

Den nye lægeoverenskomst

Overenskomsten for underordnede sygehuslæger

Overenskomsten om løn- og ansættelsesvilkår for underordnede sygehuslæger, indgået mellem Amtsrådsforeningen i Danmark, finansministeriet og Københavns og Frederiksberg kommuner på arbejdsgiverside og Foreningen af Yngre Læger på arbejdstagerside, blev fornyet som led i den generelle revision af overenskomster og tjenestemandsaftaler i den offentlige sektor i foråret 1981. Overenskomsten har givet anledning til en usædvanlig heftig og langvarig debat og kritik, og det med god grund, fordi denne overenskomstfornyelse, der bryder med hidtidige principper for arbejdstilrettelæggelsen inden for lægearbejdet på sygehusene, utvivlsomt er den mest betydningsfulde begivenhed i sygehusvæsenets nyere historie, vurderet ud fra de økonomiske og øvrige driftsmæssige virkninger.

De driftsøkonomiske virkninger af overenskomstfornyelsen vil ikke på noget tidspunkt kunne opgøres med fuld sikkerhed, fordi sammenligningsgrundlaget ikke ligger helt fast, men det er en kendsgerning, at det offentliges merudgifter til gennemførelse af den nye overenskomst for underordnede sygehuslæger ud over, hvad der svarer til lønstigningen for andre overenskomstlønnede akademikere, i

1982 vil udgøre omkring 400 mill. kr. eller ca. 2% af sygehusvæsenets samlede driftsudgifter, og det vel at mærke i en tid, hvor der politisk tilstræbes nulvækst i de reale udgifter til sygehusvæsenets drift. Ligeledes ligger det fast, at den nye overenskomst har betydelige negative virkninger på vilkårene for lægeuddannelse og patientbehandling.

Umiddelbart kan det være vanskeligt at forstå, at fornyelsen af en overenskomst, der nu som før følger samme lønskala for hovedlønningen som andre overenskomster for offentligt ansatte akademikere, kan have så vidtgående økonomiske virkninger. Årsagssammenhængen er da heller aldrig blevet belyst, så den fuldt ud kunne forstås af uindviede. Det er et hovedformål for denne artikel at redegøre for denne sammenhæng og iøvrigt belyse overenskomstens erkendte og forventede virkninger på lægeuddannelse, arbejds-effektivitet og patientbehandling.

Den tidligere gældende overenskomst

Det er nødvendigt først at redegøre for den tidligere gældende overenskomst og navnlig dennes bestemmelser om arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse, for det er de radikale ændringer i arbejdstidsreglerne, der er årsagen til den nye overenskomsts gennemgribende virkninger inden for sygehussektoren. Afgørende er de ændrede bestemmelser om de underordnede lægers beredskabstjeneste, den så-

*Konsulent, cand. oecon.
Fhv. amtsygehusdirektør*

kaldte rådighedstjeneste, og det arbejde, der udføres i forbindelse med tilkald under rådighedstjenesten. I den gamle overenskomst benyttedes betegnelserne vagt og vagtarbejde, og disse betegnelser vil også blive benyttet her under omtalen af de tidligere gældende bestemmelser. Den gamle overenskomst kendte 3 former for vagt (rådighedstjeneste): Tilkaldevagt med pligt til at møde på sygehuset inden for ½ time efter tilkald, bunden vagt fra bolig med pligt til at møde straks efter tilkald og bunden vagt fra vagtværelse med permanent ophold på sygehuset. Den nye overenskomst har kun 2 former for rådighedstjeneste, og betydningen af ændringerne på dette område vil senere blive omtalt.

Ifølge den gamle overenskomst, der i sit principielle hovedindhold har været uændret siden 1970, skulle lægearbejdet, normalarbejdstiden, begynde samtidig for en afdelings stab af underordnede læger. På afdelinger med vagt, hvilket i praksis vil sige alle afdelinger med indlagte patienter og endvidere navnlig anæsthesiafdelinger og røntgenafdelinger, blev arbejdsforpligtelsen på 40 timer pr. uge afviklet med 6 ½ timers dagarbejde, typisk fra kl. 8.00 til 14.20, på ugens 5 første hverdage samt ved deltagelse i vagtarbejdet uden for dagarbejdstiden uanset vagthyppigheden, på hverdage fra dagarbejdstidens slutning til dens påbegyndelse næste morgen og derudover lørdag og søndag, idet lørdagsvagten (fra lørdag morgen til søndag morgen) og søndagsvagten (fra søndag morgen til mandag morgen) normalt blev afviklet af en læge i en samlet weekendvagt. Såvel hverdagsvagten som weekendvagten gik på skift mellem alle lægerne i et vagtlag. Den underordnede lægestab ved en afslutning var - og er - oftest opdelt i 2 eller flere vagtlag, eventuelt en reservelægevagt og en 1. reservelægevagt, altså 2 vagtlag, eventuelt 3 eller undtagel-

sesvis 4 vagtlag. Uden for den forholdsvis korte dagarbejdstid, der lå samlet for hele den underordnede lægestab, havde en afdeling altså 1, 2 eller 3, undtagelsesvis flere læger i beredskab til udførelse af akut arbejde og varetagelse af visse planlagte arbejdsrutiner som eksempelvis aftenstuegang.

