



Evaluering af "Vagtprojektet"

*Udfordringer relateret til yngre lægers vagtarbejde på
hospitalet i tidsrummet 20.00 – 08.00*

Christina Holm-Petersen

Dansk Sundhedsinstitut
Måned 2007

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2007

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-544-3 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

Dette er en evaluering af det "Vagtprojekt", som Danske Regioner og Yngre Læger sammen har gennemført med henblik på at afhjælpe problemer med for stor belastning i de yngre lægers vagtarbejde om aftenen og om natten på de danske hospitaler.

Evalueringen er initieret og finansieret af Danske Regioner og Yngre Læger. Projektleder, organisations sociolog Christina Holm-Petersen, Dansk Sundhedsinstitut har gennemført evalueringen og forfattet denne evalueringsrapport. Junior projektleder Jakob Hansen og forskningsassistenterne Marete Asmussen og Signe Høngaard Andersen har bistået ved gennemførelsen af surveyundersøgelsen. Junior projektleder Torben Højmark Sørensen har gennemført de statistiske analyser.

"Vagtprojektets" styregruppe har løbende kommenteret på undersøgelsesdesign samt foreløbige og endelige resultater.

Dansk Sundhedsinstitut ønsker at takke alle, der har medvirket i evalueringen.

Henrik Hauschildt Juhl

Vicedirektør

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1 Baggrund og formål med evalueringen	11
1.1 "Vagtprojektet"	11
2 Undersøgellesdesign og metoder	13
2.1 Surveyundersøgelsen	13
2.1.1 Udformningen af spørgsmål	13
2.1.2 Analyse af data	13
2.1.3 Fremskaffelse af e-mailadresser	13
2.1.4 Svarprocenter	14
2.1.5 Fordeling på region, stilling og specialer	15
2.2 Interviewundersøgelsen	16
3 De yngre lægers vagtarbejde	17
3.1 Yngre læger i vagtarbejdet	17
3.1.1 Organiseringen af vagterne	19
3.1.2 Vagthyppighed	19
3.2 Belastningen i vagtarbejdet	20
3.3 Diskussion af belastningsgrad	26
4 Kendskab til vagtbestemmelsen	29
4.1 Anvendelsen af vagtbestemmelserne	30
4.1.1 Intet behov for at anvende bestemmelsen	33
4.1.2 Barrierer i forhold til at anvende bestemmelsen	33
4.2 Diskussion	34
5 Erfaringer fra "Vagtprojektet"	37
5.1 Anvendelse af bestemmelsen i forbindelse med "Vagtprojektet"	37
5.1.1 Vagtopgørelsen	37
5.1.2 Forhandlingen	38
5.1.3 Resultaterne	38
5.1.4 Barriererne for at opnå resultater	38
5.2 Presset i vagtarbejdet	40

5.2.1	Lægemangel.....	41
6	Diskussion, anbefalinger og perspektivering	43
6.1	Bør bestemmelsen fra OK 2005 ændres?	43
6.1.1	Fordelene ved en mere konkret bestemmelse	44
6.1.2	Ulemperne ved en mere konkret bestemmelse.....	45
6.2	Arbejdstilrettelæggelse	46
6.2.1	Det akutte og det ikke-akutte arbejde	46
6.2.2	Arbejdsdeling med sygeplejersker og andre grupper.....	47
6.2.3	Arbejdsdeling afdelinger imellem	48
6.2.4	Arbejdsdeling vagttag imellem	48
6.3	Flere speciallæger i vagterne.....	49
6.4	Ledelse	50
6.5	Afrunding og anbefalinger	51
7	Referencer	55
Bilag 1	Ekstra tabeller	57
Bilag 2	Interviewguide	61
Bilag 3	Spørgeskema	63

Resumé

I 2005-overenskomsten for yngre læger blev der indført en bestemmelse om, at hvor (den lokale repræsentant for) Yngre Læger opfatter vagtbelastningen i tidsrummet 20.00-08.00 som et arbejdsmiljøproblem, skal der afholdes en lokal forhandling med henblik på afdækning, forebyggelse og/eller afhjælpning af problemet. For at understøtte den nye bestemmelse aftalte den daværende Amtsrådsforning, det daværende H:S og Yngre Læger at gennemføre et fælles projekt om arbejdsmiljø, arbejdsrettelæggelse og vagtbelastning. Dette projekt er efterfølgende blevet evalueret af Dansk Sundhedsinstitut og resultatet fremgår af denne rapport.

Formålet med evalueringen er at beskrive, hvad "Vagtprojektet" er mundet ud i og at evaluere de foreløbige erfaringer med brugen af "vagtbestemmelsen", herunder hvilke resultater der konkret er opnået på de deltagende afdelinger, samt hvilke barrierer der har været for anvendelsen af bestemmelsen og for at nå frem til konkrete resultater.

Evalueringen har bestået af en surveyundersøgelse blandt ledende overlæger og yngre lægers tillidsrepræsentanter på landets hospitaler og af en interviewundersøgelse blandt et udsnit af de i "Vagtprojektet" deltagende afdelinger samt repræsentanter for styregruppen. 670 ledere og tillidsrepræsentanter for yngre læger fik tilsendt et elektronisk spørgeskema, og 438 (65 %) besvarede det. Der er gennemført interviews med 17 ledere, tillidsrepræsentanter og medlemmer af "Vagtprojektets" styregruppe.

Arbejdsbelastning i vagtarbejdet

I spørgeskemaundersøgelsen svarer 84 %, at yngre læger indgår i aften/nattevagter på afdelingen. På disse afdelinger mener 42 % af lederne og 53 % af tillidsrepræsentanterne, at vagterne gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten. Der er forskel på vagtbelastningen i de enkelte specialer. Den er højest i specialerne anæstesiologi, pædiatri og medicin.

58 % af lederne og 46 % af tillidsrepræsentanterne mener, at vagterne slet ikke eller kun i ringe grad udgør et arbejdsmiljøproblem. 9 % af lederne og 24 % af tillidsrepræsentanterne mener, at vagterne i høj grad eller i meget høj grad udgør et arbejdsmiljøproblem. Konklusionen er, at der blandt mange tillidsrepræsentanter og ledende overlæger er enighed om, at der er et problem med hensyn til arbejdsmiljø, men at vurderingen af problemets omfang svinger. En anden konklusion er, at der også er enighed blandt en stor gruppe af tillidsrepræsentanter og ledende overlæger om, at der kun i ringe grad eller slet ikke er tale om et problem.

Kendskab til og brug af vagtbestemmelsen

60 % af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen kendte vagtbestemmelsen i overenskomsten. 19 % af disse har benyttet den til at søge at afhjælpe problemer med vagtbelastningen. Lederne rapporterede mere positive erfaringer med brugen af overenskomstbestemmelsen end tillidsrepræsentanterne. 31 % af tillidsrepræsentanterne og 19 % af lederne, der ikke kendte bestemmelsen, ville have anvendt den, hvis de havde kendt til den.

Erfaringer fra "Vagtprojektet"

På alle afdelinger i interviewundersøgelsen er vagtbelastning et spørgsmål, der optager de yngre læger og mange steder også de ledende overlæger, men ikke alle interviewede afdelinger kobler deres aktiviteter på området til deltagelse i "Vagtprojektet".

Anvendelse af arbejds- og tidsregistreringsskema er på flere afdelinger vurderet som en arbejdskrævende proces. Nogle ledende overlæger mener, at det er "at sætte ulven til at vogte får", når man lader de yngre læger selv registrere.

Forhandlinger på afdelingerne har haft varierende succes - fra konstruktivt samarbejde til konflikt og skænderier. Flere har svært ved at huske konkrete resultater. Blandt tillidsrepræsentanter, der ikke var ansat på forhandlingstidspunktet, er flere uvidende om, at afdelingen havde været med i "Vagtprojektet". I et evalueringsmæssigt perspektiv er det svært at vurdere, hvilke processer og resultater der har været en konsekvens af "Vagtprojektet", og hvilke der er foregået uden direkte kobling hertil. Nogle af de resultater, der sandsynligvis har en tilknytning til fokus på vagtarbejdet gennem "Vagtprojektet", er: Opnormeringer, yngre læger er gået på kompromis med vagthyppighedsreglerne og har fået kompensation herfor, andre former for kompensation samt ændringer i arbejdstilrettelæggelse.

Økonomi er generelt anset som den største barriere for ændringer. Herefter kommer manglen på læger, der bl.a. indebærer, at det kan være et problem at få mere erfarne læger til i højere grad at deltage i aften- og weekendarbejdet. Samtidig er yngre læger ofte imod hyppigere vagter, ligesom der er interesseforskelle mellem overlæger og de yngre læger med hensyn til fordelingen af vagtarbejdet mellem dem. Vagtarbejdet er ikke attraktivt (det har lav status, det er mindre bekvemt, der er mere usikkerhed og stress, og det er fysisk hårdt for ældre overlæger).

Mulige løsninger

Alle interviewede yngre læger og en stor del af de ledende overlæger mener, at det i det nuværende system ikke er givet, at de yngre læger er sikret ordentlige arbejdsvilkår i vagterne. Der er divergerende meninger med hensyn til, om løsningen på problemerne er ændring af overenskomstbestemmelser, ændring af kultur og traditioner eller en kombination. Rapporten diskuterer fordele og ulemper ved eventuelt at ændre overenskomstbestemmelsen, så den mere konkret peger på et belastningsmål og konsekvenser ved at bryde bestemmelsen. Fordelen ved en mere konkret bestemmelse kan bl.a. være, at parterne i højere grad er tvunget til at finde løsninger. Ulempen kan være, at mere konkrete bestemmelser skaber rigiditet og konflikter frem for samarbejde og helhedstænkning. Mere konkrete bestemmelser kan også medføre indskrænkninger i yngre lægers muligheder for at få hele fridage og lavere vagthyppighed. Det kan fremme løsninger, hvor de yngre læger får tillæg som kompensation frem for at løse det egentlige belastningsproblem. Det kan måske også skabe ineffektiv arbejdstilrettelæggelse og ressourceudnyttelse.

På grund af den økonomiske situation, lægemangel og det, at mange yngre læger ikke ønsker hyppigere vagter, bliver arbejdstilrettelæggelse, samarbejde og opgavefordeling af stor betydning. Det drejer sig eksempelvis om at adskille dagarbejde fra arbejde i aften- og nattetimerne og at have klare aftaler med andre afdelinger om, hvad der kan kaldes læger ud til. Det kan også dreje sig om, at andre faggrupper kan udføre opgaver, som lægerne i dag tager sig af, men som ikke kræver en læges kompetencer (for eksempel at hente og skrive journaler, at anlægge venflon og at tage blodprøver). Det kan også dreje sig om at arbejde fremadrettet med at undgå såkaldte "uhensigtsmæssige indlæggelser".

Rapporten anbefaler:

- ♦ at der tages højde for speciemæssige forskelle i det fremtidige arbejde med at sætte fokus på belastning i vagtarbejdet og forsøg på at ændre dette

- ◆ at det overvejes hvordan der aktivt kan gøres tiltag for at finde frem til og afhjælpe problemerne på de afdelinger, hvor vagterne i høj eller i meget høj grad anses for at udgøre et arbejdsmiljømæssigt problem, og
- ◆ at der i den samlede løsning af vagtproblematikken sættes fokus på arbejdstilrettelæggelse af "den hele afdeling i alle døgnets 24 timer".

1 Baggrund og formål med evalueringen

Yngre lægers vagtarbejde og arbejdsmiljø har i de seneste år været i fokus. Dette fokus har blandt andet ført til en bestemmelse i overenskomsten aftalt i 2005 (1) § 21 stk. 5).

Bestemmelsen betyder, at for vagttag hvor (den lokale repræsentant for) Yngre Læger angiver, at vagtbelastningen i tidsrummet 20.00-08.00 er et arbejdsmiljømæssigt problem, skal der på begæring afholdes en lokal forhandling med henblik på initiativer til afdækning, forebyggelse og/eller afhjælpning af problemet. De centrale parter kan inddrages i de lokale forhandlinger.

For at understøtte den nye bestemmelse aftalte den daværende Amtsrådsforening, Det daværende H:S og Yngre Læger at gennemføre et fælles projekt om arbejdsmiljø, arbejdstilrettelæggelse og vagtbelastning. Der blev nedsat en styregruppe, der frem til foråret 2007 skulle fremme viden om og brugen af bestemmelsen. Styregruppen blev sammensat af medlemmer dels fra Yngre Læger, dels fra Danske Regioner (daværende Amtsrådsforeningen). Styregruppens formål var blandt andet at initiere og koordinere forbedringer på vagtområdet i overenskomstperioden og se på de erfaringer, der kom ud af Yngre Lægers pilotprojekt om registrering af vagtarbejdet (2).

Formålet med denne evaluering er at beskrive, hvad dette arbejde har mundet ud i. Formålet med evalueringen er således at evaluere de foreløbige erfaringer med brugen af "vagtbestemmelsen" i overenskomstresultatet 2005. Det undersøges herunder, hvilke resultater der konkret er opnået på de deltagende afdelinger, samt hvilke barrierer der har været for anvendelsen af bestemmelsen og herunder barrierer for at nå frem til konkrete resultater. Det undersøges, hvilke processer der lokalt er blevet igangsat og hvad disse har medført. Nødvendigheden af eventuelle fremtidige tiltag inden for området vurderes. Lige som det vurderes, hvad der fremadrettet skal til for at opnå en bredere brug af bestemmelsen.

1.1 "Vagtprojektet"

Som en optakt til det fælles "Vagtprojekt" mellem Yngre Læger og Danske Regioner skrev Yngre Læger en "Vagtkogebog" med en række råd til hospitalsafdelinger om, hvordan man kommer i gang med projektet om yngre lægers vagtbelastning (2). Styregruppen udsendte derefter blandt andet et fællesbrev til alle landets afdelinger herom (3).

I efteråret 2005 udvalgte Yngre Læger ni primært medicinske afdelinger (heraf to medicinske centre) til at indgå i et forsøgsprojekt, hvor erfaringer med, hvordan denne nye vagtbestemmelse bedst kunne anvendes, skulle høstes. Der blev til dette formål udarbejdet en "Vagtkogebog". Der blev derudover opfordret til, at andre afdelinger, der oplevede at vagtarbejdet var belastet, skulle gå i gang efter eget initiativ. Som et redskab er der i "Vagtkogebog"ens bilag d et arbejds- og tidsregistreringsskema, som afdelingerne kunne anvende i forbindelse med de lokale forhandlinger. Fire afdelinger valgte at anvende bestemmelsen efter eget initiativ. I alt deltog 13 afdelinger således i "Vagtprojektet".

I alle regioner blev der udpeget mellem tre og fire kontaktpersoner, som de yngre læger kunne kontakte (2: bilag b).

Den 16. juni 2006 blev der i Amternes Hus afholdt en temadag, hvor afdelingerne, der havde deltaget i "Vagtprojektet" blev indbudt til at deltage. På temadagen udveksledes erfaringer og ideer. Og nogle af disse blev efterfølgende beskrevet i Ugeskrift for Læger (4; 5).

Den 17. januar 2007 blev der på Hotel Nyborg Strand afholdt en afsluttende konference for en bredere kreds af sundhedsvæsenets aktører. Konferencens titel var: "Positiv dominoeffekt i det danske sygehushæsen". Konferencen var rettet mod regionale og centrale sundhedspolitikere og beslutningstagere

på sygehusområdet. Målet var at sætte fokus på de mange gevinster ved bedre arbejdstilrettelæggelse og gode vagtforhold (6). På konferencen uddeltes derudover en vagtpris til afdelingen med det vagtlag, der havde landets bedste vagt.

2 Undersøgelsesdesign og metoder

I evalueringen af "Vagtprojektet" indgår dels en surveyundersøgelse, der blev sendt til ledende overlæger og yngre lægers tillidsrepræsentanter på landets hospitaler. Dels en interviewundersøgelse blandt et udsnit af de afdelinger, der havde deltaget i "Vagtprojektet". Endelig bygger evalueringen på observation af den afsluttende konference, der blev afholdt på Hotel Nyborg Strand i januar 2007.

2.1 Surveyundersøgelsen

Som led i evalueringen blev der udsendt en elektronisk survey til ledende overlæger og yngre lægers tillidsrepræsentanter på landets hospitaler. Formålet med surveyundersøgelsen var, dels at få et indblik i hvor udbredt kendskabet til bestemmelsen var, dels at få et indblik i hvordan landets ledende overlæger og yngre lægers tillidsrepræsentanter generelt vurderer belastningen i yngre lægers vagtarbejde i tidsrummet 20.00-08.00.

2.1.1 Udformningen af spørgsmål

Spørgsmålene i surveyundersøgelsen blev udformet således, at den kunne sendes til begge respondentgrupper (ledende overlæger og tillidsrepræsentanter). Dette er for at give mulighed for at kunne sammenligne deres svar. Den elektroniske survey er gengivet i papirform i Bilag 3. Der blev i udformningen af spørgsmålene lagt vægt på at holde sig til ordlyden af vagtbestemmelsen. Samtidig er det dog blevet tilstræbt at kvalificere, hvad der kunne ligge i bestemmelsens ord: "arbejds miljømæssigt problem".

Survey'en undersøger således både kendskab til bestemmelsen og er samtidig en vurdering af, hvorvidt der er et arbejdsmiljømæssigt problem. Til sidst nævnte er en gennemgang af Arbejds miljøinstituttets korte spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø (7) kombineret med en brainstorming mellem senior projektleder Sidsel Vinge, junior projektleder Jakob Hansen og projektleder Christina Holm-Petersen om de arbejdsmiljømæssige problemer, der kunne være tale om.

Survey-spørgsmålene er derefter sendt til kommentarer hos Danske Regioner og Yngre Læger. Efter tilrettelser er survey'en herefter pilottestet på en yngre læge i hoveduddannelsesforløb.

2.1.2 Analyse af data

Den elektroniske survey består af såvel lukkede som åbne svarkategorier. Svarene på de lukkede spørgsmål er analyseret i SAS og i Stata¹. Til test af sammenhæng mellem variable i krydstabeller er brugt Chi-2 test og Mann-Whitney U-test, hvor data er ordinale. Svarene i de åbne svarkategorier er vurderet kvalitativt som en understøttelse og uddybning af de lukkede svarmuligheder.

2.1.3 Fremskaffelse af e-mailadresser

Yngre Læger har stået for fremskaffelse af oplysninger om mailadresser og postadresser på yngre lægers tillidsrepræsentanter samt på de ledende overlæger.

Gruppen af yngre lægers tillidsrepræsentanter bestod ifølge oplysninger fra Yngre Læger af 371 personer. Det var dog ikke muligt at få mailadresser på alle. Der blev sendt brev ud til 19 personer, hvilket gav 2 yderligere respondenter. 26 kunne vi ikke få mailadresse på. Dermed endte vi med en respondentgruppe af yngre lægers tillidsrepræsentanter på 345 personer.

¹ Stata - Data Analysis and Statistical Software. Intercooled Stata version 9.2. StataCorp LP. USA. SAS - Statistical Analysis Software. SAS version 9.1. SAS Institute Inc. USA.

Hvad angår gruppen af ledende overlæger, så bestod den ifølge oplysninger fra Yngre Læger af 463 personer. Vi fik i første omgang oplysning om e-mailadresser på 392 ledende overlæger samt 71 post-adresser. Vi sendte herefter breve ud til de 71 ledende overlæger med anmodning om oplysning af e-mailadresse, hvilket gav 13 e-mailadresser². Gruppen af overlæger, hvoraf vi havde oplysning om e-mailadresse, bestod herefter af 405 personer.

Den samlede gruppe af tillidsrepræsentanter for yngre læger og overlæger bestod altså samlet set af 750 personer.

Vi måtte dog efterfølgende konstatere, at en del af de oplyste mailadresser ikke var opdaterede eller decideret forkerte. En del modtagere svarede tilbage, at de ikke længere var tillidsrepræsentanter eller ledende overlæger, eller aldrig havde været det. Derudover svarede en gruppe respondenter, at spørgsmålene af forskellige årsager ikke var relevante for deres afdeling, og at de derfor ikke så sig i stand til at besvare spørgsmålene, se Tabel 2.1. Årsager hertil var for eksempel, at de yngre læger ikke har vagt på den pågældende afdeling, at der slet ikke er nogen yngre læger ansat, eller at stillingen som yngre læge er ubesat. Andre eksempler er en respondent, der er ansat i almen praksis, eller en respondent der ikke længere er ansat i det offentlige sygehussystem.

Derudover kom 27 mails retur som fejlmeddelelser³. Og som en yderligere komplikation, opstod der en række mindre tekniske problemer, som primært bestod i, at modtagerne ikke kunne åbne det link, der skulle føre dem til spørgeskemaet (i alt 9 respondenter oplevede problemer med at åbne linket).

2.1.4 Svarprocenter

Der udsendtes den 30. april 2007 en elektronisk survey til 750 personer, der hos Lægeforeningen enten var registrerede som ledende overlæger (405 personer) eller tillidsrepræsentanter for yngre læger (345 personer). Heraf viste flere sig dog senere som værende ikke relevante eller som værende ikke korrekte adresser.

