at kontinuiteten i lægernes tilstedeværelse søges forbedret ved at administrere overenskomsten så smidigt, at der gives mulighed for at sammenlægge arbejdsperioder henholdsvis frihedsperioder eller ved en mindre rigid anvendelse af **rulle-**skemaer samt,

at der på afdelingerne etableres en arbejdsdeling, hvor den enkelte læge møder færre patienter men til gengæld varetager flere arbejdsopgaver i forhold til den enkelte patient, hvilket vil forbedre kontinuiteten set fra såvel lægens som patientens side.

Det er endelig udvalgets opfattelse, at det løbende må vurderes, om det med de kortere uddannelsestider er muligt fremover at sikre en speciallægeuddannelse på et tilstrækkeligt højt kvalitativt niveau.

Udvalget har, som fastlagt i kommissoriet, lagt den gældende overenskomst for underordnede sygehuslæger til grund for overvejelserne om mulighederne for en mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse. Ændringer af overenskomsten forhandles mellem overenskomstens parter.

Udvalget ønsker i denne forbindelse at pege på en række forhold, som efter udvalgets opfattelse vil kunne indgå i udvalgsarbejdet om opfølgningen af betænkning 1150 ("90'ernes aftaler og overenskomster"). Baggrunden herfor er, at parterne i forbindelse med midtvejsforhandlingerne i foråret 1989 aftalte, i dette forum at drøfte mulighederne for at fjerne de barrierer i overenskomst- og aftalesystemet, der måtte hindre en effektiv ud-

nyttelse af de offentlige ressourcer og omstillingsprocessen i den offentlige sektor.

Der er således i udvalget enighed om, at det - uanset, at overenskomsten giver mulighed for en fleksibel arbejdstilrettelæggelse - med de eksisterende muligheder for at tilrettelægge den lægelige dækning over døgnet, kan være vanskeligt at forene hensynene til såvel en økonomisk rationel arbejdstilrettelæggelse som patientbehandlingen/serviceniveauet og den kliniske videreuddannelse.

Udvalget finder endvidere, at uddannelsesbestemmelsen i overenskomsten - der primært er indført for at sikre den fornødne supervision af den enkelte uddannelsessøgende - ikke vil have samme aktualitet som i dag, når en faststillingsreform har ført til en forøget tilstedeværelse af færdiguddannede speciallæger uden for dagarbejdstiden.

Udvalget skal derudover pege på det problem, der er affødt af overenskomstbestemmelsernes kompleksitet, og som har ført til ganske betydelige vanskeligheder i forbindelse med den praktisk-administrative anvendelse af overenskomsten for underordnede læger. Overenskomstens uigennemskuelighed har således i praksis virket hæmmende for en smidig og fleksibel arbejdstilrettelæggelse, hvilket bl.a. har ført til en u hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Kapitel 10.

Økonomisk vurdering.

10.1. Indledning.

Der gives i dette kapitel en vurdering af de samlede økonomiske konsekvenser af udvalgets forslag, men det skal understreges, at de økonomiske skøn er forbundet med en betydelig usikkerhed.

Det er udvalgets vurdering, at forberedelsen og iværksættelsen af udvalgets uddannelsesforslag forudsætter, at der både centralt og lokalt stilles særskilte ressourcer til rådighed. Det er imidlertid samtidig udvalgets opfattelse, at set i sammenhæng med forslagene til en mere rationel arbejdstilrettelæggelse og den sideløbende gennemførelse af faststillingsreformen, vil forslaget til videreuddannelsernes tilrettelæggelse og den foreslåede intensivering af uddannelsesaktiviteten kunne iværksættes inden for de eksisterende økonomiske rammer. Det er udvalgets vurdering, at der på længere sigt samlet vil kunne opnås besparelser.

10.2. Ressourcemæssige konsekvenser for de centrale sundhedsmyndigheder.

Der vil være meget stor forskel på ressourceforbruget i forberedelses- og indkøringsfasen af den nye uddannelsesordning og i tiden efter, når rutinerne er etableret.

I forberedelsesfasen 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 om de nye uddannelsesordninger.

De centrale sundhedsmyndigheder skal endvidere i denne fase fastlægge antal og fordeling af uddannelsesblokke og konkret godkende de enkelte blokke og stillinger. I overgangsfasen til det nye uddannelsessystem skal individuelt tilrettelagte uddannelsesblokke eller -kontrakter godkendes med

henblik på, at et delvist gennemført - og evt. fastkørt - uddannelsesforløb kan færdiggøres.

På grundlag af oplysninger fra Sundhedsstyrelsen skønnes det, at de administrative udgifter i forbindelse med disse opgaver samlet vil være i størrelsesordenen 2 mill. kr. årligt i en 4-årig periode.

Der vil endvidere være behov for gennemførelse af teoretiske kurser for ovennævnte uddannelsessøgende læger, der har indgået en individuel kontrakt med sigte på at færdiggøre et delvist gennemført uddannelsesforløb. Kursusudgifterne pr. læge inden for almen medicin udgør knap 16.000 kr., medens udgifterne til speciallægekurser beløber sig til ca. 30.000 kr. pr. læge.

Udvalget finder, at det ikke er muligt at give en præcis angivelse af de samlede kursusudgifter til læger med en individuel kontrakt, idet udgiftsbehovet vil afhænge af sygehusvæsenets efterspørgsel i de nærmeste år efter færdigtuddannede læger - bl.a. set i sammenhæng med faststillingsreformens gennemførelse.

Det er således udvalgets vurdering, at det centralt vil være nødvendigt midlertidigt at prioritere ressourcer særskilt til løsning af ovennævnte opgaver i forberedelses- og iværksættelsesfasen. Der er imidlertid ikke hermed taget stilling til finansieringen af disse udgifter.

På lidt længere sigt vil de centrale sundhedsmyndigheder som led i den nye uddannelsesordnings vedligeholdelse skulle forestå en løbende overvågning og fastsættelse af uddannelsessystemets dimensionering og indhold (herunder justering af målbeskrivelser m.v.), samt løbende godkendelse af nye uddannelsesblokke og stillinger. Det skønnes, at disse løbende administrative opgaver efter etableringen af det nye uddannelsessystem vil kunne udføres inden for samme økonomiske ramme som i dag.

10.3. Ressourcemæssige konsekvenser i sygehuskommunerne.

I sygehuskommunerne må der i overgangsperioden til det nye uddannelsessystem 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 systematisk evalueringsvirksomhed.

Udarbejdelsen af uddannelsesprogrammer vil indebære en ganske ressourcekrævende indsats af de **uddannelsesgivende** afdelinger, men arbejdet vil kunne lattes dels ved at Sundhedsstyrelsen giver målbeskrivelserne og vejledningen i udarbejdelsen af uddannelsesprogrammer et meget operationelt konkret indhold, og dels ved at den foreslåede konsulentvirksomhed fra Sundhedsstyrelsens tilforordnede etableres samtidig med udsendelse af målbeskrivelserne og vejledningen. Udvalget ser sig ikke i stand til at kvantificere arbejdsomfanget, men skal understrege, at den interesse, der er i afdelingerne for at opnå klassifikation efter det nugældende system, også vil markere sig i udarbejdelsen af de uddannelsesprogrammer, der efter udvalgets forslag vil være en forudsætning for klassifikation af uddannelsesstillinger/ -blokke.

Disse etableringsomkostninger skal imidlertid efter udvalgets opfattelse også ses i sammenhæng med udvalgets forslag om at gennemgå den aktuelle arbejdstilrettelæggelse for underordnede sygehuslæger, hvor der efter udvalgets vurdering på en række afdelinger fortsat vil kunne frigøres resourcer.

På det lidt længere sigt vil vedligeholdelsesudgifterne i det nye uddannelsessystem i sygehuskommunerne primært vedrøre den løbende administration af uddannelsesblokkene, vedligeholdelse af afdelingernes uddannelsesprogrammer og evalueringsvirksomhed.

Sygehuskommunerne vil som led i administrationen af uddannelsesblokkene få behov for at administrere bestanden af uddannelsessøgende læger, så uddannelsesforløbet gennemføres som planlagt, og så der ikke bliver unødvendige flaskehalse i overgangen fra en uddannelsesblok til en anden. Et sådant system er ikke mindst nødvendigt for at sikre den i kapitel 5 beskrevne fleksibilitet.

En sygehuskommune har fået udarbejdet et edb-system, der skulle opfylde de nødvendige krav. Skønnet herfra er, at oprettelsesomkostningerne vil

udgøre ca. 100.000 kr., og den årlige drift af systemet ca. 50.000 kr. plus en halv assistentstilling.

Bedømmelsen af ansøgere til uddannelsesblokkene vil i princippet kunne ske som hidtil. Der må dog forudses en vis udvidelse af den aktivitet, der kendes fra turnusudvalgene, men tilrettelæggelsen heraf kan ske selvstændigt i den enkelte sygehuskommune.

En gennemførelse af udvalgets uddannelsesforslag 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 således udvalgets opfattelse, at det vil være muligt at opnå produktionsforbedringer allerede fra det tidspunkt, hvor målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer er udarbejdet og anvendes i det daglige arbejde.

Bloksystemet samt nedbringelsen af de reelle uddannelsestider vil endvidere medføre en markant nedgang i antallet af stillingsskift med en selvstændig ansættelsesprocedure, hvilket i sig selv vil indebære ganske væsentlige besparelser. Hertil kommer, at med en længerevarende fast tilknytning til afdelingerne vil de uddannelsessøgende læger udgøre en mere effektiv lægelig arbejdskraft i forhold til de kliniske opgaver. Gennemførelsen af den i-gangværende faststillingsreform åbner samtidigt også mulighed for en forbedret ressourceanvendelse i sygehusvæsenet i de kommende år.

B I L A G

U D D A N N E L S E S K O N T R A K T

indgået mellem

DANBORG AMTSKOMMUNE

og

cand.med._____

§ 1

Danborg Amtskommune ansætter hermed

cand.med. _____ , cpr. _____

(herefter kaldet lægen) som underordnet læge under uddannelse i

KIRURGI

§ 2

Ansættelsen:

Kontrakten omfatter ansættelse i 4 år fra den 1. januar 1990 at regne. Ansættelsen vil omfatte uddannelse på følgende afdelinger i nævnte rækkefølge:

Reservelæge på Hospital:

Afdeling...: 1. jan. - 30. sept. 1990

Afdeling...: 1. okt. 1990 - 31. marts 1991

Afdeling...: 1. april - 31. dec. 1991

1. reservelæge på Hospital:

Kirurgisk-gastroent. **afd.:** 1. jan. - 31. dec. 1991

Urologisk afdeling: 1. jan. - 31. dec. 1992

Stk. 2. Såfremt en eller flere af de nævnte afdelinger ændrer funktion i perioden således, at uddannelsesprogrammerne ikke kan opfyldes, skal ansættelsesmyndigheden anvise lægen ansættelse på en anden tilsvarende afdeling.

§ 3

Uddannelsen:

I løbet af den aftalte ansættelsesperiode skal lægen gennemføre uddannelsen til speciallæge i kirurgi. Amtskommunen forpligter sig til at sørge **for**, at det af Sundhedsstyrelsen krævede uddannelsesprogram (Bilag 1) kan gennemføres, og lægen forpligter sig til at følge dette program i overensstemmelse med de uddannelsesansvarlige overlægers anvisninger.

Stk. 2. Lægen har ret til frihed med løn ved deltagelse i de for uddannelsen nødvendige teoretiske kurser og er forpligtet til at have den teoretiske del af uddannelsen gennemført senest . . . mdr. før kontraktens udløb.

Stk. 3. Lægen er forpligtet til efter den uddannelsesansvarlige overlæges nærmere bestemmelser at deltage i formaliseret klinisk undervisning.

§ 4

Løn- og arbejdsvilkår:

Lægens løn- og ansættelsesvilkår følger den til enhver tid gældende overenskomst for underordnede sygehuslæger mellem Amtsrådsforeningen i Danmark og Foreningen af Yngre Læger.

Stk. 2. Lægens arbejde skal tilrettelægges således, at formålet med uddannelsesprogrammet tilgodeses bedst muligt både med hensyn til den enkelte dags arbejdsopgaver og med hensyn til indholdet i uddannelsesforløbet på den enkelte afdeling.

§ 5

Evaluerings:

Ved afslutningen af ansættelsen på hver af de enkelte afdelinger skal den uddannelsesansvarlige overlæge vurdere lægens faglige indsats og uddannelsesmæssige udbytte af ansættelsen. Denne evaluering skal gives skriftligt til lægen efter en fælles mundtlig drøftelse af ansættelsesperiodens forløb.

Stk. 2. Såfremt lægen ikke kan tilslutte sig afdelingens evaluering, skal han indbringe spørgsmålet for ansættelsesmyndigheden, som derefter drøfter evalueringen ved et møde med deltagelse af lægen, den uddannelsesansvarlige og yderligere en overlæge fra afdelingen. Lægen kan ved sagens behandling medtage en bisidder.

Såfremt der herefter ikke opnås enighed om evalueringens indhold, forelægges sagen til Sundhedsstyrelsens afgørelse.

§ 6

Opsigelse:

Kontrakten kan af lægen opsiges med det i overenskomsten fastsatte varsel.