Ud over afkortningen af dagarbejdstiden, der var ens for alle uanset vagtbyrden, blev hver vagt honoreret med et vagthonorar, der dels afhang af vagtens art -tilkaldevagt, bunden vagt fra bolig eller vagtværelsesvagt - dels af det gennemsnitlige omfang af det udførte arbejde i vagt-tiden. Inden for hver vagtart var der 4 vagtklasser, A, B, C og D, med henholdsvis 0-2, 2-4, 4-6 og 6-8 timers effektivt arbejde pr. vagt. Vagthonoraret var i øvrigt anciennitetsreguleret. For nedsættelsen af dagarbejdstiden blev der gjort et fradrag på 2 ½ timers arbejde pr. vagt, og derudover var beregningen baseret på overtidsbetaling for det effektive arbejdes vedkommende og en timesats for den resterende beredskabstid. Det effektive arbejde pr. vagt i et vagtlag var opgjort i en optællingsperiode på 3 måneder, og denne optælling var gældende indtil en af parterne, arbejdsgiveren eller de underordnede læger, begærede en ny optælling. For en lørdagsvagt ydedes endvidere en kompensationsfridag og for en søn- eller helligdagsvagt 1 ½ kompensationsfridag.

Deltagelse i vagttjenesten blev altså under den tidligere gældende overenskomst i det væsentlige betalt med et vagthonorar. I et vagtlag påhvilede vagttjenesten en af de læger, der havde deltaget i dagarbejdet fra morgenstunden, og den pågældende aflagde næste morgen rapport om de hændelser af betydning, der var indtruffet i vagtperioden.

De underordnede læger deltog normalt i dagarbejdet undtagen på de dage, hvor

de havde erstatningsfrihed for weekendvagterne. Den almindeligste vagtfrekvens var 3-, 4- eller 5-skiftet vagt, hvilket altså betød, at en underordnet læge var fraværende fra dagarbejdet et par dage, undertiden mere, hver 3., 4. eller 5. uge. Dette var dog ikke generelt gældende. I de mest belastede vagtlag, normalt bestående af de yngste og mindst erfarne reservelæger, blev overenskomstens skånetidsbestemmelse undertiden virksom, bestemmelsen om, at den vagthavende skulle have mindst 5 timers sammenhængende hviletid i vagtperioden og derfor ikke skulle møde til dagarbejde næste dag, før denne hviletid var opnået. Dette betød i praksis, at de vagthavende i de tungeste vagtlag holdt fri fra dagarbejdet dagen efter en vagt, når morgenrapporten var aflagt. For visse vagtlags vedkommende måtte man følgelig regne med, at der ud over afspadsering af weekendvagten var en reservelæge fraværende på hver arbejdsdag på grund af skånetidsbestemmelsen.

En underordnet læge, der var tilknyttet et vagtlag, som ikke berørtes af skånetidsbestemmelsen, kunne påregne at deltage i det almindelige dagarbejde i gennemsnitlig mellem 26 og 30 timer ugentlig, hvis weekendvagterne afspadseredes i fuldt omfang. En underordnet læge med tilknytning til et vagtlag, der regelmæssigt var omfattet af skånetidsbestemmelsen, fik ofte sin deltagelse i det almindelige dagarbejde reduceret til ikke meget over 20 timer pr. uge i gennemsnit. Det er værd at bemærke, at skånetidsbestemmelsen kun i ringe udstrækning berørte eller benyttes af afdelingernes 1. reservelæger. Det skal også fremhæves, at den vagthavende læges deltagelse i det forudgående dagarbejde og hans medvirken i vagtberedskabet til næste morgen skabte en kontinuitet i lægearbejdet, der må tillægges væsentlig betydning, og i samme forbindelse kan

nævnes de sammenhængende weekendvagter. Systemet indebar også, at de underordnede læger normalt var til stede under dagarbejdet i længere sammenhængende perioder ad gangen og således kunne følge behandlingen af den enkelte patient fra påbegyndelse til afslutning, om end kontinuiteten for nogle vagtlags vedkommende blev brudt af skånetidsbestemmelsen.

For underordnede læger med vagtforpligtelse udgjorde vagthonoraret gennemgående et betydeligt tillæg til lønnen, typisk fra 40.000 kr. til 70.000 kr. om året, men i øvrigt med betydelig spredning på begge sider af dette interval. Når det effektive arbejde i vagttiden oversteg vagtklasse D, 8 timer, blev vagthonoraret forøget med 1 times overarbejdsbetaling pr. påbegyndt time, og et vagtlag kunne således være henført til vagtklasse D + 1, D + 2 o.s.v. Jeg har set et vagtlag opført i vagtklasse D + 7, altså mellem 14 og 15 timers effektivt arbejde i vagttiden fra dagarbejdets ophør til næste morgen.

Optakten til den nye overenskomst

Den gamle overenskomst var genstand for megen kritik, også fra politisk og administrativ side. Bestemmelserne om den samlede dagarbejdstid medførte, at det var vanskeligt at få udført planlagt lægearbejde i de sene eftermiddagstimer. Det faldt også i øjnene, at underordnede læger, der deltog i vagter med ubetydelig vagtbyrde og sjældne tilkald, kunne indtjene løn og vagthonorar med væsentligt under 40 timers arbejdsuge. Bestemmelsen om en generel reduktion af arbejdsugen for læger med vagtforpligtelse uanset vagtbyrdens omfang forekom i denne forbindelse mindre rimelig.