Tabel 2.1 Population og frafald i undersøgelsen

	Tillidsrepræsentanter	Ledende overlæger	Samlet
Antal personer i populationen	371	463	834
Ej muligt at få mailadresse	26	58	84
Survey udsendt til antal personer	345	405	750
Frafald			
Fejl i oplysninger (modtageren er hverken TR/leder) ⁴ . Modtageren mener ikke, at survey'en er relevant for vedkommende.	27	17	44
E-mail fungerer ikke (retur med fejlmeddelelse)	8	19	27
Tekniske problemer med software	7	2	9
Antal relevante personer der har fået den elektronisk survey	303	367	670
Antal relevante personer der har besvaret den elektronisk survey	210	228	438
Svarprocenter	69 %	62 %	65 %

I alt besvarede 438 personer den elektroniske survey. Den samlede svarprocent er 65 % (438 besvarelser ud af 670 relevante/mulige). Heraf var der 228 ledende overlæger samt 210 tillidsrepræsentanter for yngre læger. Der er således lidt flere ledende overlæger end tillidsrepræsentanter, der har be-

² Desuden var der fire overlæger, som gjorde opmærksom på, at de ikke var relevante for undersøgelsen. I tabel 1 indgår disse fire personer i gruppen af respondenter vi ikke har modtaget e-mail-adresse på.

³ Det vil sige, modtageren er ukendt, eller der kan ikke opnås forbindelse til modtagerserveren.

⁴ Herunder såvel respondenter, der ikke længere er leder/TR samt respondenter, der svarer, at de aldrig har været hverken ledende overlæge eller tillidsrepræsentant. Der var 2 personer, der oplyste, at de var i almen praksis, da de var tillidsrepræsentanter. En oplyser at vedkommende er sikkerhedsrepræsentant.

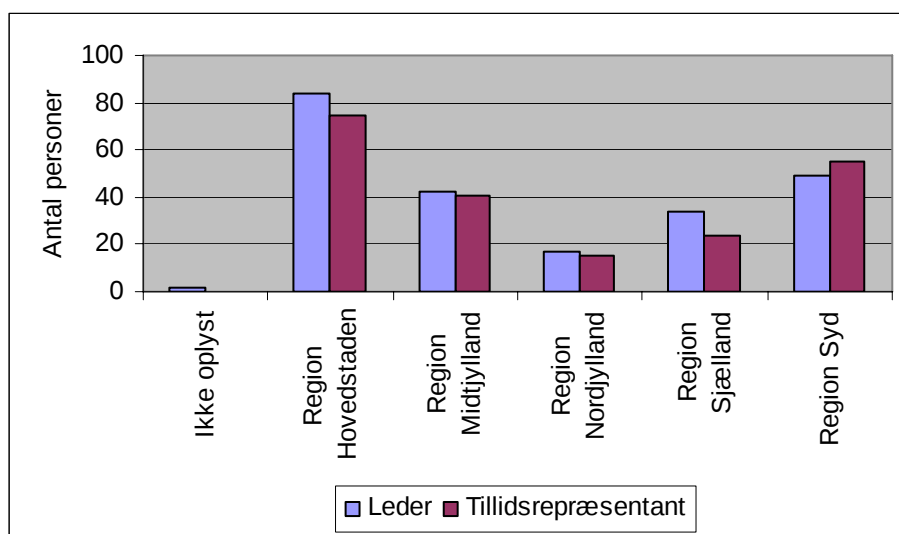
svaret surveyundersøgelsen. Dette kan forklares ved, at surveyundersøgelsen er udsendt til flere ledende overlæger end til tillidsrepræsentanter for yngre læger. Besvarelsesprocenten blandt de ledende overlæger er således 62 % mens den er 69 % blandt tillidsrepræsentanterne.

Besvarelsesprocenten kan også udregnes på baggrund af den fulde population. Med de problemer, der har været i forhold til fremskaffelse af korrekte e-mailadresser og tekniske problemer i forbindelse med udsendelse, er denne besvarelsesprocent væsentligt lavere. Den fulde population er for de yngre lægers vedkommende 371, hvorfra bør trækkes de 27 respondenter, vi med sikkerhed ved ikke tilhører respondentgruppen. Det giver 344 respondenter og en svarprocent på 61 % (210 ud af 344). For de ledende overlæger er det fulde respondenttal opgjort efter samme princip 446 (463-17). Det giver en besvarelsesprocent for de ledende overlæger på 51 % (228 ud af 446). Samlet for de to grupper er besvarelsesprocenten opgjort på baggrund af den fulde population 55 % (438 ud af 790).

2.1.5 Fordeling på region, stilling og specialer

Figur 2.1 viser, hvordan besvarelserne fordeler sig på de fem regioner. Den viser også, at der i Region Syd i modsætning til i de andre fire regioner er flere tillidsrepræsentanter end ledende overlæger, der har besvaret survey'en. Der kan ikke på baggrund af denne survey opstilles en forklaring på denne forskel. Forskellen kan således både bunde i faktorer, som at der i Region Syd kunne være en relativt stor mængde aktive tillidsrepræsentanter, som den kan bunde i, at der kan være en forskel i tilgængeligheden til respondenternes e-mailadresser. Det vil sige, at der kan være relativt flere e-mailadresser på tillidsrepræsentanterne end på de ledende overlæger i Region Syd blandt de adresser, vi har modtaget fra Yngre Læger.

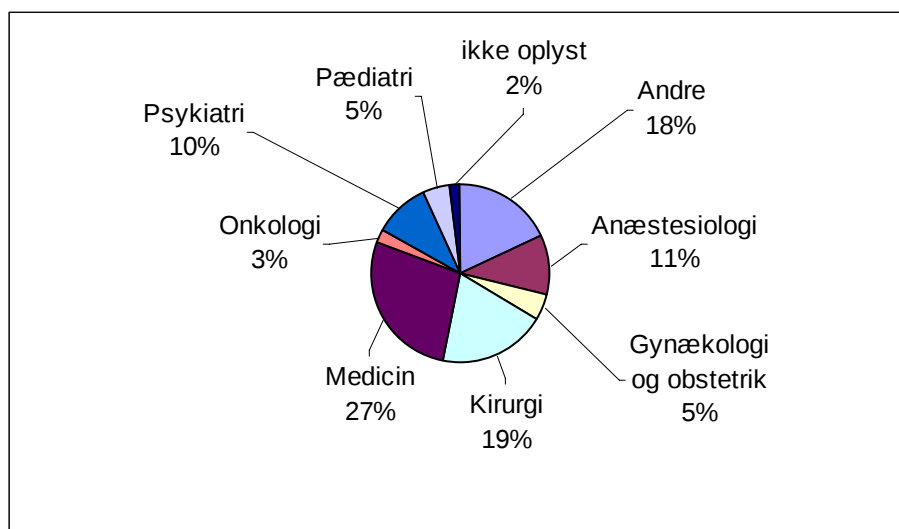
Figur 2.1 Respondenter fordelt på stilling og region (N = 438)



Note: Der var to ledende overlæger, der ikke havde svaret på, hvilken region de tilhørte. Årsagen var, at den ene arbejder på Færøerne og den anden på Grønland.

Besvarelserne fordeler sig derudover på en række specialegrupper, se Figur 2.2.

Figur 2.2 Respondenters speciale (N = 438)



2.2 Interviewundersøgelsen

Dansk Sundhedsinstitut har udvalgt afdelinger til interviewundersøgelsen på baggrund af informationer i "Vagtkogebogen" om, hvilke afdelinger der havde deltaget i projektet samt et indblik i nogle af afdelingernes resultater.

Der blev planlagt interview på syv afdelinger, fire der deltog i "Vagtprojektet", to afdelinger, der selv havde taget initiativ til at anvende bestemmelsen, og en afdeling der ikke havde deltaget i projektet og ikke havde anvendt bestemmelsen, men som af Yngre Læger var blevet udpeget som belastet. Denne afdeling viste sig dog tidligere at have foretaget registrering af belastningen i vagtarbejdet og at have forhandlet med sygehusledelsen herom, hvorefter der var fundet nogle resultater.

Der blev planlagt interview med 7 ledere og 12 nuværende eller tidligere tillidsrepræsentanter. Der blev gennemført interview med 7 ud af 7 ledere og med 6 ud af 12 tillidsrepræsentanter⁵.

Danske Regioner og Yngre Læger har hver peget på to deltagere til interview blandt deres repræsentanter i styregruppen. Der er gennemført interview med alle fire udpegede styregruppemedlemmer.

I alt er der planlagt 23 interview og gennemført 17 interview i perioden marts – juli 2007. Yngre Læger har stået for at finde kontaktinformationer på ledende overlæger, nuværende samt daværende tillidsrepræsentanter på de afdelinger, der havde deltaget i projektet. Interviewene er foretaget som semi-strukturerede interview med udgangspunkt i en spørgeguide (Bilag 2 Interviewguide). Tre interview er foretaget som telefoninterview. Resten er gennemført face-to-face. Alle interview er optaget på voice recorder. Interviewene er efterfølgende skrevet ud. Den gennemsnitlige varighed på interviewene var en time. Specialemæssigt dækker interviewene: Medicin, pædiatri, anæstesiologi og intensivområdet.

⁵ En af de deltagende yngre læger var ikke tillidsrepræsentant, men havde været en del af processen med arbejdet med betingelserne for vagtarbejde på afdelingen.

3 De yngre lægers vagtarbejde

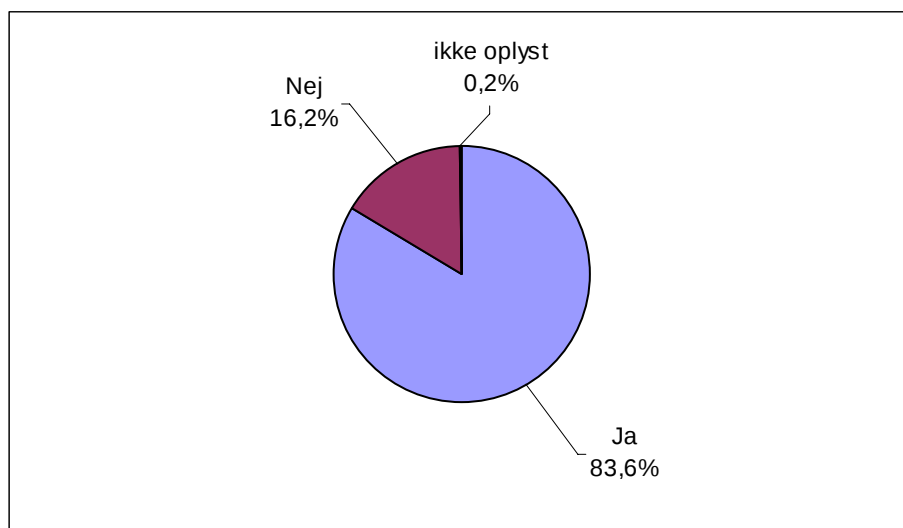
I 2006 havde Yngre Læger 9.716 erhvervsaktive medlemmer. Heraf 4.281 mænd og 5.435 kvinder (6). Flertallet heraf var på dette tidspunkt i gang med en speciallægeuddannelse, mens 25 % var færdiguddannede speciallæger (6).

I de følgende afsnit undersøges på baggrund af resultaterne fra surveyundersøgelsen blandt ledende overlæger og yngre lægers tillidsrepræsentanter omfanget af og betingelserne for de yngre lægers vagtarbejde i tidsrummet 20.00 - 08.00.

3.1 Yngre læger i vagtarbejdet

I surveyundersøgelsen blev der spurgt til, hvorvidt de yngre læger på afdelingen indgik i aften/nattevagter. Af Figur 3.1 fremgår, at 84 % svarede positivt på dette spørgsmål, mens 16 % svarede, at der ikke indgik yngre læger i aften/nattevagter.

Figur 3.1 Indgår de yngre læger på din afdeling i aften/nattevagter⁶ (N = 438)

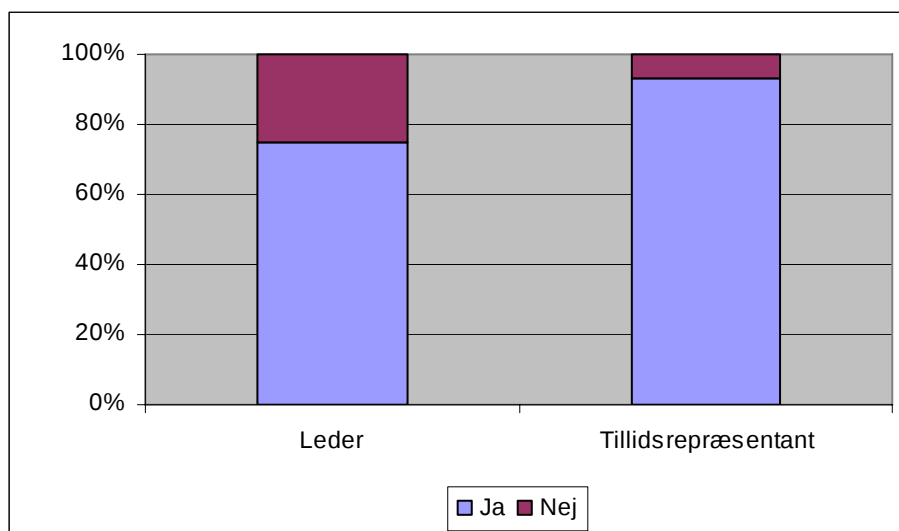


Note: En ledende overlæge har ikke besvaret spørgsmålet.

Hvis man fordeler svarene i Figur 3.1 på henholdsvis tillidsrepræsentanter og ledende læger fremkommer det billede, at der er relativt flere ledende læger, der har svaret på survey'en på afdelinger, hvor de yngre læger ikke deltager i vagtarbejdet, end der er tillidsrepræsentanter. Det fremgår således af Figur 3.2, at der er 25 % af de ledende overlæger, der svarer, at der ikke indgår yngre læger i vagtarbejdet, mens dette tal er 7 % for tillidsrepræsentanternes vedkommende.

⁶ Vagtarbejde der foregår i hele eller dele af tidsrummet 20-08.

Figur 3.2 Indgår de yngre læger på din afdeling i aften/nattevagter?



Note: En ledende overlæge har ikke besvaret spørgsmålet.

Denne forskel i besvarelser kan dels hænge sammen med, at det kan være tillidsrepræsentanter og ledere fra forskellige afdelinger, der har besvaret survey'en. Dels kan det hænge sammen med, at der er flere ledende overlæger end tillidsrepræsentanter, der samlet set har besvaret survey'en (i tråd med at survey'en er udsendt til flere ledende overlæger end til tillidsrepræsentanter). Det må også anses for sandsynligt, at der er flere tillidsrepræsentanter end ledende overlæger, der har fravalgt at besvare survey'en begrundet i, at de yngre læger ikke deltager i vagtarbejde på afdelingen.

Når der er så meget som 16 %, der gennemsnitligt svarer, at der ikke indgår yngre læger i vagtarbejdet, er det selvfølgelig relevant at stille spørgsmålet, i hvilke specialer de primært ikke deltager i vagtarbejdet. Af Tabel 3.1 fremgår, at det i overvejende grad er inden for kategorien: Andre specialer, at de yngre læger ikke deltager i vagtarbejdet.

Tabel 3.1 Yngre lægers deltagelse i vagtarbejdet fordelt på specialer (N = 366)

	Ja	Nej
Andre specialer	58 %	42 %
Anæstesiologi	80 %	20 %
Gynækologi og obstetrik	100 %	0 %
Kirurgi	89 %	11 %
Medicin	93 %	7 %
Onkologi	100 %	0 %
Psykiatri	84 %	16 %
Pædiatri	100 %	0 %
I alt	84 %	16 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. En ledende overlæge har ikke besvaret spørgsmålet.

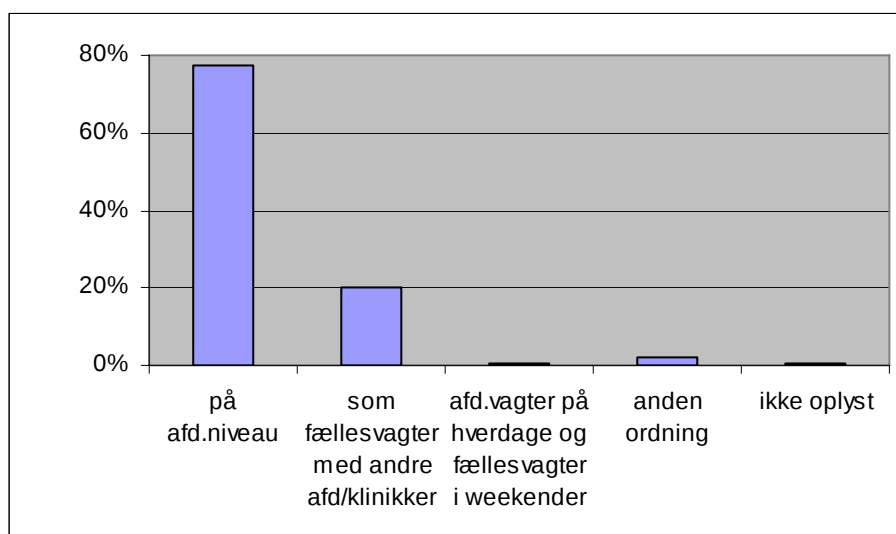
Der er dog også 20 % inden for anæstesiologien, 16 % inden for psykiatrien, 11 % inden for kirurgien og 7 % inden for de medicinske specialer, der svarer, at de yngre læger ikke deltager i vagtarbejde.

Men Tabel 3.1 viser, at der er relativt store forskelle specialerne imellem på i hvilket omfang de yngre læger deltager i vagtarbejdet.

3.1.1 Organiseringen af vagterne

Hvad angår, hvorledes vagterne er organiseret, fremgår det af Figur 3.3, at hovedparten af vagterne er organiseret som afdelingsvagter. En femtedel er organiseret som fællesvagt mellem flere afdelinger. En fællesvagt er defineret enten A) som en vagt, hvor flere administrativt og økonomisk selvstændige afdelinger eller klinikker slår deres vagthold sammen til et vagthold, der samlet varetager opgaverne på alle de involverede afdelinger. Eller B) kan en fællesvagt bestå af et vagtlag fra en afdeling, der løser opgaver på en eller flere andre afdelinger, som ikke selv bidrager med læger i fællesvagten (8).

Figur 3.3 Aften/nattevagterne er organiseret (N = 366)



Note: I figuren indgår respondenter, der har svaret ja til at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter.

Kun få svarede, at der var en anden ordning. Og i dette spørgsmål er besvarelsene fra de yngre læger og fra de ledende overlæger meget ens. Der var således 78 % af de ledende overlæger og 77 % af de yngre læger, der svarede, at vagterne var organiseret som afdelingsvagter. Det var i besvarelsene henholdsvis 19 % (de ledende overlæger) og 20 % (tillidsrepræsentanterne), der var organiseret som fællesvagter.

Langt hovedparten af vagterne er således organiseret som afdelingsvagter. Det er således en femtedel af vagterne, hvor eksempelvis bestemmelsen i overenskomsten om 2/3 belastning i overenskomsten for fællesvagter er gældende. Det vil sige, at der i fællesvagterne i gennemsnit over en normperiode skal være mindst 4 timers hvile og højst 8 timers arbejde i tidsrummet 20.00 – 08.00 (8). Hertil kommer regler om hviletid, der siger, at den yngre læge ikke må arbejde mere end 13 timer pr. døgn. Det vil sige, at der skal være 11 timers hvile i et døgn. Reglerne om hviletid betyder, at der skal være mindst 8 timers hvile i fællesvagten, hvis der er tale om en døgnvagt (8).

3.1.2 Vagthyppighed

Noget af det de yngre læger i interviewundersøgelsen gik op i var hyppigheden af vagter. Hyppigheden af vagter hænger ofte sammen med, hvor hårde vagterne opleves at være. Dels fordi det opleves at være hårdt at have vagt ofte, dels fordi der er en tendens til, at de yngre læger ønsker at have lange vagter for at holde vagthyppigheden nede.

Yngre lægers vagtarbejde kører i et såkaldt rul med et fast interval. Vagthyppigheden afhænger således blandt andet af, hvor mange yngre læger vagtlaget består af. Der kan dog opstå sygdom, barsel og lignende, der gør, at de yngre læger har oftere vagt. Den yngre læge kan højst pålægges at have vagt – det vil sige arbejde efter kl. 18.00 – hver 6. dag. For fællesvagters vedkommende højst hver 7. dag (8).

Såvel de ledende overlæger som de yngre lægers tillidsrepræsentanter blev i surveyundersøgelsen spurgt, hvor ofte de yngre læger reelt har aften/nattevagter på afdelingen.