Stk. 2. Ansættelsesmyndigheden kan opsiges kontrakten efter sædvanlige regler samt, hvis lægen ikke på tilfredsstillende måde gennemfører den til ansættelserne knyttede uddannelse. I tilfælde af uenighed herom behandles sagen i overensstemmelse med de sædvanlige fagretslige regler.

§ 7

Andre bestemmelser:

Denne kontrakt udfærdiges i 3 eksemplarer, som alle indsendes til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen returnerer inden 14 dage et eksemplar til hver af parterne med styrelsens påtegning.

Stk. 2. Tre måneder før kontraktens afslutning påhviler det lægen at indsende den under uddannelsen opnåede dokumentation for tilfredsstillende gennemførelse til Sundhedsstyrelsen med henblik på opnåelse af autorisation.

Danborg, den

Sygehus

direktøren

Lægen

skematisk oversigt over en mulig iværksættelse

Turnusuddannelse	Introduktions-uddannelse	Almen medicin-uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspecialerne)	Speciallægeuddannelse (grenspecialerne)
Ar 1 Alle turnusblokke opslås og besættes. Evt. venteliste afvikles, jf. Je i afsnit 8.3.1. angivne retningslinier	stillinger opslås og besættes i løbet af året.	50 uddannelsesblokke opslås og besættes i løbet af året. Blokkene besættes på basis af en samlet vurdering af ansøgenes kvalifikationer. 100 praksismand-ensstillinger besættes i overensstemmelse med vanlig praksis, men antallet reduceres i det omfang stillingerne inddrages i komplette blokforløb. Individuelle "inkomplette" uddannelsesblokke kan oprettes efter Sundhedsstyrelsens godkendelse. Ansøgning om dispensation kan indsendes til Sundhedsstyrelsen, som kan anvise den nødvendige teoretiske uddannelse.	75 uddannelsesblokke/-stillinger 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. Individuelle "inkomplette" uddannelsesblokke kan oprettes efter Sundhedsstyrelsens godkendelse. Antallet af midlertidige undervisningsstillinger reduceres i takt med, at individuelle "inkomplette" uddannelsesblokke oprettes. Ansøgning om dispensation kan indsendes til Sundhedsstyrelsen, som kan anvise den nødvendige teoretiske uddannelse.	1/3 af uddannelsesblokkene/Stillingerne opslås og besættes i løbet af året. Såvel uddannelsesblokke som stillinger besættes på basis af en samlet vurdering af ansøgenes kvalifikationer. Grenspecialisering kan gennemføres som hidtil af læger, der tidligere har gennemgået undervisningsstilling.

Turnusuddannelse	Introduktions-uddannelse	Alen medicin-uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspecialerne)	Speciallægeuddannelse (grenspecialerne)
År 2 som år 1	som år 1	100 uddannelsesblokke opslås og besættes i løbet af året. Blokken besættes på basis af en samlet vurdering af ansørgernes kvalifikationer. Blokken bør dog som hovedregel besættes af kandidater, der har max. 6 års anciennitet*) 100 praksismand- ensstillinger besættes i overensstemmelse med vanlig praksis, men antallet reduceres i det omfang stillingerne inddrages i komplette blokforløb. Individuelle "inkomplette" uddannelsesblokke kan oprettes efter Sundhedsstyrelsens godkendelse.	150 uddannelsesblokke/stillinger opslås og besættes i løbet af året. 75 undervisningsstillinger opslås og besættes. Såvel uddannelsesblokke som undervisningsstillinger besættes som i år. 1. Uddannelsesblokke bør dog som hovedregel besættes af kandidater, der har max. 7 års anciennitet*) Individuelle "inkomplette" uddannelsesblokke kan oprettes efter Sundhedsstyrelsens godkendelse. Antallet af midlertidige undervisningsstillinger reduceres i takt med, at individuelle inkomplette uddannelsesblokke oprettes.	Yderligere 1/3 af uddannelsesblokkene/-stillingerne opslås og besættes i løbet af året. Blokkene besættes i år 1. Grenspecialisering kan gennemføres som hidtil af læger, der tidligere har gennemgået undervisningsstilling.

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

År	Turnusuddannelse	Introduktions-uddannelse	Alen medicin-uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspecialerne)	Speciallægeuddannelse (grenspecialerne)
År 3	som år 1	som år 1	150 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 max. 5½ års anciennitet. 100 praksissammenstillinger besættes i overensstemmelse med vanlig praksis, men antallet reduceres i det omfang stillingerne inddrages i komplette blokforløb. Individuelle "incomplete" uddannelsesblokke kan oprettes efter Sundhedsstyrelsens godkendelse.	225 uddannelsesblokke/stillinger opslås og besættes i løbet af året. Undervisningsstillingerne nedlægges efterhånden som de udløber. Blokkene/stillingerne besættes på basis af en samlet vurdering af ansøgernes kvalifikationer, og bør som hovedregel besættes af kandidater, der har max. 6½ års anciennitet. Individuelle "incomplete" uddannelsesblokke kan oprettes efter Sundhedsstyrelsens godkendelse. Antallet af midlertidige undervisningsstillinger reduceres i takt med, at individuelle "incomplete" uddannelsesblokke oprettes.	Den sidste 1/3 af uddannelsesblokkene/-stillingerne opslås og besættes i løbet af året. Blokkene besættes som i år 1.

	Turnusuddannelse	Introduktions-uddannelse	Alen medicin-uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspecialerne)	Speciallægeuddannelse (grenspecialerne)
År 4	som år 1	som år 1	Blockene genbesættes ved lejlighed. Besættelsen sker som i år 3, som hovedregel dog er kandidater, der har max. 5 års anciennitet. 100 praksisansøgningsstillinger besættes i overensstemmelse med vanlig praksis, men antallet reduceres i det omfang stillingerne inddrages i komplette blokforløb. Individuelle "inkomplette" uddannelsesblokke kan oprettes efter Sundhedsstyrelsens godkendelse.	Blockene/stillingerne benbesættes ved ledighed. Besættelsen sker efter de under år 3 angivne retningslinier, som hovedregel dog er kandidater, der har max. 6 års anciennitet. Individuelle "inkomplette" uddannelsesblokke kan oprettes efter Sundhedsstyrelsens godkendelse. Antallet af midlertidige undervisningsstillinger reduceres i takt med, at individuelle "inkomplette" uddannelsesblokke oprettes	Blockene/stillingerne genbesættes ved ledighed og besættes som i år 1.

	Turnusuddannelse	Introduktions- uddannelse	Almen medicin- uddannelse	Speciallægeuddannelse (grundspecialerne)	Speciallægeuddannelse (grenspecialerne)
År 5	Som år 1	Som år 1	Som år 4, dog besættes blokkene som hovedregel med kandidater, der har max. 5½ års anciennitet.	Som år 4, dog besættes blokkene som hovedregel med kandidater, der har max. 4½ års an- ciennitet.	Som år 4.
År 6	Som år 1	Som år 1	Som år 4, dog max. 4 års anciennitet.	Som år 4, dog max. 5 års anciennitet	Som år 4
År 7	Som år 1	Som år 1	Som år 6.	Som år 6	Som år 4

Faststillingsreform

og

Ændring af de lægelige videreuddannelser i

DANBORG AMTSKOMMUNE

1992

SUNDHEDSFORVALTNINGEN

November 1991

Indledning.

Danborg Amtskommune blev dannet ved kommunalreformen ved sammenlægning af Danborg Amt og det tidligere Petersunds Amt. Det har ca. 510.000 indbyggere. I selve Danborg by med 192.000 indbyggere er der universitet med et medicinsk fakultet og forskellige andre uddannelsesinstitutioner, flere med sundhedsfaglige uddannelser.

Amtskommunens sygehusvæsen rummer foruden kapacitet til egne borgere også et landsdelssygehus, der betjener Ibsfjord (283.000 indb.), Klithavn (258.000 indb.) og Brantsø (69.000 indb.) amtskommuner. Udover sygehusvæsenet er der en veludbygget primærsektor med mange engagerede og uddannelsesinteresserede alment praktiserende læger. Uden for Danborg by er der kun få praktiserende speciallæger bortset fra øjen- og ørelæger. Man har gennem årene fået opbygget et godt og velorganiseret samarbejde med det primærkommunale niveau både i de større byer og i landdistrikterne .

Sundhedsvæsenet i Danborg Amtskommune omfatter af interesse for det lægeuge videreuddannelsessystem 7 sygehuse, 321 alment praktiserende læger, 89 speciallæger i fuldtidspraksis og 119 speciallæger med deltidspraksis.

Sygehusvæsenet i Danborg Amtskommune.

Sygehusvæsenet i Danborg Amtskommune omfatter som nævnt i alt 7 institutioner. Speciefordelingen og sengetallet er angivet i det følgende tillige med en kort omtale af sygehusenes baggrund.

Danborg Sygehus.

Danborg Sygehus er landsdelssygehus og universitetssygehus. Gennem de seneste 20 år er sygehuset blevet moderniseret og udvidet således, at det i dag rummer stort set alle specialer og grenspecialer. Det har en anerkendt og fremtrædende plads inden for såvel forskning som den lægelige grund- og videreuddannelse. Sygehuset har følgende afdelinger (**speciale-**nummer angivet i parantes):

Anæstesiologisk afd. X (1)	12 senge
B ørnepsykiatrisk afd. I (2)	21 senge
Dermatologisk afd. H (3)	40 senge
Røntgenafd. R (4)	
Gynækologisk afd. G (5)	96 senge
Cardiologisk afd. B (6+6a)	64 senge
Gastroenterologisk afd. C (6+6b+6h)	58 senge
Endokrinologisk afd. F (6+6g)	61 senge
Hæmatologisk afd. L (6c+6d)	29 senge
Nefrologisk afd. N (6k)	29 senge
Rheumatologisk afd. V (6l)	43 senge
Thoraxkirurgisk afd. T (7a+7d)	78 senge
Kirurgisk afd. A (7+7b)	76 senge
Plastikkirurgisk afd. Q (7c)	41 senge
Kirurgisk afd. D (7+7e)	76 senge
Klin.fysiologisk afd. U (8)	
Blodbank og vævstypelab. (9)	
Klin. kemisk afd. S (10)	
Mikrobiologisk lab. (11)	
Neurologisk afd. E (12)	53 senge
Neurofysiologisk lab. (12a)	
Neurokirurgisk afd. K (12b)	47 senge
Øjenafdeling O (13)	29 senge
Onkologisk afd. J (14)	64 senge
Ortopædkirurgisk afd. M (15)	76 senge
Øreafdeling Ø (16)	32 senge
Patologisk anatomisk afd. Z (17)	
Psykiatrisk afd. P (18)	74 senge
<u>Børneafdeling Y (19)</u>	<u>92 senge</u>
I alt	1191 senge

Skt. Maria Hospital.

Hospitalet, som tidligere blev drevet af en katolsk orden, er nu helt overtaget af amtskommunen. Det er beliggende i ganske kort afstand fra Danborg Sygehus og betjenes herfra med alle tværgående specialer således, at det lille laboratorium og den nødvendige røntgenafdeling er en del af de pågældende afdelinger på Danborg Sygehus. Det samme gælder fysio- og

ergoterapien. Hospitalet har følgende afdelinger (specialenumre angivet i parantes):

Lungemedicinsk afd. og allergologisk klinik (6i+6f)	42 senge
<u>Geriatrisk afd. (6e)</u>	<u>96 senge</u>
I alt	138 senge

Sjelsborg Sanatorium.

Sjelsborg Sanatorium har tidligere tilhørt en **sygdomsbekæmpende** forening, men efterhånden som behovet for sanatoriet svandt ind, blev det omdannet til en psykiatrisk institution. Amtskommunen har nu overtaget det helt og har indrettet en gerontopsykiatrisk afdeling på stedet. Det betjenes i fornødent omfang af de tværgående specialer på Fjordby Sygehus. Sanatoriet har følgende afdelinger (specialenumre angivet i parantes):

Afdeling 1 (18)	38 senge
Afdeling 2 (18)	42 senge
<u>Afdeling 3 (18)</u>	<u>30 senge</u>
I alt	110 senge

Fjordby Sygehus.

Før kommunalreformen var man gået i gang med at udbygge Fjordby Sygehus til centralsygehus i Petersunds Amt. Det er derfor passende udspecialiseret til at kunne yde størstedelen af sygehusbetjeningen til den østlige del af Danborg Amtskommune, hvor der også er et naturligt opland. Børneafdelingen omfatter også de lægelige opgaver fra den tidligere særfororgsinstitution Nielsminde. Sygehuset har følgende afdelinger (specialenumre angivet i parantes):

Anæstesiologisk afd. (1)	6 senge
Røntgenafdelingen (4)	
Gynækologisk afd. F (5)	48 senge
Medicinsk afd. B (6)	112 senge
Kirurgisk afd. A (7)	56 senge
Centrallaboratoriet (10)	
Ortopædkirurgisk afd. O (15)	58 senge
Øreafdelingen (16)	16 senge

Patologisk afdeling (17)	
Psykiatrisk afd. P (18)	32 senge
<u>Børneafdelingen (19)</u>	<u>29 senge</u>
I alt	357 senge

Stenshavn Sygehus.

Stenshavn Sygehus var tidligere det næststørste sygehus i det gamle Danborg Amt, men havde for en stor del til huse i gamle, nedslidte bygninger. I midten af 70'erne blev det derfor omdannet til et delt sygehus i takt med moderniseringen af Danborg Sygehus. Det har nu følgende afdelinger (specialenumre angivet i parentes):

Anæstesiologisk afd. (1)	
Røntgenafdelingen (4)	
Medicinsk afd. B (6)	78 senge
<u>Kirurgisk afd. A (7)</u>	<u>60 senge</u>
I alt	138 senge

Varderborg Sygehus.

