National Library
of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

EX. A

S.O.U.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1953:7
ECKLESIASTIKDEPARTEMENTET

LÄKARUTBILDNINGEN

Betänkande av

1948 års läkarutbildningskommitté

STOCKHOLM 1953

Statens offentliga utredningar 1953

Kronologisk förteckning

1. Valkretsar vid fullmäktigeval i kommunerna. 1950 års folkomröstnings- och valsättsutrednings betänkande 4. Kihlström. 36 s. **Ju.**
2. Betänkande med förslag till fiskeristadga m. m. Kihlström. 99 s. **Jo.**
3. Betänkande med förslag till åtgärder för stödjande av hästaveln m. m. Victor Petterson. 77 s. **Jo.**
4. Nordisk Passfrihet. Betänkande nr 4. Victor Petterson. 28 s. **U.**
5. Lättnader i fråga om tullbehandling m. m. av motorfordon i trafiken mellan de nordiska länderna. Victor Petterson. 45 s. **U.**
6. Generella metoder och fysiska kontroller inom investeringspolitiken. 229 s. Iduns Tryckeri. **S.**
7. Läkarutbildningen. Victor Petterson, 394 s. **E.**

Anm. Om särskild tryckort ej angives, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. **E.** = ecklesiastikdepartementet, **Jo.** = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1953: 7
ECKLESIASTIKDEPARTEMENTET

LÄKARUTBILDNINGEN

Betänkande

av

1948 års läkarutbildningskommitté

VICTOR PETTERSONS BOKINDUSTRI AKTIEBOLAG
STOCKHOLM 1953

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

INNEHÅLL

Skrivelse till departementschefen 5

Avd. I. Inledning

Kap. 1. Kommitténs uppdrag m. m. 11
Kap. 2. Den medicinska undervisningen i andra länder 17
Kap. 3. Läkarutbildningens mål och uppläggning 19

Avd. II. Grundutbildningen (utbildningen före medicine licentiatexamen).

A. Allmänna frågor

Kap. 4. Fri eller bunden studieordning 29
Kap. 5. Integration i undervisningen 35
Kap. 6. Undervisningsformerna 39
Kap. 7. Examensväsendet 47
Kap. 8. Anslagsfrågor m. m. 49

B. De särskilda läroämnena

Kap. 9. Jämförande anatomi 60
Kap. 10. Anatomi 63
Kap. 11. Histologi 68
Kap. 12. Medicinsk statistik 72
Kap. 13. Medicinsk genetik 74
Kap. 14. Det morfologiska året 75
Kap. 15. Kemi 77
Kap. 16. Medicinsk fysik 83
Kap. 17. Fysiologi 88
Kap. 18. Psykologi 92
Kap. 19. Det kemiskt-fysiologiska året 94
Kap. 20. Bakteriologi 95
Kap. 21. Patologi 103
Kap. 22. Farmakologi 114
Kap. 23. Det propedeutiska året 120
Kap. 24. Medicin 135
Kap. 25. Kirurgi 148
Kap. 26. Klinisk kemi och klinisk fysiologi 162
Kap. 27. Röntgendiagnostik 170
Kap. 28. Radioterapi med tumördiagnostik 175

Kap. 29. Pediatrik 178
Kap. 30. Psykiatri 184
Kap. 31. Barnpsykiatri 203
Kap. 32. De kliniska specialämnena 207
Kap. 33. Dermato-venereologi 210
Kap. 34. Klinisk epidemiologi 213
Kap. 35. Ftisiologi 218
Kap. 36. Neurokirurgi 221
Kap. 37. Neurologi 222
Kap. 38. Obstetrik och gynekologi 225
Kap. 39. Oftalmiatrik 234
Kap. 40. Oto-rhino-laryngologi 238
Kap. 41. Hygien och socialmedicin 240
Kap. 42. Rättsmedicin 267
Kap. 43. Krigsmedicinsk undervisning 272
Kap. 44. Medicinens historia 276

C. Undervisningens organisation

Kap. 45. Undervisningens årliga omfattning 278
Kap. 46. Medicine kandidatexamens omfattning 281
Kap. 47. Studieplanen 284
Kap. 48. Studier vid olika lärosäten 290
Kap. 49. De studerandes värnpliktsförhållanden 293
Kap. 50. Studietidens längd 299
Kap. 51. Kunskapskontrollen 306
Kap. 52. Handläggningen av undervisningsfrågor 318
Kap. 53. Samarbetsorgan för undervisnings- och sjukvårdsfrågor 329

Avd. III. Vidare- och efterutbildningen (utbildningen efter medicine licentiatexamen).

Kap. 54. Frågan om ett obligatoriskt sjukhusår 335
Kap. 55. Utbildning av allmänpraktiker 346
Kap. 56. Utbildning av tjänsteläkare m. fl. 348
Kap. 57. Utbildning av specialister 354
Kap. 58. Efterutbildning 359

Avd. IV. Författningsfrågor m. m.

Kap. 59. Författningsfrågor 367
Kap. 60. Övergången till den nya studieordningen 369
Kap. 61. Sammanfattning 371

Bilaga

Förslag till stadga om medicinska examina 385

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Ecklesiastikdepartementet

Genom beslut den 29 oktober 1948 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för ecklesiastikdepartementet att dels tillkalla högst nio sakkunniga för översyn av läkarutbildningen och därmed sammanhängande frågor, dels också i den utsträckning så befunnes påkallat utse sekreterare och tillkalla experter.

Med anledning härav tillkallade departementschefen den 22 december 1948 såsom sakkunniga generaldirektören *Bernt Nevrell*, landstingsmannen *Torsten Andrée*, professorn vid universitetet i Lund *Sven Larsson*, numera professorn vid universitetet i Lund *Haqvin Malmros*, medicine kandidaten *Bertil Nosslin*, prosektorn vid karolinska institutet *Bror Rexed*, professorn vid karolinska institutet *Torsten Sjögren* och numera professorn vid universitetet i Lund *Jan Waldenström* samt uppdrog åt Nevrell att såsom ordförande leda de sakkunnigas arbete. Den 9 april 1949 tillkallades departementschefen såsom ytterligare sakkunnig professorn vid universitetet i Lund *Helge Wulff*.

Genom beslut den 12 oktober 1951 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för ecklesiastikdepartementet att tillkalla ytterligare en sakkunnig. Med anledning härav tillkallade departementschefen samma dag professorn vid universitetet i Uppsala *Gunnar Blix*.

De sakkunniga har antagit namnet 1948 års läkarutbildningskommitté.

Under tiden intill juli månad 1951 har såsom kommitténs sekreterare tjänstgjort numera förste kanslisekreteraren i ecklesiastikdepartementet *Christoffer Gottlieb*. Såsom biträdande sekreterare har tjänstgjort numera andre kanslisekreteraren i ecklesiastikdepartementet *Åke Bruhn-Möller* sedan den 1 juni 1949, amanuensen i riksräkenskapsverket *Hans Poppius*

sedan den 12 juni 1951 och numera tillförordnade förste revisorn i riksräkenskapsverket *Malte Oredsson* sedan den 15 oktober 1952. Ledamoten Rexed har fungerat som kommitténs huvudsekreterare. Även ledamoten Nosslin har biträtt kommittén med fullgörande av sekreterargöromål.

Den 22 april 1949 tillkallade departementschefen medicinalrådet *R. K. Bergman,* kuratorn vid södersjukhuset i Stockholm *Elisabeth Bergsten,* professorn vid karolinska institutet *G. A. V. Fischer,* professorn vid statens institut för folkhälsan *S. P. M. Forssman,* dåvarande chefen för medicinalstyrelsen, generaldirektören *J. A. Höjer,* socialläkaren *P. G. Inghe* och överläkaren vid Långbro sjukhus, docenten *G. A. R. Lundquist* att såsom experter biträda kommittén vid utredningen av frågor rörande den akademiska undervisningen och forskningen i hygien och socialmedicin.

Den 28 maj 1951 tillkallade departementschefen professorn vid karolinska institutet *W. Bosæus* att såsom expert biträda kommittén.

Kommittén överlämnade den 27 januari 1951 till departementschefen betänkande angående antagningen av medicine studerande m. fl. (SOU 1951: 4).

Efter särskilt uppdrag av Kungl. Maj:t den 29 juni 1951 överlämnade kommittén till chefen för inrikesdepartementet den 15 februari 1952 utredning och förslag angående viss krigsmedicinsk undervisning (stencilerad).

Under sitt arbete med återstoden av uppdraget har kommittén haft samråd med representanter för den medicinska undervisningen vid samtliga lärosäten. Kommittén har sålunda vid skilda tidpunkter, dels genom särskilda sammanträden i Uppsala, Lund, Stockholm och Göteborg, vid vilka företrädare för undervisningen närvarit, dels genom mindre delegationer, som likaledes besökt lärosätena, beretts tillfälle att överlägga med ämneslärarna i frågor, som berört utredningsuppdraget. Kommittén har vidare haft särskild överläggning med representanter för de medicinska studentföreningarna.

I frågor, som är förknippade med bl. a. spörsmålet om vidareutbildningen för blivande allmänpraktiker och specialister, har kommittén haft fortlöpande samråd med representanter för Sveriges läkarförbund.

Kommittén har genom enskilda ledamöter haft kontakt med företrädare för den medicinska undervisningen i de nordiska grannländerna.

Kommittén har under sitt arbete avgivit remissvar i ärenden som hänskjutits till kommittén för särskilt yttrande.

Vissa handlingar, som överlämnats till kommittén för att tagas i övervägande vid fullgörandet av dess uppdrag, återställes härjämte.

Till kommittén har även inkommit skrivelser från organisationer och enskilda med synpunkter och förslag rörande olika medicinska undervisningsfrågor.

Med sina uttalanden och förslag i detta betänkande anser sig kommittén ha tagit ställning till överlämnade framställningar och inkomna skrivelser i vad de avser med läkarutbildningen sammanhängande frågor.

Sedan uppdraget slutförts, får kommittén vördsamt överlämna betänkande med förslag rörande läkarutbildningen.

Stockholm den 24 februari 1953.

BERNT NEVRELL

TORSTEN ANDRÉE	GUNNAR BLIX	SVEN LARSSON
HAQVIN MALMROS	BERTIL NOSSLIN	BROR REXED
TORSTEN SJÖGREN	JAN WALDENSTRÖM	HELGE WULFF

/ *Hans Poppius*

AVDELNING I

INLEDNING

Kap. 1. KOMMITTÉNS UPPDRAG M. M.

Kommitténs uppdrag

Direktiven för kommitténs arbete innefattas i ett anförande till statsrådsprotokollet över ecklesiastikärenden den 29 oktober 1948 av dåvarande chefen för ecklesiastikdepartementet, statsrådet J. Weijne. Departementschefen anförde därvid följande.

Genom beslut den 10 juni 1938 bemyndigade Kungl. Maj:t dåvarande chefen för ecklesiastikdepartementet att tillkalla sakkunniga för att utreda den redan då sedan lång tid tillbaka aktuella frågan om läkarutbildningens reformering. De sakkunniga redovisade under åren 1941—1945 sina utredningsresultat i följande fyra betänkanden:

Läkarutbildningen: I. Utbildningen till medicine licentiatexamen, avgivet den 28 augusti 1941 (SOU 1941:27).

Läkarutbildningen: Överarbetning av 1941 års förslag, avgivet den 15 december 1945 (SOU 1945:57).

Läkarutbildningen: II. Fortsättnings- och repetitionskurser för läkare, avgivet den 29 september 1943 (SOU 1943:41), samt

Läkarutbildningen: III. Utbildningen efter medicine licentiatexamen, avgivet den 15 december 1945 (SOU 1945:56).

Det som del II betecknade betänkandet har föranlett slutligt beslut från statsmakternas sida men i övrigt äro läkarutbildningssakkunnigas förslag ännu i huvudsak beroende på Kungl. Maj:ts prövning.

De sakkunnigas förslag beträffande läkarutbildningen såväl före som efter medicine licentiatexamen ha från åtskilliga håll utsatts för stark kritik. Krav på överarbetning av förslagen ha framförts i åtskilliga av remissvaren, däribland i yttrandena från karolinska institutets lärarkollegium, medicinska fakulteten i Lund, kanslern för rikets universitet, medicinalstyrelsen, svenska läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund.

De kritiska synpunkter, som kommit till uttryck i remissyttrandena, sammanfalla icke alltid med varandra. De reformkrav, som från olika håll resas, äro sålunda mer eller mindre långtgående. Längst i detta avseende gå svenska läkaresällskapet och medicinalstyrelsen. De föreslå en radikal omvärdering av omfattningen av det kunskaps- och erfarenhetsstoff, som bör ingå i medicine licentiatexamen, och i samband därmed en genomgripande omläggning av den kliniska utbildningen. Huvudtankarna i detta reformförslag, som influerats av förhållandena i de anglosachsiska länderna, synas vara följande.

Den tid, som utbildningen av läkare för närvarande tar i vårt land, borde kunna väsentligt nedbringas utan eftersättande av läkarens yrkesskicklighet. En nedskärning av den av de sakkunniga till 7 år beräknade totala studietiden kunde dock icke gå ut över de teoretiska studierna utan en betänklig sänkning av den allmänna standarden. Däremot syntes en avsevärd tidsvinst vara möjlig genom en radikal omläggning av den kliniska utbildningen i riktning mot en relativt tidig differentiering. De kliniska studierna fram till licentiatexamen borde därvid koncentreras till de tre huvudämnena medicin, kirurgi och pediatrik. Utformningen av undervisningen i dessa ämnen skulle ske med ökat hänsynstagande till den förebyggande medicinen och socialmedicinen samt till psykiska faktorers roll som sjukdomsorsak. Obligatoriska kurser och tjänstgöringar i andra ämnen borde reduceras både med avseende på kursernas längd och fordringarna i tentamina eller slutförhör. Under förutsättning av tillräcklig rationalisering och intensifiering av undervisningen borde studietiden för medicine licentiatexamen härigenom kunna begränsas till tre år efter medicine kandidatexamen mot fem enligt de sakkunnigas förslag. Licentiatexamen skulle utgöra en grundexamen för alla läkare men skulle icke medföra allmän legitimation som läkare; en sådan skulle erhållas först efter ett på licentiatexamen följande obligatoriskt sjukhusår. Under det sistnämnda kunde en viss differentiering äga rum. Blivande tjänsteläkare och allmänpraktiker skulle fullgöra det obligatoriska sjukhusåret på odelade lasarett eller medicinska avdelningar, blivande specialister på medicinska eller kirurgiska avdelningar osv. Efter denna grundläggande sjukhusutbildning skulle följa möjlighet till ytterligare sjukhusutbildning med eller utan specialisering.

Lärarkollegiet vid karolinska institutet har — utan att ingå på detaljer — uttalat sig i samma riktning som svenska läkaresällskapet och medicinalstyrelsen beträffande de kliniska studierna fram till medicine licentiatexamen. Medicinska fakulteten i Lund åter förklarar sig hysa starka betänkligheter mot en förkortning av licentiatstudierna i den av svenska läkaresällskapet föreslagna omfattningen. Fakulteten erinrar om de särskilda förhållanden i vårt land, som tala för att licentiatutbildningen göres relativt mångsidig, exempelvis det stora antalet tjänsteläkare och allmän-

praktiker och det relativt ringa antalet specialister. Fakulteten varnar även för alltför stort jäkt i studierna och risken för sänkning av läkarnas standard.

Sveriges läkarförbund vänder sig med skärpa mot tendensen att uppställa en förkortning av studietiden som ett primärt önskemål. Med hänsyn till den medicinska vetenskapens lavinartade utveckling och samhällets allt större krav på läkarnas yrkesskicklighet syntes det osannolikt, att någon mer betydande förkortning skulle kunna åstadkommas.

Ett spörsmål beträffande läkarutbildningen, varom i remissyttrandena en relativt stor enhällighet råder, gäller frågan om en förnyelse av undervisningsformerna. Det anses sålunda önskvärt att väsentligt minska antalet katedrala föreläsningar till förmån för en mera individualiserad undervisning i form av demonstrationer, seminarier och konferenser samt en förbättrad rondundervisning. Det framhålles, att en dylik reform förutsätter uppdelning av de studerande på smärre grupper och därför kräver avsevärt flera lärare av olika kategorier. En viktig förbättring skulle även kunna ske genom betydligt intimare samarbete mellan lärarna i de olika ämnena; det framhålles nämligen såsom en stor brist i den svenska läkarutbildningen, att de många särskilda ämnena och ämnesgrenarna studeras alltför fristående från varandra, utan tillräckligt beaktande av inbördes sammanhang. Moderna hjälpmedel vid undervisningen, såsom film m. m. borde även användas i större utsträckning. Vikten av goda, relativt kortfattade läroböcker och kompendier understrykes även. De studerande borde vidare under de kliniska tjänstgöringarna befrias från allt för utbildningen värdelöst rutinarbete, som kunde övertagas av laboratorie- och biträdespersonal.

I flertalet remissyttranden ägnas stort intresse åt läkarutbildningssakkunnigas förslag ifråga om gallringen bland inträdessökandena till den medicinska studiebanan. Nu gällande bestämmelser i detta avseende ha medfört en betydande köbildning framför begynnelsekursen. Väntetiden, som uppgår till 1—3 år, utfylles med betygskompletteringar. Orsaken härtill är uppenbarligen, att det nuvarande systemet tillmäter betygskompletteringar meritvärde i konkurrensen om det begränsade platsantalet. De sakkunniga ha föreslagit en anordning som ökar möjligheterna för sökande med goda studentbetyg att utan väntetid efter studentexamen vinna inträde men ha icke tagit steget fullt ut; enligt deras förslag skulle således s. k. "konkurrenskompletteringar" alltjämt kunna förekomma. I flera remissyttranden påyrkas nu en vida radikalare omläggning av urvalsförfarandet. De flesta remissinstanserna önska helt slopa konkurrenskompletteringarnas meritvärde, dock med vissa dispensmöjligheter t. ex. vid sjukdomsfall. Medicinska fakulteten i Lund framhåller vidare önskvärdheten av att för läkaryrket icke lämpade studerande effektivt utgallras. För närvarande sker icke, påpekas det, någon sådan gallring efter intagningen, vilket säges ha till följd en påtaglig sänkning av läkarkårens genomsnittsstandard. För att åstadkomma en behövlig gallring kunde det enligt fakulteten ifrågasättas att införa en naturvetenskaplig, premedicinsk studieperiod, omfattande exempelvis en termin, under vilken de sökande finge dokumentera sin lämplighet för medicinska studier. — Tanken på en dylik förberedande studieperiod har fått stöd även i andra remissyttranden, exempelvis de som avgivits av medicinalstyrelsen, svenska läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund.

Såsom framgår av dessa antydningar om innehållet i remissyttrandena över läkarutbildningssakkunnigas förslag har det bildats en stark fackmannaopinion till förmån för en betydligt mer genomgripande omformning av den svenska läkarutbildningen än läkarutbildningssakkunniga velat ifrågasätta. Även om meningarna i detta avseende äro delade, synas likväl kraven på en ny översyn av läkarutbildningen vara tungt vägande. Jag förordar, att särskilda sakkunniga tillkallas för detta ändamål.

Det är givetvis icke lämpligt eller ens möjligt att ge några bindande direktiv för den nya översynen av läkarutbildningens organisation. De spörsmål, som i remissyttrandena berörts eller eljest äro aktuella, böra således utredas och prövas förutsättningslöst.

Några av de enligt min mening väsentligaste problem, som komma att möta de sakkunniga, ha berörts redan i det föregående referatet av innehållet i remissvaren. Först och främst böra de sakkunniga således upptaga till prövning frågan om målsättningen för examensstudierna och de därmed sammanhängande spörsmålen om studietidens längd och utbildningen efter licentiatexamen. Dessa frågor stå i sin tur i intimt samband med själva det medicinska examensväsendet; de sakkunniga böra således taga jämväl sistnämnda spörsmål under omprövning.

Av central betydelse för läkarutbildningen äro även frågorna om undervisningens allmänna uppläggning och om undervisningsformerna. Det har riktats kritik mot vad man kallat den nuvarande studieplanens "additionssystem", dvs. att specialkunskaper staplas på specialkunskaper i från varandra fristående, slutna enheter

utan beaktande av inbördes sammanhang; de medicinska studierna kunna härigenom icke ge den önskvärda helhetsbilden. De sakkunniga böra pröva hållbarheten i denna kritik och om den befinnes riktig, söka finna botemedlen. Vad undervisningsformerna beträffar, synes den relativa samstämmigheten i de framkomna meningsyttringarna ge stöd för antagandet, att en tämligen genomgripande modernisering är på sin plats.

Frågan om lämpliga former för urvalet bland sökandena till de medicinska studierna är ett annat betydelsefullt problem. Av vikt synes vara, att de s. k. konkurrenskompletteringarna snarast möjligt bringas att upphöra. I samband med urvalsmetoden böra även frågorna om åstadkommande av en effektiv utgallring av för medicinska studier mindre lämpade samt om ett eventuellt införande av en premedicinsk kurs upptagas till prövning.

En noggrann prövning bör även ägnas frågan om en reglering av utbildningen efter licentiatexamen. Läkarutbildningssakkunnigas förslag i denna del har mötts med kritik, särskilt från huvudmännen för sjukvården och från Sveriges läkarförbund. Från huvudmännens sida göres gällande, att förslaget i alltför ringa grad tar hänsyn till sjukvårdens behov. Läkarförbundet ifrågasätter, huruvida en reglering som den ifrågasatta alls är erforderlig. För egen del har jag den uppfattningen, att reglerande ingripanden i detta avseende icke böra vidtagas utan tvingande skäl.

I samband med översynen av läkarutbildningen torde vidare till behandling böra upptagas den sedan länge aktuella frågan om hur man lämpligen bör ordna den akademiska undervisningen och forskningen inom ämnet hygien med de därtill gränsande socialmedicinska ämnesområdena. Olika förslag till lösning av denna fråga ha tid efter annan framkommit utan att hittills ha lett till något resultat. Senast har frågan berörts av de medicinska högskolornas organisationskommitté i dess år 1946 avgivna betänkande, del I. Enär mycket delade meningar råder om hur dessa stora sinsemellan sammanhängande ämnesområden, vilka bruka sammanfattas under begreppet preventiv eller profylaktisk medicin, böra begränsas och representeras vid våra medicinska högskolor, har kommittén icke ansett sig kunna för egen del taga ställning till detta spörsmål utan förordat ytterligare utredning. En sådan bör nu enligt min mening komma till stånd. Måhända kan det befinnas lämpligt att denna inom ramen för utredningsmännens allmänna uppdrag anförtros åt en särskild delegation, i vilken speciell expertis på området kan beredas plats — en arbetsmetod, som kan komma att finnas praktisk även för andra speciella frågor.

Ett annat ämnesområde, som bör ägnas särskild uppmärksamhet av utredningsmännen, är psykiatrin. I en till mig ställd skrivelse har statens sinnessjukvårdsberedning framhållit angelägenheten av att vid den medicinska utbildningen större vikt fästes vid undervisningen rörande de nervösa och psykiska sjukdomstillstånden. Enligt uppgift skulle omkring hälften av alla de patienter, som konsultera läkaren, lida av sådana sjukdomstillstånd. Starka skäl synas därför tala för att undervisningen i psykiatri — medicinsk psykologi däri inbegripen — väsentligt förstärkes. I denna fråga bör samråd sökas med sinnessjukvårdsberedningen.

Någon djupgående analys av läkarbehovet synes icke erforderlig i samband med utredningen rörande läkarutbildningen. Utredningsmännen torde kunna utgå ifrån att behovet av läkare för överskådlig tid framåt kommer att vara så stort, att de medicinska högskolornas hela utbildningskapacitet kommer att behöva tagas i anspråk, i varje fall under det närmast följande decenniet.

Åt de sakkunniga, som nu böra tillkallas för översyn av den medicinska utbildningen, torde även böra uppdragas att närmare utreda frågan om inrättande av ett permanent organ för ordnad samverkan mellan, å ena sidan, medicinalstyrelsen och den praktiska sjukvården utanför undervisningssjukhusen och, å andra sidan, de medicinska högskolorna i egenskap av centra för medicinsk undervisning och forskning. Tanken på att tillskapa ett sådant organ framfördes av medicinalstyrelseutredningen i dess år 1946 avgivna betänkande angående den centrala organisationen av det civila medicinal- och veterinärväsendet. Syftet med denna samverkan skulle enligt utredningen närmast vara, att sjukvårdens målsmän skulle få tillfälle att fortlöpande belysa de aktuella behov beträffande undervisningens planläggning och utformning, som utvecklingen på hälso- och sjukvårdens område för med sig. Jag föreställer mig, att värdefulla impulser och synpunkter genom ett sådant kontaktorgans förmedling även skulle komma den praktiska sjukvården tillgodo. Tillskapandet av ett dylikt kontaktorgan har även rekommenderats av statsutskottet vid 1948 års riksdag. I samband med sin behandling av frågan om överflyttning av den centrala handläggningen av ärenden rörande undervisningssjukhusen från ecklesiastik- till inrikesdepartementet anförde sålunda statsutskottet (utlåtandet 1948: 147) i huvudsak följande.

De betänkligheter, som de akademiska

myndigheterna uttalat mot överflyttningen av nämnda ärenden, anser utskottet för sin del kunna till en del undanröjas genom inrättandet av ett särskilt samarbetsorgan av rådgivande karaktär och bestående av representanter för vederbörande universitetsmyndigheter, medicinalstyrelsen och den praktiska sjukvården utanför undervisningssjukhusen. Detta organ bör träda i verksamhet redan på ett tidigt stadium av ifrågakommande ärendens handläggning och innan desamma i förekommande fall överlämnats till kanslern eller andra berörda myndigheter för yttrande. Härigenom skulle enligt utskottets mening en rationell organisation av den medicinska kliniska undervisningen och av sjukvården i riket väsentligen underlättas. Utskottet vill för sin del förorda, att ett samarbetsorgan av sålunda angivet slag av Kungl. Maj:t tillsättes snarast möjligt.

Riksdagen godkände statsutskottets uttalande. Med hänsyn till att riksdagen förklarat sig önska en snar lösning av spörsmålet om tillskapandet av det ifrågasatta samarbetsorganet torde de sakkunniga böra avge separat yttrande härom snarast möjligt. Även i andra fall kan det kanske befinnas lämpligt att avgiva särskilda förslag, exempelvis ifråga om avskaffande av de förut berörda s. k. konkurrenskompletteringarna eller beträffande den preventiva medicinens representerande vid de medicinska högskolorna.

Till slut må framhållas, att den nya översynen av läkarutbildningen bör kunna ske på relativt begränsad tid, eftersom ett stort och värdefullt material redan finnes samlat. Jag vill emellertid understryka, att detaljutformningen av föreslagna åtgärder och annat, som är av vikt för det praktiska genomförandet av en blivande reform, icke får eftersättas, liksom att kostnadsberäkningarna utföras med största omsorg.

Det är önskvärt, att utredningsmännen taga kontakt med motsvarande utredningsorgan i övriga nordiska länder, där en läkarutbildningsreform är aktuell; en viss likformighet i fråga om den medicinska utbildningen i de nordiska länderna ter sig nämligen enligt min mening såsom eftersträvansvärd. Av intresse för utredningen torde även vara ett par under senare år publicerade engelska utredningar rörande läkarutbildningen i England.

Läkarutbildningens nuvarande organisation

Kommittén kommer i fortsättningen att vid behandlingen av de olika undervisningsämnena redogöra för detaljerna i den nuvarande organisationen, varför här endast lämnas en sammanfattande framställning av dess huvuddrag.

Det medicinska examensväsendet regleras av stadgan av den 28 juni 1907 angående medicinska examina med däri senare gjorda ändringar jämte vid skilda tillfällen utfärdade särskilda bestämmelser.

Enligt examensstadgan avlägges medicine kandidat- och medicine licentiatexamina vid universiteten och karolinska institutet (§ 1). Någon ändring av examensstadgan med hänsyn till inrättandet av en medicinsk högskola i Göteborg har icke gjorts. Analogivis tillämpas därför på denna högskola bestämmelserna för karolinska institutet.

Fakulteten respektive lärarkollegiet skall tillse, att en för de studerandes utbildning till läkare avpassad och med hänsyn till värnpliktstjänstgöringen ordnad vetenskaplig undervisning finns att tillgå. Undervisningen meddelas i form av föreläsningar, kurser, övningar och tjänstgöringar (§ 2).

För att få deltaga i undervisningskurs eller övning, som är stadgad för medicinsk examen, skall den studerande vara inskriven i medicinsk fakultet eller vid karolinska institutet. Rätt till dylik inskrivning tillkommer den, som vid avlagd studentexamen eller fyllnadsprövning till samma examen erhållit vitsord om minst godkända insikter i biologi samt i matematik å latin- eller realgymnasium ävensom enahanda vitsord i fysik och kemi å realgymnasium (§ 7). Bestämmelser rörande tillträde till de medicinska nybörjarkurserna utfärdas av kanslern.

Medicine kandidatexamen skall avläggas i följande examensämnen (§ 16).

1. Anatomi, omfattande normal anatomi och därmed sammanhängande delar av embryologien ävensom grunderna i den jämförande anatomien.

2. Histologi, omfattande normal histo-

logi och därmed sammanhängande delar av embryologien.

3. Fysiologi, omfattande allmän och speciell fysiologi.

4. Medicinsk kemi, omfattande fysiologisk och patologisk kemi.

5. Farmakologi, omfattande farmakodynamik och receptskrivningslära samt härför nödig kunskap i svenska farmakopén.

6. Patologi, omfattande allmän patologi och bakteriologi.

Innan den studerande får avlägga tentamen i något av ovannämnda ämnen, skall han ha genomgått vissa för varje ämne särskilt angivna kurser och övningar, vilka således är obligatoriska för erhållande av betyg i respektive ämnen. Utom dessa obligatoriska kurser finns en förberedande undervisningskurs av obligatorisk karaktär, nämligen i allmän kemi, omfattande även de allmännaste grunderna i farmaceutisk kemi. Den studerande måste ha genomgått denna kurs för att få delta i laborationskursen i medicinsk kemi (§ 17). Ytterligare en förberedande undervisningskurs har erhållit obligatorisk karaktär, därigenom att kanslern föreskrivit dels att tillträde till kursen i allmän kemi endast lämnas åt den, som vid lärosätet ifråga på ett tillfredsställande sätt genomgått kursen i jämförande anatomi, dels ock att för tillträde till dissektionsövningarna på anatomisalen fordras genomgången kurs i jämförande anatomi.

Studerande, som i vederbörlig ordning genomgått i § 17 i examensstadgan föreskriven undervisningskurs eller övning, äger tillgodoräkna sig detta vid tentamen i ämnet vid annat lärosäte (§ 17, sista stycket).

Medicine licentiatexamen skall avläggas i följande examensämnen (§ 19).

1. Medicin, omfattande medicinsk patologi och terapi.

2. Pediatrik, omfattande barnaålderns fysiologi samt barnsjukdomarnas patologi och terapi.

3. Kirurgi, omfattande kirurgisk patologi och terapi.

4. Oftalmiatrik, omfattande ögonsjukdomarnas patologi och terapi samt läran om ögats brytningsfel.

5. Obstetrik och gynekologi, omfattande havandeskapets, förlossningens och barnsängens fysiologi, patologi och terapi samt kvinnosjukdomarnas patologi och terapi.

6. Patologisk anatomi, omfattande speciell patologisk anatomi.

7. Rätts- och statsmedicin, omfattande den medicinska vetenskapens tillämpning vid lagskipning samt svensk lagstiftning och förvaltning rörande hälso- och sjukvård.

I betyg över avlagd medicine licentiatexamen skall intagas jämväl de vitsord, den examinerade erhållit vid slutförhör efter de obligatoriska tjänstgöringarna i psykiatri samt i dermatologi och venereologi ävensom efter den obligatoriska undervisningskursen i hygien (§ 19).

Innan den studerande får avlägga tentamen i något av ovannämnda, i medicine licentiatexamen ingående ämnen, skall han ha genomgått, respektive fullgjort, vissa för varje ämne särskilt angivna undervisningskurser och tjänstgöringar. Vid anmälan till examen skall han även styrka, att han genomgått ovan nämnda tjänstgöringar i psykiatri samt i dermatologi och venereologi ävensom undervisningskurs i hygien (§ 20).

Tidigare utredningar m. m.

De utredningar angående läkarutbildningen, som framlagts före de i kommitténs direktiv uppräknade betänkandena

av 1938 års läkarutbildningssakkunniga (i fortsättningen benämnda LS), berörs i LS första betänkande (s. 3).

Flera utredningar av betydelse för kommitténs arbete har framlagts sedan LS avslutat sitt arbete. Enligt bemyndiganden den 22 juni och den 15 november 1945 tillkallades sakkunniga för att inom ecklesiastikdepartementet biträda med utredning och avge förslag beträffande universitetsorganisationen (1945 års universitetsberedning). Universitetsberedningen har behandlat åtskilliga frågor av betydelse också för läkarutbildningen. I dess betänkanden (SOU 1946: 9, 1946: 81, 1947: 75, 1949: 48 och 1949: 54) har sålunda behandlats lärarkategorier, biblioteksfrågor, undervisningsnämnder, fakultetsledningen och dess personal, centrala skrivbyråer, synpunkter på studietidens längd, examinas målsättning och utformning, studietidsstatistiken, yrkesvägledning, undervisningsformer och metodik, tentamina, examenssammanträden, efterprövning, ämnes- och fakultetskonferenser m. m.

För utredning rörande de medicinska högskoleinstitutionernas arbetsförhållanden tillsattes enligt bemyndigande den 12 oktober 1945 en kommitté, som antog namnet de medicinska högskolornas organisationskommitté (MHO). I dess första betänkande (SOU 1946: 76) framlades förslag till en upprustning av de teoretiska institutionerna med hänsyn till personal, utrustning, anslag m. m. varjämte ett antal nya professurer och laboraturer föreslogs. Dessa förslag har i huvudsak genomförts. Motsvarande åtgärder för de kliniska institutionernas del kom däremot icke till utförande. Senare behandlade MHO de kliniska institutionernas behov av läkarpersonal, främst med hänsyn till forskningens behov (SOU 1947: 66). Denna utredning har ännu icke föranlett något genomgripande beslut av Kungl. Maj:t.

Den 29 september 1947 framlade medicinalstyrelsen utredning och förslag angående den öppna läkarvården i riket (SOU 1948: 14 och Bilagor SOU 1948: 24).

Enligt bemyndigande den 13 juni 1947 tillkallades sakkunniga för att såsom särskild beredning inom inrikesdepartementet biträda vid fortsatt handläggning av frågorna om sinnessjukvårdens effektivisering och utbyggande (statens sinnessjukvårdsberedning). Enligt direktiven för beredningens arbete skulle bl. a. specialistutbildningen för psykiatriker bli föremål för övervägande. Beredningen avgav den 27 november 1947 en promemoria till chefen för ecklesiastikdepartementet angående undervisningen i psykiatri före medicine licentiatexamen, den 31 december 1947 förslag till kompletteringskurs för läkare vid statens sinnessjukhus samt den 11 januari 1950 ett betänkande (stencilerat) med förslag om specialistutbildningen i psykiatri.

Enligt bemyndigande den 22 februari 1946 tillkallades dåvarande landshövdingen, numera kanslern för rikets universitet A. N. Thomson att såsom sakkunnig verkställa utredning av frågan om samarbete mellan universitetet i Lund och allmänna sjukhuset i Malmö i avsikt att genom utökning av den praktiskt-kliniska undervisningen vid sjukhuset förbättra utbildningen i ämnena praktisk medicin, kirurgi samt obstetrik och gynekologi. Sedan utredningsmannen den 31 december 1946 avgivit yttrande och förslag i ämnet, inrättades efter beslut av 1947 års riksdag vid universitetet i Lund från och med budgetåret 1948/49 professurer i dessa ämnen, förenade med överläkartjänster vid allmänna sjukhuset i Malmö.

Enligt bemyndigande den 20 septem-

ber 1946 tillkallades sakkunniga för att utreda frågan om inrättandet av en medicinsk högskola i Göteborg. Betänkande med förslag härom avgavs den 26 februari 1947 (stencilerat), varefter detaljutformning av förslaget skedde genom organisationskommittén för medicinska högskolan i Göteborg i betänkande den 9 januari 1948. Medicinska högskolan i Göteborg började sin verksamhet 1949.

Enligt bemyndiganden den 18 juni 1949 och den 17 mars 1950 tillkallades sakkunniga för att utreda förutsättningarna och kostnaderna för en ökning av antalet medicine studerande vid universiteten i Lund respektive Uppsala. Utredningar avlämnades den 7 december 1949 respektive den 5 september 1950. Motsvarande utredningsuppdrag avseende medicinska högskolan i Göteborg fullgjordes av organisationskommittén för denna högskola, och utredning avlämnades den 16 februari 1950.

Kap. 2. DEN MEDICINSKA UNDERVISNINGEN I ANDRA LÄNDER

Tidigare publikationer

Kommittén har icke funnit det påkallat att sammanställa en fullständig beskrivning av olika länders medicinska undervisning, eftersom ett omfattande material härom blivit tillgängligt under senare år. I de särskilda ämneskapitlen har relevanta uppgifter samlats för de olika ämnena.

LS publicerade en utförlig redogörelse av en av sina ledamöter, numera medicine doktorn G. Giertz för "Den medicinska undervisningen i utlandet" som ett särskilt avsnitt i sitt första betänkande (SOU 1941: 27). Där skildrades med ledning av upplysningar, införskaffade genom utrikesdepartementets försorg, förhållandena i Förenta staterna, Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyska riket.

Världsläkarförbundet (the World Medical Association) har med hjälp av en enkät till läkarorganisationer i ett 30-tal länder insamlat uppgifter om dessa länders medicinska utbildning. Resultaten har framlagts i två publikationer. Grundutbildningen fram till legitimationen behandlas i "Standards of Medical Education. Report 1." (1950), och specialistutbildningen skildras i "Postgraduate Medical Education and Specialist Training. Report 1." (1950).

I England har ett betänkande, "Report of the Inter-Departmental Committee on Medical Schools" (den s. k. Goodenoughrapporten) framlagts 1944 med utförliga diskussioner och förslag angående läkarutbildningen. Förslagen har ingående granskats av en särskild kommitté inom den engelska läkarorganisationen, British Medical Association, som publicerat resultaten av sitt arbete i en bok, "The Training of a Doctor" (1948). Nya regler för den grundläggande läkarutbildningen utfärdades av the General Medical Council i dess "Recommendations as to the Medical Curriculum" (1947). Rådets rekommendationer, som utgör minimifordringar för de erkända medicinska skolorna i

England, skiljer sig icke väsentligt från de tidigare gällande.

Då förhållandena i Förenta staterna tilldragit sig särskilt intresse i diskussionen kring läkarutbildningens problem, kan det nämnas, att ett stort material angående den amerikanska medicinska undervisningen framlagts av Amerikanska läkarförbundets råd för medicinska undervisningsfrågor i skriften "Medical Education in the United States and Canada 1949—1950" (Journal of the American Medical Association, vol. 144, 1950).

Nya studieplaner i de nordiska grannländerna

Av särskilt intresse för diskussionen om läkarutbildningen i vårt land torde vara planerade eller genomförda ändringar härvidlag i övriga länder i Norden.

I *Finland* har någon omläggning av den medicinska utbildningen icke företagits under de år, som förflutit sedan LS publicerade sin redogörelse.

I *Danmark* tillsattes 1947 av fakulteterna i Köpenhamn och Århus en kommitté för omorganisation av den medicinska utbildningen. Kommitténs förslag, som avlämnades 1949, har ännu ej slutbehandlats av vederbörande departement.

I *Norge* utsåg medicinska fakulteten i Oslo 1946 en kommitté med uppdrag att utarbeta en ny plan för de medicinska studierna. Kommittén avlämnade 1948 sitt betänkande till fakulteten, som 1950 avgav ett reviderat, slutligt förslag till myndigheterna. Den nya studieordningen fastställdes 1950.

Utbildningen tar enligt den nya studieordningen sex år. Under denna tid måste de studerande passera *tre* huvudavdelningar i undervisningsprogrammet.

Studieplanen är följande.

AVDELNING I (2 ½ år, delade på *två* underavdelningar).

Ämnen:

Underavdelning 1 (1 år):

Kemi — såsom huvudämne

Anatomi
Psykologi
Fysikalisk kemi
Biologi
Statistik
Latin
Filosofi
} såsom förberedande ämnen

Underavdelning 2 (1 ½ år):

Anatomi
Fysiologi
Fysiologisk kemi.

AVDELNING II (2 ½ år, delade på *åtta* terminer).

Ämnen:

Termin 1 (propedeutisk termin):

Principerna för klinisk medicin och de kliniska undersökningsmetoderna
Praktisk kurs i bakteriologi
Praktisk kurs i allmän patologi
Psykologi
Socialmedicin

Termin 2:

Intern medicin
Praktisk kurs i speciell patologi
Epidemiska sjukdomar
Epidemiologi
Röntgendiagnostik
Patologisk fysiologi

Termin 3:

Kirurgi
Kirurgisk "första-hjälp"
Praktisk kurs i speciell patologi
Farmakologi och toxikologi
Röntgendiagnostik och röntgenterapi
Patologisk fysiologi
Anestesiologi

Termin 4:

Dermatologi och venereologi
Oftalmiatrik
Praktisk kurs i speciell patologi
Bakteriologi och serologi
Farmakologi och toxikologi

Termin 5:

Oto-rhino-laryngologi
Neurologi
Bakteriologi och serologi
Farmakologi och toxikologi

Termin 6:

Intern medicin
Epidemiska sjukdomar
Tuberkulos
Reumatiska sjukdomar
Fysikalisk terapi
Bakteriologi och serologi
Farmakologi och toxikologi

Termin 7:

Kirurgi
Ortopedi
Ben- och ledgångstuberkulos
Bakteriologi och serologi
Farmakologi och toxikologi
Socialmedicin
Fall av neuros demonstreras i samband med de olika kliniska disciplinerna, och i somato-psykiatrien sker undervisning varje termin.

Termin 8:

Terminen är reserverad för tentamina.

AVDELNING III (1 år, delat på *tre* terminer)

Ämnen:

Termin 1:

Obstetrik och gynekologi
Pediatrik
Psykiatri
Hygien
Socialmedicin

Termin 2:

Praktisk kurs i pediatrik

Termin 3:

Pediatrik
Rättsmedicin
Psykiatri
Hygien
Socialmedicin
Röntgendiagnostik

Tentamina i de olika ämnena är koncentrerade till den sista perioden av de tre avdelningarna.

Efter universitetsutbildningens slut måste den studerande arbeta ett halvt år som assistent åt en tjänsteläkare och delta i hans praktik. Dessutom skall han tjänstgöra ett halvt år på kirurgisk och ett halvt år på medicinsk avdelning vid större lasarett, innan han erhåller tillstånd att utöva läkaryrket.

Kap. 3. LÄKARUTBILDNINGENS MÅL OCH UPPLÄGGNING

Läkarens uppgifter i framtiden

En diskussion om läkarutbildningens lämpliga ordnande måste inledas med ett klarläggande av frågan vilka kvalifikationer som i framtiden måste fordras för att läkarna skall kunna fylla sin uppgift på bästa sätt. Denna fråga har ingående behandlats av medicinalstyrelsen i dess betänkande angående den öppna läkarvården i riket (SOU 1948: 14 och 1948: 24). Den diskussion om läkarens ställning i en modern sjukvårdsorganisation, som återfinnes i betänkandet, är av så allmängiltig art, att det torde vara av värde för diskussionen om läkarutbildningen att ge ett kort re-

ferat av betänkandets synpunkter på läkarens uppgifter i framtiden.

Inledningsvis påpekas, att så länge den medicinska vetenskapen icke var mer omfattande än att varje läkare ansågs kunna behärska den i dess helhet, stod allmänläkaren, närmast i form av husläkare-familjeläkare, i centrum för sjukvården. Den medicinska vetenskapens senare landvinningar, kombinerade med industrialismens genombrott och befolkningens därmed följande större rörlighet samt de tekniska hjälpvetenskapernas utveckling, medförde emellertid nya tendenser. Dels inriktades arbetet mer än förut på förfinade undersökningsmetoder, ledande till en tidigare diagnos, vilket i sin tur intensifierade den hälsovårdande verksamheten, dels började allt fler läkare inrikta sig på behandling av vissa speciella sjukdomsgrupper. Specialiseringen inleddes inom den slutna vården, men den infördes sedan även i den öppna vården. På detta sätt uppstod vid sidan av allmänläkaren en ny typ av läkare, i fortsättningen kallade specialläkare.

I betänkandet påpekas vidare att specialiseringen alltjämt ökas. För varje år tillkommer nya specialiteter, samtidigt som de redan existerande uppdelas i nya, mindre delar. Hur långt denna uppdelning av läkarverksamheten kommer att fortskrida, är vanskligt att säga. Det är dock uppenbart, att den har sin givna gräns. I läkekonsten liksom i all annan yrkesutövning innebär specialiseringen en fara. Specialisten, som är inriktad på sitt avgränsade område, glömmer lätt att människan i själva verket är hel och odelbar. Den direkta personliga iakttagelsen av patienten och hans miljö är alltjämt av grundläggande betydelse och kommer i framtiden kanske att bli det än mer än nu på grund av den ökade roll, som den sociala och profylaktiska sidan av medicinen kommer att spela. Trots allmänläkarens begränsade resurser i vissa avseenden kommer han alltså även i fortsättningen att ha en lika viktig uppgift som specialläkaren.

Slutligen anföres, att det numera är av den sakkunniga opinionen överallt i princip erkänt, att en god öppen läkarvård kräver tillgång till både allmänläkare och specialläkare. Båda är nödvändiga för en god medicinsk organisation. Bådas uppgifter förändras i och med att de medverkar i sjukvårdens utveckling fram mot tidigdiagnostik och förebyggande vård. Denna utveckling håller på att helt förändra den allmänna aspekten på sjukvården.

Den anförda diskussionen synes kommittén leda fram till några allmänna slutsatser beträffande läkarnas framtida roll i sjukvården. Den pågående specialiseringen kommer inom den slutna vården att fortsätta därhän, att denna blir alltmera uppdelad. Även inom den öppna vården kommer specialiseringen att öka, men behovet av en stor kår av allmänläkare kommer att kvarstå. För bägge läkarkategorierna gäller, att arbetet mer än hittills kommer att inriktas på tidigdiagnostik, ökat hänsynstagande till sociala faktorers roll, hälsovårdande och profylaktiska åtgärder, förbättrad eftervård och kronikervård. Utnyttjandet av tekniska hjälpmedel vid diagnostik och behandling kommer att öka.

Det är i detta sammanhang vidare av intresse att utröna, hur läkarkåren fördelas på allmänläkare och specialläkare. På grundval av de av LS publicerade siffrorna om läkarkårens sammansättning 1941—42 kan man beräkna, att då ca 45 % av de i självständig ställning verksamma läkarna var specialläkare. Till allmänläkare räknas då allmänpraktiker, tjänsteläkare och militärläkare, till specialläkare överläkare

av olika slag, praktiserande specialister samt vissa teoretici. För beräkning av den framtida relationen kan medicinalstyrelseutredningens uppgifter om läkarbehovet ge viss ledning. Om en fördelning motsvarande den ovannämnda göres av de i betänkandet redovisade läkarkategorierna, finner man att de självständigt verksamma läkarna fördelar sig med ca 50 % i vardera gruppen. Slutsatsen blir sålunda, att en viss fortsatt ökning av specialisternas antal kommer att ske på bekostnad av antalet allmänläkare, men inte mer än att i framtiden de båda grupperna sannolikt kommer att vara av ungefär samma storleksordning. Inom den slutna vården kommer nästan uteslutande specialläkare att vara verksamma, medan den öppna vården i stor utsträckning kommer att handhas av allmänläkare. Härvid bör dock märkas, att den nuvarande skarpa uppdelningen i sluten och öppen vård möjligen kan komma att uppmjukas genom olika planerade reformer.

Den medicinska utbildningens uppdelning

Utbildningen avser såväl allmänläkare som de många olika kategorierna av specialläkare. Det är uppenbart, att utbildningen av denna anledning måste vara differentierad i viss utsträckning. Härvid erbjuder sig flera tänkbara alternativ. Det mest radikala är, att utbildningen från början utformas olika för allmänläkare å ena sidan och specialläkare å den andra. En sådan uppdelning kan anses motiverad endast om det med skäl kan göras gällande, att olikheten i framtida verksamhet fordrar en helt olika utbildning från grunden. För belysande av denna fråga är det önskvärt att först något diskutera vilka krav, som bör ställas på utbildningen i det ena och andra fallet.

Allmänläkarens utbildning måste inriktas på att göra honom till en god diagnostiker och terapeut i den allmänna läkarvården samt att ge honom en överblick över de särskilda diagnostiska och terapeutiska möjligheter, som de olika specialiteterna erbjuder. Tyngdpunkten bör därvid ligga i centrala kliniska ämnen som medicin, kirurgi, psykiatri och pediatrik, men även de kliniska specialämnena måste ägnas uppmärksamhet, särskilt i de fall där specialistvården ännu icke nått en mer omfattande utbyggnad. Det råder numera allmän enighet därom, att allmänläkarens utbildning icke kan anses avslutad i och med förvärvandet av de insikter, som studierna till medicine licentiatexamen kan ge, utan att härutöver erfordras fortsatt praktisk utbildning under flera år i form av underläkartjänstgöring.

För specialläkarnas utbildning gäller allmänt taget, att de först bör erhålla en grundläggande medicinsk utbildning av tillräcklig bredd. De centrala kliniska ämnena får här icke eftersättas, och minst samma krav som hos allmänläkaren på kunskaper om andra specialämnen än den blivande egna specialiteten måste upprätthållas. Därefter följer vidareutbildning till specialist.

För bägge kategorierna gäller således, att de som underlag för sin fortsatta, olika utformade utbildning behöver en grundläggande medicinsk allmänbildning. Då inga särskilda skäl kan åberopas för, att denna del av utbildningen skulle utformas olika, bör den vara gemensam för alla läkare.

Denna gemensamma del av utbildningen kallar kommittén i fortsättningen *grundutbildning*. Den del, som därefter följer och som är olika utformad allt efter den avsedda verksamheten, kallar kommittén *vidareutbildning*. Till dessa bägge moment av utbildningen kan dessutom läggas ett tredje,

bestående av fortsättnings- och repetitionskurser samt andra åtgärder, ägnade att orientera de färdiga läkarna om medicinens nya landvinningar. Dylik utbildning kommer i fortsättningen att benämnas *efterutbildning.*

Principerna för grundutbildningens utformning

Grundutbildningen bör omfatta den för alla läkare gemensamma grundval, på vilken vidareutbildningen skall baseras. Den väsentliga uppgiften bör vara att för den blivande läkaren uppdra sunda principer för hans framtida medicinska handlande, varvid tyngdpunkten skall läggas på den vetenskapliga metoden och det vetenskapliga tänkesättet. Det systematiska inlärandet av en mängd fakta inom varje medicinsk disciplin bör stå tillbaka för huvuduppgiften att ge en allmän orientering inom medicinens hela fält, varvid den studerande samtidigt skall vänjas att i olika riktningar själv utbygga och fördjupa sina kunskaper. Grundutbildningen skall på detta sätt få läkaren att förstå, att hans utbildning aldrig är avslutad, och den skall läggas upp på sådant sätt, att han får intresse att fortsätta sin utbildning under hela sin verksamhetstid. Den medicinska vetenskapens och den praktiska gärningens enhet måste ständigt betonas. Att bringa studenterna till mognad och fostra dem till självständigt tänkande är på detta stadium viktigare än att hos dem inpränta mängder av fakta och kunskaper. Från denna grund skall läkaren kunna fortsätta utbildningen inom varje speciell gren av medicinen.

Även om den sålunda skisserade utbildningen omfattar såväl medicinsk vetenskap som praktisk läkekonst, bör den dock icke vara en avslutad utbildning ens för allmänläkaren. En fullgod verksamhet som allmänpraktiker kräver givetvis en ändamålsenlig vidareutbildning. Kommittén kan sålunda icke instämma i den ofta uttalade åsikten, att den grundläggande utbildningens mål är att producera kompetenta allmänläkare. I stället bör målet anges så, att *grundutbildningen skall ge den nödvändiga grundvalen för en senare, huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning för olika former av medicinsk verksamhet.*

Grundutbildningens omfattning och uppdelning

Grundutbildningens teoretiska, prekliniska del har betydelse dels som det vetenskapliga fundamentet för den följande kliniska undervisningen, dels som illustration av den vetenskapliga metoden. Denna rent teoretiska undervisning bör rimligen inleda utbildningen, och dess omfattning kan icke minskas jämfört med nuvarande studiegång. Härom torde råda allmän enighet.

Övergången från de rent teoretiska studierna till utbildningens kliniska skede är en ur pedagogisk synpunkt viktig del i studierna. Den propedeutiska undervisningen skall ge en grund för det kommande arbetet i de olika kliniska kurserna och tjäna som en förmedlande länk mellan de teoretiska och de kliniska studierna. Det är synnerligen betydelsefullt att denna undervisning får en pedagogiskt riktig uppläggning, så att den studerande genomgår de olika hithörande kurserna i en riktig ordning. Undervisningen i de mer teoretiska och de kliniska ämnena under denna övergångstid bör korreleras med varandra. Redan på detta stadium kommer ett visst mått av praktisk undervisning in i studierna, men detta syftar främst till att ge kunskap och övning i de vanligaste undersöknings- och behandlingsmetoderna.

Utbildningen i de olika kliniska dis-

ciplinerna måste utformas med tanke på att grundutbildningen skall vara en gemensam bas för både allmänläkare och specialläkare. Med nödvändighet måste vissa centrala kliniska ämnen här ges en större vikt än andra. För varje läkarverksamhet är goda kunskaper i medicin, kirurgi, psykiatri och pediatrik grundläggande, varjämte socialmedicinen i framtiden tillkommer som ett väsentligt moment i läkarens arbete ju mera detta förs över på det förebyggande och sociala planet. I nämnda kliniska ämnen måste ges inte blott goda teoretiska kunskaper utan även en mera omfattande praktisk övning i de gängse undersöknings- och behandlingsmetoderna. De studerande måste även få tillfälle till ett visst praktiskt arbete redan i själva grundutbildningen för att därigenom konsolidera sina kunskaper.

De övriga kliniska ämnena kan betraktas som specialämnen. Kunskaper i de kliniska specialämnena kommer att fordras av allmänläkaren i växlande grad i de olika ämnena beroende på hur omfattande utbyggnaden av specialistvården i respektive discipliner är. I regel bör målet vara att ge en översiktlig kunskap om specialämnet och tillräcklig praktisk övning för att diagnosticera och behandla de vanligaste och enklaste sjukdomstillstånden samt tillräcklig kännedom om övriga tillstånd för att sätta läkaren i stånd att bedöma specialistens möjligheter. I de flesta fall kommer således allmänläkaren att här bli en remitterande läkare. För den blivande specialläkaren blir situationen i fråga om alla kliniska specialämnen utom hans eget i väsentliga drag likartad. I grundutbildningen kan således samma omfattning ges åt undervisningen i de kliniska specialämnena för såväl allmänläkaren som specialläkaren. I båda fallen avses blott att ge en medicinsk allmänbildning som senare i vidareutbildningen får kompletteras på de områden, där detta krävs för läkarens definitiva verksamhet. Det är viktigt att hålla distinktionen mellan huvudämnen och specialämnen klar i den kliniska utbildningen. Härigenom ges en möjlighet att begränsa undervisningen till vad som verkligen är nödvändigt för alla läkare och att fördela utbildningstiden så, att de mer väsentliga partierna av utbildningen får sin rättmätiga del av hela undervisningstiden.

I de kliniska ämnena aktualiseras frågan om hur omfattande den praktiska utbildningen bör vara inom ramen för grundutbildningen. Det gäller framför allt frågan om möjligheterna och önskvärdheten av ett särskiljande av den del av undervisningen, som avser förvärvande av kunskaper, från den del, som avser förvärvande av praktisk erfarenhet. Dessa frågor har bl. a. behandlats i ett föredrag år 1945 av Svenska läkaresällskapets dåvarande ordförande professor H. Berglund, som efter att ha betonat vikten av en principdiskussion om vad som bör ingå i en modern läkarutbildning yttrade följande.

> Man har aldrig diskuterat frågan, i vilken utsträckning de obligatoriska tjänstgöringarna före licentiatexamen äro erforderliga för meddelandet resp. inhämtandet av det nödvändiga kunskapskvantum och i vilken utsträckning de avse att samtidigt skänka egen erfarenhet om sjukdomarna och deras behandling. Vi måste beakta, att varje tidigare undervisningsplan utarbetats utan hänsyn till existensen och värdet av sjukhusår, som för de flesta följa efter examen, och som bör följa efter examen för alla ... Endast genom att göra en klar åtskillnad mellan kunskapsförvärvande och förvärvande av praktisk erfarenhet kunna vi ernå en förnuftig avgränsning av examensfordringarna, en avgränsning, om vilken till och med enighet bör kunna nås. Det är möjligt att för vissa ämnen även förvärvandet av praktisk erfarenhet eller färdighet bör ingå i examensfordringarna.

Man måste beakta att diskussionen

här rör den praktiska utbildningen och förvärvandet av sjukvårdserfarenhet inom ramen för grundutbildningen. Det gäller sålunda att avväga hur stor praktisk utbildning som skall meddelas inom grundutbildningen och hur mycket som skall räknas till den vidareutbildning, som bör följa för både allmänläkare och specialläkare under deras fortsatta sjukhustjänstgöringar.

Givetvis måste i varje klinisk kurs ingå ett mått av praktiskt arbete. En sådan kombination av teoretisk undervisning, vari i detta sammanhang även innefattas kliniska demonstrationer och liknande, samt av praktisk tjänstgöring på polikliniker och sjukavdelningar utgör ett karakteristiskt drag för den svenska läkarutbildningen och torde utgöra dess kanske värdefullaste särdrag jämfört med andra länders medicinska undervisning. Avsikten med detta praktiska arbete under de olika kurserna är dels att underlätta kunskapsförvärvandet, dels att ge en tillräcklig övning i de olika undersöknings- och behandlingsmetoder, som den blivande läkaren måste behärska inom disciplinerna ifråga. Ingen torde föreställa sig att det är möjligt att ge en mera omfattande praktisk erfarenhet och sjukvårdsvana i de former, som måste gälla för kliniska kurser på undervisningssjukhusen.

Assistenttjänstgöringarna intar en mellanställning mellan klinisk kurs och underläkartjänstgöring. Man har ifrågasatt om sådana tjänstgöringar är berättigade och om de icke hellre borde överföras till en senare sjukhustjänstgöring, kanhända i formen av ett praktiskt sjukhusår (se detta kapitel). Assistenttjänstgöringen har dock vissa fördelar. Den studerande får börja med praktiskt arbete av en viss självständighet under en bättre handledning än vid en underläkartjänstgöring, vilket möjliggör ett pedagogiskt riktigare utnyttjande av tjänstgöringen. En sen assistenttjänstgöring är vidare ett utmärkt komplement till tentamensläsningen, och de studerande har nått större mognad vid det slutliga förhöret. I de centrala kliniska ämnena medicin och kirurgi bör en sådan tjänstgöring föregå tentamen. Därjämte bör en möjlighet hållas öppen för en assistenttjänstgöring i något kliniskt specialämne som kan utväljas efter den blivande läkarens behov.

Det synes vara möjligt att så utforma assistenttjänstgöringsperioden, att den i möjligaste mån får karaktären av en period av mera självständig sjukvårdsverksamhet. Detta kan ske genom att assistenttjänstgöringarna samlas till den kliniska utbildningens sista skede och förlägges också till andra sjukhus än universitetssjukhusen. Den närmare diskussionen av assistenttjänstgöringarnas organisation behandlas i ett senare kapitel. Genom den nu antydda anordningen kan den praktiska delen av den kliniska utbildningen förläggas till två nivåer: den första i samband med varje enskild kurs på universitetssjukhusen och den senare under en fristående assistenttjänstgöring även på icke undervisningssjukhus. På detta sätt möjliggöres en rationell uppläggning av undervisningen under de olika kurserna och en logisk fördelning av den praktiska utbildningen på de olika former av undervisning, som vid varje tillfälle är lämpligast med hänsyn till den studerandes övriga kunskaper.

Vidareutbildningen

Som framgått av den tidigare diskussionen kan en rationell plan för grundutbildningen utformas endast om den förutsätter, att läkarna i fortsättningen erhåller en vidareutbildning, som avpassas efter deras kommande, definitiva verksamhet. Sådan vidareutbildning

torde böra förutses även för allmänläkarnas del. Man är allmänt ense om att varken den nuvarande läkarutbildningen eller någon annan utbildningsplan, som endast innefattar universitetskurser eller därmed jämförlig utbildning, är en tillräcklig grund för en allmänläkares omfattande och ansvarsfulla verksamhet. Detta har framhållits såväl från myndigheternas som läkarorganisationernas sida. I medicinalstyrelsens utredning om den öppna läkarvården i riket anfördes, att allmänläkarens vidareutbildning borde omfatta fyra års sjukhustjänstgöring. Inom Sveriges läkarförbund har diskuterats ett förslag, vilket gick ut på att fem års tjänstgöring på olika sjukhusavdelningar skulle krävas för rätten att få annonsera allmänpraktik. Detta förslag har dock av olika skäl icke föranlett någon åtgärd från förbundets sida. Man kan således utgå ifrån att det är synnerligen önskvärt, att allmänpraktikerna får en tids tjänstgöring på sjukhus i underläkares ställning, innan de öppnar egen praktik. Som utförligare klarlägges i ett följande kapitel torde det dock icke vara nödvändigt att nu framställa en obligatorisk fordran härvidlag, utan en rekommendation om en viss utbildningsstandard kan vara tillfyllest. Svårigheten att ordna en obligatorisk sådan utbildning är ett av de skäl, som gör det nödvändigt att göra assistenttjänstgöringarna i de centrala kliniska ämnena något mer omfattande, än vad som är fallet enligt nu gällande studieplan.

Tjänsteläkarna är allmänläkare med vissa speciella uppgifter. Även för dem måste fordran på vidareutbildning uppställas, och det torde vara lämpligt att en mer omfattande sådan utbildning än som nu krävs blir ett behörighetsvillkor för tjänsteläkarbefattning.

För specialläkarna är det utan vidare självklart att en tämligen omfattande vidareutbildning är nödvändig. I vårt land utgöres den helt av sjukhustjänstgöringar, vilkas art och omfattning i de olika specialiteterna regleras av Sveriges läkarförbund. I åtskilliga andra länder krävs även mycket omfattande teoretiska kurser för specialläkarna, och man måste givetvis fråga sig om så borde vara fallet även i vårt land. Specialläkarnas standard med det system som nu tillämpas har dock icke givit anledning till kritik, och en radikal omläggning av vidareutbildningen för specialläkare torde därför icke vara befogad. Behovet av en viss kompletterande teoretisk utbildning till den nuvarande sjukhusutbildningen gör sig dock märkbart, och möjligheter bör därför skapas för anordnandet av kortare teoretiska kurser för läkare som utbildar sig inom olika specialiteter. Härigenom vinnes en förstärkning av specialläkarnas vidareutbildning, utan att den traditionella utbildningstypen behöver rubbas.

För en tillfredsställande vidareutbildning av såväl allmänläkare som specialläkare fordras en tillräcklig tillgång till underläkarplatser inom olika discipliner. Vid olika tillfällen och inom åtskilliga discipliner har det stött på stora svårigheter för läkarna att få den utbildning, de behövt för sin framtida verksamhet. I den tidigare diskussionen om läkarutbildningen har olika möjligheter angetts att lösa detta problem. LS skisserade ett system som byggde på en sträng fördelning av landets underläkarplatser på olika utbildningslinjer, varvid noggranna bestämmelser utformats för de tidrymder under vilka läkarna skulle få tjänstgöra på de olika typerna av underläkartjänster. Vid den följande remissbehandlingen av dessa förslag framfördes allvarlig kritik mot stelheten i systemet och dess ekonomiska konsekvenser både för det allmänna, huvudmännen och läkarna. Från

medicinalstyrelsens sida har upprepade förslag framlagts för huvudmanna- och läkarorganisationerna om vissa regler för förordnandetiden på olika underläkarbefattningar, varigenom man sökt nå fram till ett system som skulle säkra utbildningsmöjligheter för ett tillräckligt antal läkare på sjukhusen. Någon slutgiltig överenskommelse har hittills icke kunnat träffas. Ehuru problemet kan fixeras utan svårighet, är dess lösning icke lätt att ange. Ett statligt reglerat system för vidareutbildningen samtidigt med en strikt fördelning av landets underläkarbefattningar på olika utbildningslinjer synes icke kunna leda till målet utan betydande ingrepp i nuvarande sjukhusorganisation. Under sådana förhållanden bör ett system eftersträvas som kan baseras på en ömsesidig överenskommelse mellan myndigheterna, huvudmännen och läkarorganisationerna, varigenom en individualisering lättare låter sig göra. Det torde även vara nödvändigt att kontinuerligt följa läget ur utbildningssynpunkt inom de olika kliniska disciplinerna, så att åtgärder för att tillgodose behovet av utbildningsplatser i tid kan vidtagas.

Efterutbildningen

Genom utvecklingen av nya metoder för undersökning och behandling av olika sjukdomar blir de en gång utbildade läkarnas kunskaper föråldrade i viss utsträckning. Ett behov av fortlöpande utbildning föreligger därför för alla kategorier av läkare. Särskilt specialläkarna sörjer emellertid genom sina egna organisationer och föreningar för ifrågavarande läkares efterutbildning. Vidare existerar medicinska tidskrifter av god kvalitet som kontinuerligt förmedlar en betydelsefull efterutbildning till landets läkarkår. För stora grupper av läkare såsom tjänsteläkare, privatpraktiserande läkare m. fl. synes dock icke situationen vara tillfredsställande, utan åtgärder från berörda myndigheters sida är erforderliga. Hittills har fortsättnings- och repetitionskurser med detta syftemål anordnats i viss omfattning. Med någon förändring av kursernas omfattning och antal torde de även i framtiden kunna tillgodose det föreliggande behovet av efterutbildning i denna form.

AVDELNING II

GRUNDUTBILDNINGEN

Utbildningen före medicine licentiatexamen

A. ALLMÄNNA FRÅGOR

Kap. 4. FRI ELLER BUNDEN STUDIEORDNING

Nuvarande förhållanden

I det föregående har den nuvarande studieordningen i korthet skildrats. Studieordningen är beträffande de ämnen, som ingår i medicine kandidatexamen och i de kliniska studiernas första del till och med avslutad kirurgitjänstgöring, enligt nuvarande ordning fixerad. Under dessa skeden av utbildningen måste de studerande fullgöra kurserna i bestämd ordning, vissa krav finns för tillträde till kurserna, och tentamina för kandidatexamen avlägges i regel i direkt anslutning till genomgången kurs. Under den övriga delen av studierna råder i princip en fri studieordning, vilket innebär, att de studerande får fullgöra kurser och tjänstgöringar i den ordning, de själva finner för gott och att tentamenstiderna ej är fixerade. Även under denna period finns dock vissa inskränkningar i studiefriheten i form av särskilda tillträdesfordringar till vissa kurser (t. ex. fordran på fullgjord kurs i obstetrik och gynekologi för tillträde till kursen i rätts- och statsmedicin i Stockholm) och i något fall beträffande tidpunkten för tentamen (t. ex. fordran på avlagd tentamen i medicin för tillåtelse att tentera i pediatrik).

Tidigare diskussion

LS förslag till studieplan innebar, att studiegången strängt fixerades. De skäl, som LS framförde härför, var i huvudsak följande. Studietiden måste utnyttjas bättre än förr, så att all onödig väntetid kunde undvikas. De studerande borde utan dröjsmål erhålla plats till senare tjänstgöringar och kurser vid den tidpunkt, då dessa enligt studieplanen lämpligen skulle fullgöras. De olika ämnena i studieplanen borde studeras i den ordningsföljd, som betingades av deras inbördes sammanhang. De delar av studiekursen, som bildade en förutsättning för förståelsen av den senare utbildningen, borde helt ha avslutats, innan de studerande kunde erhålla tillåtelse att gå vidare i sina studier. Vidare vore det lämpligt att fordra, att den studerande inom en viss begränsad tid efter slutförda praktiska övningar avlade tentamen i ämnet. Om icke en sådan fordran uppställdes, visade erfarenheten att långa tider komme att förflyta mellan kursen och tentamen, varför de studerande komme att tentamensläsa i ett ämne medan de fullgjorde tjänstgöring i ett annat. Detta förorsakade en väsentlig tidsförlust och gjorde utbytet av studierna sämre. Under senare år hade det också förekommit att studerande arbetat på ända till tre institutioner samtidigt. Ett sådant mångsyssleri splittrade och förvirrade arbetet för den studerande och gjorde det svårare för läraren att ordna undervisningen på ett lämpligt sätt.

Vidare framhölls (s. 199):

> Då de studerande icke på förhand kunna bedöma, vilka utsikter de ha att hävda sig i konkurrensen, kunna de icke planera sina studier på längre sikt och söka därför ofta tillträde till ett flertal samtidigt började tjänstgöringar i hopp att åtminstone vinna tillträde till någon, trots att de egentligen endast önska fullgöra en av dem. Först den dag tjänstgöringarna börja, kunna de stu-

derande överblicka, till vilka de vunnit tillträde. För att underlätta fördelningen anordnas numera gemensamt upprop för samtliga på en gång börjande tjänstgöringar. Härvid sker upprop först till de mest eftersökta tjänstgöringarna, och de studerande kunna därigenom lätt överblicka, till vilka de antagas, och redan under uppropets gång ange, om de önska avstå från en vunnen plats.

De rådande förhållandena ha lett till att de studerande ofta nödgas fullgöra vissa tjänstgöringar, till vilka konkurrensen på grund av tillfredsställande platstillgång är mindre, förr än de önska, enbart för att därigenom erhålla erforderliga "meriter" för tillträde till andra kliniker. Sålunda ha de studerande i stor utsträckning kommit att fullgöra tjänstgöringen i pediatrik betydligt tidigare, än vad ur studiesynpunkt är ändamålsenligt. Då vid bedömandet av meriterna hänsyn i första hand ej tages till hur många tjänstgöringar vederbörande fullgjort, utan endast till sammanlagd tjänstgöringstid, äro de studerande mycket återhållsamma med att kombinera två eller flera tjänstgöringar, då de härigenom förlora "poäng".

LS förslag till studieplan utsattes vid remissbehandlingen för en stark kritik. *Fakulteten i Uppsala* fann, att en kursmässig undervisning icke garanterade fullgoda kunskaper. Den skulle visserligen driva de studerande till examen på kortast möjliga tid, men slutresultaten kunde i regel ej bli annat än ett hastigt och relativt ytligt inhämtande av kunskaper. I schemat gåves ingen plats för mera grundliga självstudier och lika litet toge planen hänsyn till olikheter i studenternas fallenhet inom olika ämnen. Köbildningar komme att uppstå, som skulle bli svåra att bemästra vid en fast studieplan med endast ett fåtal tillgängliga reservplatser. Fakulteten förordade därför en sådan modifikation av studieplanen, att den utan svårigheter skulle kunna genomgås på avsedd tid av studerande med genomsnittlig studiebegåvning, samtidigt som den borde tillåta studerande, som av en eller annan anledning icke hela vägen kunde hålla studieplanens takt, att utan orimlig tidsförlust fullfölja sina studier. Kravet på avlagda tentamina för tillträde till kurser och tjänstgöringar borde mildras. *Medicinska fakulteten i Lund* framhöll önskvärdheten av att en viss frihet beviljades beträffande kravet på avlagda tentamina som förutsättning för tillträde till kurser. Fakulteten hyste farhågor för att den fastlåsta studieplanen skulle hindra önskvärda fria studier och fördjupning av studierna. *Lärarkollegiet vid karolinska institutet* ville icke biträda fordran på ovillkorligen avlagda tentamina innan nya ämnen finge studeras. De sakkunnigas studieplan syntes på åtskilliga punkter icke medgiva tillräcklig tid för tentamensläsning och för självständiga studier.

Medicinalstyrelsen ville bestämt förorda, att den fixerade studieplanen endast genomfördes för de första studieåren och lämpligen då för de första nio studieterminerna. För det därefter följande skedet av studierna borde de studerande få ungefär samma frihet som för närvarande att själva bestämma sin studieordning både med avseende på kursval och tiden för slutförhör och tentamen. *Skolöverstyrelsen* hyste viss tvekan rörande möjligheterna att på ett friktionsfritt sätt genomföra den av de sakkunniga strängt reglerade studieordningen. *Styrelsen för statens institut för folkhälsan* ifrågasatte, om icke systematiseringen av utbildningen i vissa avseenden gått för långt och om fordran på att tentamen i ett ämne avlagts innan nya ämnen finge studeras ovillkorligen borde upprätthållas.

Svenska läkaresällskapet fann att den föreslagna studieordningen ställde för hårda krav på de studerande. En omarbetning av studieplanen vore oundgängligen nödvändig. En fast studieordning borde ej gälla längre tid än som motsvarade medicine kandidatexamen jämte de propedeutiska kurserna, och

efter denna tid borde en friare studieordning vara fördelaktigare. *Sveriges läkarförbund* hyste de allra största betänkligheter mot den föreslagna organisationen av läkarutbildningen. Studieordningen skulle eliminera den allra sista resten av den karaktär av fria akademiska studier, som de medicinska studierna ännu hade kvar. *Sveriges yngre läkares förening* protesterade skarpt mot de löpande-band-principer, som de sakkunniga för tidsvinsten förordat.

Uppsala medicinares förening framhöll, att den fasta studieordningen innebure stora möjligheter att undvika de nackdelar, som varit förenade med den fria studieordningen under nuvarande trängsel om utbildningsplatserna. Om antalet studerande däremot väsentligt nedskures, skulle ett av huvudskälen för införande av den fasta studieordningen bortfalla. *Medicinska föreningen i Lund* anförde, att schematiskt sett den rena väntetiden skulle elimineras genom de sakkunnigas förslag. Emellertid utgjorde införandet av ett stelt och osmidigt schema en betydelsefull uppoffring. Bibehållandet av tentamina i deras gamla form utan tidsbegränsning vore av stort värde och ledde till en tentamensläsning, som kunde bedrivas med en särskild ansvarskänsla och en lugn och fördjupad inlevelse. *Medicinska föreningen i Stockholm* anförde, att den nuvarande fria studieordningen ofta icke lämnade den studerande mycken frihet i hans kursval. Föreningen höll före, att den fasta studieordningen liksom hittills vore genomförbar till och med tjänstgöringen i kirurgi men att för de återstående studieåren den studerande borde få göra sitt kursval efter eget skön, så att vissa perioder hela hans tid och andra gånger blott en del därav toges i anspråk för studierna. På så sätt behövde en tids sjukdom eller ett kortare förordnande ej kosta mer än just den eller de månader som avbräcket varat.

Vid sin överarbetning av det framlagda förslaget uttalade LS, att den kritik, som sålunda riktats mot förslaget, i stort sett vore oberättigad. De framhöll att den nuvarande s. k. fria studiegången icke gåve någon frihet i vidsträcktare bemärkelse. Den studerande vore hänvisad att fullgöra kurserna i en följd, vilken framför allt bestämdes av platstillgången, och systemet ledde i många fall icke till åsyftad frihet utan till en tvångsmässig planlöshet. LS föreslog dock på vissa punkter en något friare studieplan än den tidigare förordade. Således skulle efter kirurgitjänstgöringen vissa möjligheter finnas att variera utbildningsgången. Vidare kunde kravet på fullgjorda tentamina för tillträde till senare kurser och tjänstgöringar bortfalla. Remissmyndigheterna noterade med tillfredsställelse dessa uppmjukningar av det ursprungliga förslaget, men likartad kritik som tidigare framfördes alltjämt från flera håll mot det överarbetade förslagets studieordning.

Kommittén

Vad först gäller undervisningen i de teoretiska grundämnena, de propedeutiska kurserna samt den grundläggande undervisningen i medicin och kirurgi torde allmän enighet råda därom, att denna lämpligen sker enligt en bunden studieplan. De hithörande läroämnena står i ett inbördes sammanhang såtillvida, som kunskaper i ett ämne utgör en nödvändig förutsättning för förståelsen av ett annat. Man kan alltså här tala om en naturlig ordningsföljd mellan ämnena. Vidare kan denna undervisning lätt uppbyggas på hela terminseller årsenheter, vilka på ett enkelt sätt låter sig infoga i en fixerad studieord-

ning. Kommittén ifrågasätter sålunda ingen avvikelse från denna princip under de skeden av utbildningen, som här berörts.

Vad åter gäller den resterande delen av utbildningen, dvs. studierna efter fullgjorda medicin- och kirurgitjänstgöringar utom i vad dessa avser assistenttjänstgöring, har i den tidigare diskussionen meningarna starkt brutit sig om lämpligheten av att här tillämpa bunden studieordning. Som ovan nämnts har frågan ingående diskuterats i samband med LS förslag, och en mängd skäl såväl för som emot en fri respektive bunden ordning har utvecklats.

Såsom LS betonat, har systemet med en fri studieplan vissa nackdelar. I detta sammanhang kan även andra omständigheter nämnas än de LS anfört. Sålunda kan stockningar uppkomma framför viss kurs, även om årskapaciteten i ämnet är tillfredsställande, därigenom att vid något tillfälle endast en mindre del av kursplatserna utnyttjas. En sådan "tomgång" leder automatiskt till senare stockning, såvida ej ett betryggande antal reservplatser finns. Vidare ligger det i det fria systemets natur att en utökning av undervisningen eller fordringarna i ett läroämne utöver vad som förutsatts i gällande föreskrifter ej lika tydligt och snabbt ger sig till känna som i en bunden studieplan, där friktion i ett sådant fall genast skulle uppstå med angränsande ämnen.

En bunden studieordning skulle i stor utsträckning kunna råda bot på ovannämnda brister i det fria systemet. Studierna kan planläggas så att de studerande utnyttjar tiden väl och bedriver sina studier i de olika ämnena i en lämplig ordningsföljd. Läraren vet vilka förkunskaper kursdeltagarna har och i vilken utsträckning han kan disponera deras tid, och de studerande kan planera sitt arbete på längre sikt än eljest. Tillgängliga kursplatser kan helt utnyttjas, och den särskilda ansökningsproceduren till de kliniska tjänstgöringarna kan avskaffas. Systemet framtvingar väl avpassade fordringar i de olika läroämnena, och en bristande kapacitet på något stadium i schemat ger sig omedelbart till känna till följd av systemets inneboende större ömtålighet för alla faktorer, som rubbar den normala studiegången.

Det bundna systemet har dock även uppenbara nackdelar vilket påtalats av de flesta remissmyndigheterna. Studieavbrott på grund av sjukdom, inkallelse till militärtjänstgöring, vetenskapligt arbete etc. orsakar lätt en extra tidsförlust för den studerande utöver den tid själva studiehindret varar, eftersom återupptagande av studierna endast kan ske någon följande termin, då de kurser återkommer, där avbrottet skedde. Skulle sådana förseningar uppträda hopade på visst stadium, framkallar detta stockningar, som blir mycket svåra att avhjälpa i ett stelt och osmidigt schema och som i sin tur kan framtvinga väntetider för nya grupper av studerande. Den fixerade studieplanen leder vidare till en allmän nivellering. Alla studerande måste fullgöra samma pensum på samma tid, och ingen plats ges för mera grundliga självstudier. Över huvud taget blir de studerande så bundna i sitt praktiska arbete och sin inläsning under hela studietiden, att de kommer att finna föga utrymme och stimulans till självständigt tänkande och tillgodoseende av allmänna intressen vid sidan av yrkesstudierna. Om studietiden i ett bundet schema utmäts alltför snävt, leder detta till att många studerande tvingas avlägga tentamen med sämre kunskaper än eljest, varvid lärarna kan känna sig nödsakade att sänka sina fordringar för att systemet över huvud skall kunna fungera. I sådant fall kan

sålunda fullgoda kunskaper ej garanteras, utan kunskapsnivån sjunker med ett sämre slutresultat som följd. Om å andra sidan kunskapskraven upprätthålles, kan många studerande ej klara sina uppgifter inom föreskriven tid, och tidsplanen kan ej hållas. Ett starkt forcerat studiearbete under hela den tid, som åtgår för läkarutbildningen, kan vidare utgöra ett allvarligt hot mot de studerandes psykiska och fysiska hälsa.

Vad som nu senast anförts talar sålunda för ett fritt studiesystem. Förskjutningar i studiegången till följd av olika studiehinder kan lättare utjämnas tack vare den större valfriheten vid kursordningen, och de studerande kan utan att studietiden därför behöver förlängas variera studieordningen på det sätt, som passar dem bäst med hänsyn till olika fallenhet och intressen.

Sedan de olika synpunkterna på studieplanens principiella uppläggning under den senare delen av licentiatstudierna sålunda refererats, vill kommittén närmare diskutera vissa detaljer, som är av betydelse för ett ställningstagande i frågan.

Först bör anmärkas, att de nackdelar med den fria studieordningen, som var en följd av det tidigare tillämpade ansökningsförfarandet och som i ovanstående citat berörts av LS, numera till största delen undanröjts genom det nya ansökningssystem, som tillämpas sedan 1947. Enligt detta lämnas i första hand tillträde till dem, som tidigast påbörjat sina medicinska studier. Dock ges till vissa tjänstgöringar företräde åt dem som avlagt vissa tentamina. Den särskilda poängräkningen för varje tidigare kursmånad har sålunda slopats, varför den tidigare återhållsamheten beträffande kombinationer av olika tjänstgöringar bortfallit. En lämpligare ordning mellan ämnena har främjats genom graderade tentamenspoäng. Här har sålunda väsentliga förbättringar kunnat genomföras, utan att man behövt rubba på principen om den fria studieordningen.

Risken för stockningar i studiegången har spelat en framträdande roll i den tidigare diskussionen. Detta synes kommittén anmärkningsvärt, eftersom det vid bristande årlig kapacitet inom ett eller flera ämnen givetvis uppstår stockningar vare sig studierna sker enligt en fri eller en bunden ordning. Vid en bunden ordning ger dessa sig omedelbart tillkänna, medan de vid en fri ordning till en tid kan maskeras därigenom att de studerande, som sökt men icke erhållit tillträde till kursen, i stället deltar i andra kurser i avvaktan på senare möjlighet att vinna tillträde. Oavsett vilken ordning som tillämpas är det sålunda av synnerlig vikt att kurskapaciteten är tillräcklig över hela linjen.

Frågan om den lämpliga ordningsföljden mellan de kliniska ämnena är icke lika enkel att besvara som beträffande de teoretiska, eftersom någon fullt naturlig ordningsföljd inte kan uppställas här. Detta gäller framför allt de kliniska specialämnena, där flera ur didaktisk synpunkt lika godtagbara alternativ beträffande den inbördes ordningen kan tänkas. På detta stadium finns sålunda icke samma starka skäl för en bunden ordning som under medicine kandidatstudierna. Beträffande vissa av ämnena bör dock bestämda krav på särskilda förkunskaper uppställas, men dessa kan tillfredsställas genom särskilda bestämmelser inom ramen för den fria ordningen. Dessa spörsmål kommer att i detalj behandlas senare.

En annan olikhet jämfört med den tidigare delen av studierna bör även framhållas. Den kliniska undervisningen, som baserar sig på det tillgängliga patientmaterialet, kan icke på sam-

ma sätt som undervisningen i de teoretiska ämnena drivas i form av en systematisk översikt över hela ämnet, varför de studerande före tentamen, särskilt i de kliniska huvudämnena, behöver särskild tid för att sammanställa sina kunskaper och skaffa sig den önskvärda helhetssynen över ämnet. De kliniska tentamina kan sålunda icke lika lätt inpassas i ett fixerat schema.

Effekten på den samlade studietiden är givetvis av största intresse i detta sammanhang. Det hävdas ofta att den bundna ordningen är den fria överlägsen, därför att den ger möjlighet för flera studerande att avlägga examen på angiven normaltid. Detta är en sanning med modifikation. Vid en bunden studieordning måste studieplanen, om den skall kunna följas av flertalet studerande, uppgöras med hänsyn till genomsnittsstudentens prestationsförmåga. Eftersom normaltiden vid en bunden ordning samtidigt blir lika med minimitiden, kan ingen studerande avlägga examen på kortare tid ens med större studieförutsättning. Som tidigare framhållits, orsakar vidare nödtvungna studieavbrott lättare en avsevärd tidsförlust vid en bunden ordning än vid en fri sådan. En fri studieordning ger möjlighet till en snabbare takt för vissa studerande men innebär samtidigt en lockelse för andra att dra ut på studierna mer än nödvändigt. Härvidlag torde emellertid under senare år en förändring ha inträtt, i det att så gott som alla studerande numera strävar att på kortast möjliga tid avlägga examen. Många av dem som redovisar en lång studietid, har ägnat sig åt långvarig vikariattjänstgöring, vetenskapligt arbete och dylikt, varför deras egentliga studietid (nettostudietid) ej torde vara längre än genomsnittet.

De ovannämnda studieavbrott, som orsakas av inkallelse till facktjänstgöring, vikariatsförordnanden, vetenskapligt arbete, sjukdom etc., kommer givetvis att inträffa vare sig studieordningen är bunden eller fri. När det som skäl för en bunden ordning åberopas de goda erfarenheterna av ett sådant system i andra länder, bör man komma ihåg att det just beträffande dessa avbrott föreligger speciella förhållanden i vårt land utan direkt motsvarighet i utlandet. Sålunda torde det ej på annat håll förekomma att de studerande efter fullgjord militär utbildning under senare delen av sina studier inkallas till facktjänstgöring, ofta i flera omgångar och under tid då undervisning pågår. Vidare är sjukvården i vårt land, kanske mer än i något annat land, åtminstone för närvarande beroende av de äldre medicine kandidaternas medverkan som vikarier, särskilt sommartid.

Även andra skillnader gentemot utlandet finns, som markerar svårigheterna att genomföra en bunden ordning i Sverige. Det svenska systemet med undervisningen koncentrerad till avskilda kurser i varje ämne, kunskapskontroll i form av enskilda tentamina samt assistenttjänstgöringar, som måste spridas ut över hela året, gör det svårt eller rent av omöjligt att lägga upp en enhetlig studieplan, avsedd att följas av samtliga studerande. Vill man tillämpa en bunden ordning även för de kliniska studierna, tvingas man sålunda att helt överge den hävdvunna formen för utbildningen i de kliniska ämnena.

Kommittén har för sin del kommit till den slutsatsen, att en fri studieordning under det senare skedet av de kliniska studierna är att föredra. Visserligen är det icke i och för sig omöjligt att tillämpa en bunden ordning, men detta skulle medföra en omläggning av undervisningsmetodiken, som enligt kommitténs åsikt skulle innebära en försämring. Vidare torde det icke gå att

vinna någon säker förkortning av studietiden enbart som följd av den bundna ordningen utan allvarlig risk för försämring av slutresultatet. Kommittén är medveten om att det fria systemet innebär vissa nackdelar, men dessa torde effektivt kunna motverkas genom särskilda detaljbestämmelser, utan att för den skull principen om de fria studierna rubbas.

Kap. 5. INTEGRATION I UNDERVISNINGEN

Den medicinska vetenskapens snabba utveckling har lett till en allt starkare specialisering av forskning och sjukvård. Denna process, som i våra dagar fortskrider raskt, har tvingats fram av praktiska skäl. För en framgångsrik grundforskning eller klinisk forskning inom ett ämne med rikt växande förgrening har det visat sig naturligt att uppgifterna delats på flera händer, då ämnet blivit för omfattande för att behärskas av en enda person. Samma har blivit fallet för sjukvården, när en diagnostisk eller terapeutisk metod blivit så förfinad, att den krävt egna företrädare med särskild utrustning. Ett flertal teoretiska ämnesområden har delats i smärre specialämnen, och kring de ursprungliga kliniska huvudämnena medicin och kirurgi har numera en rad specialiteter grupperat sig.

Specialiseringen har huvudsakligen skett vertikalt. Från invärtesmedicinen har exempelvis avsöndrats ämnen som allergologi, cardiologi, dermato-venereologi, endokrinologi, epidemiologi, ftisiologi, neurologi och reumatologi samt från kirurgien bl. a. anestesiologi, neurokirurgi, obstetrik, oftalmiatrik, ortopedi, oto-rhino-laryngologi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi och urologi. I vissa fall ser man en horisontell klyvning av ämnena, varvid i första hand pediatriken utgör ett typiskt exempel, och bland vilka ytterligare kan nämnas barnkirurgi, barnpsykiatri och geriatrik.

Ehuru specialiseringen i hög grad bidragit till att intensifiera forskningen och rationalisera sjukvården, har den samtidigt tenderat till isolering och därför krävt ökad samverkan mellan företrädarna för de skilda områdena. Inom forskningen växer steg för steg betydelsen av gruppforskning, och för sjukvårdens del framträder ett ökat behov av konsult- och remissverksamhet mellan specialisterna.

Den medicinska utbildningen har självfallet inte kunnat undgå att beröras av denna specialiseringsprocess. Efter hand som nya ämnen uppstått, har det ansetts naturligt att särskild undervisning i dem bort infogas i studieschemat. Men då dessa utbildningsmoment i regel adderats till den övriga undervisningen i form av fristående kurser med särskilda lärare, har utbildningen i viss mån kommit att präglas av bristande integration med stegvis växande kursfordringar, vilka icke alltid stått i rimlig proportion till utbildningsmålet.

I väsentligt mindre omfattning än vad som gäller forskning och sjukvård har sålunda i fråga om undervisningen nackdelarna med specialiseringen kompenserats genom effektiva motåtgärder. Givetvis medför det förhållandet, att undervisningen inte ger en helhetsbild, risk för att standarden hos de nyutexaminerade läkarna skall sjunka. I den internationella debatten om läkarut-

bildningen dominerar kravet på bibehållen enhet i det medicinska handlandet, och som en följd härav rekommenderas största möjliga integration i undervisningen.

Enligt kommitténs mening är frågan om samordning av de numera stundom disparata elementen i den medicinska utbildningen ett av de viktigaste pedagogiska problemen. Att radikalt lägga om det rådande utbildningssystemet, som framför allt kännetecknas av de särskilda, i tidsföljd lagda ämnesblocken, synes emellertid icke vara den rätta vägen. Från didaktisk synpunkt har ett sådant utbildningssystem uppenbara fördelar. En fördjupad inlevelse i ett relativt väl avgränsat läroämne kräver gärna att studierna tidsmässigt koncentreras till en sammanhängande period, och själva inlärandet gynnas också av att ämnet på detta sätt får en fristående ställning i studieschemat. Vid utformandet av det nuvarande examinationssystemet med fristående kunskapskontroll i varje ämne har dessa motiv varit vägledande. Samtidigt har emellertid skapats ett system, som i betydande utsträckning minskat möjligheterna till samordning av de olika undervisningsdelarna. Även om de studerande erhållit god utbildning inom vart och ett av medicinens olika fält, måste svårigheter uppstå när det gäller deras möjligheter att bilda sig en totaluppfattning av ett sjukdomsfall.

Det väsentliga i läkekonstens praktiska utövande måste nu som förut vara, att läkaren tar ställning till den sjuka människan som helhet. Diagnosen kommer fram som en syntes av de olika undersökningsfynden, från vilket organ och med vilken metod de än konstateras, och terapien sättes in efter en bedömning av fallet i dess helhet med hänsyn till föreliggande medicinska och sociala förhållanden. Den blivande läkaren måste vänjas vid ett sådant betraktelsesätt från första början av sin studietid, och utbildningsplanen bör vara så konstruerad att den befordrar utvecklingen av en sådan förmåga till helhetsuppfattning av fallen. Detta bör alltså vara den ledande principen under hela utbildningstiden, och den bör tillämpas konsekvent, såväl under de inledande studierna av den normala människans byggnad och funktioner som under de fortsatta studierna av sjukdomsprocessernas uppkomst och behandling.

Ehuru kommittén sålunda övervägt men avvisat tanken att byta ut rådande utbildningssystem mot dess motsats, dvs. en parallellundervisning i de olika delarna av studieplanen med examinationer i flera ämnen samtidigt, finner den likväl, att systemet i nuvarande skick inte är tillfredsställande och att vissa modifikationer är nödvändiga, därest principen om samordning av undervisningens olika moment skall kunna förverkligas. I det följande vill kommittén kortfattat ange några huvudpunkter i ett sådant program och belysa vissa reformer i den föreslagna studieplanen, som dikterats av kravet på större samordning mellan de skilda undervisningsmomenten. Beträffande detaljer i dessa sammanhang hänvisas till de särskilda kapitlen under avdelning II B.

På det *prekliniska* stadiet rekommenderar kommittén en starkare samordning av undervisning i anatomi och histologi (det morfologiska året) och av undervisningen i kemi och fysiologi (det kemiskt-fysiologiska året). Parallellt med undervisningen i de båda första ämnena ges kortare kurser i medicinsk statistik och genetik (inklusive vetenskaplig metodik) samt parallellt med undervisningen i de båda senare likaledes kortare kurser i medicinsk fy-

sik och psykologi. Studiet av den normala människans byggnad och funktioner följer sålunda i huvudsak nuvarande undervisningsplan, ehuru en mera systematisk samordning eftersträvats och samtidigt viktiga specialområden inbyggts i de skilda ämnesblocken.

En särskild period med genomförd undervisningsintegration utgör i kommitténs plan övergångsåret mellan de prekliniska och kliniska studierna, *det propedeutiska året.* Samtidigt som den studerande får sina grundläggande insikter i sjukdomsläran i vidsträckt bemärkelse (patologi och bakteriologi) introduceras han i centrala kliniska frågeställningar genom översiktliga föreläsningsserier i huvudämnena medicin och kirurgi och genom en kortare serie föreläsningar i det nya ämnet socialmedicin. Till senare delen av detta år förlägges även det grundläggande studiet av farmakologien. Den studerande får nu även den första kontakten med patienter bland annat genom en kurs i kliniska undersökningsmetoder. Viktigare diagnostiska metoder (kemiska, fysiologiska, röntgenologiska) presenteras i särskilda laborations- och demonstrationskurser, och vidare orienteras den studerande i elementära terapeutiska och sjukvårdstekniska åtgärder. Om det propedeutiska året skall kunna ge ett gott utbyte och sålunda för den studerande bilda en mjuk och naturlig övergång från studiet av den normala till den sjuka människan, fordras emellertid ett enhetligt och sammanhängande innehåll. Det är kommitténs bestämda uppfattning, att ett verkligt resultat härvidlag endast kan vinnas genom intim samverkan och planläggning mellan de olika ämnesföreträdarna. Dessa bör därvid få god hjälp av undervisningsnämnden och av den särskilde kliniske amanuens, som enligt kommitténs förslag skall stå till förfogande för den propedeutiska undervisningen vid varje lärosäte.

Det *kliniska* stadiet av utbildningen har i väsentliga stycken planlagts med hänsyn till kravet på vidgad samordning. Från början av licentiatstudierna, dvs. under medicin- och kirurgiterminerna, samordnas sålunda undervisningen i dessa båda huvudämnen med fortsatt, mera avancerad undervisning i kliniskt tillämpade kemiska och fysiologiska undersökningsmetoder. Vidare skall undervisningen i vissa centrala teoretiska ämnen, nämligen bakteriologi, farmakologi och patologi, inte vara avslutad i och med de grundläggande kurserna under det propedeutiska året, ehuru ämnesföreträdarnas examination förlagts till slutet av denna period. Undervisning i de mera speciella, kliniskt betonade delarna av dessa ämnen skall kontinuerligt skjutas in i den kliniska undervisningen under medicin- och kirurgiterminerna och bedrivas parallellt med denna. En betydelsefull form för en sådan *integration mellan prekliniskt och kliniskt lärostoff* erbjuder konferenserna (patologi-, terapikonferenser etc.), vid vilkas roll i undervisningen kommittén fäster stora förhoppningar (se kapitlet om undervisningsformerna). Denna samordning mellan teoretiska och kliniska ämnen bör emellertid inte för de förras del begränsas till de tre nämnda, kliniken särskilt närstående disciplinerna. Även anatomer, histologer, kemister och fysiologer bör fortlöpande delta i den kliniska samundervisningen. En sådan medverkan bör vara i hög grad ägnad att uppfriska och levandegöra de studerandes kunskaper om människans normala byggnad och funktioner och att infoga dessa insikter i ett kliniskt sammanhang.

Även i ett annat avseende innebär kommitténs utformning av studieplanen

en uppmjukning av nuvarande blocksystem. Sålunda förlägges kunskapskontrollen i de centrala ämnena medicin och kirurgi till slutet av studierna för medicine licentiatexamen, sedan den studerande passerat samtliga övriga kliniska kurser och därefter fullgjort assistenttjänstgöring i vart och ett av de båda förstnämnda ämnena. Detta förslag täcker också fordran på samordnade kunskaper i ett viktigt avseende. I examinationen av medicin- och kirurgikunskaperna ingår nämligen enligt kommitténs förslag kunskapskontrollen av den studerandes insikter i ett flertal specialämnen, vari undervisning ägt rum under det kliniska skedet. Någon fristående kunskapskontroll på ett tidigare stadium av detta skede skall sålunda inte förekomma i de för undersökningstekniken och diagnostiken viktiga ämnena klinisk kemi, klinisk fysiologi och röntgendiagnostik. Undervisning i invärtesmedicinska och kirurgiska specialämnen kommer också enligt kommitténs förslag att underordnas respektive huvudlärare, som har att kontrollera de studerandes kunskaper i dessa ämnen i medicin- och kirurgitentamina.

Som ett ytterligare led i kommitténs strävan att få till stånd en sådan *integration mellan kliniskt samhörande ämnen* bör förslagen om vissa obligatoriska kombinationer betraktas. Samordningen av neurologien och psykiatrien är en sådan kombination och av pediatriken och huvudkursen i socialmedicin en annan. Undervisningen i det sistnämnda ämnet öppnar i hög grad den blivande läkarens blick för samspelet mellan miljö och sjukdom och för sjukdomen såsom ett samhällsproblem. Denna undervisning koncentreras inte bara till en introducerande föreläsningsserie och en slutkurs i anslutning till pediatrikundervisningen. I varje kliniskt ämne bör vederbörande ämnesföreträdare anlägga socialmedicinska aspekter på de föreliggande problemen och därmed skärpa den studerandes blick för dessa sammanhang.

Utöver de tidigare nämnda konferenserna, som bör få stor betydelse för en allsidig belysning av den kliniska skolningens olika moment (undersökning, diagnostik och terapi), anvisar kommittén andra former för integration mellan närliggande kliniska kunskapsområden. I första hand bör därvid nämnas de särskilda kliniska konferenser, som med jämna mellanrum skall anordnas under medicin- och kirurgikurserna och varigenom en samundervisning av medicin och kirurgi samt anslutande kliniska ämnen avses bli organiserad. De s. k. visitronderna utgör ett annat exempel på sådan samordning. Utvecklingen inom sjukvården har exempelvis för invärtesmedicinens del lett till att vissa, till detta fält hörande sjukdomsfall, kommit att vårdas på andra än de invärtesmedicinska klinikerna. Exempel därpå utgör de till de s. k. folksjukdomarna hörande reumatiska sjukdomarna och lungtuberkulosen samt vidare akuta infektionssjukdomar och ålderdomssjukdomar av olika slag. I anslutning till den grundläggande tjänstgöringen i medicin skall den studerande delta i särskilda demonstrationsronder på respektive specialavdelningar eller särskilda vårdhem, varigenom erfarenheterna från dessa studier kan samordnas med lärostoffet i huvudämnet.