Tabel 3.2 Hvor ofte har lægerne på din afdeling aften/nattevagter?⁷ (N = 365)

	Oftere end hver 7. dag	Hver 7. dag	Hver 8. dag	Hver 9. dag	Hver 10. dag	Hver 11. dag	Hver 12. dag	Hver 13. dag	Hver 14. dag	Sjældnere end hver 14. dag	Ikke oplyst
Leder	20 %	35 %	19 %	12 %	8 %	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %	1 %
Tillidsrepræsentant	37 %	29 %	10 %	12 %	7 %	2 %	0 %	0 %	3 %	1 %	1 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Chi²-test, P=0,01

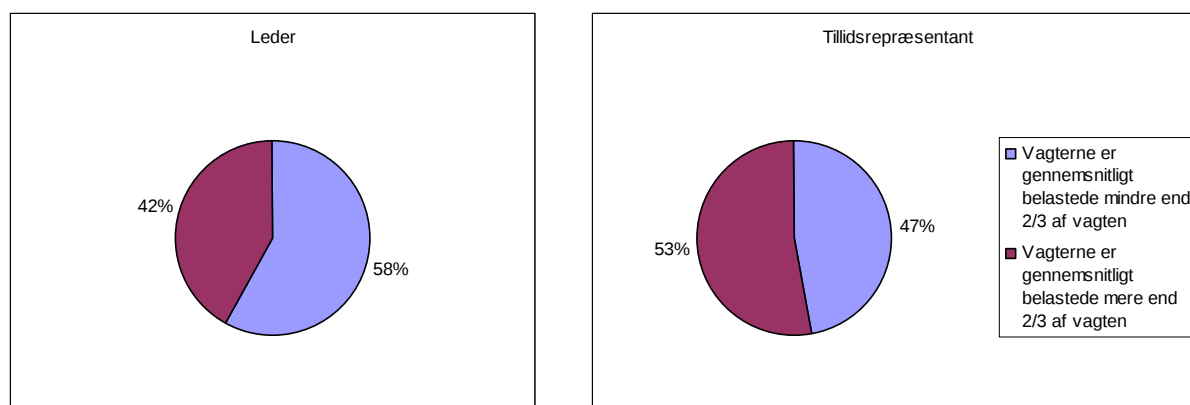
Som det kan ses i Tabel 3.2, varierer svarene på tværs af de to grupper. Hvad angår hyppigheden af vagter varierer svarene således efter, om det er en ledende overlæge eller en tillidsrepræsentant, der besvarer spørgsmålet. Således er det markant flere tillidsrepræsentanter, der mener, at vagterne finder sted oftere end hver 7. dag. Og der er 64 % af tillidsrepræsentanterne, der svarer, at vagterne finder sted hver 7. dag eller oftere, mens dette tal er 55 % blandt de ledende overlæger.

3.2 Belastningen i vagtarbejdet

En ting er hyppighed af aften- og nattevagter. Noget andet er dog, hvor travle vagterne er og dermed hvor stor belastningen er. Belastningen i vagtarbejdet kan dog være svær at definere, og det kan derfor være svært at afgøre, hvornår en vagt er for belastet. I Yngre Lægers "Vagtkogebog" er der som en indikator for, hvornår vagter er for belastede angivet vagter, hvor belastningen er mere end 2/3 i tidsrummet 20.00 – 08.00 – svarende til bestemmelserne for belastningen i fællesvagt.

Der er således i tråd hermed i surveyundersøgelsen spurgt til respondenternes vurdering af, hvorvidt vagterne i gennemsnit var belastet mere eller mindre end 2/3.

Figur 3.4 Hvor belastende er aften/nattevagterne gennemsnitligt efter din vurdering? (N = 366)



Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter.

⁷ Respondenterne er anmodet om at anslå det faktiske antal vagter og ikke kun planlagte vagter.

Hvis man ser på, hvor belastede vagterne vurderes at være, er der igen en forskel i besvarelsene, se Figur 3.4. Her er det igen de ledende overlæger, der vurderer, at vagterne er mindst belastede, og de yngre læger der vurderer, at vagterne er mest belastede. Over halvdelen af tillidsrepræsentanterne svarer således, at vagterne i gennemsnit er belastede mere end 2/3. Tilsvarende er 42 % af de ledende overlæger af denne vurdering. Det skal her bemærkes, at der i fritekstboksene i surveyundersøgelsen var nogle ledende overlæger der skrev, at det var svært at svare på denne type af spørgsmål, når man for eksempel havde 6 forskellige vagttag på afdelingen.

"Med 6 vagttag, bliver alle svar "gennemsnit", og dermed ikke noget reelt billede af de enkelte vagttag, hvoraf et par har svære problemer med belastning, andre mindre og et enkelt slet ikke." (Leder, andre specialer).

"Det er rimelig svært at svare på jeres spørgsmål vedr. vagter og vagtbelastning, idet vi har 3 vagttag af yngre læger på forskellige uddannelsesstrin og med forskellig belastning og problemer." (Leder, kirurgi).

Der ligger således nogle tolkningsmæssige begrænsninger relateret til den måde spørgsmålene er stillet på. Gennemsnitsbetragtningerne kan således godt dække over, at nogle vagttag fungerer relativt uproblematisk, mens andre er hårdt belastede. Der kan således også lokalt være store forskelle på belastningen.

Et relevant spørgsmål er her naturligvis også, om der er en forskel på, hvor belastet vagtarbejdet anses for at være inden for de forskellige specialegrupper. Tabel 4 viser derfor sammenhængen mellem specialer og belastningsgrad på mere eller mindre end 2/3.

Det fremgår af Tabel 3.3, at andre specialer, onkologi og psykiatri er de mindst belastede specialer. Inden for disse specialer mener 15 – 21 % af respondenterne, at vagterne er belastede mere end 2/3 af vagten. Hvis man ser på tillidsrepræsentanternes vurdering af belastning inden for de tre specialer, så er denne dog generelt lidt højere end de ledende overlægers. Inden for psykiatrien er der således 29 % af tillidsrepræsentanterne, der vurderer, at belastningen er mere end 2/3. I gruppen af andre specialer er dette tal 17 %. Størst er forskellen inden for onkologien. Her er der 33 % af tillidsrepræsentanterne, der vurderer, at belastningen er mere end 2/3.

Tabel 3.3 Relation mellem belastningsgrad og speciale (N = 361)

Vagterne er gennemsnitligt belastede	Anæstesiologi	Pædiatri	Medicin	Gynækologi og obstetrik	Kirurgi	Psykiatri	Onkologi	Andre specialer
mindre end 2/3 af vagten	35 %	35 %	37 %	48 %	53 %	79 %	82 %	85 %
mere end 2/3 af vagten	65 %	65 %	63 %	52 %	47 %	21 %	18 %	15 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Chi²-test, P=<0,0001

Anæstesiologi, pædiatri, medicin, gynækologi og obstetrik og kirurgi vurderes derimod at være langt mere belastede specialer. Inden for disse specialer mener 47 – 65 % af respondenterne, at vagterne er belastede mere end 2/3 af vagten.

Hvis man ser på tillidsrepræsentanternes vurdering af belastning inden for de enkelte specialer, så er denne igen generelt højere end de ledende overlægers. Ifølge tillidsrepræsentanterne er det således 67 % inden for anæstesiologien, 50 % inden for kirurgien, 68 % inden for medicin og 70 % inden for

pædiatri, at belastningen er mere end 2/3. Størst forskel i besvarelser er der inden for gynækologi og obstetrik. Her mener hele 64 % af de yngre læger, at belastningen er mere end 2/3.

Disse tal giver således et indblik i, dels at der er mange, der vurderer, at vagterne er belastet mere end 2/3, dels at der er store speciemæssige forskelle på omfanget af problemerne med belastning i vagtarbejdet. Af såvel interviewundersøgelsen som fritekstspørgsmålene i surveyundersøgelsen fremgik endvidere, at der specielt inden for et speciale som pædiatri er store sæsonrelaterede forskelle på vagtbelastningen. Belastningen angives således på grund af infektionssygdomme at være størst i vinterhalvåret.

"Vagtbelastningen er meget sæsonbestemt, og der forsøges i forvejen med en ekstra vagthavende i vinterhalvåret, dog afhængigt af, om der kan skaffes kvalificeret arbejdskraft." (Leder, pædiatri).

Ud over speciale, tid på året og måske også størrelsen på en afdeling (som også i nogle interview blev nævnt som en faktor) er der andre forhold, der kan spille ind på, hvor belastede vagterne er. Et af disse er måden vagtarbejdet er organiseret på. På nogle afdelinger er vagterne således primært afdelingsvagter, hvor patienter relateret til egen afdeling eller klinik behandles, mens andre vagter er organiseret som fællesvagter med andre afdelinger, andre klinikker og i nogle tilfælde også med andre lægefaglige specialer. Hvis vurderingen af belastning krydses med svarene på, hvordan vagterne er organiseret fremkommer Tabel 3.4.

Tabel 3.4 Relation mellem belastning og organisering (N = 356)

Vagterne er gennemsnitligt belastede	På afdelingsniveau	Som fællesvagter med andre afdelinger/klinikker
mindre en 2/3 af vagten	54 %	44 %
mere en 2/3 af vagten	46 %	56 %
I alt	100 %	100 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Chi²-test, P=0,13)

Det fremgår af Tabel 3.4, at der ikke er nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem organisering af vagten og belastningsgrad. Det kan konkluderes, at det på trods af bestemmelsen i overenskomsten om, at fællesvagten ikke må være belastet mere end 2/3 forholder sig sådan, at fællesvagterne ikke er mindre belastede end afdelingsvagterne.

Dette er ud fra en overenskomstmæssig betragtning interessant, fordi belastningsgraden burde have været lavere end 2/3, hvis bestemmelsen havde været overholdt. Det må altså konkluderes, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem, hvor præcise bestemmelserne er, og hvor belastede vagterne er. Der synes også at være andre faktorer, der spiller ind. Det må også konkluderes, at bestemmelsen om 2/3 belastning ikke altid overholdes. Samtidig er det ikke muligt at vide, hvor belastet fællesvagterne ville have været, hvis der ikke havde været en bestemmelse om 2/3 belastning.

Der er flere forhold, der kan påvirke, hvor belastet en vagt er. En ting er arbejdspresset og muligheden for pauser og hvile, noget andet er arbejdsbetingelserne og arbejdsmiljøet i vagtarbejdet. Dette vil blandt andet sige, hvor megen hjælp og støtte den yngre læge får i vagtarbejdet. Der blev derfor i surveyundersøgelsen spurgt til en række forhold i relation hertil. Og svarene på disse spørgsmål blev efterfølgende krydset med vurderingen af, om belastningen var mere eller mindre end 2/3.

Tabel 3.5 Man får den information, man behøver for at kunne udføre vagtarbejdet godt (N = 366)

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke oplyst
Leder	0 %	1 %	12 %	72 %	13 %	2 %
Tillidsrepræsentant	0 %	5 %	37 %	49 %	9 %	0 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Mann Whitney test, $P < 0,0001$

De ledende overlæger og tillidsrepræsentanterne blev således spurgt til, om de vurderede, at de yngre læger fik den information, de behøver for at udføre vagtarbejdet godt. Af Tabel 3.5 fremgår, at der er forskel på svarene alt efter, om det er en ledende overlæge eller en yngre læge, der vurderer, hvorvidt man som yngre læge får den information, man behøver for at udføre arbejdet godt. 58 % af tillidsrepræsentanterne mener i høj grad eller i meget høj grad, at man får den information, man behøver for at kunne udføre vagtarbejdet godt, mens dette tal er 85 % for de ledende overlægers vedkommende.

Krydses henholdsvis tillidsrepræsentanternes og de ledende overlægers svar i figur 6 om belastningsgrad med deres svar i Tabel 3.5 fremgår det, at der ikke er nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem, om vagterne er belastede mere end 2/3, og man får den information, man behøver for at udføre arbejdet godt (Bilagstabel 1 og Bilagstabel 2).

Tabel 3.6 Man får tilstrækkelig støtte og hjælp fra bagvagten (N = 366)

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke oplyst
Leder	2 %	1 %	13 %	55 %	26 %	4 %
Tillidsrepræsentant	2 %	3 %	22 %	47 %	24 %	3 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Mann Whitney test, $P = 0,08$

En af de ting, der blev peget på i interviewene med de yngre læger, var frustrationer over manglende hjælp og støtte fra nogle af deres bagvagter. Når tillidsrepræsentanterne i surveyundersøgelsen svarer generelt på dette spørgsmål, er det dog 71 %, der i høj grad eller i meget høj grad mener, at man får tilstrækkelig støtte og hjælp fra bagvagten. Igen svarer de ledende overlæger mere positivt (81 %) end tillidsrepræsentanterne, selv om forskellen ikke er statistisk signifikant.

Krydses henholdsvis tillidsrepræsentanternes og de ledende overlægers svar i figur 6 om belastningsgrad med deres svar i Tabel 3.6 fremgår det igen, at der ikke er nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem vurderingen af, om vagten er belastet mere end 2/3, og den yngre læge får tilstrækkelig støtte og hjælp fra bagvagten (Bilagstabel 3 og Bilagstabel 4).

Tabel 3.7 Man har et godt samarbejde med andre læger i vagten (N = 366)

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke oplyst
Leder	2 %	1 %	19 %	59 %	14 %	5 %
Tillidsrepræsentant	3 %	7 %	35 %	43 %	11 %	1 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Mann Whitney test, $P < 0,0001$

73 % af de ledende overlæger vurderede, at der i høj grad eller i meget høj grad er et godt samarbejde med andre læger i vagtarbejdet. Tilsvarende tal for tillidsrepræsentanterne var 54 %. Der var 10 % af tillidsrepræsentanterne, der vurderede, at der kun i ringe grad eller slet ikke var et samarbejde med andre læger i vagten.

Krydses tillidsrepræsentanternes svar i Figur 3.4 om belastningsgrad med deres svar i Tabel 3.7 fremgår det, at der ikke er nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem, om vagterne er belastede mere end 2/3 og man har et godt samarbejde med andre læger i vagtarbejdet (Bilagstabel 5).

I den tilsvarende øvelse blandt ledende overlæger fremkommer dog det resultat, at de ledende overlæger vurderer, at samarbejdet er bedst, når belastningen er over 2/3 (Bilagstabel 6).

Tabel 3.8 Man har et godt samarbejde med plejepersonalet i vagten (N = 366)

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke oplyst
Leder	0	0	11 %	69 %	16 %	4 %
Tillidsrepræsentant	1 %	3 %	23 %	57 %	16 %	1 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Mann Whitney test, P=0,008

En anden relation, der i interviewundersøgelsen også er angivet at være af betydning for vagtarbejdet, er samarbejdet med plejepersonalet i vagten. Der er 85 % af de ledende overlæger, der vurderede, at der i høj grad eller i meget høj grad er et godt samarbejde med plejepersonalet i vagtarbejdet. Tilsvarende tal for tillidsrepræsentanterne var 73 %. Der var 4 % af tillidsrepræsentanterne, der vurderede, at der kun i ringe grad eller slet ikke var et samarbejde med plejepersonalet i vagten. Det synes således ikke at være her, at de store generelle behov for en forbedring ligger.

Krydses tillidsrepræsentanternes svar i Figur 3.4 om belastningsgrad med deres svar i Tabel 3.8 fremgår det dog, at der er en sammenhæng i deres vurdering af belastningsgrad, og om der er et godt samarbejde med plejepersonalet. Således er samarbejdet bedst på de afdelinger hvor vagtbelastningen er mindre end 2/3 (Bilagstabel 7). I de ledende overlægers vurdering er der ingen statistisk signifikant sammenhæng herimellem (Bilagstabel 8).

Tabel 3.9 Man har mulighed for at følge op på/få talt om svære situationer efter vagten (N = 366)

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke oplyst
Leder	0	2 %	28 %	44 %	23 %	3 %
Tillidsrepræsentant	4 %	21 %	31 %	34 %	10 %	1 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Mann Whitney test, P=<0,0001

Noget af det, såvel de yngre læger som en række ledende overlæger pegede på i interviewene, var, at det, der også kunne være hårdt i vagtarbejdet, var de svære situationer, de yngre læger kunne opleve at stå alene i.

En fjerdedel af de yngre læger vurderer, at der slet ikke eller kun i ringe grad er mulighed for at få fulgt op på svære situationer efter vagten. Igen ser de ledende overlæger langt mere positivt på muligheden herfor. 67 % svarer således, at der efter deres vurdering i høj grad eller i meget høj grad er mulighed for at følge op på svære situationer. Tilsvarende tal for de yngre læger er 44 %.

Krydses tillidsrepræsentanternes svar i Figur 3.4 om belastningsgrad med deres svar i Tabel 3.9 fremgår det, at der er en sammenhæng mellem, om vagterne er belastede mere end 2/3 og om man har mulighed for at få fulgt op på svære situationer efter vagten. Således anser de yngre læger mulighederne herfor for at være dårligere, når vagterne er belastet mere end 2/3 (Bilagstabel 9). I de ledende overlægers vurdering er der ingen statistisk signifikant sammenhæng herimellem (Bilagstabel 10).

Tabel 3.10 Man har mulighed for at lære noget nyt igennem vagtarbejdet (N = 366)

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke oplyst
Leder	1 %	4 %	20 %	52 %	22 %	2 %
Tillidsrepræsentant	2 %	16 %	35 %	35 %	11 %	1 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Mann Whitney test, $P < 0,0001$

Hvad angår vagterne som en læringssituation anskuer de ledende overlæger denne betydning at være større end de yngre læger gør. 74 % af de ledende overlæger vurderer således, at man har mulighed for at lære noget nyt gennem vagtarbejdet. Tilsvarende tal for de yngre læger er 46 %. Imens 18 % af de yngre læger vurderer, at der slet ikke eller kun i ringe grad er mulighed for at lære noget nyt.

Krydses tillidsrepræsentanternes svar i Figur 3.4 om belastningsgrad med deres svar i Tabel 3.10 fremgår det, at der ikke er nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem, om vagterne er belastede mere end 2/3, og om man oplever at lære noget nyt gennem vagtarbejdet (Bilagstabel 11).

Interessant nok er der i de ledende overlægers svar dog en klar sammenhæng mellem belastning og muligheden for at lære noget nyt. Således er der 86 %, der mener, at man i høj eller meget høj grad kan lære noget nyt, når belastningen er mere end 2/3. Mens der er 67 %, der vurderer, at man i høj eller meget høj grad kan lære noget nyt, når belastningen er mindre end 2/3 (Bilagstabel 12).

Tabel 3.11 Vagterne udgør et problem for uddannelseskvaliteten (N = 366)

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke oplyst
Leder	21 %	35 %	32 %	10 %	0	2 %
Tillidsrepræsentant	12 %	34 %	30 %	17 %	6 %	1 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Mann Whitney test, $P = 0,003$

En lille tredjedel mener, at vagterne i nogen grad udgør et problem for uddannelseskvaliteten. 23 % af de yngre læger mener, at dette gælder i høj grad eller meget høj grad, mens det tilsvarende tal for de ledende overlæger er 10 %. Mere end halvdelen af de ledende overlæger (56 %) mener ikke, at vagterne udgør et problem for uddannelseskvaliteten. Det tilsvarende tal for de yngre læger er 46 %.

Krydses tillidsrepræsentanternes svar i Figur 3.4 om belastningsgrad med deres svar i Tabel 3.11 fremgår det, at der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem, om vagterne er belastede mere end 2/3, og om man oplever, at vagterne udgør et problem for uddannelseskvaliteten. Således er der 16 %, der vurderer, at vagterne i høj eller i meget høj grad udgør et problem for uddannelseskvaliteten, når vagterne er belastede mindre end 2/3, mens tilsvarende tal er 30 %, når vagterne er belastede mere end 2/3 (Bilagstabel 13). I de ledende overlægers vurdering er der ingen statistisk signifikant sammenhæng herimellem (Bilagstabel 14).

Tabel 3.12 Vagterne udgør et arbejdsmiljømæssigt problem (N = 366)

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke oplyst
Leder	17 %	41 %	31 %	7 %	2 %	2 %
Tillidsrepræsentant	12 %	34 %	30 %	17 %	7 %	1 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter. Mann Whitney test, P=0,001

Der var 9 % af de ledende overlæger, der vurderede, at vagterne i høj eller i meget høj grad udgjorde et arbejdsmiljømæssigt problem. Tilsvarende tal for tillidsrepræsentanterne var 24 %. I begge grupper var der knap en tredjedel, der vurderede, at vagten i nogen grad udgjorde et arbejdsmiljømæssigt problem. Men over halvdelen (58 %) af de ledende overlæger vurderede, at vagterne slet ikke eller kun i ringe grad udgjorde et arbejdsmiljømæssigt problem. Tilsvarende vurderede 46 % af de yngre læger, at vagterne slet ikke eller kun i ringe grad udgjorde et arbejdsmiljømæssigt problem.

Krydses tillidsrepræsentanternes svar i Figur 3.4 om belastningsgrad med deres svar i Tabel 3.12 fremgår det, at der er en tydelig sammenhæng mellem, om vagterne er belastede mere end 2/3, og om man oplever, at vagterne udgør et arbejdsmiljømæssigt problem. Problemet vurderes således at være størst, når belastningen er højst. Der er således 38 %, der vurderer, at der i høj eller i meget høj grad er tale om et arbejdsmiljømæssigt problem, når vagterne er belastede mere end 2/3. Mens der er 10 %, der er af den vurdering, når belastningen er under 2/3 (Bilagstabel 15).