Da arbejdsløsheden begyndte at brede sig blandt Foreningen af yngre Lægers se-

nest tilkomne medlemmer, var det nærliggende, at foreningen måtte ønske en del af det betalte vagtarbejde omsat i nye lægestillinger, og foreningen fremsatte derfor krav om, hvad der betegnedes som en 40 timers arbejdsuge.

Det var i øvrigt klart, at en gennemførelse af arbejdsmiljølovens hviletidsbestemmelser på sygehusene ikke var mulig for lægepersonalets vedkommende uden en gennemgribende revision af overenskomstens arbejdstidsbestemmelser.

Amtsrådsforeningen havde længe næret ønske om at nærme lægernes arbejdstidsbestemmelser til dem, der var gældende for andet sygehuspersonale. Dette indebar blandt andet, at det skulle være muligt at pålægge de underordnede læger aftentjeneste og nattjeneste som en del af normalarbejdstiden, og meget kunne da også tale for dette forslag, der også kunne motiveres med henvisning til arbejdsmiljølovens gennemførelse på sygehusområdet. Det indebar imidlertid også, at rådighedstjenesten, omregnet til arbejdstid, skulle undgå i normalarbejdsugen, og det var langt mere problematisk.

Rådighedstjenesten havde for underordnede læger et forholdsvist langt større omfang end for nogen anden personalekategori på sygehusene. 1. reservelæger havde typisk vagt hver 3. eller 4. døgn. Reservelægernes gennemsnitlige vagthypighed var lavere, hyppigst en vagt hver 4. og hver 5. døgn. I nogle vagtlag var en del af rådighedstjenestetiden, fortrinsvis aftentimerne og weekenderne, temmelig permanent opfyldt af effektivt arbejde til overtidsbetaling, og det kunne være nærliggende at søge dette arbejde udført som normaltjeneste, men den tilbageværende rådighedstjeneste ville under alle omstændigheder være af et sådant omfang, at det var temmelig indlysende, at en omregning af rådighedstjeneste til normaltid, der

indgik i arbejdsugen, ville skabe behov for en meget stor lægetilgang med deraf følgende økonomiske og driftsmæssige problemer, ligesom konsekvensen måtte blive en mærkbar reduktion af den enkelte underordnede læges deltagelse i lægearbejdet, herunder dagarbejdet under overlægens ledelse. I denne forbindelse erindres om, at de underordnede lægestillinger ved sygehusene alle er uddannelsesstillinger med forholdsvis korte ansættelsestider.

Omfanget af de underordnede sygehuslægers rådighedstjeneste medførte, at man som sygehuspraktiker måtte ønske en generel dispensation fra arbejdsmiljøloven for at kunne opnå en nogenlunde komplikationsfri arbejdstilrettelæggelse. Var en sådan dispensation ikke opnåelig, måtte man ønske, at rådighedstjenesten kunne vederlægges med betaling selvom en del af den blev omsat i nye stillinger, og helst naturligvis betaling uden overarbejdstillæg. For disse synspunkter blev der argumenteret over for amtsrådsforeningen allerede fra 1978 på administrativt niveau, men det fik ingen indflydelse på amtsrådsforeningens overenskomstoplæg.

Amtsrådsforeningens oplæg til overenskomstfornyelsen pr. 1/4 1981 fulgte modellen for de øvrige sygehuspersonaleoverenskomster. Der skulle være mulighed for at forlænge dagarbejdstiden til 8, undtagelsesvis 9 timer. Der skulle være mulighed for at pålægge aftentjeneste og nattjeneste som en del af normaltjenesten. Rådighedstjenesten skulle indregnes i arbejdsugen under anvendelse af de nu generelt foreslåede omregningsfaktorer, således at rådighedstjeneste fra bolig talte 1/3 arbejdstime pr. time og rådighedstjeneste fra vagtværelse 3/4 arbejdstime pr. time. De underordnede læger skulle have sikkerhed for, at mindst 20 timer af ar-

bejdsugen blev udført som dagtjeneste. Det effektive arbejde under rådighedstjeneste skulle registreres løbende og ikke længere afregnes på basis af kortperiodiske optællinger. Da vagthonorarerne skulle falde bort, og mange underordnede læger derfor efter amtsrådsforeningens formodning ville blive udsat for et betydeligt indtægtstab, var der lagt op til midlertidige kompenserende løntillæg.

Foreningen af yngre Læger kunne ikke acceptere amtsrådsforeningens oplæg og ville ikke forhandle på dette grundlag, selvom det var indlysende, at en gennemførelse af amtsrådsforeningens forslag ville medføre en øjeblikkelig akut lægemangel med deraf følgende fordele for arbejdstagerne og løse arbejdsløshedsproblemet for en længere periode. Yngre læger kunne ikke acceptere muligheden for 3 skiftetjeneste, og de kunne generelt ikke acceptere, at arbejdsgiverne fik de muligheder for tilrettelæggelse af arbejdstiden, som en overgang til det almindelige overenskomssystem ville indebære.

Amtsrådsforeningen og Foreningen af yngre Læger kunne ikke forhandle sig til en overenskomst.