Av de nyssnämnda sjukdomarna utgör de olika ålderdomssjukdomarna en ständigt växande grupp. Befolkningsutvecklingen har ökat de högre åldersgruppernas storlek, och därmed har också frekvensen och betydelsen av sjukdomar i de högre åldrarna vuxit. Geriatriken har därigenom alltmera fått

karaktären av ett specialämne. En fortsatt samordning av detta ämne med undervisningen i medicin synes dock bäst främja den blivande läkarens helhetsuppfattning av hithörande sjukdomstillstånd.

Med denna redovisning har kommittén i första hand velat fästa uppmärksamheten på samordningen som ett aktuellt medicinskt utbildningsproblem och samtidigt angett vissa möjligheter att lösa det. Såsom redan antytts, fordrar ett förverkligande av principen om största möjliga integration en långt driven samverkan mellan de akademiska lärarna. Vid den detaljerade planläggningen av undervisningen inom fakulteter och undervisningsnämnder bör därför samordningen utgöra en gemensam riktpunkt.

Kap. 6. UNDERVISNINGSFORMERNA

Kommittén avser att i det följande framföra vissa synpunkter på de former, i vilka den medicinska — särskilt den kliniska — undervisningen bedrivs. Som en huvudsynpunkt må först framhållas, att dessa former alltid måste skifta, ej blott efter de olika ämnenas art utan även efter personliga och lokala förhållanden. Enligt kommitténs mening bör liksom hittills stor frihet råda på detta område. Bindande regler bör i så ringa utsträckning som möjligt uppställas, inte minst därför att undervisningen alltid bör hållas levande, vilket bland annat sker genom att formerna växlar. De synpunkter i fråga om olika detaljer, som kommittén vill framföra, avser därför främst att ge vissa uppslag och tjäna till ledning vid utformningen av undervisningen.

Föreläsningar, seminarieövningar och demonstrationer

Värdet av *de katedrala föreläsningarna* ligger i väsentlig mån däri, att de studerande genom dem kan få kontakt med ett ämne vida bättre än genom enbart studier av läroböcker och kompendier. Föreläsningar kan på ett alldeles särskilt sätt ge en aktuell överblick över ett kunskapsområde, förmedla vetenskapliga utblickar åt angränsande områden, belysa vetenskapliga problemställningar samt göra studenterna förtrogna med vetenskaplig metodik. Föreläsningar är vidare i hög grad ägnade att framhäva det väsentliga och att skjuta perifera ting och detaljer i bakgrunden.

Vad särskilt angår de kliniska ämnena är den muntliga undervisningen i form av föreläsningar av stort värde, då det gäller diskussionen av aktuella sjukdomsfall. Patientdemonstrationer kommer nämligen alltid att förbli den kliniska undervisningens ryggrad och bör normalt ingå som ett led i föreläsningarna i de kliniska ämnena. Vad angår själva formen för föreläsningarna synes ökat utbyte av en föreläsningstimme ofta kunna ernås genom att de studerande — i den mån ämnet för föreläsningen lämpar sig därför — efter själva föreläsningens slut får tillfälle att rikta frågor till föreläsaren och därmed inleda en diskussion.

Om sålunda de katedrala föreläsningarna enligt kommitténs mening alltjämt bör ha sin plats i den medicinska undervisningen må dock framhållas, att det i många ämnen ej bör komma ifråga att i föreläsningens form

gå igenom hela det kunskapsstoff, som studenterna bör inhämta i ämnet; åtskilligt bör studeras i lämpliga läroböcker och kompendier.

De katedrala föreläsningarna bör i lämplig omfattning utbytas mot *seminarieövningar*. Gången i en seminarieövning kan vara ungefär följande. Övningen inleds med att någon av studenterna ger en kort introduktion till den fråga, som i förväg angivits som diskussionsämne. Under lärarens ledning vidtar därefter en diskussion, i vilken så många studenter som möjligt bör stimuleras att delta. Eventuellt kan flera studenter i förväg förbereda introduktioner till var sina olika delar av det ämne, som skall diskuteras. Diskussionsgruppens antal bör begränsas till 15 à 20 deltagare. Stora krav ställs givetvis på ledaren av övningen, både vad gäller val av ämne och sättet att leda diskussionen. Han får besvara frågor, som ställs till honom, lägga eventuella misstag till rätta och vid behov själv tillföra diskussionen material, så att det uppställda diskussionsämnet blir belyst ur olika synpunkter. Vid seminarieövningarna kan lämpligen utom seminarieledaren, vilken väl i regel bör vara professorn i ämnet, även närvara specialister inom ämnet eller från närliggande ämnesområden.

Då det är önskvärt, att lärarnas intresse för seminarieövningarna stimuleras bör de få rätt att i princip räkna ledandet av och deltagandet i en seminarieövning som fullgjord undervisningsskyldighet. Kommittén återkommer härtill i kapitlet om anslagsfrågor. När kommittén i fortsättningen talar om föreläsningar avses därför föreläsningar inklusive seminarieövningar.

Av stort värde ur undervisningssynpunkt är vidare *polikliniska föreläsningar med demonstrationer*, dvs. föreläsningar i anslutning till poliklinikmottagningarna och med utnyttjande av polikliniknernas patientmaterial. Det ligger i sakens natur, att de medicinska problem, som kan upptas till behandling på en polikliniskt föreläsning delvis är andra än de, som passar för en klinisk föreläsning. I regel bör den polikliniska föreläsningen läggas upp med hänsyn till läkarnas handläggning av ett fall på mottagningen. Mera komplicerade utredningsarbeten kan därför inte diskuteras, utan huvudvikten bör läggas vid avgörandet om fallet behöver fortsatt utredning på sjukhus eller om behandlingen även i fortsättningen kan ledas från läkarens mottagning. En terapiplan för sådan behandling bör upplägga på föreläsningen, och över huvud taget torde den polikliniska undervisningen vara ett lämpligt forum för diskussionen av många terapeutiska spörsmål. Tyngdpunkten bör alltså förläggas till för den öppna vården centrala frågeställningar, varigenom en för undervisningen i dess helhet betydelsefull motvikt mot den slutna vårdens speciella problem kan ernås.

Rondundervisning

Den *kliniska ronden* av gammal typ, som under professorns ledning och med ett mycket stort antal deltagare utsträckes över hela kliniken, har givetvis många nackdelar. Med rätta har påtalats, att endast ett fåtal i den stora deltagarskaran vid en dylik rond får tillfälle att höra och se det väsentligaste av demonstrationen. Å andra sidan är det viktigt, att varje student får en viss överblick över de ur undervisningssynpunkt betydelsefulla fall, som vårdas på de sjukavdelningar, där han icke själv tjänstgör, och han bör därför få delta i ronder över klinikens olika avdelningar. För att dylika ronder skall bli verkligt givande bör de studerande uppdelas i mindre grupper på högst tio

till femton i varje. Ronderna bör alltså ledas av ett tillräckligt antal läkare. Dessa ronder bör inte vara vanliga rutinronder utan ges karaktären av verkliga undervisningsronder. I den mån brist på lärarkrafter gör det omöjligt att dela upp studenterna i tillräckligt små grupper kan det som en nödfallsutväg vara lämpligt att under föreläsningstid i en föreläsningssal eller i ett större dagrum ge vissa korta demonstrationer av ett flertal fall utan särskilt medicinskt samband. Härvid får studenterna bättre möjligheter att iaktta viktiga symtom och att göra anteckningar än de får i trängseln under en stor klinisk rond.

Ronder på andra avdelningar. Som komplettering till den praktiska undervisningen i de kliniska huvudämnena kan ronder på andra avdelningar tjäna. För att det kliniska materialet på närstående avdelningar i görligaste mån skall komma undervisningen till godo, föreslår kommittén speciella "visitronder", exempelvis under medicinterminen. Under denna bör sådana ronder äga rum på reumatologiska och geriatriska avdelningar. Dessutom bör de studerande på samma sätt få se material på epidemi- och tuberkulosavdelningar, där dock även en senare särskild tjänstgöring anordnas. Även för undervisning i andra kliniska ämnen torde sådana ronder visa sig värdefulla. Dessa ronder bör ledas av överläkarna på vederbörande specialkliniker och deras medhjälpare och bör i förekommande fall förläggas till sådan tid under terminen, som medger utnyttjande av säsongbetonad beläggning, exempelvis på epidemisjukhus.

Konferenser

En viktig undervisningsform utgör den kliniska konferensen, som ger tillfälle till samundervisning av olika specialister. Sådana konferenser kommer enligt kommitténs förslag att regelbundet anordnas mellan lärarna i medicin och kirurgi. Även i andra ämnen, såsom i pediatrik och psykiatri kan med fördel gränsområden behandlas i denna undervisningsform. I sin vanligaste form kommer sannolikt de kliniska konferenserna att byggas upp kring ett särskilt tema, såsom undersökning och behandling av en viss sjukdom eller differentialdiagnostik vid ett visst sjukligt tillstånd. Som typexempel på dylika ämnen kan nämnas magsår, struma, diabetes och medvetslöshet. I konferensen skall medverka specialister, som från olika lämpliga synpunkter belyser det aktuella temat. Därefter följer en fri diskussion, i vilken även de studerande bör delta.

Det skulle enligt kommitténs mening vara värdefullt om vissa av dessa kliniska konferenser kunde få en form, som i viss mån efterliknade de diskussioner om ett bestämt komplicerat sjukdomsfall, som i regel förekommer mellan olika specialister, innan en definitiv diagnos kan ställas. Systemet med skrivna remisser och remissvar ger visserligen de studerande en möjlighet att skaffa sig en uppfattning om hur de olika specialisterna samverkar för att ge en enhetlig och klar bild av ett sjukdomstillstånd. Samtidigt är det likväl klart, att det talade ordet och meningsutbytet mellan olika sakkunniga för studenterna ger mera liv åt framställningen. På många håll i utlandet har man därför försökt att i undervisningssyfte samla ett antal specialister kring ett bestämt sjukdomsfall i och för diskussion inför de studerande. Diskussionen leds därvid i regel av föreståndaren för den klinik, på vilken patienten är intagen, och börjar med en sammanfattande sjukhistoria, presente-

rad av en avdelningsläkare eller äldre student. Ledaren av diskussionen kan därefter rikta frågor beträffande speciella diagnostiska problem, exempelvis till någon närvarande röntgenolog, psykiatriker, klinisk kemist eller fysiolog eller bakteriolog, allt efter de olika sammanhang, som bör klargöras. Under diskussionens gång bör även frågor från studenterna och de närvarande läkarna förekomma, så att man når fram till en allsidig och ur undervisningssynpunkt lämplig belysning av sjukdomsproblemet. Ledaren av diskussionen bör därefter ge en sammanfattning av de enligt hans mening viktigaste fakta och slutligen ställa en diagnos. Dylika konferenser eller samarbetskliniker, vilka vid de anglosachsiska universiteten kallas "conjoint teaching", har säkerligen ett stort undervisningsvärde och bör därför få en plats även på det svenska studieschemat.

Som en särskild typ av denna undervisningsform — och en mycket viktig sådan — kan man beteckna patologikonferensen, där kliniker och patologer möts för diskussion av ett sjukdomsfall. Härmed avses ingalunda endast de fall, då patienten avlidit och den kliniska diagnosen skall verifieras genom obduktion. Även diskussioner med patologanatomer om resultatet av provexcisioner kan lämpa sig för dylika konferenser. Patologikonferensen, vilken som antytts kan väntas bli av särskilt värde, kommer att utförligare behandlas i kapitlet om patologi.

I detta sammanhang vill kommittén slutligen framhålla värdet av att företrädare för de teoretiska ämnena medverkar i de kliniska konferenserna. För de studerande på skilda stadier av den kliniska utbildningen torde det vara en uppenbar fördel att få väsentliga delar av kunskapsstoffet från de prekliniska studierna rekapitulerat i ett vidare sammanhang, där förhållandet mellan normala och patologiska tillstånd blir samtidigt belyst med utgångspunkt från en aktuell sjukhistoria.

Undervisningskrafter utanför lärosätet

Det har hittills varit en tämligen obruten praxis, att den som undervisar vid ett universitet eller en högskola också måste ha en särskild akademisk meritering. För den medicinska undervisningens del förefaller det emellertid kommittén önskvärt, att man i framtiden mera än som för närvarande är fallet utnyttjar den sakkunskap inom speciella, för den blivande läkaren viktiga verksamhetsområden, som representeras av personer utanför den akademiska lärarkåren. Ämnet socialmedicin är ett nära till hands liggande exempel härvidlag. Fördelen av att i undervisningen inkoppla socialt verksamma personer av olika slag, t. ex. sociala kuratorer vid sjukhus, barnavårdsmän, pensionsnämndsordförande och sjukkassefunktionärer är påtaglig.

Med hänsyn till vikten av att den blivande läkaren noggrant lär känna den öppna vårdens arbetsbetingelser synes det kommittén lämpligt, att praktiserande läkare på läroorten, när så kan ske, beredes tillfälle att medverka i undervisningen. Särskilt gäller detta den polikliniska undervisningen. Tjänsteläkare av olika slag, exempelvis en förste stadsläkare, bör också kunna överta viss del av undervisningen i hygien och socialmedicin.

I framtiden kan det måhända visa sig ändamålsenligt att särskilda rörliga anslag reserveras för nu berörda undervisningssyfte. Kommittén har i sina anslagsberäkningar för vissa av läroämnena angett en total undervisningsvolym men däremot icke beräknat något speciellt medelsbehov för gästföreläsare eller annan expertis utöver de

lärararvoden, som på grundval av denna undervisningsvolym föreslagits. Viss del av de beräknade arvodesbeloppen bör sålunda kunna reserveras för dylik specialundervisning.

Praktiskt arbete

Laborationer. Betydelsen av att studenterna får delta i praktiskt laboratoriearbete har både över- och underskattats. Det är säkert riktigt, att studenterna bör lära känna utförandet av vissa enklare laborationsprov, vilka användes i en praktiserande läkares laboratorium. Från studenternas sida har emellertid ofta hörts klagomål över att de alltför mycket sysselsättes med rent rutinarbete. Dessa klagomål har säkerligen ofta varit berättigade. De studerande bör dock utföra ett visst antal prov för att lära känna gränsen mellan normalt och patologiskt. Om därför laboratoriearbetet begränsas till de viktigaste metoderna och får utföras under sakkunnig övervakning, torde det vara värdefullt för studenternas medicinska utbildning. Däremot bör arbetet icke få karaktär av rutinarbete. Praktiskt oviktiga detaljkunskaper bör ej meddelas i laborationsundervisningen och inte fordras i tentamen.

Praktisk tjänstgöring på sjukavdelningar i anslutning till kliniska kurser. Denna viktiga del av den kliniska undervisningen bör planeras så att de tjänstgörande får se och lära sig så mycket som möjligt utan att belastas med allt för mycket enformigt rutinarbete. Underläkarna bör — vilket kommittén närmare berör i annat sammanhang — vara skyldiga att delta i undervisningen. Eftermiddagarna skall om möjligt vara fria från föreläsningar så att den praktiska tjänstgöringen ej blir för splittrad. De tjänstgörande bör efter någon tids övning få skriva originaljournaler, och systemet med dubbeljournaler bör alltså inte användas annat än i början av den kliniska tjänstgöringen. Mycket önskvärt är att de studerande bereds tillfälle att delta i jourtjänsten, så att de får lära sig att handlägga akuta fall. För medicin, kirurgi samt obstetrik och gynekologi är detta nödvändigt. Viktigt är också att tillse, att patientmaterialet är tillräckligt samt lämpligt sammansatt.

Med hänsyn till att undervisningen i väsentlig grad tar sikte på utbildning av allmänläkare måste det praktiska arbetet på poliklinik tillmätas särskild betydelse. Den öppna vårdens material bör alltså, så långt möjligt är, tillgodoföras undervisningen. Undervisningen bör i möjligaste mån bedrivas med mindre grupper av studerande, vilka tilldelas särskilda läkare och följer dessa i det praktiska arbetet på mottagningen.

Assistenttjänstgöring. En viktig del av grundutbildningens praktiska arbete kommer att förläggas till den sammanhängande assistenttjänstgöringsperioden i slutet av studierna för medicine licentiatexamen. Periodens sena förläggning i studieplanen och dess konstruktion i övrigt syftar till att låta den studerande arbeta under former, som i möjligaste mån motsvarar en självständig verksamhet. Vid planläggningen av assistenternas dagliga arbete på de olika undervisningsklinikerna och centrallasaretten bör detta syftemål ständigt beaktas. Beträffande assistenttjänstgöringsperiodens utformning hänvisas till kapitlet om studieplanen.

Tekniska hjälpmedel

Från många håll har man framhållit, att den medicinska undervisningen måste förnyas genom att moderna tekniska hjälpmedel i högre grad tas i anspråk. Särskilt har man väntat sig mycket av den medicinska undervis-

ningsfilmen. Utan tvivel är också t. ex. en god operationsfilm av största värde för utbildningen av blivande kirurger. Den är även av värde vid undervisningen av medicine kandidater, ehuru man där icke fäster så stort avseende vid inlärandet av operationsteknik. Uppenbart är att man i undervisningen med stor fördel bör kunna utnyttja film, t. ex. skildrande symtomatologien vid vissa sjukdomar,

Enligt kommitténs mening är över huvud taget ett rikhaltigt arkiv för undervisningen av stort värde. Ett sådant bör omfatta skioptikonbilder, planscher samt särskilt undervisningspreparat, varibland kan nämnas typiska hämatologiska preparat, elektrokardiogram, färgfotografier över hudsjukdomar, ögonbottnar osv. På de anatomiska institutionerna bör också med hänsyn till röntgenanatomiens växande betydelse lämpligen finnas samlingar av instruktiva röntgenbilder.

I detta sammanhang må betonas, att om de tekniska hjälpmedlen i form av film, skioptikonbilder, ljudupptagningar osv. skall kunna utnyttjas riktigt, apparatur i tillräcklig omfattning måste finnas. I första hand bör därvid nämnas projektionsapparater av olika slag samt tråd- eller bandinspelningsapparater för upptagning av viktigare föreläsningar m. m. Vidare må nämnas behovet av stencilapparater. Det har nämligen visat sig vara av stort värde för undervisningen om stencilerade sammanfattningar, översikter i tabellform o. d., som de studerande i förväg kan ta del av, utsändes före konferenser, föreläsningar, seminarieövningar etc.

En väsentlig förutsättning för en god undervisning är ett lättillgängligt och lagom omfattande referensbibliotek för studenterna. I biblioteket bör bibliografiska handböcker finnas tillgängliga liksom också tidskriftsserier och betydelsefullare monografier. Frågan om referensbibliotek och läsesalsutrymmen för lärare och elever inom de medicinska fakulteterna har berörts av såväl MHO som universitetsberedningen (del III), vilka båda funnit detta spörsmål värt särskild uppmärksamhet.

Lokalfrågor m. m.

Det är uppenbarligen av stor vikt, att de för undervisningen utnyttjade institutionerna och klinikerna förfogar över tillräckliga utrymmen och är väl utrustade. Erfarenheten har emellertid visat, att för närvarande detta krav inte överallt är tillgodosett. Kommittén är, såsom framgår av dess förslag och rekommendationer i kapitlet om anslagsfrågor och i de särskilda ämneskapitlen, av den uppfattningen, att varje lärosäte måste ha en sådan utbyggnad och kapacitet, att samtliga till lärosätet hänvisade studerande kan beredas plats utan särskild tidsutdräkt. Den ökade belastningen på de medicinska institutionerna och klinikerna, vilken förorsakats av ett ökat årligt intag av studerande, har endast delvis kunnat kompenseras genom ökning av antalet lärare och kursplatser. Särskilt på det kliniska stadiet har detta lett till allvarliga stockningar framför vissa kurser med förlängning av studietiden som följd. För att den av kommittén föreslagna studieplanen skall kunna införas fordras, att rådande stockningar elimineras. Detta kan till en del ske genom anordnandet av extrakurser i vissa ämnen. Därutöver fordras — under förutsättning att intaget ej åter minskas, vilket emellertid inom överskådlig framtid icke torde bli fallet — till- eller ombyggnad av ett flertal institutioner och kliniker. Även inlemmandet av ytterligare sjukhusavdelningar i undervisningen och ianspråktagande av andra sjukhus än nuvarande undervis-

ningssjukhus kommer att erfordras. Åtskilliga av hithörande spörsmål måste lösas oavsett om en studiereform genomförs, varför kommittén utöver dessa allmänna synpunkter ej finner anledning uppehålla sig därvid.

Den närmare utformningen av undervisningslokalerna måste av naturliga skäl bli mycket varierande inom de olika inrättningarna. Förhållandena ställer sig olika vid de teoretiska institutionerna och vid klinikerna. Vid de senare är lokalbehovet dessutom växlande med hänsyn till den kliniska tjänstgöringens art och omfattning. I nedanstående förteckning, vilken får betraktas som en rekommendation, anges de viktigaste lokal- och utrustningsbehoven, till vilka hänsyn bör tas vid om- eller nybyggnader. Vissa behov är gemensamma för alla institutioner och kliniker, medan andra är särskilt framträdande vid de kliniker, där en mera omfattande klinisk tjänstgöring äger rum.

1. Föreläsningssal med utrustning för projektion av bilder och film, samt eventuellt med utrustning för mikroskopi, ljusskåp för röntgenbilder, väntrum för patienter.
2. Laboratorier eller jämförbara arbetslokaler dels större med arbetsplatser för samtliga kursdeltagare, dels i vissa fall mindre rutinlaboratorier i anslutning till vårdavdelningarna.
3. Referensbibliotek.
4. Konferensrum (för seminarieövningar, staff-meeting m. m.).
5. Dagrum för kursdeltagarna.
6. Omklädningsrum med klädskåp för samtliga tjänstgörande samt toiletter.
7. Skrivrum med tillräckligt antal skrivmaskiner samt eventuellt diktafoner.
8. Jourrum (vid kirurgiska, medicinska och obstetriska avdelningar).
9. Vårdavdelningarna: med hänsyn till den undervisning som bedrivs på vårdavdelningar måste antalet sängplatser per avdelning sättas lägre än vad som är norm vid sjukhus, där undervisning icke äger rum. Utöver särskilda rum för läkarens och sköterskornas expedition fordras särskilda undersöknings- och behandlingsrum. I anslutning till vårdavdelningarna bör finnas rutinlaboratorium (se ovan) samt ett större rum för patientdemonstrationer.
10. Poliklinikerna: tillräckligt antal undersökningsrum respektive undersökningsplatser samt särskilt rum för demonstration av polikliniska fall.

Undervisningens planering

För att den för examen uppställda normaltiden skall kunna hållas, fordras ej blott att studieplanen i stort är rationellt upplagd utan också att undervisningen i varje enskilt ämne är anordnad på ett ändamålsenligt sätt. Från de studerandes sida har det ofta framhållits att stundom stora delar av en arbetsdag kan gå förlorade ur studiesynpunkt på grund av att tiderna för föreläsningar och övningar icke är samordnade. Vid de överläggningar, som kommittén haft med representanter för de studerande, har också konkreta exempel på dylika förhållanden i den nuvarande studieordningen framlagts. Även om det synes röra sig om undantagsfall, är det tydligt att frågan kräver uppmärksamhet. Det finns ingen anledning att i detalj diskutera de speciella och från ämne till ämne skiftande förhållanden, som påverkar undervisningens praktiska utformning, eller att föreslå detaljerade föreskrifter härom. Kommittén vill dock ange några allmänna riktlinjer till ledning för de instanser, som handhar den närmare planeringen av undervisningen.

I dagsprogrammet bör man eftersträva största möjliga jämvikt mellan praktisk och teoretisk undervisning, och de olika momenten bör sammanföras så att inga "håltimmar" uppstår. Föreläsningarna bör alltid förläggas till tider, som ej inkräktar på den praktiska tjänstgöringen. I de fall, då viss del av undervisningen anförtros en specialist, bör denna ske på ordinarie undervisningstid och sålunda ersätta huvudlärarens föreläsningar under

denna tid. Kvällsföreläsningar bör i möjligaste mån undvikas.

Deltagande i rutingöromål under de kliniska tjänstgöringarna bör begränsas till det ur undervisningssynpunkt nödvändiga. De studerande bör ej heller belastas med onödigt skrivarbete. För journalskrivning bör finnas tillräckligt antal skrivmaskiner eller möjlighet att anlita klinikernas skrivpersonal. Läsrum och referensbibliotek underlättar i högsta grad för de studerande möjligheterna att utnyttja ofrånkomliga pauser i arbetet. På det kliniska stadiet måste undervisningen av naturliga skäl anpassas till den sjukvårdande verksamheten, men det är av vikt att programmet organiseras så smidigt, att väntetider före föreläsningar och ronder undviks. Ur tidsbesparande synpunkt är det slutligen av värde, om de studerande bereds tillfälle att inta sina måltider på sjukhuset.

Kommittén vill även här beröra den viktiga frågan om hur nytillkommen undervisning skall infogas i kursplanen. Efter hand som specialiseringen fortskrider tillkommer alltfler specialister även bland lärarna, och hittills har det i regel tillgått så, att dessas undervisning direkt adderats till den övriga undervisningen i det berörda ämnet. Därigenom har den totala undervisningen successivt ökats. Enligt kommitténs åsikt måste en annan metod tillgripas, ty eljest finns ingen möjlighet att för någon längre tid upprätthålla en fastställd normaltid. Samtidigt som viss undervisning tillkommer, bör en översyn göras av hela undervisningen i det berörda ämnet, så att den sammanlagda undervisningen blir av oförändrad omfattning. Detta kan ske så mycket lättare, som i flertalet fall de frågor, som i fortsättningen skall behandlas av specialisten, tidigare avhandlats av huvudläraren i ämnet. Denna del av huvudlärarens undervisning kan sålunda bortfalla. Ett strikt tillämpande av en sådan substitutionsprincip torde verksamt bidra till att hålla studietiden inom rimliga gränser.

Det ankommer i första hand på ämnesläraren att tillse, att undervisningen i ämnet är ändamålsenligt anordnad. Beträffande ämnen, som obligatoriskt undervisas samtidigt, bör ett intimt samarbete äga rum mellan respektive lärare i fråga om innehållsmässiga och schematekniska spörsmål. Slutligen bör det ingå i undervisningsnämndens uppgifter att kontinuerligt följa förhållandena på området och vid behov föreslå ändringar. Frågor om integrationen i undervisningen samt om handläggningen av undervisningsfrågor behandlas närmare i särskilda kapitel.

I ett följande kapitel om anslagsfrågor m. m. berör kommittén frågan om de kliniska amanuensernas andel i undervisningen. I alltför hög grad synes nämligen för närvarande den dagliga sjukvårdsrutinen hindra deras effektiva medverkan i den löpande undervisningen. Men även beträffande den insats i undervisningen, som dessa befattningshavare nu gör, torde denna i praktiken alltför mycket bestå i administrativt arbete, såsom fördelning av lämpliga fall, genomgång av epikriser och förberedelser till föreläsningar, och till alltför liten del i direkt handledning av studenterna. En ändring i detta avseende torde vara väl motiverad.

Kap. 7. EXAMENSVÄSENDET

Nuvarande förhållanden

I direktiven för kommittén framhålles, att spörsmålet om det medicinska examensväsendet bör tas under omprövning.

I princip kan kontrollen av de studerandes kunskaper utövas på två skilda sätt, antingen genom förhör i flera ämnen vid ett och samma tillfälle — examenssystemet — eller genom förhör i varje ämne för sig, spridda över en längre tidrymd — tentamenssystemet. Hur det nu tillämpade systemet utvecklats skildrades av 1902 års universitetsexamenskommitté sålunda:

> Av ålder har prövningen av de studerandes kunskaper varit tvåfaldig, nämligen dels förhör i varje särskilt ämne på skilda tider, eller s. k. tentamina, dels förhör i samtliga ämnen vid ett och samma tillfälle, eller examen. Denna senare var ursprungligen avsedd att utgöra prövningens väsentliga del, men under tidernas lopp kom förhörets tyngdpunkt att glida över till specialförhören i de olika ämnena, så att examen blev mera en formalitet. Tidvis hava försök gjorts att låta examen komma till sin ursprungliga rätt, men dessa hava misslyckats. — — —
>
> Enligt stadgan för de medicinska examina den 13 november 1874 är den studerande, som vill undergå medicine kandidat- eller licentiatexamen och är därtill beredd, pliktig att på kallelse inställa sig hos varje examinator till enskilt förhör eller tentamen med åtföljande praktiska prov, och fakulteten eller Karolinska institutets lärarkollegium äger om tid och sätt för sådana förberedande förhör och prov besluta och förordna vad som prövas nödigt och lämpligt. Dessa bestämmelser, som enligt sin ordalydelse synas avse tentaminas sammanförande på en kortare tid efter det examensförberedelserna avslutats, hava emellertid aldrig varit på detta sätt tillämpade, utan hava tentamina plägat avläggas en efter annan under loppet av de år, som närmast föregått varje examen.

Universitetsexamenskommittén föreslog, att det system, som utbildat sig i praxis, borde legaliseras, och framlade förslag till närmare bestämmelser härvidlag, vilka senare inflöt i den ännu gällande examensstadgan av år 1907. För examens avläggande skall den studerande sålunda inför vederbörande examinator undergå prövning i varje examensämne genom tentamen, till vilken den studerande själv äger anmäla sig. Sedan samtliga tentamina fullgjorts skall den studerande ingiva ansökan om examen, vilken därest fordringarna även i övrigt är uppfyllda automatiskt beviljas utan någon verklig omprövning av den studerandes kunskaper.

Förhållandena i Sverige skiljer sig i fråga om examensväsendet avsevärt från förhållandena i utlandet, där allmänt systemet med samlad examen tillämpas, i regel i form av dels vissa delexamina under pågående studier, dels en avslutande ämbetsexamen, ofta avlagd inför en särskild examenskommission. En närmare redogörelse för förhållandena i utlandet i dessa avseenden återfinnes i LS betänkande 1941.

Tidigare diskussion

LS diskuterade frågan om examinationsmetoden i sitt första betänkande (s. 240), och kom efter en granskning av de olika systemens för- och nackdelar till den slutsatsen, att det vare sig med hänsyn till studiernas lämpliga fortgång eller till kravet på en skärpt kunskapskontroll funnes anledning att frångå systemet med spridda tentamina.

Även universitetsberedningen (betänkandet del V, s. 314) fann, att det nuvarande systemet för examination genom tentamina borde bibehållas; det hade i praktiken visat sig ändamålsenligt.

Kommittén

Det bör först framhållas, att en övergång till kunskapskontroll genom verkliga examina även kräver, att studie-

planen upplägges på ett sådant sätt, att de ämnen som ingår i de olika delexamina kan studeras parallellt med varandra. I annat fall får de studerande stora svårigheter att hålla kunskaperna i samtliga berörda ämnen aktuella vid examenstillfället. I utlandet, där kunskapskontrollen i allmänhet sker genom delexamina och en verklig slutexamen, är också parallellundervisningen helt genomförd.

Examenssystemet innebär vissa fördelar. Genom det samtidiga studiet av flera ämnen får de studerande en god överblick och en mera sammanhängande och enhetlig bild av den medicinska vetenskapen. De kan få grepp om det centrala och väsentliga inom varje ämne, varigenom risken att de alltför mycket fördjupar sig i ovidkommande detaljstudier minskas. För lärarna erbjuder parallellundervisningen, rätt upplagd, rikliga tillfällen till anknytningar mellan de olika ämnena. Såtillvida skulle detta system helt överensstämma med de önskemål om en ökad integration i den medicinska undervisningen, som kommittén på annat ställe uttalat. Även för de enskilda läroämnena erbjuder systemet vissa fördelar. Ämnen, som nu avslutas med tentamen på ett tidigt stadium i utbildningen, t. ex. anatomi och histologi, måste hållas aktuella under längre tid, och kunskaperna kan bättre tillgodogöras under det följande kliniska studiet. De kliniska kurserna måste på grund av parallellundervisningen utbredas över en längre tid, varigenom ett större kliniskt material kan utnyttjas för varje kurs.

Även med hänsyn till kunskapskontrollen erbjuder examenssystemet vissa fördelar. Det tillåter en verklig helhetsbedömning av den studerandes kunskaper, och examinationen kan göras mera objektiv och likformig för alla studerande, t. ex. genom censorer eller en särskild examenskommission. Härigenom erhålles också en kontroll av att kunskapsfordringarna är lämpligt avvägda. Möjligen kan det också för läraren innebära en viss lättnad att få examinationsbördan koncentrerad till en eller två perioder under läsåret.

Emellertid kan samtidigt många invändningar göras mot examenssystemet. Erfarenheterna från utlandet visar, att de studerande ofta pressas mycket hårt under sitt förberedelsearbete för examen. I studieplanen måste därför särskild tid för förberedelsearbetet reserveras utöver den tid som anslagits till de olika kurserna. Då examination ej kan anordnas mer än en eller två gånger årligen, kan väntetiden ej alltid effektivt utnyttjas. På grund av parallellundervisningen måste studierna vidare bli betydligt mera bundna under hela studietiden, och möjligheterna för den enskilde studeranden att för fördjupade studier i visst ämne eller av annan anledning lägga upp en individuell studieplan blir mycket små. Examenssystemet leder således till en bunden studieordning, vars nackdelar starkt framhävdes i remissyttrandena över LS betänkande (se kapitlet om fri eller bunden studieordning). Möjligen skulle man kunna tänka sig att under den del av studierna, som redan nu försiggår efter en fixerad plan, nämligen studierna till kandidatexamen, ersätta tentamina med en samlad examen, som då samtidigt kunde verka som ett gallringsinstrument. Detta skulle emellertid kräva en omfattande omläggning av undervisningen i de teoretiska ämnena med samtidigt studium av minst fyra ämnen under två år. För varje institution skulle detta betyda att där funnes studerande av fyra olika kategorier. Kommittén anser sig ej kunna rekommendera en sådan anordning.

Det nu rådande tentamenssystemet har ursprungligen vuxit fram av sig självt, och någon opinion torde ej finnas vare sig hos lärare eller studerande för en övergång till ett examenssystem. I stort sett torde man kunna säga, att det svenska systemet för kunskapskontroll fungerat tillfredsställande. Examinationssystem och undervisningsordning är i hög grad beroende av varandra, och den form för undervisningen, med blockundervisning och relativt stor frihet i studiegången, som kommittén kommer att föreslå, passar bäst samman med en kunskapskontroll enligt tentamensmetoden. Visserligen skulle ett examenssystem medge en effektivare gallring av svagare elever, men behovet härav är icke tillnärmelsevis lika stort inom den medicinska fakulteten med dess inträdesspärr, som inom andra studiebanor och i andra länder, där ett fritt intag tillämpas.

Kommittén finner efter övervägande av för- och nackdelar, att det nuvarande, på särskild tentamen i varje läroämne baserade examinationssystemet bör bibehållas. Emellertid bör man eftersträva att på olika sätt motverka de nackdelar som systemet kan föra med sig, liksom man på andra vägar bör söka uppnå examenssystemets fördelar. Kravet på detaljkunskaper i tentamina får ej drivas i höjden, och den önskvärda innehållsmässiga samordningen av undervisningen i de olika läroämnena bör tillgodoses efter de linjer, som angetts i kapitlet om integration i undervisningen. Vilka möjligheter som står till buds för att minska den ofta betungande examinationsbördan kommer att behandlas senare i ett särskilt avsnitt. Genom en kontinuerlig statistisk kontroll av studietiden i enlighet med universitetsberedningens förslag — såväl den samlade studietiden som tiden för olika avsnitt och ämnen — bör det vara möjligt att till en viss grad kontrollera, att fordringarna är lämpligt avvägda med hänsyn till den i studieplanen utmätta tiden.

En följd av det svenska tentamenssystemet är, att samarbete med de nordiska grannländerna i fråga om de medicinska studierna väsentligen försvåras eller i åtskilliga fall omöjliggöres. Undervisningens uppläggning och i synnerhet kunskapskontrollen är så olika, att utbyte av studerande och ömsesidigt godkännande av tentamina blott sällan kan ske. Enligt de kontakter kommittén haft med företrädare för den medicinska undervisningen i Danmark och Norge torde det för närvarande vara ogörligt att nå fram till ett ens i huvuddragen likartat undervisnings- och examinationssystem i de nordiska länderna. Vissa samarbets- och utbytesmöjligheter torde likväl föreligga, vilket beröres i kapitlet om studier vid olika lärosäten.

Kap. 8. ANSLAGSFRÅGOR M. M.

Undervisningens, forskningens och sjukvårdens intressen

Enligt direktiven sammanfattas kommitténs utredningsuppdrag i "en översyn av läkarutbildningen och därmed sammanhängande frågor". Utbildningsfrågorna borde sålunda i möjligaste mån skiljas från de övriga problemkomplex, vartill de i realiteten är fixerade. I verkligheten torde emellertid en gränsdragning mellan undervisningens, forskningens och sjukvårdens intressen

vara utomordentligt svår att göra och torde, exempelvis när det gäller undervisningsklinikernas arbetsförhållanden, stöta på oöverstigliga svårigheter. Enligt kommitténs mening har en sådan gränsdragning i själva verket närmast ett formellt syfte, så till vida som den är avsedd att skapa en utgångspunkt för en viss kostnadsfördelning mellan de skilda huvudmän, som har att svara för nu ifrågavarande intressen.

I direktiven för de medicinska högskolornas organisationskommitté (MHO) har föredragande departementschefen berört den intressegemenskap mellan forskning, undervisning och sjukvård, som kännetecknar de medicinska lärosätenas kliniska institutioner. Departementschefen erinrade därvid om att vetenskapliga undersökningar i samband med sjukvården påginge vid dessa institutioner. Nya behandlings- eller undersökningsmetoder måste undersökas och nya läkemedel prövas. Erfarenheterna härav skulle registreras och vetenskapligt bearbetas. Resultaten hade slutligen — som det hette i direktiven — betydelse såväl för forskningen och undervisningen som för sjukvården.

I första delen av MHO:s betänkande (SOU 1946: 76) framhöll de sakkunniga följande rörande de kliniska institutionernas personalbehov.

> Beträffande de kliniska institutionerna erbjuder det särskilt stora svårigheter att tillgodose kravet på erforderlig tid för personalen till vetenskaplig forskning med hänsyn till läkarestabens tredubbla uppgift i forskningens, undervisningens och sjukvårdens tjänst. Intet tvivel råder om att de kliniska institutionerna arbeta med en alltför ringa läkarestab och att detta är orsaken till att man på sina håll ansett sig ha skäl att rikta kritik särskilt mot den kliniska forskningen i vårt land och mot den kliniska undervisningen, speciellt den som har formen av handledning av de studerande vid sjukvårdsarbetet.

Kommittén vill understryka betydelsen av de här refererade synpunkterna. Det bör även erinras, att vad som här anförts beträffande klinikerna i fråga om den dubbla uppgiften i viss mån även torde gälla de teoretiska institutionerna. På ett flertal av dessa torde utvecklingen tendera mot en starkare anknytning till rutingöromål i sjukvårdens tjänst, arbetsuppgifter som även har ett betydande intresse för undervisningen. Som ett exempel på denna utveckling kan nämnas ansvällningen av sjukvårdsuppgifter för de bakteriologiska och patologiska institutionerna.

Förutsättningar för en intensifierad undervisning

I likhet med LS förordar kommittén en intensifiering av de medicinska studierna. Nya ämnen har fogats in i studieplanen, andra har givits ökad omfattning, och för de ämnen som fått sin kurstid beskuren kräver förkortningen vissa omläggningar av undervisningens organisation. Beträffande utbildningens karaktär och undervisningsmetoderna i allmänhet föreslår kommittén åtgärder i syfte att stärka integrationen mellan å ena sidan de prekliniska och kliniska disciplinerna, å andra sidan de i dessa grupper ingående ämnena inbördes. I detta sammanhang bör den av kommittén rekommenderade förskjutningen från katedral undervisning till förmån för undervisning i konferensform och ökad praktisk handledning av de studerande nämnas. Kommittén förutsätter vidare att antalet deltagare per kurs, vilket för närvarande på sina håll är orimligt stort, måste bringas ned, och att sålunda antalet kurser måste öka väsentligt.

Samtliga berörda förändringar torde komma att fordra en däremot svarande ökning av de kvalificerade lärarkrafterna, framför allt inom den kliniska sektorn av undervisningen. Reformen fordrar emellertid icke blott en utvidg-

ning av dessa resurser. För att tillförsäkra de studerande ett gott utbyte av de praktiska studierna inom såväl den prekliniska som den kliniska delen av utbildningen (demonstrationer, laborationer och klinisk tjänstgöring) krävs god tillgång till handledande personal, dvs. assistenter och amanuenser på de teoretiska institutionerna och kliniska amanuenser respektive underläkare på klinikerna. Slutligen kräver rationaliseringen av undervisningen en ökning av hjälpkrafter av olika slag, framför allt teknisk och administrativ biträdespersonal.

Kommittén har vid uppgörandet av sitt förslag till personalstater för de teoretiska institutionerna beaktat, att dessa institutioner genom statsmakternas beslut efter MHO:s förslag i ämnet fått en väsentlig upprustning, och har därför bedömt de anspråk, som kan ställas och har ställts i fråga om ökade resurser för undervisningen på dessa institutioner, synnerligen restriktivt. Kommittén har dock ansett sig böra på vissa punkter föreslå nya tjänster, som ansetts nödvändiga för att utbildningen till medicine kandidatexamen skall kunna bedrivas så rationellt som möjligt. Därvid har strävan att organisera och genomföra en planmässig utbildning under de morfologiska och kemiskt-fysiologiska åren varit den viktigaste utgångspunkten. Vidare har särskilda tjänster föreslagits i de ämnen, som tidigare icke förekommit för medicine kandidatexamen, nämligen medicinsk statistik, medicinsk genetik, medicinsk fysik och psykologi.

Vad beträffar den kliniska sektorn vill kommittén erinra om den av MHO framlagda andra delen av betänkandet rörande organisatoriska åtgärder till främjande av medicinsk forskning (SOU 1947: 66), i vilken återfinnes förslag om en väsentlig förbättring av de kliniska institutionernas personalförhållanden m. m. Dessa förslag har emellertid ännu icke föranlett några genomgripande beslut av statsmakterna. Under senare år har dock flerstädes en viss ökning av antalet underläkare vid undervisningsklinikerna ägt rum.

Någon fullständig granskning av klinikernas underläkarorganisation har kommittén icke ansett sig böra företa. Vid uppgörandet av personalförslag för de olika klinikerna har kommittén dock icke kunnat undvika att beröra sådana tjänster, som till betydande del även direkt tjänar forskning och sjukvård, ehuru den primära utgångspunkten för kommittén självfallet varit undervisningens intresse. På vissa punkter har sålunda en förstärkning av underläkarstaberna rekommenderats.

I kommitténs förslag till ny undervisningsplan ingår även i den kliniska delen ett antal nya ämnen, som tidigare helt eller delvis saknar företrädare vid de medicinska läroanstalterna. I första hand bör därvid nämnas socialmedicin. För detta ämne, som enligt kommitténs förslag nära anknytes till den kliniska undervisningen, krävs sålunda helt nya uppsättningar av institutionspersonal. Bland ämnen, som genom kommitténs förslag ges en mera framskjuten ställning, kan nämnas klinisk kemi och klinisk fysiologi samt psykiatri.

Vid bedömandet av kommitténs förslag om nya tjänster vid universitetsklinikerna bör beaktas att dessa förslag inrymmer åtgärder, som i och för sig icke är beroende av en ny utbildningsplan utan som är nödvändiga redan med nuvarande studieordning, om undervisningen skall kunna bedrivas rationellt. Sålunda saknas för närvarande vid vissa lärosäten företrädare i läroämnen, som redan ingår i nuvarande undervisningsplan. Vidare har det under senare år ökade intaget av medi-

cine studerande inte följts av någon motsvarande ökning av lärarkrafterna.

Antalet medicine studerande vid de olika lärosätena

Enligt direktiven har kommittén icke haft att ta ställning till frågan om det aktuella läkarbehovet utan utgått ifrån, att behovet av läkare för överskådlig tid framåt kommer att vara så stort, att de medicinska högskolornas hela utbildningskapacitet kommer att behöva tas i anspråk.

Det årliga intaget av medicine studerande VT 1948—VT 1953 framgår av nedanstående sammanställning.

Den 19 november 1952 har nya bestämmelser rörande tillträde till de för medicine studerande anordnade s. k. nybörjarkurserna utfärdats av kanslern. Enligt dessa lämnas varje termin, därest särskilda omständigheter ej föranleder annat, tillträde till nybörjarkurs i Uppsala, Lund och Göteborg åt vardera högst 32 samt vid karolinska institutet åt högst 54 studerande.

Såsom i bl. a. en interpellation vid 1952 års riksdag (FK 11: 66, 19: 6 d) framhållits, råder för närvarande svårigheter att utan väntetid bereda samtliga medicine kandidater plats för den fortsatta kliniska undervisningen. För kommittén har det framstått som angeläget, att plats skall kunna beredas åt ett för varje lärosäte beräknat normalantal medicine studerande genom hela studiegången. Vid beräkningen av detta normalantal har kommittén tagit hänsyn dels till att det fram till medicine kandidatexamen sker en viss avgång, vilken kan uppskattas till 5—10 % av årsintaget, dels till önskvärdheten av reservplatser. Kommittén har sålunda vid sina beräkningar utgått ifrån ett årligt platsbehov på det kliniska stadiet av ca 60 vid Uppsala universitet, Lunds universitet och medicinska högskolan i Göteborg samt ca 120 vid karolinska institutet.

Lärartjänster

På de kliniska institutionerna utgöres de högre lärarna, förutom av professorer, av lärare eller biträdande lärare. De s. k. lärartjänsterna är till antalet få och förekommer endast vid sådana kliniker, där särskild professur i undervisningsämnet saknas. Som exempel på dessa tjänster kan nämnas lärarna i fysikalisk diagnostik, radioterapi och reumatologi vid Lunds universitet. Dessa tjänster är konstruerade på samma sätt som laboraturer och är numera liksom dessa reglerade genom statens allmänna avlöningsreglemente.

Vid sidan av professurerna finns så-

	Antal sökande	Intag U	L	S	G	Totalt intag
VT 1948	211	30	30	50	—	110
HT 1948	266	34	32	54	—	120
VT 1949	218	30	34	56	—	120
HT 1949	294	32	32	57	30	151
VT 1950	253	32	33	56	30	151
HT 1950	341	32	34	57	30	153
VT 1951	240	32	32	57	32	153
HT 1951	304	33	33	57	30	153
VT 1952	220	32	32	58	34	156
HT 1952	275	32	32	56	34	154
VT 1953	214	32	32	56	34	154

lunda på klinikerna regelmässigt inga fasta lärartjänster, oaktat den totala undervisningsvolymen jämförd med professorernas undervisningsskyldighet väl motiverar sådana, och professorerna flerstädes regelmässigt måste överskrida sin undervisningsskyldighet. Denna ordning har icke främjat den kliniska undervisningen. Ur pedagogisk synpunkt är det vidare en väsentlig fördel, om de studerande på klinikerna kan stå i omedelbar och fortlöpande kontakt med huvudlärarna i ämnet. Vid sidan av sin uppgift som undervisare och forskare har de medicinska professorerna i vårt land en så betungande uppgift i sjukvårdsarbetet, att en sådan kontakt mellan professorn och de studerande icke alltid är lätt att upprätthålla. För undervisningen synes det vara en väsentlig fördel, om till klinikerna i fortsättningen knyts lärartjänster av en fastare typ än de befattningar, som hittills förekommit på dessa institutioner.

Det bör redan här framhållas att docentinstitutionen, som kännetecknas av en betydande rörlighet och i vilken forskningsmomentet är särskilt framträdande, enligt kommitténs mening inte är lämpad för en utbyggnad i detta avseende. Enligt gällande bestämmelser står de till de olika medicinska fakulteterna och karolinska institutet hänvisade docenttjänsterna (förutvarande docentstipendierna) företrädesvis till förfogande för vissa angivna preekliniska ämnen. Därest ytterligare tjänster står till fakultetens eller institutets disposition bör dessa, som det sägs i bestämmelserna, företrädesvis tilldelas docent i kliniskt ämne. De kliniska docenttjänsterna är icke fast knutna till vissa ämnen. Innehavare av sådan tjänst är i allmänhet skyldig att såsom vikarie uppehålla lärarbefattning inom sin vetenskap samt att meddela viss undervisning. Denna senare undervisning bör emellertid icke adderas till den ordinarie undervisningen och därigenom vidga ramen för de studerandes obligatoriska kunskapsstoff utan meddelas i form av specialföreläsningar.

En utökning av antalet extra ordinarie docenter i avsikt att säkerställa den ordinarie undervisningen och handledningen av de medicine studerande skulle i betydande grad innebära, att docentinstitutionen utnyttjades i en riktning som icke vore avsedd. Enligt kommitténs mening bör en dylik förändring av institutionens karaktär icke komma ifråga. Kommittén vill också i detta sammanhang erinra om att 1945 års universitetsberedning intagit den ståndpunkten, att det väsentliga i docentinstitutionens nuvarande karaktär borde bibehållas.

En rationell lösning av klinikernas lärarfråga synes framför allt fordra, att till institutionerna i de större kliniska ämnena knyts undervisningstjänster av en fastare karaktär. Innehavaren av en dylik lärartjänst, som regelmässigt samtidigt bör ha ställning som biträdande överläkare vid vederbörande klinik, bör sålunda anförtros en viss del av klinikens samlade undervisningsbörda och delta i handledningen av de studerande i deras kliniska tjänstgöring.

Kommittén har därför diskuterat andra möjligheter att lösa klinikernas undervisningsproblem. I valet mellan de olika alternativ, som härvid kan komma ifråga, har kommittén stannat vid att föreslå inrättandet av särskilda lärartjänster på de större klinikerna vid samtliga lärosäten. För dessa tjänster bör fordras samma kompetens som för docenttjänst. Tjänsterna föreslås bli helt bekostade av statsverket och uppförda på åttonde huvudtitelns avlöningsstater. Beträffande undervisningsskyldigheten anser kommittén, att denna

bör motsvara vad som åligger professor eller högst 130 timmar om året. Kommittén finner det lämpligt, att konstruktionen av de föreslagna lärartjänsterna utformas i analogi med universitetens och högskolornas docenttjänster. Detta innebär att tjänsterna, som bör benämnas lärare i respektive ämnen, görs till extra ordinarie befattningar och att förordnandetiden begränsas. Lönestallningen bör vara densamma som för docent och tjänsterna sålunda placeras i 30 lönegraden. Till skillnad från vad som gäller docenttjänsterna synes förordnandetiden för de nya lärartjänsterna emellertid böra sättas till sex år. Rätten till omförordnande bör icke begränsas. Tillsättningen av lärartjänsterna bör ske i samma ordning som vid besättande av docenttjänst. Som ett särskilt villkor för dessa tjänster bör emellertid föreskrivas, att vederbörande innehar överläkarkompetens. Med hänsyn till att nu berörda lärare såsom nämnts samtidigt bör knytas till klinikerna i egenskap av biträdande överläkare — vilket för en effektiv undervisning torde vara en förutsättning — synes överenskommelse härom böra träffas med vederbörande kommunala huvudmän. Stad eller landsting torde för ifrågavarande befattningshavare böra bestrida kostnaderna för ett särskilt arvode, motsvarande det som för närvarande utgår till befattningshavare i överläkarställning. Detta arvode, som sålunda närmast avser att markera lärarens inordnande i sjukhusorganisationen, utgör för närvarande 1 500 à 2 000 kronor.

Biträdande lärare

De biträdande lärarbefattningarna är arvodestjänster, löst knutna till biträdande överläkare eller underläkare vid klinikerna. För biträdande lärare med docentkompetens, vilka tillsättes genom förordnande på tre år, utgår särskilt tillägg av sådan storlek, att den totala ersättningen motsvarar vad som tillkommer docent i 30 löneklassen. Övriga biträdande lärare förordnas i regel på ett år.

En viss ojämnhet kan för närvarande konstateras ifråga om ersättningsgrunderna och timarvodenas storlek. Då en likformighet härvidlag torde vara önskvärd, har kommittén i efterföljande kostnadsberäkningar i fråga om sådan undervisning, som icke kan hänföras till handledning, vissa mindre krävande kliniska eller polikliniska demonstrationer eller examinationer, funnit en ersättning med 50 kronor per timme vara rimlig. För en begränsning av arvodet till detta belopp talar det skälet, att den undervisning varom här är fråga består av regelmässigt återkommande längre eller kortare serier av föreläsningar, varvid det viktigaste momentet i förberedelserna är att hålla stoffet aktuellt. Härutöver bör vid sådana kurser som leds av biträdande lärare utgå ett arvode för själva organisationen och ledningen av undervisningen. Kommittén har härför i regel beräknat ett tillägg av 250—500 kronor per kurs, av vilka belopp det högsta avser kurser på sjukhus, där professor eller annan självständig ämnesföreträdare för undervisningen saknas.

Undervisning i form av seminarieövningar har kommittén med avseende på undervisningsvolymens beräkning och ersättningen per timme likställt med ordinär föreläsning, dvs. sådan som bör ersättas med 50 kronor per timme. I propositionen nr 12 till 1952 års riksdag angående löne- och pensionsreglering för professorer och vissa andra akademiska lärare m. fl. har föredragande departementschefen gjort ett uttalande beträffande denna typ av undervisning, (s. 59), till vilket kommit-

tén i detta sammanhang vill anknyta. Till den kvalificerade undervisningen fann departementschefen att föreläsningarna, vilka påkallade tidskrävande förarbeten, främst borde räknas, och fortsatte:

Även de som undervisningsform alltmer betydelsefulla seminarieövningarna torde som regel få räknas hit. Vanligen föregås de av ett avsevärt förberedelsearbete och påfordra en ur kvalitativ synpunkt krävande insats av ledaren. Enligt gällande bestämmelser för universiteten är det för närvarande tillåtet att utbyta intill tre veckotimmars föreläsningar mot samma timantal seminarieövningar. Jag har icke något att erinra mot denna princip i och för sig men anser det angeläget, att det i tillämpningen tillses, att icke under evalveringsprincipen i fråga inbegripes även övningar av elementär beskaffenhet. Jag förutsätter alltså, att begreppet seminarieövningar reserveras för sådan undervisning, som i kvalitativt hänseende är lika krävande som föreläsningar.

Den här berörda evalveringen bör även omfatta medverkan i de av kommittén föreslagna kliniska konferenserna. Denna undervisningsform, som i kommitténs utbildningsplan ges en framskjuten plats, ställer stora anspråk på de deltagande ämnesföreträdarna och kräver av dem systematiska förberedelser.

Undervisning, som huvudsakligen består i handledning av studerande vid laboratorie- och andra övningar eller i kliniska eller polikliniska demonstrationer utan direkt samband med föreläsningar, har av kommittén ansetts böra ersättas med något mera än hälften av det för ordinära föreläsningar föreslagna beloppet per timme, eller 30 kronor. Samma timersättning har beräknats för den examination, som kommer att åvila de biträdande lärarna.

För specialundervisning eller enstaka föreläsningar, som exempelvis förekommer vid efterutbildningskurserna, har kommittén ansett att en högre ersättning än den, som föreslagits för biträdande lärares återkommande undervisning, bör utgå med hänsyn till att relativt mera förarbete krävs av läraren. För denna undervisning har sålunda föreslagits en ersättning av 100 kronor per timme.

För beräkning av det antal undervisningstimmar, som bör anförtros de biträdande lärarna, har kommittén i första hand redovisat den totala undervisningen i timmar, som i respektive ämnen skall meddelas varje studerande. Med utgångspunkt från antalet studerande vid vederbörande lärosäte har därefter antalet kurser beräknats och på grundval därav slutligen den totala undervisningen i timmar, som årligen kommer att belasta varje institution eller klinik.

I varje ämne har därefter professorns, laboratorns eller den särskilde lärarens undervisningsskyldighet i timmar frånräknats den sammanlagda undervisningsvolymen. Beträffande huvudlärarens undervisningsskyldighet föreligger vissa svårigheter att fixera denna i en läsårssiffra. Enligt universitetsstatuterna (§ 104) är professor skyldig att hålla offentlig föreläsning i sin vetenskap en timme fyra dagar i veckan, där ej kanslern bestämmer en annan fördelning eller föreskriver att föreläsningar skall ersättas av annan undervisning. Nedsättning av undervisningsskyldigheten kan dessutom beviljas av kanslern. I statuterna (§ 102) stadgas vidare om inställande av undervisningen i samband med helger och terminsslut. I allmänhet omfattar professorns undervisningsskyldighet 128—136 timmar per läsår. För överskådlighetens skull har kommittén i sina anslagsberäkningar angivit en bestämd föreläsningsvolym och därvid valt antalet 130.

Med hänsyn till förekomsten av nedsatt undervisningsskyldighet för vissa ämnesföreträdare torde i samband med

en definitiv beräkning av arvodena till de biträdande lärarna en justering visa sig erforderlig. I detta sammanhang vill kommittén emellertid återge vad föredragande departementschefen i ovan berörda proposition anfört beträffande frågan om nedsättning av den eljest gällande undervisningsskyldigheten. Departementschefen uttalade därvid bland annat följande.

Enligt universitetsstatuterna och stadgarna för karolinska institutet äger universitetskanslern i vissa fall, där professor på grund av särdeles betungande examinations- eller andra tjänstegöromål behöver lindring i undervisningsskyldigheten, medgiva viss nedsättning i denna skyldighet. Enligt min uppfattning bör sådan befrielse meddelas endast i fall, då kanslern verkligen finner särdeles betungande examinations- eller andra tjänstegöromål motivera densamma. Med anledning härav torde en översyn böra ske av de särskilda beslut, som i enskilda fall meddelats rörande nedsättning i den normala undervisningsskyldigheten.

Statsutskottet fann sig i princip kunna biträda vad departementschefen anfört beträffande de akademiska lärarnas undervisningsskyldighet, och det refererade uttalandet föranledde ej heller någon erinran från riksdagens sida. En revision av gällande beslut om nedsättning kan sålunda förutses.

För laboratorer och motsvarande befattningshavare liksom för de av kommittén föreslagna extra ordinarie lärarna har slutligen samma undervisningsskyldighet som för professor, eller sålunda 130 timmar per läsår, angetts som norm.

Vid beräkning av ersättning till de biträdande lärarna för examination (tentamina, slutförhör och kursförhör) har kommittén uppskattat det antal elever, som med hänsyn till arten av ifrågavarande kunskapskontroll samtidigt kan examineras av den biträdande läraren. Med ledning därav har slutligen totalantalet examinationstimmar beräknats.

Underläkarnas roll i undervisningen

Enär, såsom inledningsvis berörts, skilda huvudmän svarar för kostnaderna för olika kategorier av tjänster, uppstår vissa svårigheter ur administrativ synpunkt beträffande de för undervisningen otvivelaktigt mycket viktiga befattningar, för vilka staten icke är huvudman, dvs. de underordnade läkartjänsterna på de av kommunerna drivna undervisningssjukhusen. Det är i detta sammanhang viktigt att märka, att underläkarna på undervisningssjukhusen oavsett huvudmannaskapet regelmässigt deltar i undervisningen, även om — såsom för närvarande är fallet — några särskilda bestämmelser härom inte finns vad beträffar de kommunala undervisningssjukhusen. I reglementet för karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet har en särskild bestämmelse införts, vilken stadgar att förutom biträdande läkare och laboratorer även underläkarna är skyldiga att biträda vid handledningen av medicine studerande (SFS nr 416/1939 § 42).

Utan tvivel torde det för undervisningen vara en väsentlig fördel, därest liknande bestämmelser kan utfärdas även för de underordnade läkarna vid akademiska sjukhuset i Uppsala och de kommunala undervisningssjukhusen. Då praxis som nämnts för närvarande synes vara, att underordnade läkare vid dessa sjukhus deltar i handledningen av de studerande, föreligger enligt kommitténs mening knappast anledning befara att fastställandet av en sådan skyldighet skulle medföra några speciella komplikationer. Ej heller synes ett åliggande av detta slag behöva kompenseras genom särskild ersättning åt vederbörande läkare, då ju icke minst i detta sammanhang bör beaktas, att tjänstgöringen vid en undervisningsklinik redan i och för sig har ett icke oväsentligt meritvärde.

Klinikamanuenser

Vid de kommunala undervisningssjukhusen har frågan om kostnadsfördelningen mellan staten och den kommunala huvudmannen i fråga om de i undervisningen direkt engagerade underordnade läkartjänsterna lösts på så sätt, att särskilda på ecklesiastikstaten uppförda arvoden utgår till s. k. kliniska amanuenser vid universitetsklinikerna. Den totala kostnaden för dessa klinikamanuenser, vilka samtidigt arbetar som underläkare på vederbörande kliniker, bestrids för närvarande till två tredjedelar av staten och till en tredjedel av landstingen. Totallönen för en sådan klinisk amanuens överstiger den vanliga underläkarlönen med ett amanuensarvode av 3 000 kronor. Å andra sidan får dessa klinikamanuenser enligt gällande bestämmelser icke i samma mån som övriga underläkare uppbära ersättning för öppen vård. Kommittén har inhämtat, att klinikamanuenserna, som sålunda ursprungligen avsetts huvudsakligen för undervisningen, i praktiken utnyttjas i långt högre grad för sjukvårdsgöromål än vad kostnadsfördelningen antyder. Då det för undervisningen är av stor vikt, att klinikerna kan utnyttja amanuenstjänsterna i avsedd omfattning, är det enligt kommitténs mening angeläget att vederbörande myndigheter har uppmärksamheten riktad på detta spörsmål och att såvitt möjligt amanuensernas andel i undervisningen återställes.

Nybyggnader och utrustning

För att undervisningen skall kunna bedrivas på rationellt sätt fordras givetvis tillräckliga lokaler och god utrustning. Detta är en nödvändig förutsättning för att kommitténs strävan att effektivisera undervisningen och begränsa studietiden genom en ändamålsenlig studieplan och ett ökat lärarantal skall kunna förverkligas. Kommittén har undersökt huruvida erforderligt utrymme för den föreslagna utökade undervisningen går att uppbringa i redan befintliga lokaler. Därvid har i vissa fall nybyggnader visat sig erforderliga. Kommittén har emellertid i regel icke ansett sig kunna verkställa någon beräkning av byggnadskostnaderna. Stundom föreligger olika alternativ till lösning av lokalfrågan, varvid det torde ankomma på vederbörande myndighet på läroorten att i samband med remissbehandlingen framlägga erforderliga detaljförslag. Ett undantag utgör dock byggnadskostnaderna för de föreslagna socialmedicinska institutionerna. Då kommittén finner dessa institutioner synnerligen angelägna, har den, i syfte att skapa ett bättre utgångsläge för ett snabbt igångsättande av den socialmedicinska undervisningen, låtit infordra ett preliminärt kostnadsförslag på uppförande av provisoriska byggnader för de socialmedicinska institutionerna i Uppsala, Lund och Stockholm.

Vad utrustningsbehovet beträffar ligger det i sakens natur att varje nyinrättad institution måste kräva ett avsevärt engångsanslag, om den skall kunna utnyttjas på ett effektivt sätt. Någon fullständig beräkning av dessa engångsanslags storlek är enligt kommitténs uppfattning ogörlig, så länge ämnesföreträdare icke är utsedd. Kommittén har därför efter jämförelse med närmast motsvarande institutioner beräknat kostnaderna för en grundutrustning, som måste anses nödvändig vid den föreslagna institutionen. Kommittén förutsätter, att sedan ämnesföreträdare utsetts, denne gör framställning om anslag för anskaffning av den ytterligare utrustning, som kan erfordras för hans speciella behov. Beträffande behovet av utrustning för de föreslagna nya social-

medicinska institutionerna har kommittén dock låtit verkställa en preliminär kostnadsberäkning.

Med hänsyn till att frågor om utrustning av nya institutioner i Malmö torde komma att lösas i den särskilda ordning, som betingas av gällande avtal mellan staten och Malmö stad, har kommittén icke ansett sig böra redovisa någon särskild anslagsberäkning härvidlag. Även vid redan befintliga institutioner har i vissa fall, såsom vid omläggning av undervisningen, behov av engångsanslag för utrustning ansetts föreligga. Storleken av dessa anslag har av kommittén beräknats efter samråd med respektive ämnesföreträdare.

Särskilt betydelsefull är i detta sammanhang frågan om de löpande materielanslagen. En effektivisering av undervisningsformerna innebär givetvis att betydande anspråk kommer att ställas på dessa anslag. Kommitténs rekommendationer om ökad användning av tekniska hjälpmedel av olika slag i undervisningen kommer att medföra ett sådant omedelbart behov, närmast på sådana kliniska institutioner, där en mera omfattande undervisning bedrivs.

Kommittén har icke ansett det möjligt att precisera det ökade medelsbehov, som kan bli aktuellt, då studiereformen förverkligas. En beräkning måste utgå ifrån en ingående granskning av nuvarande disposition av materielanslagen, vilka icke blott är avsedda för undervisningen utan även för forskningen. Med hänsyn till lokala förhållanden, vilka kommittén knappast har möjligheter att beakta, måste också behovet i verkligheten te sig ganska olika vid de skilda lärosätena. En generell uppskattning torde knappast tjäna något rimligt syfte. Med en sådan skulle inte heller de skilda institutionernas krav på rättvis avvägning kunna tillgodoses.

Kommittén finner det därför ändamålsenligt att fakulteterna och lärarkollegierna efter beredning i undervisningsnämnderna beräknar det ökade behov av medel för utrustning och för löpande materielutgifter som komitténs förslag aktualiserar. Därvid bör särskilt beaktas, att utbildningsreformen kommer att ske successivt och att sålunda kostnadsökningen kan fördelas på flera budgetår.

Övriga utgångspunkter för kommitténs kostnadsberäkningar

Vid redovisningen av de olika institutionernas nuvarande personal har kommittén utgått ifrån förhållandena den 1 juli 1952 men jämväl tagit hänsyn till den därefter under riksdagens höstsession genomförda tjänsteförteckningsrevisionen. Vid denna placerades laboratoriebiträden i högst 13 lönegraden, varvid dock anmärktes att frågan om inrättande av laboratoriebiträdestjänster i högre lönegrad än 13 kunde upptas till förnyat övervägande efter verkställd ytterligare utredning. Då frågan om en differentiering av dessa tjänsters lönegradsplacering ännu vid utgången av år 1952 ej avgjorts, har kommittén vid sina kostnadsberäkningar utgått ifrån en oförändrad placering av tjänsterna i 11 lönegraden.

Genom tjänsteförteckningsrevisionen har flerstädes även institutionernas och klinikernas administrativa biträdespersonal berörts. Bland annat har i vissa fall kontors- och kanslibiträdestjänster omvandlats till tjänster i högre lönegrad. Fördelningen på institutioner eller kliniker angavs emellertid icke i riksdagsbeslutet eller de med stöd av detta den 19 december 1952 utfärdade regleringsbreven utan skulle ankomma på de olika lärosätena. De ändrade personalförteckningarna skulle gälla från den 1 januari 1953. Denna fördelning har

slutförts så sent, att det varit omöjligt för kommittén att vid redovisningen av den nuvarande personalen beakta förändringarna. Sakligt torde detta icke medföra några komplikationer. Det bör emellertid observeras, att begreppen kontors- och kanslibiträden i tabellerna över nuvarande personal i realiteten kan vara differentierade på olika typer av kontorspersonal. Kommittén har i sina förslag till förstärkning av denna personal regelmässigt räknat med kostnaderna för tjänster i 11 lönegraden.

Då vid medicinska högskolan i Göteborg inrättats arvodesbefattning från senare tidpunkt än ingången av budgetåret 1952/53 och följaktligen anslag ej anvisats för hela årsbehovet, har kommittén vid sin kostnadsjämförelse utgått ifrån ett till helt årsarvode omräknat belopp. Kommittén har vid sina kostnadsberäkningar förutsatt att vid den fortsatta utbyggnaden av medicinska högskolan i Göteborg den av kommittén föreslagna studieordningen följes men har icke ansett sig böra redovisa särskild anslagsberäkning härför. Med hänsyn till bl. a. den nära överensstämmelsen i fråga om elevintagens storlek bör som norm för beräkning av personalbehovet vid de ännu icke utbyggda undervisningsklinikerna i Göteborg kommitténs kostnadsberäkningar för Uppsala och Lund kunna användas.

I vissa fall har kommittén i samband med behandlingen av de särskilda läroämnena förordat, att undervisning i ämne eller ämnesgrupp skall förläggas till sjukhus, som för närvarande icke alls eller endast i mindre omfattning är inordnat i den medicinska utbildningen. Då fråga är om kommunalt sjukhus, som på detta sätt inkopplas i undervisningen, torde särskilda förhandlingar mellan staten och vederbörande huvudman visa sig erforderliga.

På karolinska institutets avlöningsstat finns för närvarande uppförda vissa arvoden till amanuenser, vilka tillika är förste underläkare respektive underläkare vid serafimerlasarettet. Dessa arvoden inbegripes i förste underläkar- respektive underläkararvodena och utbetalas vid serafimerlasarettet, men det åligger karolinska institutet att tillhandahålla de mot amanuensarvodena svarande avlöningsmedlen, tillhopa 23 400 kronor. Denna anordning har icke någon motsvarighet vid karolinska sjukhuset. Då den undervisningsskyldighet, som åvilar dessa amanuenser, principiellt icke torde skilja sig från den, som enligt vad ovan berörts åvilar underläkare vid karolinska sjukhuset, torde systemet med en avräkning mellan åttonde och elfte huvudtitlarna icke längre böra förekomma. Följaktligen bör dessa särskilda amanuensarvoden på karolinska institutets avlöningsstat indragas.

För budgetåret 1952/53 har på karolinska institutets avlöningsstat uppförts ett särskilt kursanslag av 40 000 kronor att fördelas av kanslern. Med hänsyn till att kommittén i kapitlen om de särskilda läroämnena beräknat den totala undervisningsvolymen och kostnaderna härför, torde något särskilt kursanslag ej längre erfordras. Kommittén redovisar därför i den sammanfattande kostnadsberäkningen en kostnadsminskning av 40 000 kronor.

B. DE SÄRSKILDA LÄROÄMNENA

Kap. 9. JÄMFÖRANDE ANATOMI

Nuvarande undervisning

Ämnet anatomi skall enligt examensstadgan omfatta bl. a. grunderna i den jämförande anatomien. Enligt kanslerns särskilda föreskrifter får den studerande fortsätta sina studier på anatomisalen först sedan han bl. a. genomgått kursen i jämförande anatomi samt bestått de i anslutning till denna kurs hörande examinatorierna. För kurs i jämförande anatomi jämte osteologi har erlagts en avgift av 60 kronor till läraren (kanslerns beslut den 7 juni 1922).

Efter de utvidgningar av de anatomiska institutionernas lärarpersonal, som blev en följd av LS och MHO:s utredningar, borttogs kursavgiften från hösten 1947 för de studerande i Uppsala och Lund, medan den fick stå kvar i Stockholm. Vid medicinska högskolan i Göteborg erlägger de studerande ingen avgift för kursen i jämförande anatomi.

I *Uppsala* och *Göteborg* ges kursen omväxlande av professorn och prosektorn inom ramen för deras undervisningsskyldighet. I *Lund* delas sagda kurs mellan professorn och förste assistenten och ingår i deras ordinarie undervisning. I *Stockholm* ges kursen omväxlande av professorn och prosektorn som en avgiftsbelagd kurs utöver deras ordinarie föreläsningsskyldighet. Kursen slutföres överallt på två till fyra veckor. De studerande åhör under denna tid 25—30 föreläsningar samt dissekerar tre till fyra typdjur bland vertebraterna. I Uppsala och Lund ägnas ca 10 av föreläsningarna åt allmän anatomi och anatomisk nomenklatur, medan i Stockholm och Göteborg föreläsningarna till övervägande delen ägnas åt allmän biologi, allmän anatomi och anatomisk nomenklatur. Samtidigt med kursen i jämförande anatomi inläser de studerande i Uppsala och Stockholm osteologien under ledning av förste assistenten, som därvid eventuellt håller ett fåtal föreläsningar. I Lund undervisas osteologien tillsammans med ledläran under ledning av professorn. I Göteborg hålles inga föreläsningar i osteologi utan enbart demonstrationer gruppvis.

Tidigare diskussion

Vid studentriksdagen i Lund 1938 framförde de studerande önskemålet, att kursen i jämförande anatomi skulle få en ändrad karaktär, så att undervisningen skulle få formen av en biologiskt orienterande kurs med tyngdpunkten lagd på medicinsk terminologi. De studerande ansåg, att man genom dissektion av t. ex. kanin skulle få en lämplig förövning till de kommande dissektionerna men att dissektion av andra djurarter borde utbytas mot demonstrationer eller helt utgå.

LS anförde, att en viss undervisning i jämförande anatomi borde bibehållas, ty denna kunskap bildade förutsättningen för en djupare förståelse av de anatomiska och fysiologiska sammanhangen, och en bristande sådan kunskap skulle utgöra en lucka i läkarens

biologiska allmänbildning. LS ansåg emellertid, att kursen i jämförande anatomi vore väl omfattande och att den på sina håll tidigare varit lagd på ett pedagogiskt oriktigt sätt. Det senare uttalandet syftar förmodligen på det förhållandet att kursen i fråga, innan kanslern reglerade tillträdet till de medicinska studierna, fick verka som ett gallringsinstrument för fortsatta medicinska studier. LS förordade därför, att studiet av jämförande anatomi skulle ingå som ett led i morfologiundervisningen under de anatomiska studiernas första skede samt slutföras under två till tre veckor med 15 timmars föreläsningar och dissektion av högst fyra typdjur (piråI, pigghaj, groda eller ödla och kanin). I undervisningen borde även ingå en första orientering i anatomisk nomenklatur samt, vid de lärosäten där så kunde befinnas lämpligt, de elementära delar av allmänna anatomien, som bör ha inhämtats före histologiundervisningen. Samtidigt skulle de studerande upptaga inlärandet av osteologien. LS förordade vidare, att undervisningen i jämförande anatomi skulle ingå i den obligatoriska och följaktligen avgiftsfria undervisningen i ämnet anatomi.

Bland remissmyndigheterna instämde medicinska fakulteten i Uppsala i att kursen i jämförande anatomi försvarade sin plats. Medicinska fakulteten i Lund instämde icke i de sakkunnigas förslag om en minskning av kursen, medan medicinska föreningen i Stockholm fann den föreslagna tiden på två till tre veckor fullt tillräcklig. Medicinska föreningen i Lund ansåg att huvudvikten borde läggas på undervisningens allmänna del, dvs. de olika organsystemens jämförande anatomi.

En viktig synpunkt på undervisningen i jämförande anatomi anlade professorn i anatomi i Lund C.-H. Hjortsjö i sin installationsföreläsning (1949) om "den moderna anatomiens ställning och uppgifter". Professor Hjortsjö anförde där, att den komparativa anatomien liksom embryologien vore av utomordentligt stor betydelse för den studerande, eftersom de fördjupade vetandet samtidigt som de skänkte fylogenetiska respektive ontogenetiska förklaringar åt anatomiska fakta. Han fortsatte:

> Enligt min bestämda uppfattning är emellertid kursen i komparativ anatomi förlagd till en fullständigt felaktig plats i den anatomiska utbildningen. Skall den verkligen kunna ge medicinaren något av värde, ge honom, som kursens benämning lovar, en jämförande anatomisk aspekt på problemen och ej endast tvinga honom att inhämta en del för honom ur läkarutbildningssynpunkt mer eller mindre irrelevanta, lösryckta zoologiska data om det ena och andra djuret, måste denna krävande kurs förläggas annorlunda i utbildningsschemat. Den får då ej ligga i början av det anatomiska året utan skall tvärtom ligga i slutet av detta, då den studerande verkligen kan någon anatomi och har lärt sig att skilja mellan väsentligt och oväsentligt och därför lättare kan se de stora linjerna. Den kännedom om komparativt anatomiska ting, som kan vara önskvärd redan vid inlärandet av vissa områden av människokroppens anatomi, kan i samband därmed i förbigående meddelas, för att senare, när den komparativa kursen gives, på nytt meddelas i sitt rätta komparativt anatomiska sammanhang. Parallellt med denna till slutet av anatomiutbildningen förlagda kurs i komparativ anatomi skall enligt min mening också en översiktskurs i organembryologi meddelas, så att den studerande kan få vissa betydelsefulla problem inom anatomien ställda mot en på en och samma gång fylogenetisk och ontogenetisk bakgrund.

Professor Hjortsjö föreslog vidare, att en nybörjarkurs skulle införas, omfattande allmänt biologiska problem, medicinskt latin och medicinsk terminologi, allmän anatomi såsom allmän ben-, led-, rörelse-, muskel-, kärl- och nervlära, möjligen också ärftlighetslära och de viktigaste dragen i medicinsk statistik.

Kommittén

All diskussion kring kursen i jämförande anatomi har förordat en ändring i riktning mot ett minskat innehåll av ren, jämförande anatomi och ett ökat innehåll av allmän biologi samt medicinsk terminologi och anatomisk nomenklatur. En sådan ändring av kursens innehåll är också på sina håll numera de facto genomförd i betydande grad. Vidare kan det med goda skäl hävdas, att en fördjupad förståelse av människokroppens byggnad på jämförande anatomisk grundval ej är möjlig förrän i ett senare skede av anatomistudierna. Kommittén är härvidlag av samma uppfattning som professor Hjortsjö och vill sålunda föreslå, att undervisningen i jämförande anatomi sker antingen i samband med skildringen av de olika organens och organsystemens byggnad eller under anatomistudiernas sista skede som en samlad serie föreläsningar av sammanfattande karaktär.

Anatomistudierna bör, såsom framhävts av samtliga som diskuterat dessa frågor, inledas med en orienterande undervisning av allmänbiologisk art om organismens byggnad och funktion samt ett studium av den anatomiska nomenklaturen. Det mått av jämförande anatomiska fakta, som är nödvändigt för de inledande anatomistudierna, torde de studerande i huvudsak ha inhämtat redan i gymnasiet. Kommittén vill här endast erinra om att undervisningen i ämnet biologi med hälsolära enligt undervisningsplanen för rikets allmänna läroverk avser att särskilt beakta "sådana kunskapselement, som äro ägnade att giva inblick i utvecklingsläran och ärftlighetsläran". I fråga om kursfördelningen anges härom: "Ring II[3] (III[4]): Huvuddragen av djurens, förnämligast ryggradsdjurens, jämförande anatomi; i anslutning härtill de viktigaste organsystemens embryonala utveckling. Ring III[3] (IV[4]): Kort framställning av utvecklingsläran; huvuddragen av ärftlighetsläran." I den mån ytterligare undervisning i jämförande anatomi erfordras på ett inledande stadium av anatomiundervisningen, torde den böra utgöra en del av den biologiska orientering, som ovan nämnes. Samtidigt med denna inledning till anatomistudierna kan inlärandet av osteologien påbörjas.

Kommittén föreslår således under hänvisning till den ovan förda diskussionen, att den särskilda kursen i jämförande anatomi avskaffas. I stället bör anatomistudierna inledas med en allmänbiologisk orientering om organismens och de viktigaste organsystemens byggnads- och funktionsprinciper samt i samband därmed en översikt av den anatomiska nomenklaturen. Denna undervisning bör kunna slutföras med cirka 15 föreläsningar och eventuellt någon eller några djurdissektioner under anatomistudiernas tre till fyra första veckor. Undervisningen bör överallt ingå i den obligatoriska avgiftsfria undervisningen i ämnet anatomi och ges av någon av lärarna i anatomi. Organisatoriskt skall undervisningen jämställas med de övriga föreläsningsserier samt demonstrationer och övningar, som de studerande har att bevista för att få avlägga tentamen i anatomi, och de vid undervisningen inhämtade kunskaperna skall kontrolleras vid tentamen i detta ämne.

Den speciella undervisning i jämförande anatomi, som kan anses nödvändig, bör meddelas under anatomistudierna. Undervisningen kan därvid antingen anslutas till skildringen av olika organ och organsystem under hela anatomistudiet eller ges som anatomiundervisningens sista del under högst 10—15 föreläsningar som en samlad

överblick av jämförande anatomiska och embryologiska fakta. En sådan överblick bör vara ägnad att förklara den anatomiska byggnaden av de viktigaste av människans organsystem samt belysa djurarternas fylogenetiska utveckling. Även denna undervisning bör givetvis ingå i den obligatoriska avgiftsfria undervisningen i ämnet anatomi.

Anslagsfrågor

Den av kommittén föreslagna ändringen i undervisningen i jämförande anatomi innebär, att undervisningen i Stockholm kommer att överföras från en avgiftsbelagd kurs till den obligatoriska undervisningen i anatomi. Institutionen kommer sålunda att få en något ökad undervisningsbörda. Med hänsyn bl. a. härtill föreslår kommittén, att ytterligare en förste assistentbefattning inrättas vid institutionen. Tjänsten upptas i kostnadsberäkning för ämnet anatomi. För övriga anatomiska institutioner innebär förslaget icke någon väsentlig förändring av undervisningens omfattning eller organisation.

Kap. 10. ANATOMI

Nuvarande undervisning

Ämnets omfattning anges i examensstadgan som följer:

§ 16: — — — a) *anatomi,* omfattande normal anatomi och därmed sammanhängande delar av embryologien, ävensom grunderna i den jämförande anatomien; — — —

§ 17: — — — *i anatomi:* dissektionsövningar å anatomisk institution; — — —

Undervisningen i anatomi sker vid samtliga lärosäten under den medicinska utbildningens första och andra terminer, vilka ägnas helt åt anatomi och histologi och tillsammans bildar det s. k. morfologiska året. Den avslutas med tentamen.

Om man frånräknar kursen i jämförande anatomi, som tidigare redovisats, så erhålles de i följande sammanställning redovisade siffrorna för de föreläsningar och demonstrationer, som varje studerande får bevista under sina anatomistudier.

	Uppsala	Lund	Stockholm	Göteborg
Föreläsningstimmar	140	100	146	140
Demonstrationer	50	70	75	85

Vid samtliga institutioner har de studerande utfört dissektioner gruppvis i anslutning till föreläsningskurser över olika organ (t. ex. centrala nervsystemets anatomi, urogenitalorganens anatomi etc.). Därjämte dissekerar de studerande ensamma eller flera tillsammans, beroende på liktillgången, människokroppen en gång. I Stockholm, där liktillgången varit minst, har stora delar av denna undervisning måst meddelas kursvis i föreläsningar och demonstrationer, vilket torde förklara föreläsningarnas större antal där. I anslutning till dissektionerna meddelar assistenter och amanuenser samt i mindre utsträckning professorn och prosektorn undervisning åt större eller mindre grupper av de studerande. I Göteborg deltar dock professorn och prosektorn i stor utsträckning i demonstrationerna över topografisk, funktionell och klinisk anatomi med röntgenanatomi. Den nu berörda undervisningen torde dels ingå i de ovan redovisade demonstrationerna, dels falla utanför desamma. Hur lång tid varje studerande ägnar åt dessa dissektioner

torde vara omöjligt att exakt bestämma, men uppskattningsvis kommer man till siffror på 200—300 timmar.

Anatomiundervisningen är vid samtliga lärosäten i största utsträckning grupperad i ett antal kurser, vars innehåll de studerande måste tillägna sig under en viss tidrymd genom att bevista föreläsningar och demonstrationer samt utföra dissektioner och vilka vanligen avslutas med förhör. Sådana kurser förekommer vid samtliga lärosäten i fråga om bröstets, bukens och bäckenets viscera, centrala nervsystemets anatomi samt sinnesorganens anatomi. I övrigt disponeras undervisningen något olika vid de olika lärosätena. I Uppsala och Göteborg genomgås hela den övriga anatomien, inklusive deskriptiv anatomi, röntgenanatomi, topografisk anatomi, klinisk anatomi och ytanatomi i intim anslutning till dissektionskurser över huvudets, halsens, extremiteternas och bålens anatomi. Därvid intar katedrala föreläsningar en underordnad roll, medan undervisningen koncentreras till demonstrationer för grupper av studerande och enskild handledning i dissektionssalen. I Lund har en kurs i skelettets och ledernas anatomi med särskild vikt lagd vid den funktionella och kliniska anatomien en tämligen stor omfattning, och i övrigt sker undervisningen i den deskriptiva och kliniska topografiska anatomien huvudsakligen i anslutning till dissektionerna av kroppens olika regioner. I Lund ges samtliga föreläsningskurser med dissektioner och demonstrationer under första terminen, medan den andra ägnas åt enbart övriga dissektioner och demonstrationer. I Stockholm har skelettets, ledernas och musklernas deskriptiva och funktionella anatomi samlats i en kurs med namnet rörelselära. Den topografiska och kliniska anatomien undervisas där ävenledes kursvis, vilket i någon mån betingas av bristande tillgång på lik. Undervisning i organembryologi meddelas i Uppsala, Lund och Göteborg i anslutning till framställningen av den deskriptiva anatomien i de olika kurserna. I Stockholm sker undervisningen i organembryologi på histologiska institutionen, där den meddelas i en kurs i embryologi tillsammans med allmänna embryologien. Undervisningen i jämförande anatomi har redan skildrats.

Det framgår av det ovan sagda, att fördelningen av undervisningstimmarna på olika delar av anatomien är ganska varierande vid de olika lärosätena. Gemensam är dock en strävan att minska det rent deskriptiva inslaget i undervisningen och, i den mån det bibehålls, att överföra det till gruppinstruktion under ledning av assistenter och amanuenser. I stället söker man ta fasta på anatomiens funktionella, kliniska och topografiska aspekter. En viss allmän minskning av undervisningens omfång och av kunskapskraven torde även ha skett på senare år.

Tidigare diskussion

LS förklarade, efter att ha granskat anatomiundervisningen vid de olika lärosätena samt efter samråd med ämneslärarna, att de icke kunde tillråda en avsevärd sänkning av kunskapsfordringarna i anatomi med hänsyn till ämnets grundläggande betydelse för de medicinska studierna. Å andra sidan yttrade de sakkunniga, att de fått ett intryck av att det i en viss och ej så ringa utsträckning meddelades undervisning, som ej vore av sådan betydelse för den praktiska läkarutbildningen, att den försvarade sin plats på det obligatoriska studieschemat. LS uttalade därför, att undervisningen borde koncentreras på det, som för den prak-

tiska läkarutbildningen vore av verkligt värde och på att hos de studerande inpränta de stora och väsentliga dragen av anatomien. De förordade också en viss lämplig omfattning av den obligatoriska katedrala undervisningen för olika kurser inom anatomiundervisningen med tillsammans 110 föreläsningar, inklusive undervisning i jämförande anatomi. Därtill skulle komma undervisning i anslutning till dissektionerna.

Bland remissmyndigheterna avböjde medicinska fakulteten i Uppsala och lärarkollegiet vid karolinska institutet en reglering av omfånget av anatomiens olika delar.

I överarbetningen av sina tidigare förslag framhöll LS, att en sådan reglering icke heller vore absolut nödvändig och att bindande föreskrifter icke vore behövliga om genom studienämnderna garantier skapades för en ändamålsenlig fördelning av den avgiftsfria undervisningen.

Kommittén

Beträffande tiden för anatomistudierna finner kommittén, att de liksom hittills bör sträcka sig över två terminer. Undervisningen bör läggas upp så, att tentamen i anatomi kan avläggas i slutet av morfologiska året, men för den närmare diskussionen härom hänvisas till avsnittet om morfologiska året.

Anatomiundervisningens omfattning har under senare år successivt reducerats, särskilt genom minskade krav på deskriptiv detaljkunskap. Denna utveckling anser kommittén ha varit av godo. Det torde alltjämt finnas en marginal för nedskärning av sådant stoff i undervisningen, och en fortsatt kritisk prövning bör ske i syfte att i anatomiundervisningen hålla kvar blott vad som är av vetenskapligt värde för förståendet av grundlinjerna för organismens byggnad och funktion eller av betydelse ur klinisk synpunkt. Kommittén vill särskilt framhålla det värdefulla i den fortgående ökningen av sådana delar inom anatomiundervisningen som röntgenanatomi, funktionell anatomi, ytanatomi, klinisk anatomi och topografisk anatomi. Den rent deskriptiva delen av undervisningen bör ständigt underordnas och samordnas med de funktionella och kliniska aspekterna på ämnet. En sådan kontakt mellan teori och praktik bör även främjas genom att kliniker, t. ex. röntgenologer och kirurger, får föreläsa i samband med anatomiundervisningen och att lärarna i anatomi får undervisa under lämpliga kliniska kurser.

Embryologien undervisas enligt gällande examensstadga inom både anatomi och histologi. Kommittén anser i likhet med LS, att denna anordning fortfarande bör gälla, varför det bör ankomma på lärarna i anatomi att vid skildringen av de olika organen också ge en framställning av dessas embryologiska utveckling. Om lärarna i anatomi och histologi så finner lämpligt, bör dock icke något hinder möta att förlägga en större del av embryologiundervisningen till antingen anatomi eller histologi.

Undervisningen i anatomi och histologi bör korreleras och integreras så långt som möjligt. Lämpligheten härav har understrukits i benämningen av de båda professurerna, som efter förslag av 1933 års universitetsberedning vid karolinska institutet 1938 ändrades till "anatomi, särskilt makroskopisk anatomi", och "anatomi, särskilt histologi". Motsvarande ändring genomfördes 1943 i Uppsala, medan de båda professurerna i Lund fortfarande benämnes professurer i "anatomi". I Göteborg kallas ämbetena professurer i "anatomi" och

"histologi". Kommittén vill i detta sammanhang föreslå, att den här angivna ändringen i ämnenas benämning även genomföres i Lund och Göteborg. Uppläggningen av undervisningen i de båda ämnena bör ske vid konferenser mellan samtliga lärare, varvid en konkret plan för undervisningen under varje termin bör utformas. En betydande frihet bör ges åt lärarna i anatomi och histologi att allt efter intresse och vetenskaplig inriktning på en hand samla undervisningen i särskilda delar av ämnena. Härigenom torde åtskillig dubbelundervisning kunna elimineras och konstgjorda gränser mellan de två ämnena röjas undan.

Antalet katedrala föreläsningar av traditionell art torde med ovan skisserade inriktning kunna reduceras något. Ca 100 föreläsningstimmar borde kunna täcka de delar av anatomien, som lämpligen kan ges i form av kurser. Dessa kurser kan såsom redan hittills skett omfatta t. ex. allmän biologi, rörelseapparaten, viscera, nervsystemet, sinnesorganen etc. En reglering av antal och benämning på sådana kurser eller av omfattningen av varje kurs finner kommittén icke lämplig, utan det bör ankomma på lärarna på varje institution att fördela den totala undervisningstiden på ett lämpligt antal ämnen. Undervisningen bör genom successiva förändringar härvidlag smidigt anpassas efter de aktuella krav, som ställs på anatomiundervisningen.

I anslutning till att varje studerande får dissekera människokroppen en gång genomgås under 25—40 timmar huvudets, halsens, bålens och extremiteternas anatomi. Härvid skall den deskriptiva anatomien (inklusive röntgenanatomien) intimt samordnas med den funktionella, den topografiska och den kliniska anatomien. I stor utsträckning kan undervisningen här ske i smågrupper under amanuensers och assistenters ledning och i direkt anslutning till dissektionerna, varför ett mindre antal undervisningstimmar i form av katedrala föreläsningar eller mera omfattande demonstrationer från de kvalificerade lärarnas sida synes vara tillräckligt.

Den ovan skisserade undervisningen skiljer sig för den mera kvalificerade undervisningens del icke väsentligt från den av ämneslärarna redovisade omfattningen. Någon reglering av omfattningen av olika delar av undervisningen finner kommittén icke lämplig. Antalet demonstrationer förefaller kommittén högt och borde kunna nedbringas genom att de studerandes enskilda arbete och deras arbete i grupper under assistenters och amanuensers ledning intensifieras. Tiden för dissektionen av människokroppen får ej heller drivas i höjden genom fordran på onödigt detaljarbete.

Kommittén föreslår, att undervisningen i anatomi och därmed sammanhängande delar av embryologien skall fullföljas i sin helhet under den medicinska utbildningens två första terminer. Undervisningen skall ha en sådan omfattning och uppläggning, att den kan avslutas med tentamen i slutet av andra terminen. Undervisningen bör ej omfatta mer än ca 125—140 timmar föreläsningar eller mera omfattande demonstrationer. Denna undervisning kan med fördel uppdelas i kurser för olika ämnen eller organsystem, och den bör få varieras individuellt vid olika lärosäten inom ramen för det ovan angivna totala omfånget. Kurserna bör innefatta specialdissektioner. Den övriga undervisningen bör meddelas i form av gruppundervisning eller i smärre demonstrationer i anslutning till dissektionerna, där människokroppen bör genomgås blott en gång.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag innebär, att anatomiundervisningen i stort sett bibehålls oförändrad men att det samtidigt betonas, att undervisningen bör fullföljas under det morfologiska året. De nuvarande ordinarie lärarkrafterna vid institutionerna torde sålunda icke behöva utökas. Däremot har erfarenheten visat — enligt vad ämneslärarna meddelat kommittén — att den koncentrerade undervisningen, som blivit en följd av inrättandet av ett morfologiskt år, ställer stora krav på tillgången till lägre undervisningspersonal av assistent- och amanuenstyp, eftersom det vid detta slags undervisning är nödvändigt att arbeta mera individuellt med de studerande genom demonstrationer och liknande undervisning i mindre grupper. Kommittén har därför funnit det nödvändigt att föreslå en viss utökning av denna personal vid de olika institutionerna. För Stockholms del tillkommer härvidlag att undervisningen i jämförande anatomi genom kommitténs förslag överflyttas till den ordinarie undervisningen.

Tjänster	Nuvarande personal				Kommitténs förslag			
	U	L	S	G	U	L	S	G
Professor	1	1	1	1	1	1	1	1
Prosektor	1	1	1	1	1	1	1	1
Förste assistent	1	1	1	1	1	1	2	1
Andre assistent	1	1	1	1	2	1	1	2
Förste amanuens	2	2	3	2	2	4	3	2
Tredje amanuens	2	2	4	2	2	—	4	2
Förste instrumentmakare (18 lgr)				½				½
Preparator	1	1	1	1	1	1	1	1
Institutionsvaktmästare (14 lgr)			½				½	
" (12 lgr)	2	1	2	1	2	1	2	1
Laboratoriebiträde	2	2	2	2	2	2	2	2
Kanslibiträde	1	1	1	1	1	1	1	1
Ekonomibiträde				1				1
Bestridande av vaktmästargöromål			1 600				1 600	

Tabellkommentar

Institutionsvaktmästartjänsten i 14 lönegraden i Stockholm är gemensam för anatomiska och histologiska institutionerna.

Tjänsten som förste instrumentmakare i Göteborg är gemensam för anatomiska och histologiska institutionerna.

Kostnadsberäkning

Uppsala. En andre assistent tillkommer.	10 008 kr.
Lund. Två förste amanuenser ersätter två tredje amanuenser. 12 000 — 4 008 =	7 992 kr.
Stockholm. En förste assistent tillkommer.	12 000 kr.
Göteborg. En andre assistent tillkommer.	10 008 kr.
Summa	40 008 kr.

Kap. 11. HISTOLOGI

Nuvarande undervisning

Enligt examensstadgan skall ämnet histologi omfatta följande.

§ 16: — — — b) *histologi,* omfattande normal histologi och därmed sammanhängande delar av embryologien; — — —
§ 17: — — — *i histologi:* praktiska övningar å histologisk institution; — — —

Undervisningen ges i form av en kurs, som i Lund, Stockholm och Göteborg är förlagd till den medicinska utbildningens andra termin. I Uppsala är kursen sedan våren 1951 delad mellan första och andra terminen med ungefär hälften på vardera terminen.

Undervisningens omfattning framgår av i det följande sammanställda uppgifter från ämneslärarna om antalet föreläsningstimmar.

	Uppsala	Lund	Stockholm	Göteborg
Histologi	81	112	120	80
Embryologi	25	20	25	10
Teknik	5	4	10	15

Föreläsningarna i histologi innefattar cytologi, allmän histologi och organhistologi jämte histogenes. I Uppsala och Lund genomgås ledningsbanorna i samband med den makroskopiska hjärnkursen. I Göteborg ägnas en betydande del av histologiföreläsningarna åt cytologien och cytogenetikens grunder. Av de för Göteborg angivna 15 tekniktimmarna utgör huvuddelen, 12 timmar, en särskild kurs i optik. Embryologiundervisningen avser den allmänna embryologien, dvs. den tidiga fosterutvecklingen och utvecklingsmekaniken, medan de olika organens embryologi skildras i anatomiundervisningen. Ett undantag utgör karolinska institutet, där all undervisning i embryologi meddelas under histologikursen och ämnet i sin helhet ingår i tentamen i histologi. I Lund och Stockholm har systemet att föreläsa, samtidigt som eleverna vid mikroskopet studerar preparat, utvidgats i särskild grad, vilken omständighet återspeglas i det större antalet föreläsningar. I Stockholm sker därjämte ett betydande antal demonstrationer av preparat inom föreläsningsverksamhetens ram, vilket ävenledes påverkar den siffermässiga redovisningen. Undervisningen i histologisk teknik är starkt reducerad jämfört med tidigare och meddelas i ett fåtal föreläsningar och demonstrationer. De praktiska övningarna i histologisk teknik torde ingenstädes uppgå till mer än 10 timmar. Demonstrationer av histologiska preparat utöver vad som genomgås på föreläsningarna sker i Lund under 24 timmar med varje studerande.

Tidigare diskussion

LS framhöll efter en granskning av undervisningens omfattning vid de olika lärosätena, att en histologiundervisning om ca 150 timmars föreläsningar och demonstrationer, vilken hade redovisats från Lund och Stockholm, motsvarade ämnets värde för den allmänna läkarutbildningen. De uttalade vidare, att histologiens del av embryologien borde omfatta huvuddragen av den tidiga fosterutvecklingen, utvecklingsmekaniken och ärftlighetsläran, tillsammans högst 20 timmar, varav omkring en tredjedel borde ägnas åt ärftlighetsläran.

Remissmyndigheterna hade i stort sett intet att anmärka mot LS uppläggning av ämnet.

Kommittén

En jämförelse mellan de undervisningstimmar, som redovisats i LS be-

tänkande, och de nuvarande visar, att i allmänhet en viss minskning av undervisningens omfattning skett i histologi liksom i anatomi.

Kommittén har den uppfattningen, att en undervisning på 100—110 timmars föreläsningar inberäknat demonstrationer utgör en lämplig omfattning med hänsyn till ämnets betydelse för den allmänna läkarutbildningen. I denna undervisning bör jämväl ingå hithörande delar av embryologien, dvs. den tidiga fosterutvecklingen och utvecklingsmekaniken. Till den nu föreslagna undervisningen bör komma praktiska övningar av mindre omfattning. I fråga om genetiken kommer kommittén att föreslå en särskild undervisning, men det torde vara lämpligt att undervisning i cytogenetik sker inom ramen för histologiundervisningen i anslutning till studiet av celläran.