Denne vurdering, at de mest belastede vagter udgør det største arbejdsmiljømæssige problem deles af de ledende overlæger, om end de vurderer omfanget af problemet som mindre. Der er således 16 % af de ledende overlæger, der vurderer, at der i høj eller i meget høj grad er tale om et arbejdsmiljømæssigt problem, når vagterne er belastede mere end 2/3. Mens der er 4 %, der er af den vurdering, når belastningen er under 2/3 (Bilagstabel 16).

3.3 Diskussion af belastningsgrad

Fordi der for nogle respondenter vedkommende svares gennemsnitligt på spørgsmålene på tværs af flere vagtlag kan det være svært at foretage en bedømmelse af, hvor belastede ledende overlæger og tillidsrepræsentanter oplever, at yngre lægers vagtarbejde er.

Med dette forbehold in mente var der ca. 50 %, der svarede, at vagterne gennemsnitlig var belastede mere end 2/3. Der var måske ikke overraskende flere tillidsrepræsentanter end ledende overlæger, der vurderede at vagterne var mere end 2/3 belastede.

På trods af, at der er flere overenskomstmæssige bestemmelser omkring fællesvagten, der skulle sikre, at belastningen ikke blev for stor i disse vagter, så er disse ikke mindre belastede end afdelingsvagterne. Dette peger således dels på, at bestemmelserne om fællesvagt i over halvdelen af vagtlagene ikke virker efter den hensigt at holde belastningen nede under 2/3. Dels peger det på, at der ikke nødvendigvis er et direkte forhold mellem, hvor konkrete bestemmelser er, og hvor belastede vagter opleves at være. Samtidig vides det ikke, hvad belastningen ville have været uden bestemmelsen om 2/3 belastning.

Dette giver anledning til at diskutere, hvorvidt det er tilstrækkeligt at sætte fokus på belastningen i vagtarbejdet via overenskomster. Eller om der også bør sættes fokus på området i andre sammenhænge.

Interessant er også, at selvom 42 % af de ledende overlæger mener, at vagterne generelt er belastede mere end 2/3, så ser de mildere på konsekvenserne heraf end de yngre lægers tillidsrepræsentanter gør. Dette hænger muligvis sammen med, at de yngre læger har et mere detaljeret dagligdags

kendskab til vagtarbejdet udført af de yngre læger, end de ledende overlæger har. De ledende læger ser således lysere på, at de yngre læger får den information, de behøver for at udføre vagtarbejdet godt, lysere på støtten fra bagvagten og lysere på samarbejdet med andre læger i vagten. De ledende overlæger ser også lysere på samarbejdet med plejepersonalet og muligheden for at tage svære situationer op efter vagten. Der er tilsvarende langt flere ledende overlæger, der mener, at de yngre læger har mulighed for at lære noget nyt i vagtarbejdet. Ligesom der er flere tillidsrepræsentanter, der mener, at vagterne udgør et problem for uddannelseskvaliteten. Over halvdelen af de yngre læger svarer således, at vagterne udgør et problem for uddannelseskvaliteten, mens det tilsvarende tal for de ledende overlæger er 42 %.

Tilsvarende mener lidt over halvdelen af de yngre læger i surveyundersøgelsen, at vagterne udgør et arbejdsmiljømæssigt problem. Der er 40 % af de ledende overlæger, der mener, at vagterne udgør et arbejdsmiljømæssigt problem.

Krydses disse vurderinger med svarene på, om vagterne er belastede mere eller mindre end 2/3, fremkommer de resultater, at der i tillidsrepræsentanternes svar er en sammenhæng mellem, hvorvidt vagterne er belastede mere end 2/3, og hvorvidt der er et godt samarbejde med plejepersonalet i vagterne, hvorvidt man har mulighed for at følge op på svære situationer, hvorvidt vagterne udgør et problem for uddannelseskvaliteten, og hvorvidt de udgør et arbejdsmiljømæssigt problem. Alle disse faktorer forværres således efter de yngre lægers vurdering, når belastningen er mere end 2/3.

Også de ledende overlæger vurderer, at der i højere grad er tale om, at vagterne udgør et arbejdsmiljømæssigt problem, når vagterne er belastede mere end 2/3. De ledende overlæger vurderer dog, at samarbejdet med andre læger i vagterne er bedst, når vagterne er belastede mere end 2/3. Og at man ligeledes har mest mulighed for at lære noget nyt, når vagterne er belastede mere end 2/3.

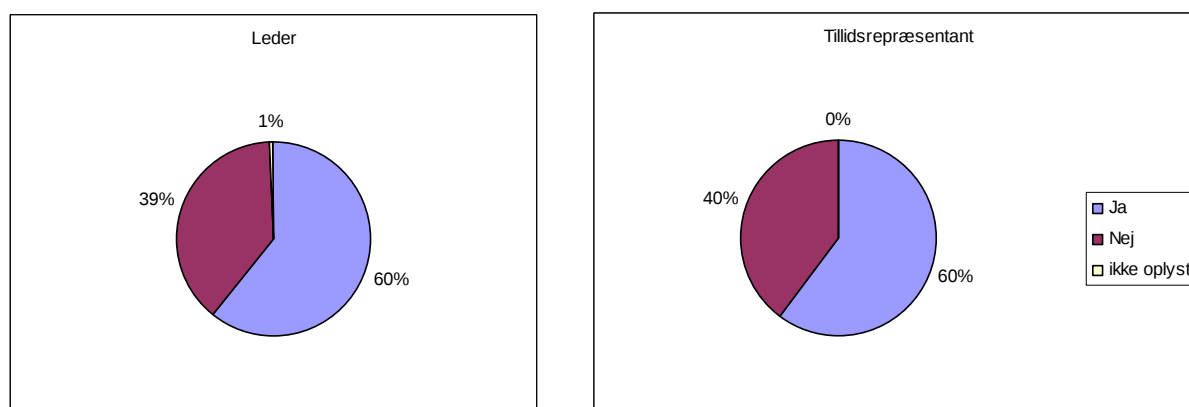
Samlet set kan det altså konkluderes, at der blandt mange tillidsrepræsentanter og ledende overlæger er en enighed om, at der er et problem, hvad angår arbejdsmiljø, men at vurderingen af problemets omfang svinger. Simultant kan konkluderes, at der også er enighed blandt en stor gruppe af tillidsrepræsentanter og ledende overlæger om, at der kun i ringe grad eller slet ikke er tale om et problem.

Dermed er der ikke tale om et problem med en ligelig tyngde i alle afdelinger og i alle specialer. Der er derimod store variationer. Belastningen var således størst inden for specialer: Anæstesiologi og intensiv, pædiatri, medicin, gynækologi og obstetrik samt inden for kirurgien.

4 Kendskab til vagtbestemmelsen

Som en del af surveyundersøgelsen har det været centralt at få belyst i hvor høj grad kendskab til bestemmelsen (§ 21 stk. 5, i H:S: § 20, stk.5), der blev aftalt ved overenskomstforhandlingerne i 2005, er nået ud til dels de ledende overlæger dels yngre lægers tillidsrepræsentanter. Alle landets afdelinger havde som led i "Vagtprojektet" modtaget et brev om denne bestemmelse, som giver adgang til forhandling, fra projektets styregruppe (3).

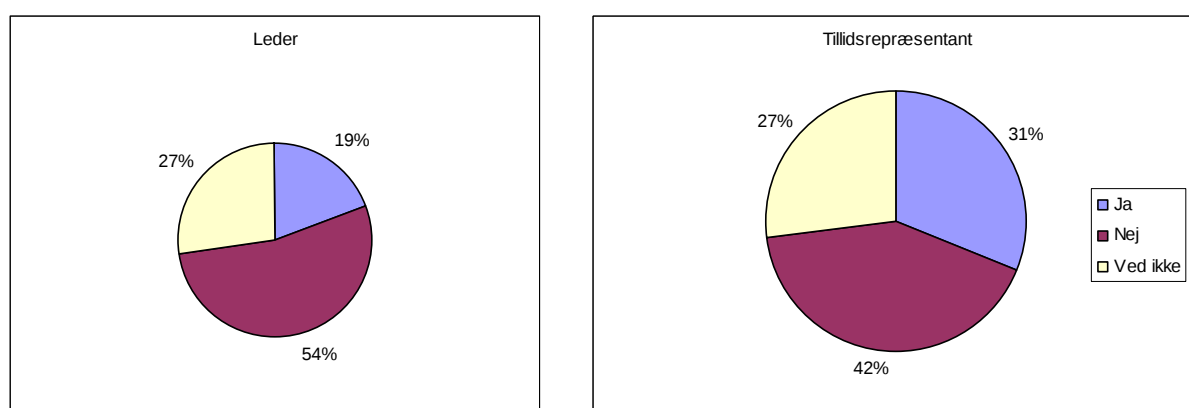
Figur 4.1 Har du kendskab til bestemmelsen om vagtbelastning (§ 21 stk.5)?⁸ (N = 366)



Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter.

Som Figur 4.1 viser, var der 60 %, der svarede, at de kendte til bestemmelsen. Figuren viser også, at kendskabet var ligeligt fordelt mellem ledende overlæger og tillidsrepræsentanter. Omvendt var der således ca. 40 %, der ikke kendte til bestemmelsen. I surveyundersøgelsen blev disse 40 % spurgt til, om de ville have anvendt bestemmelsen, hvis de havde kendt til den.

Figur 4.2 Ville du have anvendt vagtbestemmelsen, hvis du havde kendt til den? (N = 136)



Note: Spørgsmålet er stillet til de respondenter, der svarede nej til at kende bestemmelsen.

Knap en tredjedel af tillidsrepræsentanterne, som ikke kendte til bestemmelsen, og knap en femtedel af de ledende overlæger, som ikke kendte til bestemmelsen, svarede, at de ville have anvendt be-

⁸ "For vagttag, hvor Yngre Læger angiver, at vagtbelastningen i tidsrummet 20.00-08.00 udgør et arbejdsmiljømæssigt problem, skal der på begæring afholdes en lokal forhandling med henblik på initiativer til afdækning, forebyggelse og/eller afhjælpning af problemet. De centrale parter kan inddrages i de lokale forhandlinger."

stemmelsen, hvis de havde kendt til den, se Figur 4.2. Der er således relativt flere tillidsrepræsentanter end ledende overlæger blandt de 40 %, der ikke kendte til bestemmelsen, der svarer, at de ville have anvendt bestemmelsen, hvis de havde kendt til den.

I de uddybende kommentarer til besvarelsen af dette spørgsmål svarer de fleste af dem, der svarede nej til, at de ville have anvendt bestemmelsen, hvis de havde kendt til den, at de ikke anser, at der er et behov for at anvende bestemmelsen. Flere så dog afgjort muligheder i at anvende bestemmelsen.

"Det ville være godt at få mere fokus på yngre lægers vagtbelastning – og på kvaliteten af arbejdet, når man arbejder op til 16 timer i stræk." (Tillidsrepræsentant, Medicin).

"Vi har diskussion med ledelsen om vilkår for vagtarbejdet. Bestemmelsen kunne have været et ekstra argument. Der er nu trods alt lydhørhed hos ledelsen for at lave ændringer." (Tillidsrepræsentant, onkologi).

"På tidligere afdeling med turnusvagter i medicinsk skadestue ville den have været guld værd. (Tillidsrepræsentant, onkologi).

En ledende overlæge kommenterede, at dette ikke var noget man behøvede en overenskomst til, men at dette var noget man løbende tog op, når nogle mente, der var et problem. Nogle svarede således, at de på forskellig vis allerede arbejder med problemstillingen uden at have kendt til bestemmelsen. Nogle af dem, der svarer ja til dette spørgsmål, svarer dog også, at der aktuelt ikke er behov for at anvende bestemmelsen.

Nogle af dem, der svarer "ved ikke" til, om de ville have anvendt bestemmelsen, hvis de havde kendt til den, svarer samtidig, at de har registreret vagtbelastningen på afdelingen.

"YL har opgjort vagttiden igennem en 3 måneders periode, og jeg har været med til at forhandle med ledelsen om bedre aftale til YL." (Leder, kirurgi).

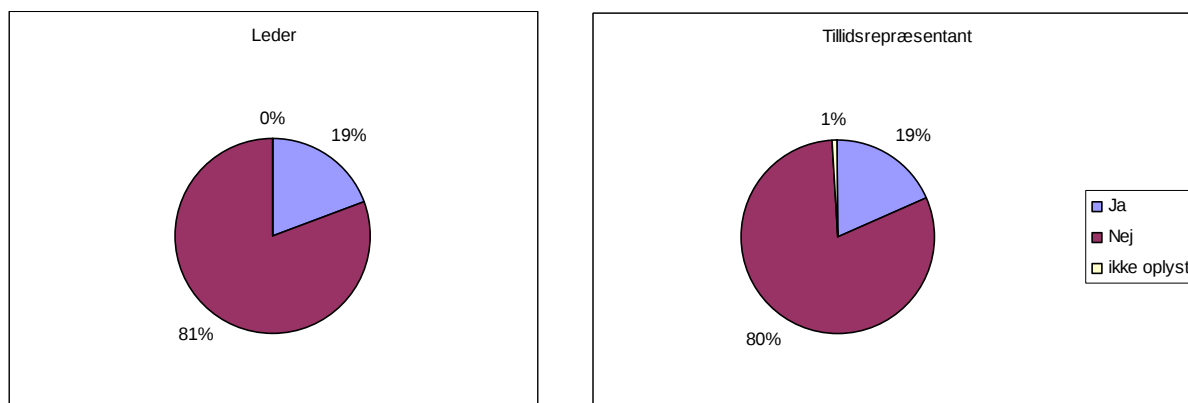
"Vi har prøvet at tidsregistrere, hvilket har været yderst svært at få alle til at huske i vagten. Vi har prøvet at få telefonserveren til at registrere antal og tidspunkter for, hvor man bliver forstyrret - dette var umuligt, idet software til dette ikke eksisterer på hospitalet. Vi kunne således ikke dokumentere, at der var behov for en ændring. Der skal nok et pulsur eller lignende til for at få et nøjagtig billede af, hvor meget og hyppigt man er aktiveret i vagten, idet det ville køre automatisk (hvis det tages på). Samtidig bør opkald til person-søgere registreres. Hvis ikke det sker, bliver det altid ord mod ord mellem arbejdstager og ledelsen på afdelingen, hvilket sjældent medfører et bedre arbejdsmiljø." (Leder, medicin).

Sidstnævnte citat peger således også på, at der kan være nogle metodemæssige barrierer i forhold til måden at tidsregistrere, hvor den yngre læge selv registrerer aktiviteten. Dette var også en pointe, der blev bragt op af nogle af de ledende overlæger i interviewundersøgelsen.

4.1 Anvendelsen af vagtbestemmelserne

I surveyundersøgelsen blev de 60 %, som svarede ja til, at de kendte bestemmelsen, spurgt til, om de havde anvendt bestemmelsen. Knap en femtedel svarede, at de havde anvendt bestemmelsen, se Figur 4.3.

Figur 4.3 Har bestemmelsen været benyttet til at afhjælpe eventuelle problemer med vagtbelastningen på din afdeling? (N = 221)



Note: I figuren indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter, og svarede ja til at kende bestemmelsen.

Igen er der i dette svar en ligelig fordeling mellem ledende overlæger og tillidsrepræsentanter. De, som havde anvendt bestemmelsen, blev derudover spurgt til deres erfaringer med brug af bestemmelsen. Og her var der i højere grad variation mellem svarene, alt efter om erfaringerne vurderedes af de ledende overlæger eller tillidsrepræsentanterne. Generelt havde de ledende overlæger således en mere positiv vurdering af erfaringerne, se Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Hvordan har erfaringerne med brugen af bestemmelsen været? (N = 43)

	Meget dårlige	Dårlige	Hverken eller	Gode	Meget gode
Leder	0 %	0 %	38 %	52 %	10 %
Tillidsrepræsentant	5 %	27 %	55 %	14 %	0 %

Note: I tabellen indgår respondenter, der har svaret ja til, at yngre læger på afdelingen indgår i aften/nattevagter, og svarede ja til at kende bestemmelsen. En stor del af disse respondenter har ikke besvaret spørgsmålet om erfaringer med bestemmelsen.

Mann Whitney test, $P=0,0002$

Af kommentarerne i fritextfelterne i surveyundersøgelsen fremgår det, at der nogle steder er sket konkrete ændringer, fordi det har været konstateret, at belastningen var for stor. For eksempel er vagter blevet delt, og en ændring af arbejdsdeling er forsøgt – eksempelvis med at få sygeplejerskerne til at overtage opgaven med at lægge venflon.

"Vagten blev for ca. et år siden udvidet betydeligt, da vi påpegede de problemer, der var med den daværende vagtordning." (Tillidsrepræsentant, medicin).

"Vi deler nu weekendvagterne og undgår helt døgnvagter." (Leder, gynækologi og obstetrik).

"Ledelsen har været åbne om at forsøge at mindske belastningen ved, at der f.eks. er 2 yngre læger i nattevagt, så forvagten aldrig er alene om natten." (Tillidsrepræsentant, kirurgi).

"Døgnvagter blev til 2-holdsdrift. Siden dette har lægerne i forvagtsslaget været gladere, mindre stressede." (Leder, medicin).

Nogle steder har anvendelsen af bestemmelsen ført til indførelsen af et mellemvagtslag, der har mindsket presset på vagterne:

"Vagtbestemmelsen har været afgørende for indførelse af et mellemvagtslag. Dette har øget kompetencen hos yngre læger og aflastet bagvagten. Betydeligt større tilfredshed i alle lag." (Leder, medicin).

"Vi har på grund af vagtbelastningen indført et mellemvagtslag i døgnvagt, således at der altid er to på arbejde, og en speciallæge i tilkald fra hjemmet." (Leder, kirurgi).

Andre steder beskrives det som trægt at få ændringer igennem. En væsentlig barriere for at gøre noget ved identificerede problemer anses for at være begrænsninger i det økonomiske råderum.

"Det er ofte sådan, at man ikke kan flytte belastningen, men bestemmelsen har hjulpet os til at forhandle enkelte hjælpemidler igennem for dog at mindske belastningen en smule." (Tillidsrepræsentant, andre specialer).

"I vid udstrækning har jeg ingen indflydelse på ansættelser eller bemanning i for- og mellemvagten. Lægerne kommer i en mere eller mindre lind strøm (turnus, almen blok, hovedforløb), og da mit budget er givet, er det illusorisk at mene, at der kan iværksættes forbedrende tiltag (vagtudtynding, vagtdublering mm.)." (Leder, kirurgi).

"Fint nok med en bestemmelse, men det kommer der jo ikke nødvendigvis flere penge i systemet af." (Tillidsrepræsentant, medicin).

"Belastningen i vagten godtgør, at der burde være et vagtlag mere i form af et mellemvagtslag, men dette er udelukket af økonomiske årsager." (Tillidsrepræsentant, kirurgi).

"Endeløse møder med ledelsen om at forbedre fællesvagten. Men der sker aldrig noget. Ledelsen fremfører, at der ikke er økonomisk råd til at forbedre fællesvagten." (Tillidsrepræsentant, medicin).

"Jeg har været med til at afprøve bestemmelsen to steder. Begge steder blev løsningen jf. vagtbelastningsopgørelsen primært stærkt begrænset af afdelingernes økonomiske råderum eller snarere mangel på samme. Den delvise dublering i vagten medførte hyppige vagter med deraf følgende mangel på andre aktiviteter i afdelingen såsom ambulatoriedage og stuegange. Uddannelsen led ved ordningen. Vi vil gerne have, at bestemmelsen kunne tilsige, at der skal gøres noget ved belastningen, uanset at dette vil koste penge." (Tillidsrepræsentant, speciale ikke oplyst).

Nogle steder er vagten således blevet dubleret for at mindske arbejdspresset. Hvis der dog ikke samtidig kommer ekstra læger ind i vagtarbejdet, fører dette dog ifølge mange til hyppigere vagttr og som ovenstående citat viser til mindre dagtid. Samtidig går flere kommentarer på, at de yngre læger ikke mener, at kortere men hyppigere vagter er et godt alternativ:

"Vi fik mulighed for at dele døgnvagterne i weekenden, men det gjorde jo bare, at vi skulle oftere på arbejde i weekenderne. Og vi var i underskud af folk, så det gjorde ikke det egentlige pres mindre." (Tillidsrepræsentant, pædiatri).

Nogle ledende overlæger syntes, at de yngre læger havde nogle urealistiske krav om ændringer:

"YL kom med urealistiske krav. Ingen visioner – kun krav om mindre arbejde. Svært i en tid med meget store sparekrav!" (Leder, kirurgi).