Overenskomsten og de efterfølgende aftaler

Forligsmanden fremsatte et mæglingsforslag, der i princippet byggede på amtsrådsforeningens oplæg, selvom det indeholdt større kompensationer til de underordnede læger for det formodede indtægtstab ved vagthonorarerens bortfald. Mæglingsforslaget blev mødt med massiv afvisning fra yngre lægers side, men blev alligevel gældende overenskomst på grund af sammenkædningen af afstemningsresultaterne inden for AC-området. Der er ikke her plads til en nærmere omtale af stridighederne i overenskomstfasen.

I maj 1981 måtte sygehusene således se i øjnene, at der skulle gennemføres en fuldstændig omlægning af de underordnede lægers arbejde, men der var en frist, da iværksættelsen af den nye overenskomsts arbejdstidsbestemmelser kunne udsættes til 1/1 1982. Ifølge overenskomstens overgangsbestemmelser kunne den gamle overenskomsts arbejdstidsbestemmelser videreføres til årets udgang.

Ved et umiddelbart skøn måtte man anslå, at selvom der blev indgået en miljøaftale på linie med, hvad der var opnået for det øvrige sygehuspersonale, ville indregningen af rådighedstjenesten i arbejdstiden betyde behov for en tilgang på mellem 1.000 og 1.200 nye læger til sygesektoren, også selvom man delvis betalte for effektivt arbejde under rådighedstjeneste ved ydelse af overarbejdsbetaling i stedet for at lade det afspadsere. Amtsrådsforeningen skønnede imidlertid kun behovet for nye læger til mellem 300 og 400 og mente således ikke, at der ville opstå lægemangel, idet denne tilgang let kunne dækkes af arbejdsløse og nyuddannede. Der var, som det senere er påvist, tale om en grov fejl vurdering fra amtsrådsforeningens side, uden at grundlaget for det gale regnestykke nogensinde er blevet opklaret.

I løbet af 1981 fremkom der fortolkninger og supplerende aftaler mellem parterne, der betød behov for flere læger, større merudgifter og mindre frihed i arbejdstilrettelæggelsen.

Den første vigtige fortolkning meddelte, at de 20 timer ugentlig, som de underordnede læger havde krav på i dagarbejdstiden, skulle placeres mellem kl. 8.00 og 16.00.

I september 1981 indgik amtsrådsforeningens topledelse og Foreningen af yngre Lægers bestyrelse en fortolkningsaftale,

der rystede mig og mange andre sygehus-administratorer:

»Tjenesten tilrettelægges således, at den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid er 40 timer.

Ved tjenestetilrettelæggelsen indregnes den samlede værdi af planlagt normaltjeneste, rådighedstjeneste, påregnet tilkald under rådighedstjeneste, timekompensation for aften- og nattjeneste samt kompensation for tjeneste på søndage m.v. i den ugentlige arbejdstid.

Eventuelle afvigelser fra det påregnede tilkald under rådighedstjeneste indregnes i den efterfølgende arbejdstilrettelæggelse.

Hvor arbejdsmiljømæssige bestemmelser ikke forhindrer en sådan arbejdstilrettelæggelse, begynder dagtjeneste på samme tid for alle yngre læger på en afdeling«.

Behovet for flere læger var hermed yderligere forøget trods den samtidig indgåede arbejdsmiljøaftale. Alt skulle indregnes i arbejdstiden. Sygehusene ville ikke være berettiget til selv med billigelse af de ansatte underordnede læger at betale sig fra nogen ydelse uden for den normale arbejdstid.

Man kunne herefter konstatere, at en afdelings lægenormering i mange tilfælde kunne bestemmes ud fra en kombination af 20 timers reglen, hvorefter mindst 20 timer af arbejdsugen skulle være dagarbejde mellem kl. 8 og kl. 16, og 40 timers reglen, hvorefter summen af normaltjeneste og alle andre til normaltjeneste omregnede arbejdsydelser ikke måtte overstige 40 timer. Hvis man for et vagtlag på en afdeling opsummerede samtlige arbejdsydelser uden for dagtjenesten fra 8 til 16, rundede op til et med 20 deleligt timetal og multiplicerede med 2, havde man afdelingens minimumsnormering for det pågældende vagtlag, og så

måtte man formentlig supplere med yderligere en læge, om ikke for vagtlaget alene så i det mindste for afdelingen, fordi fravær under sygdom og kursusdeltagelse ellers ville gøre overholdelse af 20 timers reglen umulig. De ydelser, hvis sum således kunne bestemme lægenormeringen uden hensyn til behovet for arbejdskraft i dagarbejdstiden, var følgende: Dagtjeneste uden for tidsrummet 8.00-16.00 på almindelige hverdage, aftentjeneste, nattjeneste, rådighedstjeneste, effektivt arbejde ved tilkald under rådighedstjeneste med tillæg af 33 1/3 %, senere 50% (mod tilsvarende afkorting af rådighedstimetallet), arbejde og døgnvagter på lørdage og søn- og helligdage, tillæg på 50% for arbejde på søn- og helligdage og nedsættelse af arbejdsugen fra 40 til 38, senere 37, timer under aften- og nattjeneste.

Lægebehovet blev yderligere forøget ved, at der i forbindelse med fortolkningsaftalen blev givet løfte om 200, senere 300, praktikreservelægestillinger.