Beträffande histologiundervisningens innehåll återkommer kommittén till den i fråga om anatomien diskuterade samordningen mellan de bägge ämnena. Koordinationen bör genomföras så långt som möjligt och all dubbelundervisning undvikas, varvid en möjlighet är att lärare i antingen anatomi eller histologi meddelar både anatomi- och histologiundervisningen i fråga om ämne eller organsystem, som särskilt intresserar honom eller där han besitter speciell erfarenhet. Kommittén har erfarit, att detta redan tillämpats av och till, exempelvis i fråga om embryologien och om nervsystemets byggnad, och finner en sådan anordning synnerligen lämplig ur undervisningens synpunkt. För att genomföra en full samordning och en ur lärares och elevers synpunkt lämplig disponering av de olika kurserna över terminerna bör lärarna i anatomi och histologi vid konferenser utforma en gemensam plan för varje termins studieordning.

I fråga om sakinnehållet vill kommittén framhålla vikten av att ämneslärarna här liksom i fråga om anatomien undviker att belasta undervisningen med mindre viktiga morfologiska detaljer och i stället koncentrerar den på vetenskapligt och praktiskt betydelsefulla fakta och förhållanden, varvid särskilt den funktionella aspekten bör vara vägledande. I fråga om den vetenskapliga inriktningen av undervisningen bör särskilt sökas anknytningar till kemi och fysiologi, där ju den moderna histokemien och histofysiologien erbjuder ett rikt och både teoretiskt intressant och praktiskt värdefullt material.

I den medicinska utbildningen infaller histologiundervisningen för närvarande under andra terminen. Kommittén anser, att det ur flera synpunkter vore fördelaktigare att förlägga histologiundervisningen till en tidigare tidpunkt i utbildningen, dvs. åtminstone till sin huvuddel under första terminen. Under första terminen behandlas nämligen en stor del av den deskriptiva anatomien. Det är främst dessa delar av anatomiundervisningen som skall koordineras med histologien, så att organismens struktur kan skildras som ett sammanhängande helt, som byggs upp av celler, vävnader, organ och organsystem. Med nuvarande inbördes läge av anatomi- och histologiundervisningen är en sådan pedagogiskt riktig samordning möjlig endast i liten utsträckning. Vidare leder nuvarande studieordning till att tentamina i anatomi och histologi skall avläggas samtidigt vid slutet av andra terminen, vilket för en stor del av de studerande betyder, att de har endera tentamen kvar till kemi- och fysiologistudierna under tredje och fjärde terminerna. Om histologiundervisningen vore slutförd vid eller strax efter slutet av första terminen, skulle

de bägge tentamina skiljas åt och de studerande kunde koncentrerat och med bättre utbyte ägna sig åt vardera ämnet i slutet av dess undervisning.

Dessa omständigheter föranleder kommittén att föreslå, att kursen i histologi åtminstone till sin största del fullgöres under första terminen. Beroende på sättet för lärarnas samplanering av anatomi- och histologiundervisningen vid ett visst lärosäte kunde histologikursen börja antingen samtidigt med anatomiundervisningen vid första terminens början eller en till två månader in på första terminen, sedan de studerande genomgått anatomiundervisningens allmänna biologikurs och eventuellt något mer. Senare än två månader efter anatomiundervisningens början torde det av koordinationsskäl icke vara lämpligt att börja histologikursen. Enligt första alternativet skulle histologikursen vara avslutad under första terminen och tentamen kunna avläggas i slutet av första eller i början av andra terminen. Enligt det andra alternativet skulle tentamen förskjutas en till två månader in i andra terminen. Med denna anordning av studierna i histologi skulle de studerande under minst två månader i slutet av andra terminen kunna ägna sig åt att som huvudsaklig uppgift förbereda sin tentamen i anatomi. Det bör ankomma på lärarna i anatomi och histologi att för varje lärosäte föreslå den lämpliga förläggningen av histologikursen.

Kommittén har med intresse noterat, att histologikursen i Uppsala efter förslag från Uppsala medicinares förening numera flyttats, så att den redan nu infaller i huvudsak i överensstämmelse med kommitténs förslag.

De anordningar, som blir nödvändiga vid övergången från nuvarande till den nu skildrade anordningen, diskuteras i avsnittet om det morfologiska året.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag innebär, att undervisningen i histologi bibehålles i stort sett oförändrad, men att undervisningen förlägges till ett tidigare skede av det morfologiska året. Undervisningen har som en nödvändig förutsättning, att de studerande förses med histologiska preparat, vilkas framställning kräver tillgång till kvalificerad teknisk personal. Tidigare har sådana preparat i betydande utsträckning kunnat framställas med hjälp av frivillig arbetskraft från studerande, som tjänstgjort såsom extra ordinarie, obetalda amanuenser vid institutionerna. Under senare år har förmärkts en stark tendens till forcerad studiegång, varvid de studerande av ekonomiska och andra skäl försökt att såvitt möjligt hålla studietiden till medicine kandidatexamen nere. Tillgången på frivillig arbetskraft vid institutionerna har därför praktiskt taget upphört, vilket medfört en kännbar ökning för institutionernas tekniska personal. Med hänsyn härtill finner kommittén, att den tekniska personalen vid de histologiska institutionerna bör förstärkas i fråga om laboratoriebiträden.

Flyttningen av histologiundervisningen till ett tidigare skede av det morfologiska året skapar vissa problem vid övergången till en förändrad studieordning. För de institutioner, som endast tar 30 elever per kurs, torde övergången kunna ske genom en koncentration av den första kursen till en kortare tid, varigenom den följande kursen kan börja tidigare. En sådan förändring har under senaste tid genomförts i *Uppsala*. För *Stockholms* del med dess elevantal på 50 eller däröver i varje kurs torde en sådan koncentration icke vara möjlig att genomföra. Kommittén föreslår här i stället efter samråd med ämnesläraren,

att ett engångsanslag ställes till institutionens förfogande för en dubblering av undervisningen under minst en halv termin. Av anslaget, som bör uppföras med 5 000 kronor, beräknas 3 000 kronor till ersättning åt en biträdande lärare med uppdrag att ge en halv föreläsningskurs, 1 000 kronor till ersättning åt viss amanuenspersonal under två månader samt slutligen 1 000 kronor för tillfälliga materielutgifter (glas, preparat m. m.).

Tjänster	Nuvarande personal				Kommitténs förslag			
	U	L	S	G	U	L	S	G
Professor	1	1	1	1	1	1	1	1
Prosektor	1	1	1	1	1	1	1	1
Förste assistent	1	1	2	1	1	1	2	1
Förste amanuens	1	2	2	1	1	2	2	1
Tredje amanuens	2	2	2	2	2	2	2	2
Preparator	1	1	1	1	1	1	1	1
Förste instrumentmakare (18 lgr)				½				½
Institutionsvaktmästare (14 lgr)			½				½	
" (12 lgr)	1	1		1	1	1		1
Vaktmästare			1				1	
Laboratoriebiträde	2	3	3	3	3	4	4	3
Kanslibiträde		1	1	1		1	1	1
Kontorsbiträde	1				1			
Ekonomibiträde				1				1

Tabellkommentar

En av de båda förste amanuenstjänsterna och en av laboratoriebiträdesbefattningarna i Lund är knutna till Tornbladsinstitutet för embryologi.

Institutionsvaktmästartjänsten i Stockholm är gemensam för anatomiska och histologiska institutionerna.

De personliga professurerna i medicinsk cellforskning och genetik samt fysikalisk cellforskning i Stockholm och de till dessa tjänster hörande befattningarna har lämnats utanför tabellen.

Förste instrumentmakartjänsten i Göteborg är gemensam för anatomiska och histologiska institutionerna. En av laboratoriebiträdestjänsterna där, nyinrättad genom beslut av 1952 års riksdag, är avsedd att vara en befattning som djurskötare.

Kostnadsberäkning

Uppsala. Ett laboratoriebiträde tillkommer.	7 968 kr.
Lund. Ett laboratoriebiträde tillkommer	7 968 kr.
Stockholm. Ett laboratoriebiträde tillkommer.	8 652 kr.
Summa	24 588 kr.

Till detta belopp kommer det för karolinska institutet ovan föreslagna engångsanslaget av 5 000 kronor.

Kap. 12. MEDICINSK STATISTIK

Nuvarande förhållanden

Särskild undervisning i statistik sker icke enligt gällande examensstadga.

Frivillig undervisning har meddelats vid olika tillfällen. I *Uppsala* ges vid rasbiologiska institutet kurser i statistik för medicine studerande omfattande 5 timmars undervisning i samband med undervisningen i fysiologi. I *Stockholm* gav under några år en av karolinska institutets docentstipendiater för studerande vid institutet kurser i statistik, omfattande 20—30 timmars undervisning. Under de senaste åren har vid Stockholms högskola anordnats kurser i statistik för ett 50-tal deltagare, varav ett stort antal varit medicine kandidater och läkare. Dessa kurser har omfattat 20 timmars undervisning. Medicine kandidater och läkare har även haft tillträde till kurser i statistik jämte vetenskaplig metodik för tandläkare, som anordnats i Stockholm och Malmö, med 20 timmars undervisning.

Tidigare diskussion

Statens naturvetenskapliga forskningsråd tillsatte 1948 en kommitté för utredning av behovet av en statistisk institution i Stockholm. Kommittén framlade den 4 oktober 1949 en utredning, som utmynnade i förslaget att det vid Stockholms högskola skulle inrättas ett institut för statistik och försäkringsmatematik i vilket de två dåvarande professurerna i statistik vid högskolan skulle inordnas. Institutet skulle tillgodose behovet av vetenskaplig utbildning och forskning i statistik i Stockholm och skulle stå till förfogande för samtliga högskolor därstädes. Ytterligare undervisningsbehov i statistik ansågs emellertid föreligga, och kommittén anförde härom:

> Vid sidan av den vetenskapliga utbildningen synes det emellertid vara en viktig uppgift att vid institutet organiseras särskild undervisning i statistisk metodik, avsedd för studerande och forskare tillhörande de olika tillämpningsområdena. Denna undervisning, som bör stå under överinseende av institutets nämnd, synes dels böra få formen av elementära kurser i statistisk metodik med hänsyn till de olika områdenas speciella problem, tillgänglig för studerande vid de intresserade högskolorna, dels av seminarier eller kollokvier för mera framskridna, varvid aktuella tillämpningsproblem kunna behandlas genom föredrag och diskussioner. Ej minst med hänsyn till denna verksamhet, vars stora betydelse särskilt framhållits från medicinskt håll, synes det vara av vikt att personaluppsättningen vid institutet ej tilltages i underkant.

Utredningen innehöll förslag, att institutet skulle förses med två professorer, en laborator, en preceptor, två docentstipendiater och fyra biträdande lärare.

Förslagen har ännu icke genomförts. Genom anslag från privata fonder har sedan något år kunnat organiseras en statistisk forskningsgrupp vid Stockholms högskola, vilken i viss mån fyller främst de behov för forskningens del, som angavs i ovan berörda utredning.

Kommittén

Under de senaste decennierna har även för klinisk forskning inom medicinen, t. ex. vid objektiv kontroll av terapiresultat, statistiska metoder börjat användas i stor utsträckning. Kunskapen om statistikens elementa har därigenom blivit alltmera betydelsefull för läkaren. Även inom hälsovården, epidemiologien och vitalstatistiken har statistisk bearbetning stor betydelse. Man behöver här endast peka på

försäkringsmedicinen. För genetiken i dess kliniska tillämpning är statistiken ett nödvändigt instrument. Inom psykiatrien har statistisk metodik betytt mycket för utarbetandet av psykologiska testmetoder och deras värdesättning. För definition av variationerna inom ett normaltestmaterial och för förståendet av variationerna mellan olika individer är kännedom om variationsstatistik nödvändig.

Enligt kommitténs mening är det nödvändigt att i den nya studieplanen infoga en obligatorisk elementär kurs i statistik. Till denna undervisning bör anknytas föreläsningar även om det vetenskapliga arbetets allmänna metodik.

Kommittén föreslår, att kursen i statistik får en omfattning av 15 timmars föreläsningar. Undervisning bör meddelas om elementära begrepp inom statistiken, såsom sannolikhet, medeltal, dispersion och medelfel. Vidare behandlas fördelningstyper, de viktigaste metoderna för beräkning av metodfel, variabilitet samt korrelation. Även genomgås metoderna för säkerställande av funna frekvenser, framförallt elementa av χ_2-analys. Undervisningen bör belysas med enkla exempel från teoretisk och klinisk medicin, så valda, att de icke kräver särskilda medicinska förkunskaper för att förstås. Till belysning av det vetenskapliga arbetets metodik bör i samband med demonstration av ett vetenskapligt bibliotek omtalas, hur man orienterar sig i den medicinska litteraturen. Vidare bör med exempel belysas, hur ett vetenskapligt problem formuleras, hur insamling av kliniskt material planeras och experimentserier anordnas. Materialets bearbetning skildras i anslutning till statistikundervisningen, och resultatens framläggande i tabeller, grafiska figurer och bilder berörs. Kursen i statistik avslutas med förhör.

Kursen i statistik bör komma så tidigt i studierna, att den kan utgöra en förutsättning för undervisningen i de flesta ämnen. Kommittén föreslår därför, att kursen ges redan under den första terminen. Det torde icke möta någon svårighet att vid undervisningen finna sådana exempel inom teori eller klinik som på ett enkelt sätt kan förklaras för de studerande i detta stadium av deras utbildning. Genom kursens ringa omfattning torde den icke nämnvärt inkräkta på de studerandes tid för anatomistudiet.

Kursen bör ges av statistiker. I Uppsala, Lund och Stockholm finns statistiska institutioner och i Uppsala även rasbiologiska institutet, vid vilka institutioner omfattande erfarenhet av statistiska problem vid även rent medicinska undersökningar samlats. I Göteborg finns en preceptur i statistik. Lämpliga lärare för undervisningen torde således finnas vid alla dessa lärosäten.

Kostnadsberäkning

Två kurser i statistik ges årligen vid alla lärosäten. Arvodet för undervisningen jämte förhör kan i *Uppsala, Lund* och *Göteborg* beräknas till 1 950 kronor och i *Stockholm* till 2 400 kronor.

Arvoden i Uppsala, Lund och Göteborg	5 850 kr.
Arvode i Stockholm	2 400 kr.
Summa	8 250 kr.

Kap. 13. MEDICINSK GENETIK

Nuvarande förhållanden

Särskild undervisning i genetik meddelas icke enligt nu gällande examensstadga.

I *Uppsala* ges sedan våren 1950 av en docent i rasbiologi en frivillig föreläsningsserie över medicinsk ärftlighetslära omfattande 30 timmar på vårterminen och 25 timmar på höstterminen. Härav omfattar 10 timmar per termin allmän medicinsk genetik.

I *Lund* har kurs i allmän medicinsk genetik omfattande 10 timmars föreläsningar anordnats samtidigt med undervisningen i patologi.

I *Stockholm* finns vid karolinska institutet en professur i cellforskning med genetik, vilken dock är en forskningsprofessur, som icke är förenad med undervisningsskyldighet.

Kommittén

De cytologiska grunderna för arvsprocesserna genomgås numera på histologikursen. Den mera kliniskt betonade genetiken, humangenetiken, har däremot ofta blivit mera styvmoderligt behandlad på undervisningsschemat. Under de senaste decennierna har denna forskningsgren gjort stora framsteg, som i många delar äger betydelse även för den praktiskt verksamme läkaren. Man känner ett stort antal sjukdomar, där arvsgången kan anses fullt klarlagd. I andra fall kan ett avgörande inflytande från arvsfaktorer påvisas, ehuru detaljerna i dessa sjukdomars ärftlighet inte kunnat analyseras slutgiltigt.

Enligt kommitténs mening bör en obligatorisk elementär kurs i genetik ingå i den allmänna läkarutbildningen. Kursen kan lämpligen omfatta 10 timmars föreläsningar. Den bör inledas med en kort genomgång av de för humangenetiken viktigaste delarna av experimentalgenetiken. Därefter ges en översikt av de viktigaste ärftlighetsschemata, som belyser väsentliga kliniska frågeställningar inom t. ex. internmedicin, psykiatri, oftalmologi och dermatologi. Vid de relativt talrika sjukdomar, där de enkla mendelska lagarna ej kan tillämpas, genomgås den empiriska arvsprognosen. Betydelsen av exogena faktorer som simulerar ärftlighet betonas.

Kursen i genetik torde böra förläggas tidigt i utbildningen. För en sen förläggning kunde visserligen anföras, att de studerande då hade en så pass stor klinisk kunskap att exemplifieringen av undervisningen i genetik skulle vara lättare. Å andra sidan skildras ärftlighetens roll vid de olika sjukdomarna bäst i anslutning till framställningen av deras klinik. Detta förutsätter att grunderna för genetiken redan har genomgåtts före de kliniska kurserna. Kommittén anser denna senare uppläggning vara den naturligaste. Kursen i genetik bör ge en grund för den senare mer detaljerade undervisningen om ärftlighetsfaktorernas betydelse vid olika sjukdomstillstånd, vilket avhandlas i sitt naturliga sammanhang under de olika kliniska kurserna. Exemplifieringen av de genetiska lagarna i en tidigt lagd kurs torde icke erbjuda svårigheter. Det gäller ju här endast att ta fasta på vissa karakteristiska och ur genetisk synpunkt väsentliga drag hos sjukdomstillstånden och att med hjälp av denna summariska skildring framställa arvsgången. Den grundläggande kursen skall med andra

ord vara principiellt lagd med skildringen av konkreta tillstånd som en elementär exemplifiering.

Kommittén föreslår, att kursen i genetik förlägges redan under de teoretiska studierna före medicine kandidatexamen. Under kursen i histologi genomgås cytogenetiken. Det är då lämpligt att lägga kursen i genetik under den andra studieterminen. Denna korta översikt torde icke i någon avsevärd grad störa det samtidiga anatomi- och histologistudiet. Kursen i genetik ges lämpligen av en läkare, som arbetat med humangenetiska undersökningar, varigenom den praktiskt medicinska anknytningen av undervisningen bättre beaktas. Kursen avslutas med förhör.

Kostnadsberäkning

Kurs i genetik skall ges två gånger årligen vid alla lärosäten. För kurserna beräknas i *Uppsala, Lund* och *Göteborg* ett arvode för föreläsningar och förhör på 1 450 kronor och i *Stockholm* på 1 900 kronor.

Arvoden i Uppsala, Lund och Göteborg	4 350 kr.
Arvode i Stockholm	1 900 kr.
Summa	6 250 kr.

Kap. 14. DET MORFOLOGISKA ÅRET

LS föreslog, att studierna i anatomi och histologi skulle genomföras på två terminer under en inledande period av den medicinska utbildningen. Syftet härmed var att koncentrera studierna i dessa ämnen och att få en möjlighet att genom rationalisering och intensifiering av undervisningen förkorta dem. Den inledande perioden benämndes i förslaget det morfologiska året. Som ett ytterligare skäl för anordningen i fråga anförde de sakkunniga, att man därigenom skulle få en möjlighet att samordna anatomiens och histologiens olika delar och på så vis kunna få studiet att fortskrida i en kontinuerlig och naturlig följd.

Som ett mål för det morfologiska året angav LS ej endast, att all undervisning i anatomi och histologi skulle koncentreras dit, utan också att de studerande skulle kunna helt avsluta sina studier i ämnena inom loppet av ett år. Som en förutsättning härför angavs, att antalet lärare måste bli större än förut, detta dels för att ernå en förkortning av studierna, dels för att man skulle kunna ge en ständig och auktoritativ vägledning i arbetet. En annan förutsättning angavs vara, att ett par feriemånader vore tillgängliga för tentamensläsning efter det morfologiska året.

LS angav flera alternativ för det morfologiska årets uppläggning och i de alternativ, som räknade med endast ett intag per kalenderår, förlagt till hösten, säkrades den senare förutsättningen genom att sommaren efter morfologiska årets slut gjordes värnpliktsfri för tentamensläsning. Om morfologiska året påbörjades två gånger per kalenderår, så måste dock vartannat sådant år komma att sluta vid julen, varför en så lång ledighet då ej kunde anordnas. LS föreslog likväl generellt, att de studerande skulle ha fullgjort tentamina i anatomi och histologi, innan de finge tillträde till följande kurser i den

medicinska utbildningen. De olika alternativ, som diskuterades av LS för morfologiska årets utformning, återfinnes i deras första betänkande (s. 215 f.). De har nu mindre intresse, eftersom utvecklingen lett till att endast ett av alternativen realiserats.

Remissmyndigheterna tillstyrkte i stort sett, att ett morfologiskt år skulle anordnas. Man kritiserade dock allmänt fordran på fullgjorda tentamina i anatomi och histologi som villkor för tillträde till senare kurser. I överarbetningen av sitt första betänkande ändrade LS därför kravet i fråga till att innebära endast fullgjorda praktiska övningar och kurser.

I fortsättningen infördes det morfologiska året vid alla lärosäten. Genom den av LS och MHO:s betänkanden föranledda utökningen av lärarpersonalen vid de teoretiska institutionerna fick man tillräckliga resurser att organisera det morfologiska året med två intag per kalenderår samt att dubblera alla kurser. Varje studentintag får således nu omedelbart påbörja ett morfologiskt år, som planeras som en helhet enbart för denna omgång av studerande. Kommittén finner också detta vara den ur studiesynpunkt bästa anordningen av morfologiska året.

I Lund, Stockholm och Göteborg anordnas histologikursen under andra terminen av det morfologiska året, vilket medför den olägenheten, att tentamina i anatomi och histologi båda skall avläggas i slutet av andra terminen. Erfarenheten visar också, att en stor del av de studerande ej har tenterat i anatomi eller i histologi eller i någotdera ämnet, när de börjar tredje terminen.

De farhågor, som vid morfologiska årets införande yppades från vissa håll om sänkt kunskapsstandard hos de studerande, torde knappast ha besannats, i varje fall icke i sådan grad att någon menlig inverkan på läkarutbildningen förmärkts. Någon tvekan om att morfologiska året skall behållas i fortsättningen föreligger icke enligt kommitténs mening.

Som under ämnet histologi har anförts, anser kommittén att vissa olägenheter i stor utsträckning skulle kunna avhjälpas genom att histologikursen förlägges till första terminen. De studerande skulle då under första terminen delta i undervisningen i anatomi samt fullgöra hela eller åtminstone större delen av kursen i histologi, beroende på om denna började omedelbart eller först en tid in på terminen. Senare än två månader efter första terminens början torde det dock icke vara lämpligt att börja med kursen. Anordningen, som redan är genomförd i Uppsala, underlättar samordningen av undervisningen i anatomi och histologi samt skiljer tentamina i histologi och anatomi, så att tentamen i histologi avlägges vid slutet av eller högst två månader efter första terminen och i anatomi vid slutet av andra terminen. Med denna undervisningsordning, som planerats i avsikt att få fram de studerande till tentamen i anslutning till undervisningens avslutande, torde de flesta kunna tentera bägge ämnena inom det morfologiska året. För tillträde till följande kurser bör dock ej avlagda tentamina i de bägge ämnena fordras utan blott fullgjorda övningar och kurser.

När histologikursen flyttas från andra till första terminen, blir det nödvändigt att som en övergång låta två intag av studerande fullfölja kursen samtidigt. Detta torde vara möjligt genom att dubblera kursen eller genom att koncentrera den föregående kursen så, att den efterföljande kan börja tidigare. I Stockholm med ett intag av 50 elever eller mera måste kursen dubbleras, varför arvoden för lärare till dylik

extra kurs blir erforderliga åtminstone under en halv termin.

Under sina överläggningar med ämnesföreträdarna har kommittén gjorts uppmärksam på att det på en punkt vore möjligt att bättre utnyttja studietiden. Detta gäller anatomistudierna vid början av sådana morfologiska år som inleds en vårtermin. För närvarande kan studierna i sådant fall ej påbörjas förrän den 23 januari. Orsaken härtill är, att de studerande vid sin inträdesansökan har haft tillfälle åberopa kompletteringsbetyg, erhållna under en kompletteringsperiod i mitten av januari. I framtiden torde kompletteringsbetyg icke få den betydelse, som de tidigare haft, varför samma hänsyn ej bör tas till detta förhållande. I så fall kan anatomistudierna börja den 15 januari eller kanske redan den 7 januari om institutionschefen så medger. Härigenom skulle en à två studieveckor vinnas.

Under det morfologiska året skall enligt kommitténs förslag även ges kurser i medicinsk statistik och i medicinsk genetik. De torde kunna löpa samtidigt med anatomiundervisningen under andra terminen, sedan histologikursen avslutats. Om histologikursen börjar först ett stycke in på första terminen, kan statistikkursen lämpligen placeras före histologikursen. Kursen i genetik måste alltid läggas efter histologikursen, eftersom den bör föregås av undervisning i cellära med cytogenetik.

Sammanfattningsvis föreslår kommittén, att morfologiska året bibehålles. Emellertid bör de studerandes tentamensbörda fördelas jämnare över året, vilket skulle bli fallet om histologikursen helt eller åtminstone till sin huvudsakliga del ges under första terminen med tentamen i slutet av första eller början av andra terminen. Tentamen i anatomi bör kunna avläggas vid slutet av andra terminen. Under morfologiska året skall även ges kurser i medicinsk statistik och i medicinsk genetik. Den första av dessa kurser kan ges före och den andra efter histologikursen eller också kan bägge kurserna ges efter histologikursens slut under andra terminen.

Kap. 15. KEMI

ALLMÄN KEMI

Nuvarande undervisning

Kursen i allmän kemi infördes när man avskaffade den medicinsk-filosofiska examen, i vilken bland annat ingick en rätt omfattande undervisning i kemi. Det ansågs nämligen, att gymnasiets undervisning i kemi inte vore nog omfattande för att ligga till grund för läkarutbildningen, utan särskilda garantier måste skapas för att undervisningen inriktades på det för de medicinska studierna väsentliga.

Om kursen i allmän kemi säges i examensstadgan (§ 17):

> Studerande, som vill avlägga medicine kandidatexamen, skall *dels*, innan deltagande i nedan stadgad laborationskurs å medicinskt-kemisk institution må honom medgivas, genomgå särskild till medicinska studier förberedande undervisningskurs i allmän kemi, omfattande även de allmännaste grunderna i farmaceutisk kemi, vil-

ken kurs skall vara förenad med laborationer och avslutas med godkänt förhör; — — —

Den förberedande undervisningskursen i allmän kemi skall, på sätt Kungl. Maj:t för de särskilda läroanstalterna bestämmer, förläggas antingen till medicinskt-kemisk institution eller till institution för allmän kemi. Kursen skall i förra fallet anordnas av vederbörande medicinska fakultet samt i senare fallet bestämmas till sin omfattning av denna men i övrigt anordnas av den filosofiska fakultetens matematisk-naturvetenskapliga sektion efter samråd med den medicinska fakulteten, därvid bör tillses, att kursen på lämpligt sätt infogas i studieplanen. — — —

Kursen i allmän kemi är vid samtliga lärosäten förlagd till medicinskt-kemiska institutionen och ges en gång varje termin.

I *Uppsala* pågår kursen en och en halv månad och under denna tid åhör de studerande ca 50 föreläsningar samt utför därjämte laborationer. Kursen ges av en särskild biträdande lärare i allmän kemi. Det bör dock anmärkas, att föreläsningarna i organisk kemi — ca 20 — för närvarande ges av docent i medicinsk kemi. I *Lund* tar kursen två och en halv månader med ca 70 föreläsningar, vartill kommer laborationer. Undervisningen meddelas även här huvudsakligen av en biträdande lärare i allmän kemi, varjämte professorn eller laboratorn i medicinsk kemi ger 10 föreläsningar. I *Stockholm* pågår kursen två månader, varunder ges ca 55 föreläsningar. Härtill kommer, liksom på de övriga lärosätena, laborationer, vilka pågår större delen av dagen under hela kurstiden. Huvuddelen av undervisningen meddelas av en biträdande lärare i allmän kemi, medan några speciella områden behandlas av förste och andre assistenten samt förste amanuensen. I *Göteborg* pågår kursen en och en halv månad och omfattar 50 timmars föreläsningar. Härtill kommer laborationer. Av föreläsningsvolymen faller cirka hälften på vardera professorn och den biträdande läraren i ämnet.

Tidigare diskussion

LS anslöt sig till den åsikten, att de kunskaper, som meddelas i kemi på gymnasiet, ej utgjorde en tillräcklig grund för den följande utbildningen, och de sakkunniga ansåg därför att kursen i allmän kemi borde bibehållas. Vid kursen borde endast ringa vikt tillmätas laborationer i oorganisk kemi och i stället mer tid ägnas åt fysikalisk kemi. Kursen torde ej kunna slutföras på kortare tid än sju veckor. Av hela den tid, som anslogs åt kemien, borde knappt hälften komma på den allmänna kemien.

Om undervisningen i farmaceutisk kemi yttrade LS:

De sakkunniga vilja även tillstyrka, att den farmaceutiska kemien, som hör naturligt samman med farmakologien, överföres till detta ämne. Kännedom om läkemedlens kemiska byggnad är i hög grad behövlig vid studiet av deras verkningar och för att förstå deras öden i organismen, förutsättningen för effekten osv. Det synes därför lämpligt, att ett visst mått av sysslande med denna gren av farmakologien borde ingå i laborationskursen (i farmakologi). Vid de samråd, de sakkunniga haft med ämneslärarna i medicinsk kemi och farmakologi, ha dessa också uttalat sig för en omläggning i denna riktning.

I sina remissyttranden ansåg fakulteterna och kollegiet, att sju veckor vore en minimitid för kursen i allmän kemi.

Kommittén

Liksom LS finner kommittén att kursen i allmän kemi utgör en nödvändig utbyggnad av de studerandes grundläggande kemiska insikter, utan vilka den kommande medicinskt-kemiska och kliniskt-kemiska undervisningen icke kan tillgodogöras. I fråga om undervisningen i medicinsk fysik framhäver kommittén på annat ställe att delar av undervisningen i medicinsk fysik lämp-

ligen bör anknytas till undervisningen i allmän och medicinsk kemi. Kommittén vill därför föreslå, att gränsområdena till den medicinska fysiken ytterligare beaktas vid undervisningen i allmän kemi.

Kurs i allmän kemi bör ges en gång varje termin. Den bör vara förlagd till början av tredje studieterminen. Beträffande undervisningen i farmaceutisk kemi vill kommittén föreslå, att den ingår i undervisningen i farmakologi. Kursen i allmän kemi bör omfatta 50—60 undervisningstimmar i form av föreläsningar eller demonstrationer, vartill kommer laborationer. Kursen bör kunna slutföras på två månader. Emellertid bör det ankomma på varje enskilt lärosäte att avväga tidrymderna för studier i allmän kemi och medicinsk kemi mot varandra inom ramen för en sammanlagd tid för kemistudierna om fyra månader. Kursen i allmän kemi skall avslutas med slutförhör.

Anslagsfrågor

Se medicinsk kemi.

Kostnadsberäkning

Se medicinsk kemi.

MEDICINSK KEMI

Nuvarande undervisning

Enligt examensstadgan skall medicinsk kemi vara ett examensämne i medicine kandidatexamen. Därom sägs:

§ 16: — — — d) *medicinsk kemi,* omfattande fysiologisk och patologisk kemi; — — —

§ 17: — — — *i medicinsk kemi:* laborationskurs å medicinskt-kemisk institution; — — —

Undervisningen i medicinsk kemi meddelas i form av föreläsningar och laborationskurs. Ämnet genomgås vid samtliga lärosäten två gånger per år.

I *Uppsala* sker undervisningen i medicinsk kemi med ca 45 föreläsningar fördelade över två och en halv månader av den medicinskt-kemiska terminen, samt en laborationskurs på knappt två månader i slutet av terminen. Undervisningen ges alternerande av professorerna i medicinsk kemi. I föreläsningsantalet ingår 4—5 seminarieövningar och till den angivna undervisningsvolymen bör läggas ett mindre antal docentföreläsningar. Laborationsundervisningen har delvis karaktär av allmänna orienteringar över de områden laborationerna avser. I *Lund* omfattar kursen en föreläsningsserie om ca 70 föreläsningar och 20 demonstrationer över en och en halv månad, vartill kommer laborationer. Varje kurs delas i sina huvudsakliga partier mellan professorn och laboratorn i medicinsk kemi, medan biträdande läraren ger ett 10-tal av föreläsningarna och en docentstipendiat sköter demonstrationerna. I *Stockholm* omfattar undervisningen ca 70 föreläsningar samt laborationer under två och en halv månader. Undervisningen meddelas alternerande av professorerna i allmän och speciell medicinsk kemi. I *Göteborg* omfattar undervisningen inemot 70 föreläsningar, fördelade med ungefär hälften på professorn och laboratorn. Härtill kommer en laborationskurs på cirka två månader.

Tidigare diskussion

LS fann vid sin granskning av undervisningen i medicinsk kemi, att den hade en med hänsyn till ämnets betydelse i läkarutbildningen lämplig omfattning. De delar av den farmaceutiska kemien, som avhandlats i samband med den medicinska kemien, föreslogs överflyttade till undervisningen i farmako-

logi. Av hela den tid, som i studieplanen ansloges åt kemi, borde något mer än hälften falla på den medicinska kemien.

Kommittén

Bland de naturvetenskapliga ämnen, som utgör en teoretisk grund för den allmänna läkarutbildningen, intar kemien en av de främsta platserna. Många av de viktigaste framstegen inom den moderna medicinen har till utgångspunkt resultat, som vunnits genom tillämpning av kemiska metoder på medicinska problem, och det torde nu icke vara möjligt för en läkare att tillägna sig de moderna undersöknings- och behandlingsmetoderna utan grundliga kunskaper i medicinsk kemi. Den nuvarande omfattningen av undervisningen i medicinsk kemi är enligt kommitténs mening lämpligt avvägd med hänsyn till dessa kunskapers grundläggande betydelse för de fortsatta studierna.

Undervisningen bör omfatta 50—70 föreläsningar samt laborationskurs. Undervisningen bör kunna meddelas under en tid av två månader, men kommitténs mening lämpligt avvägd med ämneslärarna vid varje lärosäte att där fördela den åt kemistudierna förbehållna tiden på fyra månader mellan allmän och medicinsk kemi. Undervisningen i medicinsk kemi skall, därest särskilda anordningar för samordning med fysiologiundervisningen icke vidtagits, vara avslutad under tredje studieterminen. Medicinsk kemi skall vara tentamensämne.

De delar av den farmaceutiska kemien, som enligt examensstadgan skall meddelas i samband med undervisningen i medicinsk kemi, bör överföras till undervisningen i farmakologi.

Enligt gällande examensstadga skall ämnet medicinsk kemi omfatta även patologisk kemi. Kommittén föreslår härvidlag en väsentligt vidgad undervisning under de kliniska studierna. Sålunda föreslås under propedeutiska året en klinisk laborationskurs, där de i allmänt kliniskt bruk varande rutinkemiska metoderna genomgås. Vidare skall den patologiska kemiens problem genomgås under en kurs i klinisk kemi under medicin-kirurgiundervisningen. Även under undervisningen i övriga kliniska ämnen skall tillfälle beredas kemister såväl som övriga teoretiker att lägga fram de kemiska aspekterna på de olika sjukdomarna i sitt rätta sammanhang. I examensstadgan bör därför ej patologisk kemi särskilt nämnas i fråga om undervisningen i medicinsk kemi.

Då den medicinska kemien uppvisar många beröringspunkter med fysiologien, blir frågan om en samordning av undervisningen mellan dessa två ämnen av det största intresse. Kommittén, som särskilt avhandlar problemet i ett följande avsnitt, vill här endast understryka vikten av att ämneslärarna tillvaratar alla möjligheter för en samordning och integration av de båda ämnena, varigenom dubbelundervisning i möjligaste mån undvikes.

Anslagsfrågor

Enligt kommitténs förslag blir undervisningen i allmän och medicinsk kemi i huvudsak oförändrad, men hänsynen till behovet av en ökad omfattning av de delar av kemien, som gränsar till den medicinska fysiken, gör, att särskilt laborationsundervisningen måste omläggas och ges en vidare syftning. Denna omständighet har enligt kommitténs mening en stor betydelse vid granskningen av ifrågavarande institutioners personalbehov. Man måste också beakta, att den kemiska undervisningen utgör ett område, där behovet av laborationer och liknande handledning av de

studerande är framträdande, vilket motiverar, att dessa institutioner förfogar över en relativt sett stor lägre undervisningspersonal och teknisk personal.

För de ordinarie lärarnas del föreslår kommittén en förändring endast vid institutionen i Stockholm. Där finns för närvarande en professur i kemi, varjämte 1947 inrättades en personlig professur i speciell medicinsk kemi för dåvarande laboratorn i kemi och farmaci J. E. Jorpes. Så länge Jorpes, som är uppförd å övergångsstat, kvarstår i sin tjänst, skall laboratorsbefattningen hållas obesatt. Emellertid är det uppenbart, att en institution av den omfattning, som stockholmsinstitutionen har — med ett elevantal av 110—120 elever per år i kurser om 55—60 elever — kräver en större ordinarie lärarpersonal än de övriga institutionerna. Kommittén vill därför föreslå, att den personliga professuren i speciell medicinsk kemi överföres till en ordinarie professur i ämnet, varigenom laboratorstjänsten i medicinsk kemi vid institutionen kan frigöras och återbesättas. Detta skulle ge institutionen tillgång till en tredje ordinarie lärare med bland annat uppgift att övervaka organisationen av den omfattande laborationsundervisningen.

Sedan gammalt finns vid varje medicinsk-kemisk institution en arvodesbefattning som biträdande lärare i allmän kemi, vars innehavare har till uppgift att ge den huvudsakliga delen av undervisningen i ämnet. Arvodet för denna befattning, till vilken innehavare av kanslern förordnas för högst tre år i sänder, utgår för närvarande med 13 800 kronor om året. Enligt särskilda föreskrifter får emellertid lärarna, därest de är docentkompetenta, tilläggsarvoden av sådan storlek, att de kontanta löneförmånerna uppgår till samma belopp, som tillkommer docent i 30 löneklassen. En viss förstärkning av de biträdande lärarbefattningarna i allmän kemi synes enligt kommitténs mening vara befogad med hänsyn till den utvidgning av undervisningen mot gränsområdena till den medicinska fysiken, som följer av kommitténs förslag. Kommittén föreslår därför, att arvodena för undervisning i allmän kemi indrages och att i stället inrättas extra ordinarie tjänster som lärare i allmän kemi med placering i 30 lönegraden. Lärarna i allmän kemi, som bör vara docentkompetenta, bör tillsättas med förordnande för sex år och möjlighet till omförordnande bör icke begränsas.

Med hänsyn till de ovan berörda kraven på omfattande laborationsundervisning har kommittén funnit det nödvändigt att i Stockholm föreslå en viss förstärkning av den lägre undervisningspersonalen och i övrigt en utökning av den tekniska personalen.

Med den ökade belastning av det kemiskt-fysiologiska året, som undervisningen i medicinsk fysik utgör, torde den föreslagna personalökningen vara en förutsättning för att undervisningen skall kunna fullföljas inom den i studieplanen anvisade tidrymden.

Tabellkommentar

I Uppsala är en av de tre professurerna personlig professur i medicinsk och fysiologisk kemi samt en personlig forskningsprofessur i medicinsk biokemi. Instrumentmakartjänsten är gemensam för medicinsk-kemiska och farmakologiska institutionerna.

Den i Lund redovisade institutionsvaktmästaren i 14 lönegraden har arbetsuppgifter, som motsvarar instrumentmakares eller mekanikers göromål.

Utöver de i tabellen över nuvarande personal redovisade tjänsterna finns en instrumentmakartjänst i Göteborg, som är gemensam för de fysiologiska, medicinsk-kemiska och farmakologiska in-

Tjänster	Nuvarande personal				Kommitténs förslag			
	U	L	S	G	U	L	S	G
Professor	3	1	2	1	3	1	2	1
Laborator		1		1		1	1	1
Lärare i allmän kemi (Ce 30)					1	1	1	1
Biträdande lärare (13 800)	1	1	1 (21 084)	1	—	—	—	—
Förste assistent	2	1	2	1	2	1	3	1
Andre assistent	1	1	1	1	1	1	1	1
Förste amanuens	2	2	4	2	2	2	4	2
Tredje amanuens	2	2	4	2	2	2	4	2
Försöksassistent (20 lgr)			1				1	
Assistent (19 lgr)	1				1			
Förste instrumentmakare (18 lgr)			1				1	
Instrumentmakare (14 lgr)	½				1	1		1
Preparator		1		1		1		1
Institutionsvaktmästare (14 lgr)		1				—		
„ (12 lgr)	1	1		1⅓	1	1		1⅓
Vaktmästare (eldare)		½	1			½	1	
Laboratoriebiträde	3	2	4	2	3	3	4	3
Kanslibiträde	1		1	⅔	1		1	1
Kontorsbiträde		1				1		
Ekonomibiträde				1				1
Bestridande av vaktmästargöromål			1 600				1 600	

stitutionerna. Av lönetekniska skäl har denna tjänst i sin helhet redovisats vid fysiologiska institutionen. För samma institutioner finns vidare en gemensam tjänst som institutionsvaktmästare och två gemensamma tjänster som kanslibiträde. Dessa redovisas till en respektive två tredjedelar för medicinsk-kemiska institutionen.

Kostnadsberäkning

Uppsala. En tjänst som lärare i allmän kemi ersätter arvodet till biträdande lärare. Hälften av en tjänst som instrumentmakare tillkommer.
19 860 — 13 800 + 4 458 = 10 518 kr.

Lund. En lärartjänst i allmän kemi ersätter nuvarande arvodesbefattning. En instrumentmakare och ett laboratoriebiträde tillkommer. Tjänsten som institutionsvaktmästare i 14 lönegraden indrages.
19 860 — 13 800 + 8 916 + 7 968 — 8 916 = 14 028 kr.

Stockholm. En laboratorsbefattning återbesättes. En lärartjänst i allmän kemi ersätter nuvarande arvodesbefattning, vilket icke medför någon kostnadsökning. En befattning som förste assistent tillkommer.
24 408 + 12 000 = 36 408 kr.

Göteborg. En lärartjänst i allmän kemi ersätter nuvarande arvodesbefattning. En instrumentmakare och ett laboratoriebiträde samt en tredjedel av lönen för ett kanslibiträde tillkommer.
20 460 — 13 800 + 9 300 + 8 304 + 2 768 = 27 032 kr.

Summa 87 986 kr.

Kap. 16. MEDICINSK FYSIK

Nuvarande undervisning

Speciell undervisning i fysik (medicinsk fysik, biofysik) anordnas för närvarande icke vid de medicinska lärosätena. Vid undervisningen i fysiologi ägnas dock i regel avsevärd tid åt fysik, tillämpad på medicinska problem. I *Stockholm* ges två gånger årligen av en arvodesbetald lärare en frivillig kurs på 20 timmars föreläsningar i de delar av den medicinska fysiken, som är av särskilt intresse för fysiologien. Det kan i detta sammanhang påpekas, att fysiologiska institutionen i Stockholm vid sin tillkomst utbyggdes för att tillgodose bl. a. den medicinska fysiken (se prop. 272/1947, s. 480). Laboraturen vid fysiologiska institutionen i Uppsala har benämningen "experimentell fysiologi och medicinsk fysik". Den fysikaliska kemien undervisas vid kursen i allmän kemi. Vid histologiundervisningen genomgås principerna för vissa optiska instrument, såsom ljusmikroskopet i dess olika modifikationer, samt för elektronmikroskopet.

Tidigare diskussion

Fysikens ställning på det medicinska läroschemat har genomgått olika faser. Under många år ingick ämnet fysik vid sidan av kemi, botanik och zoologi i den medikofilosofiska examen, vilken utgjorde en förberedelse för de egentliga medicinstudierna. När denna examen avskaffades 1907, behölls endast kemien på studieschemat för medicinarna i form av en kurs i allmän kemi, varjämte infördes en kurs i jämförande anatomi.

Senare har vid upprepade tillfällen röster höjts för återinförandet av en kurs i medicinsk fysik. LS uttalade i sitt första betänkande, att de studerandes fysikkunskaper i vissa avseenden vore alltför knapphändiga för att utgöra en tillfredsställande grund för undervisningen i fysiologi, fysikalisk terapi och radiologi. Förslag hade framförts att omedelbart före kursen i fysiologi införa en kort kurs i fysik. LS höll dock före, att undervisning i vissa delar av fysiken borde ske i anslutning till fysiologien. Denna fysikundervisning borde emellertid begränsas till det som vore av grundläggande betydelse för studiet av fysiologien; andra delar rekapitulerades lämpligen i samband med de kliniska kurserna i fysikalisk terapi och radiologi.

MHO framhöll i sitt första betänkande (SOU 1946: 76, s. 113 f.) att behovet av en särskild företrädare för ämnet biofysik vid en fysiologisk institution vore väl motiverat både från forskningens och undervisningens synpunkt. Det syntes enligt de kommitterades mening kunna förutses, att ämnesområdet komme att snabbt utvecklas, särskilt vid de fysiologiska och medicinskt kemiska institutionerna, och därför framdeles komme att kräva självständiga företrädare.

År 1947 upptog professorn i radiofysik vid karolinska institutet R. Sievert frågan på nytt i en skrivelse till universitetskanslern. Han framhöll därvid, att ett återupptagande av undervisning i fysik för medicine studerande nu syntes vara ett i hög grad angeläget önskemål.

Remissvaren på denna skrivelse var genomgående positivt hållna. Fakulteten i Lund anförde efter särskilda, utförliga yttranden av professorerna i fysiologi och farmakologi, att den ansåge det synnerligen önskvärt, att undervisning i fysik anordnades för me-

dicine studerande samtidigt med kursen i fysiologi. Karolinska institutets lärarkollegium ansåg, att det tvivelsutan skulle vara av värde, om undervisning i fysik kunde på lämpligt sätt inordnas i den medicinska studieordningen. Enligt kollegiet syntes frågan härom böra övervägas i sammanhang med pågående omprövning av läkarutbildningen.

Kommittén

Fysikens betydelse för läkaren även i praktisk yrkesutövning har alltmera ökat. Röntgen, elektrokardiografi och elektroencefalografi är numera vitt utbredda undersökningsmetoder, som möter den praktiskt verksamme läkaren i växlande sammanhang. Fysikaliska behandlingsapparater av olika slag tas ofta i bruk. För sjukhusläkaren kommer härtill en rad metoder, som även kräver ett visst mått av fysikaliskt kunnande. Teoretikern använder nu komplicerade fysikaliska mätmetoder. Man behöver här endast nämna sådana principiellt helt olika fysikaliska apparaturer som spektrograf, apparatur för bruk av radioaktiva spårämnen, såsom Geiger-Müllermätare m. m., och elektronikutrustning. Det är även välbekant, att det som i dag är ett specialinstrument på ett teoretiskt laboratorium inom kort kan vara ett standardinstrument med vidsträckt användning.

En diskussion om fysikens roll i den medicinska undervisningen vore emellertid högst ofullständig om man blott uppehölle sig vid betydelsen av kunskaper i fysik för förståelsen av olika av forskaren eller läkaren använda apparaturer. Gedigna kunskaper i fysik är nödvändiga om den studerande skall kunna följa undervisningen i medicinsk kemi och alldeles särskilt i fysiologi. Till sist blir där och i andra sammanhang under medicinstudiet tillämpningen av fysikens lagar i biologiska och medicinska sammanhang den viktigaste delen av undervisningen i medicinsk fysik. Utredningen av cellernas och vävnadernas struktur och funktion har under senare tid i allt större utsträckning försiggått med rent fysikaliska metoder, och på en mångfald till medicinen gränsande områden av biologien torde en vetenskaplig förståelse av förhållandena icke längre vara möjlig utan en ingående kännedom om fysikens lagar. Man kan här nämna sådana områden som cellfysiologien, de biologiska membranernas struktur och funktion, nervtrådens fysiologi, muskelvävnadens byggnad etc. I själva verket får fysikens betraktelsesätt allt större betydelse på alla områden av fysiologien, och denna utvecklingstendens är en av de mest framträdande i den moderna biologiska grundforskningen. För undervisningen i fysiologi och medicinsk kemi blir det i framtiden nödvändigt att i allt större utsträckning tillgripa sådana forskningsresultat för att klarlägga förhållandena. Särskilt vid de fysiologiska institutionerna finns nu ett stort behov av förstärkning av denna del av undervisningen med hjälp av särskilda lärare i medicinsk fysik.

En speciell undervisning för de medicine studerande i fysik med hänsyn tagen till de delar av ämnet, som är av särskild betydelse för deras fortsatta studier, är således utan tvekan av största värde. Skolundervisningen i detta ämne kan givetvis icke läggas till rätta just för de blivande läkarnas behov, och trots kravet på godkänt studentbetyg i reallinjens kurs i fysik blir därigenom deras förberedelse för att förstå och tillgodogöra sig undervisningen i många läroämnen under kandidatstudierna inte tillräcklig.

Kommittén har uppmärksammat att vid olika medicinska lärosäten ett livligt intresse ägnats åt frågan om undervisning i medicinsk fysik för de studerande. Den stora och växande betydelse, som kunskaper i fysiken och dess tankegångar och kännedom om en rad fysikaliska metoder och apparater har för medicinens teori och praktik, är givetvis bakgrunden härtill. Det torde nu vara nödvändigt att till ett tidigt skede av studierna förlägga en sådan undervisning i medicinsk fysik.

Den lämpligaste placeringen av undervisningen i medicinsk fysik i studieordningen har varit föremål för en viss diskussion. Särskilt medicinsk kemi och fysiologi har anknytning till denna undervisning, men såsom redan nämnts har för kemiens del sedan länge tillfälle givits att i kursen i allmän kemi meddela den undervisning i fysikalisk kemi som behövts för den senare undervisningen i medicinsk kemi. Förespråkare har framträtt för den åsikten, att kursen i medicinsk fysik borde vara helt fristående. Vid kommitténs överläggningar med de medicinska lärarna har dock de flesta varit av den meningen, att en väsentlig del av undervisningen i medicinsk fysik bör ske under kursen i fysiologi, som erbjuder talrika anknytningar till den medicinska fysiken.

Kommittén har för sin del kommit till den uppfattningen, att full klarhet om den lämpligaste framtida organisationen av undervisning och forskning i medicinsk fysik icke kan vinnas utan en avsevärd tids erfarenhet av sådan verksamhet under icke definitiva former. Ett flertal ämnen och institutioner kan ställa anspråk på en förstärkning av undervisning i olika delar av den medicinska fysiken. Främst bör här nämnas medicinsk kemi, fysiologi och radiologi. Det torde emellertid icke vara möjligt att tillsätta särskilda lärare i medicinsk fysik vid alla dessa institutioner. Å andra sidan är det uppenbart, att den medicinska fysiken redan utvecklats i så hög grad, att man nu åtminstone måste skapa kärnan till en framtida institution i ämnet. Kommittén vill därför föreslå följande anordningar.

Den del av den medicinska fysiken, som är av betydelse för den medicinska kemien, ansluter sig mycket nära till den allmänna kemien och den däri ingående fysikaliska kemien. Med en lämplig förstärkning av lärarkrafterna för kursen i allmän kemi skulle den hithörande delen av medicinska fysiken kunna ingå i denna kurs. Den lärare, som närmast får ansvaret för denna undervisning, bör bli läraren i allmän kemi. Då dessa lärares viktigaste uppgifter alltjämt kommer att hänga samman med undervisningen i kemi och då en förstärkning av lärarkrafterna jämväl ur kemiundervisningens synpunkt synes nödvändig, har frågan närmare diskuterats i samband med undervisningen i kemi.

Inom fysiologien synes ett relativt större behov av undervisning i medicinsk fysik föreligga. Detta behov kan emellertid tillgodoses på ett sådant sätt, att de medicinska lärosätena vid en framtida definitiv omorganisation av forskning och undervisning i medicinsk fysik icke blir bundna vare sig personellt eller ur lokalsynpunkt. Tills vidare bör därför till fysiologiska institutionen vid varje lärosäte knytas en särskild lärare i medicinsk fysik. Denne bör även förfoga över viss personal och utrustning (se nedan). Läraren skall två gånger årligen ge en kurs i medicinsk fysik på ca 20 timmars föreläsningar jämte anslutande enklare laborationer med praktiska tillämpningar. Kursen, som vid en koncentration av fysiologiundervisningen till fjärde studietermi-

nen lämpligen förlägges till denna termins första månad, bör vara obligatorisk och avslutas med förhör. Den undervisning, som läraren är skyldig att ge utöver kursföreläsningarna, bör ingå i fysiologiundervisningen.

Den medicinska fysik, som är av betydelse för radiologien, torde vara ganska speciell, varför undervisningen här erbjuder särskilda problem. Specialister i radiofysik finns redan vid karolinska institutet, där föreståndaren för radiofysiska institutionen vid karolinska sjukhuset är professor i radiofysik vid karolinska institutet. I Lund finns en laboratur i radiofysik, och inrättandet av en dylik tjänst torde vara förestående i Göteborg. Kommittén finner det lämpligt, att dessa lärare mot arvode ger en viss undervisning åt de medicine studerande. Med hänsyn till den alltmera vidgade användningen av radioaktiva ämnen för diagnostiska och terapeutiska ändamål torde en viss undervisning i biologiska strålningseffekter, strålningsrisker och strålskydd lämpligen böra förekomma. En obligatorisk undervisning rörande strålskydd vid arbete med röntgenstrålar och radioaktiva ämnen bör enligt 1951 års strålskyddskommitté, som i denna fråga riktat en särskild skrivelse till läkarutbildningskommittén, infogas i allmänna läkarutbildningen. Kommittén vill därför föreslå, att en radiofysiker meddelar sådan undervisning under 2 timmar i samband med den propedeutiska röntgenkursen samt under 2 timmar i samband med undervisningen i radioterapi under kirurgikursen. I Uppsala torde denna undervisning tills vidare kunna ges av någon av radiofysikerna vid radiofysiska institutionen i Stockholm.

För de medicine kandidater och färdiga läkare, som ämnar genomgå specialistutbildning i röntgenologi och radioterapi, bör kurser i radiofysik anordnas i Lund, Stockholm och Göteborg. Kommittén kommer att framlägga förslag härom i kapitlet om utbildning av specialister.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag om särskild undervisning i medicinsk fysik utgör ett nytt tillskott till den allmänna läkarutbildningen. Härav följer att relativt betydande anslag måste anvisas vid inrättandet av en sådan ny undervisningsgren. De lärare och den övriga personal, som kommittén föreslår för den speciella undervisningen i ämnet, bör som ovan framhållits placeras på de fysiologiska institutionerna.

En viktig fråga är vilken typ av lärartjänst som bör väljas för denna undervisning, som ännu inte kunnat utveckla bestämda former, och vilka kvalifikationer, som bör vara utslagsgivande vid valet av ämnesföreträdare. Lärarna i medicinsk fysik kan antingen vara vetenskapligt skolade fysiker eller medicinska forskare med god utbildning i fysikalisk teknik. Enligt kommitténs erfarenhet torde de flesta företrädarna för medicinsk forskning och undervisning avgjort förorda den senare möjligheten. För en fysiker är det lätt att förlora kontakten med det för medicinen väsentliga och uppehålla sig vid renodlat fysikaliska problem, under det att en läkare mera tvingas att följa med utvecklingen av fysikaliska metoder på medicinens fält. För en fysiker är vidare en befattning i medicinsk fysik knappast särskilt lockande eller meriterande, varför man kan vänta att få rekryteringssvårigheter. För en fysiolog kan en sådan befattning däremot vara en värdefull passageplats i utbildningen.

Kommittén har diskuterat möjligheten att från början skapa ordinarie lärartjänster i ämnet, men vid diskus-

sioner med de närmast berörda ämneslärarna vid de medicinska fakulteterna har kommittén kommit till den uppfattningen, att det för den framtida utvecklingen av ämnet är fördelaktigare att en viss tids erfarenhet får samlas, medan undervisningen i ämnet representeras i mera flexibla former vid de olika lärosätena. Det torde sedermera ankomma på fakulteterna att rekommendera lämpliga förändringar i organisationen. Kommittén har stannat vid att föreslå, att en extra tjänst inrättas vid varje medicinskt lärosäte såsom lärare i medicinsk fysik i lönegraden Cg 30. Sysslan bör emellertid tillsättas med förordnande på ett år. Lärarens undervisningsskyldighet bör bestämmas till 70 timmar per år.

För undervisningen i medicinsk fysik krävs vidare lägre undervisningspersonal och teknisk arbetskraft. Kommittén föreslår därför, att en befattning som förste amanuens inrättas vid varje lärosäte och att en tjänst som instrumentmakare inrättas i *Uppsala* och *Stockholm*. Instrumentmakaren bör i första hand tillgodose den medicinska fysikens behov, men, i den mån hans arbetskraft inte helt utnyttjas härför, bör han stå till förfogande för den fysiologiska institution, där han är placerad. Vid bedömningen av de fysiologiska institutionernas anslagsfrågor har kommittén således tagit hänsyn till den förstärkning av institutionerna, som personalen för undervisningen i medicinsk fysik utgör. Vid den fysiologiska institutionen i *Lund* torde den enligt beslut vid 1952 års riksdags höstsession till förste instrumentmakartjänst omvandlade institutionsvaktmästartjänsten kunna tillgodose det samlade behovet av sådan teknisk arbetskraft ur undervisningens synpunkt, varför någon ytterligare tjänst icke upptagits här. Likaså torde detta behov för *Göteborgs* del bli tillgodosett genom att institutionen föreslagits erhålla en hel instrumentmakartjänst.

Undervisningen i medicinsk fysik förutsätter en kortare laborationskurs, vilken i sin tur nödvändiggör, att olika instrument och apparater måste anskaffas till institutionen för bruk vid laborationerna. Denna utrustning måste underhållas, varjämte materiel till undervisningen kontinuerligt erfordras. Kommittén finner därför nödvändigt att vissa engångsanslag ställes till vederbörande institutioners förfogande vid undervisningens igångsättande. Ett anslag av 30 000 kronor vid varje institution torde vara erforderligt. Vidare bör ett årligt anslag av 5 000 kronor tillföras undervisningen i medicinsk fysik vid varje lärosäte såsom materielanslag.

För undervisningen i radiofysik beräknas slutligen särskilda föreläsningsarvoden.

Tjänster	Kommitténs förslag			
	U	L	S	G
Lärare (Cg 30)	1	1	1	1
Förste amanuens	1	1	1	1
Instrumentmakare	1		1	

Kostnadsberäkning

Se fysiologi.

Nuvarande undervisning

Gällande examensstadga upptar fysiologi som ett examensämne i medicine kandidatexamen. Därom sägs följande beträffande ämnes- och kursfordringar.

§ 16: — — — c) *fysiologi,* omfattande allmän och speciell fysiologi; — — —
§ 17: — — — i *fysiologi:* laborationskurs å fysiologisk institution; — — —

Undervisningen meddelas vid samtliga lärosäten i en laborationskurs varje termin samt en föreläsningsserie av växlande längd.

I *Uppsala* åhör de studerande en serie på ca 85 föreläsningar eller demonstrationer under en termin samt deltar i en laborationskurs under två och en halv månader. Professorn och laboratorn delar undervisningen på varje kurs. En docentstipendiat ger en frivillig föreläsnings- och demonstrationskurs. Behovet av speciell fysiologiundervisning har under senare år varit starkt kännbart i Uppsala. Sålunda har med stöd av inbesparade docentstipendiemedel givits en frivillig extrakurs i fysiologisk hormonlära på 12 timmar. I *Lund* är undervisningen i fysiologi delad i två perioder. En första period på två månader följer efter kursen i allmän kemi, varmed avses att ge de studerande kunskaper i fysiologi, som är nödvändiga för den efterföljande undervisningen i medicinsk kemi. Efter medicinska kemien följer den andra fysiologiperioden på två månader. På de två fysiologiperioderna faller ca 160 undervisningstimmar, fördelade på föreläsningar, seminarier och demonstrationer, vartill kommer laborationstimmar under en period av två månader. De båda professorerna och laboratorn meddelar samtliga undervisning under bägge perioderna. Två docentstipendiater deltar dessutom i den obligatoriska undervisningen. I *Stockholm* åhör läsårets två grupper av studerande en gemensam serie på 190—200 föreläsningar, som sträcker sig över hela året. Varje grupp har en laborationskurs på cirka två månader. De två professorerna och laboratorn har var sin del av den fortlöpande föreläsningsserie, som täcker hela ämnet på ett läsår. Sedan 1950 ger en arvodesbetald lärare två gånger årligen en frivillig föreläsningskurs på ca 20 timmar i de delar av medicinska fysiken, som är av särskilt intresse för fysiologien. Vid fysiologiska institutionen i *Göteborg* åhör läsårets två grupper av studerande en gemensam serie på ca 200 föreläsningar, som pågår från den 1 oktober till maj. Den första terminen åhör deltagarna endast föreläsningarna, under det att de under den andra terminen dels åhör den dagliga föreläsningen, dels delta i den obligatoriska laborationskursen, som pågår under cirka tio veckor. Professorn, laboratorn samt i någon utsträckning även förste assistenten täcker genom sina föreläsningar hela ämnet under ett läsår.

Tidigare diskussion

LS behandlade utförligt två alternativ för fysiologiundervisningen, nämligen dels en till en relativt kort, sammanhängande kurs koncentrerad undervisning, dels en undervisning lagd i en föreläsningsserie över lång tid, dvs. flera terminer, jämte fristående, kort laborationskurs. Diskussionen var föranledd av olikheter i nämnda avseenden mellan lärosätena. LS uttalade, att kunskapsfordringarna överallt vore i stort sett avpassade efter ämnets allmänna betydelse, men att undervisningens uppläggning varit felaktig. Vid ett lärosäte hade koncentrationen av undervis-

ningen drivits för långt, medan den vid de två andra varit alltför ingående och för långt utdragen i tiden.

LS föreslog, att fysiologien skulle få en sammanlagd tid motsvarande fyra månader i studieplanen och att undervisningen borde ordnas så, att ämnets väsentliga delar erhölle en fortlöpande, systematisk framställning på en till två terminer. Laborationskursen borde vara drygt två månader lång. Anmärkas bör, att LS höll före, att den nu nämnda undervisningen även borde innefatta de av fysikens delar, som vore av grundläggande betydelse för fysiologien.

I remissyttrandena framhölls från samtliga lärosäten, att fysiologien borde meddelas i en fortlöpande, systematisk framställning, som syntes kräva en tid av två terminer.

Kommittén

Med hänsyn till fysiologiens stora betydelse för läkarutbildningen anser kommittén att ämnet bör tillförsäkras en studietid av fyra månader, dvs. en lika lång studietid som kemien. En samordning med undervisningen i medicinsk kemi förefaller kommittén principiellt önskvärd, vilket utförligare avhandlas i ett senare avsnitt. Det bör ankomma på ämnesrepresentanterna att avgöra, om det är lämpligt att utsträcka delar av undervisningen i de bägge ämnena över längre perioder av det kemiskt-fysiologiska året genom utbyte av tid eller samordning av ämnena. Vidare bör ämnesrepresentanterna i fysiologi vid varje lärosäte ha frihet att anordna undervisningen mera koncentrerat eller i en systematisk undervisningsserie över en längre period, dock ej mer än två terminer. Värdet av en föreläsningsserie, som utan samordning med den medicinska kemien utsträckes över kursen i medicinsk kemi, förefaller dock kommittén synnerligen tvivelaktigt. Undervisningen skall vara avslutad vid fjärde studieterminens slut.

Antalet föreläsningar och demonstrationer i fysiologi växlar starkt vid olika lärosäten och utgör för närvarande 85—200. Kommittén föreslår under studierna ett flertal kurser, som bör påverka denna undervisningsvolym. Under det morfologiska året deltar de studerande sålunda i en kurs i statistik, vilket tidigare påyrkats av ämnesrepresentanterna i fysiologi. Undervisningen i medicinsk fysik blir nära anknuten till fysiologiundervisningen och kommer att direkt överta en del av den tidigare undervisningen i fysiologi. Psykologikursen, som förlägges i slutet av fysiologiterminen, kommer framför allt i fråga om sinnesfysiologien att återverka på fysiologiundervisningen. Med hänsyn tagen till dessa omständigheter synes föreläsningar och därmed jämställd undervisning i fysiologi i det framtida undervisningsschemat böra omfatta ca 125 timmar. Laborationskursen i fysiologi torde kunna slutföras på två månader.

Olika möjligheter till samordning med kemistudierna beröres i kapitlet om det kemiskt-fysiologiska året. Om fysiologistudierna koncentreras till fjärde terminen torde en lämplig fördelning vara följande. Föreläsningarna i fysiologi fortlöper över terminens fyra månader. Därjämte anordnas kurs i medicinsk fysik under första månaden, laborationskurs i fysiologi under andra och tredje månaden och kurs i psykologi under fjärde månaden.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag innebär, att undervisningen i fysiologi kompletteras med föreläsningar i vissa andra ämnen, såsom medicinsk fysik och psykologi.

Institutionernas ordinarie lärarstab torde sålunda vara tillfyllest för undervisningen inom huvudkursen i fysiologi. Även i kommitténs förslag kvarstår dock behovet av en relativt omfattande laborationskurs i fysiologi, vilken ställer stora krav på tillgång till lägre undervisnings- och teknisk personal av olika slag. Det kan också här påpekas, att laborationsundervisningen i fysiologi kräver en stor och dyrbar uppsättning av instrument och apparater, vilka inte kan underhållas och förnyas utan tillgång till kvalificerad teknisk personal av typen instrumentmakare. I detta hänseende måste emellertid enligt kommitténs mening beaktas, att kommittén i samband med förslag om undervisning i medicinsk fysik föreslår att särskild kvalificerad teknisk personal knyts till de fysiologiska institutionerna. Samtidigt som detta utgör en förutsättning för undervisningen i medicinsk fysik torde det även innebära en förstärkning av de fysiologiska institutionernas tekniska resurser, som tillgodoser undervisningens behov.

Kommittén vill därför i första hand föreslå en förstärkning av den lägre undervisningspersonalen och den tekniska personalen vid institutionen i *Stockholm*, där det jämfört med övriga institutioner stora elevantalet har visat sig ställa särskilda krav på dessa befattningshavare. För övriga institutioner torde för närvarande icke krävas ytterligare sådan personal. Ur undervisningens synpunkt synes det därjämte rimligt att institutionen i *Göteborg* förfogar över en hel kanslibiträdestjänst.

Tjänster	Nuvarande personal				Kommitténs förslag			
	U	L	S	G	U	L	S	G
Professor	1	2	2	1	1	2	2	1
Laborator	1	1	1	1	1	1	1	1
Förste assistent	1	2	2	1	1	2	2	1
Andre assistent	1	1	1	1	1	1	2	1
Förste amanuens	2	2	2	1	2	2	2	1
Tredje amanuens	2	2	4	2	2	2	4	2
Förste instrumentmakare (18 lgr)		1				1		
Instrumentmakare (16 lgr)	1		1	1	1		1	1
Preparator	1	1		1	1	1	1	1
Institutionsvaktmästare (14 lgr)		1				1		
„ (12 lgr)	1	1		1 1/3	1	1		1 1/3
Vaktmästare			1				1	
Laboratoriebiträde	2	2	3	2	2	2	3	2
Kanslibiträde	1	1	1	2/3	1	1	1	1
Ekonomibiträde				1				1

Tabellkommentar

Beträffande kommitténs förslag till personaluppsättning för medicinsk fysik hänvisas till kapitlet härom.

Ämnesområdet för laboraturen i Uppsala kallas "experimentell fysiologi och medicinsk fysik".

Den personliga forskningsprofessuren i neurofysiologi i Stockholm och de till denna tjänst knutna befattningarna har icke redovisats i tabellen, ej heller laboraturen i klinisk neurofysiologi.

Den nuvarande instrumentmakartjänsten i Göteborg redovisas av lönetekniska skäl i sin helhet på den fysiologiska institutionen, ehuru den är ge-

mensam för denna, den medicinsk-kemiska och den farmakologiska institutionen. Det bör vidare anmärkas, att en institutionsvaktmästartjänst och två kanslibiträdestjänster i Göteborg är gemensamma för samma institutioner.

Kostnadsberäkning

Uppsala

Medicinsk fysik. En tjänst som lärare, en befattning som förste amanuens och en instrumentmakartjänst inrättas samt placeras på fysiologiska institutionen.

19 860 + 6 000 + 8 916 = 34 776 kr.

Arvode för 8 timmars föreläsningar jämte demonstrationer i radiofysik 400 kr.

Ett årligt materielanslag av 5 000 kr.

Lund

Medicinsk fysik. En tjänst som lärare med arvode och en befattning som förste amanuens inrättas samt placeras på fysiologiska institutionen.

19 860 + 6 000 = 25 860 kr.

Arvode för 8 timmars föreläsningar jämte demonstrationer i radiofysik 400 kr.

Ett årligt materielanslag av 5 000 kr.

Stockholm

Medicinsk fysik. Motsvarande tjänster som för Uppsala universitet inrättas.

21 084 + 6 000 + 9 684 = 36 768 kr.

Arvode för 12 timmars föreläsningar jämte demonstrationer i radiofysik 600 kr.

Ett årligt materielanslag av 5 000 kr.

Fysiologi. En andre assistent och en preparator tillkommer.

10 008 + 9 684 = 19 692 kr.

Göteborg

Medicinsk fysik. Motsvarande tjänster som för Lunds universitet inrättas.

20 460 + 6 000 = 26 460 kr.

Arvode för 8 timmars föreläsningar jämte demonstrationer i radiofysik 400 kr.

Ett årligt materielanslag av 5 000 kr.

Fysiologi. Institutionen föreslås disponera en hel kanslibiträdestjänst (jfr kemi och farmakologi). 2 768 kr.

Summa medicinsk fysik 145 664 kr.

Summa fysiologi 22 460 kr.

Till ovannämnda belopp kommer därjämte ett för varje lärosäte föreslaget engångsanslag av 30 000 kronor till utrustning av de fysiologiska institutionerna för undervisning i medicinsk fysik eller tillhopa 120 000 kronor.

Kap. 18. PSYKOLOGI

Nuvarande förhållanden

Särskild undervisning i psykologi meddelas icke enligt den nu gällande examensstadgan.

Tidigare diskussion

LS framlade inga förslag till särskild undervisning i psykologi. I remissyttrandena över betänkandet framhöll medicinalstyrelsen, att det vore mycket önskvärt med undervisning i allmän psykologi för de blivande läkarna ej endast i samband med undervisningen i psykiatri utan även med inriktning mera direkt på normalpsykologien och läkarens beröring med sitt allmänna klientel. Sällskapet för medicinsk psykologi och psykoterapi anförde, att i den propedeutiska undervisningen borde ingå en summarisk framställning i ett 10-tal föreläsningar om de allmänna psykologiska begrepp, varmed psykoterapien arbetar, ävensom anvisningar om ett på människokunskap grundat umgänge med patienterna.

LS fann icke heller i sitt överarbetade betänkande anledning föreslå särskild undervisning i psykologi. Vid remissbehandlingen förordade medicinska fakulteten i Lund, att 5 timmars föreläsningar i medicinsk psykologi skulle anordnas under de propedeutiska kurserna. Medicinalstyrelsen framförde ånyo med skärpa sitt förslag om undervisning i allmän medicinsk psykologi. Det vore ägnat att förvåna, yttrade medicinalstyrelsen, att de sakkunniga i sitt nya betänkande icke ens ansett sig böra diskutera denna ytterst betydelsefulla fråga. För den blivande läkarens hela kommande praktiska verksamhet bland klientelet skulle en sakkunnig vägledning inom normalpsykologien vid de kliniska studiernas början bli av det största värde — det saknades ingalunda erfarenheter som klart underströk behovet av en sådan undervisning.

Statens sinnessjukvårdsberedning föreslog i sin skrivelse av den 27 november 1947 angående undervisningen i psykiatri bl. a., att en kurs borde anordnas i elementär psykologi och psykiatri omfattande 10 timmars föreläsningar i samband med de propedeutiska kurserna. Föreläsningarna borde omfatta allmän människokunskap, sjukdomen som socialt och individuellt problem, umgänget med patienterna och deras anhöriga, de konstitutionella faktorerna, olika vägar för miljösanering, viktigare social-psykiatriska faktorer etc.

Förhållandena i utlandet

En undervisning i psykologi har föreslagits eller införts i de nya studieplanerna i våra nordiska grannländer. I *Danmark* föreslår fakultetskommittén 1 timmes föreläsning i veckan i medicinsk psykologi och mentalhygien under den andra, kliniska avdelningens första termin. I *Norge* föreslog studieplanskommittén 1948 20 timmars undervisning i medicinsk psykologi under den propedeutiska terminen. Undervisningen skulle icke vara speciell neurolära utan behandla de områden av normalpsykologien, som har särskild betydelse för de kliniska studierna. Här skulle ingå en översikt av människans personlighetsutveckling med särskild tonvikt på barnaåldern och puberteten, vidare en framställning av experimentalpsykologien med stark tonvikt på Pavlovs undersökningar, testpsykologi, socialpsykologi med hänsynstagande till de primitiva folken, sammanhang mellan psyke och social miljö samt djuppsykologiens metoder och resultat. Undervisningen skulle väcka intresse för psykologien och ge respekt för de psykiska faktorernas betydelse. I den antagna studieordningen meddelas undervisning i psykologi med 1 timme varannan vecka under den första terminen, som för övrigt huvudsakligen ägnas åt kemi och anatomi. Vidare ges 1 timmes föreläsning i psykologi i veckan under den nio veckor långa propedeutiska terminen.

Kommittén

Psykologien är en vetenskap av grundläggande betydelse för de blivande läkarna. De flesta erhåller dock icke någon undervisning i ämnet vare sig under sina gymnasiestudier eller i den nuvarande studieplanen. De studerande bör redan på det prekliniska stadiet undervisas om personlighetens byggnad och utveckling och om psykiska faktorers betydelse i hälsa och sjukdom. En obligatorisk kurs i allmänpsykologi bör därför anordnas under det andra studieåret, där den väl ansluter sig till fysiologikursen med dess undervisning i neurofysiologi, sinnesfysiologi etc. (se kapitlet om det kemiskt-fysiologiska året).

Kommittén föreslår, att den obligatoriska *kursen i psykologi* under andra studieåret skall omfatta 20 timmars föreläsningar. Bland ämnen, som kan tas upp till behandling i denna undervisning bör nämnas den psykologiska terminologien och de psykiska partialfunktionerna, vissa kapitel ur djurpsykologien och instinktläran, intelligensbegreppet, personlighetsutveckling, temperament och personlighetstyper, olika medvetenhetsgrader och det undermedvetna själslivet, suggestion, olika psykiska reaktionssätt, psykologiska relationer mellan olika individer och inom grupper av individer samt mentalhygienens upppgifter. Undervisningen skall visserligen förnämligast beröra den allmänna psykologien, men den bör läggas upp med tanke på att de studerande i framtiden skall bli läkare och den bör därför få karaktären av en medicinskt inriktad psykologi. Undervisningen bör meddelas av en akademisk lärare i psykiatri eller av en medicinskt skolad psykolog. Kursen skall avslutas med förhör.

Under de fortsatta studierna bör undervisning i medicinsk psykologi meddelas i samband med annan närstående undervisning. Under det propedeutiska året (se detta kapitel) skall 5 timmars undervisning i psykosomatisk medicin ingå i översiktskursen i medicin. Denna undervisning meddelas av huvudläraren eller av annan lärare, i så fall bäst av psykiatriker. Under kursen i kliniska

undersökningsmetoder föreslås att en psykiatriker ger 5 timmars undervisning i grunderna i psykisk undersökningsteknik och anamnesupptagning samt vissa elementära medicinskt-psykologiska synpunkter på sjuka människor. Under hela denna kurs skall lärarna redan från de studerandes första kontakt med patienter klargöra, hur läkaren skall uppträda inför sjuka människor och deras anhöriga.

Under den enligt förslaget i jämförelse med gällande studieordning ansenligt utvidgade kursen i psykiatri (se detta kapitel) skall meddelas undervisning i bl. a. allmän psykopatologi, psykosomatisk medicin och neuroslära med psykoterapi.

Kostnadsberäkning

Kommitténs förslag innebär, att det vid samtliga lärosäten anordnas två kurser årligen i psykologi. Enligt de av kommittén tillämpade principerna kan för 40 timmars undervisning jämte förhör beräknas ett arvode på 2 450 kronor i Uppsala, Lund och Göteborg samt 2 900 kronor i Stockholm.

I vardera *Uppsala, Lund* och *Göteborg* beräknas 2 450 kronor till lärare i psykologi.	7 350 kr.
I *Stockholm* beräknas för samma ändamål ett arvode på	2 900 kr.
Summa	10 250 kr.

Kap. 19. DET KEMISKT-FYSIOLOGISKA ÅRET

I undervisningen i kemi och fysiologi behandlas ett ofta nära samhörigt kunskapsmaterial. På vissa områden kan undervisningen rent av helt sammanfalla. Gränsen mellan de båda ämnena blir därför ej sällan konstlad. Frågan om en samordning bör sålunda övervägas.

LS yttrade härom:

Studierna under det andra året kunna emellertid även organiseras så, att de komma att beteckna ett mera intimt samgående av undervisningen i kemi och fysiologi. Dessa båda ämnen stå varandra så nära, att man även här — liksom beträffande anatomi och histologi — kan påräkna vissa fördelar vid en undervisning, som försiggår åtminstone delvis parallellt. Åtskilliga viktiga områden äro gemensamma för dessa båda läroämnen, såsom matsmältningen och dess förlopp, vitaminerna och deras betydelse för organismen, hormonernas beskaffenhet och roll samt ämnesomsättningens gång, och dessa områden måste således vid undervisningen beröras från såväl kemisk som fysiologisk utsiktspunkt. Ju fastare undervisningen här sammanfogas i sak och till tiden, dess mera synes man kunna påräkna en allsidig belysning av frågorna, samtidigt som risken för onödig dubblering minskas eller kan helt elimineras.

Kommittén instämmer helt i dessa synpunkter, som, om de noga beaktades, skulle medföra väsentliga lättnader i de studerandes arbete. Emellertid torde det icke kunna fastställas någon regel för på vad sätt en dylik samordning eller integration av de bägge ämnena skall åstadkommas. Många olika grader av samverkan i undervisningen är här tänkbara. Olikheter i de enskilda lärarnas intresseriktning och vetenskapliga specialområde bör få bli bestämmande för fördelningen av samhöriga ämnesområden mellan de olika kurserna.

Det kan sålunda tänkas att antingen lärarna i kemi eller i fysiologi helt kan

fullfölja undervisningen om t. ex. vitaminer, hormoner, matsmältning och ämnesomsättning. Samtliga lärare i kemi och fysiologi bör vid gemensam konferens utforma en plan för undervisningen under det kemiskt-fysiologiska året, där sådana punkter behandlas i samband med en diskussion om samordningen mellan ämnena och fördelningen av kunskapsstoffet på de olika kurserna. Därvid bör även möjligheten att anordna gemensamma seminarier beaktas.

Ändringar i tidsföljden mellan de olika kurserna är även tänkbara. Den anordning, som diskuteras i de särskilda avsnitten om kemi- och fysiologistudierna, innebär att tredje terminen börjar med kursen i allmän kemi, varefter omedelbart följer kursen i medicinsk kemi. Under fjärde terminen kommer i tur och ordning kursen i medicinsk fysik, laborationskursen i fysiologi och kursen i psykologi.

En annan möjlighet, som skulle innebära vissa fördelar, är att låta kursen i allmän kemi omedelbart följas av kursen i medicinsk fysik. Därefter kunde kursen i medicinsk kemi och laborationskursen i fysiologi komma. Ytterligare kunde kurserna i medicinsk kemi och fysiologi uppdelas på olika sätt. En nackdel härvidlag är, att ju mer kemien och fysiologien studeras parallellt, desto senare under fjärde terminen kommer tentamen i medicinsk kemi att infalla och desto kortare tid kommer de studerande att få ägna enbart åt fysiologistudier.

Kommittén vill icke föreslå någon speciell anordning i syfte att åvägabringa en samordning mellan kemi- och fysiologiundervisningen. Ämnesrepresentanterna bör vid varje lärosäte diskutera detta problem och föreslå den organisation, som synes dem lämpligast. Kommittén anser, att samordningens syfte bäst förverkligas, om härvidlag största möjliga flexibilitet och individualisering eftersträvas.

Kap. 20. BAKTERIOLOGI

Nuvarande undervisning

Bakteriologien undervisas i nuvarande studieplan före medicine kandidatexamen. Den har formellt icke ställning av ett självständigt ämne.

Enligt § 16 examensstadgan ingår i medicine kandidatexamen ämnet patologi, omfattande "allmän patologi och bakteriologi", och bland kurser m. m. nämnes i § 17 under patologi praktiska övningar i bakteriologi.

Från och med läsåren 1946/47 och 1947/48 företrädes ämnet av särskild professur i Stockholm respektive Uppsala och Lund, varjämte en motsvarande tjänst från och med läsåret 1951/52 inrättats i Göteborg. Vid karolinska institutet finns dessutom en professur i virologi. Laborator i klinisk bakteriologi, tillika överläkare för kliniskt bakteriologisk avdelning, finns vid serafimerlasarettet i Stockholm. Den kliniske laboratorn i bakteriologi vid karolinska sjukhuset är anställd på sjukhusets stat och underställd professorn i bakteriologi vid karolinska institutet, vilken tillika mot arvode är föreståndare för det kliniskt-bakteriologiska laboratoriet där. Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg finns förutom professorn i ämnet samt laboratorn i klinisk bakteriologi en av staden anställd överläkare vid det bakteriologiska labora-

toriet, som samtidigt är prefekt för den bakteriologiska institutionen. Därjämte har sjukhusets virologiska avdelning en särskild överläkare. Vid allmänna sjukhuset i Malmö finns en överläkare vid den patologiskt-bakteriologiska avdelningen.

Undervisningen i bakteriologi meddelas parallellt med kursen i allmän patologi och avslutas med förhör. Den pågår i *Uppsala* under en och en halv månad varje termin och omfattar 50 timmars föreläsningar och 50 laborationer per kurs, i *Lund* 50—60 timmars föreläsningar, varav 4 stycken behandlar blodgruppering, och 50 timmars laborationer, i *Stockholm* 50 timmars föreläsningar och 38 timmars laborationer, och i *Göteborg* ca 50 timmars föreläsningar och ca 45 timmars laborationer. Undervisning i klinisk bakteriologi meddelas i Stockholm under 8—10 timmar under medicintjänstgöringen. Laboratorn vid karolinska sjukhusets bakteriologiska avdelning åtnjuter för en undervisning av 12—15 timmar per år ett särskilt arvode av 1 000 kronor. I Lund meddelas ca 20 timmars undervisning i klinisk bakteriologi av docent i anslutning till olika kliniska kurser.

Tidigare diskussion

LS underströk i sin utredning, att kursen med dess nuvarande läge i undervisningsplanen med fördel endast kunde tillgodose undervisningen i allmän bakteriologi. Emellertid hade den diagnostiska och terapeutiska delen av ämnet sin naturliga plats under de kliniska studierna, varför LS föreslog en uppdelning av ämnet i en tidigare kurs i allmän bakteriologi och en senare kurs i klinisk bakteriologi. Kursen i allmän bakteriologi, som förlades i anslutning till kursen i allmän patologi under femte terminen, skulle ta en tid av en månad och omfatta 44 timmars föreläsningar och 20 timmars laborationer. Kursen skulle avslutas med förhör. Kursen i klinisk bakteriologi skulleävenledes ta en tid av en månad och omfatta 46 timmars föreläsningar och demonstrationer, varjämte möjlighet för de studerande att utföra egna laborationer angavs som önskvärd. Denna kurs skulle göra de studerande förtrogna med den bakteriologiska diagnostiken samt även innefatta 6 timmars undervisning i vaccin- och serumterapi. Kursen i klinisk bakteriologi förlades till åttonde terminen i samband med kursen i speciell patologi, eftersom LS förmenade, att de studerande först sedan de fullgjort större delen av den grundläggande tjänstgöringen i medicin ägde förutsättningar att tillgodogöra sig sådan undervisning. Efter kursen i klinisk bakteriologi skulle de studerande avlägga tentamen i bakteriologi.

Vid förslagets remissbehandling rådde enighet om uppdelningen av undervisningen i bakteriologi i en allmän och en klinisk del. Fakulteten i Lund ville dock minska den kliniska bakteriologikursens omfång och förlade liksom fakulteten i Uppsala tentamen i anslutning till kursen i allmän bakteriologi. Fakulteten i Uppsala föreslog, att kursen i klinisk bakteriologi skulle förläggas till de propedeutiska tjänstgöringarna, och karolinska institutets lärarkollegium ansåg lämpligt, att den gavs i samband med klinisk tjänstgöring. I sin överarbetning av förslaget vidhöll LS sina ursprungliga förslag.

Kommittén

Man är allmänt enig om att undervisningen i bakteriologi med fördel kan uppdelas i en allmän, grundläggande del och en klinisk del. Kommittén an-

sluter sig helt till denna uppfattning och föreslår, att det ges dels en kurs i allmän bakteriologi, dels en särskild undervisning i klinisk bakteriologi.

Den grundläggande undervisningen i bakteriologi bör givetvis liksom hittills meddelas samtidigt med den första undervisningen i patologi. Vid genomgången av den allmänna sjukdomsläran utgör kunskapen om smittämnena och deras verkningar ett väsentligt komplement. I kommitténs studieplan inleds undervisningen i patologi i början på femte terminen, och det torde då vara naturligt att studiet av bakteriologien samtidigt påbörjas. Under det tredje studieårets första två månader blir huvudparten av de studerandes arbete ägnat åt bakteriologi och patologi.

Kommittén föreslår således, att en kurs i allmän bakteriologi på högst två månader förlägges till femte terminens början. Kursen bör omfatta högst 80 timmar, förslagsvis fördelade på 50 timmars föreläsningar och 30 timmars laborationer. Undervisningen bör beröra bl. a. mikroorganismernas morfologi och systematik samt deras kemi, metabolism, näringsbehov och tillväxtprocesser, grunderna för serologien och immunologien, blodgrupper och skyddsympning. Undervisningen avser icke att ge en för kliniska behov lämpad systematisk framställning av bakteriologien utan skall snarare skapa en mikrobiologisk grundval för den kliniskt-bakteriologiska undervisningen. Kursen i allmän bakteriologi skall efterföljas av tentamen i bakteriologi, vilken bör kunna avläggas omedelbart efter kursen.

Undervisningen i klinisk bakteriologi sker lämpligen i nära anslutning till den kliniska undervisningen. Kommittén finner det därför mindre lyckligt att som LS förlägga den till en särskild, fristående kurs, till tiden sammanfallande med speciell patologi. Den kliniska bakteriologien torde bland de kliniska ämnena ha de flesta anknytningspunkterna till invärtesmedicinen, kirurgien och epidemiologien. Kommittén föreslår därför, att huvudparten av den kliniska bakteriologien meddelas under tjänstgöringarna i dessa ämnen. Under medicin- och kirurgikurserna ges sammanlagt ca 20 timmars undervisning i klinisk bakteriologi som en serie föreläsningar med demonstrationer i anslutning till den kliniska undervisningen, med vilken den samordnas. Ämnen, som bör beröras vid undervisningen, är bl. a. bakteriologiska synpunkter på sjukvårdsarbete, nosokomiala infektioner, bakteriologi vid akuta luftvägsinfektioner, tuberkulos, virusinfektioner, blododlingens indikationer och teknik, blodtransfusion, bakteriologiska synpunkter på kemo- och antibiotikaterapi, resistensbestämningar, sårbakteriologi, stelkrampsprofylax och urinvägsinfektionernas bakteriologi.

Under kursen i epidemiologi meddelas undervisning i den anslutande kliniska bakteriologien under 6—8 timmars föreläsningar och demonstrationer. Innehållet i denna undervisning avhandlas i samband med epidemiologiundervisningen i övrigt.

Även andra kliniska discipliner berörs av den kliniska bakteriologien. Några undervisningstimmar bör därför fördelas på andra kurser och tjänstgöringar i samråd med respektive lärare. Så kan t. ex. under kursen i dermato-venereologi behandlas den serologiska luesdiagnostiken, gonorrédiagnostiken, hudsjukdomarnas bakteriologi och mykologi, under kursen i obstetrik-gynekologi t. ex. puerperalinfektioner, blodgruppernas betydelse för sjukdomar under graviditet och hos de nyfödda. Under kursen i oto-rhino-laryngologi kan t. ex. bakteriologiska synpunkter på infektioner i öron, näsa och

hals avhandlas och under pediatriken bakteriologien vid luftvägsinfektioner och vid infektioner med tarmsymtom hos barn samt specifik bakteriologisk profylax hos barn. Kommittén vill icke föreslå, att tiden för undervisning i klinisk bakteriologi vid dessa kurser fixeras vid bestämda timtal, men behovet av sådan undervisning kan uppskattas till följande: under kurserna i dermato-venereologi 4 timmar, obstetrik-gynekologi 2 timmar, oto-rhino-laryngologi 2 timmar och pediatrik 5 timmar.

Undervisningen i klinisk bakteriologi bör bygga på den tidigare givna kursen i allmän bakteriologi. Dess planering anpassas helt efter de olika kliniska ämnena och ej efter den bakteriologiska systematiken. Målet för undervisningen i klinisk bakteriologi är att ge de studerande en bakteriologisk bakgrund till infektionssjukdomarnas patogenes, diagnostik och terapi. Vid föreläsningarna torde det ofta vara lämpligt att demonstrera patienter. Praktiskt bör de studerande icke övas i en speciell bakteriologisk teknik utan framförallt i sättet för tagning och för sändning av bakteriologiska prov samt i sådan bakteriologisk diagnostik som är av betydelse för allmänpraktikern. Under respektive kliniska tjänstgöringar är det viktigt att de studerande i så stor utsträckning som möjligt får ta de bakteriologiska proven på patienterna.

Särskilt förhör bör ej anordnas i klinisk bakteriologi. Liksom undervisningen intimt anpassas till de olika kliniska ämnena, så bör också kunskapskontrollen ske samtidigt med det kliniska ämnet i fråga, dvs. i respektive kliniska ämnens tentamina eller slutförhör. Den bakteriologiska aspekten på sjukdomarnas uppkomst, behandling och förebyggande utgör där en naturlig del av den kunskap, som krävs av den studerande. Vid slutförhöret i klinisk epidemiologi ges emellertid ett lämpligt tillfälle att ägna särskild uppmärksamhet åt den studerandes kunskaper i klinisk bakteriologi, ty huvudparten av denna undervisning har då meddelats under medicin-, kirurgi- och epidemiologitjänstgöringarna. Då det kliniskt-bakteriologiska kunskapsstoffet är nära samhörigt med den kliniska epidemiologien, som i praktiken mer och mer blivit liktydig med de akuta infektionssjukdomarnas klinik, bör läraren i epidemiologi vid sin prövning av den studerandes kunskaper även pröva hans kunnighet i den kliniska bakteriologien.

Beträffande undervisningen i klinisk bakteriologi föreslog LS, att även den skulle skötas av professorn i bakteriologi. Därvid framhölls det som särskilt fördelaktigt, att läraren i bakteriologi genom löpande bakteriologiskt rutinarbete finge knytas till kliniken. Utvecklingen inom bakteriologien går emellertid nu alltmer bestämt i den riktningen, att den grundläggande vetenskapliga forskningen inriktar sig på mera teoretiska problem, såsom smittämnenas ultrastruktur, bakteriernas ämnesomsättning och deras olika enzym- och vitaminsystem, regleringen av deras tillväxtprocesser och de serologiska reaktionernas kemi. Bakteriologien har med andra ord utvecklat sig till en verklig mikrobiologi. Bakteriologiens kliniska sida har därigenom icke minskat i omfång eller betydelse. Snarare har den samtidigt utvecklats än mer än tidigare, eftersom de moderna, specifika behandlingsmetoderna med kemoterapeutika och antibiotika samt de vidgade möjligheterna till profylaktiska åtgärder gett bakteriologien en helt ny ställning inom medicinen. Bakteriologiens allmänna och kliniska delar är sålunda nu så omfattande, att de varken ur forsknings- eller undervisningssynpunkt kan förenas på en hand.

Särskilda lärare behövs således i klinisk bakteriologi.

Virologien undervisas för närvarande inom den allmänna och den kliniska bakteriologiens ram. Denna vetenskapsgren befinner sig emellertid i en synnerligen snabb utveckling, varför det i en framtid är troligt, att den relativa betydelsen av bakteriologi och virologi kommer att förändras. Den undervisning i virologi, som nu kan anses behöva meddelas inom den allmänna läkarutbildningens ram, förefaller dock icke kommittén att ännu ha nått den omfattning, att den för närvarande kräver särskilda lärare. Efter överläggningar med företrädarna för bakteriologi och virologi har kommittén kommit till den uppfattningen, att en undervisning i virologi på ca 5 timmar under kursen i allmän bakteriologi och ca 5 timmar i samband med den kliniska bakteriologien tills vidare skulle vara till fyllest. Dessa undervisningstimmar, som bör ingå i ovan redovisade, skall, där särskilda företrädare för virologien finns, meddelas av dem, men torde vid övriga lärosäten kunna ges av någon eller några av lärarna i bakteriologi. Kommittén förutsätter, att fakulteterna och kollegierna kommer att ägna frågan om virologiundervisningen en fortlöpande uppmärksamhet och därvid framlägga sådana förslag, som utvecklingen kan motivera.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag rörande bakteriologien innebär, att undervisningen inleds med en kurs i allmän bakteriologi. Denna kurs har ett omfång, som nära ansluter sig till den nuvarande kursen, och undervisningen i fråga torde således kunna tillgodoses med tillgängliga lärarkrafter. Beträffande den bakteriologiska institutionen i Stockholm finner dock kommittén, att dess personalstat är väsentligt svagare än de övriga institutionernas med hänsyn till att denna institution har att ta hand om nära dubbelt så stora kurser som de övriga. Institutionschefen har till kommittén meddelat det tämligen omfattande personalbehov, som enligt hans mening måste tillgodoses vid institutionens inflyttning i ny byggnad. Kommittén finner att hela denna personal icke omedelbart kan tillsättas med hänsyn till institutionens nuvarande begränsade lokaler men vill dock föreslå, att redan nu en tjänst som preparator inrättas vid institutionen.

Kommittén vill i detta sammanhang fästa uppmärksamheten på vikten av ändamålsenliga och tillräckliga institutionslokaler för bakteriologiundervisningen. Sålunda torde i *Uppsala* krävas en viss utbyggnad av den bakteriologiska institutionen, särskilt med hänsyn till den föreslagna undervisningen i klinisk bakteriologi. Institutionen i *Lund* förfogar enligt kommitténs mening icke över tillfredsställande utrymmen i sin nuvarande byggnad, och kommittén vill starkt understryka nödvändigheten av att en planerad nybyggnad av bakteriologiska institutionen där snarast kommer till stånd. I *Stockholm* förfogar bakteriologiska institutionen endast över några smärre undervisningslokaler i patologiska institutionen på karolinska sjukhuset. Sedan någon tid planeras en ny institutionsbyggnad för bakteriologi vid karolinska institutet, och kommittén finner med hänsyn till det stora elevantalet i Stockholm, att det är av synnerlig vikt att denna byggnadsfråga snarast bringas till sin lösning, vilket är en förutsättning för en ändamålsenlig undervisning i bakteriologi i Stockholm.

Som en andra del av bakteriologiundervisningen föreslår kommittén en tämligen omfattande undervisning i kli-

nisk bakteriologi i anslutning till de kliniska kurserna och främst då medicin- och kirurgikurserna. Denna undervisning ställer betydande krav på såväl högre som lägre lärarpersonal. Vad först den ordinarie lärarpersonalen beträffar har kommittén den uppfattningen, att en professur i klinisk bakteriologi bör finnas vid varje lärosäte. Med hänsyn till förefintliga institutioner och anordningen av de kliniskt-bakteriologiska undersökningarna vid de olika universitetssjukhusen föreligger emellertid icke möjlighet att nu inrätta sådana professurer vid samtliga lärosäten. I *Uppsala* och *Lund* finns inga särskilda bakteriologiska laboratorier vid universitetssjukhusen, utan universitetens bakteriologiska institutioner sköter jämväl sjukhusens rutinundersökningar. Med hänsyn till att på dessa orter någon institution för en ny professur således icke kan beredas, vill kommittén för närvarande icke föreslå inrättandet av en dylik tjänst vid dessa lärosäten. Då de nuvarande institutionernas lärarkrafter emellertid är otillräckliga för den ytterligare uppgift, som undervisningen i klinisk bakteriologi innebär, vill kommittén föreslå, att vid vardera institutionen tillsättes en laborator i bakteriologi. Det torde nämligen icke i nuvarande läge vara lämpligt att avdela någon viss lärare vid de bakteriologiska institutionerna i fråga att meddela undervisning i klinisk bakteriologi, utan undervisningen bör fördelas på de i varje fall lämpligaste personerna.

Vid allmänna sjukhuset i *Malmö* erfordras undervisning i klinisk bakteriologi under medicin- och kirurgikurserna samt vissa andra kliniska kurser med ca 60 timmar årligen. Vid sjukhuset finns en överläkare, som är föreståndare för sjukhusets patologiskt-bakteriologiska avdelning. Möjlighet föreligger således icke att för närvarande bereda en institution åt en professur i klinisk bakteriologi. Kommittén förutsätter emellertid, att spörsmålet om inrättandet av en sådan professur vid allmänna sjukhuset i Malmö upptas till förnyad prövning, när omorganisationen i samband med en uppdelning av det nuvarande laboratoriet i en patologisk och en bakteriologisk institution äger rum. För närvarande vill kommittén begränsa sig till att föreslå ett arvode på 3 000 kronor för undervisningen i klinisk bakteriologi vid allmänna sjukhuset i Malmö. Kommittén vill i detta sammanhang understryka angelägenheten av att nybyggnaden för klinisk bakteriologi vid sjukhuset färdigställes.

I *Stockholm* är uppdelningen av bakteriologiundervisningen på en allmän och en klinisk del med särskilda lärare redan inledd. Vid karolinska institutet finns en laborator i klinisk bakteriologi, som tillika är överläkare och chef för serafimerlasarettets kliniskt-bakteriologiska laboratorium. Vid karolinska sjukhuset finns också en särskild rutinavdelning för klinisk bakteriologi med en överläkare i klinisk bakteriologi. Professorn i bakteriologi disponerar emellertid ännu icke någon särskild institution utan sköter sin undervisning på karolinska sjukhuset, där han mot ett särskilt arvode tillika är förordnad som föreståndare för det kliniskt-bakteriologiska laboratoriet. En institution i bakteriologi planeras vid karolinska institutets teoretiska avdelningar på Norrbackaområdet, och denna beräknas bli uppförd inom en nära framtid. I samband med denna förflyttning av undervisningen i allmän bakteriologi bör professorns ställning som föreståndare för det kliniskt-bakteriologiska laboratoriet på karolinska sjukhuset omprövas. Kommittén vill för sin del föreslå, att professorn i allmän bakte-

riologi därvid befrias från föreståndarskapet för den kliniskt-bakteriologiska avdelningen vid karolinska sjukhuset. Samtidigt bör en professur i klinisk bakteriologi inrättas vid karolinska institutet och professorn förordnas som föreståndare för karolinska sjukhusets kliniskt-bakteriologiska laboratorium. Kommittén erinrar i detta sammanhang om att karolinska institutets lärarkollegium i remissutlåtande över motioner vid 1949 års riksdag om intensifierad undervisning och forskning beträffande folksjukdomarna (jfr SU 131) anförde, att det för ifrågavarande forskning skulle vara en fruktbärande anordning att upprätta en professur i klinisk bakteriologi och serologi med förläggning till karolinska sjukhuset och med lokaler i anslutning till sjukhusets centrallaboratorier.