4.1.1 Intet behov for at anvende bestemmelsen

I surveyundersøgelsen blev de ca. 80 % som svarede, at de ikke havde anvendt bestemmelsen, selv om de kendte til den, se Figur 4.3, bedt om at uddybe hvorfor. Hovedparten af de, der svarede på spørgsmålet, kom med uddybende kommentarer om, at de ikke oplevede, at der var et behov. Nogle beskrev deres vagtarbejde som generelt velfungerende og andre beskrev, at de af andre årsager ikke oplevede at være særlig belastede.

"Overordnet set helt uproblematisk forhold i veltilrettelagte vagttag." (Tillidsrepræsentant, anæstesiologi).

"Belastningen i vagten er ikke ret høj. Oftest omkring 6 timer mellem 20-08." (Tillidsrepræsentant, kirurgi).

"Afdelingen har 3 vagttag i tilstedeværelsesvagt. Det er min opfattelse, at den samlede belastning for de 3 lag er under 2/3 – de enkelte vagttag kan dog i perioder være belastede mere end 2/3." (Leder, anæstesiologi).

"Vagterne på vores afdeling er ikke særlig belastede." (Leder, kirurgi).

"Afdelingen har ikke benyttet vagtbestemmelsen, da vi ikke mener, der er et problem i forhold til arbejdsmiljøloven. Med henblik på at efterprøve dette, har det yngste vagttag på min foranledning lavet en ekstra vagtopgørelse, som der i øjeblikket er ved at ske opgørelse af." (Leder, kirurgi).

"Der har ikke været behov/grund til at bruge den." (Leder, gynækologi og obstetrik).

Nogle svarede, at der på deres afdeling ikke var nødvendigt at anvende sådanne bestemmelser, fordi de tog højde for problemer på anden vis:

"Disse problemer kan stadig ordnes uden skelen til paragraffen". (Tillidsrepræsentant, medicin).

"Jeg mener, vagterne har stor uddannelsesmæssig værdi. Hvis en af lægerne har arbejdsmiljømæssige problemer f.eks. som følge af graviditet, tager vi naturligvis udgangspunkt i at hjælpe den pågældende person. Vi stræber mod opfyldelse af individuelle behov snarere end regelstyring, hvor forholdene bliver ens for alle." (Leder, medicin).

Tilsvarende var der en stor del af dem, der i Figur 4.2 svarede, at de ikke ville have anvendt bestemmelsen, hvis de havde kendt til den, at der ikke var behov herfor på afdelingen. Nogle tilføjer, at de på andre måder arbejder med at forbedre vagterne.

4.1.2 Barrierer i forhold til at anvende bestemmelsen

Der var dog også en række kommentarer til spørgsmålet, hvorfor de ikke havde anvendt bestemmelsen, selvom de kendte til den, der gik på barrierer i forhold til at anvende bestemmelsen. Nogle af de yngre læger, der svarede, at belastningen ikke var for stor, tilføjede igen, at de derimod anså vagthyp-

pigheden for at være et problem. Der var derfor også kommentarer, der gik på, at man ikke ønskede ændringer, fordi man derved ville få hyppigere vagter.

"Afdelingens læger ønsker ikke vagten delt, derfor har man været tilbageholdende med at se nærmere på vagten. Der pågår dog konstant arbejde med at se på mere hensigtsmæssige arbejdsgange/opgaveglidning etc. Det uddannelsesmæssige indhold i vagten udgør et stort problem, da man har meget lidt dagtid som hoveduddannelseslæge med døgnvagter i tilstedeværelsesvagt." (Tillidsrepræsentant, onkologi).

Der var kommentarer, der gik på, at manglen på læger afholdt dem fra at anvende bestemmelsen, fordi det alligevel ikke var muligt at ansætte flere læger. Der var i tråd hermed kommentarer, der gik på, at der ikke var penge til at ansætte flere læger – og dermed ansås det ikke for muligt at løse problemet.

"Svært at få bevilliget flere stillinger, økonomi." (Tillidsrepræsentant, anæstesiologi).

"Vi har ikke haft mulighed for at tilføre flere midler." (Leder, medicin).

Der var kommentarer, der påpegede manglende opbakning og respons fra ledelsen. En kommentar gik på, at det ikke anses for at være karrierefremmende "at lave ballade", og at de korte ophold afholder de yngre læger for at tage problemer op:

"Situationen varierer, og når folk finder ud af, hvordan det er, gider de på grund af de relative korte ophold på vores afdeling (de fleste 6 måneder) ikke at 'lave ballade', fordi de snart rejser alligevel. Andre har ikke lyst til at sige noget af karrieremæssige årsager. (Tillidsrepræsentant, medicin).

En kommentar gik på, at tillidsrepræsentanten ikke havde bragt sagen videre til reservelægerådet. Nogle pegede derudover på, at det var meget svingende, hvor belastet vagtarbejdet var. Enkelte pegede på, at det havde været en barriere, at de yngre læger i forvagtslaget ikke var enige om problemets omfang eller ikke var enige om løsningen på belastningen. En ledende overlæge pegede på, at der var tale om en "borgfred" med regionen.

4.2 Diskussion

Samlet set kan det af disse besvarelser igen konkluderes, at der ikke er tale om et ensartet problem med for stor belastning i de yngre lægers vagtarbejde i tidsrummet 20.00-08.00. Nogle yngre læger har således på nogle afdelinger ifølge besvarelserne slet ikke vagtarbejde i det tidsrum. Der tegner sig derimod et billede af, at der er store speciale- og afdelingsmæssige forskelle på, hvor belastede de yngre lægers arbejde er i dette tidsrum.

Dette må anses for at være positivt, da det dermed må anses for en mere overskuelig opgave at forbedre forholdene på de afdelinger, hvor belastningen er for høj. Samtidig rejser det dog stadig det problem, at det netop på flere af disse afdelinger opleves at være meget svært at ændre på de vagtforhold, der anses for at være problematiske.

"I det hele taget er alle – også ledelsen – så presset, at man løser problemerne én dag ad gangen! Jeg tror, jeg vil tage det op snarest med ledelsen, men forventer egentlig ikke det store, da vi har svært ved at holde vores stillinger besat. Jeg tænker også, at det er formuleret meget frit. Min ledende overlæge definerer det at tale sammen hen over kaffen som "lokal debat og forhandling". Jeg har rimelig forståelse for, at vi er belastet. Det virker ikke til, at han har midlerne til at ændre på det." (Tillidsrepræsentant, medicin).

Spørgsmålet er således, hvordan man kommer videre med dette spørgsmål på de afdelinger, der oplever, at der er tale om en fastlåst problematik. Fastlåst fordi der ikke er økonomi til at ændre forholdene, eller ikke er læger nok at få. Nogle steder også fastlåst fordi det er svært at få en dialog om forholdene.

5 Erfaringer fra "Vagtprojektet"

I dette afsnit ses på baggrund af interviewundersøgelsen på erfaringerne med afprøvningen af bestemmelsen på 8 ud af de 13 afdelinger, der indgik i "Vagtprojektet" samt disse afdelingers bredere erfaringen med problematikken.

5.1 Anvendelse af bestemmelsen i forbindelse med "Vagtprojektet"

Det er ikke entydigt, hvorvidt bestemmelsen har været anvendt i forbindelse med det "Vagtprojekt", der blev igangsat af Yngre Læger og Danske Regioner. Det er således ikke alle af de afdelinger, der har været udpeget til at deltage i projektet, der selv kobler deres aktiviteter på området til deltagelse i et projekt. Da der er en stor løbende udskiftning af tillidsrepræsentanter for yngre læger qua de korte ansættelser, de har, var det således heller ikke alle, der deltog i interviewundersøgelsen, der var orienterede om, hvad deres forgænger havde været involveret i. En ledende overlæge gav udtryk for, at ingen på hans afdeling ville kunne huske dette projekt. En anden ledende overlæge gav derudover udtryk for at være blevet overrasket over på et tidspunkt at modtage et brev om status på projektet. Overrasket fordi han ikke var klar over, at de var del af et projekt. En ledende overlæge kunne slet ikke huske projektet. Enkelte havde deltaget i temadagen afholdt i juni 2006.

Andre så ikke de resultater, de havde opnået, som værende tæt knyttet til projektet.

Der var 4 afdelinger, der ikke var udpeget til at deltage i projektet, men som selv havde taget initiativ til at bruge bestemmelsen. To af disse afdelinger indgik i interviewundersøgelsen, men den ene af disse havde en vagt der var organiseret som en fællesvagt.

5.1.1 Vagtopgørelsen

"Det er utroligt svært at sætte en finger på, hvad det er, der vælter regnskabet" (Interview med yngre læge).

Som nævnt var der i "Vagtkogebog"ens bilag d et redskab i form af et arbejds- og tidsregistreringsskema, som afdelingerne kunne anvende. Målet var, at registreringen og beskrivelsen af vagtarbejdet skulle bruges som baggrundsmateriale for de forhandlinger, som skulle holdes (3).

På de afdelinger som deltog i interviewundersøgelsen var der i overvejende grad foretaget registreringer. Flere gav udtryk for, at det havde været en arbejdskrævende proces. Arbejdskrævende at planlægge og gennemføre registreringerne og svært at nå at udfylde registreringsskemaet i de travle vagter. Nogle ledende overlæger satte spørgsmålstegn ved, om det ikke var det samme som at sætte ulven til at vogte får at lade de yngre læger registrere selv. På en afdeling havde den ledende overlæge været modstander af metoden. Og en anden ledende overlæge stillede sig uforstående overfor, hvorfor tilkald skulle opgøres pr. påbegyndt time og ikke efter reelt tidsforbrug (jf. 9).

Erfaringerne viste således, at det ikke var uproblematisk at tids- og opgaveregistrere. At det blandt andet var vigtigt at have alle de yngre læger med på, hvor vigtigt det var at udfylde. Og at det var vigtigt, at såvel yngre læger som overlægerne og den ledende overlæge var enige om metoden, og hvad tids- og opgaveregistreringen skulle anvendes til.

5.1.2 Forhandlingen

"På den enkelte arbejdsplads er det vigtigt, at der er en åben, direkte og konstruktiv dialog om arbejdsmiljø, arbejdstilrettelæggelse og vagt. Parterne har derfor aftalt adgang til lokal forhandling for læger i belastede vagter." (2: bilag a).

Målet med forhandlingerne var at iværksætte initiativer til forebyggelse og/eller afhjælpning af konstaterede vagtproblemer (3).

De forhandlinger, der havde været gennemført på afdelingerne, havde forskellige grader af succes. Spændende fra konstruktivt samarbejde til konflikt og skænderier:

"Vi skændtes. De løsninger, de havde, syntes jeg, var platte. De ville primært være flere." (Interview med ledende overlæge).

På en afdeling oplevede de yngre læger, der havde været en del af processen, at forhandlingen havde været meget ubehagelig, og at der havde været en meget dårlig stemning. De havde gentagne gange følt sig under pres for at droppe deres sag, og en havde oplevet at blive råbt ad og havde fået at vide, at vedkommende aldrig ville få en stilling på afdelingen.

Andre steder havde der været engagement og samarbejde om processen, men samtidig også en snigende skuffelse over udeblivelsen af resultater.

5.1.3 Resultaterne

Flere havde svært ved at huske resultaterne. Og når det var en tillidsrepræsentant, der ikke selv havde været ansat på det tidspunkt, var der flere, der ikke vidste, at afdelingen havde været med i "Vagtprojektet". På alle afdelinger i interviewundersøgelsen var vagtbelastningen dog et spørgsmål, der optog de yngre læger og mange steder også de ledende overlæger. I evalueringsmæssigt perspektiv er det dog svært at vurdere, hvilke processer og resultater der har været en konsekvens af "Vagtprojektet", og hvilke der er foregået uden direkte kobling hertil.

Nogle af de resultater der sandsynligvis har en tilknytning til fokus på vagtarbejdet gennem "Vagtprojektet" har været: Opnormeringer, yngre læger er gået på kompromis med vagthyppighedsreglerne og har fået kompensation herfor, andre former for kompensation, ændringer i arbejdstilrettelæggelse således at sygeplejersker nu lægger venflon samt ændringer af procedurer for at nedbringe tid på at gå fra en lokalitet til en anden, indkøb af løbehjul til samme formål. Flere var dog frustrerede over, at der ikke var så mange resultater eller over, at de var utilfredse med de opnåede resultater.

"Der kom fokus på belastningen i vagten og vagthyppigheder. Og vi lavede opgørelser over, hvor meget tid man brugte på hvad. Men der er ikke ændret på noget, og der blev ikke tilført en krone." (Interview med ledende overlæge).

Det har således i interviewundersøgelsen ikke været muligt at finde hverken en ledende overlæge eller en tillidsrepræsentant, der har deltaget i "Vagtprojektet", som har været fuldt ud tilfreds med de eventuelt opnåede ændringer. På nogle afdelinger, hvor der var kommet et resultat, var der samtidig uenighed om resultatet. Således at for eksempel den ledende overlæge ikke var tilfreds med den aftalte opnormering.

5.1.4 Barriererne for at opnå resultater

"Det kræver en ildsjæl – og det er det lidt ærgerlige" (Interview med yngre læge).

Der var en række forskellige barrierer for at opnå resultater, der dukkede op under interviewene. Nogle relaterede sig til økonomi, nogle til lægemanglen, nogle til traditioner og kultur blandt læger og

nogle relaterede sig til muligheden for at foretage ændringer, der greb ind i andre faggruppers og i andre afdelingers arbejde.

Den største barriere for ændringer blev generelt anset for at være økonomi. Herefter kom manglen på læger.

Det blev herudover også nævnt som en barriere, at det ikke altid var tilfældet, at de yngre læger eller de ledende overlæger oplevede at have en interesse i at foretage ændringer. Dette ud fra den palet af muligheder, som de anså for at være tilgængelige. Det vil sige, at de yngre læger ikke var interesserede i for eksempel at dele vagten, fordi de så ville få flere vagter. Flere steder har de yngre læger således fået at vide, at hvis de vil være flere i vagt, så kommer de til at have mindre dagarbejdstid. Når deling af vagten bringes på banen som eneste løsningsmulighed har dette af flere af de yngre læger været anset for en rød klud, da mange er imod hyppigere vagter. En yngre læge mente dog, at hvis de oftere aftenvagter for eksempel blev kombineret med mere supervision, fordi der samtidig ville være en mere senior læge tilstede, så kunne det måske være attraktivt.

Nogle nævnte det som en barriere for at foretage ændringer, at de yngre læger kun er relativt kort på afdelingen, før et nyt hold af yngre læger tager over. På mange afdelinger er der således et forvagtshold, der skiftes ud hvert halve år. Dermed bliver det både svært at engagere de yngre læger i at ændre dårlige vagtbetingelser, fordi de alligevel ikke skal være der så længe. På nogle afdelinger er lægerne, der endda kun i tre måneder. Og samtidig giver det korte ophold i afdelingen måske ikke det største incitament for de ledende overlæger for at foretage ændringer. Dels fordi flere ledende overlæger oplever, at der er stor forskel på de enkelte hold. Nogle hold anses således for at være meget sårbare, mens andre hold bare klarer udfordringerne. Dels fordi de prioriterer at skåne de mere faste medarbejdere på afdelingen.

Mange pegede således på interesseforskelle mellem overlæger og de yngre læger som en barriere for ændringer. Der pegedes på en tradition med, at læger slider, mens de er yngre for senere at gøre sig fortjente til privilegier. Et væsentligt privilegium opfattes at være vagtfrihed eller kun at have tilkaldet vagt. Vagtarbejde anses således for det første for at være lavstatus:

"På den medicinske afdeling har mange af de ældre lægers tilgang været: 'Hvad skal vi gøre for at få dette overstået hurtigst muligt' i stedet for at sige: 'Hvad skal vi gøre for at hjælpe denne patient bedst muligt'. Det var frustrerende som uerfaren læge at opleve, da det som yngre læge er læringen, der er afgørende." (Interview med yngre læge).

"Det er et klassisk hierarkisk system, hvor der er nogle fordele, man opnår når man kommer længere op i systemet. Dels nogle lønmæssige. Dels nogle uskrevne. For eksempel at man slipper for vagt eller tilstedeværelsesvagt. Og det er så at sige et privilegium man har opnået gennem at aftjene sin værnepligt gennem de mange tilstedeværelsesvagter. Det er klart et kulturelt problem." (Interview med yngre læge).

Og som værende et område overlægerne og de ledende læger i mindre grad har blandet sig i indholdet og kvaliteten af:

"Om aftenen og om natten, så stiger kompetencen. Så er der ingen grænser for, hvad du må." (Interview med yngre læge).

For det andet anses dagarbejde for at være mere bekvemt og forbundet med mindre usikkerhed og stress.

"Det er rarere at se patienterne i ambulatoriet i roligt leje. Det er mere stressfuldt at se patienterne akut. Så er man mere i tvivl. Fejler de det ene eller det andet – og er det noget farligt. Man ved ikke fra starten hvad patienten fejler. Det tror jeg ikke, speciallæger-

ne gider, for det er mere stressfuldt, og der er meget usikkerhed forbundet med det. De kan i det akutte arbejde ikke bare fokusere på deres speciale. Og det er jo rart at føle sig på sikker grund.” (Interview med yngre læge).

For det tredje anses særlig natarbejdet som fysisk hårdt – og dermed som mindre velegnet for de aldrende overlæger.

”Der er også noget fysisk træthedsmæssigt, hvis man som 58-årig er vagtbærende overlæge. De ved inderst inde godt, at det der med om natten – det er hårdt – og endnu værre end når man er 29. At man dagen efter er zombie. De 58-årige vil måske have 2-3 dage, de er zombie. De ved godt, at det kan de ikke klare. Men det er ikke så rart at sige, at man er blevet for gammel til at klare det. (Interview med yngre læge).

Ifølge flere af de yngre læger er det svært at få de ældre læger til at indrømme, at dette også kan være en begrænsende faktor og en barriere i forhold til at ændre på belastningen inden for lægegruppen.

Nogle oplevede det som en barriere for konkrete resultater, at sygeplejeledelsen trak processen med at diskutere ændringer i arbejdsdelingen ud. Nogle oplevede, at det var svært at ændre på andre afdelingers måder at trække på lægerne i vagten på. At det for eksempel kunne være belastende at skulle passe patienter i vagten, der egentlig hørte under en anden afdeling. Men at dette samtidig var svært at ændre på.

Nogle oplevede, at problemerne så at sige blev syltet længere oppe i systemet. At afdelingsledelsen havde prøvet at gøre opmærksom på, at der var problemer, men at der ikke var vilje længere oppe fra til at skabe løsninger. Manges oplevelse var, at der er et stærkt pres oppefra om at overholde budgettet. Og at det ikke er muligt at få flere penge til at løse vagtopgaven.

5.2 Presset i vagtarbejdet

”Man bliver ved med at skulle nå flere patienter.” (Interview med ledende overlæge).

Noget af det, der var kendetegnende for de 8 afdelinger, der blev interviewet var, at de alle oplevede, at såvel hverdagen som de yngre lægers vagtarbejde i tidsrummet 20.00 – 08.00 var meget presset. At der var meget travlt qua et højt flow af patienter, og at der var mange konstante afbrydelser. Mange pegede på, at det, der blandt andet er svært for særlig de yngste af de yngre læger, er, at de ofte står meget alene i vagtarbejdet.

”Problematikkerne var og er jo, at de yngre læger synes, de står alene, har svært ved at overskue og prioritere. Så er det også nogle gange samarbejds-mæssigt svært. Og så oplever de da også ind i mellem nogle traumatiske, tragiske patientforhold.” (Interview med ledende overlæge).

Det var dog ikke kun de yngste (de medicinstuderende og turnuslægerne), der oplevede at være hårdt pressede. Lægerne i introduktionsstillinger, i vikariater og i hoveduddannelsesforløb oplevede også, at patientflowet og presset for aktiviteter var så stort, at travlheden blev et problem. De pegede endvidere på, at dimensioneringen af vagtholdene ikke i tilstrækkelig grad var fulgt med udviklingen og aktiviteten i aften- og nattevagter af i dag.

”Vi har jo været igennem effektiviseringer, benhårde besparelser og aktivitetsøgninger uden tilførsel af midler. Det gør, at der er nogle uddannelses-mæssige ting, hvor man bliver nødt til at lave nogle shortcuts. Sådan er det. Hvor end man gerne ville, så kan det ikke lade sig gøre. Der sidder man både som faglig leder og som økonomisk ansvarlig i et

skisma. Fordi jeg *skal* holde mit budget. Det *er* nogle snævre rammer.” (Interview med ledende overlæge).

”Det er en hård vagt. Der hives i en fra alle sider, og man sover næsten ikke.” (Interview med ledende overlæge).

”Man ligger som en skudt ko i to dage efter. Og man får vagttømmermænd plus depression før vagterne.” (Interview med yngre læge).

Der var således både yngre læger og ledende overlæger, der var bekymrede for kvaliteten i de såkaldte kerneydelser, fordi de ikke oplevede, at der var tid til at gøre sit arbejde godt nok.