Sygehuset er udbygget fra et tidligere blandet sygehus og er nu et delt sygehus beliggende i amtets nordlige del. Det er et "grænsesygehus", som også efter kommunalreformen modtager en del patienter fra to landkommuner i naboamtet. Det har følgende afdelinger (specialenumre angivet i parentes):

Anæstesiologisk afd. (1)	
Røntgenafdelingen (4)	
Medicinsk afdeling (6)	82 senge
<u>Kirurgisk afdeling (7)</u>	<u>59 senge</u>
I alt	141 senge

Koksby sygehus.

Sygehuset er beliggende på en større ø, der dog har broforbindelse til fastlandet. Det er et blandet sygehus, som har et tæt samarbejde med Fjordby Sygehus, bl.a. vedrørende anæstesiologisk og radiologisk betjening.

<u>Medicinsk-kirurgisk afdeling</u>	<u>72 senge</u>
I alt	72 senge

Videreuddannelsesopgaver i Danborg Amtskommune.

Danborg Amtskommune råder på sine 7 institutioner over i alt 2.148 senge, og der er normeret i alt 663 lægestillinger, hvilket er 19 stillinger mindre end før **faststillings ref** ormen. Amtskommunen har efter forhandling med Sundhedsstyrelsen fået til opgave at videreuddanne følgende antal læger pr. år:

Turnus	21
Almen medicin	15
Speciallæger	37
fordelt således:	
1. Anæstesiologi*	2
2. Børnepsykiatri	0,5
3. Dermatologi	1
4. Radiologi*	2
5. Gynækologi*	1,5
6. Intern medicin*	7
6e. Geriatri	0,5
61. Rheumatologi*	1
7. Kirurgi*	4
7c. Plastikkirurgi	0,5
7d. Thoraxkirurgi	1
8. Klin. fysiologi	0,5
9. Klin. immunologi	0,5
10. Klin. kemi	0,5
11. Klin. mikrobiologi	0,5
12. Neurologi*	1
12b. Neurokirurgi	0,5
13. Oftalmologi*	1,5
14. Onkologi	1
15. Ortopædkirurgi*	3
16. Otologi*	2
17. Patologi	1
18. Psykiatri*	3
19. Pædiatri*	1

Uddannelsen af disse 37 speciallæger om året sker for de med * mærkede specialer i et samarbejde med Ibsfjord og Klithavn amtskommuner, der sammen med Danborg Amtskommune danner et uddannelsesområde med sidstnævnte som ansvarlig for samarbejdet.

I de i oversigten nævnte grenspecialer er der godkendt uddannelsesblokke, der ikke indeholder uddannelse i grundspecialet. I de øvrige grenspecialer er der godkendt grenspecialeblokke, som kan søges af læger, der er færdige med deres grundspecialeuddannelse. Nogle af disse er tilrettelagt i samarbejde med et andet landsdelssygehus.

I alle specialer, hvor der uddannes 0,5 speciallæge om året, er der tale om konkret aftalte uddannelsesforløb med anvendelse af enkeltstillingsklassifikation, oftest i et samarbejde med tilsvarende afdelinger på et andet landsdelssygehus. Som hovedregel dækkes uddannelsesforløbene af en uddannelsskontrakt.

Amtskommunen har i årene 1990 og 1991 gennemført en faststillingsreform samtidig med, at man har indkørt den nye tilrettelæggelse af videreuddannelserne .

Stabsstrukturerne på afdelingerne følger nu de hovedprincipper, at man på Danborg Sygehus har tilpasset afdelingernes overlægestabe svarende til specialefunktionerne og antallet af 1. reservelæger til uddannelsesbehovet. Herudover er bagvagtfunktionerne dækket ved ansættelse af afdelingslæger på alle afdelinger, hvor denne lægegruppe danner det naturlige rekrutteringsgrundlag for overlæger til alle typer af sygehuse.

På de øvrige sygehuse i amtet har man afskaffet 1. reservelægestillingerne. Bagvagtsfunktionerne dækkes af overlæger (vagtbærende eller med særligt beredskabstillæg).

De ændringer, der herefter er gennemført på amtets sygehuse, har betydet en længe ønsket forskydning i forholdet mellem fastansatte færdiguddannede læger og yngre læger under uddannelse i tidsbegrænsede stillinger. De gennemførte ændringer er ikke alle fuldt ud realiseret, idet man på nogle afdelinger først kan være endeligt færdig med omlægningerne i løbet

af 1992 i forbindelse med naturlig afgang i de sidste af de berørte stillinger.

Efter faststillingsreformen fordeler de normerede lægestillinger sig således på stillingskategorier sammenlignet med den tidligere normering:

	Fordeling	Fordeling
	<u>1989</u>	<u>1992</u>
Overlæger	164	198
Afdelingslæger	3*	124*
1. reservelæger	214	45
<u>Reservelæger</u>	<u>301</u>	<u>296</u>
I alt	682	663

* incl. tre sygehuslæger på Koksby Sygehus.

For turnusuddannelsens vedkommende skal amtskommunen stille i alt 21 reservelægestillinger til rådighed. Disse stillinger er knyttet sammen med det nødvendige antal praksisreservelægestillinger til turnusblokke, der besættes efter gældende regler løbende over året. Det har været muligt indtil videre at undgå placering af turnusuddannelserne på Danborg Sygehus, og de udtagne stillinger fordeler sig herefter således:

	Kirurgi	Medicin
Fjordby	4	4
Stenshavn	3	3
Varderborg	3	3
<u>Koksby (blandet)</u>		<u>1</u>

Uddannelsen i almen medicin er indtil videre alene tilrettelagt i form af uddannelsesblokke indeholdende den obligatoriske sygehusuddannelse. Det anslås, at der uden problemer kan skaffes alle uddannelsessøgende ansættelse på relevante afdelinger til sikring af den valgfrie del. Sammen med lægekredsforeningen vil man fra forvaltningens side arbejde videre med mulighederne for at tilrettelægge uddannelsesforløb, der omfatter hele uddannelsen. Imidlertid finder alle parter det mest hensigtsmæssigt først at indhøste erfaringer med de nuværende uddannelsesblokke.

De stillinger, der er udtaget til almen medicin-uddannelsen, er fordelt således på sygehuse og specialer:

	Medicin	Kirurgi	Gynækologi	Psykiatri
Danborg	3	1	4	2
Fjordby	4	1	4	2
Stenshavn	4		1	-
Vardersborg	4	1	-	-

Det skal anføres, at der ikke er tale om kontinuerlige besættelse af samme stilling på alle afdelinger, men der er enighed om, at dette ikke er noget større problem set i relation til afdelingernes normale vakancer og nødvendige vikarforbrug.

Danborg og Fjordby sygehuse har efter drøftelser med Sundhedsstyrelsen fået godkendt i alt 66 samtidige introduktionsprogrammer fordelt på alle specialer. Det er aftalt, at dette antal skal tages op til drøftelse, når de igangværende individuelle overgangsuddannelser er afsluttet i løbet af 1993, men det er forvaltningens opfattelse, at antallet er rimeligt set i forhold til, at sygehusvæsenet skal uddanne ca. 37 speciallæger om året, og at der i øvrigt i vores uddannelsesområde er yderligere ca. 40 introduktionsstillinger. Introduktionsstillingerne fordeler sig således:

	Danborg	Fjordby
1. Anæstesiologi	3	1
2. Børnepsykiatri	(1)	
3. Dermatologi	1 (2)	
4. Radiologi	2	1
5. Gynækologi	2	2
6. Intern medicin	16	1
7. Kirurgi	8	1
8. Klin. fysiologi	1	
9. Klin. immunologi	1	
10. Kun. kemi	1	
11. Klin. mikrobiologi	1	
12. Neurologi	5	
13. Oftalmologi	2	
14. Onkologi	2	

15. Ortopædkirurgi	3	2
16. Otologi	2	
17. Patologi	1	
18. Psykiatri	2	2
<u>19. Pædiatri</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
I alt	54	12

En del stillinger, der indgår i uddannelsesblokke i specialerne som supplerende uddannelse, er ikke specielt opgjort for hver enkelt afdeling. Sammenlagt anvendes der ca. 20 stillinger til dette formål.

Den valgfri del af uddannelsen i almen medicin er ikke omfattet af de faste uddannelsesprogrammer. Minimalt vil den i amtskommunen med uddannelse af 15 almen medicinere pr. år beslaglægge 7-8 stillinger fordelt på forskellige specialer.

Den formelle del af uddannelsesforpligtelsen på reservelægeniveau kan for amtet som helhed herefter opgøres således:

	Antal udd.still.	Antal udd. still, besat med læger, der flg. et udd. program	Udd.progr. i % af udd.still.
Danborg	201	124	62,7
S. Maria	9	5	55,7
Fjordby	51	32	62,8
Stenshavn	14	11	78,6
Varderborg	15	11	73,3
<u>Koksby</u>	<u>6</u>	<u>1</u>	<u>16,7</u>
lait	296	184	62,2
Valgfri			
alm.	med.	ca. 8	
<u>Suppl.spec.</u>		<u>ca. 20</u>	
lait	<u>296</u>	<u>ca.212</u>	<u>71,6</u>

Da antallet af uddannelsesstillinger ikke altid er sammenfaldende med antallet af uddannelsesstillinger besat med læger, der følger et uddannelsesprogram, jf. afsnit 5.6.2., skønnes det, at der i amtskommunen vil være ca. 30 uddannelsesstillinger, der er besat med læger, der supplerer deres

kliniske uddannelse uden at følge et uddannelsesprogram. Det betyder, at omkring 82% af alle reservelægestillinger vil være besat med uddannelsessøgende læger.

De resterende ca. 50 stillinger indgår i den stillingspulje, som finder anvelse i gennemførelsen af individuelle "inkomplette" uddannelsesforløb for yngre læger, der ikke på anden måde kan få færdiggjort deres videreuddannelse. På længere sigt, vil der sikkert være grundlag for en omdannelse af yderligere et antal stillinger til faste stillinger. Dette vil dog ikke kunne gennemføres før der er opnået "balance", d.v.s. at der ikke længere er uddannelsesefterspørgsel efter samtlige amtskommunens reservelægestillinger, og der samtidigt er tilstrækkelig tilgang af læger kvalificeret til sådanne stillinger.

De enkelte sygehusafdelingers lægelige bemanding er angivet i bilagene, idet man til sammenligning har anført afdelingernes lægestab før gennemførelsen af faststillingsreformen.

Bilag:

- Bilag 1: Danborg sygehus
- Bilag 2: St. Maria Hospital
- Bilag 3: Sjelsborg Sanatorium
- Bilag 4: Fjordby sygehus
- Bilag 5: Stenshavn sygehus
- Bilag 6: Varderborg sygehus
- Bilag 7: Koksby sygehus

AMTSSYGHEUSET I DANBORG

Anæstesiologisk afdeling x

		<u>Før</u>
Overlæger	3	4
Afdelingslæger	7	
1. reservelæger	1*	8
Reservelæger	12	12
Heraf:		
Undervisningsstill.	4	
Introduktion	3	

* Herudover indgår en 1. reservelægestilling på hovedsygehusene i Ibsfjord og Klithavn amtskommuner i to andre specialeblokke.

Børnepsykiatrisk afdeling I

		<u>Før</u>
Overlæger	2	2
Afdelingslæger	1	
1. reservelæger	1*	1
Reservelæger	1	1
Heraf:		
Undervisningsstill.	1**	
Introduktion		

* Besættes kun, når der er behov for det som del af specialeblok.

** Besættes kun, når der er behov for det som del af specialeblok og fungerer ellers om introduktionsstilling.

Dermatologisk afdeling H

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	3	
1. reservelæger	2*	4
Reservelæger	2	3
Heraf:		
Undervisningstill.	2*	
Introduktion	1**	

* Den ene stilling besættes kun hveranden gang som del af specialeblok.

*• Afdelingen har tilladelse til at tilbyde introduktionsprogram til to reservelæger samtidigt, jfr. *

Røntgenafdeling R

		<u>Før</u>
Overlæger	4	5
Afdelingslæger	7	
1. reservelæger	1*	8
Reservelæger	8	8
Heraf:		
Undervisningsstill.	4	
Introduktion	2	

- * Herudover indgår en 1. reservelægestilling på hovedsygehusene i **Ibsfjord** og Klithavn amtskommuner i to andre specialeblokke.

Gynækologisk Afdeling G

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	6	
1. reservelæger	1*	8
Reservelæger	10	10
Heraf:		
Undervisningsstill.	3**	
Introduktion	2	
Almen medicin	4	

- * Herudover indgår en 1. reservelægestilling på hovedsygehusene i **Ibsf** jord og Klithavn amtskommuner i to andre specialeblokke.

- ** Den ene stilling besættes kun hveranden gang som del af specialeblok.

Cardiologisk afdeling B

		<u>Før</u>
Overlæger	3	4
Afdelingslæger	4	
1. reservelæger	2*	5
Reservelæger	10	10
Heraf:		
Undervisningsstill.	4	
Introduktion	2	
Almen medicin	1	

- * Den ene stilling indgår i en medicinsk uddannelses blok, den anden i en cardiologisk **grenspecialeblok**.