Beträffande anordningen av undervisningen i klinisk bakteriologi för närvarande vill kommittén framhålla följande. Kommittén förutsätter, att laboratorn i klinisk bakteriologi vid serafimerlasarettet sköter undervisningen i ämnet på de kliniska kurser, som är förlagda till sjukhuset. Laboratorn torde även böra ge den undervisning i klinisk bakteriologi, som äger rum vid Sabbatsbergs sjukhus, dit senare serafimerlasarettets kliniker kommer att flyttas. Denna undervisning uppgår numera endast till ca 6 timmar årligen i samband med kurserna i obstetrik och gynekologi. Vid karolinska sjukhuset kan det enligt den av kommittén uppgjorda studieplanen beräknas, att undervisningen i klinisk bakteriologi kommer att kräva ca 80 timmars föreläsningar. Kommittén föreslår, att ett arvode på 4 000 kronor årligen beräknas för denna undervisning, vilken lämpligen kan skötas av överläkaren vid sjukhusets kliniskt-bakteriologiska laboratorium.

I *Göteborg* har professorn i allmän bakteriologi sina lokaler i samband med Sahlgrenska sjukhusets kliniskt-bakteriologiska laboratorier, men han har ingen skyldighet att delta i sjukhusets rutinarbete. För den kliniska bakteriologiens del finns vid Sahlgrenska sjukhuset tre tjänster, nämligen en föreståndare för det kliniskt-bakteriologiska laboratoriet, som tillika är prefekt för hela det bakteriologiska laboratoriet, samt vidare en laborator i klinisk bakteriologi och en överläkare i virologi. Kommittén kan med hänsyn till dessa förhållanden icke föreslå att en ordinarie lärarbefattning i professors ställning i klinisk bakteriologi omedelbart inrättas. Kommittén förutsätter emellertid, att organisationskommittén för medicinska högskolan i Göteborg beaktar behovet av en sådan tjänst och framlägger det närmare förslag, som kan föranledas härav.

Den kliniska bakteriologiundervisningen i samband med kurserna i klinisk epidemiologi torde, i den mån den ges av annan än ordinarie lärare i klinisk bakteriologi, böra ersättas från det arvode, som beräknas för undervisningen i klinisk epidemiologi med krigsepidemiologi.

Undervisningen i klinisk bakteriologi kräver dessutom lägre undervisningspersonal och teknisk personal. Med hänsyn härtill finner kommittén det nödvändigt, att varje avdelning förses med en förste amanuens. I Uppsala och Lund bör alltså denne befattningshavare placeras på de bakteriologiska institutionerna, vilket torde vara lämpligt med hänsyn till att dessa institutioner svarar för den kliniskt-bakteriologiska undervisningen vid respektive sjukhus. Kommittén föreslår vidare, att en ny laboratoriebiträdestjänst inrättas på samtliga orter med kliniskt-bakteriologisk undervisning med hänsyn till behovet av tekniskt biträde vid under-

visningen. Vid serafimerlasarettet, vars kliniskt-bakteriologiska avdelning icke är knuten till annan bakteriologisk institution, finner kommittén det vidare nödvändigt att en kanslibiträdestjänst inrättas.

Allmän bakteriologi

Tjänster	Nuvarande personal				Kommitténs förslag			
	U	L	S	G	U	L	S	G
Professor	1	1	1	1	1	1	1	1
Förste assistent	1	1	1	1	1	1	1	1
Förste amanuens	1	1	1	1	1	1	1	1
Tredje amanuens	2	2	2	1	2	2	2	1
Preparator	1	1		1	1	1	1	1
Institutionsvaktmästare (12 lgr)			1	1			1	1
Vaktmästare	1	1			1	1		
Laboratoriebiträde	2	2	1	1	2	2	1	1
Kanslibiträde				½				1
Kontorsbiträde	1	1	1	½	1	1	1	—
Steriliseringsbiträde (6 lgr)				1				1

Klinisk bakteriologi

Tjänster	Nuvarande personal		Kommitténs förslag					
	S Seraf.	G	U	L	M	S Seraf.	S KS	G
Laborator	1	1	1	1		1		1
Undervisning i klinisk bakteriologi (arvode)					3 000		4 000	
Klinisk amanuens		1						1
Förste amanuens			1	1	1	1	1	
Laboratoriebiträde		1	1	1	1	1	1	1
Kanslibiträde						1		

Tabellkommentar

En kanslibiträdestjänst och en kontorsbiträdestjänst vid medicinska högskolan i Göteborg är gemensamma för bakteriologiska och patologiska institutionerna.

Kostnadsberäkning

Uppsala. För klinisk bakteriologi tillkommer en laborator, en förste amanuens och ett laboratoriebiträde.

23 172 + 6 000 + 7 968 = 37 140 kr.

Lund. För klinisk bakteriologi tillkommer en laborator, en förste amanuens och ett laboratoriebiträde.

23 172 + 6 000 + 7 968 = 37 140 kr.

Malmö. För undervisning i klinisk bakteriologi vid Malmö allmänna sjukhus beräknas ett arvode på 3 000 kronor. En befattning som förste amanuens och en laboratoriebiträdestjänst inrättas.

3 000 + 6 000 + 7 968 = 16 968 kr.

Stockholm. Vid den bakteriologiska institutionen inrättas en tjänst som preparator. För biträde vid den kliniskt-bakteriologiska undervisningen på *serafimerlasarettet* föreslås en befattning som förste amanuens samt vardera en tjänst som laboratoriebiträde och kanslibiträde. För undervisning i klinisk bakteriologi på *karolinska sjukhuset* beräknas ett arvode av 4 000 kronor. Därjämte inrättas en befattning som förste amanuens och en laboratoriebiträdestjänst.

9 684 + 6 000 + 8 652 + 8 652 + 4 000 + 6 000 + 8 652 = 51 640 kr.

Göteborg. För bakteriologiska institutionen föreslås en hel i stället för en halv kanslibiträdestjänst. Härigenom kan en halv kontorsbiträdestjänst indragas (jfr patologi).

4 152 — 3 624 = 528 kr.

Summa 143 416 kr.

Kap. 21. PATOLOGI

Nuvarande undervisning

Ämnet patologi undervisas enligt nuvarande studieordning både till medicine kandidat- och medicine licentiatexamen. Enligt § 16 examensstadgan utgör "patologi, omfattande allmän patologi och bakteriologi" ett av ämnena i medicine kandidatexamen. Enligt § 17 skall den studerande före tentamen i allmän patologi genomgå "i patologi: praktiska övningar i allmän patologi och bakteriologi jämte obduktionsövningar". Bakteriologien behandlas i detta betänkande i ett särskilt kapitel.

Enligt examensstadgans § 19 utgör "patologisk anatomi, omfattande speciell patologisk anatomi" ett av ämnena i medicine licentiatexamen.

Före tentamen i patologisk anatomi skall den studerande enligt vissa provisoriska bestämmelser rörande medicine licentiatexamen genomgå och fullgöra tjänstgöring vid patologiska institutionen dels under den tid, då tjänstgöring samt assistenttjänstgöring fullgöres vid medicinsk klinik, dels ock ytterligare under två månader, till vilken sistnämnda tjänstgöring må efter kanslerns bestämmande kunna förläggas jämväl en kurs i patologisk anatomi när sådan lämpligen kan anordnas. (K. br. den 16 november 1923, den 30 april 1925, den 11 februari 1927, den 18 juli 1930 och den 20 september 1940.)

Ämnet patologi är således i nuvarande studieordning uppdelat i två ämnen, nämligen allmän patologi i medicine kandidatexamen och patologisk anatomi (speciell patologi) i medicine licentiatexamen. Vardera delen av ämnet representeras av särskild professur vid alla lärosäten.

Kursen i *allmän patologi* omfattar i *Uppsala* 80 timmars föreläsningar och 60 timmars obduktionsundervisning, i *Lund* 65 timmars föreläsningar jämte 20 timmars mikroskopi och 60 timmars obduktionsundervisning, i *Stockholm* 50 timmars föreläsningar och 64 timmars obduktionsundervisning och i *Göteborg* 70 timmars föreläsningar och 85 timmars obduktionsundervisning. Kursen i allmän patologi genomgås i allmänhet under femte studieterminen.

Undervisningen i *speciell patologi* är icke sammanförd till en sammanhängande tidsperiod. De studerande deltar under de två månadernas tjänstgöring i ytterligare patologi i obduktionsundervisningen vid den patologiska institutionen samt åhör i samband med sina kliniska tjänstgöringar och sin tentamensläsning i ämnet föreläsningar under växlande tidrymder. I *Uppsala* och

Lund ges av ämnesföreträdarna en översiktlig framställning av den speciella patologien under särskilda föreläsningsserier. Sålunda ger professorn i Uppsala under två terminer ca 130 timmars föreläsningar i ämnet. I Lund omfattar serien ca 75 timmars föreläsningar och sträcker sig över tre terminer med två månaders föreläsningar varje termin. I *Stockholm* omfattar professorns och prosektorernas föreläsningar sammanlagt 96 timmar årligen. I *Göteborg* har undervisning i speciell patologi påbörjats först under vårterminen 1952.

Tidigare diskussion

Kritik har riktats mot undervisningen i patologi, och särskilt har man vänt sig mot att den speciella patologien fått alltför stort omfång och ställt alltför stora krav på detaljkunskaper hos de studerande. Man har också framhävt att det vore olyckligt, att detta ämne ej kunnat ges en systematisk och sammanhängande framställning utan att de studerande i så stor utsträckning måst hänvisas till självstudier.

LS konstaterade inledningsvis, att utformningen av patologiundervisningen i Sverige saknade motsvarighet i de flesta länder. Vid utländska högskolor vore undervisningen i allmän och speciell patologi oftast sammanförd till ett enda ämne, och undervisningen däri skedde parallellt med de tidigare kliniska tjänstgöringarna. LS föreslog emellertid utan motivering, att uppdelningen i två ämnen skulle bibehållas.

Undervisningen i allmän patologi borde enligt LS avse att belysa de sjukliga processernas allmänna orsaker och organismens olika sätt att reagera mot desamma samt de följdtillstånd, dessa reaktioner medför. Den skulle således omfatta sjukdomslärans viktigaste grundbegrepp. Undervisningen i speciell patologisk anatomi skulle omfatta läran om de sjukliga förändringar, som ligger till grund för de speciella sjukdomarna. Den speciella patologien stode således i intimaste samband med samtliga kliniska ämnen, och den studerande måste äga vissa kunskaper i ämnet för att kunna tillgodogöra sig en mer avancerad klinisk undervisning.

Enligt LS borde kursen i allmän patologi omfatta 60—70 timmars föreläsningar och ta en tid av två till två och en halv månader. Därunder borde de studerande få undervisning i samband med obduktioner och därvid få praktisk övning i obduktionsteknik. Kursen borde komma tidigt innan de studerande började sina egentliga kliniska tjänstgöringar, och LS fann därför lämpligt föreslå, att kursen i allmän patologi förlades i samband med de propedeutiska kurserna under femte terminen. Det vore särskilt fördelaktigt, att de studerande härigenom samtidigt finge bevista översiktskurserna i medicin och kirurgi och därvid finge tillfälle att se en del vanliga sjukdomstillstånd demonstrerade med typiska sjukdomsfall.

Undervisningen i speciell patologi borde enligt LS ävenledes koncentreras till en kurs i ämnet, som borde ta en tid av tre månader, varunder samtliga obduktioner skulle bevistas, och omfatta omkring 65 föreläsningar. Endast det väsentliga av ämnet skulle genomgås, och sådana mer perifera områden, vilka endast omfattade för de kliniska specialämnena viktiga detaljer, skulle överlämnas åt speciallärarna att genomgås i anslutning till den kliniska undervisningen. Kursen i speciell patologi borde förläggas till ett relativt tidigt skede, så att undervisningen i patologi kunde utgöra en grundval för de kliniska studierna, och LS kritiserade i

detta sammanhang tendensen att förskjuta patologistudierna mot slutet av licentiatstudierna. Under de kliniska tjänstgöringarna borde de studerande närvara vid obduktioner av fall, som de haft beröring med i arbetet på kliniken. Kursen i speciell patologi förlades av LS till åttonde terminen mellan tjänstgöringarna i medicin och kirurgi.

Vid förslagets remissbehandling tillstyrktes allmänt en koncentration av undervisningen i speciell patologi i enlighet med de sakkunnigas förslag.

Eftersom LS förlade medicine kandidatexamen före de propeduetiska kurserna, kom i deras första förslag både kurserna i allmän och speciell patologi att tillhöra licentiatstudierna. I medicine licentiatexamen blev ämnet patologi representerat av två tentamina, nämligen i patologi efter kursen i allmän patologi och i patologisk anatomi efter kursen i speciell patologi. I sitt överarbetade förslag frångick LS denna anordning och överförde bland annat kursen och tentamen i allmän patologi till medicine kandidatexamen.

Ett värdefullt inlägg i diskussionen om patologiundervisningen har gjorts av professor C. G. Ahlström i Svenska Läkartidningen nr 18, 1947. Han framhäver där, att kunskapsfordringarna icke skall gälla inlärandet av betydelselösa anatomiska detaljer utan en klinisk patologi, där de anatomiska fakta ställts i relation till kliniken. Såväl mot nuvarande studieordning som mot LS förslag vill professor Ahlström rikta den anmärkningen, att patologiens samhörighet med de kliniska disciplinerna ej tillräckligt beaktats. I allmänna patologien bör de medicine studerande konfronteras med motsvarande kliniska sjukdomsfenomen och korrelera de patologiskt-anatomiska iakttagelserna med de kliniska, men detta är omöjligt med nuvarande studieordning liksom med den, som framlades i LS överarbetade förslag, ty enligt bägge undervisas allmän patologi före medicine kandidatexamen. Undervisningen i speciell patologi å sin sida ges enligt nuvarande studieordning för ett mycket heterogent auditorium med studerande i olika stadier av den kliniska utbildningen. Detta hindrar en planmässig uppläggning av undervisningen, och framför allt kan en korrelation mellan vad som avhandlas på de olika klinikerna och under föreläsningarna i speciell patologi endast tillfälligtvis komma till stånd. Pressade av sina kliniska tjänstgöringar får de studerande icke tid till studier av vare sig makroskopiska eller mikroskopiska preparat, och någon handledning från lärarnas sida kommer i regel icke till stånd. Inläsandet av ämnet tar därför en oproportionerligt lång tid i anspråk. LS förslag att lägga speciella patologien i en fristående kurs finner professor Ahlström icke lyckligt, därför att det på ett pedagogiskt olämpligt sätt bryter ut ämnet ur dess naturliga kliniska sammanhang.

Professor Ahlström framlägger härefter följande förslag till undervisningsplan i patologi. Ämnet bör bilda en enhet och inflätas i kliniken så långt möjligt, och undervisningen bör därför i sin helhet vara förlagd till tiden efter medicine kandidatexamen. Samtidigt som de propedeutiska studierna börjar med översiktskurser i medicin och kirurgi, inledes studiet av bakteriologien och allmänna patologien. Därvid skall undervisningen planläggas så att de allmänna sjukdomsfenomenen belyses samtidigt på klinikerna och under föreläsningarna i allmän patologi. Därefter bör undervisningen i speciell patologi omedelbart vidta. Den kan läggas upp systematiskt och begränsas till en rimlig tidrymd samt korreleras och inte-

greras med de fortsatta översiktskurserna i medicin och kirurgi. Invävd i denna kursmässiga och översiktliga genomgång av de båda kliniska ämnena skulle nämligen huvuddelen av undervisningen i speciell patologi kunna lämnas och ämnet i det väsentliga också inläsas. Om tyngdpunkten i de bokliga studierna under denna period kan läggas inom patologien, så bör tentamen i patologi kunna avläggas i slutet av det tredje, propedeutiska studieåret. Därför fordras emellertid en enhetlig planläggning av ämnets allmänna och speciella del, vilket kan ske genom att en och samma lärare ger bägge delarna. Härigenom kan en viss dubbelundervisning, som hittills ägt rum, undvikas, och den onaturliga klyvningen av ämnet upphävas. En tentamen i patologi för hela ämnet bör då införas. I praktiken skall således den ene av professorerna i patologi ta höstterminens studenter och följa dem fram till tentamen i hela ämnet patologi, medan den andre professorn på samma vis leder undervisningen för vårterminens studenter. Professor Ahlström slutar med att framhålla, att de delar av patologien, som faller utanför medicin och kirurgi, bör integreras med motsvarande kliniska disciplin, t. ex. gynekologi och neurologi.

Kommittén

Utformningen av undervisningen i patologi i den nuvarande studieordningen är enligt kommitténs mening icke tillfredsställande. Den kritik, som riktats mot patologiundervisningen, är i åtskilliga avseenden berättigad och bör tas som utgångspunkt för en djupgående omprövning av läroämnets omfång, förläggning i studieplanen och förhållande till de kliniska ämnena. Kommittén delar härvidlag de av professor Ahlström framförda synpunkterna.

Det är särskilt tre omständigheter, som kommittén anser riktningsgivande för det slutliga ställningstagandet.

Den första är den intima samhörigheten mellan den allmänna och den speciella patologien, vilka i själva verket bör uppfattas som ett enda ämne. De flesta moderna läroböcker på detta område, t. ex. professor H. Bergstrands svenska lärobok i patologi, särskiljer dem icke, och i praktiskt taget alla andra länder än Sverige undervisas och examineras den allmänna och speciella patologien som ett ämne. Sakligt sett är den speciella patologien en direkt fortsättning och påbyggnad av den allmänna patologien, men den senare fordrar för sitt studium en exemplifiering ur den förras lärostoff. Detta har lett till att kursen i allmän patologi i allmänhet redan omfattat större eller mindre delar av den speciella patologien. Den allmänna och den speciella patologien bör således undervisas och examineras som ett enhetligt planlagt ämne, där undervisningen leds av en och samme lärare.

Den andra omständigheten, som måste beaktas, är patologiens nära samhörighet med de kliniska ämnena. Patologien skall icke undervisas som ett helt fristående ämne utan som ett kliniskt inriktat ämne, som ständigt ställs i relation till patienternas sjukdomsbilder. Patologien bör med andra ord i görligaste mån samordnas och integreras med de kliniska ämnena, särskilt de grundläggande medicin och kirurgi. Patologien bör således icke undervisas på det prekliniska stadiet, utan dess studium bör infalla under de kliniska studierna och påbörjas samtidigt med dem.

Den tredje omständigheten av betydelse är att patologien på ett sätt utgör

en naturlig grundval för de kliniska studierna. Att, som nu ofta sker, förlägga det huvudsakliga studiet och tentamen i speciell patologi till studiernas sista skede är därför i högsta grad olämpligt. Å andra sidan gör, såsom redan klarlagts, patologiens nödvändiga kliniska anknytningar, att den icke kan förläggas helt före de kliniska studierna. Slutsatsen av dessa överväganden måste bli, att de grundläggande och väsentliga partierna av patologien bör undervisas och tenteras under de kliniska studiernas inledande skede, men att patologiundervisningen även därefter måste ingå som ett moment i den löpande kliniska undervisningen.

Med utgångspunkt från de nu redovisade förutsättningarna har kommittén kommit fram till följande förslag till undervisning i patologi. Undervisningen bör ske i form av föreläsningar, i vilka nödiga demonstrationer av mikroskopiska preparat bör ingå, obduktionsdemonstrationer och s. k. patologikonferenser.

I fråga om föreläsningarnas antal föreslog LS 60—70 föreläsningar i allmän patologi och omkring 65 föreläsningar i speciell patologi, dvs. 125—135 föreläsningar i hela ämnet. Med den enhetliga uppläggning av ämnet, som kommittén föreslår, torde en viss, i det tidigare förslaget oundviklig dubbelundervisning kunna undvikas, vilket torde berättiga till en minskning i föreläsningsvolymen med ett tiotal timmar. Även med denna reduktion synes antalet föreläsningar i LS förslag dock vara något för omfattande. Det nu framlagda förslaget medför vidare en koncentration av hela undervisningen till en sammanhängande tidsperiod, vilket i och för sig leder till en viss undervisningsvinst. Vid bestämningen av de katedrala föreläsningarnas antal får även den synnerligen värdefulla obduktionsundervisningens volym beaktas. Vid kommitténs överläggningar med ämneslärarna har vidare de flesta av dem förordat ett lägre antal föreläsningstimmar. Kommittén vill således föreslå, att föreläsningarna i patologi i den nya undervisningsplanen anges till ca 110 och att de ges under det tredje, propedeutiska studieåret. Uppdelningen av föreläsningarna på den allmänna och den speciella delen av ämnet ankommer på lärarna. Kommittén vill föreslå att 40—50 föreläsningar ägnas åt den förra delen och 60—70 föreläsningar åt den senare.

De studerande bör bevista obduktionsdemonstrationerna under den tid, då de åhör föreläsningarna i patologi. Med den uppläggning av det propedeutiska året, som kommittén föreslår, kan det beräknas, att dessa föreläsningar kommer att ges under cirka sex av årets åtta studiemånader. Med demonstration av obduktion tre dagar i veckan under cirka tjugofem studieveckor skulle ca 75 timmars sådana demonstrationer kunna beräknas, om en demonstration tar 1 timme för den studerande. Vid varje obduktionstillfälle skall de studerande i tur och ordning assistera vid obduktionerna, så att en viss undervisning i obduktionsteknik på detta sätt meddelas dem.

Under medicin- och kirurgiterminerna bör de studerande obligatoriskt bevista s. k. patologikonferenser. Sådana konferenser kan ordnas på olika sätt. En typ av konferenser kan ansluta sig till det pågående sjukhusarbetet, såsom när patologen sammanställer veckans obduktionsfall och i anslutning till makro- och mikroskopiska preparat diskuterar dem med klinikerna, varvid också anslutande översiktliga framställningar av olika ämnesområden eller sjukdomar kan ges.

En annan möjlighet är att läraren i

patologi i samråd med den kliniske läraren utväljer ett ämne, som ansluter sig till den pågående kliniska undervisningen. Vid konferensen kan en eller flera kliniker delta. Konferensen inleds lämpligen av patologen, som översiktligt och med demonstrationsmaterial från obduktion, museipreparat och mikroskopiska snitt klargör de patologiska synpunkterna på sjukdomstillståndet i fråga. Klinikerna får sedan eventuellt i anslutning till patientdemonstrationer framlägga sina synpunkter, och en diskussion mellan patolog och kliniker bör komma till stånd.

En tredje möjlighet är att den kliniskt-patologiska konferensen anordnas kring en flera dagar före konferensen utsänd stencilerad sjukhistoria, där likväl sådana undersökningsresultat, som direkt ger diagnosen, har blivit utelämnade. Därigenom får alla deltagare möjlighet att på förhand sätta sig in i sjukhistorien och eventuellt göra en egen preliminär diagnos. Vid konferensen redogör klinikchefen eller någon av hans medarbetare på respektive klinik (medicin, kirurgi, pediatrik, gynekologi etc.) i korta drag för sjukhistorien, varefter ordet förklaras fritt för diskussion och kompletterande frågor. En sådan konferens ställer givetvis stora krav på patologens kliniska kunnande och förmåga att vidmakthålla spänningen, men framställningen kan bli mycket givande med hela auditoriet som medverkande. Till slut ger patologen en redogörelse för obduktionsresultatet och den patologiska diagnosen, varefter en diskussion om orsaken till vissa symtom, förklaringsförsök till oväntade resultat etc. följer. Det är givet att dylika konferenser med stor fördel också kan ordnas kring alltjämt inneliggande patienters sjukhistorier, därest resultatet av någon provexcision eller en speciell fysiologisk eller kemisk undersökning ställt sjukhistorien i ny belysning. Konferenser av dessa typer bör förläggas till kliniken, men om patienter ej skall demonstreras, kan konferenserna givetvis också ske på patologiska institutionen. Det väsentliga är, att klinikerna deltar i dem.

Läraren i patologi bör organisera nu berörda konferenser, som således kan få ganska olika utformning vid olika tillfällen, men klinikerna skall alltid medverka, så att studenterna får patologien framställd i direkt relation till kliniken och därigenom når en djupare förståelse av ämnet. Två timmar torde få avsättas till en konferens, även om den inte alltid skulle ta en så lång tid. Denna undervisning får en lämplig omfattning, om den anordnas en gång varannan vecka under medicin- och kirurgiterminerna. På vardera terminen skulle då falla 10 konferenser om vardera 2 timmar, dvs. sammanlagt 40 timmar patologikonferenser under det fjärde studieåret. Patologikonferenserna ingår flerstädes och särskilt i Förenta staterna regelbundet i den medicinska undervisningen och, enligt vad kommittén inhämtat, har de prövats med gott resultat även på flera håll i vårt land. Kommittén håller före, att sådana konferenser kommer att utgöra en värdefull förstärkning av undervisningen i patologi och i de kliniska ämnena. Särskilt kan framhållas de rika tillfällen till integration av kunskapsstoffet, som skapas på detta sätt och som utan tvivel kan ge den studerande levande och lättbevarade minnesbilder av väsentliga delar av den patologiska anatomien.

I studieplanen bör undervisningen i patologi inordnas på följande sätt. Det tredje, propedeutiska studieåret inledes med patologi och bakteriologi. Bakteriologien fullföljes under de två första månaderna av året, medan patologien fortsätter under hela första terminen

om fyra månader. Under denna tid torde ca 70 föreläsningar och 50 obduktionstimmar kunna medhinnas, varigenom den allmänna delen av ämnet och en del av den speciella patologien torde ha avhandlats. Samtidigt åhör de studerande den kliniska introduktionskursen med översiktsföreläsningar i medicin och kirurgi samt genomgår undervisning i kliniska undersökningsmetoder. Under den andra terminen pågår den kliniska propedeutundervisningen. Undervisningen i patologi fortsättes nu, så att de återstående 40 föreläsningarna ges under andra terminens två första månader, medan obduktionsundervisningen pågår som förut med ca 25 timmar under de två månaderna.

Med denna undervisningsgång skulle ämnets grundläggande och väsentliga delar ha genomgåtts under tillhopa sex månader med en sammanlagd undervisningstid av 185 timmar. Enligt kommitténs mening bör *en* lärare leda undervisningen i patologi för en viss given kurs studerande, dvs. leda undervisningen av både den allmänna och den speciella delen av ämnet. Kommittén anser det vara ett väsentligt krav, att läraren i patologi samordnar sin undervisning i görligaste mån med den propedeutiska, kliniska undervisningen i samråd med de kliniska lärarna i avsikt att ge patologien en klinisk prägel. Så långt möjligt anordnas patientdemonstrationer, anslutande till den patologiska undervisningen. I sin strävan att på detta sätt praktiskt levandegöra patologistudiet kan läraren i möjligaste mån rensa bort ur undervisningen oväsentligheter, speciella anatomiska detaljer och patologiska rariteter för att koncentrera sig på de grundläggande och kliniskt viktiga sjukdomstillstånden.

Demonstration av de patologiska organförändringarna på histologiska snitt bör ingå som en del av den fortlöpande undervisningen och icke koncentreras i särskilda kurser. Om prov på preparatkännedom framdeles skall ingå i tentamen, vilket förefaller kommittén tveksamt, bör kunskapskraven icke omfatta annat än huvudtyperna av patologiska vävnadsbilder och icke, som understundom skett, avse en detaljkunskap om de flesta av den speciella patologiens sjukdomsbilder. Obduktionsundervisningen skall avse att för de studerande demonstrera organens patologiska förändringar vid olika sjukdomstillstånd.

Undervisning i obduktionsteknik bör, som framhållits, meddelas genom att de studerande i tur och ordning får assistera vid obduktionerna, och de får därvid inför obduktionsledaren lära sig redogöra för de väsentliga fynden. Däremot torde obduktionsprov icke böra ingå i tentamen i patologi. Den för vissa lasarettsunderläkare viktiga kunskapen i obduktionsteknik, som är en specialutbildning, kan de studerande, som önskar en djupare sådan kunskap, lämpligen tillägna sig dels under förordnanden såsom extra ordinarie amanuenser vid patologiska institutionen, dels under ett senare skede av licentiatutbildningen. Kommittén avser därvid en möjlighet för de studerande att av assistenttjänstgöringstiden reservera den valfria kliniska perioden om två månader till patologien, som bl. a. med hänsyn till betydelsen av specialutbildning i patologi för underläkare vid vissa sjukhus i detta hänseende bör inordnas under den kliniska ämnesgruppen.

Undervisningen i dess helhet skall således syfta till att ge de studerande en patologisk-anatomisk grundval för deras kliniska studier men icke att ge dem en specialpatologisk utbildning. Undervisningen bör uppläggas så, att de studerande efter sex månaders un-

dervisning, varunder de läst ämnet jämsides med kursen, kan avlägga tentamen i patologi under det propedeutiska årets sjunde eller åttonde månader eller strax efter dess slut. Tentamensämnet bör benämnas patologi och utgöra ett ämne i medicine licentiatexamen.

Vid de diskussioner om undervisningen i patologi, som kommittén fört med ämneslärarna, har några av dem ställt sig tveksamma till den tidiga förläggningen av tentamen i patologi. Med i övrigt samma uppläggning av undervisningen, som den kommittén förordat, har de velat att tentamen i patologi först skall få avläggas, när de studerande åhört konferenserna i patologi. Tentamen skulle då infalla någon gång efter kurserna i medicin och kirurgi, alltså under de övriga kliniska kurserna. Som skäl för en sådan anordning har anförts, att de studerande icke skulle ägna konferenserna i patologi tillbörlig uppmärksamhet, om de visste, att undervisningen inte kontrollerades i tentamen, samt att större klinisk mognad skulle vinnas. I valet mellan de båda alternativen för tentamens förläggning har kommittén emellertid velat förorda anordningen med en relativt tidig kunskapskontroll i ämnet. Därest tentamen bleve förlagd till ett senare stadium, skulle de studerande icke få de väsentliga delarna av patologien inlästa före de viktiga kliniska kurserna, vilket skulle vara en pedagogisk försämring av kommitténs förslag. Kommittén känner sig slutligen förvissad om att särskilt konferenserna i patologi kommer att tilldra sig ett livligt intresse från de studerandes sida oavsett deras förläggning i förhållande till tentamen.

Patologiundervisningen är enligt kommitténs förslag således icke avslutad med kursen i patologi och tentamen i ämnet. Det förutsättes, att de studerande under medicin- och kirurgikurserna i förekommande fall bevistar obduktionerna på patienter, som tilldelats dem på kliniken. För att ge läraren i patologi tillfälle att även under medicin- och kirurgikurserna belysa sjukdomstillståndens patologiska korrelat bör enligt kommitténs mening fortlöpande anordnas de tidigare skildrade patologikonferenserna. Denna undervisning får en lämplig omfattning med 20 timmar, fördelade på 10 konferenser, under medicinterminen och lika lång tid under kirurgiterminen, eller sammanlagt 40 timmar under det fjärde studieåret. Enär tentamen i patologi avlagts tidigare, bör denna undervisning, som enligt vad som tidigare framhållits kommer att nära ansluta sig till den kliniska undervisningen, icke avslutas med särskilt förhör utan ingå i klinikundervisningen och kontrolleras i vederbörande kliniska tentamen.

De delar av patologien, som hör samman med de kliniska specialämnena, meddelas lämpligen i samband med dessa ämnen. Viktigast torde här vara den pediatriska patologien, den obstetrisk-gynekologiska patologien och neuropatologien. Lärarna i pediatrik, obstetrik-gynekologi, neurologi, psykiatri och neurokirurgi bör samråda med lärarna i patologi om denna undervisning, som antingen kan ges av ämneläraren eller av patologen. Om så befinnes lämpligt, kan en av lärarna i patologi ge någon timmes undervisning under ifrågavarande kurs om de viktigaste patologiska problemen i ämnet, helst i form av konferenser eller i anslutning till demonstration av obduktioner. En stark begränsning av denna undervisning är dock lämplig, eftersom det här rör sig om specialproblem. Kunskapskontrollen bör ske i samband med tentamen i respektive ämne.

Kommittén är medveten om att den nu föreslagna anordningen av patologi-

undervisningen ställer stora krav på samarbetsvilja hos lärarna i patologi och i kliniska ämnen. Å andra sidan torde det vara en allmän önskan att undervisningen i patologi intimt knytes an till den kliniska undervisningen. Åtgärder av den art, som kommittén föreslagit, torde vara de enda möjliga när det gäller att förverkliga denna tanke.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag rörande patologiundervisningens ordnande innebär en väsentlig omläggning med en viss tidsmässig koncentration av undervisningen och en omfördelning av undervisningsuppgifterna mellan de olika professurerna. Eftersom enligt kommitténs förslag samtliga ordinarie lärare skall undervisa i både allmän och speciell patologi, vill kommittén föreslå, att professurernas benämning överallt ändras till professurer i patologi.

I *Lund-Malmö* bör vid ett förverkligande av kommitténs förslag den ena professuren flyttas från Lund till Malmö. En av professurerna i Lund befinner sig för närvarande under tillsättning. Som villkor för den blivande innehavaren har Kungl. Maj:t föreskrivit, "att i kungörelsen om ledigförklarande av professuren i allmän patologi och patologisk anatomi vid nämnda universitet skall intagas förbehåll om skyldighet för blivande innehavare av densamma att underkasta sig de förändringar med avseende å professurens ämnesomfattning och undervisningens förläggning, som Kungl. Maj:t kan finna lämpligt föreskriva". I samband med en föreslagen förflyttning till Malmö måste professuren beredas en särskild institution. Kommittén, som finner en sådan uppdelning av undervisningen oundgängligen nödvändig med hänsyn till att den kliniska undervisningen redan delats på de två lärosätena, har vid sina anslagsberäkningar förutsatt, att en sådan institution inom en nära framtid kommer till stånd. Malmö stad har beslutat bygga en ny avdelning för patologi, som för närvarande projekteras. Denna avdelning torde kunna komma att tjäna som patologisk institution. Under en övergångstid torde möjligheter finnas att bereda plats för undervisningen i provisoriska lokaler, vilka beräknas bli tillgängliga i samband med bl. a. det pågående uppförandet av en central laboratoriebyggnad för allmänna sjukhuset i Malmö.

Vid beräkning av den undervisningsvolym, som enligt kommitténs förslag kommer att vila på varje patologisk institution, har kommittén funnit att de nuvarande ordinarie lärarna icke längre är tillfyllest för undervisningen vid flera institutioner. Kommittén föreslår därför, att det för varje terminsgrupp studerande beräknas en professor och en prosektor i patologi. Detta innebär, att en prosektorstjänst i patologi bör inrättas vid patologiska institutionen i *Uppsala*, i *Malmö*, vid Sabbatsbergs sjukhus i *Stockholm* och i *Göteborg*. Med hänsyn till att den ordinarie personalen vid sabbatsbergsinstitutionen trots den av kommittén föreslagna utökningen med en prosektor dock är mindre än motsvarande institution vid karolinska sjukhuset, finner kommittén det nödvändigt att föreslå ett arvode till en biträdande lärare på Sabbatsberg.

För Stockholms del kräver dessutom det stora antalet studerande att obduktionsdemonstrationerna försiggår för mindre grupper än hela antalet studerande vid institutionerna. Kommittén föreslår därför, att arvoden beviljas för biträdande lärare i patologi med uppgift att leda obduktionsdemonstrationer vid andra sjukhus än undervisnings-

sjukhusen. Efter diskussion med ämneslärarna har kommittén funnit lämpligt föreslå, att de studerande vid karolinska sjukhusets patologiska institution dessutom får möjlighet att bevista obduktionerna vid S:t Eriks sjukhus, vilken anordning redan existerar. För dessa studerande bör dessutom finnas tillfälle att bevista obduktionerna vid serafimerlasarettet, där den för sjukvårdens del mot arvode anställde prosektorn liksom hittills även bör få ett undervisningsarvode. De studerande vid den patologiska institutionen på Sabbatsbergs sjukhus bör på liknande sätt beredas tillfälle att bevista obduktionerna vid S:t Görans sjukhus och vid södersjukhuset, för vilket ändamål kommittén föreslår särskilda arvoden till överläkarna vid vederbörande patologiavdelningar för deras arbete som biträdande lärare i patologi.

Vid beräkning av arvodena för de biträdande lärarna för deras obduktionsundervisning, liksom också när det gäller att beräkna omfattningen av obduktionsundervisningen vid de patologiska institutionerna, vill kommittén efter samråd med ämneslärarna föreslå, att en obduktionsdemonstration för läraren beräknas som två undervisningstimmar. Förhållandet motiveras dels av demonstrationens längd, dels av att obducenten även under själva obduktionen får handleda ett par av de studerande, som biträder vid obduktionen och därvid undervisas i obduktionsteknik.

Vid förflyttningen av en av professurerna i Lund till Malmö bör lägre undervisnings- och teknisk personal fördelas på de båda professurerna. Den för Malmö föreslagna personalen blir emellertid otillräcklig när ny institutionsbyggnad färdigställts. Då så skett bör därför komplettering av personalen ske med vissa tjänster, nämligen en befattning som förste amanuens och en tjänst som preparator. Principbeslut härom bör redan nu fattas. Den patologiska institutionen vid Sabbatsbergs sjukhus är ifråga om lägre undervisnings- och teknisk personal underdimensionerad, varför en förstärkning blir nödvändig där.

Tjänster	Nuvarande personal				Kommitténs förslag					
	U	L	S	G	U	L	M	Sthlm Sabb.	Sthlm KS	G
Professor	1 1	1 1	1 1	1 1	2	1	1	1	1	2
Prosektor	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2
Biträdande lärare		5 000 (Malmö)	10 000 3 600					19 500	15 000	
Förste assistent	1 1	1 2 (Malmö 1)	1	1 1	2	1	1	1	1	2
Andre assistent	1	1		1	1	1				1
Förste amanuens	1 1	1	2 2	1	2	1		2	2	1
Tredje amanuens	1	1	2	1	1	1			2	1
Preparator	1	1	1	1	1	1		1	1	1
Maskinist (13 lgr)	1				1					
Inst.vaktm. (14 lgr)	1	1			1	1				
» (12 lgr)			2	1			1	1	2	1
Vaktmästare	1				1					1
Laboratoriebiträde	3	1 2	1 3	1 1	3	2	1	1	3	3
Kanslibiträde	1	1	1 1	½	1	1	1	1	1	1
Kontorsbiträde				½						—
Ekonomibiträde				2						2
Handräckningsarbete			2 400						2 400	

Tabellkommentar

De nuvarande tjänsterna har i tabellen fördelats på avdelningarna för allmän, respektive speciell patologi, i den mån de enligt regleringsbrev eller andra föreskrifter redovisats på detta sätt. Kolumnernas vänstra hälft avser sålunda avdelningarna för allmän patologi.

Den i kolumnen för Uppsala universitet redovisade maskinisttjänsten i Ca 13 må icke återbesättas utan Kungl. Maj:ts medgivande.

I kolumnen för Lund avser arvodet till biträdande lärare, 5 000 kronor, undervisning i speciell patologi i Malmö. Av de två förste assistenterna i speciell patologi är en placerad i Malmö.

Av det i kolumnen för Stockholm upptagna beloppet till biträdande lärare i allmän patologi skall enligt gällande bestämmelser utgå arvoden på 5 000 kronor till envar av två lärare. Arvodet på 3 600 kronor utgår till prosektor vid serafimerlasarettet för undervisning i patologi. Professuren och laboraturen i radiopatologi i Stockholm samt en tjänst som laboratoriebiträde vid radiopatologiska institutionen där har lämnats utanför redovisningen.

Den för patologiska institutionen i Göteborg upptagna kanslibiträdestjänsten är gemensam för patologiska och bakteriologiska institutionerna och redovisas med hälften på vardera institutionen. Samma gäller kontorsbiträdestjänsten.

Kostnadsberäkning

Uppsala. En prosektor tillkommer. 23 172 kr.

Lund. En tjänst som förste assistent indrages. Ett av laboratoriebiträdena överflyttas till den patologiska institutionen i Malmö.
En kostnadsminskning med 12 000 + 7 968 = — 19 968 kr.

Malmö. En prosektor tillkommer, varvid nuvarande arvode till biträdande lärare indrages. Vidare inrättas en befattning som institutionsvaktmästare i 12 lönegraden och en befattning som kanslibiträde. Såsom ovan anförts föreslås dessutom att ett av laboratoriebiträdena i Lund placeras vid institutionen i Malmö.
23 172 — 5 000 + 8 280 + 7 968 + 7 968 = 42 388 kr.

För utrustning av en patologisk institution i Malmö krävs vidare relativt betydande medel i form av engångsanslag. Kommittén har från ämnesrepresentanterna i Lund mottagit en preliminär kalkyl över det uppskattade nyanskaffningsbehovet, upptagande ett belopp av ca 320 000 kronor. Med hänsyn till att institutionsfrågan ännu icke är definitivt löst och att utrustningsfrågan torde komma att lösas i den särskilda ordning, som betingas av gällande avtal mellan staten och Malmö stad, har kommittén icke ansett sig böra redovisa särskild anslagsberäkning för ändamålet.

Stockholm.

Sabbatsbergs sjukhus. En prosektor och en förste assistent tillkommer. Vidare tillkommer en preparator och en institutionsvaktmästare i 12 lönegraden.

Med hänsyn till att undervisningsvolymen, vilken avser hälften av årsintaget studerande, blir lika stor som på karolinska sjukhuset, beräknas arvodet för en biträdande lärare vid Sabbatsbergs sjukhus till 4 500 kronor. För obduktionsundervisningen på S:t Görans sjukhus och södersjukhuset, dit grupper om cirka tjugo studenter från sabbatsbergsinstitutionen bör hänvisas, beräknas två arvoden på vardera 7 500 kronor enligt samma grunder som redovisats beträffande serafimerlasarettet och S:t Eriks sjukhus.

24 408 + 12 000 + 9 684 + 9 000 + 4 500 + 15 000 — 10 000 = 64 592 kr.

Karolinska sjukhuset. Arvoden beräknas för biträdande lärare för handledning av de studerande vid obduktioner å serafimerlasarettet (för närvarande 3 600 kronor) och S:t Eriks sjukhus på vardera 7 500 kronor (150 timmar × 50 kronor), tillhopa 15 000 kronor. Härvid förutsättes, att av karolinska sjukhusets ca 60 studerande, två grupper om vardera cirka tjugo studenter erhåller sin obduktionsundervisning på här berörda sjukhus.

15 000 — 3 600 = 11 400 kr.

Göteborg. En prosektor, ett laboratoriebiträde och en vaktmästare tillkommer. Därjämte föreslås, att institutionen tilldelas en hel kanslibiträdestjänst, varvid en halv kontorsbiträdestjänst kan indragas (jfr bakteriologi).

23 796 + 8 304 + 7 944 + 4 152 — 3 624 = 40 572 kr.

Summa 162 156 kr.

Kap. 22. FARMAKOLOGI

Nuvarande undervisning

Enligt examensstadgan utgör farmakologi ett ämne i medicine kandidatexamen. Därom sägs följande:

§ 16: — — — e) *farmakologi,* omfattande farmakodynamik och receptskrivningslära samt härför nödig kunskap i svenska farmakopén; — — —

§ 17: — — — i *farmakologi:* undervisningskurs med demonstrationer samt övningar i receptskrivning; — — —

§ 23: Vid ansökan om medicine licentiatexamen skola fogas: — — — 4) intyg av vederbörande om nödig kännedom om anordningar inom apotek i allmänhet ävensom de allmänna grunder, enligt vilka tillsyn å apotek bör utövas och undersökning därav verkställas; — — —

Kursen i farmakologi är för närvarande förlagd till femte terminen. I *Uppsala* pågår undervisningen för medicine studerande ca tre månader och omfattar dels 75 föreläsningar, varav upp till 10 timmars demonstrationer och 10 timmars förhör, dels 10 laborationer. Dessutom håller en docent 25—30 föreläsningar. Utöver undervisningen för medicine studerande har minst en gång om året en föreläsningsserie i klinisk farmakologi givits för medicine kandidater. I *Lund* pågår kursen två till två och en halv månader med 8 föreläsningar i veckan av professorn, 4 av laboratorn samt 4—6 av docent respektive förste assistent, dvs. tillhopa ca 150 föreläsningar. Demonstrationer äger rum dels under föreläsningarna, dels å särskilda tider. Till

undervisningen hör 4—6 skriftliga examinationer. För äldre medicine kandidater ges 4 timmars föreläsningar i ekonomisk läkemedelsförordningslära. I *Stockholm* tar kursen en tid av två och en halv till tre månader samt omfattar 78 timmars föreläsningar och 20—25 timmars laborationer. I *Göteborg* tar kursen tre och en halv till fyra månader och därvid åhör de studerande 110 timmars föreläsningar och deltar i ca 30 timmars demonstrationer och laborationer samt ca 10 timmars receptskrivningsövningar.

Tidigare diskussion

Sedan lång tid har vid åtskilliga tillfällen kritik riktats mot farmakologiundervisningens organisation. Därvid har i första hand framhävts det olämpliga i att all undervisning i ämnet är förlagd före medicine kandidatexamen, dvs. till en tidpunkt då de studerande ännu icke har några kliniska kunskaper och därför icke kan till fullo tillgodogöra sig undervisningens terapeutiska aspekter. Kritiken har som regel utmynnat i krav på en uppdelning av ämnet i en mera teoretiskt och en mera kliniskt betonad del.

LS anförde i sitt första betänkande, att farmakologien genom den senare tidens stora framsteg inom farmakodynamiken och i samband därmed även av läkemedelsindustrien kommit att inta en annan ställning än tidigare. Läkarna komponerade icke i samma grad som förr egna recept utan ordinerade i stor utsträckning specialiteter. Läkaren måste emellertid alltjämt ha så pass stor kunskap i farmakodynamik och farmakoterapi, att han kunde bilda sig en klar uppfattning om den vetenskapliga och praktiska grunden för sina ordinationer och om de olika specialiteternas kliniska värde. De studerande måste även göras förtrogna med receptskrivning och till en viss grad med läkemedelsberedning, bl. a. därför att kostnaderna för läkemedel ofta vore beroende av det sätt, på vilket de förskreves.

LS instämde vidare i den tidigare kritiken av farmakologiundervisningens tidsmässiga förläggning i studierna och i kravet på en uppdelning av ämnet. LS föreslog därför, att ämnet skulle delas i en kurs i farmakologi och en kurs i farmakoterapi.

Kursen i *farmakologi* borde enligt LS omfatta en systematisk framställning av det väsentligaste inom farmakodynamiken och farmakoterapien, vilken framställning borde grunda sig på en farmakodynamisk indelning av ämnet, en allmän översikt över de vanliga läkemedlens beredning samt undervisning i receptskrivning. De delar av den farmaceutiska kemien, som hörde naturligt samman med farmakologien, borde föras över hit från kursen i medicinsk kemi. I kursen borde även ingå de delar av statsmedicinen, som berörde farmakologien, såsom apoteksvarustadgan, giftstadgan, specialitetsbestämmelserna m. m. Däremot borde examensstadgans § 23 om intyg rörande kännedom om anordningar inom apotek m. m. utgå. De studerande borde dock under kursen få tillfälle att besöka och ta del av arbetet på ett apotek och i samband därmed få den undervisning om hithörande förhållanden, som kunde anses nödvändig för den allmänna läkarutbildningen. I kursen borde ingå laborationer, varigenom de studerande skulle få tillfälle att i högre grad än dittills göra egna iakttagelser, vilket skulle öka möjligheterna till förståelsen av ämnet. En del av försöken skulle med fördel kunna utföras på de studerande själva. Ett förslag till ämnen för en sådan laborationsserie bifogades.

Enligt LS borde den grundläggande kursen i farmakologi förläggas till tredje studieåret och såvitt möjligt i samband med översiktskurserna i medicin och kirurgi. Därigenom skulle den fördelen vinnas, att de studerande när de deltoge i undervisningen i farmakologi, ägde vissa kliniska kunskaper. Kursen, som med halvdagsarbete borde ta två till tre månader i anspråk, skulle omfatta ca 65 timmars föreläsningar och anslutande laborationer. Kursen skulle avslutas med förhör.

Om undervisningen i *farmakoterapi* yttrade LS, att den dittills meddelats av den kliniske läraren i samband med dennes framställning av de olika sjukdomarna. I praktiken hade det emellertid visat sig, att denna undervisning icke bleve till fyllest och bl. a. bleve splittrad och mindre systematisk. Särskilda terapikurser hade därför föreslagits bl. a. av Svenska föreningen för invärtes medicin. LS ansåg för sin del, att en särskild kurs i farmakoterapi borde ges. Kursen, vartill ett detaljerat ämnesförslag bifogades betänkandet, borde omfatta en repetition av farmakodynamiken och farmakoterapien, varvid undervisningen borde utgå från de olika sjukdomsgruppernas behandling, samt toxikologi, detta särskilt med tanke på den ökade betydelse som förgiftningar inom olika former av yrkesarbete kommit att få. Under kursen borde även meddelas undervisning i läkemedelsekonomi, såsom olika specialiteters pris m. m.

Kursen i farmakoterapi borde enligt LS förläggas under trettonde studieterminen samtidigt med den avslutande tjänstgöringen i medicin. Kursen, som skulle ledas av en utbildad farmakolog, borde omfatta 20—25 timmars föreläsningar men icke vara förenad med laborationer. Efter kursen skulle den studerande avlägga tentamen i hela ämnet farmakologi.

Eftersom LS föreslog, att medicine kandidatexamen skulle avläggas redan efter två studieår, kom bägge kurserna i farmakologi att falla inom ramen för medicine licentiatstudierna.

LS förslag tillstyrktes av de flesta remissinstanser. Medicinska fakulteten i Lund (professor J. G. Ahlgren) avstyrkte dock införandet av laborationsövningar i farmakologi och föreslog i stället, att ca 30 av de för laborationsövningarna föreslagna timmarna tillfördes den första farmakologikursen i form av farmako-dynamiska demonstrationer och övningar i läkemedelsförordningslära.

I sitt överarbetade förslag föreslog LS, att den senare kursens namn skulle ändras till kurs i speciell farmakologi. De påpekade även, att i denna kurs borde ingå undervisning i läkemedelsförordningslära, särskilt med beaktande av läkemedelsekonomiska synpunkter, och föreslog i samband därmed, att undervisningens omfattning borde utökas till 25—30 timmars föreläsningar.

Kommittén

I diskussionen om undervisningen i farmakologi synes enighet ha uppnåtts om det lämpliga i att komplettera den grundläggande undervisningen i farmakologi med föreläsningar i farmakoterapi i anslutning till den kliniska undervisningen. Kommittén ansluter sig helt till denna tankegång i LS utredning, liksom till LS allmänna uppfattning om farmakologiens omfattning och ställning i den medicinska undervisningen.

Undervisningen bör enligt kommittén inledas med en kurs i farmakologi, och liksom LS finner kommittén det väsentligt, att detta sker i tidsmässig anslut-

ning till den inledande undervisningen i medicin och kirurgi. Översiktskurserna i dessa ämnen fortgår under det tredje, propedeutiska studieåret, och kommittén föreslår, att farmakologikursen förlägges till detta års avslutande period. Mot denna anordning kan måhända invändas, att de studerande i sådant fall får åhöra större delen av översiktskurserna i medicin och kirurgi jämte vissa andra kliniska föreläsningar, innan de studerat farmakologien, och att de sålunda icke kan tillgodogöra sig de terapeutiska aspekterna på denna undervisning. Den propedeutiska kliniska undervisningen torde emellertid huvudsakligen böra beröra de avhandlade sjukdomarnas patogenes, symtomatologi och diagnos, medan terapien ej behöver behandlas ingående. Jämfört med nuvarande förläggning av farmakologiundervisningen helt före den kliniska undervisningen kommer den föreslagna anordningen att ha den väsentliga fördelen, att de studerande efter en viss orientering över de stora sjukdomsgrupperna kommer att värdesätta farmakologiundervisningen på ett annat sätt än tidigare och får större möjligheter att förstå dess syften.

Kursen i farmakologi skall ge en framställning av farmakodynamikens huvuddelar med anknytningar till farmakoterapien, en allmän översikt över de vanliga läkemedlens beredning jämte undervisning i receptskrivning, de viktigaste delarna av toxikologien samt vissa delar av den farmaceutiska kemien, vilken undervisning flyttas från kursen i medicinsk kemi. Under kursen skall de studerande besöka ett apotek och ta del av arbetet där, i den mån detta är av intresse för den allmänna läkarutbildningen. Examensstadgans § 23 med krav på intyg rörande kännedom om anordningar inom apotek m. m. kan utgå, enär det numera icke åligger envar läkare att förrätta apoteksvisitation. Under kursen bör i lämplig omfattning meddelas undervisning om de delar av statsmedicinen, som berör farmakologien, såsom apoteksvarustadgan, giftstadgan, specialitetsbestämmelserna etc. Vidare anordnas demonstrationer och laborationer i sådan omfattning, att de studerande får praktiskt-experimentell belysning av ämnets centrala delar i djurförsök eller i lämplig omfattning i försök på friska människor, dvs. i självförsök. Kommittén vill betona, att praktiskt arbete och laborationer har samma betydelse i undervisningen i farmakologi som i de andra teoretiska ämnena. Enligt vad kommittén erfarit har sådana laborationer med framgång bedrivits vid vissa institutioner.

Kursen i farmakologi bör ta en tid av högst två månader. Undervisningen skall omfatta högst 100 timmar, varav förslagsvis 65 timmars föreläsningar och 35 timmars demonstrationer och laborationer. Kursen ledes av professorn eller laboratorn i farmakologi och avslutas med tentamen, som bör kunna avläggas i slutet av det propedeutiska året.

LS föreslog, att den mera kliniskt betonade undervisningen i farmakologi skulle förläggas till en kurs i farmakoterapi (speciell farmakologi), vilken skulle infalla sent i studierna och avslutas med tentamen i hela ämnet. Kursen bleve därigenom i betydlig utsträckning en repetitionskurs. Kommittén anser det för sin del mindre lämpligt, att den terapeutiska sidan av de stora kliniska ämnena på detta sätt utbryts ur sitt sammanhang för att ges i en fristående kurs. Kommittén finner visserligen, att en klinisk farmakologiundervisning med speciell inriktning på sjukdomarnas terapi är nödvändig, men kommittén håller samtidigt före, att den

bör ges i så nära anslutning till den kliniska undervisningen som möjligt. Av särskild vikt torde vara att sådan undervisning anordnas under medicinkursen.

Kommittén föreslår därför, att farmakoterapien blir huvudämnet i ett antal *kliniska terapikonferenser*. Vid konferenserna samverkar farmakologer och kliniker och undervisningen belyses i lämpliga fall med patientdemonstrationer. Konferenserna, som bör pågå 2 timmar, kan organiseras på olika sätt, eventuellt under medverkan av flera teoretiska och kliniska lärare. En möjlighet är, att farmakologen ger en översiktlig framställning av farmakodynamiken hos de läkemedel, som användes vid en viss sjukdom eller sjukdomsgrupp, varefter klinikern belyser terapien i dess helhet, eventuellt med patientdemonstrationer. En annan möjlighet är, att två eller flera lärare medverkar under hela konferensen och att undervisningen sker mera diskussionsvis. En viss ledning vid anordnandet av terapikonferenserna torde erhållas ur redogörelserna för de välkända Cornell Conferences on Therapy. De kliniska terapikonferenserna bör organisatoriskt sammanhållas av en farmakolog, varvid ämnena för konferenserna beslutas i samråd med en kliniker, som också står ansvarig för den kliniska sidan av konferenserna. På så vis kan ett program utformas för terapikonferenserna under en kurs och de enskilda konferenserna organiseras i samverkan mellan farmakologen och klinikern.

Vid terapikonferenserna under medicinterminen genomgås farmakoterapien i anslutning till de viktigaste sjukdomarna och sjukdomsgrupperna och till viktiga grupper av läkemedel. Ett par av konferenserna kan lämpligen ägnas åt fysikalisk terapi, varvid, där så är möjligt, en reumatolog medverkar. Vid konferenserna bör undervisning i receptskrivning ske fortlöpande, och läkemedelsekonomiska synpunkter, såsom olika läkemedels och specialiteters pris, bör beaktas. Terapikonferens bör för en viss given kurs anordnas varannan vecka. Under medicinkursen ges sålunda 10 terapikonferenser, dvs. en viss given grupp studerande får 20 timmars undervisning i speciell farmakoterapi. Särskilt förhör anordnas icke i farmakoterapi, utan denna examination ingår liksom hittills i tentamen i medicin.

Även under andra kliniska kurser anordnas ett fåtal eller enstaka terapikonferenser under den kliniske farmakologens ledning. Den närmare utformningen bör även här ske i samråd med de olika kliniska lärarna.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag till ordnande av undervisningen i farmakologi innebär att liksom hittills en kurs i farmakologi två gånger årligen skall ges vid de farmakologiska institutionerna. De ordinarie lärartjänsterna vid institutionerna torde, med hänsyn till att kursens omfång ungefärligen motsvarar de nuvarande kursernas, alltjämt vara tillräckliga för denna undervisning.

Kommitténs förslag om införande av kliniska terapikonferenser med undervisning i farmakoterapi m. m. i anslutning till huvudsakligen medicinkurserna innebär, att en ny undervisning tillkommer av sådan omfattning, att särskilda lärare erfordras på de farmakologiska institutionerna. Om varje medicinkurs skall ha en egen serie terapikonferenser, liksom den har en egen serie kliniska föreläsningar, måste denna serie på orter med en klinik ges två gånger årligen, medan den på orter med dubbelklinik bör ges fyra gånger årligen. Detta betyder, att i *Uppsala* och

Göteborg erfordras ytterligare undervisning från farmakologernas sida med ca 40 timmar per år, medan det i *Lund-Malmö* och *Stockholm* erfordras ca 80 timmar per år. Beräkningen utgår från förutsättningen, att varje medicinkurs delas i två delar i Lund-Malmö, medan den i Göteborg omfattar hela terminsintaget. Från klinikernas sida måste en lika stor undervisningstid avsättas.

Det torde icke kunna förutsättas, att det vare sig i fråga om farmakologer eller kliniker är lämpligt, att en enda lärare belastas med hela denna undervisning. Inom vardera institutionen bör den av lärarna, som bäst behärskar ämnet i fråga, delta i undervisningen. Det smidigaste sättet att förstärka undervisningskrafterna på de farmakologiska institutionerna för att tillgodose undervisningen under de kliniska terapikonferenserna torde vara inrättandet av extra ordinarie lärartjänster med samma lönereglering som docent (Ce 30). Tjänsterna bör benämnas lärare i klinisk farmakologi (speciell farmakologi). Kommittén föreslår således, att en dylik tjänst inrättas vid varje farmakologisk institution. Innehavaren av befattningen bör organisatoriskt leda terapikonferenserna. Det bör emellertid ankomma på professorn i farmakologi att efter samråd med de olika lärarna på institutionen fördela vissa av konferenserna på dem, som bäst behärskar ämnet i fråga. Läraren i klinisk farmakologi bör i motsvarande grad delta i den övriga undervisningen på farmakologiska institutionen. Om även den på institutionen placerade docenten utnyttjas för ifrågavarande undervisning i klinisk farmakologi i lämplig och rimlig omfattning, torde den föreslagna tjänsten vara tillfyllest som förstärkning av lärarkrafterna i farmakologi vid samtliga lärosäten. Behovet av undervisningskrafter på den kliniska sidan redovisas i samband med förslaget om lärare för de olika kliniska institutionerna.

Den nytillkomna undervisningen i klinisk farmakologi ställer enligt kommitténs mening även ökade krav på tillgången till teknisk personal, betingade av att kursen i farmakologi alltmera fått en experimentell och laboratoriemässig uppläggning, en utveckling som kommittén finner böra understödjas. I Stockholm motiverar det stora antalet studerande en ytterligare befattning som förste assistent.

Tjänster	Nuvarande personal				Kommitténs förslag			
	U	L	S	G	U	L	S	G
Professor	1	1	1	1	1	1	1	1
Laborator	1	1	1	1	1	1	1	1
Lärare i klinisk farmakologi					1	1	1	1
Förste assistent	1	1	1	1	1	1	2	1
Förste amanuens	1	1	2	1	1	1	2	1
Tredje amanuens	1	2	2	1	1	2	2	1
Instrumentmakare (14 lgr)	½	1			1	1	1	1
Preparator			1		1	1	1	1
Institutionsvaktmästare (12 lgr)	1	1		1⅓	1	1		1⅓
Vaktmästare		½	1			½	1	
Laboratoriebiträde	2	2	2	1	2	2	2	2
Kanslibiträde				⅔				1
Kontorsbiträde	1	1	1		1	1	1	
Ekonomibiträde				1				1

Tabellkommentar

Instrumentmakartjänsten i Uppsala är gemensam för farmakologiska och medicinsk-kemiska institutionerna.

Den i kolumnen för Lund redovisade vaktmästaren är eldare för den gemensamma byggnaden för farmakologiska och medicinsk-kemiska institutionerna.

I Göteborg är en institutionsvaktmästartjänst och två kanslibiträdestjänster gemensamma för farmakologiska, fysiologiska och medicinsk-kemiska institutionerna. Utöver de i tabellen över nuvarande personal redovisade tjänsterna finns en instrumentmakartjänst, som är gemensam för de tre nämnda institutionerna. Av lönetekniska skäl har denna tjänst i sin helhet redovisats vid fysiologiska institutionen.

Kostnadsberäkning

Uppsala. En tjänst som lärare i klinisk farmakologi i Ce 30 och en tjänst som preparator inrättas. Hälften av kostnaderna för en instrumentmakartjänst tillkommer.

19 860 + 8 916 + 4 458 = 33 234 kr.

Lund. En tjänst som lärare i klinisk farmakologi och en som preparator inrättas.

19 860 + 8 916 = 28 776 kr.

Stockholm. En tjänst som lärare i klinisk farmakologi, en befattning som förste assistent och en tjänst som instrumentmakare inrättas.

21 084 + 12 000 + 9 684 = 42 768 kr.

Göteborg. Tjänster som lärare i klinisk farmakologi, instrumentmakare, preparator och laboratoriebiträde inrättas. Vidare bör institutionen förfoga över en hel kanslibiträdestjänst (jfr kemi och fysiologi), vilket medför en kostnadsökning med en tredjedel av motsvarande lönebelopp.

20 460 + 9 300 + 9 300 + 8 304 + 2 768 = 50 132 kr.

Summa 154 910 kr.

Kap. 23. DET PROPEDEUTISKA ÅRET

Nuvarande undervisning

Enligt gällande examensstadga fullgör de studerande som första kurser efter medicine kandidatexamen två månaders propedeutiska kurser. Hit räknas fyra kurser, nämligen i 1) fysikalisk diagnostik, 2) de viktigaste kemiska, mikroskopiska, bakteriologiska och fysiologiska undersökningsmetoderna (laborationskurs), 3) allmän kirurgi och 4) allmän sjukvårdsteknik. Kurserna har omfattat ett växlande antal föreläsningar samt praktiska övningar, och planläggningen av undervisningen har icke varit enhetlig vid de olika lärosätena. Föreläsningarnas antal har för 1) uppgått till 36—48 timmar, för 2) till 30—44 timmar, för 3) till 24—32 timmar och för 4) till 15—24 timmar. Under de två månaderna av propedeutiska kurser åhör de studerande de kliniska

föreläsningarna i medicin. I *Lund* har sedan mer än ett år dessa föreläsningar försöksvis ersatts med en översiktskurs i medicin. I *Stockholm* har de studerande efter de propedeutiska kurserna fullgjort en månads klinisk tjänstgöring med särskild hänsyn till lungtuberkulosens diagnostik och terapi. I *Göteborg* har propedeutiska kurser anordnats första gången under år 1952, och de har utformats i anslutning till kurserna i Uppsala och Lund.

Propedeutiska kurser anordnas två gånger årligen i *Uppsala* och *Göteborg*, samt tre gånger årligen i *Lund* och *Stockholm*. I de tre förstnämnda städerna sker undervisningen vid respektive undervisningskliniker, medan den i Stockholm är förlagd till S:t Eriks sjukhus.

I detta sammanhang bör anmärkas, att vissa teoretiska ämnen, som till sitt innehåll ansluter sig till det kliniska studiet, med nuvarande studieordning undervisas före medicine kandidatexamen och sålunda helt genomgås före den kliniska utbildningen. Detta gäller ämnena allmän patologi, bakteriologi och farmakologi.

Tidigare diskussion

LS diskuterade ingående frågan om en samordning av den teoretiska och den kliniska undervisningen och i samband därmed även fördelar och nackdelar med den skarpa avgränsningen mellan de teoretiska och de kliniska studierna vid den nuvarande medicine kandidatexamen. De föreslog, att de studerande under det tredje studieåret, som LS betecknade som ett övergångsår, skulle dels ägna sig åt några teoretiska ämnen med anknytning till kliniken, dels samtidigt påbörja sin allmänna kliniska utbildning. De ämnen, som flyttades från kandidatstudierna till övergångsåret, utgjordes av allmän patologi, bakteriologi och farmakologi. Under detta år skulle även vissa kliniska kurser och tjänstgöringar fullgöras, nämligen kurs i fysikalisk diagnostik, propedeutisk laborationskurs (18 föreläsningstimmar och 8—10 laborationstimmar), sjukvårdskurs (20 föreläsningstimmar med demonstrationer och 14 timmars praktiska övningar) samt propedeutisk röntgenkurs (20 timmar), vidare översiktskurser i medicin (30 timmar) och kirurgi (20 timmar) samt en propedeutisk kurs i socialmedicin (20 timmar). Övergångsårets studier skulle fullgöras inom ramen av två terminer om sammanlagt nio månader. Det tredje studieåret borde, yttrade LS, med god organisation räcka till för inläsningen av ifrågavarande ämnen, särskilt om man beaktade, att den disponibla tiden icke, såsom förr skedde, komme att belastas med tentamensläsning i något av de fyra ämnena från de båda första studieåren. Den föreslagna studiegången vore fördelaktig genom att de studerande tidigare än förr komme i kontakt med det kliniska arbetet, och en önskvärd samordning av studiet i farmakologi och patologi med de första kliniska studierna kunde genomföras.

Vid remissbehandlingen av LS förslag framfördes från flera håll kritik mot uppläggningen av det tredje studieåret. Medicinska fakulteten i Lund anförde, att enligt dess mening alltför många och väsentliga ämnen sammanfördes under året. Grunddragen i allmän patologi och bakteriologi borde genomgås före den kliniska utbildningen. Fakulteten instämde dock i önskvärdheten av att en viss del av farmakologien förlades till studierna för medicine licentiatexamen. Den propedeutiska kursen i socialmedicin samt översiktskurserna i medicin och kirurgi

avstyrktes. Lärarkollegiet vid karolinska institutet ansåg, att det tredje studieåret innebure en betydlig och skadlig överbelastning av de studerandes arbete samt dessutom medförde en alltför stark splittring på olika ämnen. Den propedeutiska kursen i socialmedicin avstyrktes, varjämte föreslogs, att sjukvårdskursen skulle begränsas.

I sitt överarbetade förslag frångick LS förslaget om ett övergångsår och återförde allmän patologi, bakteriologi och farmakologi till medicine kandidatexamen, medan den propedeutiska undervisningen samlades under en tid av tre månader. LS vidhöll, att de propedeutiska kurserna skulle omfatta kurs i socialmedicin samt översiktskurser i medicin och kirurgi. Vid remissbehandling av det överarbetade förslaget godtog fakulteterna och kollegiet LS förslag.

Förhållandena i utlandet

I *Danmark* innefattar det nyligen framlagda förslaget från fakulteternas utbildningskommitté en propedeutisk termin, som skall inleda den andra, kliniska delen av läkarutbildningen. Den propedeutiska kliniska undervisningen skall omfatta volontärtjänst dagligen kl. 8—12 under tre månader i kirurgi och tre månader i medicin, varvid en månad medicin kan utbytas mot en månad på patologisk avdelning. Volontärerna skall fullgöra utbildningen i grupper på tio, och varje grupp skall stå under tillsyn och undervisas av en särskild underläkare på medicinska avdelningen. Denne skall ge 2 timmars kliniska föreläsningar i veckan, varunder de studerande får sin första undervisning i journalskrivning, undersökningsteknik etc. Underläkaren skall därjämte ge kurser i stetoskopi och i laboratorieteknik samt organisera en kortare kurs i sjukvård. Hela denna undervisning beräknas till 4—6 timmar dagligen och sammanfaller delvis med volontärtjänsten. På eftermiddagarna ges föreläsning i medicinsk psykologi och mentalhygien 1 timme per vecka, föreläsning i patologisk anatomi 1 timme per vecka, kurs i elementär kirurgi och allmän operationslära 2 timmar per vecka och föreläsning i anestesi 1 timme per vecka.

I *Norge* ingår enligt den nyligen genomförda studieordningen en propedeutisk termin som första termin i den andra avdelningen av den medicinska utbildningen. Denna termin har nio veckor, varunder ges undervisning i den kliniska medicinens grundprinciper (2 timmar medicin och 2 timmar kirurgi per vecka) och i elementär klinisk undersökningsmetodik 3 timmar dagligen, varvid tiden ägnas åt inre medicin, kirurgi och nervsjukdomar. Därjämte skall den studerande fullgöra kurs i bakteriologi under 6 timmar per vecka och i allmän patologi under 8 timmar per vecka. Ytterligare ges 1 timmes föreläsning per vecka i psykologi och 2 timmar per vecka i socialmedicin.

I *England* framlade den s. k. Goodenoughkommittén 1944 en utredning om läkarutbildningen. Enligt kommitténs förslag skulle de kliniska studierna börja med en klinisk introduktionskurs, omfattande minst fyra månader. Under denna tid skulle den studerande undervisas i patologiens grunder och samtidigt få lära sig känna igen de sjukliga förändringarna i klinisk medicin och kirurgi. Grundläggande skulle härvid vara att lära de studerande att känna igen de kroppsliga tecknen på sjukdom. De borde därvid övas icke blott i bruket av stetoskopet utan även av oftalmoskopet, laryngoskopet och otoskopet. I slutskedet av introduktionskursen skulle den studerande tilldelas några medi-

cinska och kirurgiska fall för undersökning och journalskrivning.

En kommitté inom the British Medical Association framhöll 1948, att den väsentliga uppgiften vore att på ett smidigt och logiskt sätt föra de studerande från studiet av den normala människan över till studiet av avvikelserna från det normala. Det finge icke uppstå någon klyfta mellan de prekliniska och kliniska områdena. Det väsentliga innehållet i den inledande kliniska undervisningen skulle vara de allmänna principerna för diagnos, behandling och prognos, introduktion rörande de diagnostiska hjälpmedlen samt undervisning i patientundersökning och journalskrivning. De studerande skulle sålunda ha tillgång till patienter men ej samtidigt tjänstgöra på vårdavdelningar. Introduktionskursen borde enligt denna kommitté ha en längd av sex månader och omfatta undervisning i patologi och bakteriologi (100 timmar inklusive övningar), medicin med pediatrik och dermatologi (35 timmar), farmakologi med terapi (40 timmar) samt psykiatri (16 timmar). Den sammanlagda undervisningstiden bleve sålunda 246 timmar. Utöver den katedrala undervisningen borde individuell instruktion ske med grupper om åtta till tolv studerande. Kursen borde organiseras av en kommitté med representanter för lärarna i berörda ämnen. Enligt de av the General Medical Council år 1947 utfärdade bestämmelserna skall en övergångsperiod på tre månader inskjutas mellan de prekliniska och kliniska studierna. Under denna tid ges undervisning i de kliniska undersökningsmetoderna. Antingen under denna period eller före densamma undervisas i grunderna i psykologien, bakteriologien och farmakologien.

I *Förenta staterna* existerar ej någon skarp gräns mellan kliniska och prekliniska studier. Ämnen, som tillhör de senare, kan förekomma på schemat ända till studietidens slut, och den kliniska undervisningen påbörjas mycket tidigt. I stort sett domineras de två första läsåren av anatomi, fysiologi, kemi, patologi och bakteriologi, under det att de två senare åren huvudsakligen ägnas åt de kliniska ämnena. Samordningen är emellertid intim redan från början, och på vissa håll förekommer kliniska föreläsningar redan under första terminen, närmast i form av demonstrationer med anknytning till de teoretiska ämnena. Undervisningen i de kliniska huvudämnena påbörjas i regel under det andra året. Under detta års sista termin ges ett antal förberedande kliniska kurser, motsvarande våra nuvarande propedeutiska kurser. Dessa är oftast synnerligen grundliga och omfattande och inbegriper i allmänhet även översiktskurser av den art, som föreslagits av LS, ehuru snarare utförligare och även med inslag från de kliniska specialämnena. I fortsättningen garanteras samordningen på många olika sätt genom samarbete mellan de teoretiska och kliniska lärarna i form av konferenser, "conjoint medicine" m. m.

Kommittén

Enligt nu gällande studieplan är undervisningen i teoretiska och kliniska ämnen skarpt avgränsad. Före medicine kandidatexamen kommer de studerande inte alls i beröring med patienter, och vid den teoretiska undervisningen kan man icke utnyttja patientmaterial för att belysa sådana frågeställningar, som är av såväl teoretisk som praktisk betydelse för den blivande läkaren. Gränsdragningen mellan teori och praktik markeras genom medicine kandidatexamen. Kommittén finner det uppenbart, att denna anordning medför stora peda-

gogiska olägenheter, särskilt för de teoretiska ämnen, som omedelbart anknyter till frågeställningar, som gäller den sjuka människan, nämligen patologi, bakteriologi och farmakologi. En förståelse av det kunskapsstoff, som meddelas under denna undervisning, och en uppfattning om kunskapernas betydelse för kliniken torde icke kunna vinnas utan åtminstone en elementär klinisk bakgrund. Undervisningens innehåll kräver sålunda en koordination och integration med den kliniska undervisningen. Dessa omständigheter utgör enligt kommitténs mening synnerligen starka skäl för en ändring av studieplanen i sådan riktning, att de nu nämnda teoretiska ämnena infogas i den kliniska delen av studietiden. I den nuvarande studieordningen blir därjämte tre tentamensämnen, nämligen allmän patologi, bakteriologi (i praktiken tentamensämne) och farmakologi sammanträngda under en termin, vilket, enligt vad kommittén erfarit från både lärare och studenter, medför en svår överbelastning av denna termin. Det torde sålunda vara nödvändigt att fördela inläsningen av dessa ämnen över en längre tidrymd, vilket kan vinnas vid studiernas samordning med inledande kliniska kurser, som icke för fram till tentamen. Kommittén ansluter sig sålunda till LS kritik av den nuvarande studieordningen i dess propedeutiska skede och tar för sin del åter upp förslaget om införandet av ett s. k. övergångsår i form av ett propedeutiskt år. Kommittén har icke funnit, att i den tidigare diskussionen någon väsentlig kritik riktats mot principen om ett propedeutiskt år.

En viktig synpunkt vid organisationen av den allmänna läkarutbildningen är, att en samordning och integration av teoretiska och kliniska ämnen eftersträvas. Detta framstår som särskilt betydelsefullt under det avsnitt av studierna, som skall förbereda den studerande för de kliniska kurserna och tjänstgöringarna. Kommittén föreslår därför, att denna period utformas på ett för nämnda syfte speciellt tillrättalagt sätt. Den teoretiska undervisningen i detta skede kan göras levande och de studerande får bättre möjligheter att förstå dess betydelse. En sådan förståelse skärper den vetenskapliga grundsynen på det kliniska arbetet och motverkar den psykologiskt ogynnsamma effekten av en skarp gränsdragning mellan teori och praktik. Kommittén finner det också betydelsefullt, att man genom denna anordning snabbare kan föra in de studerande på kliniken och därigenom tidigare låta dem börja arbeta med levande material. Härigenom stimuleras intresset för de medicinska studierna, då de studerande fortare får omsätta sina kunskaper i praktiskt kliniskt arbete. En kortare tid kommer också att förflyta mellan den teoretiska och den praktiska undervisningen, vilket gör att kunskaperna bättre hålles aktuella. En synpunkt, som bör beaktas i detta sammanhang, är, att den studerande även tidigare kommer in i den miljö, i vilken han i framtiden skall vara verksam. Den, som därvid finner, att han valt fel bana, kan med mindre tidsförlust än som nu är fallet övergå till annan verksamhet.

För farmakologiens del kan anföras, att en viktig förutsättning för möjligheterna att tillgodogöra sig undervisningen torde vara, att de studerande har åtminstone en elementär kunskap beträffande de väsentligaste sjukdomarnas klinik. En sådan kunskap kan förmedlas genom den anordning, som kommittén föreslår. Då även allmän patologi förs över till tiden för de kliniska studierna kan undervisningen i allmän och speciell patologi sammanföras till

en enhet, vilket, såsom kommittén påvisat i annat sammanhang, torde möjliggöra en riktigare utformning av läroämnet patologi. Inläsningen av de ämnen, som tidigare sammanträngts under femte terminen, fördelas vidare över en längre tidrymd än förut. De inledande kliniska kurserna är föga betungande ur inläsningssynpunkt och kommer att göra studieplanen mindre kompakt, när de fördelas över ett helt år. Den studerande kommer heller inte att på en gång behöva möta många nya kliniska kurser utan kan successivt föras in på olika områden av kliniken under längre period än de nuvarande propedeutiska kurserna tillåter. Denna omständighet vinner i betydelse därigenom, att åtminstone ett par nya propedeutiska kurser måste införas i studieplanen.

När ett studieår anslås som ett propedeutiskt år för övergång till kliniken, får studieplanen för de tre första åren i den allmänna läkarutbildningen en enkel och praktisk uppdelning i följande enheter: 1) ett morfologiskt år, 2) ett kemiskt-fysiologiskt år och 3) ett propedeutiskt år. Denna anordning har beaktansvärda organisatoriska fördelar främst med hänsyn till de olika terminslängderna. Dispositionen inom årets ram kan nämligen göras i stort sett oberoende av föregående och efterföljande år, och eftersom studieåret innehåller flera rörliga mindre enheter, kan den olika längden på terminerna relativt lätt utjämnas.

Kommitténs studieplan för det propedeutiska året syftar sålunda till att bryta den tidigare dominerande "blockprincipen", då varje ämne betraktas såsom en avgränsad enhet utan samband med andra ämnen. Om man skall lära de blivande läkarna att behandla den sjuka människan och ej blott sjukdomssymtom, torde det vara nödvändigt att redan från början i undervisningen poängtera människan som enhet och motverka all tendens till ensidig specialisering.

Det propedeutiska året bör enligt kommitténs mening innehålla dels de teoretiska ämnen, som har särskild klinisk anknytning, nämligen patologi, bakteriologi och farmakologi, dels inledande kliniska kurser, nämligen översiktskurser i medicin och kirurgi, propedeutisk kurs i socialmedicin, kurs i kliniska undersökningsmetoder, klinisk laborationskurs, propedeutisk röntgenkurs och demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi. De olika ämnena och kurserna behandlas i det följande var för sig.

Planläggningen av undervisningen i *patologi, bakteriologi och farmakologi* har kommittén redovisat i särskilda ämneskapitel, till vilka hänvisas i fråga om detaljer. Kommittén vill här endast tillägga, att undervisningen i dessa ämnen måste planeras så att de studerande får möjlighet att slutföra sina studier inom avsedd tidrymd. Det är också synnerligen betydelsefullt, att lärarna tar till vara de möjligheter till samordning av sina ämnen med det kliniska studiet, som den föreslagna undervisningsplanen erbjuder. De tre ämnena bör läggas så under det propedeutiska året, att inläsningstiderna faller skilda från varandra. I princip bör det fordras av den studerande, att han fullgjort tentamen i dessa tre ämnen, innan han vinner tillträde till den medicinkurs, som anordnas efter det propedeutiska året. I undantagsfall kan detta bli svårt för den studerande på grund av sjukdom e. d. För att den studerande vid sådana särskilda förhållanden inte skall tvingas uppskjuta sina fortsatta studier en hel termin, bör dispens i dylika fall kunna ges för en av de tre tentamina.

Kommittén föreslår vidare, att de studerande under det propedeutiska året

åhör *översiktskurser i medicin* (inklusive psykosomatisk medicin) och *kirurgi*. LS föreslog även sådana översiktskurser, eftersom de funnit det vara en brist, att det i dåvarande utbildning icke meddelades någon allmänt orienterande klinisk undervisning, avpassad för de yngsta tjänstgörande. När de studerande nu inträdde på klinikerna, yttrade LS, hade de i början svårt att tillgodogöra sig undervisningen, beroende på att de icke hade tillräckligt klara begrepp om enkla kliniska frågeställningar. Denna brist vore särskilt kännbar, därför att den kliniska undervisningen i stor utsträckning måste direkt anknyta till patientdemonstrationer, vilka icke kunde ge det rätta utbytet, om åhörarna icke vore någorlunda orienterade över de väsentligaste sjukdomarnas klinik. Genom en kortfattad systematisk framställning av det väsentligaste inom medicinen och kirurgien före de kliniska tjänstgöringarnas början skulle de studerande snabbare och effektivare kunna tillgodogöra sig den senare undervisningen. Översiktskurserna i medicin och kirurgi vore enbart ämnade att ge de studerande en första inblick i de viktigaste sjukdomarna inom dessa båda centrala kliniska områden, och det bokliga studium, som skulle krävas av de studerande i anslutning till de båda kurserna, borde vara i motsvarande grad elementärt.

Kommittén ansluter sig till denna LS välgrundade motivering för de båda kurserna. Den nuvarande kursplanen har med rätta kritiserats, därför att de studerande under de propedeutiska kurserna får åhöra kliniska föreläsningar, som egentligen är avsedda för elever, som i sina studier hunnit avsevärt längre, varför utbytet för de propedeutiska studerande blir ringa. De av kommittén föreslagna översiktskurserna i medicin och kirurgi skall fortgå under en stor del av det propedeutiska året. Undervisningen bör anpassas efter elevernas kunskapsnivå och framför allt behandla enkla, grundläggande sjukdomstillstånd. Enbart uppräkningar av sällsynta sjukdomstillstånd och behandlingsmetoder bör ej förekomma. Talrika demonstrationer av fall bör ingå. Genom översiktskurserna ökas de studerandes förståelse för den övriga undervisningen under det propedeutiska året, samtidigt som de förberedas för kurserna i medicin och kirurgi. Undervisningen bör i möjligaste mån koordineras med patologiundervisningen. Kurserna skall ges av särskilda lärare med god överblick över ämnenas olika områden. Särskilt förhör skall icke anordnas.

Beträffande omfattningen av översiktskurserna föreslår kommittén, att översiktskursen i medicin omfattar 45 timmars föreläsningar inklusive nödvändiga patientdemonstrationer. Två områden, som bör beröras redan i denna översiktskurs, är, som kommittén särskilt vill påpeka, den psykosomatiska medicinen samt geriatriken. Den psykosomatiska medicinen avhandlas många gånger bäst av annan lärare än huvudläraren, och i så fall av en psykiatriker. Kommittén anser, att innehållet i översiktskursen icke bör fastställas i studieplanen utan bör planeras av läraren i samråd med professorn i invärtes medicin. För att belysa uppläggningen och avsikten med kursen vill kommittén med ett exempel åskådliggöra hur en sådan översiktskurs kan tänkas bli anordnad. Med denna uppräkning av rubriker avses ej att någon systematisk genomgång av samtliga till rubriken hörande sjukdomar skall ges, utan ett mindre antal vanliga och typiska tillstånd bör utväljas för undervisningen.

Beträffande översiktskursen i kirurgi föreslår kommittén att omfattningen

Exempel på översiktskurs i medicin.

	Timmar
Internmedicinens utveckling	1
Infektionssjukdomar (inkl. tbc och lues)	5
Lungsjukdomar	3
Hjärt- och kärlsjukdomar	5
Digestionsorganens sjukdomar	5
Njursjukdomar	3
Ämnesomsättningssjukdomar	3
Endokrina sjukdomar	3
Reumatiska sjukdomar	3
Blodsjukdomar	2
Nervsjukdomar	4
Geriatrik	3
Psykosomatisk medicin	5
Summa	45

utgör 30 timmar. Filmförevisning i anslutning till undervisningen torde vara värdefull. Innehållet bör icke fastställas en gång för alla, utan kursen bör planläggas av läraren i samråd med professorn i kirurgi. För att belysa syftet med kursen vill kommittén ange en tänkbar uppläggning av densamma.

Exempel på översiktskurs i kirurgi.

	Timmar
Kirurgiens utveckling	1
Antiseptik, aseptik, kemoterapeutika, antibiotika	2
Anestesi	3
Arbetet på en kirurgisk sjukavdelning, det operativa arbetets organisation	2
Sår och sårbehandling, inflammatoriska tillstånd	2
Akuta bukfall och urologiska fall	5
Frakturer, luxationer och andra traumatiska skador	3
Blödning, chock, chockbehandling, vätskebalans	3
Brännskador, kylskador	1
Varicer, trombos, emboli	1
Bråck	1
Kirurgisk tuberkulos	1
Tumörkirurgi	2
Operativ behandling vid magsår, gallsten, hjärt-kärl-sjukdomar, lungsjukdomar	3
Summa	30

Lärarna vid översiktskurserna i medicin och kirurgi bör under kursen i patologi under några timmar demonstrera kliniska fall i anslutning till undervisningen i fråga. Demonstrationerna kan avse exempelvis följande: inflammation (t. ex. erysipelas, infekterat sår, lymfangit, lymfadenit); cirkulationsrubbningar (t. ex. hjärtinkompensation med ödem, chock, cyanos, varicer, bensår, gangrän); hypertrofi, atrofi (prostatahypertrofi, muskelatrofi efter barnförlamning, inaktivitetsatrofi); missbildningar (t. ex. kluven gom); svulster (t. ex. hudkräfta, cancer mammae, malign tumör med metastaser).

Under det propedeutiska året bör även ges en propedeutisk kurs i *socialmedicin*. Denna kurs skall ge de studerande en introduktion till den förebyggande hälso- och sjukvårdens betydelse och arbetssätt. Kommittén diskuterar utförligt undervisningen i socialmedicin och hygien i ett särskilt kapitel och redogör där närmare även för den propedeutiska kursen i socialmedicin, som föreslås få en tid av 15 timmar.

En kurs i *kliniska undersökningsmetoder* bör ingå i det propedeutiska året. Kursen, som är avsedd att motsvara den nuvarande kursen i fysikalisk diagnostik, skall göra den studerande förtrogen med den kliniska undersökningen av en patient. Därvid beaktas icke blott den fysikaliska diagnostiken utan även andra undersökningsmetoder, som i första hand användes av den studerande under hans fortsatta kliniska tjänstgöringar. Under kursen demonstreras och övas auskultation och perkussion med hänsyn till dessa metoders betydelse för diagnostiken av lung- och hjärtsjukdomar. De studerande skall även lära sig den stora betydelsen av den direkta inspektionen av patienten samt av palpationen vid diagnostiken av ett stort antal sjukdomar. Palpation av lymfkörtlar, buk- och bäckenorgan, undersökning av leder etc. inövas. De bör vidare lära sig göra ett nervstatus, varvid lämpligen en neurolog undervisar under 2 timmar. En psykiatriker bör ge 5 timmars un-

dervisning i grunderna i psykisk undersökningsteknik och anamnesupptagning samt vissa elementära medicinskt-psykologiska synpunkter på sjuka människor. Även i övrigt skall de studerande instrueras i fråga om anamnesupptagning och journalskrivning.

Vid undervisningen i kliniska undersökningsmetoder skall lärarna redan från de studerandes första kontakt med patienter klargöra, hur läkaren skall uppträda inför sjuka människor och deras anhöriga. Vikten av att den blivande läkaren medvetet lär sig iaktta oklanderliga "bedside manners" bör inskärpas, och olika omständigheter och detaljer härvidlag bör vid lämpliga tillfällen påpekas. I dessa sammanhang bör lärarna även uppehålla sig vid läkarens personliga hygien och de krav som kan ställas härvidlag.

Kursen i kliniska undersökningsmetoder bör sammanlagt omfatta 45 timmars föreläsningar och demonstrationer, varjämte de studerande får praktiskt öva de olika undersökningsmetoderna i små grupper eller enskilt. Kommitténs förslag innebär jämfört med tidigare undervisning en viss ändring i kursens uppläggning med en ökning av undervisningen rörande invärtes-medicinska, neurologiska och psykiatriska undersökningsmetoder. Kursen bör därför i framtiden som regel ges på invärtesmedicinsk klinik. Läraren skall vara invärtesmedicinare. Detta blir även nödvändigt, emedan kommittén föreslår en omläggning av undervisningen i ftisiologi, som i stor utsträckning kommer att ta lungklinikernas specialister och patientmaterial i anspråk för en särskild undervisning i detta ämne.

De studerande bör vidare under det propedeutiska året delta i en *klinisk laborationskurs*, där de får övning i de kemiska och fysiologiska laborationer och prov, som de skall använda vid sina fortsatta kliniska tjänstgöringar. Kommittén behandlar närmare denna laborationskurs i samband med sitt förslag till undervisning i klinisk kemi och klinisk fysiologi och vill här endast omnämna, att kursen enligt förslaget bör omfatta 20 timmars föreläsningar och 40 timmars laborationer.

Som redan antytts, bör en *propedeutisk röntgenkurs* anordnas, omfattande 15 timmars föreläsningar och demonstrationer. Kursen är avsedd att ge de studerande en första kännedom om de röntgendiagnostiska metodernas användning och betydelse i det kliniska arbetet. Radioterapien bör beröras under kursen. Undervisningen bör vidare innefatta 2 timmars föreläsningar om risker vid radiologiskt arbete och nödvändiga skyddsåtgärder häremot. Kommittén behandlar i samband med sitt förslag rörande röntgendiagnostik- och radioterapiundervisningen denna kurs, varför kommittén för detaljer hänvisar till avsnitten i fråga.

Under det propedeutiska året bör de studerande slutligen delta i en *demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi* under 20 timmar. Förslag om kurser i dessa ämnen framfördes även av LS. Under kursen skall de studerande dels informeras angående sjukhusorganisation och praktiskt sjukvårdsarbete, som utföres av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal, dels i anslutning till demonstrationer lära känna mera speciella ingrepp, såsom injektioner, blåstappning, lumbalpunktion, thorakocentes, rektoskopi, blodtransfusion, intravenöst dropp etc. I fysikalisk terapi bör de studerande göras förtrogna med de vanligare behandlingsformerna, såsom massage, rörelsebehandling, bad samt värme- och ljusbehandling. Praktiska övningar i större utsträckning torde ej kunna medhinnas under denna kurs. De studerande kom-

mer att få tillfälle till praktiska övningar under senare tjänstgöringar på sjukavdelningarna.

För att ge en klar bild av omfattningen av hela antalet kurser och tjänstgöringar under det propedeutiska året har kommittén sammanställt antalet föreläsningar samt antalet demonstrationer, obduktioner, laborationer och liknande schemabundna undervisningstimmar för hela året i följande tabell.

Det framgår av undervisningstiden i tabellen, att det på hela undervisningsåret faller 595 schemabundna undervisningstimmar, av vilka omkring två tredjedelar är föreläsningar. Det kan vid första anblicken förefalla, som om detta betyder en mycket stor studiebörda

Schemabunden undervisningstid under det propedeutiska året.

Patologi	110 tim. förel.		jämte 75 tim. obduktioner.
Bakteriologi	50 „ „		jämte 30 tim. laborationer.
Socialmedicin	15 „ „		
Översiktskurser:			
Medicin (inkl. psykosomatisk medicin)	45 „ „		
Kirurgi	30 „ „		
Kliniska undersökningsmetoder	45 „ „		(inkl. demonstrationer).
Klinisk laborationskurs	20 „ „		jämte 40 tim. laborationer.
Röntgenkurs	15 „ „		
Demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi			20 tim. demonstrationer.
Farmakologi	65 „ „		jämte 35 tim. laborationer.

Summa 395 timmars föreläsningar jämte 200 timmars praktiskt arbete.

under året. Så är emellertid enligt kommitténs mening knappast fallet. Om man beräknar, att det propedeutiska året innehåller åtta undervisningsmånader, kommer undervisningen per månad att omfatta knappt 75 undervisningstimmar, vilket med 25 undervisningsdagar per månad betyder något mindre än 3 undervisningstimmar per dag. Av dessa timmar utgörs dessutom i genomsnitt något mindre än två av föreläsningar. Det förefaller således kommittén fullt klart, att den studerande bör erhålla god tid för enskild övning och inläsning av de olika ämnena, förutsatt att dagsschemat planeras på ett sätt, som icke i onödan sönderstyckar dagarna. Antalet undervisningskurser kan måhända också förefalla högt, men man måste vid bedömningen ta i betraktande, att flertalet av dessa kurser är korta och skall fördelas över en förhållandevis lång tid, vilket gör, att den studerande i allmänhet icke samtidigt behöver syssla med flera än tre kurser. Om tentamina förlägges till skilda tider av året, torde de studerande genom att fortlöpande arbeta med inläsningen av ämnena kunna fullfölja studierna med en normal arbetstakt.

Till belysning av studiebördan under det propedeutiska året vill kommittén anföra några siffror från andra länder. I Danmark och Norge innebär de nya studieplanerna en arbetsdag på 6—8 timmars schemabundna studier under de propedeutiska terminerna. I Förenta staterna arbetar enligt av kommittén inhämtade upplysningar de flesta medicinska skolor med ett betydligt större antal schemabundna föreläsnings- och laborationstimmar per studieår, nämligen i regel mellan 1 000 och 1 100. Man har till och med ansett sig föranlåten att uppställa ett maximiantal, som icke bör överskridas, och vilket fixerats till 1 100 timmar per år. Man räknar även med att den studerande hinner fullfölja

inläsningen av de olika ämnena jämsides med den schemabundna undervisningen. Kommittén anser för sin del, att de studerande skall kunna fullfölja det här föreslagna propedeutiska året utan att utsättas för en alltför tyngande arbetsbörda.

Av stor betydelse är det propedeutiska årets planläggning vid de olika lärosätena. Det ligger i sakens natur, att en studieperiod, under vilken flera olika ämnen skall undervisas, noga måste planeras för att den studerande skall kunna passera de olika kurserna i en pedagogiskt riktig ordning och för att all överbelastning under vissa perioder skall kunna undvikas. Kommittén föreslår därför, att det propedeutiska året vid varje lärosäte planeras av undervisningsnämnden i intimt samråd med de olika lärarna. Planerna bör överses årligen och fastställas av fakulteten (kollegiet). En klinisk amanuens för det propedeutiska året bör biträda lärarna vid koordination av undervisningen samt utöva den löpande tillsynen av studenterna. Amanuensen kan lämpligen vara placerad på den medicinska kliniken och samtidigt tjänstgöra som amanuens vid översiktskurserna i medicin och kirurgi samt vid kursen i kliniska undersökningsmetoder. I Stockholm torde två sådana amanuenser behöva tillsättas, en för vardera av undervisningsklinikerna.

Kommittén finner det icke lämpligt, att studieschemat för det propedeutiska året fastlåses vid en för alla lärosätena gällande ordning. En viss olikhet mellan lärosätena torde av lokala skäl vara ofrånkomlig, och en sådan olikhet kan därtill erbjuda fördelar, därför att den ger erfarenheter av resultatet av varierande sätt att planera en dylik tidsenhet. Vissa förhållanden torde emellertid böra beaktas vid planeringen.

För att erhålla en riktig följd mellan de olika undervisningsämnena bör man inleda det propedeutiska året med patologi och bakteriologi. Patologiundervisningen utsträckes över en större del av det propedeutiska året, förslagsvis över cirka sex undervisningsmånader, vilket ger tillfälle till en viss samordning med de kliniska översiktskurserna. Bakteriologien däremot slutförs relativt snart och torde i allmänhet icke behöva sträcka sig över mer än två månader. Under de följande månaderna bör de kliniska översiktskurserna pågå, medan kliniska undersökningsmetoder, laborationskursen och de sjukvårdstekniska demonstrationerna följer successivt, sedan de studerande åhört en del av över-

Exempel på planläggning av ett propedeutiskt år.

Mån.	Patol.		Bakter.		Soc. med.	Översikts-kurs		Klin. und. met.	Prop. rtg. kurs	Lab. kurs	Sjukv. tekn. o. fysik. terapi	Farmak.		S:a tim.
	förel.	obduk.	förel.	lab.		med.	kir.					förel.	dem.	
I	25	12	25	15	15									92
II	25	13	25	15		10	10							98
III	13	12				10	10	25						70
IV	17	13				5	10	20		20				85
V	18	12				10			15	20				75
VI	12	13				10				20				55
VII											20	32	18	70
VIII												32	18	50
S:a tim.	110	75	50	30	15	45	30	45	15	60	20	64	36	595

siktsföreläsningarna. Farmakologistudiet förlägges till det propedeutiska årets två sista månader och får icke avsevärt överskrida denna tid. Med en sådan allmän uppläggning av det propedeutiska året kommer tentamensperioderna under året att kunna skiljas från varandra, och den studerande kommer icke att vid någon tidpunkt av det propedeutiska året behöva studera mer än ett fåtal olika ämnen.

Med utgångspunkt från de framförda synpunkterna har kommittén gjort upp ett exempel till uppläggning av det propedeutiska året. Kommittén vill ånyo understryka, att exemplet icke avser att läggas till grund för en generell bestämmelse utan blott tänkes illustrera de allmänna principer i planläggningen, som kommittén redogjort för. Det visar dessutom att det propedeutiska året kan planeras med en jämn och rimlig studiebörda under hela året.

Enligt nu tillämpad studieordning får de studerande inlära varje stort ämne för sig i successiv följd. Den här föreslagna studieplanen är mera baserad på koordination. Ett intimt samarbete mellan de teoretiska institutionerna och klinikerna är förutsättningen för att denna undervisningsplan skall ge ett gott resultat.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag till undervisningsplan för det propedeutiska året innebär en omläggning och utökning av ett flertal ämnen och tillkomsten av andra kurser. En anslagsberäkning har i andra sammanhang utförts för ämnena patologi, bakteriologi, farmakologi, socialmedicin, propedeutiska röntgenkursen (se kap. om röntgendiagnostik) och den kliniska laborationskursen (se kap. om klinisk kemi och klinisk fysiologi). För dessa ämnen behöver kommittén således icke redovisa särskilda anslagskrav i samband med detta kapitel. Nedan skall kommittén dels redovisa ett förslag till organisation av de propedeutiska kurserna vid de olika lärosätena, dels beräkna kostnaderna för de kurser, som icke redovisats på annan plats, nämligen översiktskurserna i medicin och kirurgi, kursen i kliniska undersökningsmetoder och de sjukvårdstekniska demonstrationerna.

I *Uppsala* kommer enligt kommitténs förslag studerande att intas två gånger årligen till propedeutiska kurser till ett antal av ca 30 varje gång. Kommittén föreslår, att varje terminsgrupp undervisas som en enhet i såväl de teoretiska som de kliniska kurserna. Kurser i patologi, bakteriologi och farmakologi ges två gånger årligen på respektive institutioner. Återstående propedeutiska kurser meddelas på akademiska sjukhuset. Översiktskursen i medicin anordnas på den medicinska kliniken av särskild lärare mot arvode. Kurs i kliniska undersökningsmetoder bör tills vidare på grund av den stora undervisningsbelastningen i övrigt på medicinska kliniken, liksom hittills, ges av lärare på lungkliniken mot arvode. För kursen beräknas ett arvode för den särskilda undervisningen i neurologi och psykiatri, om denna ej fullgörs av ordinarie lärare. Läraren bör därvid i samarbete med medicinska kliniken även utnyttja denna kliniks material. Översiktskursen i kirurgi bör ges på kirurgiska kliniken av särskild lärare mot arvode. Den propedeutiska kursen i socialmedicin skall meddelas av de ordinarie lärarna i socialmedicin och hygien på lämplig undervisningslokal inom akademiska sjukhuset. Den propedeutiska röntgenkursen ges av ordinarie lärare vid röntgenavdelningen och de sjukvårdstekniska demonstrationerna jämte den fysikaliska terapien av särskilda lärare på medi-

cinska eller kirurgiska klinikerna. Den kliniska laborationskursen meddelas av de ordinarie lärarna i klinisk kemi och fysiologi på respektive institutioner. Samtliga nu diskuterade kurser ges två gånger årligen och i det fall, där särskild lärare förordnas, beräknas arvodet enligt de av kommittén generellt tillämpade principerna med 50 kronor för föreläsning eller därmed jämställd undervisning samt i tillämpliga fall ersättning för utförda förhör. En tjänst som klinisk amanuens vid de propedeutiska kurserna inrättas.