”Læger i dag lever jo et meget farligt liv ... fordi i denne effektiviseringstid. Jamen jeg kan give et eksempel fra vores egen afdeling [...] Vi skal klare flere indlæggelser på færre senge, det vil sige vi skal udskrive patienterne tidligere, de skal afklares hurtigere [...]. Hver eneste gang man går stuegang, så bliver man tvunget til – benhårdt – at tage stilling til, om denne her patient skal forblive indlagt eller ej [...] Vi lever i øjeblikket i en verden, hvor vi rent faktisk skal udskrive patienterne på et tidspunkt, hvor man kan diskutere, om de er tjenlige til at blive udskrevet. Det øger risikoen for fejldiagnoser. Det øger risikoen for klager. Og hvis der er noget, vi er meget kede af som læger, så er det de to ting. Smertegrænsen [...] jamen jeg tror den er der, hvor den er nu. Og det gør læger kede af det, fordi det gør, at de siger: ’Tror politikerne ikke på, hvad vi siger [...] Der er ingen respekt om vores profession mere’. [...] Professionen er ked af det i øjeblikket.” (Interview med ledende overlæge).

”Det er også et spørgsmål om økonomi, fysiske rammer, læge- og sygeplejerskemangel. Det er ikke noget, der har så stor politisk bevågenhed. Der er nok ikke så mange stemmer i det. Det kommer i hvert fald ikke frem i pressen.” (Interview med yngre læge).

”Det er svært at trænge videre igennem. Og jeg ved ikke, hvad man skal gøre. Så kan man selvfølgelig gå på barrikaderne, og man kan nedlægge sit job. Men det opnår man jo ikke så meget ved.” (Interview med ledende overlæge).

Der var således en tendens til pessimisme og til afmagt over at kunne se et behov og et problem i behandlingen af de akutte patienter i vagterne uden dog at opleve, at de reelt havde mulighed for at gøre noget. Som en ledende overlæge beskrev det, så nyttede det ikke noget at tale med sin hospitalsledelse herom, for så fik man bare at vide, at man måtte løse problemet selv gennem sin arbejdstilrettelæggelse. Der beskrives et system, hvor selv det at få flyttet et telefonstik kræver en kamp.

5.2.1 Lægemangel

”Der mangler folk, ingen søger. Hvad hjælper det, at vi får at vide, at flere yngre læger burde ansættes?” (Tillidsrepræsentant, medicin).

Lægemanglen der kun ser ud til at blive større i de kommende år, nedskæringerne, det manglende økonomiske råderum, produktionskravene, der oplevedes som stigende, var faktorer, der på de fleste af de interviewede afdelinger bidrog til en stemning af stor bekymring og lettere afmagt.

På en af afdelingerne i interviewundersøgelsen brugte lægerne i vagt i stigende grad en stor del af deres tid på at visitere patienter til andre afdelinger, fordi de selv havde måttet begrænse antallet af senge på grund af såvel læge- som sygeplejerskemangel.

Lægemanglen gør, at det kan være et problem at få de mere erfarne læger til i højere grad at deltage i aften- og weekendarbejdet. På en af afdelingerne i interviewundersøgelsen sagde den ledende overlæge lige ud, at han ikke ønskede at slide på sine speciallæger.

I fremtidens lægemangelsituation kan det at lokke med vagtfrie stillinger således i højere grad blive et konkurrenceparameter i kampen om at tiltrække lægerne.

Samtidig pegede særlig de ledende overlæger på, at der efter deres opfattelse er sket et skred i, hvor meget de yngre læger er villige til at arbejde. For nogle hang dette sammen med, at lægefaget i stigende grad er blevet et kvindefag. Men flere havde en fortælling om, at yngre læger i dag generelt er lidt for forkælede og ikke i tilstrækkelig grad villige til at yde en stor indsats for at lære noget. Dette blev forbundet med, at de anses for at prioritere deres familieliv højere. Samtidig pegedes der på, at de yngre læger også generelt er "grønnere" – mindre erfarne fordi de har færre stillinger bag sig – og dermed ikke er i stand til at løse den samme opgave som lægerne i vagttagene tidligere kunne. En ledende overlæge pegede derudover på, at han syntes de yngre læger ind imellem glemte, at det var et job de skulle passe og ikke primært bare et sted at lære noget.

De yngre læger mente omvendt, at de ledende overlæger underkendte, hvor hårdt vagtarbejde af i dag er. De mente således, at overlægerne ofte fortalte en romantiseret fortælling om, hvor meget de kunne, dengang de selv var yngre læger. Og at de glemmer, hvordan tempo og mængden af meget syge patienter har udviklet sig siden.

6 Diskussion, anbefalinger og perspektivering

I dette afsnit stilles blandt andet spørgsmålet: Hvad der fremadrettet kan gøres? Ligesom muligheder og barrierer for forskellige løsninger diskuteres. Rapporten afsluttes med en række anbefalinger til, hvordan der kan arbejdes videre med problemstillingen.

Det diskuteres således, hvilke fordele og ulemper bestemmelsen aftalt ved overenskomsten i 2005 (OK 2005) rummer set fra de ledende overlægers, tillidsrepræsentanternes samt styregruppemedlemmernes perspektiv. Samt hvilke andre tiltag, der kunne forbedre vagtbelastningen på de afdelinger, der har problemer hermed.

6.1 Bør bestemmelsen fra OK 2005 ændres?

"Bestemmelsen fra OK 05 er lidt en "gummiparagraf", men kan dog bruges. Det ville dog være bedre med en mere udspecificeret paragraf." (Leder, gynækologi og obstetrik).

Noget af det, der har fyldt en del i de gennemførte interview, har været diskussioner om, hvor anvendelig bestemmelsen aftalt i overenskomst 2005 har været og om, hvorvidt denne bestemmelse med fordel kunne gøres mere konkret.

Alle de interviewede yngre læger såvel som en stor del af de ledende overlæger mente, at det i det nuværende system ikke er givet, at de yngre læger sikres ordentlige arbejdsvilkår i vagterne. Tværtimod var der en enighed om, at systemet vil tendere mod, at de yngre læger bliver meget hårdt pressede. Dette begrundes i manglende økonomiske ressourcer og nogle steder også i mangel på læger. Mange mente derfor, at overenskomstmæssige bestemmelser er nødvendige for at sikre de yngre læger anstændige vilkår. Dette var en holdning, der også kom til syne i en række fritekstkommentarer i surveyundersøgelsen.

"Bestemmelsen er til stede for at "beskytte" medarbejderne mod for stor udnyttelse til vagtarbejde. Lederens dilemma er naturligvis, at vagten skal besættes og økonomien overholdes." (Leder, psykiatri).

"Bestemmelserne er nødvendige i den forstand, at det selvfølgelig er arbejdstagernes sikkerhed. Ledelsens forståelse overfor lægernes behov er ikke tilstrækkelig. Der må hjælp til i form af regulering fra bestemmelser." (Interview med ledende overlæge).

Mange mente også, at bestemmelser er nødvendige for at komme igennem med ressourceudløsende ændringer højere oppe i systemet.

"Det er svært at løse det her problem med belastning lokalt. Det skal op på øverste niveau centralt, altså ved et centralt OK-forhandlingsbord. Måske skal en løsningsmodel gå tilbage til det system, der var før 1981, hvor man centralt havde udregnet differentierede belastnings-normer." (Interview med ledende overlæge).

Andre – det vil sige nogle af de ledende overlæger var modstandere af de overenskomstmæssige bestemmelser, fordi de i deres oplevelse lægger op til rigiditet og ufleksibilitet. Nogle syntes således, at de bestemmelser, der i dag er for fællesvagt, er for skrappe. Nogle var derudover tilfredse med bestemmelsen, sådan som den er nu – med den adgang til forhandling den indeholder.

Der var således store variationer i, om de interviewede yngre læger eller ledende overlæger så løsninger af problemerne med belastningen i vagten som liggende i en ændring af paragraffer eller som

primært liggende i en ændring af kultur og traditioner. For mange lå løsningerne potentielt begge steder. Der var heller ikke nogen klar tendens til, at de ledende overlæger mente ét, mens tillidsrepræsentanterne mente noget andet. Mange talte således om problemerne som flertydige uden en simpel løsning. Flere af tillidsrepræsentanterne talte således om, at de godt forstod problematikken set fra de ledende overlægers perspektiv, og omvendt talte flere ledende overlæger om, at de godt kunne forstå problematikken set fra de yngre lægers perspektiv.

I de følgende afsnit gennemgås på baggrund af interviewundersøgelsen fordele og ulemper ved at gøre bestemmelsen mere konkret.

6.1.1 Fordelene ved en mere konkret bestemmelse

"2/3-dels bestemmelserne vil da være en fordel i alle vagter på over 10-12 timer. Det ville måske nok være optimalt, at ingen vagter var længere end 10-12 timer – også i uddannelsesmæssigt perspektiv. Dette er vel det nok mest afgørende perspektiv for alle yngre læger." (Interview med yngre læge).

Nogle af såvel de ledende overlæger som tillidsrepræsentanterne gav udtryk for, at det var fint nok, at der var kommet en bestemmelse, der kunne anvendes til at tage problemstillingen om vagtarbejdet op på afdelingerne, men at de samtidig syntes, at det ville have været en fordel med en mere konkret bestemmelse, der kunne pege på et belastningsmål og konsekvenser ved at bryde bestemmelsen. De kunne godt ønske sig formuleringer, der var mere konkrete og mere bindende, fordi de håber på, at dette ville være med til at fremtvinge løsninger i en situation, de opfatter som værende meget træg og fastlåst af økonomiske rammer.

"Jeg kunne godt tænke mig at man så på, om man virkelig skal have en 18 timers vagt, der skal være så belastet. Om man ikke kunne få bestemmelserne om for eksempel 4 timers hvile ind. Jeg ved ikke, om et krav om at problemerne skal afhjælpes, og at der ikke bare skal forhandles. Ret til at få nogle løsninger på de problemer, der er. Hvis man ikke har tid og hænder til at gøre arbejdet godt nok. Problemet er, at vi ikke bare kan få en mand mere. Så derfor ved jeg ikke, om et krav vil ændre noget. Men der burde være krav og ret til løsninger. Mange steder ignoreres det bare. 'Den gang vi var unge', er det svar man får." (Interview med yngre læge).

En ledende overlæge mente således, at en lidt mere rigid bestemmelse kunne have den fordel, at man så var tvunget til eksempelvis at oprette et mellemvagtsslag, hvis det var det, der manglede. At bestemmelsen så at sige kunne tvinge systemet højere oppe til at udløse flere ressourcer.

En yngre læge foreslog, at bestemmelserne skulle afhænge af afdelingens størrelse. At bestemmelsen om 2/3 belastning således burde gælde for de store afdelinger på de store centralsygehuse.

Fordelene ved en mere konkret bestemmelse ville således være, at afdelingsledelser og sygehusledelser i højere grad ville være tvunget til at finde løsninger, hvis de ville overholde overenskomsten. Konkrete bestemmelser anses i dette perspektiv for at være den eneste måde at komme videre på i de tilfælde, hvor belastningen er meget høj, men hvor enten afdelingsledelsen eller sygehusledelsen ikke er indstillede på at ændre forholdene. Et styregruppemedlem repræsenterer synspunktet på følgende vis:

"Det her projekt viser tydeligt, at der er behov for at stramme op. Der skal åbenbart være en overenskomsttekst, der siger hvad man skal gøre. At de bliver forpligtede ud over samtalen. Det havde været så dejligt, hvis denne tekst havde gjort en forskel. Men der må skærpes i teksten, så der kommer større forpligtelser til at gøre noget ved det. Tek-

sten skal forpligte både ledere og tillidsrepræsentanter til at gøre noget ved problemerne." (Interview med styregruppemedlem).

6.1.2 Ulemperne ved en mere konkret bestemmelse

"Vi snakker sammen. Vi sidder ikke med overenskomsten fremme til daglig. Vi overholder gældende regler. Reservelægerne er vort grundstof. Uden læger – ingen afdeling." (Leder, medicin).

For nogle opfattes det som en fordel, at bestemmelsen er en anledning til at tale om betingelserne for vagtarbejdet. En anledning der måske ikke var der uden bestemmelsen. For andre giver bestemmelser i overenskomsten og stramninger heri anledning til skepsis. Bestemmelser forbindes i denne sammenhæng med hårde fronter, ubøjelige krav, rigiditet og konflikter. Ulempen ved en mere konkret bestemmelse er således, at den ville lægge op til at fokusere på, at der er tale om to parter, krav og forhandling. Frem for at fokusere på samarbejde, indhold i arbejdet og helhedstænkning.

"Overenskomstbestemmelserne om fællesvagt er ikke uproblematisk, fordi der klart vil være en del vagter, hvor læger ikke vil få deres hvile. Blev det tjekket, ville man ikke kunne holde overenskomsten. Uden at det skal misforstås og uden at argumentere for 'Tarzan-syndromet', så er det at være læge altså også noget med at være meget fleksibel. Og hvis man ønsker at skabe meget regelrette og almene lønmodtagerforhold hele vejen igennem, så fejler man i forhold til de betingelser, der grundlæggende knytter sig til lægers arbejde. Det vil virkelig være et problem" (Interview med ledende overlæge).

"At gøre den mere præcis vil måske nok konflikte med, at mange også gerne vil have den positive side af fleksibilitet, som f.eks. indebærer en hel ekstra fridag ved at blive længere i en vagt. Det skal ikke være for rigtigt. Det der er væsentligt er, at overenskomstbestemmelsen er en anledning til dialog, og dette er altså vejen frem." (Interview med yngre læge).

Så mere stramme bestemmelser kan altså også af de yngre læger ses som en ulempe, hvis de medfører indskrænkninger i yngre lægers oplevelse af mulighederne for reel fritid.

En anden ulempe ved at anvende overenskomsterne til at ændre på arbejdsforholdene i vagtarbejdet er, at der ikke nødvendigvis er en stram kobling mellem overenskomstens regler og de konkrete arbejdsvilkår. Dette kan blandt andet handle om manglende kendskab til overenskomsten generelt. Nogle interviewpersoner satte således spørgsmålstegn ved, hvorvidt indholdet af overenskomsterne i det hele taget var almindeligt kendt såvel blandt yngre lægers tillidsrepræsentanter som blandt de ledende overlæger. En yngre læge pointerede yderligere, at det er normal praksis at bryde overenskomsterne:

"Der lægges hele tiden vagtplaner, der bryder overenskomsten. Det bliver kun ændret, hvis der er nogen, der brokker sig. Det er udbredt på alle landets afdelinger. For nogle yngre læger er det dejligt, fordi de kan tjene en ekstra skilling." (Interview med yngre læge).

Selv om der er en overenskomst, er der således stadig yngre læger, der aktivt skal bringe den i anvendelse ved at gøre opmærksom på den og insistere på dens anvendelse. Og dette sker som flere interviewpersoner har påpeget ikke automatisk. Brug af overenskomsten kan derfor risikere at blive forbundet med oplevelsen af en konflikt.

Vagtbestemmelser kan så at sige som på nogle af afdelingerne i "Vagtprojektet" anvendes af de yngre læger til at tvinge ledelser til forhandlingstruget. Men er de stadig modvillige, vil det kræve helt enty-

dige bestemmelser at få dem til at drikke. Og dette kan have negative konsekvenser i form af dårligt samarbejdsklima. På en af de afdelinger, der deltog i interviewundersøgelsen, endte en sådan forhandlingsproces med, at de involverede yngre læger følte sig mobbet af den ledende overlæge og oplevede at blive truet med aldrig at ville kunne få en stilling på afdelingen.

På flere af afdelingerne endte forhandlinger yderligere med, at de yngre læger fik et tillæg som kompensation frem for at løse belastningen. Dette kan måske hurtigt blive en konsekvens i en situation, hvor det er svært at finde penge til at ansætte flere læger, eller hvor der ikke er læger at ansætte på grund af lægemangel og/eller dårligt ry på afdelingen. Pointen er, at om end dette måske kan gøre belastningen mere tålelig, så mindskes belastningen ikke heraf. Et tillæg er derfor – om end en økonomisk fordel for de yngre læger – ikke et tiltag, der proaktivt løser en belastningssituation.

Set i dette perspektiv kan en vagtbestemmelse med et mere konkret indhold risikere at blive en måde at parkere problemerne på i et tillæg. Et medlem af styregruppen pegede endvidere på, at hvis man ændrer bestemmelsen, så den kommer til at ligne det, der gælder for fællesvagten, så vil man øge dannelsen af privilegier, dubleringer mv. og dermed efter styregruppemedlemmets vurdering spille tid og ressourcer. (Interview med styregruppemedlem).

Et andet styregruppemedlem pegede i tråd hermed på, at det i det hele taget ville være bedre ikke at have bestemmelser, der lægger op til "fire timers sovning under arbejdet", (Interview med styregruppemedlem), hverken i fællesvagten eller i de afdelingsspecifikke vagter. Styregruppemedlemmet tilføjer, at det ville være "håbløst og meget mekanistisk, hvis dette skulle gælde generelt", (Interview med styregruppemedlem).

6.2 Arbejdstilrettelæggelse

Mange af de steder, hvor yngre læger og ledende læger ser et behov for at ændre arbejdsvilkårene, ser de samtidig, at det er svært at ændre belastningen på grund af begrænsninger i det økonomiske råderum, fordi det er dyrt at ansætte flere og eksempelvis dublere vagthold, og fordi det nogle steder relateret til lægemanglen er urealistisk at få flere læger. Dette har den konsekvens, at ændringer i arbejdstilrettelæggelsen måske er den reelt mest virksomme mulighed for at nedbringe belastningen. Hvad angår arbejdstilrettelæggelse er der da også i undersøgelsen rejst en række problemstillinger og peget på en række områder, der kunne arbejdes videre med.

Samtidig er der dog også afdelinger, der mener, at de allerede har gjort alt, hvad der var muligt på dette område. Så kan der måske særlig på de medicinske afdelinger argumenteres for, at belastningen kunne nedbringes ved, at de såkaldte uhensigtsmæssige indlæggelser nedbringes (jf. 10), men dette vil kræve en større indsats i den primære sektor.

I de følgende afsnit ses på områder, hvor der kunne arbejdes med arbejdstilrettelæggelsen.

6.2.1 *Det akutte og det ikke-akutte arbejde*

"Det er en kulturændring, der skal til. Det, der foregår i vagten, skal kun være akut. Jeg tror, man kan komme langt ved at rydde op i egne rækker. [...] Afdelingslægerne har en lang vagt til kl. 16.30, men det er ikke længe nok." (Interview med yngre læge).

Et synspunkt i interviewundersøgelsen har været, at det i høj grad handler om i højere grad at skabe en adskillelse mellem det akutte og det ikke-akutte arbejde i vagterne. Dette er et tema, der er blevet arbejdet en del med i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab som led i oprettelsen af de medicinske centre. Hovedpointen hermed er at sikre, at dagarbejdet "gøres færdigt" af de læger, der er i dagarbejde. Således at en række opgaver for eksempel relateret til dagens stuegang ikke kommer til at ligge og vente og blive skubbet over på de læger, der arbejder om aftenen og om natten. Der er i

forbindelse hermed blandt andet indført såkaldte "lukke-slukke" funktioner⁹, som også anbefalet i Yngre Lægers "Vagtkogebog".

En barriere herfor har nogle steder været, at der ikke har været tradition for, at der ledelsesmæssigt stilles krav til, hvilke opgaver overlægerne skal have færdiggjort, før de går hjem. Der er derimod tale om en gruppe, der i udpræget grad selv har tilrettelagt deres arbejde og anvendelse af deres arbejdstid. Et styregruppemedlem peger på, at der her er tale om et "pædagogisk arbejde for i højere grad at få overlægerne til at løfte opgaven", (Interview med styregruppemedlem).

6.2.2 Arbejdsdeling med sygeplejersker og andre grupper

Ændringer i forhold til arbejdsdeling og samarbejde med sygeplejerskerne og andre grupper er et andet område, der er blevet nævnt. Det handler for eksempel om mulighederne for, at sygeplejerskerne i højere grad samler deres spørgsmål sammen i stedet for at hive fat i lægen "i tide og utide". Men ikke mindst handler det mange steder om, at lægerne bruger forholdsvis megen tid på opgaver andre kunne have udført – for eksempel at finde journalen, skrive i journalen, tage blodprøver eller lægge venflon.

"Hvad angår mellemvagternes vagter er det største problem, at afdelingerne i tide og utide ringer om venflon anlæggelse og blodprøver, hvilket giver ekstremt mange opbrud i det egentlige lægearbejde og dermed sænker kvaliteten af dette arbejde til stor utilfredshed for patienterne. At blive afbrudt så hyppigt er desuden med til at skabe dårlig stemning mellem den vagthavende læge og plejepersonalet på afdelingerne, da lægen bliver svært irriteret, og plejepersonalet ikke føler, at lægen kommer hurtigt og ofte nok. Desuden formår plejepersonalet ikke at samle disse praktiske gøremål, som oftest kan vente til dagtiden, så det kan overstås med et besøg, men bliver derimod ved med at bede om disse ydelser ad hoc. Således bliver ens hvilepauser såvel som patientkonsultationer ofte spoleret." (Leder, Kirurgi).