Fortolkningsaftalen blev trods kritik og advarsler godkendt af amtsrådsforeningen, men forkastet ved urafstemning blandt Foreningen af yngre Lægers medlemmer. Når den alligevel er omtalt, er det fordi de citerede bestemmelser indgik i den senere vedtagne fortolkningsaftale af december 1981.

Foreningen af yngre Læger foretog i efteråret 1981 en undersøgelse af, hvorfor et flertal af medlemmerne havde forkastet fortolkningsaftalen af september. Det fremgår af redegørelsen for besvareelserne, at mange stadig frygtede en indtægtsnedgang som følge af vagthonorarernes bortfald, selvom dette var i overensstemmelse med Foreningen af yngre Lægers politik. Der henvises endvidere til, at man måtte afvise muligheden for 3-holdsdrift, og i øvrigt ønskede man generelt at markere modstanden mod en

overenskomst, der betragtedes som amtsrådsforeningens værk. Der henvistes også til forringet uddannelse som følge af formindsket deltagelse i dagarbejdet.

Det er nærliggende at antage, at mange underordnede læger endnu ikke havde erkendt, at den nye overenskomst uden for universitetsbyerne ville fremkalde en lægemangel, der i de nærmeste år ville give meget store indtjeningsmuligheder i form af overarbejdsbetaling uanset aftalens ord om, at den beregnede arbejdsuge kun måtte udgøre 40 timer, og at alle ekstraarbejdsydelser følgelig skulle omsættes i nye stillinger.

I december 1981, umiddelbart før det nye arbejdstidssystem endelig skulle træde i kraft, blev der indgået en ny fortolkningsaftale, der denne gang blev godkendt af en klar majoritet af de yngre læger. Aftalen indeholdt nye betydelige indrømmelser fra amtsrådsforeningens side og betød en yderligere væsentlig fordyrelse af den kommende sygehusdrift.

Den vigtigste nye indrømmelse var en udvanding af boligvagtbestemmelsen, formuleret således: »Bestemmelsen om, at den underordnede sygehuslæge, som forretter rådighedstjeneste fra bolig, skal kunne give møde omgående efter tilkald, skal i denne forbindelse forstås således, at lægen kan fjerne sig fra sygehuset, når pågældende kan tilkaldes pr. telefon og give møde i løbet af ½ time«. Boligvagten havde herefter fået samme indhold som den gamle overenskomsts tilkaldevagt. Hvor der havde været bunden vagt fra bolig, måtte overlægerne i vidt omfang kræve denne ændret til vagtværelsesvagt for at sikre det nødvendige beredskab. Der var hermed skabt behov for en yderligere stabsforøgelse, som jeg dengang skønnede til ca. 400 på landsplan, og hermed nåede den samlede af den nye overenskomst nødvendiggjorte lægetilgang op

på en størrelsesorden, som jeg dengang skønnede til ca. 1.800, hvilket senere har vist sig at være nogenlunde rigtigt. Amtsrådsforeningens skøn lå fortsat langt lavere. Hertil kom så løftet om oprettelse af 200 praksisreservelægestillinger, senere forøget til 300. Tallene skal ses på baggrund af, at der i 1981 var normeret ca. 4.600 underordnede lægestillinger ved landets sygehuse.

En anden indrømmelse i den nye fortolkningsaftale fra amtsrådsforeningens side gik ud på, at overlægerne og lægerne i et vagtlag, hvis de var enige derom, kunne afvise 3-holdsdrift, hvor denne ønskedes indført af arbejdsgiveren, hvis de fandt 2-holdsdrift mere hensigtsmæssig. Til gengæld skulle sygehus ejeren kunne opnå, at der ikke derved skete en fordyrelse, der gik ud over, hvad 3-holdsdrift ville medføre.

En anden betydelig indrømmelse faldt på boligområdet. Arbejdsgiverens forpligtelse til uden for København at anvise den enkelte underordnede læge en bolig var i realiteten ophævet med den nye overenskomst, men blev genindført med fortolkningsaftalen.

I forbindelse med fortolkningsaftalen blev indgået en arbejdsmiljøaftale stort set svarende til de bestemmelser, der var aftalt for andet sygehuspersonale, blandt andet vedrørende nedsættelse af hviletiden i tilknytning til rådighedstjeneste og mulighed for hviletid i rådighedstjenestetiden, også under vagtværelsesvagt.

Med fortolkningsaftalen af december var den nye overenskomst tilsyneladende endelig bragt på plads mellem parterne, og 1. januar 1982 var ifølge overenskomsten sidste frist for gennemførelse af de nye arbejdstidsbestemmelser. Det betød imidlertid ikke, at sygehuse kunne starte op med nye tjenestetidsplaner den 1. januar, for dels havde det kun været

muligt at få opslået og besat en mindre del af de nødvendige nye stillinger, og dels var det på forhånd givet, at der kun ville være ansøgere til en mindre del af disse uden for de sygehuse, der kunne forvente tilgang af ansøgere fra andre sygehuse, som til gengæld ville blive bragt i en vanskeligere situation. De nye regler for opgørelse af arbejdstiden skulle imidlertid følges, selvom sygehuse kørte videre med de gamle tjenestetidsplaner, og det betød, at ydelser ud over en opgjort arbejdsuge på 40 timer måtte betales som overarbejde.