I *Lund-Malmö* skall propedeutiska kurser anordnas med ca 30 deltagare varje termin. För att undervisningsbördan på ett rimligt sätt skall fördelas mellan de båda medicinska klinikerna bör varannan få sin inledande kliniska utbildning i Lund och varannan i Malmö. De studerande, som följer den kliniskt-propedeutiska undervisningen i Lund, bör undervisas i patologi, bakteriologi och farmakologi vid respektive institutioner i Lund. De fullgör samtliga kliniska kurser vid lasarettet i Lund, där undervisning anordnas på liknande sätt som vid akademiska sjukhuset i Uppsala, endast med den skillnaden, att kurserna anordnas en gång årligen. Kursen i kliniska undersökningsmetoder bör dock ges på medicinska kliniken, varvid i lämplig utsträckning andra klinikers patientmaterial utnyttjas. Läraren i fysikalisk diagnostik bör i fortsättningen enligt kommitténs förslag undervisa i ftisiologi. De studerande, som hänvisas till Malmö, föreslås få sin patologiundervisning vid den planerade institutionen i Malmö. Kurserna i allmän bakteriologi och allmän farmakologi fullgörs vid respektive institutioner i Lund. Denna anordning kan genomföras utan svårighet, om undervisningsdagarna fördelas på lämpligt sätt på de två studieorterna, så att de studerande slipper resa mer än högst en gång dagligen däremellan. Det bör för övrigt framhållas, att undervisning i Lund och Malmö samtidigt endast torde behöva förekomma under det propedeutiska årets första skede samt i ringa omfattning under någon av dess sista månader. Den kliniska undervisningen bör helt förläggas till allmänna sjukhuset i Malmö, där särskilda arvoden beräknas i enlighet med vad som skett för den propedeutiska undervisningen vid lasarettet i Lund. En skillnad blir dock, att undervisningen i socialmedicin anförtros den lärare i socialmedicin, som mot arvode undervisar vid allmänna sjukhuset. En tjänst som klinisk amanuens inrättas i vardera Lund och Malmö.

I *Stockholm* bör studerande ävenledes tas in till det propedeutiska året två gånger årligen, dvs. i början av varje termin. Därvid måste man emellertid beräkna, att mellan 50 och 60 studerande skall undervisas varje termin. För ämnena patologi, bakteriologi och farmakologi erbjuder detta ingen svårighet, eftersom undervisningen redan dimensionerats efter ett dylikt antal. Undervisningen i patologi bör för vartannat intag ske vid karolinska sjukhusets patologiska avdelning och för vartannat intag vid Sabbatsbergs sjukhus patologiska avdelning. Undervisningen i bakteriologi och farmakologi meddelas som hittills vid karolinska institutets respektive institutioner.

Även i fråga om de propedeutiska kurserna i socialmedicin och röntgendiagnostik samt den kliniska laborationskursen bör undervisning ske för hela gruppen på ca 60 studenter samtidigt. Vartannat intag får sin undervisning i dessa ämnen på karolinska sjukhuset och vartannat på serafimerlasarettet. Denna undervisning bör såtillvida sammanfalla med patologien, att de stu-

derande, som får sin patologiundervisning på karolinska sjukhuset, även fullgör nyssnämnda kurser på detta sjukhus. De studerande, som skall följa kurserna i fråga på serafimerlasarettet, får således sin patologiundervisning vid Sabbatsbergs sjukhus.

Kurserna i socialmedicin, röntgendiagnostik och kliniska laborationer bör ges av de ordinarie lärarna i ämnena vid respektive sjukhus. För återstående undervisning, nämligen översiktskurserna i medicin och kirurgi, kursen i kliniska undersökningsmetoder samt demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi, fordras en ytterligare uppdelning av de studerande med hänsyn till deras antal. Kommittén föreslår därför, att sådan undervisning anordnas vid ytterligare två sjukhus i Stockholm, nämligen vid S:t Eriks sjukhus och Sabbatsbergs sjukhus. För ifrågavarande undervisning bör således varje propedeutisk grupp delas i två hälfter, varvid av de studerande som får sin huvudsakliga undervisning vid karolinska sjukhuset, halva antalet hänvisas till S:t Eriks sjukhus, medan halva gruppen av studerande vid serafimerlasarettet hänvisas till Sabbatsbergs sjukhus.

Den föreslagna anordningen innebär att arvoden, avseende den senast nämnda undervisningen, beräknas för en kurs årligen vid vartdera karolinska sjukhuset, S:t Eriks sjukhus, serafimerlasarettet och Sabbatsbergs sjukhus. Vidare bör beräknas amanuensarvoden för kurser i kliniska undersökningsmetoder vid S:t Eriks och Sabbatsbergs sjukhus. Ytterligare bör inrättas två tjänster som klinisk amanuens vid de propedeutiska kurserna, varvid den ene amanuensen avses för karolinska sjukhuset och den andre för serafimerlasarettet.

I *Göteborg* bör studerande intas till det propedeutiska året två gånger årligen med ca 30 elever per termin. Undervisningen i patologi, bakteriologi och farmakologi bör ske vid två kurser årligen vid medicinska högskolans respektive institutioner. Likaledes bör de propedeutiska kurserna i socialmedicin och i röntgendiagnostik samt de kliniska laborationskurserna ges vid respektive högskoleavdelningar på Sahlgrenska sjukhuset. Den övriga propedeutiska undervisningen, nämligen översiktskursen i medicin, kursen i kliniska undersökningsmetoder samt de sjukvårdstekniska demonstrationerna, bör däremot förläggas till Vasa sjukhus. Enligt vad kommittén inhämtat finns på detta sjukhus ett stort och för berörda undervisning synnerligen lämpligt patientmaterial. Kommittén föreslår därför, att arvoden för hela denna undervisning utgår till två av överläkarna vid nämnda sjukhus, vilka sköter den propedeutiska undervisningen för vartannat intag. Vardera läraren bör ha en klinisk amanuens som medhjälpare vid undervisningen. Denne amanuens bör även tjänstgöra som amanuens för de propedeutiska kurserna i övrigt för respektive intag. Översiktskursen i kirurgi bör ges mot arvode av särskild lärare vid Sahlgrenska sjukhusets kirurgiska klinik, varvid lämpligen lärare från vardera kirurgiska kliniken alternerande svarar för undervisningen.

Kostnadsberäkning

Uppsala. För lärare vid två översiktskurser i medicin beräknas ett arvode av 5 000 kronor, vari förutom ersättning för själva föreläsningarna även ingår gottgörelse för 5 timmars medverkan i patologiundervisningen. För lärare vid två översiktskurser i kirurgi beräknas

ett arvode av 3 500 kronor, i vilket belopp inräknats motsvarande särskilda gottgörelse som i fråga om översiktskursen i medicin. För lärare vid två kurser i kliniska undersökningsmetoder beräknas ett arvode av 4 950 kronor, vari även ingår ersättning för förhör. Vidare beräknas för lärare vid två demonstrationskurser i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi ett arvode av 2 000 kronor. Nuvarande arvode till ledare av två kurser i allmän sjukvårdsteknik indrages. Slutligen tillkommer en förste underläkare som amanuens för den propedeutiska undervisningen.

VIII huvudtiteln 5 000 + 3 500 + 4 950 + 2 000 — 1 100 = 14 350 kr.
XI huvudtiteln 20 664 kr.

Lund. För lärare vid envar av följande kurser, nämligen översiktskursen i medicin, översiktskursen i kirurgi, kursen i kliniska undersökningsmetoder samt demonstrationskursen i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi beräknas arvoden enligt motsvarande grunder som för Uppsala och med nedan angivna belopp. Nuvarande arvode till ledare av tre kurser i allmän sjukvårdsteknik, 1 650 kronor, indrages. En befattning som klinisk amanuens för hela den propedeutiska undervisningen inrättas.

2 500 + 1 750 + 2 475 + 1 000 — 1 650 + 12 736 = 18 811 kr.

Malmö. Arvoden beräknas för motsvarande kurser som i Lund, varjämte en befattning som klinisk amanuens inrättas.

2 500 + 1 750 + 2 475 + 1 000 + 12 736 = 20 461 kr.

Stockholm. För lärare vid ettvart av karolinska sjukhuset, S:t Eriks sjukhus, serafimerlasarettet och Sabbatsbergs sjukhus, där årligen kommer att anordnas en översiktskurs i medicin, en översiktskurs i kirurgi, en kurs i kliniska undersökningsmetoder samt en demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi, beräknas arvoden med samma belopp, som redovisats för Lund. Nuvarande arvoden till lärare vid propedeutiska kurser i de viktigaste kliniska undersökningsmetoderna, 13 000 kronor samt till lärare vid propedeutiska kurser i allmän kirurgi och i allmän sjukvårdsteknik, 3 200 kronor, indrages. Likaså indrages nuvarande arvode till biträdande lärare i medicinsk rörelsebehandling, 3 600 kronor. Vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet inrättas vardera en befattning som underläkare (amanuens) för den propedeutiska undervisningen vid dessa sjukhus. För underläkare vid S:t Eriks sjukhus och Sabbatsbergs sjukhus beräknas vartdera ett arvode av 2 000 kronor för handledning av de studerande vid kurserna i kliniska undersökningsmetoder. Nuvarande ersättning (arvode jämte fyllnadsarvode, dyrtids- och kristillägg) åt två amanuenser vid den medicinska undervisningen vid S:t Eriks sjukhus indrages.

VIII huvudtiteln 4 × (2 500 + 1 750 + 2 475 + 1 000) — 13 000 —
— 3 200 — 3 600 + 2 000 + 2 000 — 20 124 — 20 124 = — 25 148 kr.
XI huvudtiteln 21 924 + 21 924 = 43 848 kr.

Göteborg. För lärare vid Vasa sjukhus, där årligen två översiktskurser i medicin, två kurser i kliniska undersökningsmetoder och två demonstrationskurser i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi kommer att anordnas, samt för lärare vid Sahlgrenska sjukhuset, dit årligen två översiktskurser i kirurgi kommer att förläggas, beräknas två skilda serier arvoden med nedan angivna belopp. Nuvarande arvoden till lärare vid två kurser i fysikalisk diagnostik, 4 000 kronor, till lärare vid två kurser i allmän sjukvårdsteknik, 1 100 kronor, samt till lärare vid två kurser i allmän kirurgi, 2 000 kronor, indrages. Två befattningar som klinisk amanuens inrättas vid Vasa sjukhus. Nuvarande befattning som klinisk amanuens i fysikalisk diagnostik indrages.

$2 \times (2\,500 + 1\,750 + 2\,475 + 1\,000) - 4\,000 - 1\,100 - 2\,000 +$
$+ 16\,600 + 16\,600 - 16\,600 =$ 24 950 kr.

VIII huvudtiteln 53 424 kr.

XI huvudtiteln 64 512 kr

Summa 117 936 kr.

Kap. 24. MEDICIN

Nuvarande undervisning

De propedeutiska kurserna samt undervisningen i medicin och kirurgi fastställdes genom provisoriska föreskrifter år 1923, varvid undervisningen uppdelades i ett flertal perioder, olika utformade vid de tre lärosätena. En detaljerad redogörelse härför lämnas av LS (del I, s. 84—90). Då några väsentliga ändringar ej genomförts sedan dess, hänvisas till detta betänkande för ett mera detaljerat studium. I det följande lämnas en skildring av hur undervisningen i medicin för närvarande utformas inom ramen för dessa bestämmelser.

Uppsala. Under två månaders propedeutiska kurser skall de studerande följa de kliniska föreläsningarna i medicin och kirurgi.

Därefter följer sex månaders tjänstgöring, alternerande varannan dag vid de medicinska och kirurgiska klinikerna. Under denna tid ges följande undervisning i medicin.

	Tim.
Kliniska föreläsningar 3 dubbeltimmar/vecka	144
Polikliniska föreläsningar 3 timmar/vecka	60
Diagnostiska undersökningsmetoder	12
Klinisk kemi	16
Röntgenkurs	20

Obduktioner bevistas 4 timmar i veckan under hela tiden (96 timmar). Under de första fyra och en halv månaderna av hela tjänstgöringsperioden undervisas endast ett intag av studenter, under de sista en och en halv månaderna undervisas två intag samtidigt. De studerande arbetar inalles tre månader på medicinsk vårdavdelning. Poliklinikföreläsningarna åhörs endast under de

första fyra och en halv månaderna, då bägge kurserna ej får plats i poliklinikföreläsningssalen. Något praktiskt arbete utföres ej på polikliniken under denna period utan sker under en senare tjänstgöring vid medicinsk poliklinik med ca 4 timmars dagligt arbete under en månad, som får fullgöras på valfri tid och även under ferierna. Föreläsningar åhörs icke samtidigt.

Medicinundervisningen avslutas med fyra månaders assistenttjänstgöring. Tjänstgöringen fullgörs numera så gott som alltid i en följd och kan även ske på centrallasarett.

Hösten 1952 företogs en omläggning av tjänstgöringen. De studerande kommer enligt det nya systemet att fullgöra fyra månaders medicintjänstgöring, en månads poliklinik (fristående) samt fyra månaders assistenttjänstgöring.

Lund-Malmö. Under två månaders propedeutiska kurser åhör de studerande föreläsningar i medicin i form av en särskild översiktskurs.

Därefter fullgörs fyra månaders grundläggande tjänstgöring vid medicinska kliniken, varefter följer fyra månaders fortsatt tjänstgöring på samma klinik. Under denna tid åhör de studerande följande föreläsningar.

Klin. förel.	3 dubbeltimmar/vecka = 96 timmar grundläggande tjg. 3 dubbeltimmar/vecka = 96 timmar fortsättn.-tjg.	= 192 timmar
Poliklin. förel.	3 timmar/vecka = 48 timmar grundläggande tjg. 3 timmar/vecka = 48 timmar fortsättn.tjg.	= 96 timmar
Klin. förel. eller rond (bitr. lärare)	2 dubbeltimmar/vecka = 64 timmar fortsättn.-tjg.	= 64 timmar
Klin. rond (bitr. lärare)	1 timme/vecka = 16 timmar fortsättn.tjg.	= 16 timmar
Röntgenkurs		16 timmar

Under den grundläggande tjänstgöringen arbetar de studerande en månad på medicinsk avdelning. Under fortsättningstjänstgöringen tjänstgör de två månader på avdelning, 14 dagar på poliklinik och 14 dagar på centrallaboratoriet. Föreläsning i patologi åhörs 3 timmar per vecka under två månader varje termin. Obduktionsfall demonstreras 3 gånger per vecka. De tjänstgörande obducerar, alternerande två och två, 2 gånger per vecka under grundläggande och 1 gång per vecka under fortsatt tjänstgöring. Årligen ges en frivillig kurs i invärtessjukdomarnas laboratoriediagnostik under en månad med 2 dubbeltimmar per vecka. Under fortsättningstjänstgöringen ges varje termin en frivillig kurs under två månader i reumatologi med föreläsning 1 dubbeltimme 2 gånger per vecka samt klinisk rond 1 dubbeltimme 2 gånger per vecka. Medicinstudiet avslutas med assistenttjänstgöring under två månader. Denna kan även fullgöras på vissa centrallasarett.

Stockholm. Under två månaders propedeutiska kurser åhör de studerande såväl de kliniska som de polikliniska föreläsningarna i medicin (klinikföreläsningar 3 dubbeltimmar per vecka, poliklinikföreläsningar 1 ½ timme 3 gånger per vecka). Därefter följer sex månaders tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Tjänstgöringen på avdelningarna pågår fem månader och på polikliniken en månad. Undervisningen avslutas med två månaders assistenttjänstgöring.

Under de sex månadernas tjänstgöring åhör de studerande följande föreläsningar.

	KS:	Seraf.:
Klin. föreläsningar 3 dubbeltimmar/vecka	144 tim.	144 tim.
Poliklin. föreläsningar 3 timmar/vecka	72 tim.	72 tim.
Klin. kemi	18 tim.	8 tim.
Klin. bakteriologi	18 tim.	8 tim.
Spec. ftisiologi (frivillig)	32 tim.	
Spec. patologi (gemensamt för bägge grupper) 2 dubbeltimmar/vecka	96 tim.	
obd. demonstr. 3 dubbeltimmar/vecka	144 tim.	
Röntgenkurs	18—20 tim.	

Göteborg. Undervisningen har påbörjats under år 1952.

Tidigare diskussion

LS anförde, att ämnet medicin fått allt större omfattning och att det blivit allt svårare för en enda lärare att överblicka hela ämnesområdet. En specialisering hade uppkommit inom sjukvården, vilket medförde att vissa patienter finge hänvisas till specialkliniker såsom avdelningar för tuberkulos, epidemiska sjukdomar, nervsjukdomar och reumatiska sjukdomar. Enligt LS måste undervisningen här anpassa sig efter föreliggande förhållanden. På de medicinska klinikerna funnes icke längre material, som belyste hela den invärtes medicinen. Den nödvändiga kompletterande undervisningen skulle bäst lämnas av speciallärare, som ägde den kliniska erfarenheten inom berörda områden och som hade tillgång till det nödvändiga patientmaterialet. LS förordade emellertid, att specialämnena icke skulle utbrytas ur ämnet medicin utan alltjämt undervisas inom ramen för moderämnet. Läraren i medicin måste vara så orienterad inom hela ämnesområdet och alltså även inom ämnets specialiteter, att han i sin undervisning förmådde ge den allmänna utbildning och de allmänna vyer över den invärtes medicinen, som krävdes. Den sammanfattande bedömningen av kunskaper och mogenhet, som låge till grund för examensbetyget, borde tillkomma ämnesläraren i medicin. I undervisningen i medicin borde enligt LS även ingå de delar av statsmedicinen och socialmedicinen, som berör ämnet.

De olika delarna av den medicinska undervisningen planlades av LS på följande sätt. I den propedeutiska undervisningen infördes en översiktskurs i medicin med 30 föreläsningar av särskild lärare och obligatoriskt förhör. För tjänstgöringen i medicin beräknade LS en tid av åtta månader. Denna tid uppdelades på två perioder. Under den första perioden, kallad den grundläggande tjänstgöringen, som omfattade fem månader, skulle de studerande få sätta sig in i sjukvårdsarbetet på en avdelning och få en viss erfarenhet av de allmänt förekommande sjukdomarna. Den grundläggande tjänstgöringen skulle ge en någorlunda god allmän medicinsk orientering som grund för utbildningen av de kliniska specialfacken. Den andra perioden, kallad den fortsatta tjänstgöringen, skulle omfatta tre månader och förläggas till slutet av läkarutbildningen, eftersom ett mer djupgående och allsidigt förstående av ämnet medicin förutsatte kunskaper i så gott som alla övriga läroämnen. Emellertid borde enligt LS icke någon principiell skillnad föreligga beträffande karaktären av de två tjänstgöringarna, utan de studerande skulle under bådadera i så stor utsträckning som möjligt delta i det praktiska arbetet. Hela tjänstgöringen borde förläggas till universitetsklinik.

Under den grundläggande tjänstgöringen skulle den studerande få en sys-

tematisk översikt över invärtesmedicinen, varjämte stort avseende borde fästas vid den polikliniska undervisningen, som skulle upptaga en tredjedel av tjänstgöringstiden. Under den fortsatta tjänstgöringen borde de studerande även följa de kliniska föreläsningarna samt under tillbörlig uppsikt få utföra tekniskt mer krävande undersökningar och sjukvårdande ingrepp såsom lumbalpunktion, thorakocentes m. m. Kurser i fysikalisk terapi (12 undervisningstimmar, exklusive övningstid), kliniska laborationer (10—15 föreläsningstimmar och obligatoriskt förhör) och dietetik (10 föreläsningar jämte 5 övningar på vardera 3 timmar) skulle även ingå i undervisningen. Under den fortsatta tjänstgöringen borde en föreläsningstimme per vecka ägnas åt undervisning i terapi, anordnad i seminarieform. Vid sidan av tjänstgöringarna i medicin föreslog LS särskilda kurser i epidemiologi (15 timmars föreläsningar samt tjänstgöring under tre månader), lungtuberkulosens klinik (en månads kurs med 15 föreläsningar samt en månads tjänstgöring vid ett tuberkulossjukhus) och reumatologi (10 timmars föreläsningar och tjänstgöring på reumatikeravdelning under en av de medicinska månaderna).

Vid remissbehandlingen av LS förslag avstyrkte medicinska fakulteten i Uppsala kursen i dietetik. Samma inställning hade medicinska fakulteten i Lund, som därjämte föreslog, att även kursen i reumatologi skulle utgå. Karolinska institutets lärarkollegium föreslog, att en viss del av den fortsatta tjänstgöringen skulle kunna förläggas till endera en medicinsk lasarettsavdelning eller universitetsklinik. Undervisningen i reumatologi borde inordnas i den grundläggande tjänstgöringen i medicin. Medicinalstyrelsen anförde, att den fortsatta tjänstgöringen (assistenttjänstgöringen) i så stor utsträckning som möjligt borde förläggas till de större delade sjukhusens och centrallasarettens medicinska avdelningar. Härigenom skulle möjlighet beredas klinikanterna till vidgad praktisk erfarenhet och närmare beröring med ett klientel av delvis annan sammansättning än det icke sällan något ensidiga kliniska materialet.

I sin överarbetning av det tidigare förslaget frångick LS kravet på förhör efter översiktskurserna i medicin och kirurgi. Ifråga om den fortsatta tjänstgöringen (assistenttjänstgöringen) ansåg de sig kunna tillstyrka, att den, om så befunnes lämpligt, helt eller delvis förlades till icke kliniska sjukhus. Vid remissbehandlingen av det överarbetade förslaget restes inga väsentliga anmärkningar mot detsamma.

Kommittén

Allmänna synpunkter. Läroämnet medicin intar en central ställning i den kliniska utbildningen. En tendens att bryta ut allt flera specialämnen från de stora huvudämnena medicin och kirurgi har som bekant gjort sig gällande de senaste åren. En dylik specialisering är säkert nödvändig och berättigad när det gäller forskning och även för vissa grenar av sjukvården. Långt driven specialisering kan emellertid också medföra nackdelar, vilka särskilt måste beaktas då det gäller undervisningen.

Den blivande läkaren bör redan i ett tidigt skede av studierna lära sig att betrakta människan som en enhet. Han måste förstå, att en patient är en sjuk människa och ej blott en person med ett eller annat sjukt organ. En av de viktigaste uppgifterna för lärarna i medicin är just att för eleverna sammanställa olika fakta till en enhetlig sjukdomsbild. Sjukhistorien, status, fyndet vid röntgenundersökningen, laborato-

rieproven, de olika specialisternas utlåtande, allt bör kritiskt granskas och värderas och det hela användas för den slutliga syntesen, varvid psykologiska och socialmedicinska faktorer även beaktas. Det gäller sålunda i princip att försöka sammansmälta och hopfoga de olika delarna till en enhet.

Med dessa förutsättningar finner kommittén, att ämnet medicin i den grundläggande allmänna läkarutbildningen icke bör splittras på ett så radikalt sätt, som skett och sker ifråga om sjukvården av patienter med olika invärtesmedicinska åkommor. För vissa delar av invärtesmedicinen har visserligen de diagnostiska och terapeutiska metoderna blivit så specialiserade, att de icke ens ur undervisningssynpunkt lämpligen kan sammanföras med den centrala undervisningen i invärtesmedicin. Kommittén avser här neurologi, klinisk epidemiologi och ftisiologi, i vilka ämnen kommittén, delvis även av organisatoriska skäl, föreslår undervisning under särskilda kurser.

Organisationen av undervisningen inom andra delar av internmedicinen bjuder även på problem med hänsyn till sjukvårdens fortgående specialisering. Särskilda kurser skulle kunna tänkas för t. ex. följande sjukdomsgrupper: reumatiska sjukdomar, hjärtsjukdomar, njursjukdomar, endokrina sjukdomar, ämnesomsättningssjukdomar, blodsjukdomar, mag- och tarmsjukdomar och allergiska sjukdomar. Att sönderbryta den grundläggande invärtesmedicinska undervisningen i så stort antal specialiteter torde emellertid knappast vara lämpligt.

Det synes emellertid vara möjligt att finna en form för samarbete mellan specialister på några av de nyss exemplifierade områdena i invärtesmedicin och huvudlärarna i ämnet. Den grundläggande undervisningen bedrivs därvid alltjämt inom ramen för huvudämnet men ges av specialister inom de olika områdena i den mån sådana finns att tillgå. Läraren i invärtesmedicin bör samråda med eventuella företrädare för dessa specialiteter och låta dem under en viss tid av den medicinska undervisningen träda in i stället för huvudläraren för att meddela undervisning i sitt specialfack. På detta sätt kommer specialundervisningen att förläggas till samma tid som de övriga medicinska föreläsningarna, varigenom ämnets samhörighet med invärtesmedicinen ytterligare betonas. Den slutliga kunskapskontrollen bör ske i tentamen i invärtesmedicin.

En fördel med denna anordning är, att professorn i invärtesmedicin blir ansvarig för planeringen av hela ämnet och kan ge dess olika delar en lämplig omfattning i förhållande till deras betydelse i stort. Erfarenheten synes nämligen visa, att fristående specialkurser tenderar att få en större omfattning än den allmänna läkarutbildningen kräver. Sådan undervisning har tidigare ofta givits såsom frivilliga kurser, ej sällan på kvällarna, men kommittén finner, att alla specialkurser som är nödvändiga för blivande läkare bör ingå i den ordinarie undervisningen. De specialister, som utnyttjas för sådan särskild undervisning inom ramen för invärtesmedicinen kan vara anställda vid universitetskliniken eller andra kliniker. Ur denna synpunkt torde det vara fördelaktigt att bygga ut det nu tillämpade systemet att låta de olika biträdande överläkarna vid kliniken såvitt möjligt representera olika specialfack inom ämnet, till dess eventuellt självständiga befattningar inom specialiteten har inrättats.

Utöver den katedrala undervisningen i specialämnena inom medicinen bör de studerande även få tillfälle att se ett

tillräckligt stort patientmaterial. Kommittén föreslår därför, att s. k. visitronder eller demonstrationer av lämpliga fall på andra avdelningar anordnas under hela den medicinska tjänstgöringen. En viss kontakt med sådana specialavdelningar bör uppehållas under den medicinska tjänstgöringen, oaktat den studerande senare fullgör särskilda kurser på vissa av dem.

Medicinundervisningens organisation. Den invärtesmedicinska undervisningen bör enligt kommitténs mening fördelas på olika kurser och tjänstgöringar, förlagda till skilda tider av utbildningen. De olika perioderna bör utformas allt efter sitt speciella syftemål. Undervisningen bör meddelas dels under det propedeutiska året, dels i form av en särskild kurs i medicin med samtidigt praktiskt arbete, dels slutligen under en assistenttjänstgöring.

Under det propedeutiska året bör undervisningen i invärtes medicin påbörjas med en *översiktskurs i medicin* (inklusive psykosomatisk medicin), omfattande 45 timmars föreläsningar. Kursen har utförligt skildrats i kapitlet om det propedeutiska året. Förhör anordnas icke efter översiktskursen.

Efter det propedeutiska året skall den studerande fullgöra *kurs i medicin,* omfattande fem månader. Under kursen anordnas 3 kliniska föreläsningar (dubbeltimmar) samt 3 polikliniska föreläsningar (enkeltimmar) per vecka. Vidare bör samordnad undervisning särskilt med kirurgi men även med andra ämnen tillkomma. I detta syfte föreslår kommittén, att en klinisk konferens (dubbeltimme) anordnas varannan vecka, omväxlande på den medicinska och den kirurgiska kliniken. För lärarnas del blir således uppgiften att organisera en sådan konferens en gång per månad, men de studerande skall åhöra samtliga konferenser under de medicinska och de kirurgiska kurserna, dvs. två kliniska konferenser per månad. Därvid bör även representanter för andra teoretiska och kliniska ämnen delta i lämpliga fall. Särskilt viktigt är därvidlag samarbetet med de socialmedicinska lärarna, som under 12 timmar bör medverka i konferenser samt i kliniska och polikliniska föreläsningar (se kapitlet om hygien och socialmedicin).

Under den medicinska kursen skall även regelbundet anordnas kliniska ronder under 40 timmar, varvid kursdeltagarna helst bör fördelas i mindre grupper. Vissa av dessa ronder, de s. k. visitronderna, bör, som redan skildrats, avse demonstration av fall på specialkliniker och andra sjukavdelningar, t. ex. lungklinik, epidemisjukhus, reumatisk klinik samt vårdhem för kroniskt sjuka och åldringar. Sådana ronder leds lämpligen av överläkaren på respektive sjukhus.

De studerande skall även delta i det praktiska arbetet på avdelningarna. För att ej splittra denna för hela utbildningen grundläggande tjänstgöring bör alla föreläsningar förläggas till förmiddagarna, så att eftermiddagarna odelat kan ägnas åt praktiskt avdelningsarbete. Mer än 3 eller i undantagsfall 4 föreläsningstimmar per dag bör därför ej upptas på schemat. De studerande bör ej under tjänstgöringen på sjukavdelningarna belastas med allt för mycket rutinarbete, som från didaktisk synpunkt är mindre värdefullt, såsom rutinmässiga Weber-prov, sedimentundersökningar, hämoglobinbestämningar och räkning av röda blodkroppar.

Kommittén anser den polikliniska undervisningen synnerligen betydelsefull, då denna form av tjänstgöring mest liknar allmän läkarpraktik. De studerande bör därför dels få tillfälle att delta i arbetet på polikliniken under en viss tid, dels regelbundet under hela

medicinska terminen åhöra polikliniska föreläsningar. Att organisera poliklinisk undervisning på ett fullt tillfredsställande sätt, så att varje studerande får tillräcklig handledning, är vanskligt. Det fordras ett stort antal lärare och vidare mycket goda utrymmen, vilket man vid planering av nya undervisningssjukhus bör beakta. Kommittén anser, att en månads polikliniktjänstgöring under kursen i medicin kan vara lämplig. De studerande bör under denna månad ej arbeta på någon vårdavdelning utan koncentrera sig på det polikliniska arbetet. Under hela medicinkursen ges polikliniska föreläsningar 1 timme tre gånger i veckan.

Från olika håll har det framhållits som en brist i undervisningen, att jourtjänst för medicine kandidater ej kunnat ordnas inom ämnet invärtesmedicin. På några undervisningssjukhus har man emellertid med stor framgång prövat ett dylikt system. Kommittén föreslår, att de studerande under medicinkursen får som jourhavande kandidater delta i vården av akut sjuka patienter. Jourrum bör ställas till kandidaternas förfogande. Jourtjänsten kan lämpligen fullgöras tillsammans med den underläkare, på vars avdelning den studerande har sitt praktiska arbete.

Undervisningen i medicin torde icke kunna avslutas med kursen i ämnet. Denna infaller nämligen under ett så tidigt skede av studierna, att den studerande saknar perspektiv på lärostoffet, framför allt på grund av bristande kunskaper i andra kliniska ämnen, av vilka de flesta har anknytning till invärtesmedicinen. Först när övriga kliniska kurser passerats, har den studerande förutsättningar att helt tillgodogöra sig en avslutande undervisning i medicin. Vidare är det önskvärt, att den studerande i ett så betydelsefullt ämne som invärtesmedicin också får en mer omfattande och växlande praktisk erfarenhet genom mera självständigt arbete än vad som är möjligt under den medicinska kursen. Dessa skäl har föranlett kommittén föreslå att studiet i invärtesmedicin skall avslutas med fyra månaders *assistenttjänstgöring*. Denna assistenttjänstgöring bör förläggas till den sista perioden av den kliniska utbildningen efter fullgjorda kliniska kurser (se kapitlet om studieplanen). Assistenttjänstgöringen i medicin kan antingen i sin helhet förläggas till annat sjukhus eller delas upp med två månader på universitetsklinik och två månader på annat sjukhus. I sistnämnda fall synes de två månaderna vid kliniken böra förläggas till den universitetsklinik, där den studerande genomgått kursen i medicin. Det ankommer på universitetskanslern att på förslag av vederbörande medicinska fakultet (kollegium) ange de medicinska avdelningar, på vilka sådan tjänstgöring kan få ske. Kommittén vill här framhålla, att syftet med assistenttjänstgöringen ständigt bör beaktas av vederbörande lärare och överläkare. Den studerande bör således under denna tjänstgöring i möjligaste mån anförtros praktiskt arbete på egen hand och få delta i och själv utföra förekommande undersökningar och behandlingar. Övning i genomlysning vid lung- och hjärtundersökning framstår här som en praktiskt viktig del i arbetet.

Tentamen i invärtesmedicin skall avläggas först sedan den studerande fullgjort assistenttjänstgöringen i medicin. Tentamen förrättas av den lärare, som är chef vid den universitetsklinik, där denna tjänstgöring fullgjorts. Om den studerande fullgjort hela sin assistenttjänstgöring vid icke klinisk avdelning, bör tentamen avläggas vid den medicinska klinik, där han fullgjort sin kurs i medicin.

Samarbete med kliniska och teoretiska discipliner. Undervisningen i *röntgendiagnostik* skall enligt kommitténs mening ske i intim anslutning till den kliniska undervisningen. Under kursen i medicin bör 1 timme per vecka ägnas häråt (se kapitlet om röntgendiagnostik). Om de lokala förhållandena så tillåter, skall de studerande som tjänstgör på medicinska kliniken — eventuellt fördelade på två grupper — även närvara vid de ordinarie röntgenronderna. Moderna tekniska metoder att projicera röntgenfilm kan därvid komma till användning.

Reumatologien utgör en synnerligen viktig del av invärtesmedicinen. Ur social synpunkt är de reumatiska sjukdomarna av största betydelse, då de ej sällan leder till bestående invaliditet. På grund av det ofta mycket utdragna sjukdomsförloppet erfordras ett betydande antal sängplatser för dessa patienter. Särskilda specialavdelningar har inrättats på vissa håll för forskning inom detta viktiga område och för vård av de talrika sjukdomsfallen. Detta har otvivelaktigt inneburit en viss avlastning för de allmänmedicinska avdelningarna.

Man har emellertid även diskuterat det berättigade i denna utbrytning av reumatologien från invärtesmedicinen. De reumatiska sjukdomarna, vilka de senaste åren betecknats såsom kollagenoser eller bindvävssjukdomar, är givetvis allmänsjukdomar med symtom ej blott från lederna utan även mycket ofta från hjärta och andra inre organ. De moderna behandlingsmetoder, som nyligen framkommit, är säkerligen icke det sista i fråga om ledgångsreumatismens behandling, men de markerar tydligt ämnets samhörighet med invärtesmedicinen i stort.

Från undervisningens synpunkt är det nödvändigt att i den mån vissa sjukdomsgrupper förflyttas från de medicinska klinikerna till specialkliniker undervisningen utbygges genom kompletterande utbildning vid dessa. Härigenom vinner man också den garantien, att dessa sjukdomars dominerande sociala betydelse kan inskärpas hos de studerande av ämnesrepresentanten. På en specialklinik för reumatologiska fall torde man också bättre än på annat håll praktiskt kunna demonstrera betydelsen av profylaktiska åtgärder mot uppkomsten av felställningar, vilka lätt utvecklas vid långvariga sjukdomstillstånd av skilda slag. Där kan även praktiskt demonstreras betydelsen av fysikalisk terapi i olika former.

Där reumatologisk klinik finns, bör överläkaren enligt kommitténs mening ge undervisningen i reumatologi under medicinkursen. Den bör förslagsvis omfatta 6—8 timmar jämte kliniska ronder på reumatologisk avdelning, motsvarande ca 10 timmar. Undervisningen skall ingå som en del i den löpande undervisningen i huvudämnet invärtesmedicin.

Kommittén har övervägt lämpligheten av en särskild kurs i *geriatrik*. Otvivelaktigt har detta ämne under de senaste decennierna fått allt större betydelse genom den tilltagande livslängden. Utvecklingen talar för, att denna betydelse i framtiden kommer att öka, varför de blivande läkarna bör få en god utbildning i ämnet. Kommittén har emellertid icke velat belasta studieordningen inom ämnet medicin med ytterligare en extra kurs men förutsätter, att ämnet beaktas i den ordinarie undervisningen. För att garantera ett visst antal timmar åt ålderdomssjukdomarnas problem vill kommittén föreslå visitronder på sjukavdelningarna på ålderdomshem och på kroniska sjukhem. Dessutom bör några konferenser ägnas åt geriatriska problem, som på ett myc-

ket lämpligt sätt kan behandlas i denna form av undervisning. Det är sannolikt, att geriatriken i framtiden får en mera självständig plats som medicinsk specialitet. Därvid bör också ämnet få ökat utrymme på undervisningsschemat.

En stor del av den moderna medicinens mest betydelsefulla framsteg har vunnits genom intim samverkan mellan *teoretiska grundvetenskaper* och praktisk medicin. Tillämpandet av strängt naturvetenskapliga metoder för att kontrollera effekten av terapeutiska åtgärder liksom överförandet av ursprungligen höggradigt specialiserad fysikalisk metodik (t. ex. stränggalvanometer för EKG, Geiger-Müller-räknare för isotoparbeten) till kliniskt rutinarbete fordrar ständig kontakt med grundvetenskaperna. I lika mån har man här att göra med forskning, undervisning och sjukvård. Medverkan av de teoretiska ämnenas representanter är därför av stor betydelse även för medicinutbildningen.

Behovet av ett samarbete mellan sjukhusens kliniker och de teoretiska institutionerna har under de senaste åren således gjort sig allt mera gällande. Klinisk kemi, klinisk fysiologi och klinisk bakteriologi kan numera i betydelse jämställas med speciell patologisk anatomi. Större sjukhus har anställt egna kemister och på en del håll även fysiologer och bakteriologer. Sådana specialutbildade teoretiker bör givetvis utnyttjas även i undervisningen. De kommer säkerligen att i hög grad bidraga till att bryta den icke önskvärda isolering, som på vissa håll förefunnits mellan teoretiker och kliniker, bl. a. genom att närvara vid kliniska konferenser och delta i diskussionen där. Dessutom svarar de för särskilda föreläsningar och konferenser, var och en inom sitt specialområde. Några timmars genomgång av ur klinisk synpunkt särskilt viktiga anatomiska problem är även önskvärd och befordrar kontakten mellan teori och praktik.

Under kursen i medicin bör inläggas en undervisning i *klinisk kemi* (se detta kapitel), omfattande 10 timmars föreläsningar och konferenser. Den bör behandla det kliniska värdet av kemiska undersökningsmetoder och därtill behandla vissa teoretiska kapitel inom kliniken.

Ämnet *klinisk fysiologi* (se detta kapitel) bör bli föremål för en undervisning av samma omfattning som den kliniska kemien med 10 timmars föreläsningar och konferenser. Det är uppenbart att representanterna för klinisk fysiologi och kemi kommer att spela en viktig roll vid de för medicinska och kirurgiska klinikerna gemensamma konferenserna.

I *klinisk bakteriologi* föreslår kommittén (se kapitlet om bakteriologi) en undervisning i klinisk bakteriologi under medicinkursen, omfattande 10 timmars föreläsningar och demonstrationer.

Även om den kursmässiga undervisningen i *patologi* är avslutad under det propedeutiska året, skall de studerande hålla fortsatt kontakt med ämnet under kursen i medicin (se kapitlet om patologi). Kommittén föreslår därför, att 10 patologikonferenser, motsvarande 20 timmar, ges under kursen i medicin. Under kursen bör de studerande även bevista sektioner av sådana fall, vilka de haft tillfälle att iaktta på kliniken.

Undervisningen i *farmakologi* skall fortsätta under kursen i medicin, då man kan anta, att de studerande skall ha goda förutsättningar att tillgodogöra sig en undervisning i speciell farmakoterapi (se kapitlet om farmakologi). I anslutning till denna kurs bör även andra former av terapi avhandlas. Undervisningen kan lämpligen ske i form av terapikonferenser, vid vilka även

någon kliniker bör vara närvarande för att delta i diskussionen. Härvid bör en systematisk behandling av de viktigaste kapitlen eftersträvas. Undervisningen skall omfatta 10 konferenser om vardera 2 timmar.

Kommittén har föreslagit, att tentamen i ämnena patologi, bakteriologi och farmakologi avlägges under det propedeutiska året. Den här skisserade anordningen med fortsatt undervisning i dessa ämnen under de kliniska studierna anser kommittén likväl vara viktig och värdefull. Först genom samordning av sina kunskaper i patologi och terapi med vissa kliniska erfarenheter, vunna under medicin- och kirurgitjänstgöringen, får de studerande den avrundning och integration av kunskaperna i dessa ämnen, som är så betydelsefull för läkaren.

Undervisningens omfattning under medicinkursen.

	Tim.
Kliniska föreläsningar	120
Polikliniska föreläsningar	60
Visitronder eller demonstration av fall	40
Kliniska konferenser (medicin och kirurgi)	20
Röntgendiagnostik	20
Patologikonferenser	20
Klinisk bakteriologi	10
Klinisk kemi	10
Klinisk fysiologi	10
Terapikonferenser	20
Summa	330

Denna undervisning på 330 timmar omfattar all den katedrala undervisning och de mera fast ordnade kliniska demonstrationer, som kommittén finner anledning föreslå. Med 20 arbetsveckor under kursen uppgår undervisningen således till 16 à 17 timmar per vecka. Enligt kommitténs mening bör rikligt utrymme kunna beredas de studerande i studieplanen för praktiskt arbete under kursen i medicin, och kommittén vill understryka vikten av att dessa möjligheter väl tillvaratas. En allmän mening torde nämligen råda därom, att undervisningens kvalitet väsentligen beror på omfattningen och arten av den praktiska övningen.

När det gäller att placera in ifrågavarande undervisning i ett schema för kursen i medicin, bör chefen för respektive medicinska klinik få utforma dessa planer i samråd med övriga lärare under kursen i medicin. Kommittén har för sin del gjort upp följande exempel på veckoschema för en kurs i medicin. Härmed avser kommittén dock endast att visa, att undervisningens omfattning icke medför organisatoriska olägenheter och icke heller kan anses utgöra en alltför svår belastning för de studerande.

Exempel på veckoschema för kurs i medicin.

Kl.	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag
09.00-11.00	Klinisk kemi eller fysiologi eller bakteriologi	Klinisk föreläsning	Visitrond på specialavd. eller demonstrationer	Klinisk föreläsning	Klinisk föreläsning	Konferens (varannan vecka)
12.00-13.00	Poliklinisk föreläsning	Terapi- eller patologikonferens	Poliklinisk föreläsning		Poliklinisk föreläsning	
13.00-14.00				Röntgendiagnostik		
14.00-	Avdelningsarbete					

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag till undervisning i invärtes medicin innebär en betydande intensifiering och utvidgning av undervisningen, främst därigenom att kommittén på olika punkter föreslår undervisning i form av kliniska konferenser, visitronder m. m. Denna form av undervisning bör enligt kommitténs mening jämställas med katedral undervisning av hittillsvarande typ. Vid beräkning av lärarbehovet måste därför antalet konferenstimmar per klinik uppskattas. Kommittén har härvidlag förutsatt, att minst en lärare från medicinkliniken skall delta i konferenserna mellan medicin och kirurgi och i klinisk farmakologi och patologikonferenserna, samt därjämte förutsatt ett visst antal konferenstimmar för klinisk kemi, fysiologi och bakteriologi. Därigenom framkommer ett behov av ca 295 undervisningstimmar för varje kurs i medicin.

Kommitténs beräkning klargör att varje universitetsklinik måste kunna redovisa ett betydande antal undervisningstimmar utöver vad professorn är skyldig meddela. Med hänsyn härtill och även med tanke på betydelsen av tillgång till högkvalificerade lärare inom huvudämnet medicin vill kommittén föreslå, att det vid varje universitetsklinik inrättas en extra ordinarie tjänst som lärare i medicin med lön motsvarande docents. Läraren i medicin avses få en undervisningsskyldighet lika med professors. Vid varje klinik behövs dessutom biträdande lärare, vilka bör avlönas med arvode i enlighet med kommitténs principer i detta avseende. Kommittén finner det vidare nödvändigt att utöka de i undervisningen deltagande underläkarnas antal. De studerande behöver i de grundläggande kliniska ämnena medicin och kirurgi en mera ingående och kontinuerlig handledning i det praktiska arbetet än i övriga kliniska ämnen. Kommittén föreslår därför att ytterligare en tjänst som klinisk amanuens, respektive underläkare, inrättas vid varje medicinsk undervisningsklinik.

Kommittén har vidare funnit sig föranlåten att föreslå att de medicinska klinikerna i likhet med övriga institutioner erhåller viss teknisk personal, som huvudsakligen krävs för förberedelser för undervisningen, såsom framställning av fotografiskt material, skioptikonbilder m. m.

I *Uppsala* skall medicinkurs ges två gånger årligen med 30 deltagare på akademiska sjukhuset. Av den undervisningsvolym på 590 timmar årligen, som således erfordras vid kliniken, kommer på professorn 130 timmar och på läraren i medicin 130 timmar. För återstående undervisningstimmar beräknas arvode på 14 500 kronor till två eller flera biträdande lärare, samt 2 000 kronor som efter ämnesföreträdarens förslag fördelas på specialföreläsare och som ersättning för ledning av visitronder. Antalet kursdeltagare i Uppsala är enligt kommitténs mening för högt men de måste likväl tills vidare beredas plats på kliniken så att stockningar i studiegången undvikes.

I *Lund-Malmö* bör intag till propedeutiska kurser ske två gånger årligen alternerande i Lund och Malmö. För den efterföljande medicinkursen föreslår kommittén att terminsgruppen, såsom för närvarande sker, fördelas med halva antalet på vardera kliniken i Lund och Malmö. Universitetsklinikerna kommer således att få kurser i medicin två gånger årligen med 15 deltagare. Undervisningsvolymen per klinik blir densamma som vid akademiska sjukhuset i Uppsala eller 590 timmar årligen. Härifrån bör vad beträffar Lund och Malmö

dragas för vardera kursen ca 35 timmar, som utgör den undervisning som beräknas åvila läraren i reumatologi. Kommittén föreslår därför, att vardera kliniken i Lund och Malmö utrustas med anslag till lärare i samma omfattning som Uppsala, dock att arvodesbeloppen till biträdande lärare i Lund och Malmö minskas med vardera 1 750 kronor.

I *Stockholm* planeras intag till propedeutiska kurser två gånger årligen. Varje grupp får sin huvudsakliga undervisning på karolinska sjukhuset eller serafimerlasarettet. Kommittén föreslår att respektive grupper fortsätter med sin kurs i medicin på samma sjukhus. Detta betyder, att klinikerna vid dessa sjukhus två gånger årligen måste ge medicinkurs med 30 deltagare. Detta deltagarantal är emellertid enligt kommitténs mening för stort för att medge en helt tillfredsställande undervisning, särskilt beträffande den praktiska tjänstgöringen. Kommittén har ingående övervägt olika möjligheter att fördela undervisningen på flera sjukhus för att förbättra situationen. Sådana åtgärder är utan tvivel möjliga, men kommittén har icke ansett det ankomma på densamma att utreda alla de detaljer av ekonomisk och administrativ art som fordras för en dylik lösning. Kommittén har därför stannat vid ovanstående förslag som ett provisorium. Redan nu står det emellertid klart att en annan ordning bör eftersträvas, och kommittén anser för sin del att detta i framtiden bäst kan uppnås genom inrättandet av ytterligare en professur i invärtesmedicin vid karolinska institutet, vilken professur förlägges till något av Stockholms stads sjukhus. Kommittén förutsätter att institutets lärarkollegium uppmärksammar detta behov och så snart som möjligt verkställer utredning angående en ny professurs lämpliga förläggning m. m. Undervisningsvolymen vid karolinska sjukhuset respektive serafimerlasarettet blir med två kurser årligen densamma som vid akademiska sjukhuset i Uppsala, varför kommittén föreslår att vardera kliniken får motsvarande anslag till lärare.

I *Göteborg* skall intag till medicinkurs ske två gånger årligen med 30 deltagare per kurs. De bägge universitetsklinikerna i medicin ligger på Sahlgrenska sjukhuset. Med hänsyn härtill föreslår kommittén efter samråd med ämnesrepresentanterna, att vardera kliniken meddelar den katedrala undervisningen för varannan kurs, medan den praktiska tjänstgöringen alltid fördelas på de bägge klinikerna. Vid varje tillfälle kommer således vardera kliniken endast att ha halva antalet tjänstgörande i medicinkursen i praktiskt kliniskt och polikliniskt arbete. Undervisningsbelastningen på vardera kliniken blir hälften av vad som beräknas för akademiska sjukhuset eller 295 timmar per år. Om vardera kliniken i enlighet med kommitténs förslag erhåller en lärare i medicin kommer denne och professorn att tillsammans meddela 260 timmar av denna undervisning. Då klinikerna avses meddela praktisk undervisning under varje termin kan det emellertid förutses att lärarna i medicin under denna tid måste delta i ett större antal konferenstimmar än som har beräknats vid övriga kurser i medicin. Kommittén föreslår därför att arvode för ytterligare 30 undervisningstimmar ställes till vardera klinikens förfogande. Arvode bör således beräknas för 65 timmars undervisning vid vardera kliniken med 3 250 kronor. Härav bör 1 000 kronor efter klinikchefens förslag fördelas som arvode till specialföreläsare och som ersättning för ledning av visitronder och 2 250 kronor utgöra arvode för en biträdande lärare.

Tjänster	Nuvarande personal						
				Sthlm		G	
	U	L	M	KS	Seraf.	I	II
Professor	1	1	1	1	1	1	1
Biträdande lärare	13 200	13 800	13 200	6 600	6 600	8 800	6 600
Poliklinikundervisning		250					
Undervisning vid kliniska ronder i medicin		800					
Klinisk amanuens		2	2			2	2
Institutionsvaktmästare (12 lgr)					1		
Laboratoriebiträde (11 lgr)					1	1	
» (8 lgr)					1		
Kanslibiträde	1	1	1	1		1	
Kontorsbiträde	1				1		
	Kommitténs förslag						
Professor	1	1	1	1	1	1	1
Lärare (Ce 30)	1	1	1	1	1	1	1
Biträdande lärare	14 500	12 750	12 750	14 500	14 500	2 250	2 250
Specialföreläsare	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	1 000	1 000
Poliklinikundervisning		—					
Undervisning vid kliniska ronder i medicin		—					
Klinisk amanuens		3	3			3	3
Institutionsvaktmästare (12 lgr)					1		
Laboratoriebiträde (11 lgr)		1	1	1	1	1	1
» (8 lgr)					1		
Kanslibiträde	1	1	1	1		1	1
Kontorsbiträde	1				1		

Tabellkommentar

I Lund finns utöver de redovisade tjänsterna en befattning som lärare i reumatologi och en tjänst som klinisk amanuens vid reumatologiska kliniken.

Vidare finns i Stockholm en laboratoriebiträdestjänst vid endokrinologiska avdelningen på serafimerlasarettet.

En av professurerna i Göteborg är inrättad från och med den 1 september 1952.

Av nuvarande anslagspost till biträdande lärare i Göteborg, 15 400 kronor, skall utgå arvoden på 4 400 kronor för år till envar av fyra lärare. Två av dessa lärare är emellertid anställda först från och med den 1 oktober 1952. För helt budgetår räknat motsvarar anslagsposten 17 600 kronor.

Två av de kliniska amanuenserna i Göteborg är anställda från och med den 1 oktober 1952.

Kostnadsberäkning

Uppsala. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som förste underläkare inrättas.

VIII huvudtiteln 19 860 + 14 500 + 2 000 — 13 200 = 23 160 kr.

XI huvudtiteln 20 664 kr.

Lund. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som klinisk amanuens och en tjänst som laboratoriebiträde tillkommer.

19 860 + 12 750 + 2 000 — 13 800 — 250 — 800 + 12 736 + 7 968 = 40 464 kr.

Malmö. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som klinisk amanuens och en tjänst som laboratoriebiträde tillkommer.

19 860 + 12 750 + 2 000 — 13 200 + 12 736 + 7 968 = 42 114 kr.

Stockholm.

Karolinska sjukhuset. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som laboratoriebiträde tillkommer. En tjänst som förste underläkare inrättas.

VIII huvudtiteln 21 084 + 14 500 + 2 000 — 6 600 + 8 652 = 39 636 kr.
XI huvudtiteln 21 924 kr.

Serafimerlasarettet. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som förste underläkare inrättas.

VIII huvudtiteln 21 084 + 14 500 + 2 000 — 6 600 = 30 984 kr.
XI huvudtiteln 21 924 kr.

Göteborg. Vid vardera av de båda klinikerna i medicin inrättas en tjänst som lärare i Ce 30 samt beräknas arvode för biträdande lärare och specialföreläsare. Nuvarande arvoden indrages. Vid vardera kliniken inrättas en tjänst som klinisk amanuens. Vid medicinska kliniken II tillkommer en tjänst som kanslibiträde och en tjänst som laboratoriebiträde.

20 460 + 20 460 + 2 250 + 2 250 + 1 000 + 1 000 — 17 600 + 16 600 + + 16 600 + 8 304 + 8 304 = 79 628 kr.

VIII huvudtiteln 255 986 kr.
XI huvudtiteln 64 512 kr.

Summa 320 498 kr.

Kap. 25. KIRURGI

Nuvarande undervisning

Examensstadgan av år 1907 ändrades beträffande bl. a. undervisningen i kirurgi genom provisoriska bestämmelser av år 1923, varigenom i stort sett den nu gällande studieordningen fastställdes. Beträffande detaljer hänvisas till LS (del I s. 84—90). Inom ramen för dessa bestämmelser har undervisningen i kirurgi utformats något olika vid de tre lärosätena.

Uppsala. Under de propedeutiska kurserna ges ca 30 timmars föreläsningar i allmän kirurgi. Under denna tid åhör de studerande även de kliniska föreläsningarna i kirurgi. Därefter följer sex månaders tjänstgöring i medicin och kirurgi. Tjänstgöringen sker alternerande på kirurgiska och medicinska klinikerna. Under denna tid ges kliniska föreläsningar 3 dubbeltimmar per vecka och polikliniska föreläsningar 3 timmar per vecka.

Samtidigt genomgås röntgenkurs (20 timmar) och den till ämnet medicin hörande undervisningen. Obduktionsundervisningen följes 4 timmar i veckan. En timme per vecka deltar de studerande i konferens mellan patologer och kirurger, varvid operationspreparat genomgås. De kliniska föreläsningarna är fördelade över alla sex månaderna, medan de polikliniska åhörs endast under de första fyra och en halv månaderna. Praktiskt arbete vid den kirurgiska polikliniken fullgörs under två månader. Den kan äga rum på valfri tid även under sommarmånaderna. De studerande deltar därvid dagligen i poliklinikarbetet, fullgör jourtjänst m. m. Under denna tid deltar de icke i någon annan undervisning i kirurgi.

Assistenttjänstgöring i kirurgi under en månad kan icke fullgöras vid universitetskliniken under terminen och sker i regel på annat större av fakulteten godkänt sjukhus.

Från hösten 1952 omlades undervisningen, varefter i kirurgi skall fullgöras fyra månaders tjänstgöring på klinik, en månads tjänstgöring på poliklinik (fristående) och en månads assistenttjänstgöring. Tjänstgöringen på kirurgisk klinik går före den på medicinsk klinik.

Lund-Malmö. Under de propedeutiska kurserna meddelas undervisning i allmän kirurgi under 25 timmar (alla kurser i Lund). Därefter fördelas de studerande i lika antal på Lund och Malmö och fullgör fyra månaders "grundläggande" tjänstgöring vid de kirurgiska, medicinska och ortopediska klinikerna med kliniska föreläsningar (kirurgi eller ortopedi) 3 dubbeltimmar per vecka och polikliniska föreläsningar 3 timmar per vecka. Under två månader följer de undervisningen varannan dag på medicinska, varannan dag på kirurgiska klinikerna och under nästa två månader varannan dag på medicinska och varannan dag på ortopediska klinikerna. Efter fyra månaders medicintjänstgöring följer så fyra månaders "fortsättningstjänstgöring" på kirurgiska klinikerna enbart. Därvid ges kliniska föreläsningar 3 dubbeltimmar per vecka och polikliniska 3 timmar per vecka samt 8 dubbeltimmars föreläsningar i speciell ortopedi.

De studerande arbetar i Lund två och en halv månader samtidigt på allmän sjukavdelning och poliklinik, en halv månad på barnkirurgisk avdelning, en halv på privatavdelning och en halv på narkosavdelning. I Malmö pågår arbetet växelvis på sjukavdelning (sex veckor), poliklinik (tre veckor), narkos- och operationsavdelning (två veckor vardera) samt med jourtjänst även på operations- och narkosavdelningarna. I samband med fortsättningstjänstgöringen fullgöres kursen i röntgendiagnostik, och på patologisk-anatomiska avdelningen bevistar de studerande sektioner av egna fall. I Malmö förekommer dessutom en gång i veckan patologisk-anatomisk konferens med diskussion av klinikens sektionsfall och mikroskopiska fynd från inneliggande tumörfall. En gång i veckan demonstreras där också tumörfall från radiologiska polikliniken i samarbete med överläkaren på radioterapeutiska avdelningen.

Assistenttjänstgöring under en månad vid någon kirurgisk universitetsklinik eller annan av fakulteten godkänd kirurgisk avdelning avslutar utbildningen i kirurgi.

Stockholm. Under de propedeutiska kurserna kombineras kurs i allmän kirurgi med undervisning i sjukvårdsteknik under 14 dubbeltimmars föreläsningar. Efter sex månaders medicintjänstgöring följer sex månader vid kirurgisk klinik. Undervisningen medde-

las vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet, varvid varannan kurs går till det förra och varannan till det senare sjukhuset. Undervisningen omfattar kliniska föreläsningar 3 dubbeltimmar per vecka och polikliniska föreläsningar 3 timmar per vecka. Av de kliniska föreläsningarna utbyts varje termin 6 dubbeltimmar mot föreläsningar i neurokirurgi, 2 dubbeltimmar thoraxkirurgi och 2 dubbeltimmar plastikkirurgi, givna av speciallärare gemensamt för bägge klinikernas tjänstgörande. Under kirurgitjänstgöringen har de studerande tillfälle att delta i en frivillig kurs i medicinsk rörelsebehandling på serafimerlasarettets gymnastikavdelning (16 timmar). De studerande bevistar endast sektioner av klinikens egna fall. Tjänstgöringen omfattade ursprungligen fyra månader på avdelning och två månader på poliklinik. På karolinska sjukhuset utnyttjas även garnisonsavdelningarna. På senare tid har införts två veckors tjänstgöring på ortopedisk klinik (vanföreanstalten) och två veckors tjänstgöring som narkosassistent, varför de ovan relaterade siffrorna något reduceras. Under tjänstgöringen på polikliniken fullgöres jourtjänst.

Assistenttjänstgöring under en månad i kirurgi fullgöres i regel vid annat godkänt sjukhus i Stockholm eller annorstädes.

Göteborg. Undervisningen har påbörjats under år 1952.

Ortopedi. Ortopedien undervisas i den nuvarande undervisningsplanen under tjänstgöringen i kirurgi. Undervisningen, som utformats mycket olika vid olika lärosäten, avslutas icke med särskilt slutförhör.

I Lund och Malmö meddelas undervisningen på respektive ortopediska kliniker. Därvid behandlas icke blott den speciella ortopedien utan även frakturläran. I Lund vårdas för närvarande mer än hälften och i Malmö praktiskt taget hela det akuta frakturmaterialet på ortopediska kliniken. Undervisningen i ortopedi försiggår under grundläggande tjänstgöringen med en två månaders föreläsningsserie med 3 dubbeltimmar i veckan. Under samma tid deltar de tjänstgörande under en månad i arbetet på de ortopediska klinikerna och poliklinikerna. Under senare hälften av fortsättningstjänstgöringen ges föreläsningar huvudsakligen i den speciella ortopedien.

I Stockholm meddelas undervisningen på vanföreanstalten. En kurs i ortopedi ges tre gånger årligen under sex veckor med 12 dubbeltimmars föreläsningar, huvudsakligen i speciell ortopedi. Frivilliga föreläsningar ges under 4 dubbeltimmar i ortopedisk gipsnings-, bandage- och protesteknik samt under 1 timme om ben- och ledtuberkulos. De studerande tjänstgör under två veckor på vanföreanstalten.

De studerande i Uppsala har för det mesta hänvisats att fullgöra denna undervisning i Stockholm, eftersom ortopedisk avdelning icke funnits i Uppsala. Kurs i ortopedi har fullgjorts som en fristående kurs i Stockholm efter tjänstgöringen i kirurgi. Den har kunnat kombineras med t. ex. tjänstgöring på medicinsk eller kirurgisk poliklinik i Uppsala. Undervisningen i frakturlära har ingått i kirurgiundervisningen. Under några av de senare åren har undervisningen givits i Uppsala av en ortoped från Stockholm.

Narkoslära. I Uppsala meddelas speciell undervisning i narkoslära 5 timmar under den propedeutiska kursen i allmän kirurgi. I Lund och Malmö ges föreläsningar i narkoslära jämte demonstrationer av vederbörande narkosöverläkare, omfattande ca 10 timmar,

varjämte de studerande under två veckor tjänstgör på narkosavdelningen och även deltar i dess jourtjänst. I Stockholm undervisas de tjänstgörande från bägge klinikerna gemensamt i en föreläsningsserie om 10 timmar, varjämte praktisk tjänstgöring sker under två veckor.

Neurokirurgi: se särskilt kapitel.

Plastikkirurgi. I Uppsala finns en docent i ämnet som ger 20 timmars undervisning i plastikkirurgi, handskador och brännskador. I Malmö ger likaledes en docent i ämnet 3 dubbeltimmars föreläsningar under kirurgikursen. I Stockholm har i den ordinarie kirurgiundervisningen givits föreläsningar av plastikspecialister under 2 dubbeltimmar gemensamt för de bägge klinikernas tjänstgörande.

Thoraxkirurgi. I Uppsala, Lund och Malmö ägnas viss tid under föreläsningarna i kirurgi åt lungsjukdomarna och de stora kärlens och hjärtats kirurgiska åkommor, deras diagnostik och behandling. I Malmö ges från hösten 1952 3 dubbeltimmars föreläsningar av docent i thoraxkirurgi. I Stockholm ger professorn i thoraxkirurgi en översikt på 2 dubbeltimmar gemensamt för de bägge klinikernas tjänstgörande.

Odontologi. I Uppsala ges en kurs i odontologi på 5 timmar, varjämte viss praktisk övning sker på polikliniken. I Lund-Malmö meddelas ca 5 timmars teoretisk och ca 10 timmars praktisk undervisning. I Stockholm ges huvudsakligen praktisk undervisning under 10 timmar, gemensamt för de bägge klinikernas tjänstgörande.

Krigskirurgi: se kapitlet om krigsmedicinsk undervisning.

Tidigare diskussion

LS föreslog, att kursen i allmän kirurgi, som var förlagd till de propedeutiska kurserna, skulle flyttas och förläggas omedelbart före tjänstgöringen i kirurgi. Kursen föreslogs därjämte utökad till två månader. Den kliniska tjänstgöringen i kirurgi föreslogs därefter omfatta fem månader, samtidigt som assistenttjänstgöringen slopades. LS betonade, att hela den kliniska tjänstgöringen i möjligaste mån borde få karaktären av assistenttjänstgöring. Av remissyttrandena framgick, att man i allmänhet ansåg den tid av sju månader som anslagits för kirurgiutbildningen vara väl avvägd. Ämnesrepresentanterna fann det emellertid ej lämpligt att förlänga kursen i allmän kirurgi, varjämte flertalet remissinstanser motsatte sig förslaget att avskaffa assistenttjänstgöringen i kirurgi. I sin överarbetning föreslog LS att kursen i allmän kirurgi skulle nedskäras till en månad och att tjänstgöringstiden i kirurgi skulle sättas till fem månader. Assistenttjänstgöringen i kirurgi på en månad bibehölls.

Beträffande ortopedien framhöll LS, att undervisningen i princip borde vara som hittills vid karolinska institutet och att den i Lund, där den kliniska tjänstgöringen i ortopedi förlagts till den första tiden av tjänstgöringen i kirurgi, borde omläggas så att ortopediundervisningen komme sent under kirurgitjänstgöringen. Så länge ortopedisk klinik saknades i Uppsala ansåges undervisningen i detta ämne kunna bedrivas vid karolinska institutet.

Beträffande krigskirurgien menade LS att speciell undervisning i detta ämne borde förläggas till den militära fackutbildningen. Utbildning i odontologi föreslogs bli obligatorisk och förlades till tiden för kursen i allmän kirurgi men fick samma omfattning som dittills.

I sitt den 15 februari 1952 avgivna

betänkande angående krigsmedicinsk undervisning föreslog 1948 års läkarutbildningskommitté, att de särskilda kurserna i krigskirurgi skulle upphöra. Under kursen i kirurgi borde teoretisk och praktisk undervisning av krigskirurgisk betydelse särskilt beaktas, varjämte viss undervisning i krigskirurgi skulle ingå i den obligatoriska kursen i krigsmedicin. Behovet vid ett krigstillfälle av viss praktisk färdighet i kirurgi för envar läkare oavsett vapenförheten föranledde kommittén att föreslå, att assistenttjänstgöringen i kirurgi skulle utsträckas till tre månader. För de vapenföra läkarna skulle dock denna tid räknas som fullgjord militär kirurgiassistenttjänstgöring och således ingå i deras värnpliktstid. Samtliga remissinstanser har tillstyrkt förslaget.

Kommittén

Allmänt. Ämnet kirurgi är jämte ämnet invärtesmedicin av grundläggande betydelse för de studerandes kliniska utbildning. Inte minst tack vare ökade och fördjupade kunskaper inom experimentalkirurgi, biokemi och röntgendiagnostik och ett förbättrat samarbete med andra kliniska och teoretiska discipliner har under de senaste tio till femton åren stora framsteg gjorts. Ämnets natur och omfattning har också i stor utsträckning förändrats. Så har kirurgien kommit att omfatta nya deldiscipliner såsom thoraxkirurgi, plastikkirurgi och neurokirurgi. Olycksfallskirurgien har även ökat i betydelse, och i och med bl. a. den reparativa kirurgiens framsteg har den fått allt större socialmedicinsk betydelse. Vissa kirurgiska sjukdomar åter har kommit att spela en mindre roll, t. ex. körteltuberkulos, osteomyelit och pleuraempyem.

Tidigare var kirurgien oftast endast en verkställande disciplin, under det att den numera har att såväl diagnostiskt som terapeutiskt ta hand om talrika sjukdomsprocesser. Utvecklingen av kirurgien har också medfört en betydande specialisering inom ämnet, vilken varit nödvändig icke minst för uppnåendet av de praktiska framstegen. I fortsättningen kommer denna specialisering såväl med hänsyn till forskningen som också till det praktiska arbetet nödvändigtvis att bli än större. Hur värdefullt detta än är, måste det dock här betonas, att detta kan medföra risker för undervisningen.

Vid planeringen av den framtida undervisningen i kirurgi måste enligt kommitténs mening hänsyn tas till vad som ovan framhållits. Någon reduktion av den nu utmätta tiden för ämnet kirurgi kan ej ske. Intima kontakter måste åstadkommas mellan kirurgi och angränsande, såväl teoretiska som kliniska discipliner. Hänsyn skall också tas till den ur vetenskaplig och praktisk synpunkt nödvändiga specialiseringen. Trots detta måste undervisningen i kirurgi göras så enhetlig som möjligt, så att specialiseringen icke förrycker undervisningsplanen för kirurgien i sin helhet.

I tidigare diskussioner om syftet med undervisningen i kirurgi före licentiatexamen har ofta framhållits önskvärdheten av att de studerande bibringades kunskaper, ej blott i kirurgiens klinik, diagnostik och terapi utan också i den s. k. lilla kirurgiens praktiska handhavande. Från flera håll har framhållits, att den nyutexaminerade läkaren har en bristande förmåga att manuellt fullgöra även relativt enkla terapeutiska åtgärder. I sitt betänkande anförde LS, att de helt anslöte sig till den uppfattningen, att kirurgiundervisningen vid våra medicinska lärosäten måste erhålla en så praktisk inriktning som un-

der föreliggande omständigheter vore möjligt. Sålunda borde de studerande under sin utbildning få övning och handledning i utförande av enklare kirurgiska ingrepp. LS menade dock, att kraven på praktisk utbildning icke finge drivas för långt. Under fredsförhållanden kunde och borde alla kirurgiska fall, vilkas vård tarvade ett mera ingående kirurgiskt kunnande, hänvisas till specialutbildade läkare för behandling. Kommittén står i denna fråga på samma linje som LS.

Kirurgiundervisningens organisation. Undervisningen i kirurgi bör enligt kommitténs mening kunna ge ett tillfredsställande resultat, om den fördelas på olika kurser och tjänstgöringar med skilda pedagogiska mål.

Under det propedeutiska året ges en *översiktskurs i kirurgi,* omfattande 30 timmars föreläsningar och demonstrationer (se kapitlet om det propedeutiska året).

Efter medicinkursen följer en *kurs i kirurgi,* omfattande fem månader. Denna ordningsföljd mellan de bägge ämnena förefaller vara den naturligaste. Som mål för den grundläggande utbildningen i kirurgi kan följande uppställas. Undervisningen bör framför allt ta hänsyn till de vanligaste kirurgiska sjukdomarnas klinik och diagnostik och meddela kunskap om dessa sjukdomars lämpligaste behandling. Största vikt måste vidare läggas på tidig diagnostik. Härigenom torde sjukdomsfall bättre och snabbare än tidigare kunna hänvisas till de kirurgiska avdelningarna. Likaså bör principerna för behandlingen angivas jämte de adekvata instanserna för den. Med hänsyn till att i framtiden en större kategori än tidigare av äldre personer kommer att behandlas på våra kirurgiska avdelningar, bör särskild hänsyn tas till de högre åldrarnas kirurgiska åkommor, dvs. geriatriken bör beaktas mer än hittills. Under kursen skall de studerande bevista 3 kliniska föreläsningar i veckan (dubbeltimmar) samt tre polikliniska (enkeltimmar). Till detta kommer en klinisk konferens varannan vecka, anordnad växelvis av medicinska och kirurgiska klinikerna och eventuellt även av annan klinik eller institution. Under 2 timmar i veckan åhör de studerande föreläsningar i röntgendiagnostik. Varannan vecka anordnas konferens under en dubbeltimme med patologisk-anatomiska avdelningen (se även kapitlet om patologi). Egna obduktionsfall följes. En dag i veckan förekommer också undervisning i klinisk kemi eller klinisk fysiologi.

Till denna mera exakt tidsbundna undervisning kommer så praktisk tjänstgöring på operationsavdelning, narkosavdelning, sjukavdelningar och poliklinik. Särskild vikt lägges vid att de studerande deltar i jourtjänsten. Ett önskemål är att de tjänstgörande under kursen i kirurgi under någon tid helt blir fria från praktisk tjänstgöring på eftermiddagarna.

Vid undervisningen i kirurgi måste enligt kommittén grundprincipen vara, att de studerande som medhjälpare med ett visst ansvar deltar i arbetet på den kirurgiska kliniken och att de genom demonstrationer, ronder, kliniska konferenser och praktiska övningar bibringas de väsentliga kunskaperna i kirurgi. Genom katedrala föreläsningar — vilkas värde inom kirurgien alltjämt är oomtvistligt — som utnyttjar moderna undervisningsmedel i form av film, skioptikon, filmstrip m. m. och med demonstrationer av lämpligt valda fall, skall de studerande få fullgoda översikter av ämnesområden, där läroböckerna ej lämnar lämpligt material på grund av nytillkomna rön eller där

undervisningen måste ta hänsyn till en rad psykologiska omständigheter och förhållanden, som icke lämpligen kan inhämtas via läroböckerna. Som exempel på det senare kan nämnas den akuta bukdiagnostiken och tumördiagnostiken samt bedömningen av undersökningsresultaten vid sjuksängen.

Undervisningen vid sjuksängen och i smärre grupper bör mera än tidigare komma till användning. Härigenom får de studerande större möjligheter att analysera fallen och lära sig diagnostik och terapi, och speciell hänsyn kan därvid tas till förhållandena i öppen läkarvård etc. Genom en dylik anordning ökas också möjligheterna att meddela de studerande kunskaper i medicinsk psykologi och etik. Även undervisningen i socialmedicin under kirurgikursen kan på så vis bättre tillgodoses.

Till undervisningen hör även övning i anamnesupptagning, uppställande av rationella sjukjournaler och registrering av undersökningsfynd.

Under kursen i kirurgi kan enligt kommitténs mening icke större hänsyn tas till kraven på manuell träning. En dylik utbildning och undervisning bör ske på ett senare stadium, då den studerande under ett visst eget ansvar kan få delta i det kliniskt-kirurgiska arbetet, dvs. under *assistenttjänstgöringen i kirurgi*. Som kommittén redan föreslagit i sin utredning av undervisningen i krigsmedicin m. m. bör denna tjänstgöring ta en tid av tre månader och förläggas till kirurgiska avdelningar utanför universitetssjukhusen och till universitetsklinik endast då kurs i kirurgi icke pågår. Assistenttjänstgöringen i kirurgi bör fullgöras på ett så sent stadium i studiegången att den studerande fått sin utbildning i de kliniska specialämnena och därigenom återkommer till studiet av kirurgien med vidgad medicinsk erfarenhet och bättre kliniskt omdöme. Han kan då anförtros mera självständiga uppgifter och mera direkt få delta i det praktiska arbetet.

Tentamen i kirurgi avlägges efter fullgjord assistenttjänstgöring.

Samarbete med kliniska och teoretiska discipliner. En intimare kontakt med såväl teoretiska som kliniska discipliner anser kommittén i framtiden vara av grundläggande betydelse för hela utbildningen och undervisningen i kirurgi. Konferenser med representanter för t. ex. ämnena patologisk anatomi, klinisk bakteriologi, klinisk fysiologi och kemi, röntgendiagnostik, radioterapi, medicin, psykiatri och socialmedicin är nödvändiga under tjänstgöringstiden i kirurgi, så att sjukdomsbilder och terapiåtgärder mera allsidigt kan belysas och analyseras. Detta kan ske dels under de regelbundet anordnade konferenserna med medicinska kliniken, dels under de konferenstimmar som förbehålles specialämnena.

Under kursen i kirurgi ges fortlöpande undervisning i *röntgendiagnostik* under 40 timmar (se kapitlet om röntgendiagnostik). Undervisningen i *patologi* fortsätter med 20 timmars konferenser (se kapitlet om patologi). I *klinisk bakteriologi* meddelas 10 timmars undervisning (se kapitlet om bakteriologi). *Klinisk kemi och fysiologi* bör ävenledes bli föremål för 10 timmars undervisning vardera (se detta kapitel).

Ortopedi och skelettkirurgi. Organisationen av undervisningen i ortopedi och skelettkirurgi har under senare år avsevärt förändrats. Tidigare förekom på de ortopediska universitetsavdelningarna undervisning huvudsakligen i speciell ortopedi, under det att undervisningen i skelettkirurgi nästan helt meddelades på de kirurgiska klinikerna. För närvarande har på flera av

våra universitetskliniker, t. ex. i Lund och Malmö, en uppdelning i arbetet skett, så att organkirurgien fått större plats på de kirurgiska klinikerna och skelettkirurgien mer och mer överflyttats till de ortopediska avdelningarna. Så har i Lund frakturmaterialet till mer än hälften lagts över på ortopediska kliniken, och i Malmö har praktiskt taget hela frakturmaterialet omhändertagits av ortopederna. Å andra sidan skall också framhållas, att tendenser även förekommit i den riktningen, att skelettkirurgiska fall förts till traumatologiska specialavdelningar.

Hänsyn till dessa förhållanden och till den sannolika framtida utvecklingen måste tas vid anordnandet av undervisningen i skelettkirurgi och ortopedi. Enligt kommitténs mening bör denna undervisning äga rum under senare delen av tjänstgöringen i kirurgi, varvid föreläsningar i ortopedi och skelettkirurgi under sex veckor får ersätta föreläsningarna i allmän kirurgi. De tjänstgörande bör dessutom fullgöra praktisk tjänstgöring under en månad på ortopedisk specialavdelning. Deltagande i jourtjänst är en viktig del av denna undervisning.

Omfattningen av ämnet ortopedi och skelettkirurgi kan självfallet diskuteras. Om undervisningen kommer att utformas enligt kommitténs förslag bör den omfatta framför allt grunderna för skelettkirurgien, speciellt den akuta skelettkirurgien, såväl med hänsyn till diagnostik som terapi, varvid tyngdpunkten bör läggas på olycksfallskirurgien. Inom specialområdet ortopedi bör meddelas kortare översikter.

Övriga kirurgiska specialämnen. Vad beträffar de i och för sig viktiga övriga specialkirurgiska ämnena, såsom neurokirurgi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi, anestesiologi, odontologi och krigskirurgi anser kommittén det lämpligt att kortare översiktsföreläsningar ges under den ordinarie kirurgikursen. Dessa föreläsningar bör ingå i huvudföreläsningsserien i kirurgi, så att kontinuiteten i undervisningen i ämnet ej bryts. Av samma skäl bör särskilda förhör ej förekomma. Huvudvikten bör i dessa översiktsföreläsningar läggas på tidig diagnostik inom respektive specialområde och på kunskapen om vilka möjligheter de kirurgiska specialisterna har ifråga om de särskilda behandlingsformerna. Av största vikt är att specialföreläsningarna utformas så, att de blir verkliga översikter och inte kommer att omfatta mycket speciella fakta inom respektive ämnen. Svårförståeliga diagnostiska specialmetoder liksom invecklade terapiåtgärder är till ringa nytta för den blivande allmänläkaren. Om undervisningen meddelas av specialkirurger är det av värde, att de äger så bred utbildning i allmän kirurgi som möjligt.

Undervisningen i *anestesiologi* bör enligt kommitténs mening försiggå under hela kursen i kirurgi och meddelas av fackrepresentanten. De studerande bör få ca 10 timmars föreläsningar om de olika narkosformernas teoretiska underlag och användning, och de bör genom deltagande i praktiskt arbete på narkosavdelningen under två veckor bli förtrogna med de olika narkosformernas användning och få tillägna sig så mycket praktiska kunskaper, att de kan ge en eternarkos på öppen mask. Undervisningen bör med hänsyn till utvecklingen av anestesiologien också omfatta övning i transfusioner, bedömning av vätsketerapi och vård av medvetslösa (förgiftningar).

Inom *neurokirurgien* finner kommittén det lämpligt med 6—8 timmars föreläsningar inklusive patientdemonstrationer i neurologisk traumatologi under kirurgikursens senare del. Under

neurologi-psykiatrikurserna ges 6 timmars föreläsningar i neurokirurgiska ämnen av intresse för ifrågavarande kurser (se vidare kapitlet om neurokirurgi).

Plastikkirurgien har redan nu även ett stort socialmedicinskt värde. I framtiden torde denna form av kirurgi få än större betydelse, och specialrepresentanter för ämnesgrenen kommer säkerligen inom kort att knytas till alla undervisningssjukhusen. En översiktsföreläsning på 2 dubbeltimmar jämte demonstration av fall är för närvarande önskvärd.

Thoraxkirurgiens stora utveckling och intima kontakt med den allmänna kirurgien och medicinen nödvändiggör undervisning framför allt i tidig diagnostik av hithörande fall och därjämte en översikt av thoraxkirurgiens möjligheter och resultat. Kommittén föreslår, att de studerande åhör 6 dubbeltimmars föreläsningar, varjämte de under en del av kirurgikursen, förslagsvis två veckor, kan tjänstgöra på thoraxkirurgisk avdelning, om en sådan finns på orten. Där en speciell thoraxkirurgisk avdelning finns, bör dess överläkare meddela undervisningen.

Hittills har ämnet *odontologi* varit föremål för undervisning, som på flertalet håll i praktiken varit obligatorisk (se ovan). Kommittén föreslår, att undervisningen görs obligatorisk och helt inlemmas i kirurgiundervisningen med 5 teoretiska och 10 praktiska undervisningstimmar.

Beträffande *krigskirurgien* hänvisas till kapitlet om krigsmedicinsk undervisning.

Undervisningens omfattning under kirurgikursen.

	Tim.
Kliniska föreläsningar	120
Polikliniska föreläsningar	60
(Klinik och poliklinik innefattar ortopedi, anestesiologi, neurokirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi och odontologi.)	
Kliniska konferenser	20
Röntgendiagnostik	40
Patologikonferenser	20
Klinisk bakteriologi	10
Klinisk kemi	10
Klinisk fysiologi	10
Summa	290

Denna undervisning på 290 timmar omfattar all den katedrala undervisning och de mera fast ordnade kliniska demonstrationer, som kommittén finner anledning föreslå. Med 20 arbetsveckor under kursen uppgår undervisningen således till 14 à 15 timmar per vecka. Enligt kommitténs mening bör rikligt utrymme kunna beredas de studerande i studieplanen för praktiskt arbete under kursen i kirurgi, och kommittén

Exempel på veckoschema för kurs i kirurgi.

Kl.	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag
09.00-11.00		Klinisk föreläsning		Klinisk föreläsning	Klinisk föreläsning	Konferens (varannan vecka)
12.00-13.00	Poliklinisk föreläsning		Poliklinisk föreläsning		Poliklinisk föreläsning	
13.00-14.00	Röntgen-diagnostik		Patologi-konferens	Röntgen-diagnostik	Klinisk kemi el. fysiologi el. bakteriologi	
14.00-15.00						
15.00-	Avdelningsarbete					

vill understryka vikten av, att dessa möjligheter väl tillvaratas.

Inplaceringen av ifrågavarande undervisning i ett schema bör ankomma på cheferna för respektive kirurgiska och ortopediska kliniker i samråd med övriga lärare under kirurgikursen. Kommittén har för sin del gjort upp ett exempel på veckoschema för en kurs i kirurgi (se föregående sida). Härmed avser kommittén dock endast att visa, att undervisningens omfattning icke medför organisatoriska olägenheter och icke heller kan anses utgöra en alltför svår belastning för de studerande.

Anslagsfrågor

Undervisningen i kirurgi kommer enligt kommitténs förslag att intensifieras. Vid beräkning av dess omfattning måste hänsyn tas till det betydande antal undervisningstimmar under konferenser och liknande former av kunskapsmeddelande som kommittén föreslår, vilket utgör en utvidgning jämfört med nuvarande kurser i kirurgi. Kommittén räknar med att en lärare i kirurgi deltar i varje konferens med medicin och patologi samt i varannan konferens med klinisk bakteriologi och klinisk kemi och fysiologi. Å andra sidan anser kommittén, att undervisningen i kirurgiens olika specialiteter bör ske inom ämnets ram, vilket särskilt ifråga om ortopedien medför en avlastning på speciallärare. Vid uppgörande av förslag till lärarbefattningar vid de kirurgiska klinikerna måste därför hänsyn tas till frågan, huruvida samtliga fall inom skelettkirurgien skall behandlas på den ortopediska kliniken, i vilket fall lärarna i ortopedi måste få en större del av undervisningen.

Kommittén beräknar hela undervisningsbehovet vid en kirurgisk klinik till 235 timmar per kurs. Härav bör 25 undervisningstimmar falla på läraren i ortopedi, om denne endast undervisar i ortopedi i trängre mening, och 55 timmar, om han skall behandla hela skelettkirurgien. Med hänsyn till den stora undervisningsbelastningen på de kirurgiska universitetsklinikerna föreslår kommittén liksom ifråga om de övriga huvudämnena, att vid varje klinik inrättas en extra ordinarie tjänst som lärare i kirurgi, avlönad som docent. Den övriga undervisningen delas av biträdande lärare mot arvode, beräknat efter de av kommittén tillämpade principerna i detta hänseende. Kommittén finner det vidare nödvändigt att utöka de i undervisningen deltagande underläkarnas antal. De studerande behöver i de grundläggande kliniska ämnena medicin och kirurgi en mera ingående och kontinuerlig handledning i det praktiska arbetet än i övriga kliniska ämnen. Kommittén föreslår därför, att ytterligare en tjänst som klinisk amanuens, respektive underläkare, inrättas vid varje kirurgisk klinik.

Kommittén har vidare funnit sig föranlåten att föreslå förstärkning av vissa klinikers skrivpersonal, vilket skett med hänsyn till det ökade undervisningsarbetet vid klinikerna, samt att föreslå att de kirurgiska klinikerna i likhet med övriga medicinska institutioner erhåller viss teknisk personal, som huvudsakligen krävs för förberedelser för undervisningen, såsom framställning av fotografiskt material, skioptikonbilder m. m.

I *Uppsala* skall ges kurs i kirurgi med 30 deltagare två gånger årligen. Detta medför ett undervisningsbehov på 470 timmar. Härav bör för undervisning i ortopedi avsättas 50 timmar per år. Särskild lärare ger sammanlagt 15 timmars föreläsningar i neurokirurgi under de bägge kurserna, för vilken undervisning arvode beräknats under

neurokirurgi. Av den övriga undervisningen kommer professorn att jämte läraren i kirurgi meddela 260 timmar. För den övriga undervisningen bör ett arvode på 5 250 kronor utgå att fördelas på en eller två biträdande lärare, samt 2 000 kronor avsättas som arvode till specialföreläsare under kursen att fördelas enligt ämnesföreträdarens förslag.

Undervisningen i ortopedi erbjuder betydande problem i Uppsala. Under senare år har denna undervisning meddelats av lärare från Stockholm. Enligt vad kommittén erfarit har anordningen erbjudit vissa svårigheter och det torde icke kunna påräknas att specialister från vanföreanstalten i Stockholm i fortsättningen står till förfogande för undervisningen. Trots medicinska fakultetens i Uppsala upprepade förslag har en speciell avdelning i ortopedi ännu icke kommit till stånd vid akademiska sjukhuset. Kommittén har vid överläggningar med ämnesföreträdaren i kirurgi och med direktionen vid akademiska sjukhuset under hand erfarit, att en ortopedisk avdelning kan ordnas inom kirurgiska kliniken. En undervisning i ortopedi måste anordnas i samband med kirurgiundervisningen, och kommittén vill därför framhålla, att inrättandet av en specialavdelning vid akademiska sjukhuset är nödvändigt för kirurgiundervisningen där. Kommittén förutsätter att så snart lokaler ordnats förslag om ordinarie tjänst i ortopedi framlägges av fakulteten. Tills detta kunnat ske måste kommittén begränsa sig till att föreslå ett arvode på 2 500 kronor årligen för undervisningen i ortopedi. Det är kommitténs förhoppning att en lämplig lärare även i fortsättningen skall kunna stå till förfogande för en kortare övergångstid.

I *Lund-Malmö* skall ges kurs i kirurgi med 15 deltagare två gånger årligen vid vardera kirurgiska kliniken för de elever, som slutat kursen i medicin. I Lund och Malmö sker ett intimt samarbete mellan de kirurgiska och ortopediska klinikerna, så att större delen av materialet inom skelettkirurgien sköts av ortopederna. Med hänsyn härtill bör läraren i ortopedi meddela undervisning med 55 timmar klinik och poliklinik per kurs eller 110 timmar årligen. För denna undervisning, som i Malmö lämpligen ges av överläkaren på ortopediska kliniken, beräknas ett arvode av 5 500 kronor. I Lund ges undervisningen i fråga av professorn i ortopedi. Särskild lärare ger årligen sammanlagt 15 timmars föreläsningar i neurokirurgi gemensamt för de bägge klinikerna, för vilken undervisning arvode beräknas under kapitlet neurokirurgi.

Undervisningsbelastningen på den kirurgiska kliniken blir därigenom 345 timmar årligen i vardera Lund och Malmö. Av denna undervisning kan på vardera stället professorn jämte läraren i kirurgi ge 260 timmar. Av övriga 85 timmar bör 45 mot ett arvode av 2 250 kronor ges av en biträdande lärare vid kliniken medan ett arvode på 2 000 kronor beräknas för 40 timmar, som enligt ämnesföreträdarens förslag fördelas på specialföreläsare. Därmed kan de nuvarande anslagen för särskild undervisning i odontologi och anestesiologi på 1 300 kronor indras.

I *Stockholm* kommer två kurser i kirurgi att ges årligen på vardera kirurgiska kliniken vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. Av undervisningen meddelas varje kurs ca 20 timmar av ordinarie speciallärare (neurokirurgi och thoraxkirurgi). Denna undervisning bör inräknas i undervisningsvolymen. Undervisningen i ortopedi sker på vanföreanstalten, vars överläkare är professor i ortopedi. Hans undervisning kan på grund av patient-

materialets natur tills vidare endast omfatta ortopedien i trängre mening och blir 25 timmar per kurs. Föreläsningarna i ortopedi torde kunna åhöras samtidigt av de studerande både vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet, varvid professorns undervisning skulle kunna meddelas under två perioder årligen med sammanlagt 50 föreläsningar. Under kirurgikursen bör de studerande under en kortare tid praktiskt arbeta på vanföreanstalten, fördelade i mindre, alternerande grupper. För denna undervisning har hittills jämväl utgått ett anslag på 4 800 kronor avseende arvode till en andre läkare med 2 900 kronor, lärare vid extra kurs med 500 kronor och till annan undervisning i ortopedi vid institutet med 1 400 kronor. Med hänsyn till belastningen på vanföreanstalten av det stora antalet studerande i Stockholm föreslås att detta anslag kvarstår oförändrat, varvid dock arvodet till en extra kurs bör höjas till 750 kronor, medan delposten till annan undervisning kan sänkas i motsvarande mån. Den övriga undervisningen i kirurgi kommer att omfatta 380 timmar per klinik. Av denna undervisning ankommer 260 timmar på professorn och läraren i kirurgi. För resten av undervisningen beräknas för vardera kliniken ett arvode av 4 500 kronor till en eller två biträdande lärare samt 1 500 kronor till speciallärare att fördelas enligt ämnesföreträdarnas förslag.

Den av kommittén nu föreslagna anordningen innebär, att varje kurs i kirurgi i Stockholm liksom för närvarande kommer att omfatta 30 deltagare. Detta antal är enligt kommitténs mening för högt. Ett sätt att minska deltagarantalet är att fördela undervisningen på flera sjukhus. Kommittén anser för sin del, att en sådan anordning redan nu är nödvändig i Stockholm. Härvid synes något av de kommunala sjukhusen i Stockholm böra infogas i undervisningsorganisationen, men kommittén har icke ansett det ankomma på den att utföra alla de detaljutredningar som måste föregå ett sådant förslag. Kommittén vill dock göra det principuttalandet, att ytterligare en professur i kirurgi bör inrättas vid karolinska institutet och förläggas till någon av kirurgiavdelningarna vid Stockholms stads sjukhus. Kommittén förutsätter, att institutets lärarkollegium så snart som möjligt verkställer en utredning härom och framlägger de närmare förslag, som denna föranleder.

I *Göteborg* skall två kurser i kirurgi ges årligen. Eftersom de båda kirurgiklinikerna är förlagda till Sahlgrenska sjukhuset har kommittén efter samråd med ämnesrepresentanterna funnit det lämpligt, att vardera kliniken ger en kurs årligen. Det praktiska arbetet däremot bör fortgå hela tiden på båda klinikerna, varvid halva antalet kursdeltagare kommer att tjänstgöra vid vardera kliniken. Undervisning i ortopedi meddelas i Göteborg av överläkaren vid vanföreanstalten i Göteborg, som ligger utom Sahlgrenska sjukhuset. Med hänsyn härtill torde denna undervisning böra begränsas till ortopedien i trängre mening och omfatta 25 timmar per kurs. Undervisningen, som bör meddelas av överläkaren vid vanföreanstalten, ersättes med ett arvode av 2 500 kronor årligen. I likhet med vad som är fallet vid vanföreanstalten i Stockholm bör vidare ett arvode av 2 900 kronor utgå till en underläkare som biträde vid den praktiska undervisningen. Den övriga undervisningen i kirurgi kommer att omfatta 210 timmar per klinik. Härtill kommer att lärarna måste delta i vissa konferenser även under den termin då deras klinik för övrigt endast har praktisk under-

Kirurgi.

Tjänster	Nuvarande personal						
	U	L	M	Sthlm KS	Sthlm Seraf.	G I	G II
Professor	1	1	1	1	1	1	1
Biträdande lärare	13 200	12 000	13 200	6 600	6 600	8 800	6 600
Specialföreläsare		1 300	1 300			800	
Poliklinikundervisning		2 100					
Klinisk amanuens		2	2			2	2
Laboratoriebiträde						1	
Kanslibiträde	1	1	1	1		1	
Kontorsbiträde	1			1	1		
	Kommitténs förslag						
Professor	1	1	1	1	1	1	1
Lärare (Ce 30)	1	1	1	1	1	1	1
Biträdande lärare	5 250	2 250	2 250	4 500	4 500		
Specialföreläsare	2 000	2 000	2 000	1 500	1 500	800	
Poliklinikundervisning		—					
Klinisk amanuens		3	3			3	3
Laboratoriebiträde		1	1			1	1
Kanslibiträde	1	1	1	1	1	1	1
Kontorsbiträde	1			1	1		

visning, vilken undervisning kan uppskattas till 30 timmar. Hela denna undervisning täckes av professorns och lärarens i kirurgi undervisningsskyldighet. Det nuvarande anslaget för undervisning i odontologi, 800 kronor, kvarstår.

Tabellkommentar

Utöver de i ovanstående tabell upptagna nuvarande tjänsterna finns i Malmö en tjänst som preparator, vilken är gemensam för samtliga kliniska avdelningar vid allmänna sjukhuset.

Vidare finns i Stockholm en personlig professur i thoraxkirurgi, vartill hör en tjänst som laboratoriebiträde. Dessutom utgår ett arvode på 2 400 kronor till ersättning för arbetshjälp vid klinikchefens forskning och undervisning.

En av professurerna i Göteborg har inrättats från och med den 1 september 1952.

Av nuvarande anslagspost till biträdande lärare i Göteborg, 15 400 kronor, skall utgå arvoden på 4 400 kronor för år till envar av fyra lärare. Två av dessa lärare är emellertid anställda

Ortopedi.

Tjänster	Nuvarande personal			Kommitténs förslag				
	L	M	S	U	L	M	S	G
Professor	1		1		1		1	
Biträdande lärare		5 360						
		1 800				—		
Undervisning i ortopedi	3 000		4 800	2 500	—	5 500	4 800	5 400
Klinisk amanuens	1	1	1		1	1	1	
Laboratoriebiträde			2				2	
Kanslibiträde	1				1			

först från och med den 1 oktober 1952. För helt budgetår räknat motsvarar anslagsposten 17 600 kronor.

Två av de kliniska amanuenserna i Göteborg är anställda från och med den 1 oktober 1952.

Kostnadsberäkning

Uppsala. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som förste underläkare inrättas. För undervisning i ortopedi beräknas ett arvode av 2 500 kronor.

VIII huvudtiteln 19 860 + 5 250 + 2 000 — 13 200 + 2 500 = 16 410 kr.
XI huvudtiteln 20 664 kr.

Lund. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som klinisk amanuens och en som laboratoriebiträde tillkommer. Nuvarande arvode för undervisning i ortopedi indrages.

19 860 + 2 250 + 2 000 — 12 000 — 1 300 — 2 100 + 12 736 + 7 968 — — 3 000 = 26 414 kr.

Malmö. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som klinisk amanuens och en som laboratoriebiträde tillkommer. Arvodet för undervisning i ortopedi omräknas.

19 860 + 2 250 + 2 000 — 13 200 — 1 300 + 12 736 + 7 968 + 5 500 — — 5 360 — 1 800 = 28 654 kr.

Stockholm.

Karolinska sjukhuset. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som förste underläkare inrättas.

VIII huvudtiteln 21 084 + 4 500 + 1 500 — 6 600 = 20 484 kr.
XI huvudtiteln 21 924 kr.

Serafimerlasarettet. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas, varjämte arvode för biträdande lärare och specialföreläsare beräknas. Nuvarande arvoden indrages. En tjänst som kanslibiträde tillkommer. En tjänst som förste underläkare inrättas.

VIII huvudtiteln 21 084 + 4 500 + 1 500 — 6 600 + 8 652 = 29 136 kr.
XI huvudtiteln 21 924 kr.

Göteborg. Vid vardera av de båda kirurgiklinikerna inrättas en tjänst som lärare i Ce 30 och en tjänst som klinisk amanuens. Nuvarande arvoden till biträdande lärare indrages. Vidare tillkommer för båda klinikerna sammanlagt en tjänst som laboratoriebiträde och en tjänst som kanslibiträde. Arvode till biträdande lärare i ortopedi

ävensom till underläkare för biträde vid den praktiska undervisningen i ortopedi beräknas.

20 460 + 20 460 + 16 600 + 16 600 — 17 600 + 8 304 + 8 304 + + 2 500 + 2 900 = 78 528 kr.

VIII huvudtiteln 199 626 kr.
XI huvudtiteln 64 512 kr.

Summa 264 138 kr.

Kap. 26. KLINISK KEMI OCH KLINISK FYSIOLOGI

Nuvarande undervisning

Undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi regleras i nuvarande studieordning icke genom bestämmelser i examensstadgan.

Undervisning i vissa elementära delar av ämnena, med särskild hänsyn tagen till de kliniska laboratorieprovens teknik, meddelas dock under de propedeutiska kurserna, som pågår under de första två månaderna efter medicine kandidatexamen. Därunder ges kurser i de kliniska undersökningsmetoderna, vilka bl. a. också omfattar de viktigaste kemiska, mikroskopiska, bakteriologiska och fysiologiska undersökningsmetoderna. Sistnämnda undervisning har vid de olika lärosätena meddelats under 30—44 timmars föreläsningar.

Undervisningens omfattning och planläggning har ej varit enhetlig. Särskilda arvodesanställda lärare är i regel förordnade för de propedeutiska kurserna.

Under tjänstgöringen i invärtes medicin ges särskilda föreläsningar i klinisk kemi och klinisk fysiologi för de tjänstgörande. I *Uppsala* meddelas under den sex månader långa tjänstgöringen vid de medicinska och kirurgiska klinikerna 16 timmars undervisning i klinisk kemi och 12 timmars undervisning i klinisk fysiologi (huvudsakligen elektrokardiografikurs). I *Lund* och *Malmö* ges årligen på de medicinska klinikerna föreläsningsserier i elektrokardiografi. De studerande tjänstgör under två veckor på kliniska laboratoriet. I Lund anordnas en frivillig kurs i klinisk kemi, omfattande 16 timmar. I *Stockholm* ges under tjänstgöringen på medicinska kliniken undervisning i klinisk kemi 16 timmar och i klinisk fysiologi 16 timmar på serafimerlasarettet respektive karolinska sjukhuset. I *Göteborg* har undervisning i dessa ämnen ännu ej meddelats.

För undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi finns följande lärare vid de olika lärosätena: i Uppsala, Lund och Göteborg en laborator i klinisk kemi, i Stockholm en laborator i klinisk kemi och en laborator i klinisk fysiologi vid vardera karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. Laboratorerna är tillika såsom chefer för motsvarande centrallaboratorier fristående överläkare vid respektive undervisningssjukhus.

Tidigare diskussion

LS föreslog undervisning huvudsakligen i klinisk kemi under två laborationskurser. De propedeutiska kurserna under tredje studieåret innefattade en *propedeutisk laborationskurs*. LS fann, att det vore nödvändigt, att

de studerande, innan de började sitt arbete på de kliniska laboratorierna, finge en sammanfattande översiktlig och praktiskt inriktad undervisning i fråga om de laborationer, som väntade den studerande under hans första tid på kliniken. Endast sådana laborationer borde upptagas, som den studerande själv komme att utföra, och kursen föreslogs omfatta 18 föreläsningstimmar och 8—10 laborationstimmar. Ett förslag till kurs bifogades, omfattande undersökning av blod, urin, sputum, magsaft, avföring och ryggmärgsvätska. Kursen skulle avslutas med förhör.

Vidare föreslog LS, att en *klinisk laborationskurs* skulle ges under den grundläggande tjänstgöringen i medicin. Kursen, som utan alltför många speciella tekniska detaljer skulle omfatta en redogörelse för gängse kliniska laborationer och funktionsprov, skulle framför allt inriktas på att orientera de studerande över provens betydelse för den kliniska diagnostiken och terapien. Det bifogade förslaget till kursen omfattade blod- och benmärgsdiagnostik, sockerbelastning, lever- och njurfunktionsprov, pankreasdiagnostik, magsaftsundersökning, basalomsättning, hormontitreringar m. m. I samband med denna undervisning skulle även de patofysiologiska tillstånd belysas, som ligger till grund för respektive sjukdomar. De studerande borde även få en kort framställning av elektrokardiografien, framför allt belysande denna undersökningsmetods betydelse för hjärtdiagnostiken. Den sistnämnda undervisningen, som ej skulle behöva ta mer än 5 timmar i anspråk, kunde ingå i den kliniska laborationskursen eller ges av särskild lärare på kliniken. Hela kursen borde omfatta 10—15 timmars föreläsningar. De studerande borde ej utföra laborationer, men de skulle beredas tillfälle att under tjänstgöringens gång såsom assistenter följa arbetet på det kliniska laboratoriet. Kursen skulle avslutas med förhör.

De båda laborationskurserna skulle enligt LS förslag ges av en klinisk laborator, vilken borde vara en arvodesanställd extra laborator med särskilt tilläggsarvode för det sjukvårdande arbetet.

LS föreslog ej särskild undervisning i klinisk fysiologi. Samtliga nu berörda förslag kvarstod oförändrade i LS överarbetade betänkande.

MHO granskade ingående de kliniska centrallaboratoriernas organisation. MHO konstaterade, att dessa laboratorier visat sig vara av utomordentligt stort värde såväl för sjukvården som för forskningen och att tiden nu vore inne att utbygga dem och ge dem en fastare och mera självständig ställning. MHO begärde i angivet syfte förslag av deras dåvarande föreståndare till omorganisation av laboratorierna. Samtliga framhöll betydelsen för den kliniska forskningen av att vid sjukhuset ha teoretiker inom kemi och fysiologi för samråd och samarbete, och organisationsförslaget gick ut på att centrallaboratorierna borde göras självständiga i förhållande till de medicinska klinikerna samt delas i ett kliniskt kemiskt och ett kliniskt fysiologiskt laboratorium. MHO följde helt dessa utredningar, och MHO:s förslag innebar således, att vid akademiska sjukhuset i Uppsala, Lunds lasarett, karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet i Stockholm skulle inrättas tjänster som laborator i klinisk kemi respektive klinisk fysiologi, tillika överläkare vid motsvarande centrallaboratorier. Förslaget har genomförts i full utsträckning i Stockholm. I Uppsala och Lund, där MHO under hänvisning till lokalsvårigheter föreslog, att tjänsterna som laborator i klinisk fysiologi skulle tillsättas senare, har ännu blott tjänster

i klinisk kemi inrättats. I Malmö har nyligen på allmänna sjukhusets stat inrättats en tjänst som överläkare vid kliniska centrallaboratoriet. I Göteborg finns en laborator i klinisk kemi och därjämte på Sahlgrenska sjukhusets stat en överläkare vid kliniska centrallaboratoriet, som dock icke utnyttjas för undervisningen. Organisationskommittén för medicinska högskolan har begärt att en tjänst som laborator i klinisk fysiologi inrättas.

I propositionen nr 272 till 1947 års riksdag uttalades i samband med förslaget om inrättandet av ovan nämnda tjänster, att de kliniska laboratorerna "skola svara för förekommande undersökningar för sjukvårdsändamål å vederbörande sjukhus och att de samtidigt skola företräda sina ämnen ur undervisnings- och forskningssynpunkt".

På förslag av medicinska fakulteten i Lund begärdes i petita till 1950 års riksdag, att vid fakulteten skulle inrättas professurer i klinisk kemi och i klinisk fysiologi. I en till fakulteten ingiven skrivelse härom framhöll professorn i medicinsk kemi S. Bergström och professorn i fysiologi G. Kahlson, att den kliniska forskningen, särskilt i de anglosachsiska länderna, genomgått en snabb utveckling, som tillfört medicinen viktiga landvinningar. I Sverige däremot hämmades utvecklingen av brister i själva grundorganisationen. Vidare anfördes:

> Klinisk forskning har i sin inriktning under de senaste decennierna förändrats på ett sätt, som kan jämföras med det uppsving som inträdde i slutet av förra seklet, när organisatorisk samverkan inleddes mellan patologisk anatomi, bakteriologi och klinik. Det nyaste skedet präglas av att biokemiens och fysiologiens arbetsmetoder fått allt större betydelse för förståelsen av sjukliga tillstånds djupare natur samt för diagnostik och terapi.
>
> För de teoretiska institutionernas del har en förstärkning och utbyggnad skett, som kommer att verka i hög grad stimulerande på grundforskningen. Den kommer också att bli till gagn för den kliniska forskningen genom att frambringa ny kunskap samt genom att i ökad utsträckning möjliggöra grundutbildning av dem som senare knytas till fakulteternas kliniker. Däremot kunna de teoretiska institutionerna för medicinsk biokemi och fysiologi av uppenbara skäl icke utnyttjas för mera kliniskt inriktade undersökningar och böra ej heller i större utsträckning bedriva klinisk forskning på bekostnad av det rent teoretiska arbetet.
>
> Vad som i nuvarande situation i första hand erfordras är inrättandet av välutrustade kliniska forskningsinstitutioner, vid vilka biokemister och fysiologer kunna intimt samarbeta med klinici. Genom att dessa teoretiker dessutom ha ledningen av motsvarande diagnostiska centrallaboratorier uppnås en organisation som säkerställer rutinarbetets kontakt med det vetenskapliga framåtskridandet.

Kommittén

Klinisk kemi och klinisk fysiologi är två nya medicinska discipliner, som stundom under namnen kemisk patologi (patologisk kemi) och pato-fysiologi representerar tillämpningen av kemiens och fysiologiens metoder och resultat inom sjukdomsläran. Det är givet, att en sådan tillämpning skett så länge de grundläggande vetenskaperna frambringat kunskap av klinisk betydelse och att detta möjliggjorts genom de kliniska forskarnas insatser inom olika discipliner. Det är också självklart, att klinikerna allt framgent både i sin forskning och undervisning kommer att utnyttja kemiens och fysiologiens kunskapsstoff. Om man trots detta nu kan karakterisera klinisk kemi och klinisk fysiologi som nya, självständiga ämnesområden, så beror det på att utvecklingen inom grundvetenskaperna gått med en så revolutionerande snabbhet och lett fram till så komplicerad apparatur och metodik, att det icke längre annat än undantagsvis är möjligt för andra än specialister att på ett fruktbart sätt tillämpa de nya kunskaps-

rönen inom kliniken. Särskilda institutioner har därför måst utvecklas på sjukhusen, där vetenskapligt utbildade kemister och fysiologer, som förvärvat förtrogenhet med klinikens arbetssätt och frågeställningar, kan ställa kemisk och fysiologisk sakkunskap till sjukvårdens och den kliniska forskningens förfogande. Den stora betydelsen av dessa institutioner för sjukhusens rutin- och forskningsverksamhet har redan framhållits av MHO, som skisserade den organisationsform, i vilken den kliniska kemien och den kliniska fysiologien utvecklats i vårt land. Kommittén vill instämma i vad professorerna Bergström och Kahlson anfört i detta sammanhang.

Den pågående utvecklingen måste beaktas även inom undervisningen. I den mån undersökningstekniken specialiseras och grundforskningen på kemiens och fysiologiens område vinner en detaljkunskap om de sjukliga processerna hos människan, så kan den enskilde kliniske läraren ej längre behärska denna gren av sjukdomsläran annat än i vissa delar, som han ägnat särskilt intresse. I nuvarande läge kan en modern klinisk undervisning svårligen meddelas utan tillgång till speciella lärare i klinisk kemi och fysiologi. De flesta kliniska ämnen har talrika anknytningspunkter till grundvetenskaperna, och utvecklingen tenderar mot en alltmer ökad tillämpning av kemiska och fysiologiska kunskaper i diagnostik och terapi.

Undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi skall innefatta de inledande kurserna i de enklare kemiska och fysiologiska undersökningsmetoder, som varje läkare skall kunna anlita eller ha kunskap om, men den skall också i anslutning till den kliniska undervisningen på lämpliga punkter ge en vetenskaplig belysning av kemiska och fysiologiska faktorers betydelse för sjukdomarnas patogenes och klinik. Den av kommittén föreslagna undervisningen kommer sannolikt att i framtiden behöva utökas.

Det tredje studieårets propedeutiska kurser avser att successivt införa den studerande i den moderna diagnostiken. En kurs i *kliniska laborationer* blir då påkallad. Kursen bör omfatta 20 timmars föreläsningar med 40 timmars laborationer och beröra de viktigaste kemiska, mikroskopiska och fysiologiska undersökningsmetoderna. De bakteriologiska undersökningsmetoderna däremot meddelas i fortsättningen lämpligen vid undervisningen i klinisk bakteriologi. Den kliniskt-kemiska delen, som torde kräva 10—15 föreläsningstimmar jämte huvudparten av laborationstiden, bör omfatta bl. a. blodundersökning, undersökning av kolhydratomsättningen, leverundersökning, urinundersökning, enkel undersökning av sputum, magsaft, transsudat, exsudat och av liquor cerebro-spinalis. Den kliniskt-fysiologiska delen, som torde kräva 5—10 föreläsningstimmar men blott ett litet antal laborationstimmar, bör omfatta bland annat en orientering om metoder för blodtrycksmätning, registrering av hjärtats elektriska och akustiska fenomen samt allmän elektrokardiografisk diagnostik, hjärtfunktionsprövning, spirometri och ämnesomsättningsbestämning. Den propedeutiska kursen planeras och leds gemensamt av lärarna i klinisk kemi och klinisk fysiologi. Laborationerna kan ske gruppvis under ledning av en amanuens. Kursen avslutas med förhör.

Under medicin- och kirurgiterminerna skall fortsatt *undervisning i klinisk kemi, respektive klinisk fysiologi* anordnas. Om en timme per vecka alternerande ägnas åt dessa ämnen, kommer den studerande att under medicin- och

kirurgikurserna få åhöra ca 20 timmars undervisning i vardera ämnet. Läraren kan anordna denna undervisning som föreläsningar eller konferenser. Undervisningen samordnas i möjligaste mån med den kliniska undervisningen.

Denna mer avancerade undervisning i klinisk kemi bör omfatta bland annat blod- och benmärgsdiagnostik, kolhydrat-, kalcium- och fosfatomsättningens kliniska problem, njur- och leverfunktionsprov, urinsyreomsättningen, magsaftundersökning, pankreasdiagnostik, serumäggvita, elektrolyt- och vattenbalans, ödembildning, kolesterin- och steroidomsättningen, hormon- och vitaminproblem, järnomsättning och liquor cerebro-spinalis kliniska kemi.

Undervisningen i klinisk fysiologi bör omfatta bland annat speciell elektrokardiografisk diagnostik och hjärtats funktionella patologi, belastningsekg, övrig speciell fysikalisk diagnostik vid organiska hjärtsjukdomar (cardiofonografi, intravaskulär och intrakardiell tryckmätning), ämnesomsättningsrubbningarnas fysiologiska diagnostik (standardämnesomsättning, bestämning av extracellulär vätskemängd), andningens patofysiologi, den perifera cirkulationens fysiologiska diagnostik (oscillometri, temperaturmätning, plethysmografi), perifer cirkulationsinsufficiens, blodtrycksregulationens patologi, bedömning av den fysiska prestationsförmågan, smärtans patofysiologi samt hjärnans och musklernas kliniska fysiologi.

Undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi skall ges av respektive lärare i ämnena, vilka bör gemensamt samråda om uppläggningen av undervisningen. Samarbetet med de kliniska lärarna bör vara intimt, så att undervisningen i görligaste mån anpassas till klinikundervisningen. Om någon av de kliniska lärarna genom egen forskning eller på annat sätt är speciellt insatt i någon del av den kliniska kemien eller fysiologien och därför vill fördjupa sin undervisning i denna riktning, kan denna del av lärostoffet ges i hans undervisning, medan den kliniske kemisten (fysiologen) där meddelar mindre omfattande undervisning. Särskilt i fråga om den elektrokardiografiska diagnostiken är det viktigt, att undervisningen nära ansluter sig till kliniska frågeställningar och att kliniskt material utnyttjas och demonstreras. Över huvud taget bör vid undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi i största möjliga utsträckning användas kliniskt material, och kliniska lärare bör när så är lämpligt delta i undervisningen. Illustrativa sjukdomsfall studeras sålunda med hjälp av journaler, patientdemonstrationer etc., och principiellt viktiga undersökningsmetoder demonstreras för de studerande. De studerande skall under en vecka följa arbetet på det kliniskt-kemiska respektive det kliniskt-fysiologiska laboratoriet. Särskilt förhör anordnas ej i klinisk kemi och klinisk fysiologi utan lärostoffet anknyts så intimt till kliniken, att kunskapskontrollen kan ske i respektive kliniska tentamina.

Lärarna i klinisk kemi och i klinisk fysiologi bör vid lämpliga tillfällen medverka i de kliniska konferenserna och i patologikonferenserna. Om vid samråd med lärarna i andra kliniska ämnen än medicin och kirurgi så befinnes önskvärt, kan lärarna i klinisk kemi och klinisk fysiologi ge någon eller några timmars undervisning över lämpliga ämnen under de olika kurserna.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag angående undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi ger dessa ämnen en mera framträdande plats i den medicinska

undervisningen, varför kommittén funnit det nödvändigt att ompröva lärarnas akademiska ställning. Lärarna i klinisk kemi och klinisk fysiologi är samtidigt chefer och fristående överläkare vid motsvarande kliniska laboratorier, och de fullgör därmed, bland annat genom ständiga konsultationer av sjukhusets läkare, ett betydande arbete i sjukvårdens tjänst. De är vidare sjukhusets vetenskapliga specialister inom två grundläggande teoretiska ämnen och kommer därigenom att få meddela en omfattande forskningsundervisning och handledning åt sjukhusets läkare, i den mån dessa i sin forskning använder metoder av kemisk eller fysiologisk art. Deras egen forskning rör ofta centrala problem för utvecklingen av olika sjukdomars diagnostik, klinik och terapi. Inom den allmänna läkarutbildningen slutligen torde undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi ha en avgörande betydelse för förståelsen av de kliniska ämnena. Det är därför väsentligt, att lärarna i dessa ämnen kan rekryteras bland högkvalificerade forskare. De uppgifter, som åvilar företrädarna för den kliniska kemien och den kliniska fysiologien, är såväl inom undervisningen och forskningen som inom sjukvården av den art, att de nödiga kvalifikationerna hos dessa företrädare kan garanteras endast om det inom ämnena finns professurer som slutlänster. Kommittén finner således synnerligen starka skäl tala för att vardera ämnet representeras av en professur vid varje lärosäte.

Följande ordinarie lärartjänster är inrättade vid de olika lärosätena. I klinisk kemi finns, såsom inledningsvis berörts, laboratorstjänster i *Uppsala, Lund, Stockholm* (en vid vardera karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet) och *Göteborg*. Vid allmänna sjukhuset i Malmö är chefen för sjukhusets kliniska centrallaboratorium anställd vid sjukhuset som överläkare. Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg finns även en överläkare och chef vid kliniskt-kemiska centrallaboratoriet. Klinisk fysiologi är representerad med laboratorstjänster endast i Stockholm (en vid vardera karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet), varjämte en sådan tjänst upptagits i planen för medicinska högskolan i Göteborg. I fråga om den kliniska kemien innehar företrädarna för ämnena vid samtliga lärosäten redan ordinarie laboratorstjänster. Med hänsyn till den stora betydelsen av ämnet för den kliniska undervisningen och forskningen vill kommittén rekommendera, att fakulteterna och kollegierna överväger en ändring av vissa av laboratorstjänsterna till professurer med samtidig utnämning av nuvarande innehavare. Skulle detta icke visa sig möjligt, bör professurerna inrättas så snart ordinarie lärartjänst blir ledig. Därest en överläkartjänst på sjukvårdens stat fortsättningsvis kommer att finnas i Malmö, bör ett särskilt arvode beräknas för undervisning i klinisk kemi vid allmänna sjukhuset, varigenom överläkaren kan förordnas som lärare i klinisk kemi. Arvodet, som bör innefatta särskild ersättning för kursledning och förhör beräknas efter en undervisning av 65 timmar, varav 10 avser medverkan i kliniska konferenser.

För den kliniska fysiologiens del uppstår motsvarande problem endast i Stockholm. Kommittén vill i enlighet med vad som sagts i fråga om den kliniska kemien rekommendera, att lärarkollegiet undersöker möjligheterna för en förvandling av den ena av laboratorstjänsterna till professur. Den planerade laboratorstjänsten i klinisk fysiologi i Göteborg bör ändras till professur. I fråga om Uppsala har kommittén vid överläggningar med akademiska sjuk-

husets direktion inhämtat, att möjligheter för närvarande saknas att ordna provisoriska lokaler för en ny institution. Kommittén får därför begränsa sig till att föreslå ett arvode för undervisning i klinisk fysiologi under 70 timmar, varav 10 avser medverkan i kliniska konferenser. Vid fakulteten i Lund bör två lärare i klinisk fysiologi tillkomma, nämligen en vid lasarettet i Lund och en vid allmänna sjukhuset i Malmö. Enligt vad kommittén inhämtat finns för närvarande ej möjlighet att bereda lokal för nya institutioner. Kommittén föreslår därför på vardera stället ett arvode för undervisning i klinisk fysiologi under 60 timmar, varav 10 timmar avser deltagande i kliniska konferenser. Ordinarie lärartjänster bör inrättas, när den nya lasarettsbyggnaden i Lund och det kliniska centrallaboratoriet i Malmö färdigställts. I Göteborg iordningställes enligt vad kommittén erfarit för närvarande provisoriska lokaler för en kliniskt-fysiologisk avdelning. Kommittén föreslår, att professur i klinisk fysiologi omedelbart inrättas där.

Möjligheterna att vid akademiska sjukhuset i Uppsala anordna den i annat sammanhang föreslagna propedeutiska laborationskursen i klinisk kemi synes för närvarande vara starkt begränsade. Enligt vad kommittén inhämtat av sjukhusdirektionen torde en sådan undervisning kräva vissa ombyggnader av ett i medicinska kliniken inrymt, äldre kandidatlaboratorium. Kostnaderna för lokalens ombyggnad och för den erforderliga laboratorieutrustningen har av sjukhusets byggnadsavdelning upp-

Klinisk kemi.

Tjänster	Nuvarande personal					Kommitténs förslag					
			Sthlm						Sthlm		
	U	L	KS	Seraf.	G	U	L	M	KS	Seraf.	G
Laborator	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
Lärare (arvode)								3 750			
Klinisk amanuens		1			1		1				1
Förste amanuens						1	1		1	1	1
Laboratoriebiträde	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
Kanslibiträde						1			1	1	1
Kontorsbiträde		1					1				

Klinisk fysiologi.

Tjänster	Nuvarande personal		Kommitténs förslag					
	Sthlm					Sthlm		
	KS	Seraf.	U	L	M	KS	Seraf.	G
Professor								1
Laborator	1	1				1	1	
Lärare (arvode)			3 500	3 000	3 000			
Förste amanuens						1	1	1
Laboratoriebiträde	1	1				1	1	
Kanslibiträde						1	1	1

skattats till sammanlagt ca 40 000 kronor. Med hänsyn till att denna lokalfråga synes böra bedömas i ett vidare sammanhang i anslutning till en allmän inventering av lokalmöjligheterna för en intensifierad klinisk undervisning i Uppsala, anser sig kommittén icke böra redovisa beloppet i kostnadsberäkningen.

Den lägre undervisningspersonalen samt biträdespersonalen vid samtliga nu ifrågavarande institutioner är för närvarande mycket begränsad. En förstärkning av de nuvarande institutionernas resurser är därför nödvändig.

För utrustning av nytillkommande institutioner i Uppsala, Lund och Malmö med hänsyn till det omedelbara undervisningsbehovet bör slutligen vissa engångsanslag ställas till vederbörande universitets disposition, varjämte årliga reservationsanslag för materielutgifter bör beräknas för dessa institutioner.

Kostnadsberäkning

Uppsala.

Klinisk kemi. En förste amanuens och ett kanslibiträde tillkommer.
6 000 + 7 968 = 13 968 kr.

Klinisk fysiologi. Arvode till lärare beräknas. 3 500 kr.

Lund.

Klinisk kemi. En förste amanuens tillkommer. 6 000 kr.

Klinisk fysiologi. Arvode till lärare beräknas. 3 000 kr.

Malmö.

Klinisk kemi. Arvode till lärare beräknas. 3 750 kr.

Klinisk fysiologi. Arvode till lärare beräknas. 3 000 kr.

Stockholm.

Klinisk kemi.

Karolinska sjukhuset. En förste amanuens och ett kanslibiträde tillkommer.
6 000 + 8 652 = 14 652 kr.

Serafimerlasarettet. En förste amanuens och ett kanslibiträde tillkommer.
6 000 + 8 652 = 14 652 kr.

Klinisk fysiologi.

Karolinska sjukhuset. En förste amanuens och ett kanslibiträde tillkommer.
6 000 + 8 652 = 14 652 kr.

Serafimerlasarettet. En förste amanuens och ett kanslibiträde tillkommer.
6 000 + 8 652 = 14 652 kr.

Göteborg.

Klinisk kemi. En förste amanuens och ett kanslibiträde tillkommer.
6 000 + 8 304 = 14 304 kr.

Klinisk fysiologi. En professor, en förste amanuens och ett kanslibiträde tillkommer.
30 720 + 6 000 + 8 304 = 45 024 kr.
Ett årligt materielanslag av 10 000 kr.

Summa klinisk kemi 67 326 kr.
Summa klinisk fysiologi 93 828 kr.

Härtill kommer engångsanslag för den kliniskt-fysiologiska institutionen i Göteborg med 150 000 kronor.

Kap. 27. RÖNTGENDIAGNOSTIK

Nuvarande undervisning

I enlighet med 1923 års provisoriska bestämmelser har undervisningen i röntgendiagnostik vid samtliga lärosäten skett under en kortare obligatorisk översiktskurs om 20 timmars föreläsningar, som förlagts till de tidigare kliniska studierna. Under senare år har därtill kommit en frivillig, mera omfattande kurs, varvid särskild vikt lagts på att de studerande får praktiska färdigheter i bruket av ett röntgeninstrumentarium.

Deltagare i den frivilliga kursen har i de flesta fall utgjorts av studerande, som ämnat ägna sig åt radiologi eller som efter examen velat bereda sig för underläkartjänst vid sjukhus utan självständig röntgenavdelning.

I *Uppsala* har 20 timmars obligatorisk mera propedeutisk undervisning givits under en av de sex tjänstgöringsmånaderna i medicin och kirurgi. Under assistenttjänstgöringarna i medicin och kirurgi har de studerande varannan dag deltagit i rutinronderna på röntgenavdelningen. Varje termin har dessutom anordnats en frivillig kurs under två månader med 44 timmars föreläsningar. Deltagarna har huvudsakligen varit äldre medicine kandidater eller just färdiga medicine licentiater. Deltagarantalet har begränsats till 15. Den frivilliga kursen har varit omfattande och framför allt avsett att bibringa de tjänstgörande praktiska kunskaper i röntgendiagnostiskt arbete.

I *Lund* har ca 20 timmars obligatorisk kurs i röntgendiagnostik varit förlagd till den grundläggande tjänstgöringens tredje månad. I anslutning härtill har under den fortsatta tjänstgöringen under tre månader getts en frivillig kurs om 36 timmars demonstrationer. Anslutningen har varit hundraprocentig. Ytterligare har varje termin getts två månaders frivillig undervisning, omfattande tjänstgöring under praktiskt taget hela dagen på röntgenavdelningen. Denna kurs har berört såväl teoretiska som framför allt praktiska spörsmål i samband med röntgendiagnostiken, varjämte speciella föreläsningar anordnats. Kursen har begränsats till högst 10 deltagare, i de flesta fall äldre medicine kandidater eller yngre medicine licentiater. Kursen har kunnat kombineras med andra smärre kurser.

I *Malmö* har undervisningen i röntgendiagnostik följt samma schema som i Lund. Frivillig specialundervisning har icke meddelats. Såväl i Lund som Malmö har äldre tjänstgörande på medicinska och kirurgiska avdelningarna deltagit i rutinröntgenronderna.

I *Stockholm* har obligatorisk undervisning i röntgendiagnostik meddelats under 18 timmar, fördelade på sex veckor under tjänstgöringen i medicin. Dessutom har en frivillig kurs getts på både serafimerlasarettet och karolinska sjukhuset under två månader med 44 timmars föreläsningar och demonstrationer och oftast förlagd till slutet av licentiatutbildningen. Anslutningen har under senare år varit knappt 50 procent. Förutom denna kurs har ytterligare frivillig undervisning getts för de tjänstgörande på serafimerlasarettets kirurgiska klinik med ½ timme dagligen fem dagar i veckan under tre månader. En liknande undervisning har skett på karolinska sjukhuset fastän ej fullt så omfattande. På båda ställena förekommer frivilliga föreläsningar i röntgendiagnostik i samband med neurologi och neurokirurgi, omfattande 4 timmars föreläsningar om neuroradiologiska metoder.

I *Göteborg* påbörjades ordinarie undervisning den 1 november 1952, då särskild professur och därtill knutna lärartjänster inrättades vid medicinska högskolan.

Tidigare diskussion

LS föreslog, att undervisningen i röntgendiagnostik skulle omfatta dels en propedeutisk kurs, dels en frivillig tjänstgöring. Kursen borde omfatta ca 20 föreläsningstimmar och skulle slutföras inom loppet av en à två månader. Den borde lämpligen förläggas till det propedeutiska året och innehålla även en allmän orientering beträffande skyddsanordningar i det röntgenologiska arbetet. Under de kliniska tjänstgöringarna borde enligt LS de studerande få tillfälle att följa de röntgendiagnostiska undersökningarna. Vid de kliniker, där de yttre förhållandena så tilläte, borde de studerande närvara vid de dagliga konferenserna mellan klinici och röntgenologer. Om detta ej läte sig ordna, borde underläkarna på de kliniska avdelningarna få i uppdrag att för de studerande demonstrera röntgenbilder, som tidigare varit föremål för demonstration vid röntgenronder, och därvid redogöra för de synpunkter som framkommit under denna demonstration.

Den frivilliga undervisningen i röntgendiagnostik borde enligt LS ske under den kliniska utbildningen och omfatta en två månaders kurs med 40 timmars föreläsningar och demonstrationer, varjämte de studerande borde i sådan utsträckning sysselsättas på den röntgendiagnostiska avdelningen, att de erhölle en viss vana att handha ett enklare röntgeninstrumentarium.

I LS överarbetade förslag var planen för undervisning i röntgendiagnostik oförändrad.

I yttrande över överarbetningen framhöll fakulteten i Uppsala och lärarkollegiet vid karolinska institutet i Stockholm, att kursen borde vara frivillig, under det att medicinska föreningen i Lund menade, att den frivilliga tjänstgöringen borde göras obligatorisk.

Kommittén

Det är otvetydigt, att utvecklingen på såväl internmedicinens som kirurgiens område i hög grad varit beroende av framstegen inom röntgendiagnostiken. Den mycket stora betydelsen av den moderna röntgendiagnostiken för såväl

den på ett sjukhus verksamme läkaren som för praktikern är numera också uppenbar för alla. Strävan att i möjligaste mån nå fram till en tidig diagnos av olika sjukdomar baserar sig numera i stor utsträckning på röntgendiagnostiska metoder. Med hjälp av röntgenmetodik belyses också anatomiska och patofysiologiska förhållanden på ett levande och instruktivt sätt.

Undervisningen i ämnet måste följaktligen vara av stor betydelse i den allmänna läkarutbildningen. Varje läkare måste i framtiden kunna tolka ett röntgenutlåtande, känna till röntgendiagnostikens möjligheter och värde och även kunna utföra röntgengenomlysning av thorax samt enklare frakturkontroller. Det är med detta mål för ögonen, som undervisningen i röntgendiagnostik bör anordnas.

Undervisningen bör ur praktisk synpunkt uppdelas på tre olika tidsperioder. Under det propedeutiska året meddelas en elementär undervisning i röntgendiagnostik för att de studerande tidigt skall få ett underlag för den fortsatta kliniska tjänstgöringen. Under de kliniska tjänstgöringarna i medicin och kirurgi ordnas undervisningen så, att de tjänstgörande får följa det kliniska materialet även ur röntgendiagnostisk synpunkt och härigenom får en fullgod uppfattning om det röntgendiagnostiska arbetet. En sådan parallellöpande undervisning i röntgendiagnostik kan ske icke blott på de medicinska och kirurgiska avdelningarna utan också inom specialområden, såsom neurologi och neurokirurgi, där i vissa fall undervisningen i röntgendiagnostik har att ta hänsyn till speciella problem. De studerande skall under de kliniska tjänstgöringarna åse och vid lämpliga tillfällen, t. ex. under assistenttjänstgöringarna, även själva utföra genomlysning av patienter.

Slutligen har de studerande för närvarande möjlighet att på ett senare stadium få en viss utbildning i form av en frivillig undervisning i den mera avancerade röntgendiagnostiken. Därvid bereds deltagarna tillfälle att manuellt träna upp sin förmåga att sköta ett röntgeninstrumentarium. Kommittén har i allmänhet avvisat frivilliga kurser och lagt in den nödvändiga undervisningen i de obligatoriska kurserna. Erfarenheten har dock visat, att ett icke obetydligt antal allmänpraktiker skaffar sig röntgendiagnostisk utrustning. Sådana läkare bör i likhet med andra, som utan att vara specialister har särskilt behov av kunskaper i röntgendiagnostik, ha möjlighet att förvärva en viss praktisk erfarenhet i enkla röntgendiagnostiska metoder, detta icke minst med hänsyn till patienternas säkerhet. Kommittén föreslår därför, att den frivilliga undervisningen i röntgendiagnostik bibehålles. Formerna för anordnandet av en dylik undervisning kommer att närmare beröras i samband med utredningen av specialistutbildningen.

Den *propedeutiska* kursen i röntgendiagnostik skall omfatta 15 timmars föreläsningar. Den skall innefatta en orientering beträffande röntgendiagnostiken och ge de studerande möjligheter att förstå enkla röntgendiagnostiska problem, röntgenanatomi, organdiagnostik etc. I kursen ingår också 2 timmars träning i genomlysningsteknik.

Den röntgendiagnostiska undervisningen under *tjänstgöringarna i medicin och kirurgi* bör omfatta dels en direkt föreläsningsundervisning, dels praktiska demonstrationer. Undervisningen under tjänstgöringen i medicin skall omfatta ca 20 timmar, dvs. 1 timme per vecka, och under tjänstgöringen i kirurgi 40 timmar eller 2 timmar per vecka. Utöver denna speciella undervisning skall de studerande också i den

mån lokala förhållanden det medgiver, delta i klinikens rutinröntgenronder. Härvid kan självfallet ingen speciell undervisning anordnas för de studerande, men genom att röntgenronderna anordnas praktiskt och därvid en viss hänsyn tas till de närvarande tjänstgörande skulle mycket nyttigt stoff kunna utvinnas och de studerande kunna tillgodogöra sig ett betydande vetande inom röntgendiagnostiken.

I en rad *specialämnen*, exempelvis neurologi, obstetrik och gynekologi, pediatrik och otiatri, finns röntgendiagnostiska problem av särskild art. I undervisningen av dessa ämnen bör de röntgendiagnostiska avsnitten särskilt beaktas. Undervisningens omfattning fastställes och lämpliga lärare utses genom samråd mellan lärarna i respektive kliniska ämne och i röntgendiagnostik. Kommittén finner det vara av särskild vikt, att sådan undervisning i neuroradiologi kommer till stånd under kurserna i neurologi och psykiatri.

Med en undervisning i röntgendiagnostik av den omfattning, som ovan föreslagits under det propedeutiska året, under tjänstgöringarna i medicin och kirurgi och slutligen under kurserna i de kliniska specialämnena, torde de studerande få en god kunskap om röntgendiagnostikens möjligheter, medel och mål liksom även en viss utbildning i den speciella röntgendiagnostiken. Under denna tid ges också en orientering om nödvändiga skyddsåtgärder i samband med det röntgendiagnostiska arbetet. Förhör synes icke motiverade i samband med undervisningen i röntgendiagnostik, utan de studerandes kunskaper kan kontrolleras i samband med den kliniska examinationen.

Anslagsfrågor

Den av kommittén föreslagna undervisningen i röntgendiagnostik omfattar 15 timmars föreläsningar vid en propedeutisk kurs i röntgendiagnostik, föreläsningar och praktiska demonstrationer under 20 timmar i anslutning till kursen i medicin och under 40 timmar i anslutning till kursen i kirurgi samt några timmars undervisning i samband med vissa kliniska specialämnen. Denna undervisning skall vid de undervisningssjukhus, där professur i röntgendiagnostik inrättats, meddelas av professorn eller av biträdande lärare. Professurer i ämnet finns i Uppsala, Lund, Stockholm (en på vardera karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet) och Göteborg. I Lund finns därjämte en laboratur. Vid de kliniska kurserna vid allmänna sjukhuset i Malmö krävs samma undervisning i röntgendiagnostik som i Lund. Detta motiverar inrättandet av en professur i ämnet. Överläkarbefattningen är under tillsättning under samma former som för professur. På förslag av medicinska fakulteten i Lund har senast 1952 begärts inrättande av en professur i röntgendiagnostik vid allmänna sjukhuset i Malmö. Förslaget har tillstyrkts av kanslern. Kommittén instämmer i fakultetens hemställan och finner det angeläget att tjänsten omedelbart inrättas.

I *Uppsala* kan undervisningen beräknas få en årlig volym av 170 timmar. Härav ankommer 130 timmar på professorn. För den övriga undervisningen bör beräknas ett arvode för en biträdande lärare på 2 000 kronor. Institutionschefen bör fördela undervisningen på sig och den biträdande läraren, varvid även den propedeutiska röntgenkursen bör omfattas av deras undervisning.

I *Lund* och *Malmö* blir undervisningen 155 timmar årligen, eftersom där ges endast en propedeutisk kurs på vardera orten. I Lund bör undervisningen meddelas av professorn och la-

boratorn. I Malmö krävs ett arvode på 1 250 kronor till en biträdande lärare.

I *Stockholm* blir undervisningsvolymen på vartdera karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet av samma omfattning som i Lund. För varje sjukhus bör sålunda beräknas ett arvode till en biträdande lärare med 1 250 kronor.

I *Göteborg* får undervisningen motsvarande omfattning som i Uppsala, varför arvodet till biträdande lärare blir av samma storlek som där.

Tjänster	Nuvarande personal						Kommitténs förslag					
				Sthlm						Sthlm		
	U	L	M	KS	Seraf.	G	U	L	M	KS	Seraf.	G
Professor	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Laborator		1						1				
Biträdande lärare.	4 400					2 950	2 000		1 250	1 250	1 250	2 000
Underv. i röntgendiagnostik			4 400						—			
Klinisk amanuens .		1	1			1		1	1			1
Laboratoriebiträde		1			1			1			1	
Kanslibiträde	1	1		1			1	1	1	1		1

Tabellkommentar

Anslagsposten till biträdande lärare i Göteborg, 2 950 kronor, motsvarar för helt år räknat 4 400 kronor.

Kostnadsberäkning

Uppsala. Arvode till biträdande lärare omräknas.
2 000 — 4 400 = — 2 400 kr.

Malmö. En professor och ett kanslibiträde tillkommer. Arvode beräknas till biträdande lärare, varvid nuvarande undervisningsarvode indrages.
30 720 + 7 968 + 1 250 — 4 400 = 35 538 kr.
Ett årligt materielanslag av 10 000 kr.

Stockholm.

Karolinska sjukhuset. Ett arvode till biträdande lärare beräknas. 1 250 kr.
Serafimerlasarettet. Ett arvode till biträdande lärare beräknas. 1 250 kr.

Göteborg. Arvode till biträdande lärare omräknas. Ett kanslibiträde tillkommer.
2 000 — 4 400 + 8 304 = 5 904 kr.

Summa 51 542 kr.

För utrustning av den föreslagna röntgendiagnostiska institutionen i Malmö beräknas en engångskostnad på 125 000 kronor, vilken skall delas av staten och Malmö stad i enlighet med gällande avtal.

Kap. 28. RADIOTERAPI MED TUMÖRDIAGNOSTIK

Nuvarande undervisning

Viss, huvudsakligen frivillig undervisning i radioterapi har förekommit sedan många år.

I *Lund* har sedan länge anordnats två kurser årligen, varvid överläkaren på jubileumskliniken under 15 timmar behandlat elementa om strålfysik, strålbiologi och strålreaktion samt tumörsjukdomarnas klinik, diagnostik och terapi. Dessutom har 15 timmar använts för demonstrationer av tumörfall. Deltagarantalet har växlat från 3 till 12 elever.

För tjänstgörande vid medicinska kliniken har årligen 4 timmar anslagits till demonstration av internmedicinska fall, där radioterapeutiska problemställningar varit av intresse.

Under vårterminen 1952 har försöksvis anordnats en grundläggande kurs i tumörsjukdomarnas diagnostik och terapi för tjänstgörande vid kirurgiska kliniken. Den omfattade 15 timmars föreläsningar och demonstrationer av fall. Varje deltagare i kursen hade möjlighet att under en veckas assistenttjänstgöring följa arbetet vid den radioterapeutiska kliniken, främst det polikliniska arbetet. Man har tills vidare planerat en kurs i enlighet med de ovan anförda linjerna.

För undervisning i de gynekologiska tumörernas diagnostik och terapi har den biträdande överläkaren för avdelningen för gynekologisk radiologi årligen gett tre demonstrationskurser för de tjänstgörande på kvinnoklinikerna i Lund och Malmö. Vid varje sådan kurs har getts 4 dubbeltimmars föreläsningar, och därefter har varje tjänstgörande haft tillfälle att bevista 3 à 4 demonstrationer av fall, vanligen omfattande ca 2 timmar per gång.

I *Malmö* har sedan 1949 4 dubbeltimmar under kirurgiundervisningen ägnats speciellt åt tumörfall, och därjämte har under den löpande undervisningen i kirurgi tumörfall från den radioterapeutiska polikliniken demonstrerats och diskuterats i samarbete med överläkaren för radioterapeutiska avdelningen.

I *Stockholm* har årligen två kurser om vardera 15 timmar getts av professorn i radioterapi vid radiumhemmet.

I *Uppsala* har hittills någon självständig avdelning för radioterapi icke funnits. Enligt de bestämmelser, som reglerar undervisningen i radiologi i Uppsala, har professorn i röntgendiagnostik under den senare där förekommande frivilliga utbildningen i radiologi haft att förutom undervisningen i röntgendiagnostik även lämna en kort översikt över radioterapien. För närvarande är en självständig radioterapeutisk avdelning under organisation, och en överläkarbefattning är under tillsättning.

Tidigare diskussion

LS ansåg det av flera skäl önskvärt, att åt radioterapien bereddes plats i den obligatoriska undervisningen. Man tillstyrkte en kurs omfattande en tid av en månad, och i denna borde ingå 15 katedrala föreläsningar samt dessutom praktisk undervisning på ronder, poliklinik, röntgen-, radium- och ljusavdelning. Kursen borde placeras så sent som möjligt i studierna. Undervisning i gynekologisk radioterapi borde enligt LS ingå i denna kurs. Kursen skulle avslutas med obligatoriskt förhör.

I sin överarbetning anförde LS, att de sakkunnigas förslag om införandet av en obligatorisk kurs i radioterapi hade biträtts av remissmyndigheterna.

De sakkunniga fann icke någon anledning att frångå sitt tidigare anförda förslag.

Kommittén

Kunskaperna om de benigna och maligna tumörernas diagnostik och terapi har sedan länge ingått i undervisningen i kirurgi och gynekologi. Genom att i Sverige radiologien uppdelats i röntgendiagnostik och radioterapi och genom att radioterapeutiska specialavdelningar upprättats, har en stor del av de maligna och även många av de benigna tumörfallen koncentrerats till dessa specialavdelningar. Då en obligatorisk undervisning i radioterapi saknas i den allmänna läkarutbildningen, har ett utomordentligt värdefullt studiematerial undandragits flertalet av de studerande, som haft små möjligheter att skaffa sig kunskaper om dessa tumörformers diagnostik, klinik och terapi.

Den tidiga tumördiagnostikens stora betydelse är utan vidare uppenbar. Trots en ur praktisk synpunkt föredömlig organisation av dessa tumörfalls diagnostik och behandling har i vårt land undervisningen på detta område varit bristfällig. Många studerande har säkerligen vid sin medicine licentiatexamen ej sett fall av cancer i munhålan, tung- eller tandköttscancer, och åtskilliga har ej heller haft tillfälle att undersöka fall av livmodercancer eller av hud- eller läppcancer. Det måste ur undervisningssynpunkt vara av den största vikt, att ämnesföreträdarna bedriver ett intimt samarbete med representanterna för radioterapien under tiden för kirurgiundervisningen och undervisningen i obstetrik och gynekologi samt i viss utsträckning också i andra kliniska ämnen. Härigenom kommer säkerligen i framtiden mycket att vinnas med hänsyn särskilt till tidig diagnostik av de maligna tumörerna.

Kommittén föreslår, att obligatorisk undervisning meddelas i radioterapi med huvudvikten lagd på tumörernas tidiga diagnostik. Sådan undervisning förlägges till senare delen av kirurgiterminen och omfattar dels en kortare serie katedrala föreläsningar, dels en mera omfattande serie demonstrationer av lämpliga fall. Inalles ges där 15 timmars undervisning, antingen utspridd över en längre tid eller koncentrerad till en tvåveckorsperiod. Vidare bör de tjänstgörande under 14 dagar av kirurgiterminen tjänstgöra på en radioterapeutisk avdelning eller poliklinik.

Under kursen i obstetrik och gynekologi ges en undervisning på 4 timmar, huvudsakligen berörande tidig diagnostik av hithörande tumörfall samt principerna för deras radiologiska behandling, varjämte tumörfall demonstreras i samband med de kliniska föreläsningarna. Dessutom bör de tjänstgörande, var och en under 4 timmar, i små grupper delta i det praktiska arbetet vid den gynekologiska radiologmottagningen, där sådan finns. Där specialist i gynekologisk radiologi finns, bör denne liksom hittills meddela undervisningen.

Lärarna i radioterapi bör härutöver i viss utsträckning medverka i konferenser och liknande samundervisning, som anordnas i de olika kliniska läroämnena.

Anslagsfrågor

Radioterapien företrädes i Stockholm av en professor vid radiumhemmet, i Uppsala av en laborator och i Lund av en lärare i lönegraden Ca 34 samt i Malmö och Göteborg av överläkare vid respektive universitetssjukhus radioterapeutiska avdelningar. I Stockholm och Göteborg finns överläkare vid gynekologiska radioterapiavdelningar. Den av kommittén föreslagna undervisningen i radioterapi bör, där akademisk lärare

i ämnet finns, meddelas av denne inom ramen för hans undervisningsskyldighet. I annat fall får arvode beräknas för undervisningen.

Undervisning i radioterapi kan enligt kommitténs förslag för *Uppsala* beräknas till ca 50 timmars föreläsningar eller därmed jämställd undervisning samt ca 60 timmars demonstrationer för mindre grupper av studerande per år. Undervisningen kan i Uppsala meddelas av laboratorn. I *Lund* ges undervisningen i samband med kirurgikursen av läraren i radioterapi. Undervisningen i samband med kursen i obstetrik och gynekologi, omfattande ca 15 timmars föreläsningar och ca 30 timmars demonstrationer, bör ges av biträdande lärare i gynekologisk radiologi mot ett arvode på 1 650 kronor.

I *Malmö* blir hela undervisningen ca 50 timmars föreläsningar och ca 30 timmars demonstrationer, varför ett arvode på 3 400 kronor kan beräknas. Den bör lämpligen meddelas av överläkaren på radioterapeutiska kliniken.

I *Stockholm* erfordras ca 60 timmars undervisning i samband med kirurgikurserna, vilken undervisning bör ges av professorn i radioterapi. I samband med kurserna i obstetrik och gynekologi beräknas ca 30 timmars föreläsningar samt ca 120 timmars demonstrationer för mindre grupper av studerande. Denna undervisning bör ges av överläkaren vid radiumhemmets gynekologiska avdelning mot ett arvode av 5 100 kronor.

I *Göteborg* har en professur i radioterapi upptagits i organisationskommitténs utbyggnadsplan för medicinska högskolan. Till dess professuren inrättats, bör anslag beräknas för motsvarande undervisning som i Lund. För undervisning av överläkaren vid allmänna avdelningen på jubileumskliniken i Göteborg i samband med kirurgikurserna bör utgå arvode med 1 750 kronor samt för undervisning av överläkaren vid gynekologiska avdelningen vid jubileumskliniken arvode med 2 550 kronor.

Tjänster	Nuvarande personal			Kommitténs förslag				
	U	L	S	U	L	M	S	G
Professor			1				1	
Laborator	1			1				
Lärare (Ca 34)		1			1			
Undervisning i radioterapi		2 250	3 000		1 650	3 400	5 100	4 300
Klinisk amanuens		1			1			
Kanslibiträde			1				1	
Kontorsbiträde		1			1			

Kostnadsberäkning.

Lund. Ett arvode för undervisning i gynekologisk radioterapi beräknas. Nuvarande undervisningsarvode indrages.

1 650 — 2 250 = — 600 kr.

Malmö. Ett arvode för undervisning i radioterapi beräknas. 3 400 kr.

Stockholm. Ett arvode till biträdande lärare beräknas. Nuvarande undervisningsarvode indrages.

5 100 — 3 000 = 2 100 kr.

Göteborg. Arvode till två lärare beräknas.

1 750 + 2550 = 4 300 kr.

Summa 9 200 kr.

Kap. 29. PEDIATRIK

Nuvarande undervisning

Enligt examensstadgan omfattar ämnet pediatrik barnaålderns fysiologi samt barnsjukdomarnas patologi och terapi. De studerande skall före tentamen fullgöra tre månaders tjänstgöring vid någon av universitetens eller de medicinska högskolornas pediatriska kliniker, varvid kurs i skyddskoppympning samtidigt genomgås. Under tjänstgöringen i pediatrik bevistar de studerande kliniska föreläsningar och demonstrationer samt deltar för övrigt efter klinikchefens anvisning i det kliniska och polikliniska arbetet. De studerande äger rätt att samtidigt med tjänstgöringen i pediatrik fullgöra andra tjänstgöringar och kurser. I detalj är enligt ämnesrepresentanternas uppgifter undervisningen utformad på följande sätt.

I *Uppsala* ges kursen två gånger årligen med 15 deltagare. Undervisningen omfattar per kurs 86 timmars kliniska föreläsningar och 16 timmars konferenser. Särskilda föreläsningar ges i allergologi (2 timmar), i barnpsykiatri (6 timmar), i barnkirurgi (1 timme) och om kuratorsverksamhet (1 timme). De studerande deltar i grupper i avdelningsarbete och ronder. Vidare tjänstgör de parvis i arbetet på poliklinik (10 gånger), på barnavårdscentral (8 gånger), på barnbördsklinikens nyföddavdelning (4 gånger) och på mjölkkök (3 à 4 gånger). Besök på lekskola, barnhem och sinnesslöanstalt ingår i tjänstgöringen. Under de senaste kurserna har frivilligt getts 1 föreläsning per vecka över aktuella pediatriska frågor, delvis av forskningskaraktär.

I *Lund* ges kurs två gånger årligen med 20 deltagare. Kursen omfattar 48 timmars kliniska föreläsningar och 46 timmars polikliniska föreläsningar. Härtill kommer undervisning av professorn 1 timme per vecka och av underläkare 3 timmar per vecka på barnavårdscentralen samt dagliga undervisningsronder på barnbördsklinikens nyföddavdelning. De studerande arbetar i grupper på kliniken och deltar i dagliga undervisningsronder ca 2 ½ timmar per dag, varjämte praktisk poliklinikundervisning meddelas ca 4 timmar dagligen under två veckor för varje studerande.

I *Stockholm* meddelas undervisning i pediatrik på karolinska sjukhuset och Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus.

Vid karolinska sjukhusets pediatriska klinik ges tre kurser årligen med 25 deltagare. Under kursen åhör de studerande 100 timmars föreläsningar, demonstrationer och konferenser samt konferenser i barnpatologi under 10 timmar. Därjämte ges särskilda föreläsningar i barnkirurgi (4 timmar), barnkardiologi (2 timmar), barnröntgen (2 timmar), barnpsykiatri (7 timmar, demonstrationer 10 timmar, avdelningskonferenser), barnpsykologi (10 timmar), allergologi (2 timmar, 4 timmars poliklinikundervisning), barnavårdsklinik (2 timmar) och spädbarnsdiet (2 timmar gruppvis). Under tjänstgöringen arbetar de studerande i grupper på klinik och poliklinik. Demonstrationer anordnas på södra barnbördshusets avdelning för nyfödda. I tjänstgöringen ingår även besök på barndaghem, lekskolor och skolläkarmottagningar, liksom deltagande gruppvis i barnavårdscentralens arbete (5 timmar per grupp).

Vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus ges två kurser årligen med 25 deltagare i varje. Härunder meddelas 92 timmars föreläsningar och demonstrationer i internpediatrik, 4 timmar i barnkirurgi, 7 timmar i barnpsykiatri

och 10 timmar i barnpsykologi. En gång i veckan anordnas en konferens gemensamt av internpediatrikern och barnkirurgen, samt var fjortonde dag en liknande konferens gemensamt av internpediatrikern och barnpsykiatern. I konferenserna deltar sjukhusets övriga läkare jämte specialister utanför sjukhuset. I en orienterande föreläsning redogörs för sexualundervisning i skolan och särskilt för skolläkarens insatser, varefter ett exempel ges på en lektion i sexualundervisning.

Under tjänstgöringen deltar de studerande i grupper i avdelningarnas praktiska arbete samt i arbetet på såväl allmänpolikliniken som på olika specialpolikliniker (diabetes, hjärtsjukdomar, krampsjukdomar, lungsjukdomar, allergiska åkommor, spastikervård), varjämte de är närvarande vid ett antal mottagningar på barnavårdscentralen. De studerande följer vidare under en vecka ronderna på den barnkirurgiska avdelningen samt deltar i tur och ordning i jourhavande underläkarnas arbete (tre à fyra dagar på vardera medicinska och kirurgiska barnavdelningen). Särskilda demonstrationer anordnas på upptagnings- och observationshem (Nybodahemmet), sinnesslöanstalt (Slagsta), skola och hem för missanpassade barn (Skå-Edeby), husmoders- och barnavårdsskola (Engelbrekts) och konvalescenthem för barn (Gebers).

I *Göteborg* har ordinarie undervisning i pediatrik ännu icke påbörjats.

Tidigare diskussion

LS framhöll, att pediatriken hade kommit att få en allt större betydelse och att ämnets omfattning ökat. I undervisningen i pediatrik borde ingå författningskunskap rörande barn och dessutom en tämligen ingående orientering i alla de socialmedicinska frågor, som ägde beröring med pediatriken. De studerande borde få tillfälle att tjänstgöra på barnavårdscentral samt om möjligt även besöka andra sociala inrättningar för barn.

LS anförde vidare, att det vore önskvärt att en specialutbildad kirurg finge tillfälle att i anslutning till utbildningen i pediatrik hålla några föreläsningar i barnkirurgi, vilket tillfredsställande borde kunna ske på 3—4 föreläsningar. Under kursen i pediatrik borde deltagarna även få tillfälle att studera de nyfödda barnens sjukdomar. Angående undervisning i barnpsykiatri anförde LS, att även barnaårens psykiska rubbningar borde bli föremål för undervisning, vilken kunde ges antingen i samband med undervisningen i psykiatri eller i pediatrik. Undervisningen i denna specialgren borde emellertid ej vara alltför omfattande.

LS förordade, att tjänstgöringen i pediatrik ej skulle få påbörjas förrän efter fullgjord assistenttjänstgöring i medicin. Vid en sådan förläggning av pediatriktjänstgöringen till ett sent skede av studietiden komme de studerande till barnkliniken betydligt bättre förberedda än dittills, varför de borde äga bättre förutsättningar att på ett effektivt sätt och på relativt kort tid tillgodogöra sig den meddelade undervisningen. Enär LS dessutom föreslog, att tjänstgöringen i pediatrik ej skulle få kombineras med annan kurs eller tjänstgöring, ansåg de sakkunniga att någon utökning av tjänstgöringens längd ej behövde komma i fråga. En obligatorisk assistenttjänstgöring i pediatrik ansågs icke heller nödvändig. De studerande borde under själva tjänstgöringens gång få den praktiska utbildning i pediatrik, som lämpligen borde ingå i den allmänna läkarutbildningen. En fordran av grundläggande betydelse vore emel-

lertid, att patientmaterialet här liksom i andra kliniska ämnen vore rikligt, omväxlande och lätt tillgängligt för de studerande.

Professorn i pediatrik vid karolinska institutet A. Wallgren har i en artikel i Acta Pediatrica 1951 skildrat den nuvarande undervisningen i pediatrik i Sverige samt utförligt diskuterat dess olika problem och angett vissa riktlinjer för såväl den allmänna läkarutbildningen som specialistutbildningen i pediatrik.

Kommittén

Det är ett karakteristiskt drag hos den moderna medicinen, att den vid sidan av en sjukdomsbehandling alltmera inriktar sig på förebyggande åtgärder eller med andra ord att hälsovårdens intressen alltmera skjuts i förgrunden. Denna tendens är särskilt tydlig just inom barnläkekonsten. Här har profylaktiska och samhälleliga åtgärder kommit att få särskilt stor betydelse när det gällt att nedbringa mortalitet och morbiditet, särskilt i spädbarnsålderns sjukdomar. Man behöver härvidlag endast peka på betydelsen av barnavårdscentralerna för övervakning av spädbarnens normala utveckling. Även i senare barnaåldrar har förebyggande arbete i form av ympningar och skolhygienisk övervakning av kroppslig och själslig hälsa verksamt bidragit till att hindra utbredningen av svårare sjukdomar hos det uppväxande släktet. En fortsatt utveckling i samma riktning måste givetvis bygga på att goda kunskaper i pediatrik meddelas under den allmänna läkarutbildningen.

Enligt kommitténs mening är det nödvändigt att utvidga kursen i pediatrik från nuvarande tre till fyra månader. Kommittén betraktar pediatriken som ett av de kliniska huvudämnena, och med en omfattning av fyra månader kommer kursen i pediatrik att bli den största kliniska kursen näst efter medicin och kirurgi. Den nedan skildrade obligatoriska kombinationen med slutkursen i socialmedicin, som väsentligen är en föreläsningskurs, torde icke förta värdet av denna utökning av undervisningstiden utan snarare bidra till att undervisningen i pediatrik kan koncentreras på den kliniska sidan av ämnet.

Kommittén har därjämte funnit det viktigt att utforma en sådan studieplan, att undervisningen i det kliniska ämnet pediatrik kan försiggå i nära samband med undervisningen i socialmedicin. Huvuddelen av den teoretiska undervisningen i socialmedicin bör sålunda ges samtidigt med kursen i pediatrik. De studerande kan därvid direkt få se hur socialmedicinska synpunkter vinner praktisk tillämpning inom pediatriken. En viss tidsbesparing för pediatrikens del torde även kunna vinnas genom en god samordning med undervisningen i socialmedicin, varigenom olägenheterna med en kombination mellan de bägge ämnena i huvudsak torde undanröjas.

En betydande vinst med den utökade tiden för ämnet torde vara, att kursen ger tillfälle till en längre tids klinisk tjänstgöring, varigenom de studerande vinner en väsentligt ökad praktisk erfarenhet av undersökning och behandling inom barnsjukdomarna och får tillfälle att studera ett större kliniskt material. I nuvarande studieordning får tjänstgöringen i pediatrik kombineras med upp till två andra kurser eller tjänstgöringar. Kommittén föreslår, att inga andra kombinationer än den ovan berörda tillåts, dvs. kombinationen med slutkursen i socialmedicin.

Ett förhållande av stor betydelse för resultatet av kursen i pediatrik är dess förläggning i studieplanen. Barnaåldern uppvisar dels särskilda sjukdo-

mar, som knappast eller icke alls finns i övriga åldersgrupper, dels också sådana sjukdomar, som förekommer i högre åldrar men där ter sig väsentligt annorlunda än under barnaåldern i fråga om symtomatologi, förlopp och prognos samt icke minst profylax. Inom barnläkekonsten har därför utvecklats en rad specialiteter, bland vilka redan utkristalliserat sig internpediatrik, barnkirurgi och barnpsykiatri. Undervisningen i sådana barnaålderns sjukdomar, som även finns i andra åldersgrupper, underlättas uppenbarligen väsentligt om motsvarande kliniska kurser som avser patienter i vuxen ålder har fullgjorts. En sådan anordning möjliggör givetvis en koncentration av pediatrikundervisningen till det för barnaåldern speciellt utmärkande. LS föreslog med hänsyn till bl. a. sådana skäl, att tjänstgöringen i pediatrik borde förläggas sent i studieplanen och icke få påbörjas förrän efter fullgjord assistenttjänstgöring i medicin.

Såsom klarlagts i andra sammanhang bör den fria studieordningen som regel icke frångås under de kliniska studiernas senare skede. I fråga om pediatriken finner sig kommittén emellertid, av skäl som diskuterats ovan, böra göra ett undantag och föreslår, att den studerande efter medicin- och kirurgikurserna skall ha fullgjort kurserna i dermato-venereologi, klinisk epidemiologi, ftisiologi, neurologi, obstetrik-gynokologi, oto-rhino-laryngologi samt psykiatri innan tillträde lämnas till kursen i pediatrik. Kommittén föreslår däremot icke att assistenttjänstgöring i medicin skall ha fullgjorts. Assistenttjänstgöringarna bör nämligen samlas till en sista studieperiod, varigenom de studerande kommer till dessa tjänstgöringar med goda teoretiska och praktiska kunskaper i de olika kliniska ämnena. Värdet av tjänstgöringarna ökas givetvis i hög grad genom att de studerande på så sätt kan få delta mera självständigt i det praktiska arbetets alla faser.

En särskild assistenttjänstgöring i pediatrik har diskuterats, bl. a. av LS. I kommitténs förslag har studietiden i pediatrik utökats med en månad, vilket torde ge tillfälle till ett betydligt ökat praktiskt arbete under själva kursen. Härigenom har enligt kommitténs mening behovet av ytterligare praktiskt arbete tillgodosetts. I detta sammanhang må framhållas, att bland assistenttjänstgöringarna upptagits en period på två månaders valfri sådan tjänstgöring. Den studerande, som så önskar, kan således fullgöra två månaders assistenttjänstgöring i pediatrik.

Under kursen i pediatrik bör de studerande åhöra kliniska och polikliniska föreläsningar, kliniska demonstrationer och konferenser. Kommittén finner det icke lämpligt att föreslå en närmare fördelning av undervisningen på dessa olika former utan anser, att det bör ankomma på ämnesläraren att företa en sådan fördelning. Kommittén har funnit det lämpligt föreslå, att undervisningens totala volym i fråga om de nu berörda olika formerna av undervisning skall omfatta ca 8 timmar per vecka, dvs. ca 130 undervisningstimmar per kurs. Dessa undervisningstimmar kan alltefter behov samlas som dubbeltimmar eller ges som enstaka föreläsningar. Inom ramen för denna undervisningsvolym bör jämte huvudundervisningen i internpediatrik också hänsyn tas till olika specialämnen, såsom barnkirurgi, barnkardiologi, barnröntgen, allergologi, barnavårdsklinik, spädbarnsdiet och prenatal fysiologi.

Samtidigt med kursen i pediatrik fullgör de studerande i nuvarande studieordning en kurs i skyddskoppympning, omfattande 4—6 timmars föreläsningar och demonstrationer. Kommittén finner

det mindre lämpligt att utvälja en enda — låt vara viktig — sjukdom som demonstrationsobjekt för en profylaktisk metod med så bred användning. Denna kurs bör avskaffas och ersättas med teoretisk och praktisk undervisning i skyddsympningar överhuvudtaget under kurserna i klinisk epidemiologi och pediatrik. Under den senare kursen skall skyddsympningarnas användning under barnaåldern demonstreras och ympningstekniken inövas.

En viss undervisning i barnpatologi torde böra anordnas i samband med kursen i pediatrik, och kommittén har såväl från ämneslärarna i patologi som från ämneslärarna i pediatrik erfarit, att denna undervisning är av mycket stort värde. Kommittén föreslår, att undervisningen i barnpatologi huvudsakligen ges i form av konferenser i anslutning till demonstrationer av inträffade obduktioner vid barnavdelningarna. 5—10 timmars undervisning bör beräknas härför.

Undervisningen i barnpsykiatri och barnpsykologi intar enligt kommitténs mening en särställning med hänsyn till betydelsen av detta lärostoff för pediatriken. Kommittén har därför, som utförligt motiverats i annat sammanhang, föreslagit en särskild undervisning i barnpsykiatri, vilken dock enligt kommitténs mening bör ges under kursen i pediatrik. Denna undervisning skall alltså icke inräknas i ovan nämnda totala undervisningsvolym för själva pediatrikkursen utan meddelas vid sidan av denna. För närmare detaljer i samband med undervisningen i barnpsykiatri hänvisar kommittén till det speciella avsnittet om detta ämne.

Under kursen i pediatrik bör de studerande delta i det praktiska arbetet på klinik och poliklinik genom tjänstgöring på de pediatriska klinikernas olika avdelningar och på deras polikliniker. Den närmare anordningen av denna tjänstgöring finner kommittén icke anledning diskutera utan vill endast inskränka sig till att understryka den stora betydelsen av sådant arbete. Under kursen i pediatrik bör de studerande även under någon tid tjänstgöra på barnavårdscentral och genom upprepade demonstrationer och ronder göras förtrogna med arbetet på barnbördsklinikens nyföddavdelning.

Studiet av pediatriken avslutas med tentamen.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag till anordnande av undervisningen i pediatrik innebär en betydande utvidgning av ämnet. Ökade krav kommer således att ställas på de olika universitetsklinikernas lärare med hänsyn till föreläsningarnas antal. Därjämte kommer utökningen av kursens längd att medföra, att universitetsklinikerna kommer att vara upptagna med undervisning under hela året, vilket betyder en avsevärt ökad arbetsbörda för underläkarna och den övriga personalen vid klinikerna.

I *Uppsala* och *Lund* skall 60 studerande passera den pediatriska kliniken årligen, vilket kan ske genom att på vardera stället anordnas tre kurser årligen med 20 deltagare. I *Stockholm* kommer 110 à 120 studerande att fördelas på två kliniker, varför vardera kliniken även där får ge tre kurser årligen med ca 20 deltagare. Med hänsyn till att sommaren uppvisar en minskning i sjuklighet bland barnen och att undervisningsmaterialet således är mindre vid klinikerna under denna tid, bör sommarperioden delas på två av kurserna och gränsen mellan dessa sommarkurser, i enlighet med vad ämneslärarna föreslagit, förläggas till den 1 augusti. Kurserna i pediatrik bör så-

ledes börja den 1 augusti, den 1 december och den 1 april.

Vid en sådan anordning av undervisningen kommer belastningen att ur undervisningssynpunkt bli ungefär lika på samtliga pediatriska universitetskliniker. Med tre kurser per år kommer den totala undervisningsvolymen per klinik att utgöra tre gånger 130 föreläsningar, vartill bör läggas ca 20 timmars medverkan i konferenser. Härtill kommer ca 20 timmars undervisning i barnpatologi. Den totala undervisningsvolymen per klinik blir således 450 timmar per år. Av denna undervisningsskyldighet ankommer på professorn 130 timmar.

Kommittén har i annat sammanhang klarlagt nödvändigheten av att lärarkrafter av fastare typ bindes till vissa av de kliniska institutionerna. Kommittén föreslår, att också varje pediatrisk klinik erhåller en lärare i pediatrik med skyldighet att som kursledare ge en av kurserna i ämnet och att examinera kursdeltagarna. Läraren bör vara placerad i lönegraden Ce 30 och ge en undervisning motsvarande professorns eller 130 timmar per år. De ytterligare undervisningstimmar, som erfordras från pediatriska klinikens sida, torde böra ges av arvodesanställda biträdande lärare. Av de återstående 190 undervisningstimmarna bör 160 fördelas på två biträdande lärare, som vardera erhåller en ersättning av 4 000 kronor. För återstående 30 undervisningstimmar bör en summa på 1 500 kronor ställas till klinikchefens förfogande att fördelas med ett eller flera föreläsningsarvoden på olika specialföreläsare, som får hålla föreläsningar, ingående i huvudserien.

Med hänsyn till det ökade undervisningsarbetet vid klinikerna föreslår kommittén en viss förstärkning av den tekniska personal, som huvudsakligen krävs för förberedelser för undervisningen, såsom framställning av fotografiskt material, skioptikonbilder m. m.

Beträffande kurserna i skyddskoppympning har kommittén i en den 15 februari 1952 till Kungl. Maj:t avgiven skrivelse med utredning och förslag angående viss krigsmedicinsk undervisning föreslagit, att dylika särskilda kurser icke i fortsättningen skall anordnas och att därför arvodena skall indragas. I följande kostnadsberäkning uppförs emellertid av redovisningsskäl de hittillsvarande arvodena som besparingar.

Tjänster	Nuvarande personal				Kommitténs förslag			
	U	L	Sthlm KS	Kronp. Lovisas barnsj.	U	L	Sthlm KS	Kronp. Lovisas barnsj.
Professor	1	1	1	1	1	1	1	1
Lärare (Ce 30)					1	1	1	1
Biträdande lärare	8 800	4 000	6 000	6 000	8 000	8 000	8 000	8 000
Specialföreläsare					1 500	1 500	1 500	1 500
Biträdande lärare vid kurser i skyddskoppympning	300	200	200	200	—	—	—	—
Klinisk amanuens		3				3		
Laboratoriebiträde		1			1	1	1	1
Kanslibiträde	1	1	1	1	1	1	1	1

Kostnadsberäkning

Uppsala. En lärare och ett laboratoriebiträde tillkommer. Arvoden till biträdande lärare beräknas enligt ovan angivna grunder. Nuvarande arvoden indrages.

19 860 + 7 968 + 8 000 + 1 500 — 8 800 — 300 = 28 228 kr.

Lund. En lärare tillkommer. Arvoden till biträdande lärare beräknas enligt ovan angivna grunder. Nuvarande arvoden indrages.

19 860 + 8 000 + 1 500 — 4 000 — 200 = 25 160 kr.

Stockholm.

Karolinska sjukhuset. En lärare och ett laboratoriebiträde tillkommer. Arvoden till biträdande lärare beräknas enligt ovan angivna grunder. Nuvarande arvoden indrages.

21 084 + 8 652 + 8 000 + 1 500 — 6 000 — 200 = 33 036 kr.

Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus. En lärare och ett laboratoriebiträde tillkommer. Arvoden till biträdande lärare beräknas enligt ovan angivna grunder. Nuvarande arvoden indrages.

21 084 + 8 652 + 8 000 + 1 500 — 6 000 — 200 = 33 036 kr.

Summa 119 460 kr.

Kap. 30. PSYKIATRI

Nuvarande undervisning

Enligt § 20 i gällande examensstadga skall de studerande genomgå två månaders tjänstgöring vid ettdera universitetets eller karolinska institutets psykiatriska klinik. För närvarande ges två kurser årligen i Uppsala, tre i Lund och tre i Stockholm. Undervisning i psykiatri har ännu ej anordnats i Göteborg.

Den obligatoriska undervisningen i psykiatri utgörs av 4 timmars kliniska föreläsningar i veckan med demonstrationer under två månader. Tillfälle till frivillig assistenttjänstgöring finns. Ämnet avslutas med slutförhör.

Behovet av en utökad utbildning i psykiatri har under senare år gjort sig starkt kännbart, varför undervisningen utbyggts med frivilliga kurser.

Sålunda har i *Uppsala* anordnats 5 dubbeltimmars föreläsningar i medicinsk psykologi och psykopatologi, 6 dubbeltimmars föreläsningar i barnpsykiatri jämte rondundervisning å barnpsykiatrisk avdelning, 4 dubbeltimmars föreläsningar i alkoholsjukdomarna samt slutligen klinisk rondundervisning på Ulleråkers sjukhus. Psykiatriundervisningen omfattar sålunda i Uppsala, inbegripet den frivilliga undervisningen, 60—65 timmars föreläsningar jämte en viss rondundervisning.

I *Lund* har den frivilliga undervisningen utgjorts av 5 dubbeltimmars föreläsningar i barnpsykiatri, 5 dubbeltimmars demonstrationer på psykiatriska kliniken, 3 dubbeltimmars föreläsningar å S:t Lars sjukhus, 1 dubbeltimmes föreläsning å Vipeholms sinnesslöanstalt samt 1 dubbeltimmes föreläsning å epileptikeranstalt. Psykiatriundervisningen i Lund omfattar således, inberäknat den frivilliga undervisningen, 60—65 föreläsningstimmar.

I *Stockholm* har den frivilliga undervisningen utgjorts av 4 dubbeltimmars undervisning i neuroslära med psykoterapi, 14 dubbeltimmars poliklinik-

föreläsningar, 6 dubbeltimmars föreläsningar i medicinsk psykologi och psykopatologi samt 5 dubbeltimmars föreläsningar i barnpsykiatri. Därjämte har några timmars rondundervisning givits å Långbro sinnessjukhus. Sammanlagt omfattar undervisningen vid karolinska institutet, inbegripet den frivilliga undervisningen, 90—95 föreläsningstimmar.

Professorn i rättspsykiatri vid karolinska institutet ger frivillig kurs i rättspsykiatri för de studerande och färdiga läkare, som ämnar ägna sig åt psykiatri eller rättspsykiatri. Frivillig kurs i rättspsykiatri ges i Lund av docent i ämnet.

Tidigare diskussion

LS framhöll, att psykiatrien under de senaste decennierna fått en allt större omfattning och betydelse och att nya ämnesområden tillkommit, vilka måste beaktas vid undervisningen. Behov förelåge av en utvidgad undervisning i fråga om den viktiga del av medicinen, som psykoneuroserna utgjorde, liksom av en vidgad utbildning i psykoterapi. Man hänvisade härvidlag bland annat till ett yttrande år 1938 av medicinalstyrelsens dåvarande vetenskapliga råd i psykiatri, professor V. Wigert, med anledning av en skrivelse från sällskapet för medicinsk psykologi och psykoterapi angående utbildningen i psykoterapi. Professor Wigert uttalade:

> Psykoterapeutiska behandlingsmetoder (exempelvis suggestion, hypnos, persuasion, psykoanalys, sysselsättningsterapi etc.) ha sin väsentliga användning, när det gäller psykiska och nervösa sjukdomar, särskilt s. k. psykoneuroser. På grund av framsteg i den medicinska forskningen har det blivit uppenbart att dylika sjukdomstillstånd ha en betydligt större utbredning än vad man tidigare vetat och att det här är fråga om folksjukdomar, som ha en utomordentlig social betydelse. Det är därför ett synnerligen viktigt samhällsintresse att de bekämpas på ett rationellt sätt. Bland de viktigaste leden däri är å ena sidan att läkarna i gemen erhålla nödiga insikter om deras diagnostik och behandling, å andra sidan att ett tillräckligt antal läkare med fördjupad fackmannaerfarenhet finnes disponibelt. Det gäller såväl den allmänna läkarutbildningen som specialutbildningen.

Vid de sakkunnigas samråd med ämnesrepresentanterna framhölls behovet av undervisning i psykologi. En självständig kurs i psykologi, förlagd till ett tidigare skede av utbildningstiden, vore ett önskemål för framtiden.

Vid psykiatriundervisningen borde enligt LS behandlas även de delar av den kliniska ärftlighetsläran och arvshygienen, som berörde ämnet. Barnålderns psykiska sjukdomar borde likaledes bli föremål för undervisning. Med hänsyn till rättspsykiatriens snabba utveckling och stora sociala betydelse borde vid den obligatoriska undervisningen i psykiatri även en elementär orientering i rätts- och socialpsykiatri meddelas jämte bestämmelserna beträffande straffrihet och förmynderskap. De författningar, som reglerar omhändertagandet av sinnessjuka, skulle genomgås i psykiatriundervisningen. Vidare borde sinnessjukvårdens och neurosvårdens organisation och omfattning bli föremål för en översiktlig redogörelse. Dessutom borde till detta ämne hänföras den sociala omvårdnaden av sinnesslöa och epileptiker samt den medicinska sidan av alkoholistvården.

För att tillgodose denna undervisning i psykiatri borde föreläsningarna ökas med 50 %. Utbildningstiden i psykiatri borde utvidgas till tre à fyra månader. Under denna tid skulle de studerande delta i de kliniska ronderna och under någon tid som assistenter delta i praktiskt arbete på klinik och om möjligt även poliklinik och på sinnessjukavdelning.

I det överarbetade förslaget angående läkarutbildningen föreslog LS, att utbildningen skulle omfatta tre månader;

den katedrala undervisningen föreslogs utökad med 50 %.

Statens sinnessjukvårdsberedning, vilken hade att ägna uppmärksamhet även åt frågan om undervisning i psykiatri före medicine licentiatexamen, överlämnade den 27 november 1947 till chefen för ecklesiastikdepartementet en skrivelse härom. Beredningen anförde, att livet i det moderna samhället blivit alltmer komplicerat och krävande och ställde ökade krav på individens psykiska prestanda och psykiska kontroll. Antalet personer, som socialt handikappades av eller direkt lede under psykiska åkommor av olika slag, växte ständigt. Större psykiatrisk kunnighet krävdes därför av läkarna, vilket särskilt visat sig under det nyss avslutade kriget. Inom det nuvarande undervisningssystemets ram ansloges emellertid endast en utomordentligt liten del av undervisningstimmarna till utbildningen i de psykiska sjukdomarnas diagnostik och behandling, vilket lett till ett otillfredsställande läge.

Beredningen föreslog, att psykiatriundervisningen för de blivande läkarna skulle ökas väsentligt. I samband med de propedeutiska kurserna borde anordnas en kurs med 10 timmars föreläsningar i elementär psykologi och psykiatri. Föreläsningarna borde omfatta allmän människokunskap, sjukdomen som socialt och individuellt problem, umgänget med patienterna och deras anhöriga, de konstitutionella faktorerna, olika vägar för miljösanering, viktigare socialpsykiatriska faktorer etc.

Kursen i klinisk psykiatri borde utsträckas till 3 månader med 72 timmars föreläsningar och avslutas med tentamen. Under kursen skulle även ges 20 timmars demonstrationer i klinisk psykiatri, varav 8 timmar för neuroser, 8 timmar för psykoser (som skulle ges på sinnessjukhus), 2 timmar för sinnesslöfall och 2 timmar för socialpsykiatriskt klientel. I anslutning till kursen borde ges 10 timmars föreläsningar i socialpsykiatri, vilken del av psykiatrien under senare år vuxit högst väsentligt och berörde en alltför länge försummad social sida av läkarverksamheten. Samtidigt med eller omedelbart efter kursen borde assistenttjänstgöring fullgöras under en till två månader på psykiatrisk klinik eller sinnessjukhus.

Före tentamen i psykiatri borde den studerande genomgå en särskild kurs i medicinsk psykologi och psykoterapi, omfattande minst 30 föreläsningstimmar och avslutad med ett slutförhör. Barnpsykiatrien, som utgjorde en alldeles speciell del av den kliniska psykiatrien med egna problem och egna arbetsmetoder, borde undervisas i en särskild, måhända frivillig, föreläsningskurs på 30 timmar, inklusive demonstrationer.

Nya förslag rörande psykiatriundervisningen i andra länder

I *Danmark* har de medicinska fakulteternas läkarutbildningskommitté framlagt förslag om utvidgad undervisning i psykiatri och i psykologiska förhållanden som sjukdomsorsak. I den andra, kliniska delen av läkarutbildningen föreslås under första terminen 1 timmes undervisning i veckan i medicinsk psykologi och mentalhygien. Under andra terminen skall en kurs i psykiatri fullgöras med 2 föreläsningar i veckan, varjämte den studerande under en månad skall delta i de dagliga ronderna på en psykiatrisk avdelning. Samtidigt fullgöres invärtesmedicinsk och kirurgisk tjänstgöring samt kurs i bakteriologi. Under tredje terminen får den studerande åhöra föreläsningar i neuroslära 2 timmar i veckan. Därefter avlägges tentamen i psykiatri.

I den nyligen antagna undervisningsplanen i *Norge* meddelas 20 timmars föreläsningar i medicinsk psykologi under den propedeutiska terminen (den första terminen i studiernas andra avdelning). Beträffande innehållet hänvisas till kapitlet om psykologi.

Under de två invärtesmedicinska terminerna (sammanlagt sex månader) skall varannan torsdag 1 timme utnyttjas för en "neurosklinik", varvid t. ex. en internist och en psykiatriker demonstrerar neurosfall och invärtesmedicinska fall, där psykiska faktorer spelar en mer eller mindre dominerande roll. Under tredje avdelningens första termin (fyra månader) ges den väsentliga undervisningen i psykiatri. Därunder hålles kliniska demonstrationer och föreläsningar under 2 dubbeltimmar i veckan av professorn i psykiatri och överläkaren på ett sinnessjukhus samt kliniska demonstrationer 1 timme i veckan av en biträdande läkare vid psykiatrisk klinik. Samtidigt sker en viss praktisk övning under eftermiddagarna i journalskrivning, handläggning av abort- och steriliseringsfrågor samt utförande av psykologiska prov och intelligensmätningar. De studerande följer också med på ronder och får gå igenom journaler, som de själva har skrivit. En eftermiddag i veckan ges särskild poliklinisk undervisning för de studerande vid psykiatriska kliniken. Samtidigt med de psykiatriska studierna följer de studerande undervisning i obstetrik och gynekologi, hygien och socialmedicin. Under den tredje avdelningens första och andra terminer ger professorn i psykiatri dessutom en föreläsning i veckan över valda ämnen inom psykiatrien.

I *England* föreslog den s. k. Goodenoughkommittén 1944 en utvidgad undervisning i psykiatri. Därvid framhölls särskilt psykiatrins betydelse för den allmänna medicinen, varom följande må anföras.

> Psykiatrien är den medicinska disciplin, som behandlar den själsliga aspekten på hälsa och sjukdom. Förr begränsade den sig i stort sett till psykoserna eller de egentliga sinnessjukdomarna, men under senare år har denna snäva uppfattning fått vika. Nu finns det en alltmer ökad insikt om att själsliga faktorer ofta spelar en roll vid sjukdomar i allmänhet. Detta gäller alltså inte endast för den stora massan av svårare och lättare psykoneuroser, som utgör en stor del av varje läkares klientel, utan också för utveckling och behandling av många väsentligen kroppsliga sjukdomar liksom även för specialmedicinen och det förebyggande hälsoarbetet. Vare sig allmänpraktikern har att göra med hälsovårds- eller sjukvårdsproblem, så kan han inte tillfredsställande förstå och hjälpa sina patienter, om han inte tar vederbörlig hänsyn till den psykologiska bakgrunden. Ju skickligare läkaren är, desto större uppmärksamhet ägnar han denna bakgrund, utan att han kanske alls tänker på att han gör något "psykologiskt". I de flesta fall måste han dock lita i huvudsak på sin medfödda förståelse och sitt sunda förnuft snarare än på en övad uppfattning och erfarenhet. Orsaken härtill är, att medicinska utbildningsanstalter med få undantag ger en undervisning, som baserar sig på den gamla, snäva avgränsningen av psykiatrien.

I de bl. a. av denna utredning föranledda nya bestämmelser, som 1947 utfärdades av the General Medical Council, fick psykiatrien följande omfattning: 1) Undervisningen i psykiatri skall ske huvudsakligen på en psykiatrisk poliklinik, där neuroser och psykoneuroser kan studeras, men kliniska demonstrationer skall ges även vid ett sinnessjukhus och en sinnesslöanstalt. 2) En systematisk serie föreläsningar skall ges. 3) I alla kliniska fack skall den studerandes uppmärksamhet riktas på betydelsen av samspelet mellan kroppsliga och själsliga faktorer vid olika sjukdomar.

Kommittén

Insikten om psykiatriens betydelse inom medicinen har under de senaste

årtiondena vuxit sig allt starkare. Det är nu en allmän mening, att de psykiska och nervösa sjukdomarna såväl med hänsyn till sin stora frekvens som till sin medicinska och sociala betydelse utgör ett synnerligen viktigt samhälleligt problem. Kommittén kan härvidlag helt instämma i de inledningsvis refererade synpunkterna. Det trängande behovet av en betydande utvidgning av psykiatriundervisningen i den allmänna läkarutbildningen har också sedan länge omvittnats av vårt lands ledande psykiatrici, som karakteriserat de nuvarande kurserna som alldeles otillräckliga för att ämnet skall kunna genomgås på ett tillfredsställande sätt. Detta är också kommitténs mening. I den nya studieplanen för läkarutbildningen bör psykiatrien bli ett av huvudämnena.

Målet för psykiatriundervisningen bör vara att ge den studerande både en teoretisk undervisning och en praktisk övning och erfarenhet. Han bör undervisas om de psykiska aspekterna på kroppslig sjukdom (psykosomatisk medicin), om psykoneuroserna och om de begynnande, lätta formerna av psykoser, och han skall veta när de bör överlämnas till specialisten för behandling. Han skall kunna diagnostisera svårare neurotiska och psykotiska tillstånd, där patienterna på grund av risken för eget eller andras liv eller av medicinska skäl behöver omedelbar sjukhusvård. Han skall ha en viss kunskap om psykiska och fysiska behandlingsmetoder vid de psykiska rubbningarna. Vidare skall han kunna ge råd av förebyggande och mentalhygienisk art i sociala, eugeniska och sexuella frågor samt kunna utnyttja samhälleliga hjälpåtgärder av betydelse för förebyggande och botande av psykiska rubbningar.

Undervisningen kan, om den skall fylla dessa krav, inte begränsas enbart till kursen i psykiatri. Redan på ett tidigt stadium bör de studerande få undervisning i psykologi, ett förslag som även i den tidigare diskussionen framförts från flera håll. Kommittén har i ett särskilt avsnitt framlagt förslag om en obligatorisk kurs i psykologi före medicine kandidatexamen.

Under det tredje, propedeutiska året kommer den studerande för första gången under sina studier i beröring med sjuka människor. Ett inslag av praktiskt-klinisk psykologi bör där ingå i undervisningen i kliniska undersökningsmetoder och i översiktskursen i medicin. Den studerande skall lära sig umgås med de sjuka och deras anhöriga och få upp blicken för de psykiska sammanhangen i sjukdomen. Denna undervisning bör ges av alla de kliniker, som nu får ledningen av studierna, även om psykiatrikern kan ge ett särskilt bidrag.

Den egentliga psykiatriundervisningen bör omfatta dels en utvidgad undervisning i de egentliga sinnessjukdomarna, dels även en mera omfattande undervisning än tidigare i neuroslära och psykoterapi. Undervisningen i neuroslära och psykoterapi har hittills på grund av den knappt tillmätta undervisningstiden icke fått det utrymme, som motsvarar dessa sjukdomars stora medicinska och sociala betydelse. De blivande läkarna måste känna till de viktigaste grunderna om psykoneurosernas diagnos och behandling. I samband härmed bör även läkarens viktigaste uppgifter inom mentalhygienen behandlas. Med hänsyn till att de psykiatriska universitetsklinikerna i landet framför allt vårdar psykoneuroser och lättare former av psykoser, bör en viss del av undervisningen i de egentliga sinnessjukdomarna förläggas till lämpliga sinnessjukhus.

Säkerligen kommer det att visa sig nödvändigt, att lärare med särskild

kompetens inom vissa delar av de olika områdena kopplas in i undervisningen såsom biträdande lärare, t. ex. vid undervisningen i neuroslära och psykoterapi. Undervisningen på sinnessjukhus bör ges av överläkare med docentkompetens.

I rättspsykiatri bör de studerande bibringas kännedom om de för allmänläkaren viktigaste lagarna och förordningarna. Denna del av psykiatriundervisningen bör vid de universitet och högskolor, som har en lärare i rättspsykiatri, åligga denne.

Barnpsykiatrien bör bli föremål för särskild undervisning i samband med kursen i pediatrik, såsom kommittén föreslår i särskilt kapitel.

Undervisningen i psykiatri kan icke lämpligen meddelas innan de studerande inhämtat någon kunskap i neurologi. Neurologi och psykiatri äger i såväl undervisning som praktik det närmaste samband med varandra. Det välbekanta nära sammanhanget mellan nervsjukdomar och psykiska sjukdomar motiverar att dessa ämnen undervisas samtidigt. Kommittén har därför funnit det lämpligt föreslå, att neurologi och psykiatri obligatoriskt fullgörs samtidigt under en neuro-psykiatrisk period. Den närmare organisationen av denna kombination kommer att skildras nedan.

Under den prekliniska utbildningen ges en *kurs i psykologi* om 20 timmar (se detta kapitel).

Under det *propedeutiska året* bör kliniskt-psykologiska synpunkter beaktas i den propedeutiska undervisningen. Detta torde särskilt böra ske i undervisningen i kliniska undersökningsmetoder och i översiktskurserna i medicin och kirurgi. Kursen i de kliniska undersökningsmetoderna bör innefatta även 2 timmars föreläsningar om psykologiska och psykiatriska synpunkter på anamnesupptagning och undersökning. Denna undervisning bör ges av en akademisk lärare i psykiatri. Vid översiktskurserna i medicin och kirurgi bör lärarna tillvarata de möjligheter, som osökt erbjuder sig i samband med föreläsningar och patientdemonstrationer, att ge de blivande läkarna en handledning i den speciella psykologiska människokunskap och människobehandling, som krävs av läkaren vid sjukbädden och över huvud taget i hans verksamhet bland sjuka och friska medmänniskor. Ämnet läkaren och de anhöriga bör här icke bli bortglömt. Under översiktskursen i medicin bör dessutom under 5 timmar den psykosomatiska medicinen avhandlas jämte viss undervisning om några väsentliga psykopatologiska syndrom och neurotiserande miljöfaktorer. Denna undervisning kan ges av den ordinarie läraren eller av annan akademisk lärare i medicin eller psykiatri.

Kommittén föreslår, att den egentliga psykiatriundervisningen anordnas på följande sätt. En *kurs i psykiatri* ges under tre månader. Under kursen bör de studerande dels åhöra föreläsningar, dels fullgöra praktisk tjänstgöring på klinik och poliklinik. Under kursens två första månader bör den studerande samtidigt genomgå kursen i neurologi, som obligatoriskt kombineras med kursen i psykiatri. Denna kombination kan i praktiken ske på flera olika sätt, men kommittén utgår i detta förslag från att de studerande åhör föreläsningar i neurologi och psykiatri varannan dag samt i grupper får rotera på de neurologiska och psykiatriska klinikerna och poliklinikerna för sin praktiska tjänstgöring.

Föreläsningarna bör avse dels klinik och poliklinik på undervisningssjukhuset, dels klinisk undervisning på sinnessjukhus. Den sistnämnda är nödvändig med hänsyn till att de psykiatriska universitetsklinikerna, såsom redan sagts, framför allt vårdar lättare psy-

kiska insufficienstillstånd (psykoneuroser, psykopatier och lindrigare former av psykoser respektive oligofrenier). Med föreläsningar 1 dubbeltimme tre gånger i veckan under de två första månaderna medhinnes under denna tid ca 50 timmars föreläsningar. Under den sista månaden kan förutom dessa 3 dubbelföreläsningar inläggas de kliniska demonstrationerna på sinnessjukhus med 2 dubbeltimmar i veckan. Den sista månadens undervisning kommer då att omfatta ca 40 timmars föreläsningar, varav ca 15 timmar på sinnessjukhus. De studerande bör vidare under kursen i psykiatri obligatoriskt bevista kliniska konferenser under ca 10 timmar, där psykiatriker tillsammans med representanter för bl. a. invärtesmedicin, neurologi och socialmedicin företrädesvis avhandlar psykosomatiska tillstånd. Den sammanlagda föreläsningsvolymen blir således enligt kommitténs förslag ca 100 timmar, varav 75 timmar psykiatrisk klinik och poliklinik, 15 timmar klinisk undervisning på sinnessjukhus och 10 timmar samundervisning med andra kliniska ämnen. Kommittén vill dock icke föreslå att en sådan fördelning blir obligatorisk, utan ämneslärarna på de olika orterna bör kunna göra förskjutningar i fördelningen med hänsyn till lokala omständigheter. Fördelningen mellan klinisk och poliklinisk undervisning bör likaledes ankomma på ämneslärarna.

Under föreläsningarna bör undervisning meddelas om allmän psykopatologi och psykiatriska undersökningsmetoder, psykoser och oligofrenier, alkoholism, neuroslära med psykoterapi, psykosomatisk medicin, somatiska behandlingsmetoder och rätts- och socialpsykiatri. Fördelningen av undervisningen på de olika ämnesdelarna torde böra bestämmas av ämnesläraren. Psykosomatisk medicin och neuroslära med psykoterapi torde dock med hänsyn till hithörande rubbningars stora frekvens i nästan alla läkares klientel böra uppta cirka en tredjedel av föreläsningstiden. De kliniska demonstrationerna på sinnessjukhus bör ges av en överläkare med docentkompetens, som förordnas som biträdande lärare. Där särskild lärare i rättspsykiatri finns, bör denne inom ramen för den obligatoriska undervisningen i psykiatri hålla ca 10 timmars klinisk och poliklinisk undervisning i socialpsykiatri och de delar av rättspsykiatrin, som är av betydelse för den allmänna läkarutbildningen.

Den praktiska tjänstgöringen bör ske genom avdelningsarbete såsom deltagande i ronder, undersökning av patienter, journalskrivning och biträdande vid behandling. Fördelningen mellan tjänstgöring på klinik och poliklinik måste bli beroende av så många lokala omständigheter, att den bör ankomma på ämneslärarna. De studerande bör fördelas i ett lämpligt antal grupper, vilka efter en viss uppgjord plan roterar på psykiatrisk avdelning och poliklinik, eventuellt på sinnessjukhus och under kursens två första månader också på neurologisk klinik och poliklinik. Vid kursens slut bör varje studerande ha fullgjort en månads klinisk och poliklinisk tjänstgöring i neurologi och två månaders klinisk och poliklinisk tjänstgöring i psykiatri. Den praktiska tjänstgöringen bör organiseras i likhet med vad som sker på de övriga kliniska kurserna, t. ex. invärtesmedicin.

Psykiatristudierna skall avslutas med tentamen.

Sinnessjukvårdsberedningens förslag om inrättande av professurer i psykiatri vid vissa sinnessjukhus

Statens sinnessjukvårdsberedning har i skrivelse till chefen för inrikesdepartementet den 11 januari 1950 med ut-

redning rörande specialistutbildningen i psykiatri angripit problem av väsentlig betydelse även för psykiatriundervisningen för medicine licentiatexamen.

Beredningen påpekade inledningsvis, att psykiatriundervisningen för blivande läkare numera icke såsom förr skedde vid universitetsstädernas sinnessjukhus utan vid särskilda psykiatriska kliniker, som organisatoriskt vore anknutna till undervisningssjukhusen. Detta skiljande av professurerna i psykiatri från överläkarbefattningarna vid sinnessjukhuset motiverades dels med sjukvårdsarbetets och det administrativa arbetets växande belastning av vederbörande professor på undervisningens bekostnad, dels med önskvärdheten av att samla ett relativt litet antal lämpliga undervisningsfall på ett och samma ställe, samt dels i någon mån av behovet av sjukvårds- och undervisningsplatser för det lättare psykiatriska klientelet.

Beredningen framhöll, att professurernas överflyttning betytt ett stort framsteg, men den gav också uttryck för den åsikten, att en av motiveringarna för överflyttningen ej vore hållbar. Det hade nämligen enligt beredningen visat sig omöjligt att på en psykiatrisk lasarettsklinik om ca 100 platser lägga in alla slags fall av akut och kronisk art, vilka erfordrades för att undervisningen skulle bli allsidig. Svårare akuta fall hade ej alls kunnat mottagas utan måst hänvisas direkt till sinnessjukhus. Icke heller hade man, såsom avsetts på klinikerna i undervisningssyfte ens för kortare perioder kunnat lägga in kroniska och dementa fall. De psykiatriska universitetsklinikerna hade följaktligen kommit att beläggas med psykoneuroser samt mycket lätta och tidiga psykoser. Detta hade, menade beredningen, ej kunnat undgå att påverka undervisningen i egentlig psykiatri, även om man på de flesta håll sökt komplettera densamma genom att förlägga en eller ett par föreläsningar eller demonstrationer inom varje psykiatrikurs till något närbeläget sinnessjukhus. Enligt beredningen förelåge risk att dessa förhållanden kunde skapa ett sådant tillstånd, som enligt vissa bedömare redan hade inträtt i Förenta staterna. Enligt dessa sagesmän funnes där ett öppet svalg mellan klinikpsykiatri och sinnessjukhuspsykiatri. Orsaken härtill ansåges vara, att den psykiatriska undervisningen och forskningen där nästan uteslutande varit knuten till de relativt små klinikerna i städerna, vilket medfört ett ensidigt intresse för den lilla psykiatrien, medan sinnessjukhuset isolerats från den övriga läkarvetenskapen.

Sinnessjukvårdsberedningen framlade i anslutning till en av dess ledamöter, docenten E. Goldkuhl, upprättad promemoria förslag till inrättande av ytterligare professurer i psykiatri för att avhjälpa nu påtalade och andra brister inom den allmänna läkarutbildningen och specialistutbildningen i ämnet. Beredningen föreslog, att tre nya professurer i psykiatri skulle inrättas, nämligen vid S:t Lars sjukhus i Lund, Ulleråkers sjukhus i Uppsala och S:t Jörgens sjukhus i Göteborg, vilka professurer skulle förenas med befattningar som överläkare vid dessa sinnessjukhus. Innehavarna av professurerna skulle i första hand tillgodose undervisningen i den s. k. stora psykiatrien, innefattande de egentliga sinnessjukdomarna, för både medicine kandidater och framför allt för de blivande specialisterna i ämnet ävensom bedriva forskning inom detta område. De nuvarande professorerna skulle komma att såsom för närvarande i huvudsak ägna sig åt undervisning och forskning inom den s. k. lilla psykiatrien, dvs. neuros och psykoneuros, socialpsykiatri och ärftlighetslära. Be-

redningen förutsatte dock, att de mest framträdande bristerna vid de nuvarande universitetsklinikerna i Uppsala och Lund först skulle ha avhjälpts. Beredningen föreslog också, att en professur skulle inrättas vid den nya medicinska högskolan i Göteborg, i första hand avsedd för den allmänna undervisningen i psykiatri och förenad med överläkartjänsten vid Sahlgrenska sjukhusets psykiatriska klinik, samt att i Stockholm den redan av karolinska institutets kollegium föreslagna professuren, som avsågs bli förenad med överläkarbefattningen vid en planerad psykiatrisk klinik å Sabbatsbergs sjukhus, skulle få företräde framför en professur vid något av sinnessjukhusen. En sådan professur borde dock snarast möjligt därefter komma till stånd. Behovet av en professur vid den planerade psykiatriska kliniken i Malmö undandroge sig beredningens bedömande. Beredningen betonade, att samhället icke hade råd att undvara forskning inom det betydelsefulla område och på det stora material, som den slutna sinnessjukvården representerade, samt att en fullt tillfredsställande undervisning i psykiatri för både allmänläkare och specialister ej kunde meddelas utan att ytterligare ett antal professurer inrättades, förlagda såväl till undervisningskliniker av nuvarande typ som till egentliga sinnessjukhus. Sinnessjukvårdsberedningens övriga förslag skall behandlas i samband med specialistutbildningen i psykiatri.

Bland remissmyndigheterna väckte statens sinnessjukvårdsberednings förslag för psykiatriundervisningens organisation delade meningar.

Medicinska fakulteten i Uppsala tillstyrkte beredningens förslag, särskilt i vad det avsåg inrättandet av en ny professur vid fakulteten, förenad med överläkarbefattningen för en psykiatrisk mönsteravdelning vid Ulleråkers sjukhus. Denna professur skulle enligt fakultetens mening fylla en mycket viktig uppgift i den ordinarie, medicinska undervisningen, som måste utvidgas och fördjupas. Fakulteten ansåg det sannolikt, att det i längden bleve lämpligt att förena chefsskapet för den psykiatriska kliniken vid akademiska sjukhuset med en professur huvudsakligen inriktad på psychiatria minor, medan den nu föreslagna professuren skulle representera psychiatria major. Av principiella skäl vore det dock uteslutet, att en sådan uppdelning ägde rum under den nuvarande professorns ämbetstid annat än med hans uttryckliga medgivande.

Fakultetens ämneslärare i psykiatri, professor B. Jacobowsky, avgav mot majoritetens yttrande en reservation, i vilken ytterligare två fakultetsledamöter instämde. Professor Jacobowsky framhöll, att enligt hans mening såväl studierna till medicine licentiatexamen som specialistutbildningen i psykiatri bäst organiserades med hjälp av en stab av biträdande lärare kring en enda professur. Uppdelningen av undervisningen mellan tvenne professurer i en del, omfattande den s. k. psychiatria minor, och en annan del, omfattande den s. k. psychiatria major, vore en orimlighet, och den vore av didaktiska och andra skäl icke möjlig att genomföra. Professor Jacobowsky framhöll vidare, att klinikerna icke saknade material för undervisning och forskning inom den s. k. tunga psykiatrien, och anförde som exempel härpå, att praktiskt taget all den vetenskapliga forskning, som för närvarande påginge inom den psykiatriska kliniken vid akademiska sjukhuset i Uppsala, sysslade med problem inom den s. k. stora psykiatrien. Beredningens uttalanden gåve i dessa stycken en väl ensidig bild av förhållandena. Professor Jacobowsky framhöll till slut,

att det ur undervisningssynpunkt förelåge vissa svåra brister inom den nu arbetande klinikens organisation, vilka borde avhjälpas innan man grepe sig an med att organisera en ny klinik.