Gastroenterologisk afdeling C

		<u>Før</u>
Overlæger	4	4
Afdelingslæger	3	
1. reservelæger	2*	5
Reservelæger	8	8
Heraf:		
U n d e r v i s n i n g s t i l l.	2	
Introduktion	2	
Almen medicin	1	

* Den ene stilling indgår i en medicinsk uddannelsesblok, den anden i en gastroenterologisk grenspecialeblok.

Endokrinologisk afdeling F

		<u>Før</u>
Overlæger	2	2
Afdelingslæger	3	
1. reservelæger	2*	4
Reservelæger	6	6
Heraf:		
Undervisningstill.	2	
Introduktion	2	
Almen medicin	1	

* Den ene stilling indgår i en medicinsk uddannelsesblok, den anden i en endokrinologisk grenspecialeblok.

Hæmatologisk afdeling L

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	4	
1. reservelæger	1*	6
Reservelæger	9	9
Heraf:		
Undervisningstill.	2	
Introduktion	2	

* Indgår i en hæmatologisk grenspecialeblok.

Nefrologisk afdeling N.

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	3	
1. reservelæger	1*	4
Reservelæger	8	8
Heraf:		
Undervisningstill.	2	
Introduktion	2	

* Indgår i en nefrologisk grenspecialcblok.

Rheumatologisk afdeling V

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	3	
1. reservelæger	2*	5
Reservelæger	6	6
Heraf:		
Undervisningstill.	2	
Introduktion	2	

* Den ene stilling indgår i en grenspecialiseret rheumatologisk uddannelsesblok.

Intern medicinske uddannelsesblokke er tillige tilrettelagt i samarbejde med Ibsfjord og Klithavn amtskommuner.

Thoraxkirurgisk afdeling T

		<u>Før</u>
Overlæger	5	7
Afdelingslæger	5	
1. reservelæger	2*	5
Reservelæger	10	10
Heraf:		
Undervisningstill.	2	
Introduktion	2	

* Indgår i grenspecialiserede uddannelsesblokke i thorax- og karkirurgi i samarbejde med andet uddannelsesområde.

Kirurgisk afdeling A

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	5	
1. reservelæger	2*	8
Reservelæger	11	11
Heraf:		
Undervisningstill.	3	
Introduktion	2	

- * Den ene stilling indgår i kirurgisk uddannelsesblok fælles med kirurgisk afdeling D, den anden stilling indgår i en gastroenterologisk grenspecialblok.

Plastikkirurgisk afdeling Q

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	4	
1. reservelæger	1*	5
Reservelæger	6	6
Heraf:		
Undervisningstill.		
Introduktion	2	

- * Indgår i grenspecialiserede uddannelsesblokke i plastikkirurgi i samarbejde med andet uddannelsesområde.

Kirurgisk afdeling D

		<u>Før</u>
Overlæger	3	4
Afdelingslæger	5	
1. reservelæger	2*	6
Reservelæger	9	9
Heraf:		
Undervisningstill.	3	
Introduktion	2	

- * Den ene stilling indgår i kirurgisk uddannelsesblok fælles med kirurgisk afdeling A, den anden stilling indgår i en urologisk grenspecialblok.

Kirurgiske uddannelsesblokke er tillige tilrettelagt i samarbejde med Ibsfjord og Klithavn amtskommuner.

Klin. fysiologisk afdeling U

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	1	
1. reservelæger	1*	2
Reservelæger	2	2
Heraf:		
Undervisningstill.	1*	
Introduktion	1	

- * Indgår i nødvendigt omfang i individuelt tilrettelagte uddannelsesforløb (enkeltsstillingsklassifikation) i samarbejde med andet uddannelsesområde.

Blodbank og vævstypelaboratoriet

		<u>Før</u>
Overlæger	4	4
Afdelingslæger	1	
1. reservelæger	1*	1
Reservelæger	3	4
Heraf:		
Undervisningstill.	1*	
Introduktion	1	

- * Indgår i nødvendigt omfang i individuelt tilrettelagte uddannelsesforløb (enkeltsstillingsklassifikation) i samarbejde med andet uddannelsesområde.

Klin. kemisk afdeling S

		<u>Før</u>
Overlæger	4	4
Afdelingslæger	2	
1. reservelæger	1*	3
Reservelæger	3	3
Heraf:		
Undervisningstill.	1*	
Introduktion	1	

- * Indgår i nødvendigt omfang i individuelt tilrettelagte uddannelsesforløb (enkeltsstillingsklassifikation) i samarbejde med andet uddannelsesområde.

Mikrobiologisk laboratorium

		<u>Før</u>
Overlæger	2	2
Afdelingslæger	2	
1. reservelæger	1*	3
Reservelæger	2	2
Heraf:		
Undervisningstill.	1*	
Introduktion	1	

- * Indgår i nødvendigt omfang i individuelt tilrettelagte uddannelsesforløb (enkeltsstillingsklassifikation) i samarbejde med andet uddannelsesområde.

Neurologisk afdeling E

		<u>Før</u>
Overlæger	3	4
Afdelingslæger	5	
1. reservelæger	1*	5
Reservelæger	5	5
Heraf:		
Undervisningstill.	2	
Introduktion	2	

- * En specialeblok gennemføres i samarbejde med Ibsfjord amtskommune.

Neurofysiologisk laboratorium

		<u>Før</u>
Overlæger	2	2
Afdelingslæger		
1. reservelæger	1*	1
Reservelæger	2	2
Heraf:		
Undervisningstill.	1	
Introduktion	1	

- * Indgår i nødvendigt omfang i individuelt tilrettelagte uddannelsesforløb (enkeltsstillingsklassifikation) i samarbejde med andet uddannelsesområde.

Neurokirurgisk afdeling K

		<u>Før</u>
Overlæger	3	4
Afdelingslæger	4	
1. reservelæger	1*	4
Reservelæger	7	8
Heraf:		
Undervisningstill.	1	
Introduktion	2	

- * Indgår i nødvendigt omfang i individuelt tilrettelagte uddannelsesforløb (enkeltsstillingsklassifikation) i samarbejde med andet uddannelsesområde.

Øjenafdeling O

		<u>Før</u>
Overlæger	4	5
Afdelingslæger	5	
1. reservelæger	1*	6
Reservelæger	6	6
Heraf:		
Undervisningstill.	2	
Introduktion	2	

* Herudover indgår en 1. reservelægestilling på hovedsygehusene i Ibsfjord og Klithavn amtskommuner i to andre specialeblokke.

** Den ene stilling besættes kun hveranden gang som del af specialeblok.

Onkologisk afdeling J

		<u>Før</u>
Overlæger	6	6
Afdelingslæger	4	
1. reservelæger	2*	6
Reservelæger	8	8
Heraf:		
Undervisningstill.	2*	
Introduktion	2	

* Den ene stilling besættes kun hveranden gang som del af specialeblok.

Ortopædkirurgisk afdeling M

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	6	
1. reservelæger	2*	8
Reservelæger	16	16
Heraf:		
Undervisningstill.	5**	
Introduktion	3	

* Herudover indgår en 1. reservelægestilling på hovedsygehusene i Ibsfjord og Klithavn amtskommuner i to andre specialeblokke.

** Undervisningsstillingerne omfatter tillige 6 måneders ansættelse på både thoraxkirurgisk afdeling og neurokirurgisk afdeling.

Øreafdeling 0

Overlæger	4	<u>Før</u> 5
Afdelingslæger	5	
1. reservelæger	1*	6
Reservelæger	6	6
Heraf:		
Undervisningstill.	3**	
Introduktion	2	

* En specialeblok gennemføres i samarbejde med Klithavn amtskommune.

** incl. 6 måneders ansættelse på audiologisk klinik.

Patologisk anatomisk afdeling Z

Overlæger	4	<u>Før</u> 6
Afdelingslæger	4	
1. reservelæger	1*	4
Reservelæger	3	3
Heraf:		
Undervisningstill.	2	
Introduktion	1	

* En specialeblok gennemføres i samarbejde med Klithavn amtskommune.

Psykiatrisk afdeling P

Overlæger	4	<u>Før</u> 6
Afdelingslæger	6	
1. reservelæger	2*	8
Reservelæger	12	12
Heraf:		
Undervisningstill.	6	
Introduktion	2	
Almen medicin	2	

* Herudover indgår 1. reservelægestillinger på hovedsygehusene i Ibsfjord og Klithavn amtskommuner i andre specialeblokke.

Børneafdeling Y

Overlæger	3	<u>Før</u> 4
Afdelingslæger	6	
1. reservelæger	1*	7
Reservelæger	10	10
Heraf:		
Undervisningstill.	1	
Introduktion	2	

* En specialeblok gennemføres i samarbejde med Ibsfjord amtskommune.

BILAG C.2

SKT. MARIAS HOSPITAL

Lungemed. afdeling og allergologisk klinik

		<u>Før</u>
Overlæger	3	3
Afdelingslæger	2	
1. reservelæger	2*	4
Reservelæger	5	5
Heraf:		
Undervisningstill.	1	
Introduktion	2	

- * Stillingerne indgår i henholdsvis en lungemedicinsk og en allergologisk grenspecialblok.

Geriatrisk afdeling

		<u>Før</u>
Overlæger	2	2
Afdelingslæger	2	
1. reservelæger	1*	3
Reservelæger	4	4
Heraf:		
Undervisningstill.		
Introduktion	2	

- * Denne stilling indgår i en grenspecialiseret geriatrisk uddannelsesblok.

SJELSBORG SANATORIUM

Gerontopsykiatrisk afdeling

		<u>Før</u>
Overlæger	2	2
Afdelingslæger	3	
1. reservelæger	-	2
Reservelæger	-	3
Heraf:		
Undervisningstill.		
Introduktion		

BILAG C.4

FJORDBY SYGEHUS

Anæstesiaafdeling

Overlæger	5	<u>Før</u> 3
1. reservelæger	-	2
Reservelæger	4	4
Heraf:		
Introduktion	1	

Radiologisk afdeling

Overlæger	5	<u>Før</u> 3
1. reservelæger	-	3
Reservelæger	2	2
Heraf:		
Introduktion	1	

Gynækologisk-obstetrisk afdeling F

Overlæger	7	<u>Før</u> 2
1. reservelæger	-	6
Reservelæger	7	7
Heraf:		
Introduktion	2	
Almen medicin	4	

Medicinsk afdeling B

Overlæger	8	<u>Før</u> 4
1. reservelæger	1*	6
Reservelæger	11	11
Heraf:		
Introduktion	1	
Almen medicin	4	
Turnus	4	

* Indgår i specialeblok sammen med Danborg Sygehus.
Kirurgisk afdeling A

Kirurgisk afdeling A

		<u>Før</u>
Overlæger	7	2
1. reservelæger	1*	7
Reservelæger	7	7
Heraf:		
Introduktion	1	
Almen medicin	1	
Turnus	4	

* Indgår i specialeblok sammen med Danborg Sygehus.

Centrallaboratoriet

		<u>Før</u>
Overlæger	3	1
1. reservelæger	-	2
Reservelæger		
Heraf:		
Introduktion		

Ortopædkirurgisk afdeling O

		<u>Før</u>
Overlæger	7	2
1. reservelæger	-	5
Reservelæger	8	8
Heraf:		
Introduktion	2	

Øreafdelingen

		<u>Før</u>
Overlæger	4	2
1. reservelæger	-	1
Reservelæger	2	2
Heraf:		
Introduktion		

Patologisk-anatomisk afdeling

		<u>Før</u>
Overlæger	3	2
1. reservelæger	-	1
Reservelæger		
Heraf:		
Introduktion		

Psykiatrisk afdeling P

		<u>Før</u>
Overlæger	6	3
1. reservelæger	-	3
Reservelæger	6	6
Heraf:		
Introduktion	2	
Almen medicin	2	

Børneafdelingen

		<u>Før</u>
Overlæger	6	3
1. reservelæger	-	3
Reservelæger	4	4
Heraf:		
Introduktion	2	

STENSHAVN SYGEHUS

Anæstesiaafdeling

Overlæger	2	$\frac{\text{Før}}{2}$
-----------	---	------------------------

Røntgenafdeling

Overlæger	2	$\frac{\text{Før}}{2}$
-----------	---	------------------------

Medicinsk afdeling

Overlæger	6	$\frac{\text{Før}}{2}$
1. reservelæger	-	5
Reservelæger	8	7
Heraf:		
Almen medicin	4	
Turnus	3	

Kirurgisk afdeling

Overlæger	6	$\frac{\text{Før}}{3}$
1. reservelæger	-	5
Reservelæger	6	6
Heraf:		
Almen medicin	1	
Turnus	3	

BILAG C.6

VARDERBORG SYGEHUS

Anæstesiaafdeling

Overlæger	3	$\frac{\text{Før}}{3}$
-----------	---	------------------------

Røntgenafdeling

Overlæger	2	$\frac{\text{Før}}{2}$
-----------	---	------------------------

Medicinsk afdeling

Overlæger	6	$\frac{\text{Før}}{2}$
1. reservelæger	-	5
Reservelæger	8	8
Heraf:		
Almen medicin	4	
Turnus	3	

Kirurgisk afdeling

Overlæger	6	$\frac{\text{Før}}{2}$
1. reservelæger	-	5
Reservelæger	7	7
Heraf:		
Almen medicin	1	
Turnus	3	

KOKSBY SYGEHUS

Medieinsk-kirurgisk afdeling

		<u>Før</u>
Overlæger	1	1
Sygehuslæger	3	3
Reservelæger	6	6
Heraf:		
Turnus	1	

Overenskomst- og arbejdsmiljøbestemmelser vedrørende arbejdstilrettelæggelse - herunder opgørelse af arbejdstid.