Igen er der dog økonomiske barrierer for eksempelvis at få mere sekretærhjælp i aften- og nattearbejdet, så de kunne hjælpe med journalarbejdet og økonomiske barrierer for at udvide laboranternes arbejdstid, således at de kunne tage blodprøverne.

"Sekretærhjælp. Nej der var ikke nogen løsning. Det ville koste mange penge. De ville hellere køre yngre læger lidt hårdt end at ansætte en sekretær mere. Men det er da åndssvagt, at læger sidder og skriver i hånden om natten." (Interview med yngre læge).

Hvad angår muligheden for at få sygeplejerskerne til at lægge venflon, kræver dette ikke nødvendigvis flere sygeplejersker, fordi det ofte vil være mindst lige så tidskrævende at få en læge til at komme og lægge et venflon som at gøre det selv. Lægerne kunne således anvendes til venflonanlæggelse i de tilfælde, hvor sygeplejersken har prøvet, men ikke har kunnet lykkes hermed. Af interviewundersøgelsen fremgik, at nogle afdelinger har indført denne ændring for at nedbringe lægernes opgaver i aften- og nattevagterne.

En barriere herfor er dog, at en sådan løsning vil kræve et velfungerende samarbejde mellem de to faggrupper, hvor løsningen af opgaven står i centrum. Mange sygeplejersker finder nemlig ikke, at dette er en attraktiv opgave at overtage (11). En anden generel barriere i forhold til at få sygeplejerskerne klædt bedre på til i lavere grad at være afhængige af at få lægen til at komme er problematikken omkring fastholdelse af de erfarne sygeplejersker på sengeafdelingerne. På mange afdelinger oplevede lægerne, at der var en klar sammenhæng mellem, hvor erfarne sygeplejerskerne var, og

⁹ En »lukke-slukke«-funktionen på afdelingerne, skal sikre at dagholdet sørger for at samle op på alle hængepartier inden fyraften, så det ikke er overladt til vagtholdet at løse disse opgaver.

hvor mange ting de havde brug for lægelig assistance til. Samtidig betyder manglen på erfarne sygeplejersker også, at de yngste af de yngre læger i mindre grad kan læne sig op ad en erfaren sygeplejerske. Manglen på sygeplejersker og manglen på erfarne sygeplejersker i aften- og nattevagterne påvirker således også lægernes vilkår i deres aften- og nattearbejde.

6.2.3 Arbejdsdeling afdelinger imellem

Noget af det der var en kilde til irritation i nogle af de vagttag, hvor de også varetog opgaver på andre afdelinger eller i andre klinikker i deres vagtarbejde, var typen af opgaver, man kunne blive kaldt ud til. Nogle anså således disse opgaver for at være udtryk for, at afdelingernes egne læger ikke gjorde deres arbejde færdigt før de gik hjem, eller før de lagde sig ind på vagtværelset og sov. Nogle foreslog således, at der burde foreligge instrukser om, hvilke typer af opgaver man i vagtarbejdet kunne være behjælpelige med. Nogle kom såvel i interviewundersøgelsen som i surveyundersøgelsen med eksempler på, hvor uhensigtsmæssige opringninger man som læge kunne risikere at få. For eksempel en sygeplejerske der ringede for at høre om lægen vidste, hvornår natbussen kørte. En anden sygeplejerske der ringede på vagtværelset for at høre om lægen vidste, hvor nøglen til overlægens kontor var, så rengøringen kunne komme ind.

Ovenstående eksempler tyder på, at det løbende kan være nødvendigt at rydde op i, hvilke typer af opgaver de vagthavende læger bør forstyrres med i vagten.

6.2.4 Arbejdsdeling vagttag imellem

Mange interviewpersoner mente, at der kunne gøres meget for at løsningen af vagtarbejdet i højere grad tænkes som en team- eller en afdelingsopgave. At kollegial hjælpsomhed bliver en selvfølge frem for en tilfældighed, alt efter eksempelvis hvilke overlæger der er til stede i dag- eller i aftenarbejdet. Det handler således dels om at hjælpe hinanden på tværs af vagttag og på tværs af funktioner, dels om at gøre dagarbejdet færdigt.

"Nogle gange kommer der kolleger og hjælper til efter deres stuegang. Men det afhænger af deres lune. Og de har også skrivebordsarbejde. Jeg synes, det ville være rart, hvis strukturen var fast. Jeg synes ikke, det burde hedde hjælpe. Jeg synes, man burde være fælles om det – at det var et fælles arbejde. Det er de stive grænser, der er. Når jeg er færdig med mit, så er jeg færdig, uanset hvor du er med dit." (Interview med yngre læge).

"Overenskomsten for overlæger kunne måske ændres. F.eks. bestemmelserne om fri arbejdstilrettelæggelse, 37 timer og ingen vagter. En overlæge i sammenligning med det private tjener jo ikke alverden, som det er i øjeblikket. Der er kraftigt incitament for overlæger til at have beskæftigelse ved siden af, fordi de f.eks. ikke kan optjene overarbejdsbetaling, mens afdelingslæger har incitament til at blive på afdelingen og lægge mange timer, fordi de kan optjene overarbejdsbetaling." (Interview med yngre læge).

Nogle pegede såvel i surveyundersøgelsen som i interviewundersøgelsen i tråd hermed på, at der kan være meget stor forskel på travlheden vagttagene imellem.

"I [navn på hospital] var der godt nok nogle af bagvagterne, der gik tidligt hjem. Og så stod du som turnuslæge mutters alene med 100 patienter og en modtagelse, og der var bare travlt. Det syntes jeg ikke var okay." (Interview med yngre læge).

"Problemet ligger vagttagene imellem. Forvagterne knokler, mellemvagterne arbejder mindre, og bagvagterne er ikke til at drive ind." (Tillidsrepræsentant, kirurgi).

Også medlemmer af styregruppen pegede i interviewene på, at den tværgående kollegiale hjælpsomhed kunne forbedres. Et medlem pegede på, at der er en tendens til, at de yngste yngre læger "knokler og er overbebyrdede", mens de ældre yngre læger "kan ligge derhjemme og sove". Og at mange problemer således kunne løses inden for de yngre lægers egne rækker." (Interview med styregruppedlem).

Et andet medlem af styregruppen peger på, at det ud over at være et kulturelt spørgsmål om privilegier også har en budgetmæssig årsag, at det er de yngste læger, der i hovedsagen varetager vagtarbejdet:

"Det er i dag for billigt at lave dårlig arbejdstilrettelæggelse. Det er klart billigst at udnytte de yngste maksimalt, og sende de ældste hjem. Det er det billigste overhovedet. Og det er skidt, fordi der er det danske sundhedsvæsen mest drevet af økonomi, og ikke af kvalitet." (Interview med styregruppedlem).

6.3 Flere speciallæger i vagterne

"Speciallægerne er der kun i tidsrummet 8–15. Måske er det noget med magelighed. Men også den mentalitet om, at når man har aftjent sin værnepligt, så ..." (Interview med yngre læge).

Mange har i interviewundersøgelsen peget på, at flere mere erfarne læger i aftenvagterne ville kunne mindske arbejdspresset, øge kvaliteten, mindske usikkerheden og øge uddannelsesniveaulet. Argumenterne herfor er, at de mere erfarne læger arbejder hurtigere, har nemmere ved at prioritere, har nemmere ved at sige nej til henvendelser, der kan vente, at de har den erfaring og viden de yngre kolleger ofte mangler, at de yngre kan indgå i et teamarbejde med de erfarne og dermed lære mere i vagterne. At dette ville give patienterne en hurtigere og sikrere behandling.

"Jeg tror, man kunne spare nogle indlæggelser ved at have en mere erfaren læge i visitatorfunktionen. Sekretærerne må jo ikke sige, jamen du skal gå til Lægevagten. En mere erfaren person ville have nemmere ved at sortere revl og krat og sende nogle hjem." (Interview med yngre læge).

"Hvis du vil øge kvaliteten på akutområdet, så er du også nødt til at se på, hvem det er, vi sætter til det. Det er turnuslæger, det er introlæger. Det er de dårligst uddannede i mange specialer, vi sætter til det. Og de kan ikke levere den samme kvalitet, og det er i øvrigt dem, der bliver belastede" (Interview med styregruppedlem).

Barriererne herfor ansås i interviewundersøgelsen for at være mange og for at være knyttet til det traditionelle lægehierarki og kulturen med, at lægen med tiden opnår nogle privilegier.

"Vi har jo et system, som belønner folk for at blive speciallæger og ikke længere deltage i vagten". (Interview med styregruppedlem).

I de perspektiverende kommentarer, interviewrespondenterne kom med, var der således flere, der pegede på nødvendigheden af "kulturændringer", på at læger "rydder op inden for egne rækker" og på, at overlægerne i højere grad skal tage et ansvar, end de opleves at tage i dag.

"Om "Vagtprojektet" er der generelt, perspektiverende, det at sige, at det gerne må kommunikeres i en bredere sammenhæng, f.eks. via overlægeforeningen. Også således at det ikke kun er et spørgsmål for yngre læger. Det ville være dejligt, hvis der også kom noget fra overlægerne. At det også var et ledelsesspørgsmål. Men det vil bare ikke ske. De har også så meget andet. 'At kunne bruge projektet til at sætte sig ned og sige;

hvordan får vi en bedre afdeling? [...] Man kan jo så i øvrigt håbe, at vi som er yngre læge i dag, bliver nogle andre overlæger til sin tid [...] og har en bedre forståelse for de forhold, der er for de yngre læger til den tid". (Interview med yngre læge).

"På et helt overordnet plan ville det være en tanke at vende det hele om og lade overlægerne indgå i vagtplanerne som en aktiv ressource. Men at indføre det alene på [...] afdeling i [...] er nok ikke nogen god idé. Så søger lægerne bare et andet sted hen." (Interview med ledende læge).

Måske vil en anden fordeling mellem mere uerfarne og mere erfarne læger i højere grad være en del af fremtidens organisering af akutarbejdet og aften- og natarbejdet på hospitalerne. Et styregruppedlem pegede på, at den forestående akutreform vil medføre, at der kommer flere speciallæger i vagtarbejdet, og at dette vil betyde, at der "kommer blus i flere vinduer på sygehusene om natten" (Interview med styregruppemedlem).

Barrierer for flere speciallæger i vagterne er dog økonomi, manglen på speciallæger og behovet for at fastholde speciallægetilstedeværelse i dagarbejdstiden. Flere yngre læger, ledende overlæger og styregruppemedlemmer pegede også i interviewundersøgelsen på, at der er en fysisk træthedsmæssig barriere i forhold til at arbejde om natten, når man bliver ældre.

"Når man er 29 år, vil man måske have en dag som zombie efterfølgende. Som 58-årig vil man måske have 2-3 dage som zombie." (Interview med styregruppemedlem).

6.4 Ledelse

Der synes samlet set at være en række både muligheder og barrierer for ændringer. Dette gælder også temaet: ledelse. Man kan stille det spørgsmål, hvorfor det ikke "bare" er en ledelsesopgave at arbejde med at sikre en arbejdsorganisering, der søger at sikre, at nogle medarbejdergrupper – her i form af vagttag – ikke belastes i for høj en grad? At det ikke bare er en ledelsesopgave, er der givetvis en række historisk betingede årsager til. Men skal der holdbare ændringer til, er det, som erfaringerne på de deltagende afdelinger har vist, også en ledelsesopgave. Eller som en ledende overlæge formulerede det:

"Selve overenskomstbestemmelsen om, at hvis de yngre læger synes, de er belastet, så kan de registrere og bede om en forhandling. Den er hverken for vag eller for stram i sin formulering. Men en overenskomst kan ikke afløse ledelsens opgave og pligt til at forholde sig og skabe løsninger om f.eks. normering. Og det *er* altså ledelsens opgave at tage nødvendig handling på forholdene. Det er ikke nødvendig – eller passende og korrekt handling – via en overenskomstbestemmelse at give lønkroner for forhold, der grundlæggende ikke er i orden." (Interview med ledende læge).

Ifølge denne interviewperson bør overenskomstbestemmelser således ikke erstatte det at bedrive ledelse.

Svaret på, hvorfor det ikke bare er en ledelsesopgave, ligger derudover for flere af interviewpersonerne i, at læger ikke har den store tradition for ledelse. Nogle interviewpersoner mente, at det er svært at få lægelige ledere, fordi de hellere vil behandle patienter end have et virke som leder. Flere pegede også på, at overlægerne ikke har de fornødne værktøjer til at bedrive ledelse.

"De ledende overlæger har ikke den fornødne organisatoriske uddannelse, der gør at de kan gå til opgaverne med en fornøden professionalisme, der ligger ud over det lægefaglige. Også kommunikationsmæssigt savnes professionalisme." (Interview med yngre læge).

Nogle mente ikke, at der var en egentlig dialog mellem ledelse og medarbejdere:

"Der er en dialog mellem ledelsen og ledelsen på højere plan ikke mellem ledelse og medarbejdere." (Interview med yngre læge).

Flere pegede på, at der skulle en kulturændring til, hvor der generelt arbejdedes på at bedre relationer mellem yngre læger og overlægerne.

"Vi burde arbejde mere med en understøttende kultur og med samarbejdsvilkår om patienter. Det er særlig svært for yngre læger, og det kan man ikke være bekendt. Her kan lægeforeningen godt spille en rolle." (Interview med ledende læge).

En mere motiverende ledelsesstil, hvor man for eksempel ikke skælder hinanden ud, anses også for at være forbundet med et stort og vedholdende arbejde:

"Det handler om, at man som leder altid og vedholdende signalerer, at her taler man ordentligt, og som læge kan man altid være sikker på at blive bakket op. Også ved fejl. Altså, det handler om aktivt at bryde den meget udtalte og barske tendens, der eksisterer (og ikke kun i Danmark) om, at der ved fejl skældes ud og irttesættes alvorligt, frem for at der gives støtte til læring og forbedring. Audit er et godt redskab ved hændelser, hvor der er brug for læring, og det har skabt en god og positiv effekt. Men det er et enormt arbejde at stå for disse værdier." (Interview med ledende læge).

En barriere for i stigende grad at arbejde med arbejdstilrettelæggelse og samarbejde synes således at være, at de ledende læger ikke har tradition herfor eller ledelsesmæssige værktøj hertil. Ifølge et medlem af styregruppen er det:

"Et kæmpe ledelsesproblem i det danske sundhedsvæsen, at vi ikke i høj nok grad har ledere, der beforder et godt arbejdsmiljø og en god arbejdskultur." (Interview med styregruppemedlem).

Samme styregruppemedlem peger på, at ledelser ikke vurderes eller akkrediteres på, hvordan de tackler deres medarbejdere, eller hvordan arbejdsmiljøet er, men at de udelukkende vurderes og belønnes ud fra produktionsparametre (Interview med styregruppemedlem).

På konferencen den 17. januar 2007 blev der blandt andet stillet det forslag, at der på fremtidens hospitalsafdeling ikke blot burde være en uddannelsesansvarlig overlæge, men at der tilsvarende også burde være en organisationsansvarlig overlæge. Ideen syntes at vække nogen interesse. Selvfølgelig kan der indvendes, at det burde være den ledende overlæges opgave at påtage sig denne rolle. Under alle omstændigheder er ledelse og ledelsens villighed til at forholde sig til problemer med det konkrete vagtarbejde på en afdeling central for, at der sker noget på området. Og dette gælder såvel på afdelingsledelsesniveau som hospitalsledelsesniveau. At arbejdet med at sikre vilkårene i vagtarbejdet er en ledelsesopgave bliver særligt vigtigt på afdelinger, hvor den løbende institutionaliserede udskiftning blandt de yngre læger er så stor, at det ikke er hensigtsmæssigt at forankre ansvar for forandringer i denne gruppe.

6.5 Afrunding og anbefalinger

Denne evalueringsrapport har dokumenteret, at der på en række af landets hospitalsafdelinger opleves at være problemer med vagtarbejde, der er for belastet i tidsrummet 20.00 – 08.00. Præcist hvor omfattende problemet er, er der en række usikkerhedsfaktorer om.

Det er Yngre Lægers opfattelse, at vagter udgør et arbejdsmiljømæssigt problem, hvis de er belastet mere end 2/3 af tiden i tidsrummet mellem kl. 20 og 08.

Danske Regioner finder ikke, at en belastning på mere end 2/3 af tiden (i tidsrummet mellem kl. 20 og 08) i sig selv kan tages som et udtryk for, at der er et arbejdsmiljømæssigt problem. Omfanget af effektivt arbejde under vagt kan være én blandt flere faktorer, der er af betydning for, om en vagt er så belastet, at det udgør et arbejdsmiljømæssigt problem.

Det er ca. halvdelen af de af landets ledende overlæger og tillidsrepræsentanter, der har besvaret survey'en, der oplever, at vagterne er belastet mere end 2/3. Hvilket oversat betyder, at det er ca. halvdelen der ikke i gennemsnit får mindst 4 timers hvile og højst 8 timers arbejde i tidsrummet. Dette er det primære mål for belastning, der anbefales i "Vagtkogebogen" forfattet af Yngre Læger.

Rapporten kan ikke svare på, hvorvidt dette er et godt mål for belastning, men dette kan måske være et af de emner, der fremadrettet kunne arbejdes videre med at undersøge og konkret udvikle mål for.

Rapporten kan dog konkludere, at der er relativt store forskelle de lægelige specialer imellem, for hvor belastede vagterne anses for at være. Nogle specialer har derudover sæsonmæssige variationer i deres belastningsgrad. Rapporten anbefaler derfor:

- 1) at der i det fremtidige arbejde med at sætte fokus på belastning i vagtarbejdet og forsøg på at ændre dette tages højde for speciemæssige forskelle. Eventuelt at der også tages udgangspunkt i størrelsesforskelle på afdelinger. Denne faktor bør videre undersøges.

I rapporten er nogle af de betingelser, der kan være med til at gøre vagtarbejdet belastet, blevet undersøgt. Det drejer sig om, hvorvidt man får den information, man som yngre læger behøver, hvorvidt man får tilstrækkelig støtte og hjælp fra bagvagten, hvorvidt man har et godt samarbejde med andre læger i vagten, hvorvidt man har et godt samarbejde med plejepersonalet i vagten, hvorvidt man har mulighed for at følge op på svære situationer, hvorvidt man har mulighed for at lære noget nyt i vagten, og hvorvidt vagterne udgør et problem for henholdsvis uddannelseskvaliteten og for arbejdsmiljøet.

Generelt var der en mindre forskel i opfattelsen af disse betingelser, alt efter om det var de ledende overlæger eller de yngre lægers tillidsrepræsentanter, der svarede. Således så de ledende overlæger konsekvent, at problemerne var mindre end de yngre læger.

Såvel blandt de ledende overlæger som blandt de yngre lægers tillidsrepræsentanter var der knap en tredjedel, der mente, at vagterne i nogen grad udgør et arbejdsmiljømæssigt problem. Der var knap en fjerdedel af de yngre lægers tillidsrepræsentanter, der vurderede, at der i høj eller meget høj grad var tale om et arbejdsmiljømæssigt problem. Det må derfor konkluderes, at der er basis for at arbejde videre med at nedbringe vagternes negative sammenhæng med arbejdsmiljøet. Rapporten anbefaler derfor, at det overvejes:

- 2) hvordan der aktivt kan gøres tiltag for at finde frem til og afhjælpe problemerne på de afdelinger, hvor vagterne i høj eller i meget høj grad anses for at udgøre et arbejdsmiljømæssigt problem.

Der er i hospitalsvæsenet, som påpeget af flere interviewpersoner, en tendens til at se isoleret på problemer og løsninger frem for at se på sammenhænge og relationer. Vagtproblematikken på de afdelinger, der oplever at være belastede, må dog anses for at have en række afledte konsekvenser ikke kun for yngre læger, men også for patienter, pårørende og andre faggrupper. Ifølge flere af de interviewede tillidsrepræsentanter og ledende overlæger kan det ikke undgås, at kvaliteten af det lægelige arbejde mindskes, når belastningen er høj, og lægerne samtidig er relativt uerfarne. Også de mere erfarne yngre læger i interviewundersøgelsen vurderede dog, at tidspres gik ud over kvaliteten af deres såkaldte kerneydelse som læge. Hvis belastningen bliver for høj, må belastningen således anses for at have en række negative konsekvenser for patienter og pårørende, i form af for eksempel

øget ventetid på at lægen kommer og ringere kvalitet i beslutningstagning og behandling. Disse sammenhænge er dog kun i ringe grad dokumenteret i dag. Ligeledes har mange peget på, at det er sygeplejerskerne, der kommer til at stå med problemerne, indtil lægen kommer, og at dette kan lægge et pres på sygeplejerskerne og på løsningen af deres arbejdsopgaver. De samlede konsekvenser af belastningen i de yngre lægers vagtarbejde kan således have afledte konsekvenser for sygeplejerskemanglen og fastholdelse af sygeplejersker.