Medicinska fakulteten i Lund fann beredningens förslag i stort sett väl motiverade och avvägda. Det klientel av lättare psykiskt sjuka, som kommit att dominera vid lasarettets i Lund psykiatriska klinik, hade visat sig synnerligen värdefullt för undervisningen på alla stadier, och likaså hade samarbetet med övriga specialkliniker varit i hög grad fruktbärande. Å andra sidan hade man icke på kliniken kunnat sammanföra ett allsidigt undervisningsmaterial, utan undervisningen för medicine kandidater hade kompletterats med regelbundna demonstrationer vid S:t Lars sjukhus, Vipeholms sjukhus och vid epileptikeranstalt. Det vore givetvis möjligt att på detta sätt än ytterligare utvidga och fördjupa den praktiska undervisningen för medicine kandidater i vad anginge de grövre psykiska sjukdomstillstånden.

Enligt fakultetens mening kunde det emellertid befaras, att den akademiska specialistutbildningen, som tidigare varit ensidigt inriktad på psykoser, nu i stället ginge miste om detta material och bleve ensidig i motsatt riktning. För att ge specialistutbildningen och forskningen i psykiatri behövlig allsidighet ville fakulteten därför förorda, att ytterligare en professur i psykiatri inrättades vid Lunds universitet, förenad med överläkartjänst vid S:t Lars sjukhus. Liksom beredningen ansåg även fakulteten, att den vid sinnessjukhuset placerade professorn borde utnyttjas jämväl för undervisning av medicine kandidater. Att finna en förnuftig princip för en klyvning av den elementära undervisningen mötte emellertid svårigheter, eftersom psykiatriundervisningen, åtminstone som den bedreves i Lund, utgjorde en enhet och det vore absurt att låta den ene professorn föreläsa om tidiga stadier och den andre om sena stadier av samma sjukdom. Fakulteten hade därför uppmärksammat ett av dess ämnesrepresentant framfört förslag, att varannan kurs kunde ges helt av den ene och varannan kurs helt av den andre professorn. Fakulteten ville emellertid i denna fråga avvakta läkarutbildningssakkunnigas ställningstagande. Fakulteten uttalade vidare att, därest i en framtid en väsentlig utökning av antalet medicine studerande komme till stånd i Lund, en del av undervisningen torde behöva förläggas till psykiatriska avdelningen vid Malmö allmänna sjukhus, där i så fall en kvalificerad akademisk lärarbefattning i psykiatri måste inrättas.

Karolinska institutets lärarkollegium framhöll inledningsvis, att psykiatriens växande betydelse blivit erkänd inom alla kulturländer och att ämnet nu vuxit ut till ett av medicinens huvudämnen, jämförbart med medicin och kirurgi. Den allmänna psykiatriundervisningen vore i vårt land outvecklad och efterbliven, och kravet att varje blivande läkare måste beredas en tillfredsställande sådan undervisning vore för närvarande ett av de mest brännande undervisningsproblemen.

Varje läkare, inom vilken specialitet han än månde syssla, vore, anförde kollegiet, i stort behov av kunskaper rörande de psykiska sjukdomar, som fölle inom neurosernas och psykoneurosernas område jämte incipienta och av lindrigare förlopp präglade psykoser. Självfallet borde han även äga kännedom om de mer svårartade akuta och kroniska sinnessjukdomarnas symtomatologi, förlopp och behandling, men av vårdtekniska skäl handhades dessa fall av läkarna vid de slutna sinnessjukhu-

sen. Vad beredningen kallade den stora eller egentliga psykiatrien, i motsättning till den lilla psykiatrien, vore därför ur medicinsk synpunkt det mindre området inom psykiatrien. Detta gällde även rent siffermässigt sett, i det att antalet egentliga sinnessjukdomar inom befolkningen beräknades uppgå till 2 à 3 %, medan antalet neuroser och psykoneuroser ansåges belöpa sig till 8 à 10 %.

De ur betänkandet citerade beteckningarna vore därför att anse som missvisande utom med utgångspunkt från sinnessjukläkarnas speciella verksamhetsområde. I fråga om förslaget att klyva psykiatrien i två områden, varav det ena skulle omfatta sådana sjukdomsformer som vårdades vid det slutna sinnessjukhuset, det andra de tillstånd som behandlades vid de öppna klinikerna, funne kollegiet denna uppdelning verklighetsfrämmande och olämplig, enär praktiskt taget alla de abnormtillstånd, som vårdades på sinnessjukhusen, förekomme i lätta former och då hörde till de öppna klinikernas klientel och även utgjorde en väsentlig del av deras beläggning. Kollegiet anförde även siffror på beläggningen av de psykiatriska klinikerna, vilka styrkte de framförda synpunkterna.

Lärarkollegiet ställde sig avvisande mot beredningens förslag att inrätta ett antal professurer i psykiatri vid vissa sinnessjukhus, ty därigenom skulle icke den ytterst betydelsefulla undervisningen i psykiatri till medicine licentiatexamen gagnas, vars förbättring enligt kollegiet vore den uppgift, som i första hand trängde till sin lösning. Utökningen av antalet professurer i psykiatri måste därför i första hand ske genom inrättandet av sådana befattningar vid öppna kliniker, belägna i anslutning till de övriga undervisningsklinikerna. Detta krav vore beträffande Stockholm oavvisligt med hänsyn till det stora antalet studerande vid karolinska institutet. Det förefölle kollegiet naturligt att det, när ytterligare universitetskliniker skapats i Malmö, även där inrättades en psykiatrisk klinik, varigenom ett mycket önskvärt samarbete av både vetenskaplig och praktisk art kunde komma till stånd med andra medicinska discipliner.

Om förutsättningar skulle saknas att i Uppsala och Göteborg dubblera de öppna klinikerna, syntes där den av professor Jacobowsky förordade utvägen vara att anbefalla med en utvidgning och upprustning av redan existerande kliniker. Därefter borde biträdande lärarbefattningar inrättas vid lämpliga sinnessjukhus, varigenom ett kompletterande undervisningsmaterial i form av svåra akuta och kroniska psykoser kunde erhållas och denna del av undervisningen behandlas på ett utförligare och mera systematiskt sätt än vad nu vore fallet. Dessa lärare borde helst, ansåg kollegiet, ges ställning av laboratorer, vilka till sitt förfogande måste förutsättas få behövligt antal underläkare, experter och assistenter (encefalografiska experter, kliniska psykologer, socialassistenter m. m.) samt materielanslag.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Göteborg underströk vikten av att psykiatriundervisningen före medicine licentiatexamen snarast erhölle en sådan utformning, att den komme i nivå med undervisningen av ämnet i andra länder och bleve ett av huvudämnena. I fråga om denna undervisning instämde organisationskommittén närmast i professor Jacobowskys invändning, att det icke vore rationellt att dela psykiatrien i två delar, motsvarande "stora" och "lilla" psykiatrien, enär praktiskt taget alla till stora psykiatrien hörande former av psykiska rubbningar även kunde manifestera sig

i lättare former och då falla inom den s. k. lilla psykiatrien. Kommittén framhöll i anslutning härtill, att klientelet exempelvis vid psykiatriska kliniken i Göteborg representerade en rik variation på lätta psykiska insufficienstillstånd av olika slag — incipienta psykoser, lätta psykiska defekter, neuroser — samt dessutom mycket avancerade kliniska bilder, i det att till klinikens förfogande stode materialet i en omfattande familjevård, där psykiskt sjuka i kroniskt stadium vårdades. Klinikens material vore uppenbarligen mycket lärorikt i fråga om de viktiga differentialdiagnostiska frågeställningarna rörande tidiga, oklara fall samt beträffande den viktiga frågan om ställningstagande till intagning på sinnessjukhus.

Organisationskommittén föreslog, att de mest framträdande bristerna vid universitetsklinikerna i Uppsala och Lund snarast borde avhjälpas samt att därjämte en professur borde inrättas vid medicinska högskolan i Göteborg, förenad med överläkartjänsten vid Sahlgrenska sjukhusets psykiatriska klinik. Det torde enligt organisationskommittén vara välmotiverat att även vid ett antal sinnessjukhus inrätta professurer i psykiatri, särskilt med hänsyn till behovet av ett intensivt forskningsarbete rörande de mer avancerade och prononcerade psykiska sjukdomstillstånden och deras psykopatologi och terapi. Organisationskommittén tillstyrkte därför varmt beredningens förslag i dessa stycken, ehuru särskild utredning ifrågasattes för att klargöra, huruvida professuren i Stockholm skulle anknytas till en planerad psykiatrisk klinik vid Sabbatsbergs sjukhus eller till något av de till Stockholm förlagda sinnessjukhusen.

Organisationskommittén kunde icke för Göteborgs vidkommande ansluta sig till beredningens förslag att förlägga sinnessjukhusprofessuren till det statliga S:t Jörgens sjukhus, enär det ur många synpunkter tedde sig fördelaktigt att låta såväl den "lättare" som den "tyngre" psykiatrien representeras av sjukhus med samma huvudman. Mellan psykiatriska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset och Lillhagens sjukhus (Göteborgs stads sjukhus) påginge ett intimt och fruktbringande samarbete, i det att mer än hälften av de på Lillhagens sjukhus intagna patienterna inremitterades via Sahlgrenska sjukhusets psykiatriska klinik samt den för båda sjukhusen gemensamma familje- och konvalescentvården administrerades genom Sahlgrenska sjukhusets psykiatriska poliklinik. Om en professur i "tyngre" psykiatri anknötes till Lillhagens och icke till S:t Jörgens sjukhus, skulle ur undervisnings- och forskningssynpunkt vinnas den stora fördelen av ett enhetligt klientel. Organisationskommittén föreslog således, att den nya professuren i "tyngre" psykiatri i Göteborg skulle inrättas vid Lillhagens sjukhus.

Organisationskommittén framhöll slutligen, att det med hänsyn till det pågående utredningsarbetet inom 1948 års läkarutbildningskommitté vore mindre lyckligt att lösrycka frågorna om psykiatriutbildningen ur deras naturliga sammanhang med övriga utbildningsfrågor inom medicinen. Enligt kommitténs mening borde därför sinnessjukvårdsberedningens betänkande överlämnas till 1948 års läkarutbildningskommitté för att tagas i beaktande vid dess utredning av läkarutbildningen i riket.

Universitetskanslern anförde om sinnessjukvårdsberedningens förslag, att delade meningar rådde bland remissmyndigheterna rörande de av beredningen ifrågasatta professurerna i psykiatri, knutna till särskilda vårdavdel-

ningar vid vissa sinnessjukhus. Då spörsmålet om psykiatriundervisningens ordnande för närvarande vore föremål för utredning genom läkarutbildningssakkunniga, borde deras förslag avvaktas innan ställning toges till beredningens förslag. Utredningen jämte remissyttranden borde därför överlämnas till läkarutbildningssakkunniga för att tagas i övervägande vid fullgörandet av deras uppdrag. Samma inställning hade *statskontoret,* som dock icke gjorde erinran mot inrättandet av en professur i psykiatri vid den nya medicinska högskolan i Göteborg. Professuren borde enligt statskontoret anknytas icke till psykiatrisk klinik utan till ett större sinnessjukhus, varigenom erfarenhet skulle vinnas om vilken anordning som ur undervisnings- och forskningssynpunkt vore lämpligast och mest ändamålsenlig.

Medicinalstyrelsen, som icke ville diskutera frågan huruvida klyvningen mellan "lättare" och "tyngre" psykiatri vore berättigad eller ej, ansåg, att man i praktiken ej komme ifrån den olikartade beläggningen av kliniker och sinnessjukhus och att man därför borde acceptera och gå vidare på de vägar, utvecklingen alltmera tenderat att ta. Riskerna för att den ur medicinsk synpunkt i viss mån konstlade klyftan mellan "neurosvård" och "psykosvård" kunde komma att medföra skadeverkningar torde i hög grad kunna reduceras, om man för ordinarie tjänst som psykiater krävde viss minimiutbildning i underordnad ställning såväl inom "lättare" som "tyngre" psykiatri. Styrelsen hemställde sålunda, att de av beredningen gjorda förslagen snarast måtte förverkligas.

Inom den psykiska hälso- och sjukvården förelåge emellertid enligt medicinalstyrelsen ett stort behov av specialister, icke blott för de båda nu berörda delarna av psykiatrien och för rättspsykiatrien, utan även för social- och barnpsykiatri. Styrelsen ansåg, att utvecklingen krävde inrättandet av särskilda lärostolar snarast möjligt även i dessa ämnen. Vårt land vore för närvarande nästan helt i avsaknad av utbildningsplatser för barnpsykiatriskt intresserade läkare, och undervisningen i barnpsykiatri borde enligt styrelsens mening bli obligatorisk vid samtliga medicinska lärosäten.

Svenska läkaresällskapet yttrade, att ingen enskild individ numera kunde behärska alla psykiatriens områden, vilket gjorde att läkare behövdes med gemensam allmänpsykiatrisk grundutbildning och därutöver med speciella kunskaper och färdigheter alltefter de olika forsknings- och verksamhetsområdenas natur. De ur vetenskaplig och samhällelig synpunkt praktiskt så viktiga formerna av lindriga psykiska rubbningar kunde studeras vid de från sinnessjukhuset helt skilda psykiatriska klinikerna. Den stora psykiatrien vore koncentrerad till sinnessjukhusen, och för säkrandet av utbildning häri funne sällskapet beredningens förslag om inrättandet av fyra nya professurer vid vissa sinnessjukhus ändamålsenligt och tillstyrkte livligt dess genomförande. Sällskapet påpekade, att dessa professurer icke borde förbehållas de statliga sinnessjukhusen utan lika väl kunde anknytas till kommunala sjukhus. Genom inrättandet av sådana professurer komme en ny standard att sättas för psykiatrisk specialistutbildning icke minst genom den stimulans till psykiatrisk grundforskning och till utveckling av effektiva behandlingsmetoder, som komme att utgå från dessa sinnessjukhuskliniker. Sällskapet framhöll i sammanhanget också nödvändigheten av att i tillräcklig utsträckning utbilda barnpsykiater, vilka

jämte sin psykiatriska även behövde en god pediatrisk skolning.

Svenska psykiatriska föreningen delade i alla väsentliga punkter sinnessjukvårdsberedningens uppfattning om behovet av en förbättrad specialistutbildning i psykiatri. Föreningen funne det uppenbart, att varje psykiater numera måste ha erfarenhet från sjukhus för såväl lättare som svårare psykiskt sjuka. Föreningen tillstyrkte därför inrättandet av särskilda professurer vid sinnessjukhusen i universitetsstäderna med huvudsaklig uppgift att handha utbildningen inom den "tyngre" psykiatrien. Det vore nämligen av den största betydelse att intresset för forskning och utprövning av nya behandlingsmetoder inom denna del av psykiatrien kraftigt stimulerades, och ett mer effektivt inlemmande av dessa sjukhus i undervisningen komme med säkerhet att ha en sådan stimulerande verkan. Föreningen ifrågasatte lämpligheten av beredningens förslag att i Göteborg förlägga en professur till S:t Jörgens sjukhus. Mellan Sahlgrenska sjukhusets psykiatriska klinik och Lillhagens sjukhus samt Göteborgs stads familjevård och konvalescenthem förekomme ett intensivt samarbete, och föreningen ifrågasatte, om icke forskning och undervisning bäst skulle tillgodoses, om all utbildning förlades till stadens sjukhus.

Med skrivelse den 21 april 1950 överlämnade chefen för ecklesiastikdepartementet statens sinnessjukvårdsberednings betänkande rörande specialistutbildningen i psykiatri till 1948 års läkarutbildningskommitté att tagas i övervägande vid dess arbete.

Kommittén

Statens sinnessjukvårdsberednings förslag om inrättande av särskilda professurer i psykiatri vid vissa sinnessjukhus är ett beaktansvärt försök att bidra till lösningen av utomordentligt betydelsefulla medicinska och samhälleliga problem. De psykiska sjukdomarna orsakar ständigt stora lidanden för många människor och åsamkar samhället utgifter, som i storlek kan jämföras med hela den övriga slutna sjukvårdens kostnader. Ett väldigt behov av medicinsk forskning föreligger således på detta fält, och mycket kan säkerligen också göras genom en förbättrad undervisning av läkarna i allmänhet och av specialisterna i psykiatri, vilket syfte givetvis skulle främjas om vetenskapligt kvalificerade lärare finge verka på sinnessjukhusen. Värdet av de av sinnessjukvårdsberedningen föreslagna åtgärderna torde sålunda vara oomtvistligt.

Vid bedömningen av sinnessjukvårdsberedningens förslag måste emellertid icke blott sådana allmänna omständigheter beaktas utan även mera speciella förhållanden granskas. Härvidlag har man att ta hänsyn dels till den lämpliga anordningen av psykiatriundervisningen i den allmänna läkarutbildningen, dels till forskningsresurserna vid de bestående psykiatriska universitetsklinikerna, dels också till de nödvändiga förutsättningarna för forskningsarbetet vid sådana psykiatriska institutioner vid sinnessjukhusen som dem sinnessjukvårdsberedningen föreslagit.

Kommittén har tidigare utförligt skildrat sitt förslag till ny organisation av psykiatriundervisningen i den allmänna läkarutbildningen. Denna undervisning har tidigare varit alltför knapp, och det torde vara oundgängligen nödvändigt att nu intensifiera den på sätt som kommittén föreslagit. En sådan upprustning av den grundläggande undervisningen i psykiatri är enligt kommitténs mening den uppgift, som i första hand måste lösas. Därav följer, att kommittén för sin del vill föreslå, att

de nya tjänster, som blir nödvändiga för denna undervisning, inrättas omedelbart. Kommittén avser här en professur i psykiatri vid karolinska institutet, placerad på Sabbatsbergs sjukhus, jämte vissa extra ordinarie befattningar som lärare i psykiatri vid undervisningsklinikerna. Undervisningen i vad sinnessjukvårdsberedningen kallat "den stora psykiatrien" finner kommittén kunna anordnas på ett fullt betryggande sätt, om undervisningen vid undervisningsklinikerna kompletteras med ett antal föreläsningar och demonstrationer vid lämpliga sinnessjukhus. För denna undervisning krävs icke i och för sig lärare med professors ställning, utan det torde vara fullt tillräckligt att någon eller några överläkare vid respektive sinnessjukhus förordnas att ge undervisning som biträdande lärare mot arvode. Kommittén vill här framhålla, att den icke kan biträda sinnessjukvårdsberedningen i dess uppfattning att det skulle vara lämpligt att ur undervisningssynpunkt klyva psykiatrien i två områden för lättare respektive svårare fall. Kommittén vill här endast hänvisa till remissmyndigheternas yttranden, där saklig och välmotiverad kritik framförts av beredningens förslag i detta avseende.

Vid bedömningen av behovet av utbildning i psykiatri måste man emellertid också ta hänsyn till specialistutbildningen i ämnet. Denna utbildning får ta sikte icke blott på den i öppen psykisk vård verksamme specialisten, vilken måhända bäst utbildas på universitetsklinikerna, utan även på de blivande sinnessjukhusläkarna. För deras praktiska träning och vetenskapliga utbildning förefaller det kommittén fullt klart, att särskilda professurer vid vissa större sinnessjukhus skulle vara av synnerligen stort värde. Behovet av sådan specialistutbildning i psykiatri utgör ett viktigt skäl för inrättandet av de av sinnessjukvårdsberedningen föreslagna professurerna.

Sinnessjukvårdsberedningen har som ett väsentligt motiv för de föreslagna professurerna även anfört, att genom dem forskningen rörande de svårare psykiska sjukdomarna skulle främjas. Allmänt sett torde detta icke kunna bestridas. Två omständigheter måste emellertid beröras, innan man slutgiltigt kan bedöma värdet av förslaget. För det första finns redan ett antal universitetsinstitutioner, vid vilka forskning inom psykiatrien skall bedrivas. Såsom framhållits av samtliga ämnesföreträdare, har dessa kliniker fullt tillräckligt material för forskningen även inom den s. k. tyngre psykiatrien. Emellertid har de existerande psykiatriska institutionerna ingalunda de forskningsresurser, som de skulle behöva för att på ett tillfredsställande sätt kunna gripa sig an med den vetenskapliga verksamheten. Utredningar rörande dessa förhållanden har framlagts av medicinska högskolornas organisationskommitté i två betänkanden (SOU 1946: 76 och 1947: 66). De i utredningarna i fråga föreslagna åtgärderna har ännu icke genomförts. Om en snabb intensifiering av forskningen inom psykiatrien åstundas, torde man först böra slå in på den vägen att göra de nuvarande psykiatriska klinikerna vid undervisningssjukhusen mera arbetsdugliga. Ur denna synpunkt kan det icke förordas, att det nu skapas ytterligare ett antal psykiatriska institutioner till sådana kostnader, att varken de eller de nuvarande institutionerna får en fullvärdig utrustning med hänsyn till forskningens behov.

Denna bedömning leder fram till den andra omständighet, som måste beaktas i samband med sinnessjukvårdsberedningens förslag. Sinnessjukvårdsberedningen föreslog visserligen professurer

vid sinnessjukhusen ifråga, men däremot innehöll beredningens utredning icke något uttalande om den övriga personal, som skulle behövas för ett vetenskapligt arbete vid de nya institutionerna, liksom ej heller någon beräkning av behovet av instrument, apparater, driftsanslag och lokaler. Det torde vara uppenbart, att forskningen, likgiltigt inom vilket område av medicinen, i dag icke kan bedrivas utan en ganska omfattande stab av vetenskapliga och tekniska medarbetare och en betydande instrumentell utrustning. Att inrätta en professur utan en sådan bakgrund är således en skäligen meningslös åtgärd. För psykiatriens del fordrar vetenskaplig verksamhet tillgång på hjälppersonal med utbildning bland annat inom klinisk psykologi, genetik, neuropatologi, medicinsk statistik och kuratorsverksamhet. Instrumentell utrustning och biträdespersonal krävs för bland annat elektroencefalografi och för histologiskt, kemiskt och fysiologiskt laboratoriearbete. Ett intimt samarbete med andra vetenskapsmän är också erforderligt särskilt ifråga om neurologi, neurokirurgi, röntgendiagnostik, neuropatologi och biokemi. Kommittén vill icke bestrida, att det är tänkbart att alla dessa förutsättningar kan uppfyllas vid sinnessjukhusen. Det är emellertid tydligt att härför fordras personal och utrustning av en storleksordning, som sinnessjukvårdsberedningens utredning icke ger någon uppfattning om. Även ifråga om institutionslokaler måste ansenliga krav ställas. Kommittén vill för sin del uttala, att professurer vid sinnessjukhus icke bör inrättas, innan en detaljerad granskning av de lokala förutsättningarna för institutionerna har utförts och beräkningar rörande de nödvändiga kostnaderna för institutionernas drift har framlagts. Sådana utredningar torde böra ankomma på respektive fakulteter och kollegier, vilka därvid även kan ta ställning till den lämpliga förläggningen av institutionen med hänsyn till det intima samarbete med övriga medicinska specialister, som bör eftersträvas.

Sammanfattningsvis vill kommittén anföra, att ett förverkligande av sinnessjukvårdsberedningens förslag skulle medföra avsevärda fördelar särskilt för specialistutbildningen i psykiatri. Även ur forskningssynpunkt kunde dessa förslag leda till beaktansvärda resultat, varvid dock en förutsättning är, att närmare utredningar förebringas rörande de föreslagna tjänsternas placering och personalbehov. Kommittén vill således principiellt tillstyrka, att, sedan behovet av psykiatriska kliniker vid undervisningssjukhusen tillgodosetts, en eller flera professurer i psykiatri inrättas vid vissa större sinnessjukhus i riket, men vill samtidigt föreslå, att ovan berörda utredningar avvaktas före det definitiva beslutet.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag rörande psykiatri innebär en stark utvidgning av undervisningen i detta ämne. Kurserna i psykiatri kommer att omfatta klinisk och poliklinisk tjänstgöring i enlighet med vad som sker i de övriga huvudämnena. Väsentligt större undervisning än för närvarande kommer därför att belasta de psykiatriska klinikerna. Med hänsyn härtill föreslår kommittén, att det vid varje psykiatrisk klinik inrättas en tjänst som lärare i psykiatri, vilken tjänst skall vara placerad i lönegraden Ce 30 och besättas med docentkompetent person. Denna typ av tjänster har skildrats i kapitlet om anslagsfrågor m. m. Kommittén anser, att en sådan anordning är nödvändig med hänsyn till professorns behov att överlämna viss undervisning till annan kvalifice-

rad, vid kliniken fast anställd lärare. Kommittén vill framhålla, att det utom professorn och läraren i psykiatri torde komma att behövas vissa biträdande lärarkrafter.

Kommittén vill vidare särskilt betona vikten av att ett tillräckligt antal underläkare finns vid samtliga psykiatriska kliniker, så att de studerande kan få fortlöpande handledning i sitt praktiska arbete på klinik och poliklinik. Sådan undervisning har hittills endast förekommit för studerande, som frivilligt gjort assistenttjänstgöring på de psykiatriska klinikerna. Den blir nu obligatorisk för samtliga studerande.

I *Uppsala* och *Lund* föreslår kommittén, att det årligen ges tre kurser i psykiatri med 20 deltagare i varje. Klinikernas undervisningsvolym kommer härvid att uppgå till ca 255 timmar årligen, varav 30 timmar avser rätts- och socialpsykiatri. Med den av kommittén föreslagna anordningen, att en lärarbefattning i psykiatri med relativt stor undervisningsbörda inrättas vid sidan av professuren, kommer undervisningsbehovet i övrigt i ämnet att täckas av professorn och läraren i fråga. Den sistnämnde bör vara ledare och examinator för en kurs årligen. Kommittén har vidare föreslagit, att vissa kliniska föreläsningar och demonstrationer skall ges vid sinnessjukhus. En överläkare vid sinnessjukhuset bör leda denna undervisning, som uppgår till 45 timmar årligen. Kommittén föreslår att överläkaren i fråga förordnas som biträdande lärare i psykiatri och för sin undervisning erhåller ett arvode av 2 250 kronor. För undervisningen i sistnämnda del bör utgå ett arvode av 1 500 kronor.

Klinikchefen i Uppsala har inför kommittén påpekat, att klinikens undervisningsmöjligheter starkt beskurits genom inrättandet av en barnpsykiatrisk avdelning inom kliniken, vilket nödvändiggjorts av den praktiska sjukvårdens krav. En kommande utvidgning av den praktiska undervisningen i psykiatri ingav klinikchefen starka betänkligheter för Uppsalas del med hänsyn till de redan nu besvärliga och trånga lokalförhållandena och det otillräckliga underläkarantalet. Det vore enligt klinikchefen en förutsättning för förslagets genomförande, att underläkarantalet ökades och att inom en icke alltför avlägsen framtid möjligheter skapades att flytta den barnpsykiatriska avdelningen från psykiatriska kliniken. Kommittén, som genom besök på psykiatriska kliniken förskaffat sig ingående kännedom om förhållandena, vill understryka klinikchefens yttrande och för sin del framhålla, att kliniken arbetar under avsevärda svårigheter. Kommittén diskuterar i ett följande kapitel undervisningen i barnpsykiatri och berör där möjligheterna för sådan undervisning i Uppsala. Under hänvisning till vad därvid sägs vill kommittén även här framhålla, att den barnpsykiatriska avdelningen i Uppsala så snart som möjligt bör brytas ut ur den psykiatriska kliniken. Med hänsyn till vad klinikchefen anfört vill kommittén vidare föreslå, att ytterligare en underläkartjänst omedelbart inrättas.

I *Stockholm* kan psykiatriska kliniken icke bereda plats för institutets samtliga ca 120 studerande årligen med den utvidgade undervisning som kommittén föreslår. Det blir därför nödvändigt att inrätta ytterligare en professur i psykiatri vid karolinska institutet. Vid sabbatsbergsklinikernas utbyggnad har en psykiatrisk klinik planerats vid sjukhuset, och denna klinik beräknas bli färdig omkring år 1960. Lärarkollegiet har vid upprepade tillfällen och senast i samband med remissyttrande över sinnessjukvårdsberedningens förslag hemställt, att en professur i psykiatri in-

rättas vid institutet med avsedd placering vid sabbatsbergskliniken. Kommittén ansluter sig till detta yrkande och föreslår således, att en professur i psykiatri inrättas vid karolinska institutet så snart sabbatsbergskliniken öppnas. Redan innan denna tidpunkt kan det emellertid beräknas, att utvidgad undervisning i psykiatri enligt kommitténs förslag kommer att införas. Kommittén har därför undersökt möjligheterna att provisoriskt ordna denna undervisning och funnit att detta låter sig göra vid södersjukhusets psykiatriska klinik, där undervisningslokaler finns.

Under sådana omständigheter är det lämpligt att de studerande i Stockholm fördelas med halva antalet på karolinska sjukhusets psykiatriska klinik och halva antalet på södersjukhusets psykiatriska klinik, varvid vardera kliniken får ge tre kurser i psykiatri årligen med 20 deltagare. Vid *karolinska sjukhusets* psykiatriska klinik bör under hänvisning till vad ovan sagts om undervisningsbelastningen på de psykiatriska klinikerna i Uppsala och Lund tillkomma en lärare i psykiatri. Undervisningen vid de kliniska demonstrationerna på sinnessjukhus bör för karolinska sjukhusets del förläggas till Beckomberga eller Långbro sjukhus, där en av överläkarna bör förordnas som biträdande lärare mot ett arvode av 2 250 kronor. Läraren i psykiatri vid *södersjukhuset* bör tills vidare avlönas med arvode. I enlighet med kommitténs principer för beräknande av sådana arvoden kan dess storlek årligen anges till 13 050 kronor, vari även ingår ersättning för examinationer med 1 800 kronor. Härtill kommer kursledararvode med 1 500 kronor. Detta arvode bör kunna fördelas på flera lärare, om någon eller några av kurserna skötes av annan lärare än huvudläraren. För undervisningen bör vidare beräknas ett arvode av 6 000 kronor som ersättning till de i undervisningen deltagande underläkarna samt ett anslag av högst 6 000 kronor för avlönande av viss sköterskepersonal, materiel m. m. De kliniska demonstrationerna på sinnessjukhus bör ske vid Beckomberga och Långbro sjukhus, där en av överläkarna bör förordnas som biträdande lärare i psykiatri mot ett arvode av 2 250 kronor. Undervisningen i rättspsykiatri bör i Stockholm ges av professorn i rättspsykiatri. Kommittén vill i detta sammanhang erinra om, att innehavaren av professuren, som tillika är överläkare vid centralfängelsets å Långholmen sinnessjukavdelning, under åttonde huvudtiteln har ett särskilt arvode som tillägg till överläkarlönen.

Tjänster	Nuvarande personal			Kommitténs förslag			
	U	L	Sthlm	U	L	Sthlm KS	Sthlm Söder-sjh.
Professor	1	1	1	1	1	1	
Lärare (Ce 30)				1	1	1	
Lärare (arvode)							14 550
Biträdande lärare	1 000	6 000		2 250	2 250	2 250	2 250
Biträdande lärare i social- och rättspsykiatri				1 500	1 500		
Kurser i psykiatri		750			—		
Undervisningsarvode							6 000
Klinisk amanuens		4			4		
Laboratoriebiträde	1		1	1	1	1	
Kanslibiträde		1	1		1	1	
Kontorsbiträde	1			1			

Tabellkommentarer

I Lund finns utöver de redovisade arvodena även ett arvode till biträdande lärare i rättspsykiatri på 2 000 kronor, vilket avser en kurs i ämnet för blivande psykiatriker. Undervisningen ingår sålunda icke i den allmänna läkarutbildningen utan i specialistutbildningen.

Vid karolinska institutet finns utöver här redovisade tjänster även en professur i rättspsykiatri samt en laboratur i experimentell psykiatri. Till den första befattningen hör en kontorsbiträdestjänst.

Kostnadsberäkning

Uppsala. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas. För biträdande lärare vid Ulleråkers sjukhus beräknas ett arvode av 2 250 kronor. För biträdande lärare i social- och rättspsykiatri beräknas ett arvode av 1 500 kronor. Nuvarande arvode till biträdande lärare indrages. En tjänst som förste underläkare inrättas.

VIII huvudtiteln 19 860 + 2 250 + 1 500 — 1 000 = 22 610 kr.
XI huvudtiteln 20 664 kr.

Lund. En tjänst som lärare i Ce 30 och en tjänst som laboratoriebiträde inrättas. För biträdande lärare vid S:t Lars sjukhus beräknas ett arvode av 2 250 kronor. För biträdande lärare i social- och rättspsykiatri beräknas ett arvode av 1 500 kronor. Nuvarande arvoden till biträdande lärare m. m. indrages.

19 860 + 7 968 + 2 250 + 1 500 — 6 000 — 750 = 24 828 kr.

Stockholm.

Karolinska sjukhuset. En tjänst som lärare i Ce 30 inrättas. För biträdande lärare vid sinnessjukhus beräknas ett arvode av 2 250 kronor.

21 084 + 2 250 = 23 334 kr.

Södersjukhuset. För undervisningen beräknas dels ett arvode av 14 550 kronor, dels ersättning för deltagande underläkare med 6 000 kronor. För biträdande lärare vid sinnessjukhus beräknas ett arvode av 2 250 kronor.

14 550 + 6 000 + 2 250 = 22 800 kr.

För materielkostnader m. m. i samband med undervisningen på södersjukhuset beräknas ett årligt anslag av 6 000 kr.

VIII huvudtiteln 99 572 kr.
XI huvudtiteln 20 664 kr.

Summa 120 236 kr.

Kap. 31. BARNPSYKIATRI

Nuvarande undervisning

Undervisning i barnpsykiatri har hittills varit frivillig. I *Uppsala* ges 12 timmars och i *Lund* 10 timmars föreläsningar i anslutning till varje kurs i psykiatri varjämte i Uppsala ges 6 timmars föreläsningar i anslutning till pediatrikkursen. I *Stockholm* ges vid pediatriska klinikerna 7 timmars föreläsningar på karolinska sjukhuset och 7 timmars föreläsningar på Kronprinsessan Lovisas sjukhus. I Uppsala och Lund finns barnpsykiatriska avdelningar, anknutna till de psykiatriska klinikerna, och i Stockholm finns en psykiatrisk avdelning vid pediatriska kliniken på karolinska sjukhuset.

Tidigare diskussion

LS framhöll, att barnaålderns psykiska sjukdomar under senare år fått allt större betydelse, varför det nu vore nödvändigt att även beakta ämnesområdet i den allmänna läkarutbildningen. Hur undervisningen inom denna medicinska specialgren lämpligen borde ordnas, hade emellertid varit föremål för delade meningar. Psykiatrici ansåge, att den borde ingå i psykiatrien, under det att pediatrici hävdade, att detta ämnesområde fölle inom pediatriken. Enligt de sakkunniga syntes frågan komma att få olika lösning vid de olika lärosätena.

I det överarbetade förslaget framhölls, att det sannolikt inom en snar framtid komme att föreligga behov av biträdande lärare i barnpsykiatri.

Kommittén

Barnpsykiatriens omfattning och dess teoretiska och praktiska betydelse har medfört, att ämnet redan utvecklats till ett eget fackområde. Kommittén finner icke anledning ingå på någon närmare historik eller skildring av förhållandena i utlandet, då detta skett i ungdomsvårdskommitténs betänkande, del 1, med utredning och förslag angående psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1944: 30). Under efterkrigsåren har i flera länder den barnpsykiatriska verksamheten intensifierats och utvecklats. Framför allt har utvecklingen karakteriserats av en stark vetenskaplig framarsch med speciella metoder för diagnos och terapi som resultat. Förbindelserna har blivit alltmer intima mellan centralerna för psykisk barna- och ungdomsvård (rådgivningsbyråerna) och de medicinska undervisningsanstalterna, en utveckling som man överallt funnit ändamålsenlig, där detta varit fallet, såsom i England, Frankrike och Förenta staterna.

Socialvårdens krav har i vårt land redan lett till riksdagsbeslut som medger statligt stöd vid upprättandet av centraler för psykisk barna- och ungdomsvård. Dessa centraler skall vara anslutna till sjuk- och hälsovårdsorganisationen och förestås av specialutbildade läkare. Den utbyggda organisationen inom ungdomsvårdsskolorna kräver också läkarnas insatser. Detsamma gäller inom den vanliga skolans område, där sinnesslövårdens omorganisation, hjälpklassväsendets utveckling och övrig specialundervisning såväl som andra mentalhygieniska uppgifter förutsätter dels barnpsykiatriskt orienterade skolläkare, dels tillgång till speciell barnpsykiatrisk sakkunskap. Även rättsväsendet fordrar läkare med barnpsykiatrisk utbildning. Härtill kommer ett ökat behov av medicinsk rådgivning i uppfostringsfrågor, sedan allmänhetens förståelse härför mer och mer vidgats,

en uppgift som icke kan tillfredsställas utan ökad tillgång på reell sakkunskap.

De arbetsuppgifter och problem inom barnpsykiatrien, som varje läkare ställs inför, nödvändiggör att ämnet får sin plats bland de obligatoriska ämnena till medicine licentiatexamen i form av en kort, obligatorisk kurs med en allmän orientering över ämnesområdet. De kliniska föreläsningarna bör omfatta en översikt av barnpsykiatrien och dess uppgifter inom socialvården, på skolans område, inom rättsväsendet och i samband med allmän rådgivning i uppfostringsfrågor. Grunddragen i utvecklingspsykologien, principerna för uppfostran och de vanligaste uppfostringsfelen bör ingå. En orientering ges om psykoneuroserna och deras samband med anpassningssvårigheter och beteenderubbningar av olika slag. De viktigaste psykosomatiska sjukdomstillstånden i barnaåldern samt uppfostringssvårigheternas samband med psykiska insufficiens- och sjukdomstillstånd måste genomgås, liksom psykoserna i barnaåldern. Vidare bör de lättare formerna av generella och partiella utvecklingshämningar belysas och i samband härmed skolmognadsproblem, läs- och skrivsvårigheter och dylikt beröras. Till sist bör föreläsningarna även omfatta den grundläggande diagnostiken och terapien inom barnpsykiatrien samt samhällets observations- och vårdmöjligheter vid psykiska sjukdomstillstånd i barnaåldern. Inom ramen för de kliniska föreläsningarna bör möjlighet ges för demonstrationer av typfall. De studerande bör också få tillfälle att själva göra en socialutredning samt att i övrigt följa en fullständig utredning.

Kursen i barnpsykiatri bör fullgöras under kursen i pediatrik. Undervisningen bör omfatta 15 timmars föreläsningar inklusive kliniska demonstrationer. Tillfälle att delta i en barnpsykiatrisk socialutredning torde kunna erbjuda sig för den studerande i samband med det kliniska arbetet under pediatrikkursen. Undervisningen, som bör ges av en barnpsykiater, avslutas med kursförhör.

Anslagsfrågor

Undervisningen i barnpsykiatri bör i regel meddelas mot arvode av en särskild lärare i barnpsykiatri, vilken för denna undervisning förordnas som biträdande lärare. Anordningen med biträdande lärare som målsmän för undervisningen i ämnet finner kommittén tillräcklig för den allmänna läkarutbildningen. Ett utbyggande av samhällets psykiska barna- och ungdomsvård kräver emellertid uppenbarligen även en högre utbildning av ett antal läkare och specialister, varjämte det även föreligger ett starkt behov av vetenskaplig forskning, bland annat med sikte på de särskilda förhållandena i vårt land. Kommittén vill härom anföra ett yttrande av Svenska socialvårdsförbundet i skrivelse till medicinalstyrelsen den 15 mars 1950 angående den psykiska barna- och ungdomsvården:

> Den främsta orsaken till att denna vård — trots att behovet av densamma från alla håll sålunda starkt vitsordats — icke utbyggts på tänkt sätt, torde vara den rådande bristen på för denna verksamhet utbildade läkare. Anledningar till denna brist äro säkerligen flera.
>
> En anledning synes vara det förhållandet, att ämnet barnpsykiatri vid universitet och högskolor icke är jämställt med övriga medicinska läroämnen, på grund varav detsamma icke får det anseende, vartill dess samhälleliga betydelse borde berättiga. Önskvärt vore därför att professurer i barnpsykiatri inrättades vid våra universitet. En annan, kanske den viktigaste anledningen till bristen är utan tvivel knappheten på utbildningsplatser. Enligt vad som vitsordats förefinnes nämligen bland yngre och blivande läkare ett stort intresse för barnpsykiatrisk verksamhet.

Kommittén vill för sin del understryka, att utvecklingen i vårt land nått där-

hän, att snarast möjligt professurer i ämnet måste inrättas vid välutrustade barnpsykiatriska kliniker vid flera lärosäten.

Samhällets berättigade krav dels på vetenskaplig forskning inom området, dels på utbildning av läkare och specialister måste tillfredsställas. Bristen på utbildning under kompetent ledning kan eljest komma att äventyra statsmakternas intentioner och grusa förhoppningen på medicinens insatser på detta i flera avseenden så betydelsefulla område. Först sedan barnpsykiatrien vunnit en självständig ställning vid sidan om andra medicinska discipliner kan man förvänta, att ett tillräckligt antal läkare skall söka sig till verksamhetsfältet och skaffa sig kvalificerad utbildning. Kommittén vill därför föreslå, att fakulteterna framlägger förslag i denna riktning så snart möjligheter yppas att inrätta undervisningskliniker i barnpsykiatri.

Vid sina undersökningar av möjligheterna att redan nu ordna åtminstone en ordinarie lärartjänst i barnpsykiatri har kommittén funnit, att förutsättningar föreligger i *Stockholm.* Vid *Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus* inrättas i början av år 1953, efter överenskommelse mellan Stockholms stad och sjukhuset, en avdelning för barnpsykiatri, vid vilken överläkare ännu ej tillsatts. Vid samråd med överläkaren vid barnsjukhuset, professor C. Gyllensvärd, och läraren i barnpsykiatri vid samma sjukhus har det framkommit, att tillfredsställande möjligheter i fråga om lokaler, patientmaterial etc. kommer att föreligga vid denna avdelning för en professur i barnpsykiatri. Professor Gyllensvärd har i skrivelse till kommittén hemställt, att kommittén skall föreslå inrättandet av en sådan professur vid Kronprinsessans Lovisas barnsjukhus. Professorn i barnpsykiatri skulle dels meddela undervisning i barnpsykiatri vid de pediatriska kurserna på Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus, dels leda utbildningen av blivande barnpsykiatriker vid kliniken. Kommittén finner för sin del, att med hänsyn till det stora samhällsintresset i denna verksamhet och myndigheternas tidigare initiativ i denna riktning synnerligen starka skäl talar för att varje möjlighet bör tillvaratas att omedelbart inrätta en ordinarie lärartjänst i barnpsykiatri och i samband därmed skapa en universitetsklinik i ämnet. Kommittén föreslår därför, att en professur i barnpsykiatri inrättas vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus. För realiserande av detta förslag, vilket innebär att barnpsykiatriska avdelningen i likhet med pediatriska kliniken får karaktär av undervisningsklinik, synes förhandlingar i särskild ordning mellan staten och vederbörande huvudman vara erforderliga. Till professuren bör knytas en tjänst som kanslibiträde. Underläkarantalet vid de blivande avdelningarna bör beräknas med tanke på undervisningsbehovet i ämnet.

I övrigt finns för närvarande icke förutsättningar för inrättandet av ordinarie lärartjänster i barnpsykiatri med självständiga sjukavdelningar. Kommittén föreslår därför, att i *Uppsala, Lund* och vid *karolinska sjukhuset* inrättas en befattning som biträdande lärare i barnpsykiatri, vilken mot ett arvode på 2 700 kronor meddelar ca 15 timmars undervisning per pediatrikkurs samt ger viss klinisk rondundervisning. Där överläkare vid barnpsykiatrisk avdelning finns bör denna vara lärare i barnpsykiatri.

Vid sina överläggningar med ämneslärarna i psykiatri har kommittén i fråga om den psykiatriska kliniken i Uppsala blivit uppmärksamgjord på det förhållandet, att den barnpsykiatriska

avdelningen vid kliniken upptar en förhållandevis stor del av klinikens utrymmen. Ursprungligen var kliniken icke byggd för att ta hand om jämväl avdelningar för barnpsykiatri, men anordningen vidtogs som ett provisorium för att den ur praktisk synpunkt viktiga specialvården av de barnpsykiatriska fallen skulle kunna komma i gång. Den stora del av psykiatriska kliniken, som nu upptas av den barnpsykiatriska avdelningen, skapar svåra olägenheter för undervisningen i psykiatri. Med hänsyn härtill och med hänsyn till behovet av ytterligare möjligheter till specialutbildning i barnpsykiatri vid olika kliniker i landet vill kommittén framhålla den nuvarande anordningens nackdelar och rekommendera att planeringen av en nybyggnad för den barnpsykiatriska avdelningen påskyndas. En sådan lösning av barnpsykiatriska avdelningens problem i Uppsala skulle skapa möjligheter för inrättandet av ytterligare en professur i ämnet, vilket kommittén finner vara av behovet synnerligen påkallat.

Tjänster	Nuvarande personal			Kommitténs förslag			
	U	L	Sthlm Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus	U	L	KS	Sthlm Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus
Professor							1
Biträdande lärare (arvode)	3 000			2 700	2 700	2 700	
Läkare för psykisk vård			3 000				—
Undervisning i barnpsykiatri		1 500			—		
Kanslibiträde							1

Kostnadsberäkning

Uppsala. För biträdande lärare beräknas ett arvode. Nuvarande arvode indrages.

2 700 — 3 000 = — 300 kr.

Lund. För biträdande lärare beräknas ett arvode. Nuvarande undervisningsarvode indrages.

2 700 — 1 500 = 1 200 kr.

Stockholm.

Karolinska sjukhuset. För biträdande lärare beräknas ett arvode. 2 700 kr.

Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus. En professor och ett kanslibiträde tillkommer. Nuvarande arvode indrages.

30 720 + 8 652 — 3 000 = 36 372 kr.

Ett årligt materielanslag av 10 000 kr.

Summa 48 772 kr.

Härtill kommer ett engångsanslag av 50 000 kronor till utrustning för den föreslagna barnpsykiatriska kliniken vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus.

Kap. 32. DE KLINISKA SPECIALÄMNENA

En huvudfråga angående den kliniska undervisningen gäller avvägningen mellan de olika ämnena ifråga om undervisningens omfattning och den grad av praktisk färdighet, som man bör eftersträva att bibringa den studerande. Dessa problem har behandlats i ett vidare sammanhang i kapitlet om läkarutbildningens mål och uppläggning. Kommittén har därvid kommit till den uppfattningen, att undervisningen till licentiatexamen främst bör syfta till en grundlig utbildning i huvudämnena medicin, kirurgi, pediatrik, psykiatri och socialmedicin. I de kliniska specialämnena däremot, vilka berör sjukdomar som alltmera behandlas av specialister, bör undervisningen syfta mot mera begränsade mål och ges en mera elementär och översiktlig inriktning. Kommittén avser i detta sammanhang dermato-venereologi, epidemiologi, ftisiologi, neurologi, obstetrik-gynekologi, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi. De nämnda ämnena är visserligen inte helt likvärdiga i betydelse för den allmänpraktiserande läkaren och kommittén föreslår inte heller lika stort utrymme åt vart och ett av dem i studieordningen. Obstetrik-gynekologi intar i vissa avseenden en särställning, men samtliga specialämnen torde dock med hänsyn till utbildningen uppvisa så många gemensamma drag, att åtskilliga synpunkter kan anses tillämpliga på dem alla. Kommittén har därför funnit det lämpligt att sammanfattningsvis beröra gemensamma problem rörande undervisningen av de kliniska specialämnena, varigenom även upprepningar i det följande kan undvikas.

I den tidigare diskussionen har förslag väckts om en radikal nedskärning av undervisningen i de kliniska specialämnena, där t. o. m. röster höjts för att vissa av dem helt skulle utgå ur den allmänna läkarutbildningen. Kommittén har ingående övervägt denna fråga men icke ansett sig böra föreslå mer än en måttlig begränsning av undervisningen i vissa ämnen. Anledningarna härtill är flera. En medicinsk allmänbildning och en tillfredsställande vid överblick över medicinen som helhet kräver åtminstone en elementär kännedom även om specialämnena. Många läkare blir i sin verksamhet alltjämt nödsakade att behandla fall, som vid större tillgång på specialister skulle vårdas av dessa. Med hänsyn härtill måste den allmänna läkarutbildningen ge mera omfattande kunskaper i de flesta specialämnen än som eljest skulle vara erforderligt. Härav följer, att i den mån som specialistvården utbyggs över hela landet och tillgången på specialister ökas, omfattningen av den grundläggande utbildningen i de kliniska specialämnena i motsvarande mån bör kunna minskas antingen genom förkortning av studietiderna eller genom ökade möjligheter att kombinera de olika ämnena. Kommittén förutsätter, att utvecklingen fortlöpande följes av vederbörande myndigheter.

Undervisningen i de kliniska specialämnena bör, enklast uttryckt, omfatta det som är av praktiskt och vetenskapligt intresse för envar läkare i hans dagliga gärning. I första hand bör de studerande göras förtrogna med de inom specialiteten förekommande enklare undersökningsmetoderna och med dessas hjälp få en grundläggande kunskap om de berörda organens form och funktion under normala och patologiska förhållanden. Vid utväljandet av patientmaterialet för undervisningen

bör särskild vikt läggas vid fall med sådana lokala sjukdomsyttringar, som är symtom på allmänsjukdomar.

Beträffande de till specialiteten hörande sjukdomarna kan kravet på diagnostisk färdighet begränsas till, vad som behövs för att läkaren skall kunna få en klar uppfattning om, vad han själv skall handlägga och vad som bör remitteras för specialistvård. Det kan råda delade meningar om var denna gräns skall dras i det enskilda fallet, och i stor utsträckning torde praktiska omständigheter spela in i bedömandet härvidlag. En särskilt viktig uppgift för undervisningen i dessa ämnen är dock att göra de studerande medvetna om deras begränsning och om de risker, som är förenade med ett dröjsmål i handläggningen eller en felaktig behandling. Undervisningen i terapi bör sålunda koncentreras till de sjukdomar, som varje läkare själv kan handlägga, medan behandlingen av svårare komplikationer och övriga sjukdomar, som kräver specialvård, endast behöver genomgås i princip. Särskild vikt bör i tillämpliga ämnen läggas vid den första hjälpen vid olycksfallsskador, varjämte krigsskador beaktas. Därest färdighet i något enklare ingrepp krävs, är det av vikt att tillräcklig övning ges häri under kursen, medan deltagande i arbetet på operationsavdelning icke torde vara erforderligt. Liksom i övriga kliniska ämnen bör de socialmedicinska spörsmålen beaktas. Givetvis skall också den aktuella forskningen inom ämnet belysas, så att de studerande får en uppfattning om läget i fråga om nya forskningsresultat och kliniska framsteg.

I de kliniska specialämnena bör undervisningen omfatta föreläsningar, praktisk tjänstgöring och kliniska demonstrationer. Det har från olika håll föreslagits, att undervisningen skulle uppdelas i dels en fristående teoretisk föreläsningskurs, dels en till senare tid förlagd särskild assistenttjänstgöring. För närvarande är undervisningen i dermato-venereologi organiserad på sådant sätt. Som skäl för ett dylikt förfaringssätt skulle kunna anföras, att man därigenom i viss utsträckning kunde undvika en flerfaldig upprepning av den katedrala undervisningen, vilket komme att innebära en minskad arbetsbörda för ämnesläraren och minskat behov av lärare för denna del av undervisningen. Vidare har man menat, att den efterföljande assistenttjänstgöringen skulle ge mera utbyte, då de teoretiska förutsättningarna i förväg blivit genomgångna. Kommittén anser emellertid, att den teoretiska och praktiska undervisningen i alla kliniska läroämnen bör bedrivas jämsides. Det har länge varit en allmän, ledande princip vid de medicinska lärosätena, att undervisningen i teori och praktik intimt sammankopplas. Men även andra invändningar mot den föreslagna anordningen kan göras. Det kan sålunda befaras, att lång tid kommer att förflyta mellan en sådan teoretisk kurs och den efterföljande praktiska tjänstgöringen, varigenom de studerande riskerar att icke ha det teoretiska underlaget aktuellt vid tidpunkten för dess praktiska tillämpning. Det torde också innebära ett visst slöseri med tid, om ämnet måste studeras under två skilda tidsperioder. Slutligen är det med hänsyn till möjligheterna att åstadkomma en rationell studieplan en given fördel, att undervisningen i ett ämne sammanförs till en enda period. Så snart de gängse undersökningsmetoderna inövats under kursens början, bör sålunda den praktiska tjänstgöringen påbörjas för att sedan fortlöpa parallellt med den övriga undervisningen.

Ehuru kommittén sålunda avböjer tanken på en fristående, obligatorisk

praktisk tjänstgöring i samtliga kliniska specialämnen, har kommittén likväl velat öppna möjligheter för en dylik utbildning före licentiatexamen i något av de till denna grupp hörande ämnena. Kommitténs förslag i fråga om assistenttjänstgöring inrymmer, såsom i annat sammanhang anförts, förutom assistenttjänstgöringar i medicin och kirurgi ytterligare en obligatorisk sådan tjänstgöring under två månader i valfritt kliniskt ämne. För den studerande, som önskar ytterligare utbildning i kliniskt specialämne före examen, erbjuder sålunda konstruktionen av assistenttjänstgöringsperioden en sådan möjlighet.

Beträffande de lämpliga kurstiderna för de olika ämnena har kommittén för sin del kommit fram till följande förslag, vars motivering även belyses i de särskilda ämneskapitlen. Av här ifrågavarande ämnen torde obstetrik-gynekologi böra beredas längsta kurstiden med hänsyn till behovet av mer omfattande praktiskt arbete, och kommittén föreslår en kurs på tre månader, vilken icke får kombineras med annan kurs eller tjänstgöring. För neurologiens del föreslår kommittén en kurs på två månader, och kommittén har i annat sammanhang framhållit, att detta ämne bör undervisas i obligatorisk kombination med psykiatrien. Av de övriga ämnena föreslår kommittén, att epidemiologi, dermato-venereologi, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi undervisas i kurser om vardera två månader och ftisiologi i en kurs om en månad. Av denna grupp bör, såsom kommittén föreslår i kapitlet om studieplanen (se detta), de studerande ha rätt att kombinera två ämnen. De olika kombinationerna bör möjliggöras genom gemensamt planeringsarbete av ämneslärarna i samråd med undervisningsnämnden, varefter kursplanerna fastställes för varje lärosäte med hänsyn till studieplanens bestämmelser.

Beträffande kursernas praktiska utformning vill kommittén särskilt understryka vikten av, att undervisningens tyngdpunkt lägges på det polikliniska patientmaterialet och på konsultfallen från övriga kliniker. Inneliggande fall på kliniken utnyttjas, i den mån de är av intresse för undervisningen, huvudsakligen för kliniska demonstrationer i anslutning till föreläsning eller vid klinisk rond. Mera omfattande avdelningstjänstgöring synes ej vara behövlig, dock med undantag för kursen i obstetrik och gynekologi. Som ovan framhållits bör de studerande ej heller under kurstiden tjänstgöra som assistenter vid operationer. Ifråga om den teoretiska undervisningen skall ämnesläraren inom den angivna ramen för undervisningen ha frihet att meddela undervisning i form av katedral föreläsning med systematisk framställning av hela ämnet eller i form av mera seminariebetonad undervisning. Demonstrationer, seminarieövningar och diskussioner ingår lämpligen även i dessa ämnen. Lärarna i de kliniska specialämnena bör också, som nämnts i annat sammanhang, delta i kliniska konferenser. I vilken utsträckning speciell undervisning av särskilda lärare kan förekomma under kurserna kommer att diskuteras särskilt för varje ämne.

Kurserna skall fullgöras efter avslutade medicin- och kirurgikurser. De studerande bör själva avgöra den inbördes ordningen med det undantaget att vissa kurser, som närmare anges i pediatrikkapitlet, skall ha fullgjorts före pediatrikkursen.

Med det mål för utbildningen, som kommittén angett, synes det lämpligt att kunskapsprövningen sker genom obligatoriskt slutförhör omedelbart efter respektive kursers slut.

Kap. 33. DERMATO-VENEREOLOGI

Nuvarande undervisning

Enligt examensstadgan fullgör de studerande två månaders tjänstgöring i dermato-venereologi samt därefter två veckors assistenttjänstgöring. Studiet avslutas med slutförhör, som i regel förrättas en vecka efter assistenttjänstgöringens slut. Möjlighet finns att fullgöra assistenttjänstgöringen i Danmark, Finland och Norge, varvid dock slutförhöret måste fullgöras i Sverige. Den första tjänstgöringen får enligt gällande bestämmelser kombineras med upp till två andra kurser.

I *Lund* ges vid dermatologiska kliniken en kurs två gånger årligen med 20—30 deltagare. Under kursen meddelas undervisning under 48 timmars föreläsningar med kliniska demonstrationer (ca 5 timmar per vecka). Assistenttjänstgöringen påbörjas varannan vecka under hela läsåret med två assistenter per gång. Arbetet omfattar klinisk rond, poliklinik samt journalskrivning och avdelningsarbete.

I *Stockholm* ges tre ordinarie och två extrakurser årligen med ca 35 deltagare per kurs. Undervisningen omfattar ca 48 timmar (1 timme dagligen), varjämte under de ordinarie kurserna ges 12 timmars föreläsningar i allmän allergilära och testningsteknik. Assistenttjänstgöring påbörjas varje vecka med fyra deltagare varje gång och omfattar klinikrond, poliklinik, praktisk genomgång av hudtestning, ett antal journaler och epikris. Vid stockning i antalet sökande till assistenttjänstgöringen kan en deltagare per vecka hänvisas till södersjukhusets i Stockholm hudavdelning under den tid docenten B. Bäfverstedt är i tjänstgöring där såsom överläkare.

I *Uppsala* finns ingen dermato-venereologisk klinik. I *Göteborg* har undervisning i dermato-venereologi ännu ej meddelats.

Tidigare diskussion

LS föreslog att assistenttjänstgöringen i dermato-venereologi skulle inarbetas i kursen, som borde pågå under två månader och i viss utsträckning kunna kombineras med annan tjänstgöring. Av remissmyndigheterna yrkade karolinska institutets lärarkollegium på att assistenttjänstgöringen skulle bibehållas vid nuvarande anordning, medan övriga instanser tillstyrkte ändringsförslaget. I LS överarbetade betänkande vidhölls det ursprungliga förslaget, sedan överläggningar med ämnesläraren i Stockholm gett vid handen, att den föreslagna anordningen under vissa förutsättningar vore möjlig att tillämpa även där. Bland annat krävdes därvid, att deltagarantalet per kurs skulle begränsas.

Frågan har sedermera berörts bland annat i en skrivelse från professor S. Hellerström till karolinska institutets undervisningsnämnd i december 1948. Däri framhålles, att det icke låter sig göra att anordna en kurs, innefattande full klinisk tjänstgöring i dermato-venereologi i Stockholm förrän möjligheter skapats för undervisning i ämnet i Uppsala. Först då kan man nämligen nedbringa antalet deltagare i stockholmskurserna så, att den koncentrerade undervisningen kan genomföras.

Kommittén

Kommittén finner i likhet med LS den bästa lösningen av undervisningen i dermato-venereologi vara, att den teoretiska undervisningen i ämnet i full utsträckning kan kombineras med den kliniska tjänstgöringen och att den särskilda assistenttjänstgöringen sålunda

avskaffas. Tillkomsten av en dermato-venereologisk klinik i Lund har medfört en lättnad för planeringen av undervisningen. Kursernas alltför stora deltagarantal har tidigare hindrat sammanslagningen i fråga för Stockholmsklinikens del. Detta hinder torde kunna avlägsnas, därest en dermato-venereologisk klinik inrättas i Uppsala. Kommittén har inhämtat, att ämnesföreträdarna under dessa förhållanden tillstyrker att den teoretiska och den praktiska undervisningen sammanförs i tiden.

Kommittén föreslår således, att dermato-venereologien undervisas under en två månaders kurs, varunder de studerande åhör ca 50 timmars föreläsningar samt fullgör praktisk tjänstgöring på klinik och poliklinik. Vid kursens början bör dessutom sammanlagt ca 10 timmar ägnas åt praktisk undervisning i de vanligare undersökningsmetoderna. Kursen bör få en sådan uppläggning, att möjlighet ges till kombination med vissa andra ämnen (se kapitlet om studieplanen). I undervisningen i dermato-venereologi bör ingå hithörande delar av allergiläran och den kliniska bakteriologien. Denna undervisning skall vara en del i huvudföreläsningsserien, och ämnesläraren fördelar undervisningen på ämnets olika delar. Vid undervisningen beröres även hithörande socialmedicinska frågor, främst rörande yrkeshudsjukdomar och de veneriska sjukdomarna.

Kursen i dermato-venereologi bör avslutas med slutförhör.

Anslagsfrågor

I *Uppsala* beräknas en provisorisk hudklinik bli färdigställd under budgetåret 1952/53 inom en av epidemisjukhusets paviljonger. Konsistoriet har efter förslag av medicinska fakulteten i petita till 1953 års riksdag begärt inrättande av bland annat en professur i dermato-venereologi. Kanslern har förklarat sig ense med vederbörande akademiska myndigheter om önskvärdheten av en sådan professur, men har för närvarande icke ansett sig kunna tillstyrka bifall till förslaget. Förslaget har icke upptagits i proposition. Kommittén anser att inrättandet av en professur i dermato-venereologi i Uppsala är oundgängligen nödvändigt med hänsyn till undervisningens behov. Vid dermato-venereologiska kliniken bör anordnas tre kurser årligen med 20 deltagare i varje kurs. I *Lund* har hittills getts två kurser per år, men kommittén finner att deltagarantalet i dessa kurser varit större än vad som kan bedömas vara lämpligt med hänsyn till klinikens små undervisningslokaler, varför kommittén föreslår att även här ges tre kurser årligen med 20 deltagare.

Lärarbehovet i Uppsala och Lund blir med nyssnämnda anordning av samma omfattning. För tre kurser torde ca 150 föreläsningstimmar krävas, varjämte ytterligare 10 timmars undervisning per kurs torde böra beräknas ur lärarens synpunkt för ledningen av olika demonstrationer i samband med undervisningen. Av denna undervisning faller 130 timmar på professorn. Den övriga undervisningen ges av en biträdande lärare, varjämte denne bör vara kursledare och examinator för den tredje kursen. Hans arvode torde böra beräknas till 2 450 kronor, vilket innefattar ersättning för föreläsningar och demonstrationer jämte visst arvode för examination och kursledning. Vid den planerade dermato-venereologiska kliniken i Uppsala föreslår kommittén, att biträdande lärare och annan personal tillsättes i samma omfattning som vid kliniken i Lund, eftersom undervisningens omfattning är lika stor vid de bägge klinikerna.

I *Stockholm* skall dermato-venereo-

logiska kliniken årligen meddela undervisning för ca 120 studerande. Detta innebär en minskning av det årliga antalet studerande vid kliniken som en följd av att undervisning enligt kommitténs förslag kommer till stånd i Uppsala. Med det utökade praktiska arbetet under kursen finner kommittén det nödvändigt att i enlighet med ämneslärarens yrkande föreslå, att de studerande fördelas på fem kurser årligen med 20 à 25 deltagare i varje kurs. Undervisningsvolymen vid kliniken blir med denna anordning och motsvarande beräkningssätt som ovan tillämpats ca 300 timmar per år. Av denna undervisning räknar kommittén med att professorn ger 130 timmar samt föreslår därjämte att denne tjänstgör som kursledare och examinator för två av kurserna. Den övriga undervisningen jämte examination av de återstående tre kurserna bör ges av biträdande lärare mot arvode. Kommittén beräknar i enlighet med tidigare tillämpade principer detta arvode till sammanlagt 9 150 kronor. Arvodet bör på förslag av klinikchefen uppdelas på två eller flera arvoden till biträdande lärare.

Vid påbörjandet av undervisning i ämnet i *Göteborg* bör dess personalstat uppgöras i enlighet med vad som skett vid klinikerna i Uppsala och Lund, eftersom göteborgskliniken kan beräknas få samma omfattning ur undervisningssynpunkt.

Tjänster	Nuvarande personal		Kommitténs förslag		
	L	S	U	L	S
Professor	1	1	1	1	1
Biträdande lärare (arvode)		12 000	2 450	2 450	9 150
Undervisning i dermato-venereologi (Malmö eller Lund)	5 000			—	
Klinisk amanuens	1			1	
Laboratoriebiträde		2			2
Kanslibiträde		1	1	1	1
Kontorsbiträde	½	1		—	1

Tabellkommentar

Nuvarande arvode till biträdande lärare i Stockholm är uppdelat i två arvoden à 3 000 kronor till biträdande kliniska lärare och två arvoden à 3 000 kronor till biträdande polikliniska lärare. Utöver de i tabellen redovisade tjänsterna finns i Stockholm en laboratur i allergilära samt en till allergilaboratoriet knuten laboratoriebiträdestjänst.

Kostnadsberäkning

Uppsala. En professor och ett kanslibiträde tillkommer. Därjämte beräknas arvode för biträdande lärare med 2 450 kronor.

30 720 + 7 968 + 2 450 = 41 138 kr.

Lund. För biträdande lärare beräknas ett arvode av 2 450 kronor, varvid nuvarande arvode av 5 000 kronor till undervisning i dermatovenereologi indrages. Kontorsbiträdestjänsten omvandlas till en hel kanslibiträdestjänst.

7 968 — 3 468 + 2 450 — 5 000 = 1 950 kr.

Stockholm. För biträdande lärare beräknas ett arvode av 9 150 kronor, varvid nuvarande arvoden på tillhopa 12 000 kronor indrages.

9 150 — 12 000 = — 2 850 kr.

Summa 40 238 kr.

Kap. 34. KLINISK EPIDEMIOLOGI

Nuvarande undervisning

Särskild kurs med katedral undervisning ges icke i epidemiologi enligt nuvarande studieordning. De studerande skall emellertid fullgöra en månads assistenttjänstgöring vid epidemisjukhus. Denna tjänstgöring kan ske vid epidemisjukhusen i Uppsala, Lund, Malmö, Stockholm och Göteborg under förutsättning att tillräckligt kliniskt material finns. Möjlighet finns även att fullgöra assistenttjänstgöring i Danmark, Finland och Norge. Sedan år 1940 har en obligatorisk kurs i krigsepidemiologi med 14—16 timmars föreläsningar getts två gånger årligen i Uppsala, Lund och Stockholm. Kursen i krigsepidemiologi torde ej blott ha omfattat de vid krig särskilt förekommande epidemiska sjukdomarna utan även den kliniska epidemiologien i allmänhet.

Tidigare diskussion

LS anförde, hurusom vid upprepade tillfällen kritik framförts mot den nuvarande epidemiologiska undervisningens omfattning och organisation. Framför allt hade krav framställts på att assistenttjänstgöringen borde kombineras med en obligatorisk översiktskurs i de epidemiska sjukdomarnas igenkännande och behandling. LS förordade för sin del en obligatorisk kurs i epidemiologi, omfattande de akuta infektionssjukdomarnas diagnostik och terapi, ävensom deras speciella epidemiologi och profylax. I kursen borde ingå den social-medicinska delen av ämnet, speciellt epidemilagen och karantänsbestämmelserna. Den allmänna epidemiologien däremot borde behandlas i ämnet hygien. Kursen skulle avslutas med ett obligatoriskt förhör. Utöver kursen borde undervisningen även omfatta en tjänstgöring, under vilken de studerande framför allt skulle få tillfälle att se så många epidemiska fall som möjligt, medan mindre vikt skulle läggas vid de studerandes deltagande i det praktiska arbetet såsom assistenter. Denna tjänstgöring skulle fullföljas under loppet av tre månader, varvid mindre grupper studerande finge cirkulera på epidemisjukhuset så att varje studerande tjänstgjorde under en månad. Om ett större material, såsom i Stockholm, funnes tillgängligt, kunde tjänstgöringstiden eventuellt begränsas till fjorton dagar. Kursen och tjänstgöringen borde förläggas i så intimt samband med varandra som möjligt. Hela undervisningen i epidemiologi skulle ske i anslutning till den senare undervisningen i medicin. Undervisningen skulle vara avslutad, innan de studerande finge börja tjänstgöringen i pediatrik.

Med anledning av vissa erinringar under remissbehandlingen av förslaget ändrade LS i sitt överarbetade betänkande sina förslag så till vida som assistenttjänstgöringen anordnades efter samma linjer som hittills.

1948 års läkarutbildningskommitté har i vissa delar redan behandlat frågan om epidemiologiundervisningen i sin den 15 februari 1952 framlagda utredning angående den krigsmedicinska undervisningen m. m. Kommittén anförde

där, att samtliga studerande borde fullgöra en månads kurs i krigsmedicin och epidemiologi med krigsepidemiologi. Undervisningen i epidemiologi föreslogs omfatta 25 föreläsningstimmar, av vilka 6—8 skulle ägnas åt den anslutande kliniska bakteriologien. Därjämte skulle de studerande under ett antal timmar bevista demonstrationer och praktiska övningar, i allmänhet dock icke överskjutande 3—4 timmar per undervisningsdag under cirka två veckor. Denna undervisning avsåg att ge en översikt i föreläsningsform med demonstrationer av den kliniska epidemiologien. Kommittén föreslog därjämte, att de studerande såsom hittills skulle fullgöra en månads assistenttjänstgöring vid epidemisjukhus. Kommittén uttalade emellertid samtidigt, att det vore fördelaktigast om kursen i epidemiologi och den praktiska tjänstgöringen kunde sammanföras under en period men att detta icke vore möjligt med den nu gällande studieordningen. Anordningen skulle nämligen medföra att alltför många deltagare fullgjorde den praktiska tjänstgöringen samtidigt och att den bleve koncentrerad på för kort tid. Anordningen av undervisningen i klinisk epidemiologi borde emellertid omprövas när nytt förslag till studieordning framlades.

Kommittén

Den tidigare diskussionen om undervisningen i klinisk epidemiologi synes ha visat, att en god sådan undervisning förutsätter dels en kursmässig översiktsundervisning med föreläsningar och demonstrationer, dels en praktisk tjänstgöring. Undervisningen i klinisk epidemiologi bör således meddelas under samma former som ifråga om övriga kliniska ämnen. Man har också betonat det fördelaktiga i att den teoretiska och den praktiska undervisningen bedrivs samtidigt.

Svårigheter av olika slag har emellertid förelegat. Främst har detta gällt den mycket växlande frekvensen av patienter på epidemisjukhusen, vilket icke garanterat ett tillräckligt undervisningsmaterial vid alla årstider. Vidare har det framhållits att de olika epidemiska sjukdomarna är starkt säsongbundna, varigenom patientmaterialet ofta blir synnerligen ensidigt. Nackdelarna med den korta praktiska tjänstgöringen har man i nuvarande studieordning sökt motverka genom att endast låta ett fåtal studerande samtidigt arbeta på sjukhuset.

Andra omständigheter bör också beaktas vid planläggningen av undervisningen i klinisk epidemiologi. Under senare år har karaktären av de sjukdomsfall, som vårdas på epidemisjukhusen, väsentligt förändrats. De stora epidemierna har minskat eller helt upphört. Epidemisjukhusen har efter hand öppnats för patienter med övre luftvägsinfektioner, pneumonier, hepatiter och andra infektionssjukdomar. Epidemisjukhusen har därigenom i stor utsträckning övergått till akuta infektionssjukhus med ett material, som givetvis är av synnerligen stor betydelse för den praktiserande läkaren. Denna utveckling har medfört, att nyssnämnda sjukdomsfall nästan helt försvunnit från de invärtesmedicinska klinikerna. I framtiden är det sålunda om möjligt av ännu större vikt än förr att de studerande får se ett tillräckligt stort patientmaterial på epidemisjukhus.

Om undervisningen skall vara tillfredsställande borde således de studerande få tillfälle att under längre tid följa patientmaterialet på epidemisjukhusen. Antalet samtidiga deltagare får likväl icke bli för stort. Vidare bör översiktsföreläsningar med demonstrationer anordnas för de studerande. Dessa olika önskemål kan enligt kom-

mitténs mening icke uppfyllas på annat sätt, än att undervisning i klinisk epidemiologi meddelas under flera olika perioder i studieordningen. Redan i samband med kursen i medicin bör lämpliga fall på epidemisjukhusen demonstreras för de studerande under s. k. visitronder på epidemisjukhusen. Sådana ronder, vid vilka lärarna på epidemisjukhusen samlar och demonstrerar tillgängliga och lämpliga sjukdomsfall för medicinkursens deltagare, bör anordnas varannan eller var tredje vecka under kursen i medicin, och de bör ta en tid av ca 2 timmar per gång. Härigenom kan de studerande på ett relativt tidigt stadium få se typexempel av de vanliga infektionssjukdomarna.

Även under kursen i pediatrik torde denna anordning visa sig värdefull, och kommittén har vid samråd med ämnesföreträdarna funnit att det föreligger ett intresse för en sådan undervisning. Kommittén föreslår därför, att visitronder på epidemisjukhusen anordnas även under kursen i pediatrik. Det torde för en blivande praktiker vara av största betydelse, att han under sin studietid får se ett större antal akuta infektioner hos barn. Med nuvarande undervisning har det icke sällan förekommit att en studerande blivit medicine licentiat utan att ha varit i tillfälle att undersöka patienter med sådana viktiga barnsjukdomar som mässling och scharlakansfeber. Såväl epidemiologer som pediatriker har framhållit för kommittén, att risk för överförande av smitta knappast föreligger vid anordnandet av dylika visitronder, under förutsättning att nödig försiktighet iakttages.

Under visitronderna får de studerande med säkerhet se ett tillräckligt antal akuta infektioner hos såväl vuxna som barn. Om emellertid visitronderna förekommer med tämligen långa intervaller, på två till tre veckor, kan de studerande givetvis inte följa de enskilda sjukdomsfallen. Undervisningen i epidemiologi bör därför även innefatta en period av mera fortlöpande praktiskt arbete på epidemisjukhus. En sådan praktisk tjänstgöring torde icke behöva utsträckas över alltför lång tid, eftersom de studerande under visitronderna får en god överblick över de vanliga infektionssjukdomarna. Inte heller torde tjänstgöringen behöva omfatta heltidsarbete på epidemisjukhus, varför den bör kunna kombineras med vissa andra kurser. Kommittén föreslår således, att en särskild kurs i klinisk epidemiologi, förenad med praktisk tjänstgöring på epidemisjukhus, infogas i studieordningen.

I sin tidigare avgivna utredning angående bl. a. undervisningen i epidemiologi jämte krigsepidemiologi fann sig kommittén föranlåten att kombinera kurserna i krigsmedicin och i epidemiologi. Denna anordning var nödvändig med hänsyn till att kurserna på bästa sätt skulle inpassas i den gällande studieordningen.

Då kommittén nu framlägger en ny studieplan, är det lämpligare att låta de båda kurserna gå skilda från varandra med möjlighet för de studerande att valfritt kombinera dem med andra kurser i enlighet med studieplanens bestämmelser (se kapitlet om studieplanen). Trots att kursen i epidemiologi således skiljes från kursen i krigsmedicin måste den förra alltjämt innefatta undervisning i krigsepidemiologi. Det torde nämligen icke vara lämpligt att skilja på undervisning i freds- och krigsepidemiologi, eftersom i bägge fallen undervisningen till största delen handlar om samma sjukdomar och i varje fall avser samma undersöknings- och behandlingsteknik.

Enligt nuvarande studieplan skall de studerande fullgöra en månads assis-

tenttjänstgöring vid epidemisjukhus. I kommitténs förslag blir kursen i epidemiologi förenad med praktisk tjänstgöring, varför den särskilda assistenttjänstgöringen kan avskaffas.

Kommittén har i sin nyssnämnda utredning angående undervisning i krigsmedicin angett, att undervisningen i klinisk epidemiologi med krigsepidemiologi lämpligen bör omfatta 25 timmars föreläsningar, varjämte demonstrationer och praktiska övningar bör meddelas under 40—50 timmar. De olika remissmyndigheterna har i stort sett instämt i detta förslag. Enligt den nu föreslagna anordningen kommer emellertid ett betydande antal kliniska demonstrationer att ske under visitronderna, varför antalet timmar för demonstrationer och praktiska övningar torde kunna minskas i förhållande till det tidigare förslaget. Kommittén vill därför förorda, att kursen i klinisk epidemiologi omfattar 25 timmars föreläsningar och 25 timmars demonstrationer och praktiska övningar. Föreläsningarna och demonstrationerna kan anordnas för hela antalet deltagare i kursen samtidigt. Under kursen bör, som ovan föreslagits, de studerande även få tillfälle till praktisk tjänstgöring på epidemisjukhus. Kommittén föreslår, att de under en tid motsvarande fjorton dagars halvtidstjänstgöring arbetar på epidemiologisk avdelning. Vid det praktiska arbetet bör de studerande fördelas i mindre grupper, som omväxlande arbetar på avdelningarna.

Kursen bör ge en översikt av den kliniska epidemiologien. Därvid betonas särskilt de krigsmedicinskt viktiga delarna av ämnet. Undervisningen bör dessutom utvidgas att omfatta sådana epidemiska sjukdomar, som normalt inte förekommer i vårt land men som vid ett krigstillfälle kan tänkas vinna spridning, bl. a. vid bakteriologisk krigföring. Undervisningen bör också beröra det epidemiologiska arbetet under freds-, beredskaps- och krigstider. De viktigaste skyddsympningarna bör demonstreras och praktiskt inövas. I kursen bör de epidemiska sjukdomarnas kliniska bakteriologi ingå, vartill 6—8 timmars föreläsningar och demonstrationer avsättes. Bakteriologisk provtagning demonstreras och inövas. Ämnets socialmedicinska aspekter skall också upptas till behandling liksom de lagbestämmelser som läkaren har att följa beträffande de epidemiska sjukdomarna.

Kursen i klinisk epidemiologi bör med hänsyn till vad ovan anförts utsträckas över två månader. Den skall kunna kombineras med vissa andra kurser (se kapitlet om studieplanen). Kursen avslutas med slutförhör, varför kunskapskontroll ej längre behöver förekomma i samband med tentamen i invärtesmedicin.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag till undervisning i klinisk epidemiologi innebär en omläggning av den nuvarande undervisningen, så att föreläsningar och liknande undervisning sammanförs med den praktiska tjänstgöringen till en enda tidsperiod. Denna anordning kommer utan tvivel att innebära en större undervisningsbelastning än hittills, och en förstärkning av undervisningskrafterna vid epidemisjukhusen blir därför nödvändig. Härvid uppkommer givetvis frågan, om ordinarie lärartjänster bör inrättas för denna undervisning. Ehuru vissa skäl talar för en sådan anordning, har kommittén likväl ansett ett dylikt förslag innebära en så genomgripande förändring av organisationen av epidemisjukhusen, att frågan bör bedömas jämväl med hänsyn till andra omständigheter än dem som kommittén har att

beakta. Kommittén vill därför begränsa sig till att nu föreslå arvoden för undervisning i klinisk epidemiologi på epidemisjukhusen. Kommittén förutsätter emellertid, att vederbörande fakulteter och kollegier upptar frågan om den framtida ställningen för lärarna i klinisk epidemiologi till en allsidig utredning. Arvode till amanuens under kurserna i epidemiologi bör beräknas med 400 kronor per kursmånad.

I *Uppsala* bör kursen i klinisk epidemiologi anordnas tre gånger om året med 20 deltagare i varje kurs. Undervisningen kommer därigenom att årligen omfatta (exklusive klinisk bakteriologi) ca 65 timmars föreläsningar och ca 65 timmars demonstrationer. Denna undervisning jämte förhör och kursledning bör ersättas med ett arvode av 6 850 kronor. Lärare i klinisk epidemiologi blir överläkaren vid epidemisjukhuset. Om någon av kurserna ges av annan lärare vid epidemisjukhuset, bör denne få motsvarande del av arvodet. För undervisningen i klinisk bakteriologi under kursen anvisas ett särskilt arvode av 800 kronor.

I *Lund-Malmö* anordnas likaledes tre kurser med 20 deltagare i klinisk epidemiologi årligen. De bör efter förslag av fakulteten fördelas på överläkarna vid epidemisjukhusen i Lund och Malmö. Den totala undervisningsvolymen för kurserna i Lund och Malmö blir densamma som i Uppsala, varför motsvarande arvode bör beräknas för undervisningen. Beloppet fördelas på kursgivarna i proportion till antalet hållna kurser.

I *Stockholm* anordnas årligen 4 kurser med 30 deltagare på epidemisjukhuset med ett sammanlagt arvode till läraren på 9 600 kronor. Om någon eller några av kurserna ges av annan än huvudläraren bör motsvarande del av arvodet gå till den andre föreläsaren. För undervisning i klinisk bakteriologi föreslås arvoden på sammanlagt 1 200 kronor.

I *Göteborg* bör undervisning i klinisk epidemiologi anordnas i enlighet med vad som föreslagits för Uppsalas del, när medicinska högskolans utbyggnad nått detta stadium.

Nuvarande arvoden

Under åttonde huvudtiteln finns ett anslag Gemensamma universitetsändamål: Ersättning åt överläkare vid vissa epidemisjukhus för klinisk undervisning i epidemiologi åt medicine kandidater av 14 000 kronor. För närvarande fördelas anslaget på så sätt att till överläkarna vid epidemisjukhusen i respektive Uppsala, Lund, Malmö, Stockholm och Göteborg ersättning utgår med respektive 2 000, 2 000, 2 000, 5 300 och 2 700 kronor. Detta anslag bör indragas och de av kommittén föreslagna arvodesbeloppen uppföras på de olika lärosätenas avlöningsstater.

Kostnadsberäkning

Uppsala. För lärare i klinisk epidemiologi vid epidemisjukhuset beräknas ett arvode av 6 850 kronor. För undervisning i klinisk bakteriologi i samband med epidemiologiundervisningen beräknas ett arvode av 800 kronor. Nuvarande ersättning indrages. Kursamanuensarvode beräknas till 2 400 kronor.

6 850 + 800 — 2 000 + 2 400 = 8 050 kr.

Lund—Malmö. För lärare i klinisk epidemiologi beräknas arvoden med tillhopa 6 850 kronor. För undervisning i klinisk bakteriologi beräknas arvoden med tillhopa 800 kronor. Nuvarande ersättningar indrages. Kursamanuensarvoden beräknas till sammanlagt 2 400 kronor.

6 850 + 800 — 2 000 — 2 000 + 2 400 = 6 050 kr.

Stockholm. För lärare i klinisk epidemiologi beräknas ett arvode av 9 600 kronor. För undervisning i klinisk bakteriologi beräknas ett arvode av 1 200 kronor. Nuvarande ersättning indrages. Kursamanuensarvode beräknas till 3 200 kronor.

9 600 + 1 200 — 5 300 + 3 200 = 8 700 kr.

Göteborg. Nuvarande ersättning till överläkaren vid epidemisjukhuset i Göteborg indrages.

Kostnadsminskning — 2 700 kr.

Summa 20 100 kr.

Kap. 35. FTISIOLOGI

Nuvarande undervisning

Undervisningen i tuberkuloslära är anordnad efter helt olika linjer vid de olika lärosätena.

I *Uppsala* ges två gånger årligen en föreläsningskurs i lungtuberkulosens diagnostik och terapi, omfattande 13 timmars föreläsningar under en månad och avslutad med slutförhör. Dessutom fullgör de studerande under en månad assistenttjänstgöring vid tuberkuloskliniken, vilken tid helt ägnas åt arbete på kliniken.

I *Lund* fullgör de studerande tre veckors assistenttjänstgöring vid tuberkuloskliniken på Lunds lasarett eller vid Orups sanatorium. En samlad föreläsningskurs i ftisiologi förekommer icke, men under medicinundervisningen ges några föreläsningar om lungtuberkulos.

I *Stockholm* fullgör de studerande efter de två månadernas propedeutiska kurser en månads klinisk tjänstgöring med särskild hänsyn till lungtuberkulosens diagnostik och terapi vid S:t Eriks sjukhus. Under vissa kurser har tjänstgöringen förlagts till Uttrans sanatorium.

Från den 1 januari 1953 finns vid medicinska högskolan i *Göteborg* en lärare i ftisiologi.

Tidigare diskussion

LS framhöll, att utbildningen i lungtuberkulosens klinik borde vinna ökat beaktande i den allmänna läkarutbildningen. Undervisningen föreslogs omfatta en månads kurs med 15 föreläsningar om lungtuberkulosens teoretiska och praktiska problem, varjämte lungtuberkulosens socialmedicinska aspekter, tuberkulosvårdens organisation och stadgandena angående dispensärverksamheten borde belysas. Vidare skulle de studerande fullgöra en månads tjänstgöring vid tuberkulossjukhus, om möjligt kombinerad med tjänstgöring på tuberkulosdispensär. Undervisningen borde ej förläggas till ett alltför tidigt skede av den kliniska utbildningen utan lämpligen komma i slutet av den senare utbildningen i medicin. Kursen skulle

avslutas med ett obligatoriskt förhör. Förslaget tillstyrktes allmänt av remissmyndigheterna.

Kommittén

Tuberkulosen har tidigare med rätta betraktats såsom vår svåraste folksjukdom. Under de senaste åren har sjukligheten och även mortaliteten i tuberkulos glädjande nog visat en stadig nedgång. Genom målmedvetet genomförda förebyggande åtgärder torde en ytterligare minskning vara möjlig. Detta fordrar emellertid ständig medverkan av alla i aktivt sjukvårdsarbete sysselsatta läkare. Tuberkulosen har därför fortfarande stor betydelse även ur utbildningssynpunkt. På grund av sjukdomens sociala betydelse och den mönstergilla organisationen av dispensärverksamheten lämpar sig lungtuberkulosen väl såsom typexempel vid socialmedicinska studier. Det är av denna anledning viktigt att de studerande får tillfälle att följa arbetet på en centraldispensär. Någon längre tids tjänstgöring på specialklinik för lungtuberkulos torde däremot icke vara nödvändig för blivande läkare, som ej avser att i fortsättningen ägna sig åt denna specialitet.

Det torde knappast vara nödvändigt, att i form av katedrala föreläsningar systematiskt gå igenom hela tuberkulosläran. Däremot torde det vara viktigt att de studerande får se ett tillräckligt antal representativa röntgenbilder och i anslutning till fall blir insatta i de diagnostiska och andra problem, som en i allmän praktik verksam läkare kan möta, då det gäller tuberkulos och andra lungsjukdomar. Vidare kan nämnas att det finns en lärobok, i vilken de studerande kan inhämta det väsentliga om lungtuberkulosens utveckling och klinik och som även ger en god översikt över antituberkulosarbetets organisation i Sverige.

Kommittén föreslår följande organisation av undervisningen i ftisiologi. Redan under kursen i medicin är det lämpligt, att de studerande följer ca 5 visitronder på tuberkulosklinik. Den studerande bör vidare under en månad fullgöra kurs i ftisiologi, omfattande dels 10 föreläsningar eller demonstrationer, dels praktiskt arbete under en tid, motsvarande halvdagsarbete under 14 dagar. Under denna tid skall de studerande, fördelade på mindre grupper, följa arbetet på en centraldispensär, varvid eventuellt förekommande kvällsmottagningar särskilt bör utnyttjas för undervisningen i syfte att underlätta kombinationen med andra ämnen. Vidare skall de studerande, likaledes fördelade på mindre grupper, delta i arbetet på tuberkulosklinik eller sanatorium.

Kursen i ftisiologi får kombineras med annan kurs (se kapitlet om studieplanen). Slutförhör torde ej vara nödvändigt, enär den slutgiltiga kunskapskontrollen sker i anslutning till tentamen i medicin.

Anslagsfrågor

För undervisningen i ftisiologi finns ordinarie lärare i Uppsala, där en professur i ftisiologi inrättats, kombinerad med överläkartjänsten vid akademiska sjukhusets tuberkulosklinik. I Lund är läraren i fysikalisk diagnostik (motsvarande laborator) tillika överläkare vid kliniken för lungsjuka vid Lunds lasarett. Den sistnämnde läraren har tidigare som huvuduppgift haft undervisningen vid de propedeutiska kurserna, varjämte han meddelat viss undervisning i ftisiologi. När undervisningen i ftisiologi nu kommer att utökas med föreläsningar, vill kommittén förorda, att denne lärare helt ägnar sig åt denna undervisning och att tjänsten i samband därmed benämnes lärare i

ftisiologi. Enligt kommitténs förslag bör undervisningen i kliniska undersökningsmetoder vid de propedeutiska kurserna lämpligen meddelas av lärare vid de medicinska klinikerna i Lund och Malmö. I Stockholm och Göteborg bör undervisningen i ftisiologi meddelas av särskilda lärare mot arvode.

I *Uppsala* anordnas fyra kurser årligen med 15 deltagare per kurs. Kurserna ges av professorn i ftisiologi och fullgöres på akademiska sjukhusets tuberkulosklinik.

I *Lund-Malmö* anordnas fyra kurser årligen med 15 deltagare i varje. Tre av kurserna ges av läraren i ftisiologi vid tuberkuloskliniken på lasarettet i Lund. För att det stora patientmaterialet i Malmö skall kunna utnyttjas förlägges en kurs dit och undervisningen meddelas av särskild lärare mot arvode på 1 000 kronor, vilket även innefattar ersättning för ledning av kurser.

I *Stockholm* anordnas sex kurser årligen med 20 deltagare i varje. För kurserna, som efter kollegiets förslag bör förläggas till lämpliga tuberkulosskliniker eller sanatorier i Stockholm eller dess närhet, beräknas ett arvode av 6 000 kronor, eventuellt fördelat på flera lärare.

I *Göteborg* anordnas undervisning i ftisiologi i samma omfattning som i Uppsala och ett arvode på 4 000 kronor bör beräknas för fyra kurser.

Tjänster	Nuvarande personal				Kommitténs förslag				
	U	L	S	G	U	L	M	S	G
Professor	1				1				
Lärare i fysikalisk diagnostik		1				—			
Lärare i ftisiologi				2 200		1	1 000	6 000	4 000
Ledare av assistenttjänstgöring i lungtuberkulosens diagnostik och terapi (arvode)		1 150				—			
Lärare vid kurser i lungtuberkulosens igenkännande			3 600					—	
Klinisk amanuens		1		1		1			1
Kanslibiträde	1				1				
Kontorsbiträde		1				1			

Tabellkommentar

Professuren i Uppsala är personlig. Den för budgetåret 1952/53 uppförda anslagsposten till lärare i ftisiologi i Göteborg, 2 200 kronor, utgör för helt år räknat 4 400 kronor.

Kostnadsberäkning

Lund. Arvode till ledare av assistenttjänstgöring i lungtuberkulosens diagnostik och terapi indrages.
Kostnadsminskning — 1 150 kr.

Malmö. Arvode till lärare beräknas 1 000 kr.

Stockholm. Arvode till lärare beräknas. Nuvarande arvode indrages.
6 000 — 3 600 = 2 400 kr.

Göteborg. Arvodet till läraren i ftisiologi omräknas.
4 000 — 4 400 = — 400 kr.

Summa 1 850 kr.

Kap. 36. NEUROKIRURGI

Nuvarande undervisning

I *Uppsala* meddelas ingen särskild undervisning i neurokirurgi. I *Lund* meddelas frivillig undervisning i neurokirurgi med 12 timmar under neurologikursen. I *Stockholm* föreläser professorn i neurokirurgi 12 timmar under varje kurs i kirurgi som ett led i den ordinarie kirurgiundervisningen.

Tidigare diskussion

LS framhöll, att det möjligen vore fördelaktigt, om undervisningen i neurokirurgi anknötes till neurologikursen. Under denna tid borde ges 6 föreläsningar, vilken tid visserligen vore alltför begränsad för en sammanhängande framställning av det väsentliga inom neurokirurgien, men som likväl torde vara tillräcklig som ett komplement till undervisningen i neurologi och kirurgi.

Kommittén

Undervisningen i neurokirurgi i den allmänna läkarutbildningen bör icke avse att ge en specialkirurgisk framställning av behandlingsmetoder eller dylikt. Den studerande bör få kännedom om neurokirurgiens möjligheter i behandlingshänseende och om principerna för bedömning av de sjukdomstillstånd, som vårdas på de neurokirurgiska klinikerna.

Ett specialområde av betydande intresse i samband med den allmänna olycksfallskirurgien är neurotraumatologien. Kommittén föreslår, att en undervisning häri meddelas av en neurokirurg under kirurgikursen, omfattande 6—8 timmars föreläsningar inklusive patientdemonstrationer.

I samband med undervisningen i neurologi och psykiatri bör meddelas undervisning i den neurokirurgi, som är av särskilt intresse för ämnena i fråga. 6 timmars föreläsningar torde vara tillräckligt härför.

Uppdelningen av neurokirurgien på kurserna i kirurgi och i neurologi-psykiatri bör icke vara obligatorisk, utan om ämneslärarna så finner lämpligt skall hela undervisningen i neurokirurgi kunna ges under neurologi-psykiatrikurserna med 10—12 timmars föreläsningar inklusive patientdemonstrationer. Särskilt förhör anordnas icke i neurokirurgi, utan kunskapskontrollen sker i tentamen i kirurgi och i slutförhöret i neurologi.

Anslagsfrågor

Undervisningen i neurokirurgi bör i *Stockholm* meddelas av professorn i neurokirurgi, och i *Lund* och *Göteborg* av överläkarna i neurokirurgi mot arvode. Årligen krävs här 35 timmars undervisning, för vilken ett arvode på 1 750 kronor beräknas. I *Uppsala* torde undervisningen i fråga kunna ges av lämplig lärare mot arvode som i Lund.

Kostnadsberäkning

Arvoden till lärare beräknas i Uppsala, Lund och Göteborg.

1 750 + 1 750 + 1 750 = 5 250 kr.

Kap. 37. NEUROLOGI

Nuvarande undervisning

Kursen i neurologi omfattar två månader med 4 timmars klinisk och 2 timmars poliklinisk föreläsning i veckan. Tillfälle ges till en månads klinisk tjänstgöring under kursen. Godkänd kurs i neurologi är villkor för tentamen i medicin. Undervisning meddelas i *Lund* och *Stockholm*. De studerande i *Uppsala* fullgör studierna i ämnet i Stockholm. En neurologisk klinik vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har öppnats, men ännu ges ej undervisning där.

Tidigare diskussion

LS föreslog ingen förändring i dåvarande anordning av studierna.

Kommittén

Neurologien kräver en speciell diagnostik och behandling och har därför utbrutits ur internmedicinen. Även av didaktiska skäl måste den numera meddelas som en särskild undervisning, given av en speciell lärare. Ämnets betydelse ur sjukvårds- och därför också ur utbildningssynpunkt gör, att de neurologiska undervisningsklinikerna måste ledas av en professor.

Neurologi och psykiatri har ur såväl sjukvårds- som undervisningssynpunkt ett nära samband med varandra. Då som bekant organiska nervsjukdomar ofta uppvisar psykiska sjukdomsyttringar, och psykiska sjukdomar ofta ledsagas av neurologiska symtom, har kommittén, för att en nära samordning av undervisningen i dessa två ämnen skall bli möjlig, funnit det lämpligt föreslå, att de studerande genomgår kurserna i neurologi och psykiatri i en obligatorisk kombination. Därunder studeras de två ämnena samtidigt under de två första månaderna, varefter psykiatrien disponerar den sista månaden ensam. Kombinationen kan i praktiken organiseras på flera olika sätt, men kommittén har i det följande förslaget tänkt sig föreläsningar varannan dag i de båda ämnena samt praktisk tjänstgöring i smärre grupper av studerande, som alternerar mellan de bägge klinikerna efter ett gemensamt uppgjort schema.

Föreläsningarna i neurologi bör liksom hittills fortgå med 2 dubbeltimmar klinisk och 1 dubbeltimme poliklinisk undervisning i veckan under två månader. Detta gör ca 50 timmars föreläsningar under kursen. Där lärare i neurofysiologi finns, bör denne medverka i kursen med ett lämpligt antal föreläsningar i sitt ämne. Under en inledande period av kursen bör de studerande i mindre grupper även få särskilt inöva de neurologiska undersökningsmetoderna under kvalificerad ledning. Under kursen skall varje studerande fullgöra klinisk tjänstgöring på neurologisk klinik och poliklinik under tillhopa en månad. Kursen avslutas med slutförhör.

En lärare i neurologi bör ge 4 timmars undervisning i neurologisk anamnesupptagning och undersökningsteknik under den propedeutiska kursen i kliniska undersökningsmetoder.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag rörande undervisningen i neurologi innebär att vid varje fakultet bör finnas ordinarie lärare i neurologi, som kan ge kurser i ämnet, innefattande kliniskt och polikliniskt arbete.

I Uppsala, där professur i neurologi saknas, föreslår kommittén att en sådan inrättas. Kommittén vill starkt under-

stryka nödvändigheten av denna åtgärd. Hittills har de studerande från Uppsala kunnat få sin undervisning i ämnet vid den neurologiska kliniken i Stockholm. Detta har emellertid lett till en icke tillfredsställande överbelastning av kliniken. En sådan samordning av ämnena psykiatri och neurologi, som kommittén förordar, ställer också större krav på undervisningen i neurologi för stockholmsstudenternas egen del än vad hittills varit fallet. En fortsatt undervisning i Stockholm av studerande från Uppsala är sålunda enligt kommitténs mening synnerligen olämplig. Vid överläggningar med akademiska sjukhusets direktion har kommittén inhämtat, att flera möjligheter föreligger för anordnandet av provisoriska lokaler för en neurologisk klinik i Uppsala. Kommittén förutsätter att vederbörande myndigheter i Uppsala snarast framlägger detaljförslag rörande utformningen av dessa. En undervisning i provisoriska lokaler innebär visserligen olägenheter, men erfarenheterna från Lund, där undervisningen ordnats på sådant sätt i avvaktan på en definitiv lösning av neurologiska klinikens lokalfråga, har visat, att det är möjligt att även med relativt enkla åtgärder nå acceptabla undervisningsmöjligheter. Kommittén finner för sin del att ett uppskjutande av professurens inrättande skulle medföra avsevärt större olägenheter för undervisningen, än vad provisoriet skulle innebära, och vill än en gång understryka nödvändigheten av att särskild neurologisk undervisning kommer till stånd i Uppsala.

Vid de neurologiska klinikerna i *Uppsala* och *Lund* föreslår kommittén, att tre kurser i ämnet anordnas årligen med 20 deltagare per kurs. Därigenom kommer klinikens undervisningsvolym att utgöra ca 170 föreläsningar, om hänsyn tas även till att viss undervisning i neurologiska undersökningsmetoder bör ske i samband med de propedeutiska kurserna i kliniska undersökningsmetoder, samt att en neurolog bör medverka vid vissa kliniska konferenser. Handledning vid inövandet av de neurologiska undersökningsmetoderna kan för lärarens del uppskattas till ca 20 timmar per kurs. Av klinikens totala undervisning bör professorn ge ca 130 timmar samt vara kursledare och examinator för två av kurserna. Den övriga undervisningen bör ges av en biträdande lärare, som samtidigt är examinator och ledare för en av kurserna. Enligt kommitténs principer för beräkning av arvoden till biträdande lärare, bör denne lärares arvode sättas till 4 350 kronor, vari även ingår ersättning för examination.