1. Indledning.

Den gældende overenskomst om løn- og ansættelsesvilkår for underordnede sygehuslæger med de ændringer, der blev fastsat i opmandskendelsen af 30. december 1987, regulerer ikke alene løn- og ansættelsesvilkår, men indeholder tillige en række bestemmelser, der fastlægger rammene for tilrettelæggelsen af de underordnede sygehuslægers arbejde - herunder arbejdstidens fordeling inden for døgnet.

Arbejdsmiljølovens hviletidsregler fastsætter herudover visse rammer for arbejdstilrettelæggelsen.

2. Overenskomsten.

Udvalget har gennemgået overenskomsten med henblik på at uddrage de bestemmelser, der er af væsentlig betydning for underordnede lægers arbejdstilrettelæggelse :

Ad i 2.1. Reservelæger i forvagtslag kan pålægges fælles rådighedstjeneste ved flere afdelinger, uanset om afdelingerne er placeret inden for samme grundspeciale, hvis summen af opkalds- og tilkaldstimer i de to vagtlag tilsammen er under 2/3 af de timer, som den fælles rådighedstjeneste udgør.

Ad § 4.1. Arbejdstiden opgøres som den samlede værdi af normaltjeneste, rådighedstjeneste og tilkald under rådighedstjeneste. Sygehusmyndighederne kan dog bestemme, at den ubelastede del af rådighedstjenesten fra bolig, bortset fra døgnvagter, vederlægges med betaling i stedet for at indgå i arbejdstiden. Betalt rådighedstjeneste kan dog ikke overstige 5 1/3 tjenesteværditime pr. læge pr. uge.

Ad i 4.2. Normaltjenesten andrager mellem 6 og 9 timer daglig.

Der forekommer følgende former for normaltjeneste:

- a) Dagttjeneste, d.v.s. tjeneste, der påbegyndes mellem kl. 6 og kl. 10 og afsluttes senest kl. 18.
- b) Aftentjeneste, d.v.s. tjeneste, der påbegyndes kl. 14 eller senere, og som strækker sig ud over kl. 17.
- c) Nattjeneste, d.v.s. tjeneste, der påbegyndes kl. 22 eller senere.

Ad f 4.3. Rådighedstjeneste er beredskabstjeneste, hvor den underordnede læge ikke udfører arbejde, før den pågældende tilkaldes fra tjenestestedet.

Der forekommer følgende former for rådighedstjeneste:

- a) Rådighedstjeneste fra bolig.
- b) Rådighedstjeneste fra vagtværelse.

Ad i 5.1. Den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid er 38 timer (fra 1. september 1990 37 timer).

Ad i 5.2. Bortset fra speciallæger indenfor afdelingens speciale skal alle læger i gennemsnit have 19 timers normaltjeneste pr. uge i tidsrummet mandag til fredag kl. 8-17 (fra 1. september 1990 18,5 timer).

Ad f 6.1. Dagttjenesten placeres normalt i tidsrummet mandag til fredag kl. 8-16.

Ad I 6.2. Den enkelte læges dagttjeneste kan dog placeres med begyndelse kl. 6-10, henholdsvis med afslutning kl. 18.

Ad § 6.3. For hver fulde 37 timers normaltjeneste, der er udført i aften- og nattjeneste, ydes der 2 timers frihed.

Ad S 7 Overarbejde opgøres pr. påbegyndt halve time. Det af spadseres med et tillæg på 50% senest ved udgangen af 3. måned efter optjening. Hvis afspadsering ikke er sket, betales overarbejdstimerne (uden tillæg af 50%) med nettotimeløn med tillæg af 50%.

Ad f 10.1. For normaltjeneste på søndage og søgnehellig dage ydes der \ times frihed for hver times tjeneste.
I stedet for sådan frihed kan der ydes en godtgørelse svarende til 50% af timelønnen.

Ad i 10.2. For tilkalds- og overarbejdstimer på søndage og søgnehellig dage ydes samme kompensation.

Ad § 13.3. Rådighedstjeneste (bortset fra døgnvagter) indgår i den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid med følgende værdier:

Vagt I (bopæl):	1/3 time.
Vagt II (vagtvarerelse):	3/4 time.

Ad i 13.4. Døgnvagter, d.v.s. rådighedstjeneste omfattende et fuldt døgn på dage, hvor der ikke er fuldt dagarbejde, indgår i den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid med følgende værdier:

Vagt I	14 timer.
Vagt II	20 timer.

Ad § 13.6. Tilkald under rådighedstjeneste honoreres - når dette er muligt - gennem afspadsering med et tillæg i tid på 50%. Den indtjente frihed reduceres med følgende værdier pr. tilkaldstime:

Vagt I	1/3 time.
Vagt II	3/4 time.

Såfremt afspadsering ikke er mulig, honoreres timerne gennem betaling som for overarbejde, og der bortses fra tillægget på 50%.

Ad § 13.7. Tilkald under rådighedstjeneste opgøres pr. påbegyndt time.

Ad § 13.8. For de første 8 timers effektivt arbejde under døgnvagter ydes ingen særskilt frihed. For effektivt arbejde ud over 8 timer honoreres tilkald som under § 13.6., idet der dog ikke foretages nogen reduktion.

Arbejdstiden opgøres som summen af den samlede tjenestetidsværdi af normal- og rådighedstjeneste samt af tilkald. Nedenstående tabel giver en oversigt over tjenestetidsværdien af de enkelte tjenestekomponenter.

Tabel 4. Tjenestetidsværdier.

Tjenestekomponent <u>Værdi pr. time</u>	
Normaltjeneste	1 time
Rådighedstjeneste:	
Vagt I	20 min.
Vagt II	45 min.
Tilkald under rådighedstjeneste:	
Vagt I	1 time, 10 min.
Vagt II	45 min.
Tilkald døgnvagt efter 8 timers arbejde:	
Vagt I og Vagt II	1 time, 30 min.

Herudover ydes 2 timers kompensatorisk frihed pr. 37 timers aften-nattjeneste og en halv time pr. times effektivt arbejde på søndage og søgnehelldage.

Ved opgørelsen af den samlede arbejdstid er der, jf. overenskomstens § 4, mulighed for kontant - med 50% tillæg - at honorere ubelastet rådighedstjeneste fra bolig, hvorefter denne vagt ikke indregnes i arbejdstiden. Der kan honoreres indtil 5 1/3 timers tjenestetidsværdi kontant pr. uge, hvilket svarer til 16 timers ubelastet rådighedstjeneste.

3. Arbejdsmiljøloven m.v.

Ved tilrettelæggelsen af underordnede sygehuslægers tjeneste skal opmærksomheden - ud over bestemmelserne i overenskomsten - være rettet mod arbejdsmiljølovens hviletidsregler.

De generelle bestemmelser er fastsat i:

Arbejdsmiljølovens §§ 50-58

Arbejdsministeriets bekendtgørelse nr. 372 af 15. august 1980

Aftale af 21. januar 1982 om hviletid og fridøgn indgået mellem overenskomstens parter.

Bestemmelserne indebærer følgende:

1) Vedr. fridøgn.

Der skal pr. uge være ét fridøgn, placeret i umiddelbar tilslutning til en hvileperiode, hvor der ikke må være pålagt rådighedstjeneste. Tjenesten kan tilrettelægges således, at der kan være op til 12 døgn mellem 2 fridøgn. Ved sammenlægning af fridøgn skal det ene fridøgn ligge i tilslutning til en hvileperiode.

2) Vedr. daglig hviletid.

Hviletiden mellem 2 døgnns hovedarbejder kan - efter aftale mellem parterne - fastsættes til 8 timer.

Rådighedstjenesten (både fra bolig og vagtværelse) uden effektivt arbejde betragtes som hviletid. Ved udførelse af effektivt arbejde er hvileperioden afbrudt. Telefonsamtaler uden fremmøde afbryder ikke hvileperioden, forudsat at der i tidsrummet kl. 23 - 7 ikke er mere end 3 telefonsamtaler. Ved det fjerde opkald i dette tidsrum afbrydes hvileperioden.

I forbindelse med effektivt arbejde under rådighedstjeneste kan hvileperioden nedsættes til 8 timer eller udskydes således, at den gives efter afslutningen af det sidste arbejde. Hviletid medregnes ikke som tjenestetid.

3) Vedr. tjeneste tilrettelæggelse i øvrigt.

Der kan ikke pålægges dagtjeneste eller døgnvagt i tilslutning til aftentjeneste med efterfølgende rådighedstjeneste. Derimod er der mulighed for dagtjeneste efter et døgn med dagtjeneste med efterfølgende rådighedstjeneste, dog afhængigt af såvel tilkald til tjeneste som telefonopkald.

Arbejdstilrettelæggelsen belyst ved Foreningen af Yngre Lægers vagtenquete.

Foreningen af Yngre Læger udsendte i 1986 og 1988 et spørgeskema til alle landets vagtlag, incl. læger ansat i vagtfrie stillinger, med henblik på at registrere det arbejde, der blev udført af vagtlagets læger i uge 41 i oktober måned. Arbejdstiden blev registreret i overensstemmelse med overenskomstens bestemmelser, og der blev foretaget en fordeling på de enkelte tjenestekomponenter.

En gennemgang af de indsamlede oplysninger viser, at arbejdet mange steder var tilrettelagt mindre rationelt, og at de økonomiske konsekvenser heraf var ret betydelige. Nedenstående tabel 5 viser således, hvor mange **vagt værelses** vagter, der i oktober 1986 var urentable ud fra en økonomisk betragtning.

Tabel 5. Urentable vagtværelsesvagter oktober 1986.

<u>Arbejdstil-</u> <u>rettelæggelse</u>	<u>Antal</u> <u>vagtlag</u> <u>i alt</u>	<u>Antal</u> <u>læger</u> <u>i alt</u>	<u>Økonomisk</u> <u>grænse for</u> <u>opkald pr.</u> <u>uge</u>	<u>%-andel o.græns.</u>	
				<u>af vagt-</u> <u>lagene</u>	<u>af læger-</u> <u>ne</u>
1-holds- hverdage	179	1.171	34,7 t. 1)	82	86
drift:					
lørdage	138	992	6,9 t.	72	75
søndage	138	992	10,6 t.	47	48
2-holds- hverdage	168	1.207	17,3 t. 2)	80	83
drift:					
lørdage	52	394	3,5 t.	76	77
søndage	52	394	5,3 t.	63	64
Døgn- lørdage	192	1.263	3,5 t. 3)	76	81
vagter:					
søndage	192	1.263	7,6 t. 3)	58	62

Kilde: FAYL's vagtenquete 1986.

1) Forudsat rådighedstjeneste mandag-fredag kl. 16-08.

2) Forudsat rådighedstjeneste mandag-fredag kl. 24-08.

3) Udover de indregnede 8 timer pr. vagt.

Som det fremgår af tabellen var op mod 80% af alle hverdags- og lørdagsvagter og mellem 50 og 65% af alle søndagsvagter fra vagtværelse urentable.

Udvalget har foretaget et skøn over de økonomiske konsekvenser heraf på årsplan ved at sammenholde merudgiften ved den viste arbejdstilrettelæggelse med udgiften til en 2-skiftet vagt med 3-holdsværdi, hvilket beregnes efter nedenstående formel:

"merudgift" = antal timer over den økonomiske grænse for opkald x 52 x gennemsnitlig bruttotimeløn incl. feriepenge x F.

(F = 1,5 - 0,75 + eventuel søndagskompensation).

I tabel 6 er vist den samlede "merudgift" ved den valgte arbejdstilrettelæggelse.

Tabel 6. Beregnet merudgift ved den valgte arbejdstilrettelæggelse oktober 1986.

<u>Arbejdstilrettelæggelse</u>	<u>Antal vagt- lag over den økonomiske grænse</u>	<u>Antal læger over den øko- nomiske græn- se.</u>	<u>Antal timer over den øko- nomiske græn- se pr. uge.</u>	<u>"Merud- gift" i mill. pr. år.</u>
1-holds- hverdage	147	1.002	2.773	15,3
drift:				
lørdage	100	746	553	3,0
søndage	65	476	207	1,9
2-holds- hverdage	134	998	1.501	8,3
drift:				
lørdage	40	303	159	0,9
søndage	33	251	59	0,5
Døgn- lørdage	146	1.019	1.029	11,3
vagter:				
søndage	111	788	476	7,0
I alt			6.757	48,2

Kilde: FAYL's vagtenquete 1986.

Det fremgår, at der i oktober 1986 blev betalt for 6.757 timer pr. uge, hvilket svarer til 48,2 mill. kr. om året, alene på grund af den valgte arbejdstilrettelæggelse, idet disse timer havde været "gratis", hvis arbejdet havde været tilrettelagt som 2-skiftet tjeneste med 3-holdsværdi.

Det skal understreges, at der siden 1986 er foretaget betydelige ændringer med henblik på at sikre en mere økonomisk arbejdstilrettelæggelse, hvorfor den aktuelle besparelsesmulighed skønnes at være markant lavere.