Virkningerne af den nye overenskomst

I maj 1981 var der ifølge sundhedsstyrelsens publikationer normeret 4.518 underordnede lægestillinger ved det danske sygehusvæsen, heraf 1.566 1. reservelægestillinger og 2.952 reservelægestillinger. I maj 1982 var normeringen 2.243 1. reservelægestillinger og 3.856 reservelægestillinger, tilsammen 6.099 stillinger. Normeringsforøgelsen på 1.581 stillinger udtrykker ikke fuldt ud det af den nye lægeoverenskomst skabte personalebehov, da man ikke havde overblik over dette, da normeringen for 1982 blev fastlagt. Af stillingerne i maj 1982 var over 700 ubesatte, færrest i hovedstadsområdet - Rigshospitalet, København og Frederiksberg, Københavns, Frederiksborg og Roskilde amter - samt Århus amt, flest i de i forhold til uddannelsesstederne perifert beliggende amter. Af normeringen i maj 1981 var 222 underordnede lægestillinger eller ca. 5% ved afdelinger uden vagtforpligtelse, og det af den nye lægeoverenskomst affødte normeringsbehov skal ses i relation til de resterende afdelinger med en samlet normering på ca. 4.300 underordnede lægestillinger.

Ifølge besvarelserne af et rundspørge til

amtskommuner m.fl. i oktober 1982 anslås det af den nye lægeoverenskomst af fødte normeringsbehov til i alt ca. 1.650 underordnede lægestillinger ved sygehusvæsenet, hvortil kommer en betydelig stigning i antallet af vikarstillinger, ikke blot ca. 160 vikarstillinger, beregnet på helårsbasis, til ferieafløsning af normeringsforøgelsen, men desuden - med henblik på overholdelse af 20 timers reglen - vikarstillinger til en bedre afløsningsdækning af den hidtidige stab, fordi man ikke som tidligere kan begrænse ferieafløsningen og forøge vagtfrekvensen i ferietiden. Tallet 1.650 ligger lidt under mit personlige skøn, og tallet udtrykker efter min opfattelse ikke fuldt ud de normeringskrav, der vil kunne stilles med henvisning til fortolkningsaftalen af december 1981, men så længe et meget stort antal stillinger er ubesat, er der intet incitament til fuld tilpasning af normeringen.

Til behovet for sygehussektoren kommer, som tidligere nævnt, 200 praksisreservelægestillinger, senest forøget til ca. 300.

I efteråret 1981 var der ca. 450 arbejdsløse yngre læger. Ifølge foreliggende oplysninger færdiguddannes der omtrent 700 fra universiteterne i 1982, og i 1983 nås omtrent samme tal, hvorefter der kommer en reduktion. Meget tyder på, at man skal have passeret sommeren 1984, før den overenskomstskabte lægemangel i det store og hele er overvundet, - medmindre da forudsætningerne ændres ved overenskomstfornyelsen i 1983. En ukendt faktor er tilgangen af læger, der har fået arbejde i Sverige, og som søger tilbage på grund af den ændrede situation på det danske arbejdsmarked.

Ifølge det tidligere omtalte rundspørge i oktober 1982 skønnes merudgifterne ved gennemførelse af lægeoverenskomsten at ville udgøre i alt ca. 350 mill. kr. i 1982-

priser. Ud fra kendte tal ville jeg snarere have forventet, at summen af skønnene havde beløbet sig til omkring 450 mill. kr. Nødvendigtvis er et sådant skøn forbundet med betydelig usikkerhed, fordi mange påvirkninger gør sig gældende samtidig. Jeg anser 350 mill. kr. for at være for lavt et tal, og vil i mangel af bedre henholde mig til det tidligere meddelte skøn på ca. 400 mill. kr. med en usikkerhedsmargin i både op- og nedadgående retning på ca.

10%. De sekundære virkninger af overenskomsten, blandt andet et krav om flere overlæger til styring og uddannelse af den væsentligt forøgede stab, har i øvrigt endnu ikke manifesteret sig og er ikke taget i betragtning i denne sammenhæng.

For at belyse den nye overenskomsts virkninger, herunder virkningerne på arbejds effektivitet, arbejdstilrettelæggelse og uddannelse, er et par eksempler nødvendige.

Eksempel 1a

1. reservelæger, hidtil 3 skiftet tilkaldevagt i vagtklasse C.

	1	2	3	4	5
Ma	D	F	F	D ₁ + R	AF
Ti	D ₁ + R	F	D	D	F
On	D	D	D ₁ + R	F	F
To	D ₁ + R	D	D	F	F
Fr	D	D ₁ + R	(D)*	F	F
Lø	DV	1X	F	F	F
Sø	X	F	F	DV	F

D	: Dagtjeneste 8.00-15.00
D	: Dagtjeneste 8.00-16.00
R ¹	: Rådighedstjeneste fra bolig 16.00-08.00
DV	: Døgnvagt fra bolig, omregningsværdi 14 timer
F	: Fri
AF	: Afspadsering
(D)*	: Afspadsering indlægges
X	: Arbejdssfri dag, delvis med rådighedstjeneste

Ugeopgørelse:

Dagtjeneste	110 timer
Rådighedstjeneste 80:3	26,7 timer
Døgnvagt lørdag og søndag	28 timer
Effektivt arbejde under rådighedstjeneste, 5 dage á 6 timer = 30 timer, omregnet 30 (1½ + ½)	35 timer
Søndagstillæg	4 timer
Gennemsnitligt antal overarbejdstimer pr. uge 5, omregnet	7,5 timer
	211,2 timer
Fragår afspadsering	11,2 timer
	200 timer

Effektivt arbejde under døgnvagt lørdag og søndag fremgår ikke af opgørelsen, da det antages at falde inden for arbejdsforpligtelsen på 8 timer, der gælder for døgnvagter.