Tres procent af såvel de ledende overlæger som de yngre lægers tillidsrepræsentanter kendte til bestemmelsen om, at når (repræsentanter for) Yngre Læger angiver, at vagtbelastningen i tidsrummet 20.00-08.00 er et arbejdsmiljømæssigt problem, så skal der på begæring afholdes en lokal forhandling med henblik på initiativer til afdækning, forebyggelse og/eller afhjælpning af problemet. Af dem, der kendte til bestemmelsen, havde knap en femtedel været med til at anvende bestemmelsen. På nogle afdelinger havde anvendelsen af bestemmelsen og dokumentationen af for stor belastning medført ændringer i form af eksempelvis opnormeringer, indførelse af et mellemvagtsslag, ændringer i opgavefordeling. Andre steder vurderedes begrænsninger i økonomi og/eller lægemangel at være en begrænsning for at ændre forholdene. Flere steder ansås det at dele eksempelvis døgnvagterne således for at være eneste løsning, men dette var de yngre læger ikke interesserede i, da dette ville medføre hyppigere vagter. Generelt anså mange yngre læger – også i interviewundersøgelsen – hyppige vagter for at udgøre en belastning.

Af de 80 %, der svarede, at de kendte til bestemmelsen, men ikke havde anvendt den, var der mange, der kommenterede, at der ikke havde været behov herfor. Det kan således konstateres, at der ikke bare er ledende overlæger, men også er tillidsrepræsentanter for yngre læger der vurderer, at der ikke er behov for at anvende bestemmelsen.

Samtidig var det også en vurdering, at bestemmelser er vigtige og skal være i stand til at sikre yngre læger mod at der drives "rovdrift" på dem i en tid med besparelser.

På grund af den økonomiske situation og det forhold, at mange yngre læger ikke ønsker hyppigere vagter, bliver arbejdstilrettelæggelse, samarbejde og opgavefordeling af stor betydning. Det drejer sig eksempelvis om at adskille dagarbejdet fra arbejdet, der foregår i aften- og nattetimerne. At have klare aftaler med andre afdelinger om, hvad der kan kaldes læger ud til. At andre faggrupper foretager de opgaver, som lægerne i dag udfylder, men som ikke kræver en læges kompetencer. Det drejer sig for eksempel om at hente og skrive journaler, at anlægge venflon og at tage blodprøver. Det drejer sig også om at arbejde med at fremadrettet at undgå de såkaldte "uhensigtsmæssige indlæggelser" (10).

Rapporten anbefaler:

- 3) at der i den samlede løsning af vagtproblematikken sættes fokus på arbejdstilrettelæggelse af "den hele afdeling i alle døgnets 24 timer".

Det må, med den infrastruktur der er i de yngre lægers arbejde med mange planlagte, korte ophold, anses for at være centralt, at forandringer drives af de ledere og medarbejdere, der er ansat i længe-revarende ansættelsesforhold på afdelingen. Således at en mere varig organisatorisk forankring sikres. Tilrettelæggelse af en hensigtsmæssig løsning af vagtopgaven på en afdeling må således anses for at være en væsentlig ledelsesopgave.

Der kunne eventuelt arbejdes relativt konkret og detaljeret med få udvalgte modelafdelinger på dette område, der via et samarbejde med Danske Regioner, Yngre Læger og Foreningen af Speciallæger kunne understøttes lokalt. Og på denne måde komme til at fremstå som foregangseksempler på at ændringer kan gennemføres.

Arten af og omfanget af de forestående omlægninger af akutområdet er på nuværende tidspunkt ikke kendt. Det er således uvist, om en sådan omlægning vil komme til at medføre, at de afdelinger, der i

dag oplever at være belastede, fremadrettet vil blive aflastet af strukturændringer. Centralt er her dog at bemærke, at der ved omlægninger vil være afdelinger, der kommer til at modtage flere patienter, end de gør i dag. Muligheden for aflastning vil således afhænge af en række komplekse forhold såsom antallet af patienter, antallet af læger, antallet af plejepersonale, antallet af sekretærer, antallet af laboranter, antallet af senge og de fysiske rammer. Det er således ikke nødvendigvis givet, at struktur-omlægninger automatisk vil føre til aflastning i de belastede vagter for alle.

7 Referencer

1. Amtsrådsforeningen, Yngre Læger. Overenskomst for underordnede læger. Link til PDF: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVERENSKOMSTER/YN GRE_LAEGER/YL_ARF/YL_ARF/OK05-arf.pdf. [Udskrevet den: 30-10-2007]
2. Foreningen af yngre læger. Vagtkogebog 2005-2006. Tilgængelig via URL: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVERENSKOMSTER/YN GRE_LAEGER/YL_ARF/YL_ARF/OK05-arf.pdf. [Udskrevet den: 15-1-2007]
3. Foreningen af yngre læger, Amtsrådsforeningen. Yngre lægers arbejdsmiljø og vagtbelastning [Fællesbrev fra Foreningen af yngre læger og Amtsrådsforeningen]. J.nr. APV3306-05/4145. København: Foreningen af yngre læger og Amtsrådsforeningen; 2005.
4. Breinholt M. Vagten letter presset. Ugeskrift for Læger 2006; 168(24):2390-1.
5. Larsen K. Det er rart at gå på vagt nu. Ugeskrift for Læger 2006; 168(26-32):2594-5.
6. Kjærager C. 2006: Vagtbelastning. Videreuddannelse. Fagligt engagement. Ugeskrift for Læger 2006; 168(45):3940-2.
7. Arbejdsmiljøinstituttet. Psykisk arbejdsmiljø. AMI's korte spørgeskema til kortlægning af det psykiske arbejdsmiljø. Ny udgave. Tilgængelig via URL: www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/3dii-kort-skema.doc. [Udskrevet den: 30-10-2007]
8. Foreningen af yngre læger. Kort fortalt om fællesvagt. Tilgængelig via URL: <http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Print>. [Udskrevet den: 18-4-2007]
9. Foreningen af yngre læger. Kort fortalt om vagtbelastning. Tilgængelig via URL: <http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Print>. [Udskrevet den: 18-4-2007]
10. Vinge S, Sandberg Buch M. U hensigtsmæssige indlæggelser - muligheder og perspektiver for kommunerne. København: FOKUS og DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2007.
11. Holm-Petersen C, Asmussen M, Willemann M. Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006. (DSI rapport 2006.08).

Bilag 1 Ekstra tabeller

Bilagstabel 1 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.1 i antal og procent blandt tillidsrepræsentanter (N = 196)

		Man får den information man behøver for at kunne udføre vagtarbejde godt				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	105	0 0 %	4 4 %	29 32 %	49 53 %	10 11 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	93	0 0 %	5 5 %	44 42 %	47 45 %	8 8 %

Mann Whitney test, P=0,12

Bilagstabel 2 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.1 i antal og procent blandt ledende overlæger (N = 166)

		Man får den information man behøver for at kunne udføre vagtarbejde godt				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	85	0 0 %	1 1 %	10 10 %	72 75 %	13 14 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	82	0 0 %	0 0 %	11 16 %	50 71 %	9 13 %

Mann Whitney test, P=0,56

Bilagstabel 3 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.2 i antal og procent blandt tillidsrepræsentanter (N = 190)

		Man får tilstrækkelig støtte og hjælp fra bagvagten				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	99	2 2 %	0 0 %	19 22 %	42 49 %	23 27 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	93	1 1 %	5 5 %	24 23 %	50 48 %	24 23 %

Mann Whitney test, P=0,40

Bilagstabel 4 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.2 i antal og procent blandt ledende overlæger (N = 164)

		Man får tilstrækkelig støtte og hjælp fra bagvagten				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	78	3 3 %	1 1 %	13 14 %	56 60 %	21 22 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	89	0 0 %	0 0 %	9 13 %	38 54 %	23 33 %

Mann Whitney test, P=0,10

*Bilagstabel 5 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.3 i antal og procent blandt tillidsrepræsentanter
(N = 194)*

		Man har et godt samarbejde med andre læger i vagten				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	101	4 4 %	4 4 %	28 31 %	45 50 %	9 10 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	94	2 2 %	9 9 %	41 39 %	39 37 %	13 13 %

Mann Whitney test, P=0,37

*Bilagstabel 6 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.3 i antal og procent blandt ledende overlæger
(N = 161)*

		Man har et godt samarbejde med andre læger i vagten				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	75	2 2 %	1 1 %	23 25 %	54 59 %	11 12 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	89	1 1 %	0 0 %	9 13 %	47 67 %	13 19 %

Mann Whitney test, P=0,03

*Bilagstabel 7 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.4 i antal og procent blandt tillidsrepræsentanter
(N = 195)*

		Man har et godt samarbejde med plejepersonalet i vagten				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	108	1 1 %	2 2 %	13 14 %	58 63 %	18 20 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	89	0 0 %	4 4 %	32 31 %	53 51 %	14 14 %

Mann Whitney test, P=0,012

*Bilagstabel 8 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.4 i antal og procent blandt ledende overlæger
(N = 164)*

		Man har et godt samarbejde med plejepersonalet i vagten				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	86	0 0 %	0 0 %	8 9 %	67 72 %	18 19 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	78	0 0 %	0 0 %	10 14 %	51 72 %	10 14 %

Mann Whitney test, P=0,20

*Bilagstabel 9 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.5 i antal og procent blandt tillidsrepræsentanter
(N = 194)*

		Man har mulighed for at følge op på/få talt om svære situationer efter vagten				
<i>Frekvens Rækkeprocent</i>	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	112	1 1 %	13 14 %	26 29 %	38 42 %	12 13 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	85	6 6 %	28 27 %	35 34 %	28 27 %	7 7 %

Mann Whitney test, P=0,001

*Bilagstabel 10 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.5 i antal og procent blandt ledende overlæger
(N = 165)*

		Man har mulighed for at følge op på/få talt om svære situationer efter vagten				
<i>Frekvens Rækkeprocent</i>	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	82	0 0 %	1 1 %	28 30 %	44 47 %	21 22 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	84	0 0 %	2 3 %	20 28 %	31 44 %	18 25 %

Mann Whitney test, P=0,87

*Bilagstabel 11 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.6 i antal og procent blandt tillidsrepræsentanter
(N = 194)*

		Man har mulighed for at lære noget nyt igennem vagtarbejdet				
<i>Frekvens Rækkeprocent</i>	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	93	2 2 %	17 19 %	35 38 %	26 29 %	11 12 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	102	2 2 %	14 14 %	34 33 %	43 42 %	10 10 %

Mann Whitney test, P=0,24

*Bilagstabel 12 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.6 i antal og procent blandt ledende overlæger
(N = 167)*

		Man har mulighed for at lære noget nyt igennem vagtarbejdet				
<i>Frekvens Rækkeprocent</i>	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	73	2 2 %	5 5 %	25 26 %	51 53 %	13 14 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	99	0 0 %	1 1 %	9 13 %	37 52 %	24 34 %

Mann Whitney test, P=0,0002

*Bilagstabel 13 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.7 i antal og procent blandt tillidsrepræsentanter
(N = 194)*

		Vagterne udgør et problem for uddannelseskvaliteten				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	87	13 14 %	38 42 %	26 29 %	8 9 %	6 7 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	106	11 11 %	29 28 %	32 31 %	25 24 %	6 6 %

Mann Whitney test, P=0,02

*Bilagstabel 14 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.7 i antal og procent blandt ledende overlæger
(N = 167)*

		Vagterne udgør et problem for uddannelseskvaliteten				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	83	23 24 %	29 30 %	37 39 %	7 7 %	0 0 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	86	12 17 %	30 42 %	19 27 %	10 14 %	0 0 %

Mann Whitney test, P=0,68

*Bilagstabel 15 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.8 i antal og procent blandt tillidsrepræsentanter
(N = 195)*

		Vagterne udgør et arbejdsmiljømæssigt problem				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	72	18 20 %	46 50 %	19 21 %	6 7 %	3 3 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	121	5 5 %	20 19 %	39 38 %	28 27 %	11 11 %

Mann Whitney test, P=0,0001

*Bilagstabel 16 Kryds mellem spørgsmål 7 og 8.8 i antal og procent blandt ledende overlæger
(N = 167)*

		Vagterne udgør et arbejdsmiljømæssigt problem				
Frekvens Rækkeprocent	Mean rank	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vagterne er gennemsnitligt belastede mindre end 2/3 af vagten	73	22 23 %	45 47 %	25 26 %	3 3 %	1 1 %
Vagterne er gennemsnitligt belastede mere end 2/3 af vagten	99	7 10 %	25 35 %	28 39 %	9 13 %	2 3 %

Mann Whitney test, P=0,0004

Bilag 2 Interviewguide

INTERVIEWGUIDE: UDPEGEDE AFDELINGER SAMT SELV INITIATIV AFDELINGER

(præsentation af spilleregler for anvendelse af citater).

1 HISTORIEN – HVAD ER BAGGRUNDEN FOR AT I MELDTE JER TIL/SAGDE JA TIL AT DELTAGE I DETTE PROJEKT?

2 HVAD HAR PROCESSEN VÆRET?

- ♦ Hvem tog initiativ, hvorfor?
- ♦ Hvilke problemer var det der skulle afhjælpes?
- ♦ Hvad skete der, så?

3 HVORDAN VIL DU VURDERE PROJEKTETS SUCCES?

- ♦ Hvad er der kommet ud af det?
- ♦ Deltog I i temadagen?
- ♦ Konferencen 17. januar?

3A HVAD HAR VÆRET GODT I DENNE PROCES?

3B HVAD HAR VÆRET MINDRE GODT I DENNE PROCES?

4 BESTEMMELSEN – HVAD MENER DU OM VAGTBESTEMMELSEN?

4A HVAD SER DU AF PROBLEMER OMKRING BRUGEN AF BESTEMMELSEN?

- ♦ bestemmelsens anvendelighed?
- ♦ bør bestemmelsen fremadrettet ændres?
- ♦ på hvilken måde?

5 HVILKE PROBLEMER ER DET BESTEMMELSEN SKULLE LØSE?

6 KAN MAN GØRE ANDRE TING FOR AT LØSE DISSE PROBLEMER?

7 HVAD SYNES DU DER VIDERE BØR SKE?

8 ANDRE KOMMENTARER?

CHP/Dansk Sundhedsinstitut (DSI)

Bilag 3 Spørgeskema

Survey: Evaluering af vagtbestemmelsen i overenskomsten for yngre læger

Ved OK 05 aftalte Amtsrådsforeningen og Yngre Læger nogle ændringer i vagtbestemmelsen. Det aftaltes, at der inden OK 08 skulle ske en evaluering af disse ændringer.

I samarbejde med Yngre Læger og Danske Regioner er Dansk Sundhedsinstitut (DSI) nu gået i gang med denne evaluering.

Som et led i evalueringen er denne **korte** survey sendt til samtlige ledende overlæger, administrerende overlæger og klinikchefer samt til yngre lægers tillidsrepræsentanter. Din identitet vil ikke indgå i bearbejdningen af spørgeskemaet, og alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt. Vi håber du vil deltage i survey'en.

Med venlig hilsen

Christina Holm-Petersen
Projektleder
Telefon: 35 29 84 16
E-mail: chp@dsi.dk

Er du leder eller tillidsrepræsentant?

- ☐ Leder
- ☐ Tillidsrepræsentant

I hvilken region ligger det hospital, hvor du er leder/tillidsrepræsentant?

- ☐ Region Nordjylland
- ☐ Region Midtjylland
- ☐ Region Syd
- ☐ Region Hovedstaden
- ☐ Region Sjælland

Hvilke speciale(r) er det/de primære på den afdeling, hvor du er leder/tillidsrepræsentant?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Endokrinologi | ☐ Ortopædisk kirurgi | ☐ Oto-rhino-laryngologi |
| ☐ Gastroenterologi | ☐ Neurokirurgi | ☐ Patologisk anatomi og cytologi |
| ☐ Geriatri | ☐ Anæstesiologi | ☐ Pædiatri |
| ☐ Hæmatologi | ☐ Arbejdsmedicin | |
| ☐ Infektionsmedicin | ☐ Dermato-venerologi | |
| ☐ Kardiologi | ☐ Diagnostisk radiologi | |

- | | |
|--|--|
| ☐ Lungemedicin | ☐ Gynækologi og obstetrik |
| ☐ Nefrologi | ☐ Klinisk biokemi |
| ☐ Reumatologi | ☐ Klinisk farmakologi |
| ☐ Psykiatri | ☐ Klinisk fysiologi og nuklearmedicin |
| ☐ Børne- og ungdomspsykiatri | ☐ Klinisk genetik |
| ☐ Karkirurgi | ☐ Klinisk immunologi |
| ☐ Kirurgi og kirurgisk gastroenterologi | ☐ Klinisk mikrobiologi |
| ☐ Plastikkirurgi | ☐ Neurologi |
| ☐ Thoraxkirurgi | ☐ Oftalmologi |
| ☐ Urologi | ☐ Onkologi |

Indgår de yngre læger på din afdeling i aften/nattevagter (dvs. vagtarbejde der foregår i hele eller dele af tidsrummet 20-08)

- ☐ Ja
☐ Nej

Aften/nattevagterne er organiseret:

- ☐ På afdelingsniveau
☐ Som fællesvagter med andre afdelinger/klinikker
☐ Afdelingsvagter på hverdage og fællesvagter i weekender
☐ Anden ordning

Hvor ofte har lægerne på din afdeling aften/nattevagter (vi vil bede dig anslå det faktiske antal vagter og ikke kun planlagte vagter)?

- ☐ Oftere end hver 7. dag ☐ Hver 14. dag
☐ Hver 7. dag ☐ Sjældnere end hver 14. dag
☐ Hver 8. dag
☐ Hver 9. dag
☐ Hver 10. dag
☐ Hver 11. dag
☐ Hver 12. dag

☐ Hver 13. dag

Hvor belastede er aften/nattevagterne gennemsnitligt efter din vurdering?

☐ Vagterne er gennemsnitligt belastede **mindre** end 2/3 af vagten

☐ Vagterne er gennemsnitligt belastede **mere** end 2/3 af vagten

Vurdér i hvor høj grad følgende udsagn passer på aften/nattevagterne på din afdeling:

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Man får den information man behøver for at kunne udføre vagtarbejdet godt	☐	☐	☐	☐	☐
Man får tilstrækkelig støtte og hjælp fra bagvagten	☐	☐	☐	☐	☐
Man har et godt samarbejde med andre læger i vagten	☐	☐	☐	☐	☐
Man har et godt samarbejde plejepersonalet i vagten	☐	☐	☐	☐	☐
Man har mulighed for at følge op på/få talt om svære situationer efter vagten	☐	☐	☐	☐	☐
Man har mulighed for at lære noget nyt igennem vagtarbejdet	☐	☐	☐	☐	☐
Vagterne udgør et problem for uddannelseskvaliteten	☐	☐	☐	☐	☐
Vagterne udgør et arbejdsmiljømæssigt problem	☐	☐	☐	☐	☐

Vagtbestemmelsen

Ved overenskomstforhandlingerne i 2005 blev der aftalt en ny bestemmelse om vagtbelastning (§21 stk.5). Bestemmelsen lyder:

"For vagttag, hvor Yngre Læger angiver, at vagtbelastningen i tidsrummet 20.00-08.00 udgør et arbejdsmiljømæssigt problem, skal der på begæring afholdes en lokal forhandling med henblik på initiativer til afdækning, forebyggelse og/eller afhjælpning af problemet. De centrale parter kan inddrages i de lokale forhandlinger."

Har du kendskab til denne bestemmelse?

☐ Ja

☐ Nej

Har bestemmelsen været benyttet til at afhjælpe eventuelle problemer med vagtbelastningen på din afdeling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvordan har erfaringerne med brugen af bestemmelsen været?

- ☐ Meget dårlige
- ☐ Dårlige
- ☐ Hverken eller
- ☐ Gode
- ☐ Meget gode

Vi vil sætte stor pris på uddybende kommentarer om gode og dårlige erfaringer med brugen af vagtbestemmelsen!

Uddybende kommentarer:



Vi vil sætte stor pris på uddybende kommentarer om, hvorfor I ikke har benyttet mulighederne i vagtbestemmelsen!

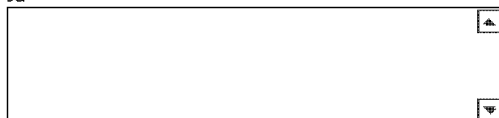
Uddybende kommentarer:



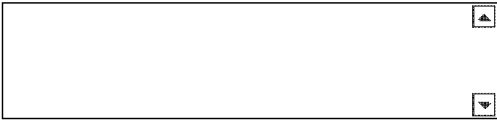
Ville du have anvendt vagtbestemmelsen, hvis du havde kendt til den?

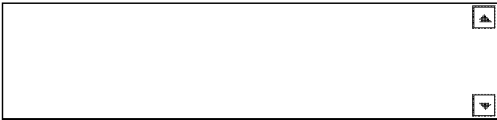
Du må meget gerne uddybe dit svar!

- ☐ Ja



Nej

☐ 

☐ Ved ikke 

Tak for din deltagelse!
Evaluering af 'Vagtprojekt'