Ud fra en ren økonomisk betragtning kunne en tænkelig indvending mod overgang til normaltjenestehonorar i form af 2-skiftet tjeneste med 3-holdsværdi være, at dette i nogle tilfælde ville kræve ansættelse af en læge mere i vagtlaget.

Herved vil afdelingen også få tilført flere lægetimer i dagarbejdstiden. Omkostningerne ved disse timer, der i dette tilfælde ikke skyldes et arbejdsmæssigt behov, kan begrunde, at rådigheds- og tilkaldstimerne ikke omlægges til normaltjenestetimer. Denne indvending holder dog ikke for en nærmere analyse, idet en gennemgang af de berørte vagttag viser, at mere end 80% af vagttagene:

enten allerede omfattede de 7 læger, der kræves til en 2-skiftet tjeneste med 3-holdsværdi,

eller havde mere end 20 overskydende dagtjenestetimer pr. uge,

eller havde så mange uøkonomiske tilkaldstimer, at det under alle omstændigheder ville have været billigere at tilføre eventuelt manglende dagtjenestetimer, d.v.s. ansætte endnu en læge i vagtlaget.

Det har ikke været muligt at udføre en tilsvarende analyse af boligvagterne, men flere stikprøver viser, at arbejdstilrettelæggelsen specielt i belastede boligvagter ikke altid er økonomisk hensigtsmæssig.

I tabel 7 på næste side er den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid på grundlag af vagtenqueten fra 1988 fordelt på de enkelte tjenestekomponenter.

Tabel 7. Underordnede lægers arbejdstid fordelt på tjenestekomponenter 1).

"Vagt"	Antal besatte stilling- er	Dagtje- neste	Aften- nattje- neste	Overar- bejde	Tilkald	Effekti- ve arb. timer	Ubela- stet rå- digheds- tjeneste	Tjene- ste- værdi- timer
Forvagt	2.712	21,0	9,0	1,2	5,9	37,0	4,5	45,6
Mellemvagt	475	20,0	11,3	0,8	5,2	37,3	2,7	44,6
Bagvagt	2.050	23,8	2,7	1,3	9,1	36,8	12,9	47,8
Eneste vl.	931	25,8	1,2	0,9	6,1	34,0	16,5	44,7
Alle vagtl.	6.168	22,6	5,9	1,2	6,9	36,5	9,1	46,1
Vagtfri	413	37,7	0,2	0,4	0,0	38,3	0,0	38,6
Alle læger	6.581	23,5	5,6	1,1	6,5	36,7	8,4	45,6

Kilde: FAYL's vagtenquete 1988.

1) Tabellen er identisk med tabel 1 i betænkningens kapitel 9.

Det fremgår, at den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid udtrykt i tjenesteværditimer, d.v.s. løntimer, var henholdsvis 46,1 time for vagthavende læger og 45,6 timer for alle læger, medens den ugentlige arbejdstid udtrykt i effektive arbejdstimer var henholdsvis 36,5 og 36,7 timer.

Det fremgår også, at mængden af overarbejde, d.v.s. tilfældigt forekomende arbejde i tilslutning til planlagt tjeneste, var meget begrænset, medens mængden af tilkald, der i gennemsnit var 6,9 timer pr. uge, udgjorde knap 19% af den effektive arbejdstid.

Da det må formodes at være vanskeligt helt at undgå tilfældigt forekomende overarbejde ved at ændre arbejdets tilrettelæggelse, er der, den beskedne overarbejds mængde taget i betragtning, næppe større økonomiske gevinster at hente ved at forsøge det.

Omvendt er der som foran vist betydelige rationaliseringsgevinster at hente ved at omlægge rådighedstjeneste og dermed tilkald til normaltjeneste.

I tabel 8 på følgende side er endelig vist den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid pr. læge i samtlige sygehuskommuner.

Det fremgår, at den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid svinger udtrykt i tjenesteværditimer mellem 42,2 og 51,7 timer pr. uge.

Det er karakteristisk, at flere af de jyske sygehuskommuner ligger over landsgennemsnittet, hvilket kunne tages som et udtryk for en mindre hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse, idet en betydelig del af den gennemsnitlige tjenesteværdi må honoreres som overarbejde. I en enkelt **sygehus-**kommune udgør overskydende tjenesteværdi således godt 20% af den samlede tjenesteværdi. En anden årsag kunne dog være, at amtskommunerne i udkantssområderne noget hyppigere har vakante stillinger, eventuelt på grund af mangel på kvalificerede ansøgere.

Tabel 8. Den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid pr. læge i de enkelte sygehuskommuner fordelt på tjenestekomponenter i 1988. 1)

Sygehus- kommuner	Antal besatte stilling- er	Dagtje- neste	Aften- nattje- neste	Overar- bejde	Tilkald	Effekti- ve arb.- timer	Ubela- stet rå- digheds- tjenest.	Tjene- ste- værdi- timer
Staten	578	24,8	7,7	1,4	3,3	37,2	6,6	43,5
Kbh.kommune	793	24,3	7,5	0,6	3,2	35,6	8,5	42,2
Frb.kommune	152	25,1	9,7	0,6	3,8	39,3	6,7	46,5
Københ. amt	642	23,0	5,5	0,8	6,5	35,8	8,3	44,9
Fr.borg amt	365	22,9	8,7	0,8	3,7	36,1	6,0	42,6
Roskilde amt	227	22,9	11,8	1,2	3,9	39,8	4,3	46,8
Vestsj. amt	254	23,8	6,9	0,7	6,2	37,6	4,9	45,5
Storstr. amt	337	20,5	1,9	0,9	10,4	33,6	8,8	45,2
Bornholms amt	23	24,5	3,0	0,1	7,9	35,4	16,9	47,1
Fyns amt	588	22,1	4,3	0,8	7,3	34,5	10,9	44,8
Sønderjyl.amt	215	23,3	2,9	2,0	9,2	37,4	8,9	48,7
Ribe amt	232	25,1	1,2	1,3	11,5	39,1	10,4	51,7
Vejle amt	346	22,3	4,9	0,6	7,8	35,6	8,5	44,8
Ringkøb.amt	200	21,6	7,5	3,9	6,0	39,0	8,4	49,8
Århus amt	721	24,7	4,2	1,3	7,8	38,0	8,4	48,0
Viborg amt	254	22,8	5,1	0,8	7,3	36,0	9,8	45,3
Nordjyll.amt	654	24,2	3,1	1,6	8,6	37,5	10,2	48,3
Hele landet	6581	23,5	5,6	1,1	6,5	36,7	8,4	45,6

1) Opgørelsen vedrører kun tidsbegrænsede stillinger.

Kilde: FAYL's vagtenquete 1988.

Forslag til, hvorledes underordnede lægers arbejde kan tilrettelægges med det mindst mulige forbrug af tilkalds- og overarbejdstimer.

1. Indledning.

Udvalget fremlægger i dette bilag et forslag til, hvordan arbejdet tilrettelægges økonomisk rationelt med det mindst mulige forbrug af tilkalds- og overarbejdstimer. Der er i fremstillingen lagt vægt på at give en række praktiske anvisninger, som efter udvalgets vurdering umiddelbart vil kunne tjene som inspiration i forbindelse med den praktiske tilrettelæggelse af underordnede lægers arbejde på afdelingerne og i administrationerne på sygehusene.

Udvalget er samtidig opmærksom på, at fremstillingen ikke er udtømmende i beskrivelsen af de muligheder, der er indeholdt i overenskomsten og skal understrege, at der i fremstillingen er indlagt fortolkninger af overenskomstens bestemmelser, hvorom der ikke nødvendigvis er enighed.

Afslutningsvis beskrives et eksempel på, hvordan arbejdet på en konkret afdeling har kunnet tilrettelægges mere rationelt.

2. Forudsætninger for en økonomisk rationel arbejdstilrettelæggelse.

I betænkningens afsnit 9.4.3. er beskrevet, at en økonomisk rationel tilrettelæggelse af yngre lægers arbejde forudsætter:

et grundigt kendskab til overenskomsten for underordnede sygehuslæger,

et nøje kendskab til afdelingens behov for lægelig arbejdskraft time for time såvel hverdage som lørdag og søndag, og

en stillingtagen til det nødvendige beredskabsniveau.

En analyse af afdelingens behov for lægelig arbejdskraft og en stillingtagen til det nødvendige beredskabsniveau bør for det første omfatte en

fastlæggelse af afdelingens behov for dag- og evt. aftentjeneste. Heri indgår:

Antal dagtimer og evt. antal aftentjenester pr. dag for henholdsvis 1. reservelæger og reservelæger (evt. opdelt efter kvalifikationer for så vidt angår reservelæger).

Dagtjenestens og evt. aftentjenestens længde for henholdsvis 1. reservelæger og reservelæger.

Husk: Alle planlagte aktiviteter såsom konferencer, ambulatorie virksomhed etc. bør placeres indenfor normaltjenesten.

Antal normaltjenester pr. læge pr. uge i henhold til overenskomstens "uddannelsesbestemmelse", § 5, stk. 2.

Husk: Evt. deltagelse i morgenkonference og aftentjeneste indtil kl. 17 mandag - fredag, herunder evt. "overlap" mellem 1. og 2. skift kan medregnes.

For det andet skal afdelingens behov for vagttjeneste fastlægges. Heri indgår:

Beredskabsniveau.

Antal nødvendige vagttag.

Husk: Evt. mulighed for fællesvagt.

Tilkaldsflow/-frekvens for samtlige eksisterende vagttag, udarbejdet på grundlag af en registrering af den gennemsnitlige tilkaldsfrekvens time for time såvel hverdage som **lørdag** og **søndag**.

3. Arbejdstilrettelæggelse med det mindst mulige forbrug af tilkalds- og overarbejdstimer.

På grundlag af de fastlagte forudsætninger beregnes, hvordan arbejdet uden for dagarbejdstiden mandag - fredag kan tilrettelægges mest hensigtsmæssigt.

I de perioder, hvor der kontinuerligt er behov for lægelig arbejdskraft, tilrettelægges arbejdet som normaltjeneste, medens der i perioder, hvor der ikke er et løbende behov for lægelig arbejdskraft, må foretages et valg mellem normaltjeneste og rådighedstjeneste.

I ressourcemæssig henseende vil normaltjeneste være at foretrække, hvis rådighedstjeneste udløser en tjenesteværdi, der overstiger **normal** tjenestens tjenesteværdi. Det skal her anføres, at den økonomisk optimale arbejdstilrettelæggelse ikke alene er afhængig af den samlede vagtbelastning men også af vagtbelastningens fordeling inden for vagten. Nedenfor er opstillet en række formler til brug ved beregning af den samlede **tjeneste**-værdi (jf. Bilag D).

I alle formler angiver:

D antal dagtjenestetimer
A antal aftentjenestetimer
N antal nattjenestetimer
R antal rådighedstimer
F **tilkaldsf** rekvensen.

Tjenesteværdien af en rådighedsvagt kan beregnes ud fra nedenstående formler:

1. En-skiftet tjeneste:

a) Hverdage og lørdage:

Vagtværelsesvagt: $D + R \times 0,75 + R \times F \times (1,5 - 0,75)$

Boligvagt: $D + R \times 0,33 + R \times F \times (1,5 - 0,33)$

b) Søndage og søgnehellidage:

Vagtværelsesvagt: $D \times 1,5 + R \times 0,75 + R \times F \times (2,0 - 0,75)$

Boligvagt: $D \times 1,5 + R \times 0,33 + R \times F \times (2,0 - 0,33)$

2. To-skiftet tjeneste:

a) Hverdage og lørdage:

$$\text{Vagtværelsesvagt: } D + A \times \frac{39}{37} + R \times 0,75 + R \times F \times (1,5 - 0,75)$$

$$\text{Boligvagt: } D + A \times \frac{39}{37} + R \times 0,33 + R \times F \times (1,5 - 0,33)$$

b) Søndage og søgnehellidage:

$$\text{Vagtværelsesvagt: } 1,5 \times (D + A) + A \times \frac{2}{37} + R \times 0,75 + R \times F \times (2,0 - 0,75)$$

$$\text{Boligvagt: } 1,5 \times (D + A) + A \times \frac{2}{37} + R \times 0,33 + R \times F \times (2,0 - 0,33)$$

3. Døgnvagt:

a) Lørdage:

$$\text{Vagtværelsesvagt: } 20 + (R \times F - 8) \times 1,5$$

$$\text{Boligvagt: } 14 + (R \times F - 8) \times 1,5$$

b) Søndage og søgnehellidage:

$$\text{Vagtværelsesvagt: } 24 + (R \times F - 8) \times 2,0$$

$$\text{Boligvagt: } 18 + (R \times F - 8) \times 2,0$$

Tjenesteværdien af en vagt, der kun omfatter normaltjeneste, kan beregnes ud fra nedenstående formler:

a) Hverdage og lørdage:

$$\text{Såvel vagtværelses- som boligvagt: } D + A + N + \frac{2}{37} \times (A + N)$$

b) Søndage og søgnehellidage:

$$\text{Såvel vagtværelses- som boligvagt: } 1,5 \times (D + A + N) + \frac{2}{37} \times (A + N)$$

Med henblik på at belyse omkostningerne ved forskellige former for arbejdstilrettelæggelse har udvalget i tabellerne 9-12 opstillet en oversigt over tjenesteværdien af henholdsvis vagtværelsesvagt og boligvagt på hverdage, lørdage, søndage og søgnehellidage beregnet som vist ovenfor.