Summen af arbejdsydelse uden for dagarbejdstiden 8.00-16.00 udgør 101,2 timer pr. uge.

Gennemsnitligt antal effektive arbejdstimer pr. uge ca. 32,2 (tidligere ca. 38,5).

Ca. 2,7 dagarbejdsdage pr. uge (tidligere 4 1/6).

Første eksempel drejede sig om en afdelings 1. reservelæger. Der var tidligere 3 1. reservelæger i vagtklasse C, typisk for mange medicinske afdelinger. Rådighedstjenesten i dette vagtlag er af mindre belastende art, og tjenesten efter de nye regler kan derfor tilrettelægges som dagtjeneste med efterfølgende rådighedstjeneste for en af reservelægerne samt døgnvagt lør-

dag og søndag. Vi har beregnet, at vi i henhold til fortolkningsaftalens bestemmelser er nødsaget til at have 5 læger mod hidtil 3, og deres tjeneste kan eksempelvis tilrettelægges som vist i eksempel 1a.

Kolonnerne 1-5 viser dels, hvorledes de 5 læger arbejder på ugens forskellige dage, dels de 5 arbejdsuger, som en læge successivt må igennem, før han begynder

forfra på sin turnus. Man kan spørge, hvorfor der er regnet med 6 effektive timer under en rådighedstjeneste, når gennemsnittet for vagtklasse C dog var 5 timer, og begrundelsen er den enkle, at vagtarbejdet ifølge den gamle overenskomst blev opgjort med en nettooptælling, minut for minut, medens effektivt arbejde under rådighedstjeneste efter de nye regler opgøres pr. påbegyndt time.

Dagtjenesten ved afdelingen i det pågældende vagtlag er unødvendigt forøget fra ca. 83 timer til 110 timer ugentligt, fordi omfanget af arbejdsydelserne uden for dagtjenesten tvinger til dette. Tidligere mødte afdelingens 1. reservelæger normalt til dagtjeneste på alle hverdage undtagen 2 dage hver 3. uge, når de afspadserede weekendvagt. Nu er der kun 1 uge ud

af 5, hvor lægerne kan få lov til at deltage i dagarbejdet på alle hverdage, idet der ellers er 1 uge med 3 eller 4 dagtjenester, 1 uge med 3 dagtjenester, 1 uge med 2 dagtjenester og 1 friuge. 5 mand deler det arbejde, der tidligere uden besvær udførtes af 3. Man kan gøre sig sine forestillinger om virkningerne på arbejdsaktivitet og arbejdskontinuitet på afdelingen og lægernes arbejdsstræning.

Det pågældende vagtlags arbejde ville naturligvis uden besvær kunne tilrettelægges med 4 læger som vist i eksempel 1b, blot skal der her betales for nogle overarbejdstimer. Dagarbejdstimetallet pr. uge er bragt ned i nærheden af afdelingens tidligere dagarbejdstimetal. Ordningen er billigere for arbejdsgiveren og bedre for afdelingen og for lægerne.

Eksempel 1b

	1	2	3	4
Ma	D ₁ + R	F	F	D
Ti	D	F	D	D ₁ + R
On	D	D	D ₁ + R	X
To	D	D	X	D ₁ + R
Fr	D	D ₁ + R	F	X
Lø	DV	X	F	F
Sø	X	F	DV	F

- D : Dagtjeneste 8.00-14.30
 D₁ : Dagtjeneste 8.00-15.00
 R : Rådighedstjeneste 15.00-08.00
 DV : Døgnvagt
 F : Fri
 X : Arbejdsfri dag, delvis med rådighedstjeneste

Ugeopgørelse:

Dagtjeneste	87 timer
Rådighedstjeneste $\frac{25}{3}$	28,3 timer
Døgnvagt 2 x 14 timer	28 timer
Effektivt arbejde under rådighedstjeneste 5 x 6 timer = 30(1½ + ½)	35 timer
Søndagstillæg	4 timer
Gennemsnitligt antal overarbejdstimer pr. uge 5 x 1½	7,5 timer
	189,8 timer
Gennemsnit pr. læge ca.	47,5 timer

Gennemsnitligt antal effektive arbejdstimer pr. uge pr. læge: ca. 35 timer (tidligere ca. 38,5).

Ca. 3¼ dagarbejdsdage pr. uge (tidligere ca. 4 1/6).

Det næste eksempel drejer sig om et reservelægevagttag, tidligere 6 reservelæger i vagtværelsesvagt i vagtklasse D + 6, hvilket betyder indtil 14 effektive timer pr. vagt. De pågældende har følgende været i

aktivitet i det meste af vagttiden (rådighedstjenestetiden), også i nattimerne, og de har derfor haft skånetid dagen efter en vagt.

Eksempel 2.