I tabellerne er vist tjenesteværdien for et døgn ved følgende arbejdstilrettelæggelser:

- 1) Døgnvagt.
- 2) En-skiftet tjeneste med: 6 timers normaltjeneste og 18 timers rådighedstjeneste.
- 3) En-skiftet tjeneste med: 9 timers normaltjeneste og 15 timers rådighedstjeneste.
- 4) To-skiftet tjeneste med: 2 x 6 timers normaltjeneste med \ times "overlap" og 12 timers rådighedstjeneste.
- 5) To-skiftet tjeneste med: 2 x 9 timers normaltjeneste med $\frac{1}{2}$ times "overlap" og 6 timers rådighedstjeneste .
- 6) Normaltjeneste som: to-skiftet tjeneste med 3-holdsværdi.

Af tabellerne 9-12 fremgår, at samtlige arbejdstilrettelæggelser under den fuldt optrukne linie er mere ressourcekrævende end normaltjeneste uanset tilkaldenes fordeling indenfor rådighedstjenesten, når blot tilkaldenes samlede tjenesteværdi ikke overstiger differencen mellem antallet af effektive arbejdstimer og antallet af planlagte **normalt jenes** timer ved den viste arbejdstilrettelæggelse.

Tabel 9. Tjenesteværditidforbrug ved 24 timers vagt fra vagtværelse ved de anførte vagtformer mandag - lørdag incl.

Effektivt arbejde	Døgnvagt	Enskiftet 6 + R	Enskiftet 9 + R	Toskiftet 6 + 6 + R	Toskiftet 9 + 9 + R	Toskiftet m.3-holds.
6	20	19 1/2	20 1/4	21 5/6	23 1/2	25 1/3
7	20	20 1/4	20 1/4	21 5/6	23 1/2	25 1/3
8	20	21	20 1/4	21 5/6	23 1/2	25 1/3
9	21 1/2	21 3/4	20 1/4	21 5/6	23 1/2	25 1/3
10	23	22 1/2	21	21 5/6	23 1/2	25 1/3
11	24 1/2	23 1/4	21 3/4	21 5/6	23 1/2	25 1/3
12	26	24	22 1/2	21 5/6	23 1/2	25 1/3
13	27 1/2	24 3/4	23 1/4	22 7/12	23 1/2	25 1/3
14	29	25 1/2	24	23 1/3	23 1/3	25 1/3
15	30 1/2	26 1/4	24 3/4	24 1/12	23 1/2	25 1/3
16	32	27	25 1/2	24 5/6	23 1/2	25 1/3
17	33 1/2	27 3/4	26 1/4	25 7/12	23 1/2	25 1/3
18	35	28 1/2	27	26 1/3	23 1/2	25 1/3
19	36 1/2	29 1/4	27 3/4	27 1/12	24 1/4	25 1/3
20	38	30	28 1/2	27 5/6	25	25 1/3
21	39 1/2	30 3/4	29 1/4	28 7/12	25 3/4	25 1/3
22	41	31 1/2	30	29 1/3	26 1/2	25 1/3
23	42 1/2	32 1/4	30 3/4	30 1/12	27 1/4	25 1/3
24	44	33	31 1/2	30 5/6	28	25 1/3

Tabel 10. Tjenestetidforbrug ved 24 timers boligvagt ved de anførte vagtformer mandag - lørdag incl.

Effektivt arbejde	Døgnvagt	Enskiftet 6 + R	Enskiftet 9 + R	Toskiftet 6 + 6 + R	Toskiftet 9 + 9 + R	Toskiftet m.3-holds.
6	14	12	14	16 5/6	21	25 1/3
7	14	13 1/6	14	16 5/6	21	25 1/3
8	14	14 2/6	14	16 5/6	21	25 1/3
9	15 1/2	15 3/6	14	16 5/6	21	25 1/3
10	17	16 4/6	15 1/6	16 5/6	21	25 1/3
11	18 1/2	17 5/6	16 2/6	16 5/6	21	25 1/3
12	20	19	17 3/6	16 5/6	21	25 1/3
13	21 1/2	20 1/6	18 4/6	18	21	25 1/3
14	23	21 2/6	19 5/6	19 1/6	21	25 1/3
15	24 1/2	22 3/6	21	20 2/6	21	25 1/3
16	26	23 4/6	22 1/6	21 3/6	21	25 1/3
17	27 1/2	24 5/6	23 2/6	22 4/6	21	25 1/3
18	29	26	24 3/6	23 5/6	21	25 1/3
19	30 1/2	27 1/6	25 4/6	25	22 1/6	25 1/3
20	32	28 2/6	26 5/6	26 1/6	23 2/6	25 1/3
21	33 1/2	29 3/6	28	27 2/6	24 3/6	25 1/3
22	35	30 4/6	29 1/6	28 3/6	25 4/6	25 1/3
23	36 1/2	31 5/6	30 2/6	29 4/6	26 5/6	25 1/3
24	38	33	31 3/6	30 5/6	28	25 1/3

Tabel 11. Tjenesteværditidforbrug ved 24 timers vagt fra vagtværelse ved de anførte vagtformer søn- og helligdage.

Effektivt arbejde	Døgnvagt	Enskiftet 6 + R	Enskiftet 9 + R	Toskiftet 6 + 6 + R	Toskiftet 9 + 9 + R	Toskiftet m.3-holdsv.
6	24	22 1/2	24 3/4	27 5/6	32 1/2	38
7	24	23 3/4	24 3/4	27 5/6	32 1/2	38
8	24	25	24 3/4	27 5/6	32 1/2	38
9	26	26 1/4	24 3/4	27 5/6	32 1/2	38
10	28	27 1/2	26	27 5/6	32 1/2	38
11	30	28 3/4	27 1/4	27 5/6	32 1/2	38
12	32	30	28 1/2	27 5/6	32 1/2	38
13	34	31 1/4	29 3/4	29 1/12	32 1/2	38
14	36	32 1/2	31	30 1/3	32 1/2	38
15	38	33 3/4	32 1/4	31 7/12	32 1/2	38
16	40	35	33 1/2	32 5/6	32 1/2	38
17	42	36 1/4	34 3/4	34 1/12	32 1/2	38
18	44	37 1/2	36	35 1/3	32 1/2	38
19	46	38 3/4	37 1/4	36 7/12	33 3/4	38
20	48	40	38 1/2	37 5/6	35	38
21	50	41 1/4	39 3/4	39 1/12	36 1/4	38
22	52	42 1/2	41	40 1/3	37 1/2	38
23	54	43 3/4	42 1/4	41 7/12	38 3/4	38
24	56	45	43 1/2	42 5/6	40	38

Tabel 12. Tjenesteværditidforbrug ved 24 timers boligvagt ved de anførte vagtformer søn- og helligdage.

Effektivt arbejde	Døgnvagt	Enskiftet 6 + R	Enskiftet 9 + R	Toskiftet 6 + 6 + R	Toskiftet 9 + 9 + R	Toskiftet m.3-holdsv.
6	18	15	18 1/2	22 5/6	30	38
7	18	16 2/3	18 1/2	22 5/6	30	38
8	18	18 1/3	18 1/2	22 5/6	30	38
9	20	20	18 1/2	22 5/6	30	38
10	22	21 2/3	20 1/6	22 5/6	30	38
11	24	23 1/3	21 5/6	22 5/6	30	38
12	26	25	23 3/6	22 5/6	30	38
13	28	26 2/3	25 1/6	24 3/6	30	38
14	30	28 1/3	26 5/6	26 1/6	30	38
15	32	30	28 3/6	27 5/6	30	38
16	34	31 2/3	30 1/6	29 3/6	30	38
17	36	33 1/3	31 5/6	31 1/6	30	38
18	38	35	33 3/6	32 5/6	30	38
19	40	36 2/3	35 1/6	34 3/6	31 4/6	38
20	42	38 1/3	36 5/6	36 1/6	33 2/6	38
21	44	40	38 3/6	37 5/6	35	38
22	46	41 2/3	40 1/6	39 3/6	36 4/6	38
23	48	43 1/3	41 5/6	41 1/6	38 2/6	38
24	50	45	43 3/6	42 5/6	40	38

Det skal understreges, at tabellerne kun viser, hvilken af de viste arbejdstilrettelæggelser, der under de opstillede forudsætninger er mindst ressourcekrævende. Det vil derfor altid være nødvendigt at gennemregne flere alternative arbejdstilrettelæggelsesmodeller, hvis man ønsker at opnå den optimale arbejdstilrettelæggelse.

Da normaltjeneste er mindre ressourcekrævende end rådighedstjeneste, når denne incl. tilkald udløser en tjenesteværdi, der overstiger normaltjenestens tjenesteværdi, skal det fremhæves, at beregninger viser, at **normal-**tjeneste er billigere end en- og to-skiftet tjeneste, når tilkaldsfrekvensen F overstiger følgende værdier:

Hverdage og lørdage:	en-skiftet tjeneste	to-skiftet tjeneste
Vagtværelses vagt: F	over 0,45	F over 0,41
Boligvagt:	F over 0,62	F over 0,62
Søndage og søgnehellidage:		
Vagtværelsesvagt:	F over 0,68	F over 0,64
Boligvagt:	F over 0,73	F over 0,73

Sammenfattende er det udvalgets opfattelse, at en rationel tilrettelæggelse af underordnede lægers arbejde forudsætter:

at de under punkt 2 beskrevne forudsætninger er opfyldt,

at flere alternative arbejdstilrettelæggelsesmodeller gennemregnes,

at arbejdet tilrettelægges som normaltjeneste, når rådighedstjeneste incl. tilkald udløser en tjenesteværdi, der overstiger normaltjenestens tjenesteværdi.

4. Eksempel på en mere rationel arbejdstilrettelæggelse.

Som en illustration af hvordan underordnede lægers arbejde i praksis kan tilrettelægges økonomisk rationelt, har udvalget valgt følgende eksempel. I eksemplet vises - på grundlag af en konkret afdelings arbejdstilrettelæggelse - hvordan arbejdet på en afdeling har kunnet tilrettelægges mere rationelt.

4.1. Aktuel arbejdstilrettelæggelse.

I udgangssituationen er afdelingen normeret med 4 1. reservelæger og 9 reservelæger.

Arbejdstilrettelæggelsen er som følger:

Dagtjeneste, excl. dagtjeneste forud for rådighedstjeneste:

En 1. reservelæge fra kl. 08.00-16.00.

Tre reservelæger fra kl. 08.00-14.30.

Hertil kommer "planlagt" overarbejde i form af de tre reservelægers deltagelse i 2 faste, ugentlige konferencer, der som hovedregel medfører 6 timers overarbejde pr. uge.

Vagttjeneste, incl. dagtjeneste forud for rådighedstjeneste:

Forvagt:	Vagt fra vagtværelse. En-skiftet vagt mandag-fredag (08.00-17.00/R). Døgnvagt lørdag-søndag (20). Tilkaldefrekvens: Hverdage F = 0,78 Lørdage F = 0,83 Søndage F = 0,77
Mellemvagt:	Vagt fra bolig. En-skiftet vagt mandag-fredag (08.00-14.30/R). Døgnvagt lørdag-søndag (14). Tilkaldefrekvens: Hverdage F = 0,35 Lørdage F = 0,58 Søndage F = 0,39
Bagvagt:	Vagt fra bolig. En-skiftet vagt mandag-fredag (08.00-17.00/R). Døgnvagt lørdag-søndag (14). Tilkaldefrekvens: Hverdage F = 0,51 Lørdage F = 0,55 Søndage F = 0,51

Hertil kommer "planlagt" overarbejde i form af deltagelse i en fælles morgenkonference, hvilket i gennemsnit medfører endnu 6 timers overarbejde pr. uge.

På grundlag af ovenstående parametre kan den ugentlige tjenesteværdi beregnes til følgende:

Tjenesteværdi dagtjeneste	137,5 timer
Tjenesteværdi vagttjeneste	
excl. komp. for søndagstimer	512,3 timer
Tjenesteværdi komp. for	
søndagstimer	20,0 timer
Tjenesteværdi overarbejde	<u>18,0 timer</u>
Samlet tjenesteværdi	<u>687,8 timer</u>

Overskydende tjenesteværdi beløber sig til:

$$687,8 \text{ timer} - (13 \times 38 \text{ timer}) = 193,8 \text{ timer pr. uge.}$$

Det årlige lægetimeforbrug uden korrektion for ferie og søgnehellig-dage kan på baggrund af ovennævnte beregnes til

39.816 normaltimer.

4.2. Omlægning til en mere rationel arbejdstilrettelæggelse.

Forudsætninger:

- a) Antal dagtjenester: om muligt en 1. reservelæge mere til stede tirsdag, onsdag og fredag, da afdelingen disse ugedage har ambulatorium. Ellers uændret.
- b) Dagtjenestens længde: 08.00-15.00 for alle dagtjenester, idet faste konferencer flyttes frem, så de kan være afsluttet inden kl. 15.00, og behovet

for en 1. reservelægedagtjeneste til kl.
16.00 er beskedent.

- c) Beredskabsniveau: Uændret.
- d) Antal vagttag: Uændret, ingen mulighed for
fællesvagt.
- e) Tilkaldefrekvens: Som under punkt 4.1.

Forslag til arbejdstilrettelæggelse:

Dagtjeneste, excl. dagtjeneste forud for rådighedstjeneste:

Alle fra kl. 08.00-15.00.

Vagttjeneste, incl. dagtjeneste forud for rådighedstjeneste:

Forvagt: 7 læger i vagt fra vagtværelse.
To-skiftet vagt med 3-holdsværdi mandag-søndag
(08.00-17.00 + 16.30-00.00/R)

Mellemvagt: 5 læger i vagt fra bolig.
En-skiftet vagt mandag-fredag
(08.00-17.00/R).
Døgnvagt lørdag-søndag (14).

Tilkaldefrekvens: Hverdage F = 0,5
Lørdage F = 0,6
Søndage F = 0,6

F forhøjet på grund af forventet større belastning, da
forvagten overgår til **2-skiftet** vagt.

Bagvagt: 5 læger i vagt fra bolig.
En-skiftet vagt mandag-fredag
(08.00-17.00/R).
Døgnvagt lørdag-søndag (14).

Tilkaldefrekvens:	Hverdage	F = 0,45
	Lørdage	F = 0,45
	Søndage	F = 0,45

F reduceret på grund af forventet mindre belastning,
da egentligt raellemvagtslag indføres.

På grundlag af de opstillede parametre kan det årlige lægetimeforbrug
ved den foreslåede arbejdstilrettelæggelse beregnes til

37.084 normaltimer,

hvilket er vist nedenfor.

	Forvagt	Mellemvagt	Bagvagt
Dagtjeneste	84,0	50,2	50,2
Morgenkonference	5,0		
Vagt excl. evt. tilk.	171,5	98,0	98,0
Afspadsering	<u>5,9</u>	<u>63,1</u>	<u>47,9</u>
Samlet tjenesteværdi	266,4	211,3	196,1
Timer/læge/uge	38,1	42,3	39,2
"Timer jf. uddannelses- bestemmelsen"	19,5	19,0	19,0
Afspadsering:			
Kompensation A/N-tj.:			
15,5 x 7 x <u>2</u>	5,9		
37			
Tilkald:			
5 x 15 x F x 1,17		43,9	39,5
(2 x 24 x F)-(2 x 8) x 1,5		<u>19,2</u>	<u>8,4</u>
I alt	5,9	63,1	47,9
Til udbetaling pr. uge:			
arbejdstid pr. uge - 38			
x 1,5 x antal læger	1,05	32,25	9,0
eff. søndagstimer x 0,5	<u>12,25</u>	<u>7,2</u>	<u>5,4</u>
I alt	13,3	39,45	14,4
Lægetimeforbrug pr. år:			
Timer til udbetaling pr.			
uge x 52	692	2051	749
antal læger x 38 x 52	<u>13832</u>	<u>9880</u>	<u>9880</u>
I alt	14524	11931	10629

4.3. Følger af den ændrede arbejdstilrettelæggelse.

Ved ændring af underordnede lægers arbejdstilrettelæggelse på den pågældende afdeling opnås således en besparelse på

2.732 normaltimer,

hvilket svarer til ca. 1,5 lægeårs værk.

Ved den ændrede arbejdstilrettelæggelse forbedres lægedækningen i dagarbejdstiden, hvilket vises i tabel 13.

Tabel 13. Lægedækningen i dagarbejdstiden ved den ændrede arbejdstilrettelæggelse.

Arbejdstilrette- læggelse	timer/uge			ant.dagtjenester			læger
	ma-fr 08-17			ma-fr incl.			pr. dag
	r	R	i alt	r	R	i alt	i alt
I dag	175	85	260	25	10	35	7
Ved forslaget	224	113	337	29	14	43	8,6

Beregnes den mulige rationaliseringsgevinst på grundlag af den pågældende afdelings faktisk opgjorte lægetimeforbrug i 1988, beløber denne sig til

5.048 normaltimer,

hvilket svarer til ca. 2,8 i lægeårsværk.

Årsagen til denne difference er, at den pågældende afdeling som følge af et udækket behov for dagtjenestetimer må pålægge de ansatte underordnede læger ekstra dagarbejde. Dette forhold skulle med den foreslåede arbejdstilrettelæggelse ikke kunne begrunde noget sådant fremover.

Sammenfattende kan det konkluderes, at den foreslåede arbejdstilrettelæggelse medfører:

- en besparelse på 1,5 - 2,8 lægeårsværk og
- en forøgelse af dagtjenestetiden med knap 30%.

Udviklingen i den effektive arbejdstid.

1. Indledning.

Udvalget sammenligner i dette bilag beregninger af den effektive arbejdstid under overenskomsten fra før 1981 med den aktuelle effektive arbejdstid. Sammenligningen foretages på grundlag af en redegørelse fra et udvalg under Specialistnævnet fra maj 1989 om "Speciallægeuddannelsen i det kirurgiske fagområde" og Foreningen af Yngre Lægers vagtenquete fra 1989. På grundlag af førstnævnte redegørelse beskrives yderligere udviklingen i den effektive arbejdstid under et uddannelsesforløb inden for det kirurgiske fagområde.

2. Den generelle udvikling i den effektive arbejdstid.

Foreningen af Yngre Lægers vagtenquete fra 1988 viste, at den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid udtrykt i effektive timer var 36,7 timer.

Ovennævnte udvalg under Specialistnævnet har beregnet følgende effektive arbejdstider i timer pr. uge i en række typiske vagtlag på grundlag af overenskomsten fra før 1981.

Tabel 14. Effektive arbejdstimer pr. uge i en række typiske vagtlag beregnet på grundlag af overenskomsten fra før 1981 1).

	D + 2	D + 3	D + 4
3-skiftet vagt	46,0	48,3	50,7
4-skiftet vagt	42,5	44,3	46,0
5-skiftet vagt	40,2	41,6	43,0

1) De i tabellen anførte tal er nettotimetall, d.v.s. at kompensatorisk frihed for vagt lørdag-søndag (2,5 x 6,33 time) og anslået fradrag for "skånetid" efter vagt (ü,33 x fuld "skånetid") er fratrullet.

Det fremgår, at den effektive ugentlige arbejdstid er faldet fra mellem 50,7 timer og 40,2 timer til 36,7 timer. Et fald på mellem 9 - 27%.

3. Udviklingen i den effektive arbejdstid inden for det kirurgiske område.

I redegørelsen "Speciallægeuddannelsen i det kirurgiske fagområde" er udviklingen i den samlede effektive arbejdstid under uddannelsesforløbet forsøgt beregnet.

Udgangspunktet er en undersøgelse foretaget af Dansk Kirurgisk Selskabs kursusleder, der har vist, at den gennemsnitlige kandidatalder ved ansættelse i undervisningsstilling i 1986/87 var 6,4 år.

Hvis ansættelse i en speciallægeuddannelsesblok inden for kirurgi fremover finder sted så tidligt, som det i følge de gældende uddannelsesbestemmelser er muligt, må kandidatalderen ved ansættelse i en sådan forventes at ville falde til 4,5 år. (Turnusstilling i 1,5 år + ca. 1 års anden klinisk ansættelse med henblik på at afsøge evner og interesser overfor flere specialer + introduktionsstilling 2,0 år).

Såfremt den uddannelsessøgende i dag opnår ansættelse i en 1. reservelægestilling, der er godkendt til 18 måneders 1. reservelægeansættelse, umiddelbart efter, at ansættelse i en undervisningsstilling er ophørt, vil den gennemsnitlige kandidatalder ved erhvervelse af speciallægeanerkendelse være 10,2 år.

Hvis kandidatalderen ved ansættelse i speciallægeuddannelsesblok er 4½ år, hvilket synes realistisk, vil speciallægeanerkendelse **ifølge** udvalgets forslag kunne erhverves efter 8 år.

På grundlag af de opstillede forudsætninger kan den samlede effektive arbejdstid under et uddannelsesforløb beregnes som følger:

effektiv arbejdstid	antal arbejds-	uddannelsesvarig-
	X	X
i timer pr. uge	uger pr. år	hed i år

idet der regnes med, at uddannelsesvarigheden før 1981 var som i dag, og at den gennemsnitlige effektive arbejdstid pr. uge før 1981 var 44,3 timer og fremover vil blive 35,5 timer.

I tabel 15 er vist henholdsvis den samlede effektive arbejdstid i timer ved ansættelse i undervisningsstilling/speciallægeuddannelsesblok og ved erhvervelse af speciallægeanerkendelse i kirurgi for uddannelsesforløb før 1981, for aktuelle uddannelsesforløb og for et fremtidigt uddannelsesforløb efter udvalgets forslag.

Tabel 15. Beregninger over den effektive arbejdstid i et uddannelsesforløb.

	Antal tm. ved ansættelse i undervisnings- stilling	Antal tm. ved erhvervelse af speciallæge- anerkendelse	Antal tm. i % af antal tm. ved ansættelse i undervisnings- stilling før 81	Antal tm. i % af antal tm. ved erhverv. af speciall. anerkend.før 81
Før 81	13.300	21.200	100	100
I dag	11.000	17.600	83	83
Fremover	7.500	13.300	56	63

Det fremgår, at der endnu kun er sket et relativt beskedent fald i antallet af effektive arbejdstimer under uddannelsesforløbet, hvorimod det samlede fald vil blive ret markant ved en gennemførelse af udvalgets forslag.

En nærmere analyse af årsagerne til det påviste fald i den samlede effektive arbejdstid under det opstillede uddannelsesforløb viser, at knap 60% kan tilskrives den foreslåede reduktion af uddannelsernes varighed, og at kun 12% af et kommende fald kan tilskrives den reduktion af den effektive ugentlige arbejdstid, der forventes fremover, hvilket fremgår af tabel 16 på næste side.

Det er således uomtvisteligt, at der er sket et fald i antallet af effektive arbejdstimer under et uddannelsesforløb, og også at dette fald vil bh've større, hvis udvalgets forslag følges.

Tabel 16. Beregninger over den effektive arbejdstid i et uddannelsesforløb.

	Antal tm. ved ansættelse i undervisnings- stilling	Antal tm. ved erhvervelse af speciallæge- anerkendelse	Antal tm. i % af antal tm. ved ansættelse i undervisnings- stilling i dag	Antal tm.i % af antal tm. ved erhverv, af speciall. anerkend.i dag
I dag				
Fremover:	11.000	17.600	100	100
uændret uddan- nelsesvarigh.	10.700	17.000	97	97
arbejdst.33,9 timer				
uddannelses- varighed som forudsat	7.800	13.800	71	78
arbejdst.39,0 timer				
uddannelses- varighed og arbejdstid som forudsat	7.500	13.300	68	75

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. Amsrådsforeningen 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 sygehusene", 1983.
4. Den almindelige danske Lægeforening: "Betænkning fra udvalget vedrørende blokansættelser", 1980.
5. Foreningen af yngre Læger: "Den uddannelsesintensive hospitalsaf deling", 1985.
6. Foreningen af yngre Læger: " **B SU-Rapporten**", 1987.
7. Foreningen af yngre Læger: Tabeller vedrørende yngre lægers uddannelsesniveau, udarbejdet på grundlag af uddannelsesenqueten (januar 1987).
8. Foreningen af yngre Lægers vagtenqueter 1987 og 1988.
9. "Klinisk træning af læger", Dansk Sygehus Institut, **DSI-Rapport 89.02**, marts 1989.
10. "Kompetensutvecklingen efter Läkarexamen", Betänkande av utredningen om läkarnas specialistutbildning m.v., Sta-

tens offentliga utredningar nr. 53 og 54 1987, Socialdepartementet , Stockholm.

11. "Lægers kliniske videreuddannelse", Delbetænkning fra udvalget om lægers uddannelse og arbejdstilrettelæggelse, betænkning nr. 1155, december 1988.
12. Opmandskendelsen af 30. december 1987 vedrørende overenskomsten for yngre læger.
13. Overenskomsten for yngre læger med tilhørende protokollater og fortolkningsbidrag.
14. Redegørelsen fra det af undervisnings- og forskningsministeren nedsatte udvalg vedrørende sundhedsuddannelserne, november 1988.
15. Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor: "Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden", 1986.
16. Specialistnævnets redegørelse: "Videreuddannelsen af læger i 1980'erne", 1982.
17. "Speciallægeuddannelsen i det kirurgiske fagområde", redegørelse fra et udvalg under Specialistnævnet, maj 1989.
18. "Specialistnævnets virksomhed", 1980-1987.
19. Sundhedsministerens skrivelse af 13. april 1988 til Amtsrådsforeningens formand, amtsborgmester Poul Christensen.
20. Sundhedsstyrelsens klassifikationsliste af 1. januar 1987.
21. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 496 om uddannelse af speciallæger.

22. Sundhedsstyrelsen, "Lægestillinger og sengepladser på institutioner", 1980-1987.
23. "Sundhedsstyrelsens årsberetninger", 1980-1984.
24. "Sundhedsstyrelsens lægetælling", november 1986.
25. Sundhedsstyrelsen: "Den lægelige bemanding på sygehusafdelinger", oktober 1986.
26. "Vagttilrettelæggelsens økonomi", af kontorchef Peter Høj, Tidsskrift for danske sygehuse (5/87).
27. "Økonomisk optimering af vagttilrettelæggelsen for yngre læger", af kontorchef Peter Høj, Tidsskrift for danske sygehuse (4/89).