Hidtil 6 skiftet vagtværtesvagt i vagtklasse D + 6.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Ma	A + R	D ₁	F	D ₂	F	D	D	X
Ti	A + R	D	D ₁	D	F	D	D	F
On	X	D	D	A + R	F	D ₁	D	F
To	D	D ₁	D	A + R	F	D	D	F
Fr	D	D ₁	A + R	X	F	D	D	F
Lø	F	D ₁	X	F	F	F	A + R	F
Sø	F	D ₁	F	F	F	F	A + R	F

D : Dagteneste 8.00-15.00

D₁ : Dagteneste 8.00-17.00D₂ : Dagteneste 8.00-16.00

A : Aftenjeneste 16.30-00.30

R : Rådighedsjeneste 00.30-08.30

F : Fri

X : Arbejdsfridag delvis belagt med rådighedsjeneste.

Ugeopgørelse:

Dagteneste mellem 08.00 og 16.00, hverdage	160	timer
Dagteneste mellem 16.00 og 17.00, hverdage	5	timer
Dagteneste lørdag og søndag	18	timer
Aftenjeneste	56	timer
Rådighedsjeneste $56 \times \frac{3}{4}$ timer =	42	timer
Effektivt arbejde under rådighedsjeneste 7 dage á 6 timer = $42(1\frac{1}{2} - \frac{1}{4})$	31,5	timer
Søndagstillæg $23 \times \frac{1}{2}$	11,5	timer
Reduktion for aftenjeneste $56 \times \frac{3}{40}$	4,2	timer
	328,2	timer
Gennemsnit pr. læge ca.	41	timer

Gennemsnitligt ugentligt antal hverdags-dagtenester: $2\frac{1}{4}$ (tidligere ca. $3\frac{1}{4}$).

Gennemsnitligt antal effektive arbejdstimer pr. uge: ca. 35, heraf 20 i dagteneste på hverdage mellem 08.00 og 16.00.

Afdelingen kunne tidligere regne med, at der i gennemsnit var $4\frac{1}{2}$ af vagtlagets læger til stede i dagarbejdstiden under hensyn til, at en af lægerne havde skånetid, og at weekendvagten skulle afspadseres. Dette er knapt nok opfyldt af den her viste tjenestetidsplan. En læge i vagtlaget måtte tidligere regne med at være fraværende fra dagarbejdet hver 6. dag på grund af skånetid og i øvrigt 2 dage, undertiden mere, hver 6. uge til afspadsering af weekendvagt. Derudover deltog han regelmæssigt i dagarbejdet. Ifølge den nye tjenestetidsplan er der inden for en 8 ugers periode 3 uger, hvor en læge delta-

ger i dagarbejdet på alle hverdage, 1 uge hvor han deltager i dagarbejdet på 3 dage, 2 uger hvor deltagelse i dagarbejdet er indskrænket til 2 dage og endelig 2 fri-uger. Det er klart, at der må fremkomme en negativ virkning på uddannelse og arbejdskontinuitet, både inden for det enkelte døgn og over en længere periode.

Jeg har opgjort merudgiften for eksempel 1a og eksempel 2 ved overgang fra den gamle til den nye overenskomst. Beregningen er foretaget i oktober 1981-priser, på hvilket tidspunkt både den gamle og den nye overenskomsts løn- og arbejdstidsbestemmelser kunne benyttes. Resultatet er vist i tabel 1.

tatet er blandt andet afhængigt af lægernes anciennitet og er derfor ikke entydigt. I eksempel 1a resulterede beregningen i en merudgift af størrelsesorden 350.000 kr. i forhold til en basisudgift på 1 mill. kr., altså en stigning af størrelsesorden 35% ud over almindelig lønstigning. I eksempel 2 blev resultatet en udgiftsstigning på omkring 135.000 kr. i forhold til en basisudgift på ca. 1.5 mill. kr., ca. 9%.

Som årsager til udgiftsstigningen ud over ordinær lønstigning skal sammenfattende nævnes: det af de ændrede arbejdsregler skabte behov for ekstraordinær stor stabsforøgelse, subsidiært overarbejde, i samme forbindelse de ændrede omregningsfaktorer for rådighedstjeneste, boligvagtens afsvækkelse med deraf følgende overgang til vagtværelsesvagt, de uddannelses- og anciennitetsbetingede generelle løntillæg (i oktober 1981-satser enten ca. 11.000 kr., ca. 16.000 kr. eller ca. 26.000 kr. pr. læge) og de 2 anciennitetstrin, der er motiveret med vagthonorarerens bortfald - og også ydes til læger ved vagtfrie afdelinger, samt indførelsen af forskudt tids tillæg for arbejde i aften- nattetimerne og i visse perioder lørdag og mandag. På besparelsessiden fragår de tidligere vagthonorarer.

For landet som helhed er der for en merudgift af størrelsesorden 400 mill. kr. skabt behov for en forøgelse af antallet af underordnede læger på sygehusafdelinger med vagtforpligtelse med gennemsnitlig ca. 40%. Resultatet er et fald i produktiviteten, forringelse af lægernes praktisk-kliniske uddannelse og en formodet forringelse af patientbehandlingen på grund af manglende kontinuitet i lægearbejdet og - indtil videre - lavere gennemsnitligt kvalifikationsniveau. Rækkevidden heraf kan ikke bedømmes på nuværende tidspunkt.

Merudgiften udgør omkring 2% af sy-

gehusvæsenets løbende driftsudgifter og er fremkommet i en tid, hvor stigningen i de reale udgifter til sygehusvæsenet søges bragt til ophør.