I *Stockholm* kommer enligt kommitténs förslag psykiatriundervisningen att fördelas på två kliniker, som vardera ger tre kurser per år. Samtidigt bör lika många kurser i neurologi anordnas. Om den neurologiska kliniken vid serafimerlasarettet skulle undervisa alla dessa studerande, borde deltagarantalet per kurs uppgå till ca 40 (två samtidigt pågående psykiatrikurser med 20 deltagare i varje). En sådan belastning av den neurologiska kliniken är emellertid uppenbart olämplig. Kommittén har därför undersökt möjligheterna att anordna neurologisk undervisning vid ytterligare ett sjukhus i Stockholm och funnit att en sådan undervisning kan bedrivas vid neurologiska kliniken på södersjukhuset. Denna anordning är så mycket lämpligare som psykiatrisk undervisning enligt kommitténs förslag under en övergångstid skulle komma att ges vid psykiatriska kliniken på detta sjukhus. Bägge dessa samordnade kurser kan således ges vid södersjukhuset.

Kommittén föreslår därför för Stockholms del, att serafimerlasarettets neu-

rologiska klinik ger tre kurser årligen med 20 deltagare och södersjukhusets neurologiska klinik likaledes tre kurser med 20 deltagare. Vid serafimerlasarettets neurologiska klinik bör i enlighet med förslaget för Uppsala och Lund tillkomma ett arvode på 4 350 kronor för en biträdande lärare, som tar examinationen vid en av de tre kurserna. Vid södersjukhusets neurologiska klinik beräknas ett särskilt arvode för undervisningen. Detta arvode bör i enlighet med kommitténs allmänna principer för arvodesberäkningen uppgå till 12 700 kronor och kunna fördelas på två lärare, därest den ena av kurserna ges av annan än huvudläraren. Vidare bör ett arvode av 6 000 kronor fördelas på de i undervisningen deltagande underläkarna. Ett anslag av 6 000 kronor föreslås för undervisningsmateriel och andra förvaltningskostnader.

I *Göteborg* har en neurologisk klinik inrättats, vars överläkare vid högskolans utbyggnad kommer att bli professor i ämnet. Kommittén förutsätter att den neurologiska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset förses med lärarpersonal och annan personal i enlighet med kommitténs förslag för Uppsala och Lund, när obligatorisk undervisning igångsättes i Göteborg.

Kommittén föreslår slutligen, att samtliga neurologiska kliniker förses med skrivpersonal i likhet med andra motsvarande medicinska institutioner.

Tjänster	Nuvarande personal			Kommitténs förslag			
	U	L	Sthlm Seraf.	U	L	Sthlm Seraf.	Södersj.
Professor		1	1	1	1	1	
Biträdande lärare				4 350	4 350	4 350	
Undervisningsarvode							12 700
							6 000
Lärare vid en extra kurs			1 200			—	
Klinisk amanuens		1			1		
Laboratoriebiträde			1			1	
Kanslibiträde				1	1	1	
Kontorsbiträde		½			—		

Kostnadsberäkning

Uppsala. En professor och ett kanslibiträde tillkommer. Arvode för biträdande lärare beräknas enligt ovan angivna grunder.
30 720 + 7 968 + 4 350 = 43 038 kr.

Lund. Tjänsten som kontorsbiträde (för närvarande halvtidstjänstgöring) omvandlas till en kanslibiträdestjänst med heltidstjänstgöring. Ett arvode för biträdande lärare beräknas.
7 968 — 3 468 + 4 350 = 8 850 kr.

Stockholm.

Serafimerlasarettet. Ett kanslibiträde tillkommer varjämte arvoden för biträdande lärare beräknas. Nuvarande arvode à 1 200 kronor till lärare vid en extra kurs i neurologi indrages.
8 652 + 4 350 — 1 200 = 11 802 kr.

Södersjukhuset. För lärare i neurologi beräknas arvoden å tillhopa 12 700 kronor, varjämte arvoden för de i undervisningen deltagande underläkarna beräknas till 6 000 kronor.

12 700 + 6 000 = 18 700 kr.

Härtill kommer ett årligt materielanslag av 6 000 kr.

Summa 88 390 kr.

Kap. 38. OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI

Nuvarande undervisning

Enligt examensstadgan omfattar ämnet obstetrik och gynekologi havandeskapets, förlossningens och barnsängens fysiologi, patologi och terapi, samt kvinnosjukdomarnas patologi och terapi. Undervisningen meddelas under en tjänstgöring på fyra månader, vilken ej får kombineras med annan kurs eller tjänstgöring.

I *Uppsala* ges två kurser årligen med 20 deltagare per kurs. Under kursen ges kliniska föreläsningar och demonstrationer (dubbeltimmar) fyra gånger i veckan av klinikchefen. Därjämte undervisar amanuensen under 15 föreläsningstimmar (enkeltimmar) i förlossnings- och operationsteknik.

I *Lund* ges tre kurser per år, av vilka två ledes av klinikchefen och en av biträdande lärare. Antalet deltagare är maximalt 10 på varje kurs. Under kursen meddelas 45—50 kliniska föreläsningar (dubbeltimmar). Varje vecka förekommer dessutom en eller två konferenser på vardera 1 timme, som bevistas av de tjänstgörande. Härvid medverkar representanter för patologiska institutionen eller psykiatriska kliniken. Vid varje kurs ger biträdande lärare i obstetrisk operationslära en s. k. tångkurs, omfattande 15 dubbeltimmar kliniska föreläsningar och demonstrationer. Under tjänstgöringen meddelas också undervisning i gynekologisk radiologi vid jubileumskliniken dels i form av föreläsningar under 4—6 timmar, dels som demonstrationer för mindre grupper av studerande.

I *Malmö* ges tre kurser årligen med 10 deltagare per kurs. En av kurserna leds av biträdande lärare. Tre gånger i veckan håller kursgivaren 1 timmes föreläsning följd av 1 timmes demonstration. Den s. k. tångkursen är av samma omfattning som i Lund. Undervisning i gynekologisk radiologi meddelas vid jubileumskliniken i Lund.

I *Stockholm* meddelas undervisning vid karolinska sjukhuset och Sabbatsbergs sjukhus.

Vid karolinska sjukhuset uppgår antalet kurser årligen till sex med 10 elever per kurs. Genom att en ny kurs börjar efter två månader kommer alltid en äldre- och en yngrekurs att tjänstgöra samtidigt på kliniken, där alltså ständigt 20 studerande undervisas. Under kurserna ges fortlöpande föreläsningar 4 timmar i veckan jämte kliniska demonstrationer (dubbeltimmar) antingen av klinikchefen eller vederbörande biträdande lärare. På polikliniken meddelas handledning åt de studerande under 3 timmar dagligen. Under varje kurs ger förste underläkaren propedeutiska föreläsningar under 20 enkeltimmar. Samtliga studerande undervisas också i gynekologisk radiologi på radiumhemmet under 4 timmar.

Vid Sabbatsbergs sjukhus är undervisningen i huvudsak anordnad på

samma sätt som vid karolinska sjukhuset.

I *Göteborg* har undervisning i ämnet ännu ej meddelats.

Förhållandena i utlandet

En granskning av undervisningen i Danmark, Norge, England och Förenta staterna visar i stort, att under tiden för studier till licentia practicandi utbildningen vare sig teoretiskt eller praktiskt når den omfattning, den har i Sverige.

I *Danmark* har nyligen en fakultetskommitté framlagt förslag till ny studieordning. Enligt denna skall de studerande under den kliniska, andra delen av studierna åhöra föreläsningar i obstetrik och gynekologi 4 timmar i veckan under sjätte och sjunde terminerna. Under en av dessa terminer skall de fullgöra en obligatorisk praktikanttjänst på en månad i gynekologi och obstetrik. Under bägge dessa terminer följes annan undervisning omfattande mellan 20 och 25 timmar i veckan. Den föreslagna undervisningen är praktiskt taget av samma omfattning som i gällande studieordning, men praktikanttjänsten har förlagts före examen i stället för som nu efter densamma.

I *Norge* ingår i den omorganiserade läkarutbildningen obstetrik och gynekologi under den tredje avdelningens första termin. Undervisningen pågår en dubbeltimme fem dagar i veckan under fyra månader. Samtidigt pågår även undervisning i barnsjukdomar, hygien, socialmedicin och psykiatri.

I *England* skall enligt de 1947 av the General Medical Council utfärdade bestämmelserna klinisk och poliklinisk instruktion i obstetrik och gynekologi meddelas under sex månader varunder även systematiska föreläsningar ges. Minst två av dessa månader skall fullgöras på förlossningsavdelning, och den studerande skall under denna tid handlägga minst tolv förlossningsfall, varav minst fem på sjukhuset.

I *Förenta staterna* försiggår undervisningen i gynekologi och obstetrik i regel och även vid de främsta medicinska högskolorna så, att den huvudsakligen omfattar katedral undervisning och ronder under de båda sista, kliniska åren. Endast en kortare tid, oftast ett par veckor, tjänstgör de studerande på en specialavdelning för obstetrik och gynekologi för att få en viss manuell praktisk träning. Föreläsningar i ämnet ges i form av under de sista två åren fortlöpande serier, ofta med en speciell dag i veckan för ämnesgruppen i fråga. Under de praktiska två veckorna tjänstgör den studerande helt som "clinical clerk" på obstetrisk-gynekologiska klinikerna.

Tidigare diskussion

Vid flera tillfällen har en ändring ifrågasatts av undervisningen i obstetrik och gynekologi. Omkring år 1930 var de obstetrisk-gynekologiska klinikernas utbildningskapacitet otillräcklig, och långa väntetider uppstod för de studerande. Dåvarande universitetskanslern riktade med anledning härav en förfrågan till de olika lärosätena, huruvida antalet utbildningsplatser skulle kunna ökas genom en förkortning av kursen i obstetrik och gynekologi. I sitt svar framhöll fakulteten i Uppsala, att den dåvarande utbildningstiden gåve de studerande alltför få tillfällen att leda komplicerade förlossningar och att den praktiska tjänstgöringen måste anses som ett minimum. För tjänsteläkare och därmed jämställda vore det nödvändigt med en extra utbildning i obstetrik, om de med någon säkerhet skulle behärska fallen inom sin praktik. Fakulteten i Lund menade, att en förkortning av tjänstgöringstiden skulle

medföra en försämring i utbildningen. Karolinska institutets lärarkollegium ansåg sig icke kunna avge ett bestämt svar utan föreslog en närmare utredning.

LS anförde, att materialet på de olika kvinnoklinikerna ur undervisningssynpunkt ej vore fullt likvärdigt. Abnorma förlossningar i form av tångförlossningar eller sätesbjudningar handlades endast i ett mindre antal fall av vederbörande tjänstgörande. Av de 157 studerande, som år 1937 passerat allmänna barnbördshuset och karolinska sjukhuset, hade 47 % ej utfört någon tångförlossning och 29 % hade ej kommit i tillfälle att handlägga någon sätesbjudning. Även för Uppsalas del vore situationen likartad, under det att i Lund materialet under ifrågavarande tidsperiod syntes ha varit något bättre. Vid studentriksdagen i Lund år 1938 hade således framlagts en sammanställning från Lund, av vilken framgick att de tjänstgörande under perioden 1935—38 handlagt i medeltal 50 normalförlossningar, två tångförlossningar och en till två sätesbjudningar vardera. Vändning av foster eller intrauterina ingrepp hade emellertid blott var femte kandidat kommit i tillfälle att utföra.

LS diskuterade för sin del möjligheten av en viss förkortning av undervisningen i obstetrik-gynekologi. Härvid hänvisades dels till de många nya ämnen, som måste upptas på studieschemat, dels till att ämnet obstetrik och gynekologi, så viktigt och betydelsefullt det än vore, dock för många av de blivande läkarna komme att bli ett ämnesområde som fortsättningsvis ytterst sällan berördes. LS påpekade också, att barnaföderskorna i allt större antal sökte sig in till barnbördshusen och att det antal läkare, som sysselsatte sig med obstetrik, därför bleve allt mindre. Det kunde därför synas rimligt och lämpligt att nedskära undervisningen i ämnet i den allmänna läkarutbildningen och i stället utvidga och förbättra utbildningen för den grupp läkare, som i framtiden helt eller delvis komme att ägna sig åt obstetrik och gynekologi.

Även på studenthåll var man inne på frågan om en förkortning av studietiden i obstetrik-gynekologi. Vid studentriksdagen i Lund år 1938 gjordes i en huvudresolution följande uttalande.

> Obstetrik och gynekologi har på grund av de förändringar i förlossningsvårdens struktur, som utvecklingen medfört, ansetts kunna begränsas till en kurs på tre månader. Härvid torde med ökat antal kurser och minskat antal kursdeltagare samma patientmaterial som hittills likväl kunna utnyttjas.

I LS diskussioner med dåvarande ämnesrepresentanter i Stockholm framförde professorerna E. Ahlström och J. Olow, att den i den allmänna läkarutbildningen ingående tjänstgöringen i obstetrik och gynekologi mycket väl kunde reduceras till tre månader. I stället borde enligt deras mening de studerande, vilka i framtiden ämnade ägna sig åt obstetrik, genomgå ytterligare utbildning i ämnet. Detta uttalande motiverades med att undervisningen i obstetrik och gynekologi trots sin omfattning icke gåve en tillräcklig träning för att ge tillfredsställande praktisk utbildning. Dåvarande ämnesrepresentanten i Lund, professor A. Westman, framhöll dock i dessa diskussioner, att de studerande efter fyra månaders utbildning vore kompetenta att i praktiken handlägga och ha ansvar för förlossningar och att på den grund en minskning av utbildningstiden till tre månader skulle vara till nackdel. Professor Westman anförde, att en stor del av läkarkåren åren efter examen tjänstgjorde på befattningar som underordnade läkare vid landsortslasarett, där

det kommer på deras lott att handha och leda förlossningar. Likartade synpunkter framfördes av professor J. Næslund i Uppsala.

LS uttalade sammanfattningsvis, att förlossningarna numera i mycket stor utsträckning handlades på förlossningsavdelningar eller av barnmorska, vilken om så erfordrades kunde tillkalla en tjänsteläkare samt att den nuvarande utbildningen icke vore tillräckligt omfattande för att de studerande efter avlagd examen skulle kunna utföra obstetriska ingrepp på ett betryggande sätt. Skulle utbildningen avse att göra detta senare möjligt, måste den sålunda ökas. LS ansåg sig dock icke kunna tillråda detta, då uppenbarligen ett mycket stort antal läkare efter sin examen aldrig handlade en förlossning och således ej vore i behov av en omfattande utbildning i ämnet. Såsom skäl för en utbildning med målet att göra varje studerande kompetent att på eget ansvar handlägga obstetriska fall hade anförts, att ett stort antal unga läkare utan obstetrisk specialutbildning på kirurgisk avdelning med barnbördsavdelning finge sköta arbetet på dessa avdelningar. LS anförde häremot, att centraliseringen av förlossningen till specialavdelningar hade skett bl. a. för att garantera en fullgod läkarvård, och att under inga förhållanden arbetet på en sådan avdelning helt borde överlämnas åt en läkare, som endast genomgått fyra månaders utbildning i obstetrik och gynekologi. Liksom unga läkare utan specialutbildning i kirurgi när de toge anställning vid kirurgiska avdelningar efterhand under äldre kollegers överinseende finge bygga på sitt kirurgiska omdöme och handlag, så borde, yttrade LS, den oerfarne underläkaren på en förlossningsavdelning mest handlägga okomplicerade fall, medan de svårare fallen sköttes av mer erfarna läkare. När den nyblivne läkarens erfarenhet utvecklats kunde han efter hand sköta alltmer komplicerade fall. Som skäl för en utökad utbildning i obstetrik hade även anförts att unga läkare ofta förordnades som vikarier för tjänsteläkare, i vilket arbete även inginge skyldighet att handlägga obstetriska fall. LS anförde härom, att det vore omöjligt att under den obligatoriska utbildningen bibringa de studerande så stora kunskaper och en så rik erfarenhet att de vore vuxna alla de situationer, i vilka en läkare kunde råka. Utbildningen måste anordnas efter de rimliga krav, som erfarenheten visat vara till fyllest i de allra flesta fall. I framtiden syntes man icke behöva förordna läkare utan specialutbildning i obstetrik till tjänster, som krävde sådan sakkunskap. De läkare som ämnade ägna sig åt obstetrik borde ha kompletterande utbildning efter examen.

I sitt slutliga ställningstagande yttrade LS, att någon mera väsentlig nedskärning av undervisningen i obstetrik och gynekologi icke borde komma ifråga. Emellertid skulle en viss begränsning ske. Tjänstgöringen inskränktes i Stockholm till tre månader. Härigenom kunde flera kurser årligen ges med färre deltagare än dittills, vilket trots den kortare studietiden borde ge varje studerande tillfälle att handlägga lika många förlossningar och patologiska fall som förut. I Uppsala och Lund skulle tjänstgöringen pågå under fyra månader, men skulle i gengäld obligatoriskt kombineras med psykiatrikursen under två av dessa månader. Undervisningen om de gynekologiska tumörerna borde kompletteras under kursen i radioterapi, och i undervisningen i obstetrik och gynekologi borde ingå en orientering över de socialmedicinska frågor, som berör ämnesområdet.

Vid remissbehandlingen uttalade medicinska fakulteten i Uppsala, under hänvisning till ett utlåtande av ämnesrepresentanten, professor Næslund, att den nedskärning till tre månader, som föreslagits för Stockholms del, endast kunde menligt inverka på utbildningen. Lärarkollegiet vid karolinska institutet fann icke något att invända mot förslaget till studieplan för obstetrik och gynekologi. Dock tillstyrktes förslaget om förkortningen av kursen till tre månader endast under förutsättning att obligatorisk tjänstgöring efter licentiatexamen anordnades för dem, som i praktiken skulle sysselsätta sig med ämnet.

Medicinska föreningen i Stockholm ansåg förkortningen av tjänstgöringen till tre månader befogad.

I sitt överarbetade förslag yttrade LS, att vissa av dem företagna undersökningar hade visat, att yngre läkare i stor utsträckning under någon tid förordnades som vikarier för tjänsteläkare, och att vidare tjänsteläkare ej sällan handhade vården vid smärre förlossningsanstalter. Med hänvisning härtill uttalade LS, att det måhända kunde vara tillrådligt att icke för närvarande begränsa tjänstgöringstiden på sätt som tidigare föreslagits.

Kommittén

Kommittén har i annat sammanhang diskuterat målet för den allmänna läkarutbildningen och de kliniska ämnenas inbördes ställning och omfattning. Enligt kommitténs mening bör undervisningen till licentiatexamen främst syfta till en grundlig utbildning i huvudämnena medicin, kirurgi, pediatrik, psykiatri och socialmedicin. I de kliniska specialämnena, till vilka kommittén räknar obstetrik och gynekologi, kan undervisningen ges en mera elementär och översiktlig inriktning. Undervisningen bör där omfatta endast det som är av praktiskt och vetenskapligt intresse för envar läkare.

När det gäller att bedöma, vad varje läkare kan behöva ha kännedom om inom obstetrik och gynekologi, måste man till att börja med uppmärksamma den fortlöpande utvecklingen inom den obstetrisk-gynekologiska specialiteten. Redan i LS betänkande anfördes denna utveckling som ett argument för en viss minskning av obstetrikens och gynekologiens omfattning i den allmänna läkarutbildningen.

Under det decennium som gått sedan dess har specialiseringen fortgått mycket snabbt beträffande obstetrik och gynekologi. Några siffror som belyser utvecklingen kan anföras. År 1920 fanns i Sverige på anstalter av lasarettskaraktär 664 vårdplatser på barnbördsavdelningar med eller utan specialläkare. År 1940 hade antalet vårdplatser stigit till 1 693 och år 1949 till 3 603. Antalet vårdplatser för gynekologiska fall med egen specialläkare utgjorde åren 1920, 1940 och 1949 respektive 109, 448 och 990. Ett ytterligare belägg för att obstetriken numera till alldeles övervägande del handhas i sluten vård kan anföras. I medicinalstyrelsens redogörelse för år 1950 (SOS, Allmän hälso- och sjukvård) redovisas sammanlagt 115 957 förlossningar i riket för detta år. Siffran omfattar förlossningar på anstalter samt utom anstalt, när barnmorska biträtt. Det relativt ringa antal förlossningar utom anstalt, där barnmorska icke biträtt, ingår alltså ej i siffran. Av de redovisade förlossningarna inträffade 52 854 på specialanstalt för förlossningsvård under överinseende av specialläkare, 48 052 på annan förlossningsavdelning vid lasarett eller förlossningsavdelning vid sjukstuga, 7 924 på förlossningshem eller därmed likställd anstalt samt 318 på sjukstugor utan

barnbördsavdelningar. Endast 6 809 eller knappt 6 % av samtliga förlossningar ägde rum utom anstalt i patientens eller barnmorskas hem.

Sjukvårdssituationen i Sverige har sålunda under senare år påtagligt förändrats för obstetrikens och gynekologiens del. Ett allt större antal av även normala förlossningar sker i sluten vård antingen på specialklinik eller på förlossningsavdelning vid annat sjukhus. Endast ett mycket obetydligt antal normala förlossningar och ännu färre patologiska förlossningar skötes i öppen vård. Dessa senare fall torde, i den mån de ej handlägges av enbart barnmorskor, skötas av tjänsteläkare, av vilka dock många stundom under flera år i underordnad ställning tjänstgjort på obstetrisk-gynekologiska avdelningar eller på kirurgiska avdelningar, där vederbörande överläkare haft full specialistkompetens i obstetrik och gynekologi. All sannolikhet talar för att ett allt mindre antal men i gengäld så mycket bättre utbildade läkare i framtiden kommer att sköta vården av de obstetrisk-gynekologiska fallen, och att det stora flertalet läkare i allt mindre utsträckning kommer att ta befattning med komplicerade förlossnings- och sjukdomsfall.

Det första argument, som brukar anföras för ett bibehållande eller en utökning av den nuvarande undervisningen, nämligen att de flesta läkare i sin praktiska verksamhet får handlägga ett avsevärt antal normala förlossningar och även måste ta ställning till komplicerade fall inom obstetriken och gynekologien, torde sålunda icke nu äga den tyngd, som det hade ännu för tio år sedan. Det andra argumentet för ett bibehållande av den nuvarande undervisningens omfattning, nämligen att förlossningsfallen på kirurgiska avdelningar med särskilda förlossningsplatser alltid får skötas av de yngsta underläkarna, vilka därför redan i den allmänna läkarutbildningen måste ha en relativt omfattande obstetrik- och gynekologiutbildning, bemöttes redan av LS. Om detta påtalade missförhållande alltjämt består, så finns all anledning understryka vad LS uttalade i denna fråga, nämligen att under inga förhållanden arbetet på en sådan speciell avdelning helt borde överlämnas åt en läkare, som endast genomgått en fyramånaders utbildning i obstetrik och gynekologi.

I dessa sammanhang kan man vidare anföra, att inte ens en utbildning som den nuvarande under fyra månader kan ge den studerande en tillräcklig erfarenhet i handläggningen av abnorma förlossningar av olika slag. LS framlade en utredning, som klart utvisade detta, och alltjämt torde de tjänstgörande endast i mycket ringa utsträckning få en sådan vidsträckt erfarenhet av abnorma förlossningar under sina studier. Det torde fortfarande förekomma talrika fall, där en tjänstgörande handlagt högst en eller annan patologisk förlossning under hela sin utbildning. Det skulle sålunda behövas en betydligt utvidgad utbildning för att göra varje läkare skickad att på egen hand sköta en sådan verksamhet.

Det synes därför uppenbart att de flesta läkare numera har mindre behov av utbildning i obstetrik och gynekologi än tidigare på grund av den fortgående utbyggnaden av specialistväsendet. Å andra sidan har särskilt inom gynekologien vissa områden, exempelvis hormonläran, utvidgats. Vidare krävs av nutidens läkare större kunskaper om abortproblem, förebyggande mödravård och andra socialmedicinska problem. I detta sammanhang kan dock anföras, att kommitténs förslag angående särskild undervisning i socialmedicin medför en viss avlastning även för ämnet

obstetrik-gynekologi. Om dessa olika omständigheter beaktas, synes det kommittén att tyngdpunkten i undervisningen måste flyttas från obstetriken till gynekologien. Undervisningens mål bör vara att bibringa de studerande praktiska kunskaper av allmänt intresse och sådana som är viktiga för deras fortsatta verksamhet inom medicinens olika fält. Den som i framtiden däremot helt eller delvis kommer att ägna sig åt en praktik, där obstetriska fall förekommer, måste genomgå en ytterligare utbildning i ämnet. Redan före medicine licentiatexamen ges i den av kommittén planerade utbildningen möjlighet till en viss dylik specialundervisning. Kommittén föreslår nämligen en assistenttjänstgöring under två månader i valfritt kliniskt ämne, vilken tjänstgöring då i lämpligt fall kan förläggas till en obstetrisk-gynekologisk avdelning.

När kommittén diskuterat längden av kursen i obstetrik har tre alternativ beaktats:

1. Vidhållande av den nuvarande kursen till fyra månader.
2. En förkortning av kursen till tre månader.
3. En förkortning av kursen till två månader.

Vid sin bedömning av frågan har kommittén även tagit ställning till resultaten av en försökskurs på två månader, som anordnats under år 1951 i Lund och Malmö genom stort tillmötesgående av vederbörande ämnesrepresentanter. Under den intensifierade tvåmånaderskursen följde de studerande föreläsningar både i Lund och Malmö samt fullgjorde praktiska övningar på respektive klinik. Deras kunskaper kontrollerades vid ett förhör efter kursen. Efter försökskursen, som självfallet icke helt kunde motsvara en definitiv anordning under en tvåmånaderskurs, anförde kursledarna, professorerna S. Genell och A. Sjövall, bl. a. följande:

> I den utformning försökskursen haft synes den med ovan anförda reservationer ha givit en någorlunda tillfredsställande allmän orientering över ämnets viktigaste delar. Kunskapskontrollen visar emellertid att vad som i undervisningen meddelats och kunnat inhämtas genom bokligt självstudium, icke motsvarat fordran på att de studerande tillförsäkrats den medicinska allmänbildning i obstetrik och gynekologi, som varje läkare behöver. Tiden har varit alltför knapp för att hinna smälta det inhämtade och tillräckligt fästa det i minnet. Den praktiska övningen har för samtliga blivit alltför fragmentarisk och avgjort otillräcklig.

Sammanfattningsvis konstaterade professorerna Genell och Sjövall, att försöket icke syntes uppmuntra till en förkortning av undervisningen i obstetrik och gynekologi från fyra till två månader. Efter att ha tagit del av utlåtandet om denna provkurs anförde professor Westman, att enligt hans mening de studerande fått en tämligen god teoretisk allmän orientering i ämnet obstetrik och gynekologi, men att den praktiska utbildningen ingalunda varit tillräcklig. Professor P. Wetterdahl hävdade, att ämnet obstetrik och gynekologi icke kunde betraktas som tillhörande de mindre ämnena och att fysiologiska företeelser av synnerligen invecklad och ingripande natur hos alla kvinnor från menarche till livets slut innefattades i ämnet och därtill väl hälften av alla sjukliga företeelser under denna tid. Det syntes honom betänkligt att minska den nuvarande tiden för undervisningen i ämnet. Även professor Næslund anförde på likartade grunder, att en förkortning till två månader av kursen i obstetrik och gynekologi kunde medföra betydande olägenheter för sjukvården.

Det synes sålunda råda enighet bland ämnesföreträdarna för obstetrik och gynekologi om att en förkortning av

undervisningen i ämnet till två månader skulle innebära en avsevärd försämring av undervisningen. Kommittén vill icke, efter att ingående ha övervägt de olika skäl som anförts för och emot en förkortning av kursen i obstetrik och gynekologi, föreslå en sådan förkortning till två månader, främst med hänsyn till tillkomsten av nya icke oväsentliga områden, framför allt inom ämnet gynekologi. Å andra sidan måste kommittén med hänsyn till utvecklingen dock framhålla, att vården av de obstetrisk-gynekologiska fallen mer och mer överförts till specialavdelningar. Med hänsyn till de olika omständigheter som tidigare diskuterats och även med tanke på erfarenheterna vid den två månader långa försökskursen i Lund och Malmö vill kommittén föreslå, att kursen i obstetrik och gynekologi skall omfatta tre månader.

Under kursen i obstetrik och gynekologi bör meddelas föreläsningar jämte kliniska demonstrationer över ämnets huvuddelar under cirka 100 timmar per kurs. I denna undervisning bör ingå de teoretiska delarna av den obstetriska operationsläran. Några av dessa föreläsningstimmar bör eventuellt under medverkan av en specialist ägnas åt hithörande del av den kliniska bakteriologien. Under denna tid bör även beaktas socialmedicinska spörsmål, den förebyggande mödravården, lagstiftning rörande aborter, steriliseringar m. m. Särskild uppmärksamhet bör även ägnas de sexualhygieniska frågorna, och de studerande bör undervisas angående preventivmedel och öva utprovning m. m. Under varje kurs bör de studerande under 20 timmar handledas i den obstetriska och gynekologiska undersöknings- och behandlingsmetodiken. Den praktiska tjänstgöringen bör omfatta tjänstgöring på förlossningsavdelning och gynekologisk avdelning samt poliklinisk tjänstgöring inom gynekologien. I det praktiska arbetet bör den obstetriska sidan minskas till förmån för gynekologien och den förebyggande vården. Således bör de studerande under någon tid följa arbetet på mödravårdscentral. I samarbete med radiologisk klinik eller radio-terapeutisk avdelning bör demonstrationer ges i gynekologisk radiologi så att varje studerande erhåller undervisning i ämnet under förslagsvis 4—6 timmar. I samarbete med den röntgendiagnostiska avdelningen bör den gynekologiskt-obstetriska röntgendiagnostiken ägnas särskild uppmärksamhet. Kursen i obstetrik och gynekologi får icke kombineras med annan kurs eller tjänstgöring med undantag för kursen i rättsmedicin. Kursen avslutas med slutförhör.

Den studerande, som under sin fortsatta utbildning till medicine licentiatexamen önskar tillägna sig ytterligare utbildning i obstetrik, har möjlighet härtill genom att fullgöra den valfria assistenttjänstgöringen om två månader vid obstetrisk-gynekologisk avdelning.

Anslagsfrågor

I *Uppsala* bör ges tre kurser årligen med 20 deltagare i varje. Klinikens undervisningsbörda kommer härvid att uppgå till 300 timmars föreläsningar och 60 timmars handledning i undersöknings- och behandlingsmetoder. För den senare undervisningen beräknas två timmar motsvara en föreläsningstimme. Av denna undervisning faller på professorn 130 timmar, varjämte han bör vara kursledare och examinator för två kurser. Den tredje kursen leds av en biträdande lärare, som även tjänstgör som examinator och ledare för denna kurs. För den undervisning och examination, som icke fullgörs av professorn, beräknas ett arvode av 10 850 kronor, att för-

delas på två eller flera biträdande lärare efter klinikchefens förslag. Slutligen inrättas en tjänst som kanslibiträde.

I *Lund* och *Malmö* bör tre kurser årligen ges på vardera universitetskliniken, med 10 deltagare i varje kurs. Biträdande lärarpersonal beräknas som i Uppsala för vardera kliniken.

I *Stockholm* beräknas tre kurser vid vardera kliniken på karolinska sjukhuset och Sabbatsbergs sjukhus med 20 deltagare per kurs. Undervisningsvolymen vid vardera kliniken motsvarar den i Uppsala, varför arvoden till biträdande lärare får beräknas på motsvarande sätt. En kanslibiträdestjänst inrättas på karolinska sjukhuset.

Undervisning i ämnet har ännu icke inletts i *Göteborg*. Studentantalet vid medicinska högskolan i Göteborg kräver tre kurser årligen med 20 deltagare per kurs. Kommittén förutsätter att vid det framtida inrättandet av en institution i Göteborg lärarpersonal beräknas efter motsvarande principer som för Uppsala.

Tjänster	Nuvarande personal					Kommitténs förslag				
				Sthlm					Sthlm	
	U	L	M	KS	Sabb.	U	L	M	KS	Sabb.
Professor	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bitr. lärare		2 100	4 000	2 750	2 750	10 850	10 850	10 850	10 850	10 850
		1 900								
Bitr. lärare i obstetrisk operationslära			2 700					—		
Undervisning i obstetrisk operationslära ...		2 250					—			
Lärare vid kurser i den normala förlossningens förlopp m. m.				2 100	2 100				—	—
Klin. amanuens		2	1				2	1		
Lab.biträde	1	1		1	2	1	1		1	2
Kanslibiträde ...		1	1		1	1	1	1	1	1

Tabellkommentar

Ur anslagsposten till lärare vid kurser i den normala förlossningens förlopp m. m. (Stockholm) må enligt gällande föreskrifter utgå arvoden å 350 kronor till lärare vid 12 kurser.

Kostnadsberäkning

Uppsala. För biträdande lärare beräknas arvoden enligt ovan angivna grunder. En tjänst som kanslibiträde inrättas.
10 850 + 7 968 = 18 818 kr.

Lund. Arvoden till biträdande lärare omräknas.
10 850 — 2 100 — 1 900 — 2 250 = 4 600 kr.

Malmö. Arvoden till biträdande lärare omräknas.
10 850 — 4 000 — 2 700 = 4 150 kr.

Stockholm.

Karolinska sjukhuset. Arvoden till biträdande lärare omräknas. En tjänst som kanslibiträde inrättas.
10 850 — 2 750 — 2 100 + 8 652 = 14 652 kr.

Sabbatsbergs sjukhus. Arvoden till biträdande lärare omräknas.
10 850 — 2 750 — 2 100 = 6 000 kr.

Summa 48 220 kr.

Kap. 39. OFTALMIATRIK

Nuvarande undervisning

Enligt gällande examensstadga genomgår de studerande en två månaders tjänstgöring i detta ämne. Oftalmiatrik är tentamensämne, och tentamen avlägges i regel omedelbart efter kursens slut. Tjänstgöringen får kombineras med upp till två andra kurser eller tjänstgöringar.

I *Uppsala* ges fyra kurser per år med vardera 12 deltagare. Kursen omfattar en timmes undervisning varje vardag under tjänstgöringsperioden eller tillhopa ca 52 timmar, vartill kommer 12 dubbeltimmars föreläsningar och övningar i undersökningsmetoder, givna av biträdande lärare. Den senare undervisningen är formellt frivillig men följes av alla kursdeltagare. De studerande tjänstgör under sex veckor dagligen på polikliniken, ca 3 ½ timmar per dag.

I *Lund* ges tre årliga kurser med 15 deltagare och upp till 5 extra deltagare per kurs. Undervisningen omfattar ca 60 timmar med föreläsningar fyra dagar i veckan. Under de första två veckorna genomgås härvid de kliniska undersökningsmetoderna, samtidigt som deltagarna under ledning av amanuens dagligen utför praktiska övningar. Poliklinikt jänstgöringen pågår under sex veckor med ca 3 timmar per dag, varvid kursen uppdelas i två hälfter med tjänstgöring varannan dag. I poliklinikarbetet ingår undersökning av konsultationsfall från lasarettets övriga avdelningar. I viss utsträckning deltar de studerande även i arbetet på vårdavdelningarna. I samband med kursen ges av social kurator en dubbeltimmes föreläsning med demonstration rörande sociala anordningar för vård av blinda och synsvaga.

I *Stockholm* ges årligen fyra ordinarie kurser på karolinska sjukhuset med 15 deltagare och lika många på Sabbatsbergs sjukhus med 10 deltagare i varje kurs. Undervisningen omfattar 43 timmars kliniska och polikliniska föreläsningar samt särskild kurs i ögonspeglingskonsten under 13 dubbeltimmar med övningar och patientdemonstrationer. Undervisning ges därutöver i form av klinisk rond och i samband med operationer. De studerande tjänstgör vid poliklinik och avdelning ca 4 timmar dagligen.

I *Göteborg* har under de senaste åren ett antal extrakurser givits, avsedda för studerande från de övriga undervisningsanstalterna.

Tidigare förslag

LS fann ingen anledning att föreslå ändring av kursens längd eller utformning. De framhöll dock, att undervisningen i ögonspegling borde ingå i den obligatoriska utbildningen. I samband

med kursen borde ges en repetition av ögats anatomi och histologi, varjämte de socialmedicinska aspekterna borde inarbetas. Remissmyndigheterna instämde i förslagen, och i överarbetningen företogs ingen ändring.

Frågan om avgränsningen mellan allmänläkarens och specialistens verksamhet inom oftalmiatriken har berörts av medicinalstyrelsen i dess utredning angående den öppna vården i riket (SOU 1948: 14 och 24). Medlemmen av vetenskapliga rådet, professor K. G. Ploman anförde (bilagan s. 298), att en allmänpraktiserande läkare finge antagas

kunna diagnosticera och behandla flertalet av följande ögonsjukdomar: vaglar, blefariter och lättare skador i ögonlocken, akuta och kroniska okomplicerade bindehinnekatarrer, okomplicerade flykten, okomplicerade tårvägsstenoser, okomplicerade hornhinnesår, främmande kroppar i hornhinnan;

äga en viss färdighet att med ögonspegel granska ögonmedierna och ögonbotten samt kunna bestämma synskärpa och refraktion vid sfäriska ametropier och förordna presbyopglas.

Han finge även anses skickad att i samråd med ögonspecialist övervaka behandlingen av åtskilliga kroniska och recidiverande ögonsjukdomar, såsom iriter o. a., samt behandlingen av konkomiterande skelning.

Kommittén

Undervisningen i oftalmiatrik bör anpassas till de allmänna synpunkter, som ovan framförts om de kliniska specialämnena. Kommittén kan för sin del instämma i professor Plomans synpunkter beträffande allmänläkarens oftalmiatriska verksamhet, och dessa allmänna riktlinjer kan tjäna som ledning vid fastställandet av kunskapsfordringarna. Vid undervisningen i oftalmiatrik bör ögats anatomi, histologi och fysiologi inledningsvis beröras. Den teoretiska undervisningen i de oftalmiatriska undersökningsmetoderna ges för närvarande vid vissa kliniker som särskilda kurser i ögonspegling. Kommittén föreslår, att även denna undervisning ingår som ett led i den ordinarie undervisningen och finner således icke särskilda kurser i ögonspegling nödvändiga, särskilt med hänsyn till önskvärdheten av en viss begränsning av undervisningens omfattning. Huvuddelen av undervisningen bör omfatta den kliniska oftalmiatriken i anslutning till vad som ovan anförts om allmänläkarens oftalmiatriska verksamhet. Vid undervisningen bör förändringar i synorganet vid allmänsjukdomar och diagnostiken vid sådana sjukdomstillstånd utgöra en väsentlig del av lärostoffet. Inom den obligatoriska undervisningens ram bör även hithörande delar av socialmedicinen beaktas.

Undervisningen i ämnet bör samlas i en två månaders kurs, varunder ges ca 50 timmars föreläsningar, vilka bör omfatta de ovan angivna delarna av ämnet. Det bör ankomma på ämnesläraren att fördela undervisningen på ämnets olika delar. Den praktiska undervisningen bör omfatta ca 10 timmars övning i de oftalmiatriska undersökningsmetoderna. Denna övning är avsedd att komplettera den teoretiska undervisningen i ögonspegling och förläggas till kursens inledning. Vidare bör de studerande tjänstgöra vid poliklinik, varunder fall av intresse demonstreras för dem av de vid polikliniken tjänstgörande läkarna. På avdelningarna inneliggande vårdfall bör demonstreras vid föreläsningar och kliniska ronder, medan däremot en praktisk tjänstgöring på vård- och operationsavdelningar icke synes erforderlig. Enligt kommitténs mening bör den väsentligaste delen av den praktiska undervisningen ske på polikliniken.

Kursen i oftalmiatrik bör planläggas så, att de studerande kan kombinera den med vissa andra kurser (se kapitlet

om studieplanen). Kursen bör avslutas med slutförhör.

Anslagsfrågor

I Uppsala, Lund och *Göteborg* kommer ca 60 studerande att passera ögonkliniken årligen, och kommittén föreslår, att det vid dessa kliniker anordnas fyra kurser årligen med ca 15 deltagare per kurs. Undervisningsvolymen vid vardera kliniken kan beräknas till ca 200 föreläsningar samt 40 timmars handledning i oftalmiatriska undersökningsmetoder. Av denna undervisning beräknas 130 timmar ankomma på professorn, varjämte denne leder och sköter examinationen för två av kurserna. Den övriga undervisningen jämte examination och handledning för två kurser torde böra anförtros biträdande lärare, avlönade med arvode. Arvodets storlek kan totalt beräknas till 5 650 kronor i enlighet med kommitténs allmänna principer för beräkning av dylika arvoden. Arvodet bör ges åt en eller två biträdande lärare efter institutionschefens förslag. I Göteborg bör en kanslibiträdestjänst inrättas.

I *Stockholm* med dess hela elevantal på 120 per år erfordras att liksom hittills Sabbatsbergskliniken utnyttjas för undervisning i oftalmiatrik jämsides med kliniken på karolinska sjukhuset. För att hela antalet studerande skall kunna tas om hand vid kurserna i Stockholm fordras en utökning av antalet studerande per kurs vid kliniken på karolinska sjukhuset. Vid kommitténs överläggningar med klinikchefen har denne meddelat, att en utökning av deltagarantalet vid kurserna till 20 är möjlig, under förutsättning att undervisningsmaterialet utökas. Kommittén föreslår med anledning härav, att ytterligare en underläkartjänst inrättas. Kommittén förutsätter vid sina fortsatta beräkningar, att karolinska sjukhusets ögonklinik årligen ger fyra kurser med 20 deltagare per kurs. För undervisningen erfordras därvid ett arvode för biträdande lärare på 5 800 kronor. En viss förstärkning av klinikens skrivpersonal synes nödvändig.

Kommittén föreslår, att undervisningen vid kliniken på Sabbatsbergs sjukhus fortsätter efter samma linjer som hittills. En utökning av deltagarantalet vid dessa kurser kan med hänsyn till klinikens trånga lokaler icke komma i fråga, utan kommittén beräknar, att årligen vid denna klinik ges fyra kurser med vardera tio deltagare. För denna undervisning bör i enlighet med kommitténs allmänna regler för arvodesberäkningen utgå ett arvode på 13 800 kronor att fördelas med 3 450 kronor per kurs. För närvarande utgår dessutom arvoden till två vid avdelningen

Tjänster	Nuvarande personal					Kommitténs förslag				
	U	L	Sthlm KS	Sthlm Sabb.	G	U	L	Sthlm KS	Sthlm Sabb.	G
Professor	1	1	1		1	1	1	1		1
Biträdande lärare (arvode)	6 200		5 400	12 000		5 650	5 650	5 800	13 800	5 650
Lärare i ögonspeglingskonsten (arvode)			1 900					—		
Klinisk amanuens		2			1		2			1
Laboratoriebiträde			½					½		
Kanslibiträde	1	1	½			1	1	1		1
Kontorsbiträde									1	
Arvoden till underläkare och sköterska				9 000					10 800	

tjänstgörande underläkare med tillhopa 4 000 kronor samt till sköterska med 5 000 kronor. Kommittén föreslår, att dessa arvoden uppräknas med 20 %.

Tabellkommentar

Vid karolinska sjukhuset är arvodet till lärare i ögonspeglingskonsten avsett för två kurser. Laboratoriebiträdet och kanslibiträdet har för närvarande halvtidstjänstgöring.

Av anslagsposten till undervisning i oftalmiatrik vid ögonavdelningen å Sabbatsbergs sjukhus skall enligt gällande bestämmelser utgå dels i arvoden åt biträdande lärare tillhopa 12 000 kronor (3 000 kronor för envar av fyra kurser per år), dels även i arvoden åt två vid avdelningen tjänstgörande underläkare tillhopa 4 000 kronor. Det som arvode till sköterska redovisade beloppet, 5 000 kronor, upptas i statsliggaren under materielanslaget till karolinska institutet.

Professuren i oftalmiatrik i Göteborg har inrättats från och med den 1 januari 1953. Arvode till kursledare för den oftalmiatriska undervisningen, vilket under budgetåret 1951/52 utgått med 6 000 kronor, har under budgetåret 1952/53 uppförts med ett till hälften reducerat belopp och skall därefter bortfalla.

Kostnadsberäkning

Uppsala. Arvodet till biträdande lärare omräknas enligt ovan anförda grunder.

5 650 — 6 200 = — 550 kr.

Lund. Arvode för biträdande lärare beräknas enligt ovan anförda grunder. 5 650 kr.

Stockholm.

Karolinska sjukhuset. Arvodet för biträdande lärare omräknas enligt ovan anförda grunder, varvid nuvarande särskilda arvode för undervisningen i ögonspeglingskonsten bortfaller. Kliniken får disponera över ett heltidsanställt kanslibiträde. En förste underläkartjänst inrättas.

VIII huvudtiteln 5 800 — 5 400 — 1 900 + 4 326 = 2 826 kr.
XI huvudtiteln 21 924 kr.

Sabbatsbergs sjukhus. Arvodet för biträdande lärare omräknas enligt ovan anförda grunder. Arvoden till underläkare och sköterska uppräknas, varjämte en kontorsbiträdestjänst tillkommer.

13 800 — 12 000 + 10 800 — 9 000 + 7 548 = 11 148 kr.

Göteborg. Arvode för biträdande lärare beräknas enligt ovan anförda grunder. En tjänst som kanslibiträde inrättas.

5 650 + 8 304 = 13 954 kr.

VIII huvudtiteln 33 028 kr.
XI huvudtiteln 21 924 kr.

Summa 54 952 kr.

Kap. 40. OTO-RHINO-LARYNGOLOGI

Nuvarande undervisning

Undervisningen i oto-rhino-laryngologi omfattar en två månaders kurs med samtidig praktisk tjänstgöring vid kliniken. Kursen får enligt gällande bestämmelser kombineras med upp till två andra kurser. Då ämnet relativt sent utbrutits ur kirurgien innehåller nuvarande examensstadga ingen föreskrift om förhör i ämnet, men sådant förrättas enligt praxis sedan många år vid samtliga öronkliniker.

I *Uppsala* ges tre kurser per år med 16 deltagare. Undervisningen omfattar per kurs 76 timmars föreläsningar, 24 timmars kliniska ronder samt demonstrationer. Varje deltagare tjänstgör under 14 dagar av kursen vid poliklinik och klinik.

I *Lund* har tidigare givits två kurser per år med 20 deltagare. Från och med höstterminen 1952 ges tre kurser. Undervisningen omfattar för varje kurs 80 timmars kliniska föreläsningar samt 11—12 timmars polikliniskt undervisning (föreläsningar, demonstrationer och övningar). Varje studerande får tillfälle till praktiska övningar i undersökningsmetoder och arbete vid poliklinik och klinik minst fjorton dagar under varje kurs.

I *Stockholm* ges fyra kurser per år med 30 deltagare i varje kurs. Under varje kurs ges 48 timmars föreläsningar, 18 kliniska ronder och 12 timmars polikliniska demonstrationer. Dessutom hålles 8 timmars specialföreläsningar i akustik och foniatri. De studerande tjänstgör under varje kurs tre veckor vid poliklinik och under lika lång tid vid klinik.

Tidigare diskussion

LS framhöll vikten av att undervisningen i oto-rhino-laryngologi inriktades på att öka möjligheterna till praktisk utbildning. De föreslog därför att kursen skulle pågå under två månader utan rätt till kombination med annan kurs eller tjänstgöring. Därest kursen i studieplanen delvis måste kombineras med annan undervisning, skulle kurstiden utökas till tre månader. Någon särskild fristående assistenttjänstgöring föreslogs icke. I undervisningen borde ingå med ämnet sammanhängande delar av anatomien och socialmedicinen. Vid remissbehandlingen tillstyrkte medicinska fakulteten i Uppsala och lärarkollegiet i Stockholm förslaget, medan fakulteten i Lund föreslog att kursen skulle pågå under tre månader. LS överarbetade förslag ändrade icke den ursprungliga uppläggningen.

Kommittén

Patienter med öron-, näs- och halssjukdomar utgör en betydande del av allmänpraktikerns klientel. Trots en relativt tillfredsställande utbyggnad av specialistorganisationen i ämnet torde andra läkare än specialister alltjämt få behandla ett stort antal enklare sådana åkommor, varvid även smärre kirurgiska ingrepp kan förekomma. Undervisningen i ämnet bör med tanke härpå läggas upp så, att de studerande i stor utsträckning får arbeta med det polikliniska klientelet, vilket mest torde likna det som allmänläkaren har att ta ställning till, medan den kliniska tjänstgöringen har relativt mindre betydelse. Det torde dock vara nödvändigt att med hjälp av även det kliniska materialet demonstrera användningen av de moderna läkemedlen av typen kemoterapeutica och antibiotica inom oto-rhino-laryngologien. De studerande bör under kursen få tillfälle att under lärarnas överinseende utföra smärre ingrepp, så-

som paracentes, öppnande av halsböld och dylikt. Vid undervisningen bör audiologien och foniatrien vinna beaktande. Under föreläsningarna berörs inledningsvis med ämnet sammanhängande delar av anatomien, fysiologien, bakteriologien och röntgenologien, eventuellt genom någon eller några föreläsningar av specialister. De socialmedicinska synpunkterna på ämnet bör särskilt understrykas.

Kommittén föreslår att oto-rhino-laryngologien undervisas under en kurs på två månader, varvid de studerande får åhöra ca 50 föreläsningar och delta i det polikliniska och det kliniska arbetet. Föreläsningsserien bör omfatta ovan berörda specialområden av ämnet. Avvägningen mellan dess olika delar ankommer på ämnesläraren liksom även fördelningen av de tjänstgörandes arbete på poliklinik och klinik. I anslutning till det polikliniska arbetet torde under en inledande period av kursen undersökningsmetoderna inövas under kvalificerad ledning. Kursen får kombineras med vissa andra kurser eller tjänstgöringar (se kapitlet om studieplanen). Kursen bör avslutas med slutförhör.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag beträffande undervisningen i oto-rhino-laryngologi innebär i stort sett en oförändrad anordning med tyngdpunkten i undervisningen lagd på det polikliniska arbetet, där även en viss övning i enklare kirurgiska ingrepp bör beredas de studerande. Kommittén förutsätter med anledning härav, att även den kvalificerade lärarpersonalen handleder studenterna i dessa frågor. För att underlätta detta, föreslår kommittén att det för biträdande lärare beräknade arvodesbeloppet vid varje lärosäte fördelas på en klinisk och en poliklinisk lärare.

För *Uppsalas* och *Lunds* del föreslår kommittén, att tre kurser anordnas årligen med 20 deltagare per kurs. Professorn i ämnet är kursledare och examinator för två av dessa kurser, medan den tredje examineras av den kliniske biträdande läraren. Med en sådan anordning förlägges till kliniken ca 150 föreläsningstimmar per år. Handledning i undersökningsmetoderna bör anförtros en biträdande lärare och omfatta ca 2 timmar dagligen under två veckor eller sammanlagt ca 25 timmar. Kommittén har beräknat följande ersättningar för lärare vid de båda klinikerna. På professorn ankommer 130 timmar av undervisningen, varvid han givetvis kan lägga en del därav såsom klinisk eller poliklinisk handledning. För den övriga undervisningen bör ett arvode av 3 800 kronor beräknas till biträdande lärare. Arvodet kan efter ämneslärarnas förslag utgå till en eller flera lärare. I detta belopp har även inräknats ersättning för examination och ledning i samband med en av kurserna.

I *Stockholm* kan institutets 120 studerande fördelas på fyra kurser årligen med 30 deltagare. Undervisningsvolymen vid kliniken kommer då att uppgå till ca 200 föreläsningar jämte handledning i undersökningsmetodik i analogi med vad som föreslagits för Uppsala och Lund. Kommittén föreslår att ämnesläraren är kursledare och examinator för två kurser, medan biträdande lärare får leda och examinera de två andra kurserna. Härför beräknas ett arvode på 7 900 kronor att på förslag av ämnesläraren utgå till en eller två biträdande lärare. Kliniken bör disponera ett helt kanslibiträde.

I *Göteborg* bör kliniken, när obligatorisk undervisning i ämnet påbörjas, förses med lärarpersonal i enlighet med förslaget för Uppsala och Lund.

Tjänster	Nuvarande personal			Kommitténs förslag		
	U	L	S	U	L	S
Professor	1	1	1	1	1	1
Biträdande lärare (arvode)	4 000	3 400	5 400	3 800	3 800	7 900
Klinisk amanuens		1			1	
Laboratoriebiträde			1			1
Kanslibiträde	1	1	½	1	1	1

Tabellkommentar

Kanslibiträdet i Stockholm har för närvarande halvtidstjänstgöring.

Kostnadsberäkning

Uppsala. Arvoden till biträdande lärare omräknas enligt ovan angivna grunder.

3 800 — 4 000 = — 200 kr.

Lund. Arvoden till biträdande lärare omräknas.

3 800 — 3 400 = 400 kr.

Stockholm. Arvoden till biträdande lärare omräknas. Kanslibiträdet får heltidstjänstgöring.

7 900 — 5 400 + 4 326 = 6 826 kr.

Summa 7 026 kr.

Kap. 41. HYGIEN OCH SOCIALMEDICIN

INLEDNING

Nuvarande undervisning

I ämnet *hygien* genomgår den studerande en två månaders undervisningskurs, vilken avslutas med förhör. Kursen får kombineras med andra kurser. Den omfattar i *Uppsala* ca 65 timmars föreläsningar och högst 6 demonstrationer, i *Lund* ca 50 timmars föreläsningar och 8 demonstrationer samt i *Stockholm* i allt ca 70 timmar, varav 16 timmars demonstrationer.

Undervisningen ges i Stockholm av professorn i allmän hälsovårdslära, som tillika är avdelningsföreståndare vid statens institut för folkhälsan. I Uppsala och Lund meddelas undervisningen av särskilt förordnade lärare i hygien.

I ämnet *socialmedicin* ges ingen särskild undervisning, men någon del av hygienundervisningen brukar ägnas åt socialmedicinska problem. Vidare ger de kliniska lärarna vissa socialmedicinska utblickar inom sina ämnen.

Flertalet lagar och författningar, som berör medicinen, genomgås vid undervisningen i rätts- och statsmedicin.

Tidigare diskussion

Vid den medicinska undervisningen i Sverige har sedan länge ämneskretsen hygien och socialmedicin sammanfattats inom det vidare begreppet allmän hälsovårdslära. Under detta namn eller under namnet hygien har delar av äm-

nesområdet tidigare ingått i tre professurer. Sålunda inrättades vid Uppsala universitet år 1911 en professur i hygien och bakteriologi samt ombildades vid Lunds universitet år 1899 en redan befintlig professur till professur i allmän patologi, bakteriologi och allmän hälsovårdslära. Vid karolinska institutet i Stockholm tillkom år 1874 en professur i allmän hälsovårdslära. Bland de tre professorerna var det således endast den i Stockholm, som enbart företrädde det hygienisk-socialmedicinska området.

Föreningen av detta stora ämnesområde i gemensamma professurer med andra omfattande specialdiscipliner, såsom patologi och bakteriologi, framstod emellertid som mer och mer olämplig ju starkare man fann anledning betona den allmänna hygienens betydelse inom läkarutbildning och hälsovård. Efter att ha redogjort för dåvarande förhållanden yttrade 1933 års universitetsberedning härom:

> Beredningen vill erinra om att hygienens betydelse är stadd i oavlåtlig tillväxt och att landvinningarna inom denna vetenskapsgren spela en mycket stor roll för folkhälsan. Ser man saken på lång sikt, äro de hygieniska och profylaktiska åtgärderna säkerligen de effektivaste vapen, som stå till buds i striden mot sjukdomarna. Starka skäl tala således för att vid varje lärosäte bör för denna sida av den medicinska vetenskapen finnas en särskild representant, vilken kan överblicka hela det medicinska arbetsfältet, vara målsman för de delar av hygienen, som icke behandlas i samband med de kliniska ämnena, och därvid jämväl aktgiva på de socialmedicinska synpunkterna.

Beredningen ansåg det dock ej nödvändigt att inrätta särskild professur i ämnet vid varje lärosäte. Lärostolen vid karolinska institutet borde ändras till en professur i allmän hygien med socialmedicin, medan undervisningen i Uppsala och Lund kunde skötas av speciallärare med samma ämnesområde. Ämnena hygien, respektive allmän hälsovårdslära, skulle därvid utgå ur de professurer i Uppsala respektive Lund, av vilkas områden de dittills utgjort en del. Beredningens förslag föranledde ingen åtgärd i dessa stycken.

Vid ärendets remissbehandling framfördes flera alternativa förslag. Fakulteten i Lund framhöll med eftertryck, att en professur i hygien måste inrättas, och det framgick av fakultetens yttrande, att den tänkte sig en utvidgad kurs omfattande hygien, socialhygien och socialmedicin. Lärarkollegiet vid karolinska institutet däremot ansåg, att ämnet hygien även i framtiden framför allt borde omfatta allmän hygien och yttrade vidare:

> Vid sidan av de uppräknade finnes emellertid ytterligare ett ämnesområde, som kan betecknas såsom medicinsk sociologi men som också kallats samhällsmedicin. Till detta område hör exempelvis organisationen av vårt sjuk- och hälsovårdsväsen, omfattande sjukhus, sanatorier, hospital, dispensärer, barnavårds- och skyddsanstalter, sociala hjälpbyråer, försäkringsverksamhet, befolknings- och sjukstatistik samt medicinsk författningskunskap.

LS gjorde i sitt första betänkande en grundlig utredning om undervisningen i hygien och socialmedicin. Deras förslag innebar, att ämnet hygien skulle få ungefär samma omfattning och innehåll som dittills. Av de ca 65 undervisningstimmarna borde ungefär 10 användas för undervisning i näringshygien och 5 för undervisning i yrkeshygien. Undervisningen i fältepidemiologi fann man lämpligast bibehålla inom hygienundervisningen, då flertalet av de åtgärder, som företas mot smittospridning med vatten, mjölk, olika födoämnen och orenlighet av skilda slag, utgjorde centrala delar av detta undervisningsområde.

Beträffande socialmedicinen underströk LS, att ämnet måste vinna ett ökat beaktande i läkarutbildningen. Den socialmedicinska undervisningen på kli-

nikerna hade i allmänhet varken haft den omfattning eller genomförts med den konsekvens, som kunde anses erforderlig. Vid såväl den kliniska som den polikliniska undervisningen måste den sociala sidan av läkarnas verksamhet belysas och detta så, att i varje lämpligt fall den sociala aspekten på fallet genomdiskuterades, och de därvid föreskrivna, erforderliga eller önskvärda åtgärderna genomginges.

I frågan hur detta nya läroämne skulle representeras vid lärosätena berörde LS först möjligheten att inrätta professurer i socialmedicin. En dylik lösning kunde emellertid LS icke förorda, då ett sådant utbrytande av ämnesområdet ur dess kliniska sammanhang ansågs medföra risken, att de socialmedicinska synpunkterna komme att alltför litet beaktas vid den kliniska undervisningen och att därigenom en konstlad uppdelning främjades mellan profylaktisk och terapeutisk medicin.

I fråga om undervisningen i socialmedicin föreslog LS, att de studerande på ett tidigt stadium skulle få dels en orientering om samhällets sociala struktur, dels en överblick över samhällets socialmedicinska verksamhet och organisation. För den skull borde en propedeutisk kurs i socialmedicin om 20 föreläsningstimmar ges i samband med den propedeutiska undervisningen. I huvudsak borde därvid följande ämnen genomgås.

1. Sociologiska och demografiska förhållanden i Sverige (vitalstatistik).
2. De socialmedicinska förhållandena i Sverige ur socialpolitisk synpunkt.
3. Huvudmännen för den medicinska och sociala organisationen.
4. Överblick över den förebyggande organisationen.
5. Den sjukvårdande organisationen.
6. Hjälpverksamhet vid ekonomisk oförmåga, invaliditet eller hög ålder.

Den huvudsakliga undervisningen i socialmedicin borde enligt LS dock meddelas kliniskt och polikliniskt i samband med de olika kliniska läroämnena. Förutom de sociala aspekterna på fallen borde därvid utredas även de rent medicinska grunderna för bedömandet av en patients förutsättningar att kunna erhålla samhällshjälp av ett eller annat slag. Dithörande författningsbestämmelser borde genomgås, och de studerande även beredas tillfälle att under lärares ledning ifylla för social omvårdnad fastställda formulär till läkarintyg samt anmälningar av olika slag. Vid en sådan organisation kunde den kliniska undervisningen förväntas erhålla den avsedda sociala inriktningen, och de studerande finge den socialmedicinska undervisningen just vid det tillfälle, då den bäst kunde meddelas, nämligen vid deras studier på de skilda klinikerna.

Trots den sålunda föreslagna utökade kliniska utbildningen måste enligt LS dock vissa luckor uppkomma i den socialmedicinska undervisningen. Därför behövdes en praktisk avslutningskurs. Denna undervisning borde få en form, som i huvudsak överensstämde med den polikliniska undervisningen. I anslutning till ett givet fall borde de socialmedicinska synpunkterna genomdiskuteras och lämpliga åtgärder anvisas. Därtill borde de studerande genom översikter i form av föredrag få en inblick i de rent praktiska frågor, som stå i samband med bland annat fattigvård, barnavård, sjukförsäkring och nykterhetsvård.

Avslutningskursen beräknades ta en tid av en månad med 20 dubbeltimmars praktiska övningar och sammanfattande föreläsningar under omkring 10 timmar. Lämpligast syntes det LS vara, att en erfaren tjänsteläkare ledde denna kurs.

Följande förslag till praktisk avslutningskurs i socialmedicin bifogades.

1. Läkarintyg för viss anställning eller rättighet.
2. Remisser av olika slag av vård.
3. Sjukdoms- och dödsorsaksnomenklatur.
4. Olika slag av kuratorsverksamhet.
5. Distriktsvård.
6. Tuberkulosvård.
7. Epidemivård.
8. Sinnessjukvård.
9. Lex veneris. Vård av könssjuka.
10. Mödravård och mödrahjälp.
11. Spädbarnsvård samt barn- och ungdomsvård.
12. Olycksfallsförsäkring.
13. Sjukförsäkring.
14. Folkpensionering och invaliditet.
15. Pensionsstyrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet.
16. Arbetarskydd och yrkessjukdomar.
17. Alkoholistvård.
18. Fattigvård.

Översiktliga föreläsningar berörande fattigvård, barnavård, sjukförsäkring, nykterhetsrörelsen, folktandvård, asocialas och brottslingars omhändertagande samt social och medicinsk statistik.

I fråga om lärare i hygien och socialmedicin föreslog LS följande. Undervisningen i hygien borde vid alla tre lärosätena anförtros åt en lärare, som enbart företrädde detta ämne, och det syntes lämpligt att dessa speciallärarbefattningar kombinerades med tjänsteläkarbefattningar. För undervisningen i socialmedicin borde anlitas arvodesbetalda lärare jämte särskilt tillkallade specialföreläsare inom olika ämnesområden.

Denna utbildning i hygien och socialmedicin ansåg LS icke tillräcklig för tjänsteläkare. För den skull föreslogs i deras betänkande angående utbildningen efter medicine licentiatexamen kompletterande kurser för tjänsteläkare och ämbetsläkare. Sådana kurser gavs redan vid statens institut för folkhälsan och de sakkunniga föreslog, att kurserna skulle bibehållas i sin dåvarande organisation. För att utbytet av kurserna skulle bli det avsedda borde tillträde lämnas endast den läkare, som varit verksam minst två år som tjänsteläkare.

Vid remissbehandlingen av LS första betänkande lämnades förslagen om hygienundervisningen i stort sett utan erinran.

Förslaget om utökning av undervisningen i socialmedicin vann allmänt bifall. Fakulteterna i Uppsala och Lund samt lärarkollegiet vid karolinska institutet avstyrkte dock den propedeutiska kursen i socialmedicin. Medicinska föreningen i Lund fann denna kurs alltför omfattande. Medicinalstyrelsen anförde, att det varit att föredra om LS föreslagit inrättandet av professurer i profylaktisk medicin vid landets tre medicinska högskolor. LS förslag syntes dock styrelsen kunna godtas som ett provisorium.

I sitt överarbetade förslag angående läkarutbildningen vidtog LS inga ändringar av de tidigare förslagen angående hygien och socialmedicin och vidhöll sålunda nödvändigheten av en propedeutisk kurs i socialmedicin.

Efter dessa noggranna tidigare utredningar upptogs ånyo frågan om företrädare vid de medicinska lärosätena för ämnena hygien och socialmedicin av MHO. Man instämde i de tidigare utredningarnas huvudsynpunkt och anförde, att anordnandet av en förbättrad representation för hygienen vid universiteten vore en angelägenhet av första ordningen. Likväl kunde MHO ej förorda att professuren i ämnet omedelbart inrättades, enär delade meningar rådde om ämnets avgränsning. Detta gällde särskilt gränsdragningen mot bakteriologien och epidemiologien men även mot näringshygienen och näringsfysiologien. En än viktigare olöst fråga vore, vilken ställning hygien och socialmedicin skulle inta till varandra. MHO fann på dessa grunder hela frågan om organisationen av forskning och undervisning inom den förebyggande medicinens område så omfattande och kom-

plicerad, att den fordrade en grundlig utredning av en särskild kommitté, som hade speciell sakkunskap till sitt förfogande. I avvaktan på en dylik utredning föreslog MHO därför, att undervisningen i hygien tills vidare skulle meddelas av arvodesavlönade speciallärare.

I enlighet med andra förslag av LS och MHO omändrades 1947 professuren i hygien och bakteriologi i Uppsala till professur i bakteriologi, och professuren i allmän patologi, bakteriologi och allmän hälsovård i Lund till professur i allmän patologi, varjämte en ny professur i bakteriologi inrättades i Lund. Ombildningen ledde till att ämnet hygien uteslöts ur professurerna, och detta ämne företräds sedan dess vid medicinska fakulteterna i Uppsala och Lund endast av speciallärare. Detsamma avses skola gälla vid den nyinrättade medicinska högskolan i Göteborg. Fakulteterna i Uppsala och Lund har vid åtskilliga tillfällen förklarat, att detta tillstånd medför allvarliga olägenheter med hänsyn till både undervisning och forskning samt vid handläggning av remissärenden inom ämnesområdet, och fakulteterna har i petita anhållit om inrättande av professurer i hygien. Så har emellertid ännu ej skett.

I direktiven för 1948 års läkarutbildningskommitté yttrade departementschefen, att vid en översyn av läkarutbildningen till behandling borde upptas den sedan länge aktuella frågan om hur man lämpligen borde ordna den akademiska undervisningen och forskningen inom ämnet hygien med de därtill gränsande socialmedicinska ämnesområdena. Tid efter annan hade olika förslag till lösning av denna fråga framkommit men utan att dittills ha lett till något resultat. En ytterligare utredning om hur de stora och sinsemellan sammanhängande ämnesområden, vilka brukade sammanfattas under begreppet preventiv eller profylaktisk medicin, borde begränsas och representeras vid våra medicinska högskolor, borde nu komma till stånd, eventuellt med hjälp av en särskild delegation, i vilken speciell expertis på området kunde beredas plats.

Förhållandena i utlandet

I *Danmark* är hygienundervisningen förlagd till två terminer under studiernas näst sista år och omfattar två föreläsningar i veckan under tre månader, i allt sålunda 48 föreläsningar. Socialmedicin undervisas tillsammans med rättsmedicin under sista året och omfattar 12 föreläsningar. Emellertid föreligger nu ett förslag till ny studieplan. Hygienundervisningen förlägges enligt denna till sjätte och sjunde av det kliniska studiets åtta terminer. Undervisningen är sålunda lagd så sent som möjligt, då åttonde terminen är beräknad som en examensläsningstermin. Enligt denna plan skall samundervisning ske med internmedicin och pediatrik jämte några andra specialiteter, varför timantalet för hygien och socialmedicin kommer att öka. Några siffror anges icke.

I *Finland* omfattar kursen i hygien tre månader med 4 föreläsningstimmar och 6 timmars praktiska övningar per vecka. Kursen ges under den sista terminen före medicine licentiatexamen. Undervisningen i socialmedicin fördelar sig på två kurser. Den första omfattar 10 föreläsningar och hålles under första terminen efter medicine kandidatexamen. Den andra kompletterande kursen hålles under den femte terminen och omfattar 30 timmar fördelade på 20 föreläsningar och 10 timmar praktiska seminarieövningar.

I *Norge* har en ny studieplan införts med en professur i hygien och en i

socialmedicin. Det framhålles från norsk sida att så starkt infiltrerade som hygien och socialmedicin är, måste det för dessa discipliners vidkommande bli en överenskommelse mellan de två professorerna om vad var och en av dem skall behandla. Undervisningen är planerad på följande sätt.

Hygien	Tim.
2 timmar per vecka i epidemiologi under första inremedicinska terminen av andra avdelningen	26
2 timmar per vecka under tredje avdelningen	68
Summa	94

Socialmedicin	
2 timmar per vecka under den propedeutiska kursen under andra avdelningen	18
2 timmar per vecka till "socialmedicinska kliniker" under sjunde och åttonde terminen i andra avdelningen	52
3 timmar per vecka under tredje avdelningen	102
Summa	172

Därtill kommer ca 15 timmar statistik (statistiska metoder) under första avdelningens första termin.

De "socialmedicinska klinikerna" är kliniska demonstrationer, där man i mindre grad vill sysselsätta sig med patientens rent medicinska tillstånd. Huvudvikten lägges vid den sociala sidan av hans sjukdom, både i etiologiskt och terapeutiskt hänseende. Avsikten med dessa "kliniker" är att framhålla de socialmedicinska problemen för studenterna och dessutom betona det nära sammanhanget mellan socialmedicinen och den vanliga kliniska medicinen.

Undervisningen i statistiska metoder ombesörjes av en särskild lärare, som icke sorterar under professorn i socialmedicin. Undervisningen i befolknings- och medicinalstatistik faller däremot under socialmedicinen.

I *Tyskland, Schweiz* och *Italien* undervisas hygien huvudsakligen enligt det klassiska tyska schemat, omfattande fältepidemiologi inklusive dricksvatten, avlopp, renhållning, insekts- och råttutrotning m. m., bostadshygien (med viss fysiologisk hygien), yrkeshygien, skolhygien och näringshygien. Socialmedicinen har ägnats speciellt intresse I Tyskland, där en riklig socialmedicinsk litteratur sedan lång tid tillbaka utkommit och där professurer och docenturer inrättats vid flera universitet. Ämnet kallas där i regel socialhygien.

I *England* finns vid ett flertal universitet professurer i hygien. Därjämte finns ett antal professurer i socialmedicin, som även är förenade med undervisningsskyldighet i hygien. Dessa professurers benämning växlar, såsom "social medicine", "human ecology" och "preventive and social medicine". Professorerna har mycket olika utbildning, varför deras undervisning ofta förlägges till olika delar av ämnesområdet, medan biträdande lärare av olika slag ger resten av undervisningen.

I *Förenta staterna* sammanfattas hygien och socialmedicin i undervisningen vanligen under benämningen "preventive medicine" eller "public health". Enligt en av professorn H. R. Leavell år 1946 redovisad undersökning av undervisningen i ämnesområdet vid de medicinska högskolorna ägnades följande tid åt de olika delarna av ämnesgrupperna.

	Timmar	
	Variation	Median
Biostatistics	1— 48	5,5
Epidemiology	1— 61	15
Environmental Sanitation	2— 48	8
Public Health Administration	1— 20	6
Preventive Medicine (in relation to work of private practitioner)	2— 79	16

	Timmar	
	Variation	Median
Economic and Sociologic Aspects of Disease and Health (especially Social and Environmental Case Studies)	1— 32	6
Medical Care Economics	1— 24	6
Industrial Health	1— 36	7
Field Work: Modified Clinical Clerkships	2—132	24
Visits to Health Depts. Pasteurization Plant, etc.	4— 52	12

Det antal undervisningstimmar, som anslagits till hygien och socialmedicin, utgjorde vid 79 medicinska högskolor:

25	undervisningstimmar	2	högskolor
50	„	7	„
75	„	13	„
100	„	15	„
125	„	13	„
150	„	14	„
175	„	13	„
200	„	2	„

Expertdelegationen för hygien och socialmedicin

Efter framställning av kommittén tillkallade dåvarande chefen för ecklesiastikdepartementet, statsrådet J. Weijne, i april 1949 en särskild expertdelegation, som skulle biträda kommittén vid utredningen av frågor rörande den akademiska undervisningen och forskningen i hygien och socialmedicin. (Rörande expertdelegationens sammansättning hänvisas till s. 6)

Delegationen har för kommittén redovisat resultatet av sitt arbete i ett utförligt yttrande med förslag rörande undervisningen i hygien och socialmedicin före medicine licentiatexamen. Detta yttrande innehåller i huvudsak följande.

I den tidigare diskussionen har ofta framförts bestämda krav på definitioner av och gränsdragningar mellan ämnena hygien och socialmedicin. Liksom det annorstädes inom medicinen är svårt att dra upp definitiva gränser mellan olika discipliner, är det även svårt att exakt ange gränser mellan hygien och socialmedicin. I praktiken vållar det emellertid ingen större svårighet att ange vad som hör till det ena eller andra ämnet, även om definitionerna är besvärliga att formulera.

Hygien kan lämpligen karakteriseras som vetenskapen om de yttre faktorer i människans av natur och kultur betingade omgivning, vilka inverkar på det allmänna hälsotillståndet, och om de preventiva och konstruktiva åtgärder, som kan vidtas för att förbättra denna omgivning.

Man kan urskilja ett flertal arbetsfält inom hygienen, bland vilka nedanstående må nämnas.

Personlig eller enskild hygien ger den enskilda människan hälsoregler i fråga om livsföring, kläder, näring.

Fältepidemiologi och karantänsväsende sysslar med de smittsamma sjukdomarnas förebyggande och bekämpande.

Teknisk hygien arbetar med dricksvatten, avlopp och renhållning, lufthygien, buller, strålskydd m. m.

Bostads-, skol- och yrkeshygien avhandlar bl. a. dessa miljöers inflytande på hälsan.

Livsmedelshygien syftar till att förhindra sjukdom och förgiftning genom livsmedel; näringshygien vill genom att rekommendera lämplig mängd av lämpligt sammansatt föda bättra hälsan.

Administrativ hygien behandlar den organisation, som reglerar det hygieniska verksamhetsfältet och de lagar och författningar, som berör det (hälsovårdsnämndens arbete, epidemivården, livsmedelshygienen, veterinärmedicinen).

Socialmedicin innefattar de faktorer hos människorna i deras samlevnad i olika sociala grupper, ävensom de faktorer i samhällets struktur, vilka har inflytande på det allmänna hälsotillståndet. Alla strävanden att genom ändring av dessa faktorer förbättra individens och gruppens hälsotillstånd räknas sålunda hit.

Man kan urskilja ett flertal stora ar-

betsfält även inom socialmedicinen, bland vilka följande kan nämnas.

Sjukdomssociologi sysslar med samhällsstrukturens inverkan på individens hälsotillstånd och sambandet mellan sociala förhållanden och sjukdomsförekomst.

Hit hör ock levnadsförhållandena för olika samhällsgrupper, arbetslivets mentalhygien och särskilt de faktorer av olika slag, som hindrar människorna att följa elementära hälsoregler (i enlighet med den personliga hygienens krav) samt förändringarna i den sociala utvecklingen.

Socialutvecklingens patologi behandlar störningar i den normala sociala utvecklingen på grund av olika miljöinflytanden och skilda individuella faktorer. Särskilt bör orsakssammanhangen och sambandet mellan dessa sociala störningsfenomen och samhällsförhållandena respektive individens struktur belysas.

Allmän social omvårdnad omfattar förebyggande mödra- och barnavård samt andra familjesociala åtgärder, bostadspolitik, skolhälsovård, folktandvård.

Barnavård och ungdomsskydd. Alkoholismen från socialmedicinsk synpunkt. Nykterhetsvård. Fattigvård. Vård av socialt missanpassade.

Organisationen av de sociala organ, som handhar den sociala och socialmedicinska omvårdnaden, t. ex. fattigvårdsstyrelser, nykterhetsnämnder, barnavårdsnämnder, hälsovårdsnämnder m. fl.

Hälsokontrollen utgör en huvuddel av den förebyggande medicinska omvårdnaden och omfattar tekniken i förebyggande mödra- och barnavård samt skolbarnsvård, hälsoundersökningar av olika grupper av vuxna, särskilt tidig diagnos av folksjukdomarna tuberkulos, reumatiska sjukdomar, könssjukdomar, cancer, cirkulationsorganens sjukdomar och yrkessjukdomar. Hit hör metodiken, den statistiska bearbetningen och organisationen av hälsoundersökningarna.

Sjukvård, sluten och öppen, konvalescentvård, rehabilitation. Sjukvårdens organisation.

Socialförsäkringar omfattar folkpensionering, sjukförsäkring, barnbidrag, moderskapsförsäkring.

Arbetarskyddet innefattar arbetsvård, olycksfallsförsäkring, arbetarskyddslagstiftning, semesterlag m. m.

Befolkningspolitik, bostadspolitik m. m. Vissa allmänna delar av ärftlighetsmedicinen. Förebyggande åtgärder, såsom arvshygien med sterilisering, abort, kastrering.

Delar av både hygien och socialmedicin har ofta sammanförts under benämningen preventiv eller profylaktisk medicin, och vid vissa utländska lärosäten representeras rent av hela ämnesområdet under detta sammanfattande namn. Hälsokontrollen utgör en huvuddel av den preventiva eller förebyggande medicinen, och den kan i framtiden komma att utformas som ett självständigt ämne. Ärftlighetsmedicinen med dess talrika socialmedicinska anknytningar är ett annat tämligen självständigt ämnesområde, vars socialmedicinska delar skulle kunna företrädas av en kommande professor i ämnet, ehuru hans huvuduppgifter givetvis måste falla inom andra områden av medicinen. Erinras må också om att socialmedicinen stundom uppdelats i en rad underdiscipliner, innefattande de sociala aspekterna av olika kliniska ämnen, såsom socialpsykiatri, socialpediatrik, socialobstetrik etc. Det är icke osannolikt, att en eller flera av dessa socialmedicinens delar inom de närmaste åren kunde göra anspråk på särskilda professurer.

I undervisningsplanen måste den förebyggande hälsovårdens idé klarläggas redan tidigt, och därför bör både hygien och socialmedicin representeras i de propedeutiska kurserna. De härunder förvärvade kunskaperna i preventivt medicinskt tänkande bör sedan hållas levande under de kliniska undervisningsåren genom föreläsningar, seminarier, samundervisning med kliniska professorer samt studiet av och undervisning om enskilda fall. För båda ämnena är det vidare nödvändigt med en avslutningskurs, som ger en översikt över respektive ämnesområden.

I *hygien* bör inledningskursen på propedeutstadiet belysa de preventiva tankegångarna och illustreras med praktiska demonstrationer, varvid anknytningen till studenternas egen hälsovård är önskvärd. Inledningskursen

skall beröra hygienens arbetsuppgifter, moderna preventiva frågeställningar och hälsokontrollens metodik samt ta en tid av 6 timmar.

Huvudkursen i hygien bör bli kortare än nu, delvis genom överföring av huvudparten av den allmänna epidemiologien till kursen i epidemiska sjukdomar. Kursen, som bör omfatta delar av fältepidemiologien och ekologien i översiktlig framställning, klimathygien, bostadshygien, skolans inflytande på hälsotillståndet, yrkeshygien, näringshygien och vissa delar av hälso- och sjukvårdens organisation, fordrar omkring 40 timmars föreläsningar jämte anslutande lämpliga demonstrationer. Kursen bör ges av professorn i hygien med biträde av vissa specialister.

I *socialmedicin* bör inledningskursen på propedeutstadiet syfta till att ge den studerande en riktig syn på hälsoarbetet och särskilt miljöproblemen. Den bör beröra de allmänna dragen av samhällets organisation, socialmedicinens arbetsuppgifter, socialmedicinsk metodik med socialmedicinska utredningar och socialmedicinsk anamnesupptagning etc. samt praktiska demonstrationer. Kursen bör kunna fullföljas på 12 timmar inklusive praktiska demonstrationer.

En huvudsaklig del av den socialmedicinska undervisningen bör ges genom praktiska demonstrationer (inom t. ex. socialvården), samundervisning och deltagande i praktiskt kuratorsarbete i anslutning till enskilda fall på olika kliniker. I denna del av undervisningen bör socialmedicinaren liksom hygienikern samarbeta med de kliniska lärarna. Viktigt är att undervisningen på klinikerna i stor utsträckning ordnas som "case-studies" med hjälp av underläkare, sociala kuratorer m. fl. Vid varje sådant fall bör den studerande få tillfälle att ta upp en fullständig socialmedicinsk anamnes med obligatoriskt hembesök och studier av hela familjen.

Undervisningen i socialmedicin bör avslutas med en slutkurs. Kursen bör behandla befolkningens sammansättning, vitalstatistiken och orsakerna till sjukdom och död, sambandet mellan sociala förhållanden och sjuklighet och dödlighet i olika sjukdomar, individernas utveckling som samhällsvarelser, arbetsvård och yrkeshygien, olika former av social missanpassning, ärftlighetsproblem, socialvård och vård av asociala, konvalescentvård, försäkringsmedicin, kuratorsverksamhet m. m. Vid undervisningen i socialmedicin bör professorn i ämnet få biträde av specialister. Kuratorer bör medverka direkt i undervisningen med översikter och demonstrationer. Kursen bör omfatta ca 60 timmar inklusive demonstrationer och bör löpa över minst två terminer. Lämpligt kompendium och översiktliga framställningar i anslutning till kursen bör utges.

Undervisningen i hygien och socialmedicin för tjänsteläkare bör omorganiseras. Den nuvarande frivilliga tjänsteläkarkursen är alltför kort och summarisk. Vid den gemensamma undervisningen före medicine licentiatexamen skall man helt kunna inrikta sig på de allmänna frågor och kunskaper, som är gemensamma för blivande allmänläkare, specialläkare och tjänsteläkare. Delegationens undervisningsplan förutsätter sålunda, att obligatoriska fortsättningskurser i hygien och socialmedicin anordnas för tjänste- och ämbetsläkare.

I fråga om lärarna föreslås, att varje medicinsk fakultet och högskola får en professor i hygien och en i socialmedicin. Den förre bör ha speciell kompetens på något eller några av följande områden: fältepidemiologi, livsmedelshygien, teknisk hygien, tillämpad fysiologi, bostads-, skol- eller yrkeshygien.

Han bör ha meriterat sig vetenskapligt inom någon eller några av dessa grenar; därtill bör han ha en viss erfarenhet och kunskap även inom de områden där han icke speciellt meriterat sig, och slutligen bör han genom sin tjänstgöring ha förvärvat någon erfarenhet i praktiskt hälsovårdsarbete (t. ex. genom tjänstgöring som förste provinsialläkare, provinsialläkare eller stadsläkare).

Professorn i socialmedicin bör ha såväl vetenskaplig meritering som praktisk erfarenhet inom någon av följande grenar: sociologi, arbetsvård, annan socialvård eller andra grenar av socialmedicinen. Inom ytterligare några områden bör han besitta viss kunskap och erfarenhet. Därtill bör han ha en viss klinisk meritering, helst inom pediatrik och intern medicin. Behovet av skilda professurer i hygien och socialmedicin grundar sig enligt delegationen icke enbart på hänsyn till undervisningen utan också på det förhållandet, att en och samma person omöjligt kan tillgodose kraven på att leda den synnerligen viktiga vetenskapliga forskningen inom så olika områden, som förutsätter helt olika utbildning.

Hela undervisningsområdet kan emellertid icke anses bli täckt av dessa två professorer. Lämpliga lärarkrafter skall adjungeras, varvid särskilt behov kan tänkas uppstå, t. ex. i fråga om det praktiska hälsovårdsarbetets ledning, ärftlighetsmedicinen, sjukkasselagstiftning och intygsskrivning m. m. Studenternas hälsovård bör skötas av en särskild personalläkare, som kan biträda professorn i hygien med den inledande kursen i preventiv medicin.

Nya självständiga ämnen med egna professurer bör med det snaraste utbrytas ur hygienen och socialmedicinen. Det gäller först och främst medicinsk hälsokontroll (preventiv medicin) och ärftlighetsmedicin men även socialpsykiatri, som omfattar en viktig del av socialmedicinen. Dessa professurer bör kompletteras med forskningsprofessurer i andra delar av hygienen och socialmedicinen, t. ex. tillämpad näringslära, yrkeshygien, skolhygien, barnpsykiatri, socialpediatrik m. m. För närvarande förekommer föga forskning inom ämnet socialmedicin. Genom att tillskapa professurer att speciminera för, sporrar man till forskning inom området. Forskningsprofessurerna har vidare betydelse för undervisningen vid fortsättningskurser för allmänläkare och för vidareutbildningen av tjänsteläkare.

Delegationens förslag skulle medföra inrättandet av sex nya professurer, enär det redan tidigare finns en professur i allmän hälsovårdslära vid karolinska institutet och en professur i statsmedicin, i vilket ämne undervisningen till en del kommer att övertagas av professorn i socialmedicin, till en del också av professorn i hygien. Varje institution bör förses med ett tillräckligt antal laboratorer och amanuenser, varjämte kuratorer med särskild lämplighet för undervisning bör anställas vid varje medicinsk läroanstalt.

Kommittén

Allmänt

Det ligger i sakens natur att man för att kunna hindra uppkomsten av sjukdomar måste veta, vad som orsakar dem. Det är först under det senaste århundradet som den vetenskapliga sjukdomsläran nått en sådan utveckling, att förutsättningar skapats för en förebyggande medicinsk verksamhet av verklig betydelse. Samtidigt har också kraven på en målmedveten förebyggande hälsovård skärpts i högsta grad genom naturvetenskapens, teknikens och industrialismens oavlåtliga omskapande av civilisationen och sam-

hällsformerna till en alltmer komplicerad struktur. På det socialpolitiska fältet har det visat sig nödvändigt att balansera denna utveckling med alltjämt nya former av sjukvård, hälsovård och socialvård. Om det således vore oriktigt att säga, att den förebyggande medicinska verksamheten och förståelsen för sociala miljöinflytandens medicinska betydelse är något, som skiljer den moderne läkaren från hans föregångare, så är det dock obestridligt, att det först är under de senaste decennierna, som den förebyggande medicinen i alla dess aspekter, från de rent tekniska till de rent sociala, nått en sådan omfattning och utvecklat så speciella metoder, att den slutligt brutit sig ut ur ramen för de övriga medicinska disciplinerna.

Betydelsen av en bred tillämpning av de hygieniska och socialmedicinska vetenskapernas kunskapsstoff är uppenbar och bestrids av ingen. Man torde utan överdrift kunna påstå, att civilisationen i dess moderna form över huvud för sitt fortbestånd kräver en ständig och intensiv medicinsk kamp mot sjukdomarna och främst mot de epidemiska farsoterna. Individen vill ha reda på hur hans föda, kläder, bostad och allmänna livsföring skall vara beskaffad för att tillförsäkra honom en så hög arbetsförmåga och så goda livsbetingelser som möjligt. Samhället är vitalt intresserat av att ha så många arbetsföra medborgare som möjligt, och här spelar de förebyggande åtgärderna en stor roll. När samhället planerar socialvårdande åtgärder av olika slag för att hjälpa och skydda olika grupper av medborgare, så är det endast den socialmedicinska kontrollen och forskningen över åtgärdernas verkningar, som kan tala om, ifall de fyllt sitt syfte och hur de ytterligare skall intensifieras och utvecklas. Många av dessa skiftande intressen och behov kan tillgodoses endast med hjälp av forskningsresultat inom den tillämpade medicinen i form av hygien och socialmedicin.

Tidigare utredningar om undervisningen och forskningen inom det hygieniska och socialmedicinska ämnesområdet har samtliga understrukit vikten av att dessa vetenskaper blir representerade vid landets medicinska lärosäten. Kommittén delar helt denna uppfattning och finner, att många vägande skäl härför redan anförts i diskussionerna i fråga. Trots dessa positiva uttalanden och trots utformade förslag har emellertid den såsom angelägen och nödvändig karakteriserade undervisnings- och forskningsorganisationen icke kommit till stånd. Till stor del torde detta ha sin grund i en allmän osäkerhet om den närmare omfattningen av dessa stora och ofta svåravgränsade ämnesområden och till följd därav även i en oklarhet om fördelningen av arbetsuppgifter mellan företrädarna för dem.

Det har sålunda i den tidigare diskussionen om undervisningen i ämnena hygien och socialmedicin upprepade gånger med skärpa efterlysts definitioner av dessa ämnen, och det har ansetts nödvändigt med en gränsdragning, såväl mellan de båda ämnena som mellan dem och andra såväl medicinska som utommedicinska discipliner. Det är emellertid enligt kommitténs mening en orimlighet att begära en definitiv och i varje enskildhet genomförd gränsdragning mellan dessa ämnen. Det är icke bara i fråga om hygien och socialmedicin som ett sådant förfarande stöter på stora svårigheter. I fråga om andra medicinska discipliner begär man icke att exakta gränser skall dras upp, exempelvis mellan internmedicin, epidemiologi och tuberkuloslära eller mellan kirurgi och ortopedi, men de erkänns trots

detta som självständiga discipliner. Man rör sig här med praktiska problem, som endast är svåra när det gäller detaljer, och som i praktiken löser sig själva.

Liksom det således annorstädes inom medicinen kan vara svårt att dra upp definitiva gränser mellan olika discipliner, är det också svårt att exakt ange gränser mellan hygien och socialmedicin. Att dra upp vissa grundlinjer torde dock vara tillräckligt. Såsom expertdelegationens utredning visat vållar det i praktiken ingen större svårighet att ange vad som hör till det ena eller det andra ämnet, även om definitionerna kan vara besvärliga att formulera. Delegationens definitioner och uppräkningar av hygienens och socialmedicinens uppgifter och arbetsfält torde ge anvisningar för en ur praktisk synpunkt fullt tillräcklig gränsdragning mellan de båda ämnena. Sammanställningen visar också, att det finns betydelsefulla och omfattande uppgifter för både undervisning och forskning inom bägge ämnesområdena. Den närmare anordningen av undervisningen på olika stadier av läkarutbildningen anges i följande avsnitt.

I diskussionerna om det rätta sättet att vetenskapligt representera det socialmedicinska arbetsområdet har tidigare framskymtat den möjligheten, att man snarare än att göra en allmänt socialmedicinsk professur borde göra professurer i socialpsykiatri, socialpediatrik osv. Expertdelegationen har betraktat sådana uppdelningar snarast som underavdelningar inom det större ämnet socialmedicin och anfört, att det torde få bli den framtida utvecklingen som anger i vad mån sådana professurer bör inrättas. Kommittén delar denna uppfattning. Trots att åtskilliga forskare i olika sammanhang bearbetat socialmedicinska problem, kommer socialmedicinen dock nu att väsentligen framstå som en ny medicinsk disciplin i vårt land. Det torde i ett sådant läge vara lämpligast ur alla synpunkter att låta en central socialmedicinsk lärostol bilda kärnan i en utbildnings- och forskningsorganisation, inom vilken olika arbetslinjer och nya forskningsriktningar får växa fram på ett naturligt och organiskt sätt. De personella förutsättningarna och det kliniska behovet kommer i en framtid att klart utvisa, hur utvecklingen inom socialmedicinens stora fält bör gestalta sig.

Kommittén har diskuterat olika namnförslag för de två huvudområdena inom den förebyggande medicinen, om man så vill kalla hela denna form av medicinsk verksamhet. I utländsk litteratur stöter man ofta på denna benämning i formen preventiv eller profylaktisk medicin, men den tjänar då i allmänhet som en överordnad term, inom vilken kan inrymmas det mesta som ovan skilts ut i hygien respektive socialmedicin. Detsamma gäller den engelska beteckningen "public health", som särskilt i Förenta staterna blivit namnet på ett ämne och en lärostol, som med huvudvikten närmast på vad som ovan kallats socialmedicin fått svara för hela ämnesområdet. Det följer av det sagda, att de nu diskuterade termerna är för allmänna och för omfattande för att passa som benämningar på delar av det stora ämnesområdet.

Som framgår av redogörelsen för ämnenas historia i vårt land, är det här egentligen hygienen som haft del i professurer eller egna professurer. Benämningen har dock därvid i samtliga fall varit "allmän hälsovårdslära", vilket namn fortfarande kvarstår för professuren vid karolinska institutet. Kommittén har övervägt huruvida denna term, eventuellt i formen "allmän hälsolära", vore att föredra framför hygien, vilken beteckning för många har en alltför

stark klang av begreppet teknisk hygien. Ordet hygien återfinns emellertid i ett flertal av de vedertagna namnen på delar av ämnesområdet, såsom teknisk hygien, bostadshygien, näringshygien, etc. samt är dessutom en internationellt använd och välkänd term i ungefär den mening, som den redan ovan brukats i. Kommittén har därför ansett det riktigast att låta namnet hygien beteckna den del av den förebyggande medicinen, som med detta namn definierats och exemplifierats av expertdelegationen. För den mera kliniskt inriktade delen av den förebyggande medicinen med dess starka anknytning till socialvård och andra socialpolitiska verksamhetsformer framstår termen socialmedicin som den lämpligaste. Beteckningen har internationell hävd och används särskilt i England för lärostolar och forskningsinstitut med ungefär de arbetsområden, som definierats och exemplifierats för termen i fråga av expertdelegationen.

Kommittén finner sålunda, att den förebyggande medicinens stora arbetsområde ur undervisnings- och forskningssynpunkt lämpligen kan delas mellan två discipliner, hygien och socialmedicin. Kommittén anser vidare, liksom expertdelegationen, att vardera disciplinen bör företrädas av en professur vid varje lärosäte. LS föreslog ur undervisningssynpunkt i huvudsak samma ämnesfördelning mellan hygien och socialmedicin som den nu av expertdelegationen och kommittén framförda. Man föreslog emellertid icke inrättandet av professurer i någotdera ämnet utöver den professur i allmän hälsovårdslära, som redan fanns vid karolinska institutet, utan ansåg att undervisningen kunde skötas av arvodesbetalda lärare. Mot inrättandet av en professur i socialmedicin anfördes särskilt, att detta skulle leda till att ämnet utbröts ur sitt rätta, kliniska sammanhang.

Enligt kommitténs mening rör undervisningen i såväl hygien som socialmedicin så viktiga och omfattande områden av medicinen, att undervisningsbördan i bägge fallen fullt ut kommer att motsvara vad som kan krävas av en professor. I fråga om undervisningen i socialmedicin är kommittén helt ense med LS om att viktiga delar av socialmedicinen alltid måste meddelas i nära samband med den kliniska undervisningen. Kommittén kan emellertid icke finna, att inrättandet av en särskild professur i socialmedicin behöver leda till att socialmedicinen lösgöres från sina kliniska sammanhang. Tvärtom föreslår kommittén, att en central del av den socialmedicinska undervisningen, nämligen den fortlöpande undervisningen under de olika kliniska kurserna, skall ges av professorn i socialmedicin i nära samarbete med de kliniska lärarna och under deras kurser. Professorn i socialmedicin kommer på detta sätt att stimulera de kliniska lärarna till nya initiativ och han kommer att ständigt föra fram socialmedicinska synpunkter på sjukvården.

Det kan ju icke heller rimligtvis påstås, att förekomsten av särskild lärare i socialmedicin skulle befria de kliniska lärarna från skyldigheten att anlägga socialmedicinska synpunkter i sin undervisning. Om en förbättrad undervisning i socialmedicin skall åstadkommas måste tvärtom de olika kliniska lärarna mer än nu beakta miljöförhållanden m. m. och verkligen i sin undervisning och sitt terapeutiska handlande i de konkreta fallen visa de studerande betydelsen härav. Socialmedicin är på sätt och vis ett betraktelsesätt inom medicinen, och denna sida av ämnet gör det till ett typiskt samarbetsämne. Socialmedicin är emellertid också samman-

fattningen av en mängd fakta om miljöns betydelse för sjukdomarnas uppkomst och utveckling och om samhälleliga anordningar inom hälsovård, sjukvård och socialvård och deras betydelse för sjukdomarnas förebyggande och botande, och denna sida av ämnet gör det till ett viktigt, fristående undervisningsämne.

Det är emellertid icke endast undervisningens intressen, som blivit bestämmande för kommitténs åsikt att hygien och socialmedicin bör företrädas av skilda professurer, utan även hänsynen till den medicinska forskningens behov. Medicinen är i utpräglad grad en tillämpad vetenskap, och när medicinen nu definitivt kommit in på den förebyggande verksamhetens linje, är den inte längre individens sak utan samhällets. Man kan inte begära att den enskilda, friska människan självmant skall påyrka förebyggande åtgärder på lång sikt, såsom vaccinering mot epidemier, som kan inträffa i en mer eller mindre avlägsen framtid eller hälsokontroll — exempelvis förebyggande mödra- och barnavård — mot sjukdomar, som ännu inte gett symtom.

När de olika teoretiska eller kliniska medicinska disciplinerna frambringar forskningsresultat, som gör sådana och liknande åtgärder möjliga och fruktbara, är det samhällets sak att se till att det finns forskare och institutioner, som kan samla och bearbeta dessa resultat, så att de blir praktiskt användbara, och att det finns läkare som kan föra ut de nya metoderna och åtgärderna i samhället. Erfarenheten visar, att medicinska forskare även utan speciella institutioner visar stort intresse för denna synpunkt och att sådan bearbetning av medicinens resultat sker i viss utsträckning. Med den stigande specialiseringen och intensifieringen av forskningsarbetet blir detta dock allt svårare för forskarna, som själva har andra och i deras ögon angelägnare mål för sin forskning. En intensiv och på bred front skeende tillämpning av medicinens resultat i förebyggande verksamhet kommer därför i praktiken icke till stånd utan särskilda forskare och institutioner, som just har denna uppgift. Ett fullföljande av samhällets ansträngningar på hälsovårdens, sjukvårdens och socialvårdens områden blir därför i högsta grad försvårat utan tillgång till den expertis, som samlas vid hygieniska och socialmedicinska institutioner. Sådana institutioner och lärare utgör också förutsättningen för utbildningen av de specialister, som skall bemanna den förebyggande medicinska verksamhetens olika organisationer ute i samhället.

Enligt kommitténs mening är det ur forskningssynpunkt icke tillräckligt med en företrädare för hela den förebyggande medicinen. Som framgår av expertdelegationens utredning är det vitt skilda och vidsträckta områden, som skall bearbetas, och även med en tudelning i enlighet med delegationens förslag torde de bägge professurerna få kompletteras med specialister vid institutionerna för att undervisningen och forskningen allsidigt skall kunna tillgodoses.

Genom delningen i hygien och socialmedicin samlas dock den förebyggande verksamheten på ett naturligt sätt i två kärnområden. Inom hygienen faller ett antal forskningsfält med stark anknytning till olika teoretiska discipliner, såsom bakteriologi, fysiologi och kemi. Socialmedicinen däremot får en fast klinisk förankring med tyngdpunkten i både undervisning och forskning lagd på tillämpningen av kliniska forskningsresultat i sociala sammanhang och på betydelsen av arv, miljö och sociala förhållanden för hälsa och sjukdom i

olika samhällsgrupper. Genom denna uppdelning får man garantier för en sakkunnig och fullgod undervisning i den förebyggande medicinens alla delar på olika stadier av läkarutbildningen. Samtidigt skapas centra för forskningen, där en aktiv institutionsledare kan stimulera och stödja forskningsprojekt även utom sitt speciella fält och således tjäna som en katalysator och en kristallisationspunkt för initiativ och arbete inom vida områden av den förebyggande medicinen. En hygienisk och socialmedicinsk forskning och undervisning kan bringas till blomstring endast om den till sitt stöd får väl ledda och utrustade institutioner vid de medicinska lärosätena.

Undervisningsplan

Om den blivande läkaren skall kunna bibringas en varaktig förståelse för och goda kunskaper i hygien och socialmedicin, måste den allmänna hälsovårdslärans tankegångar framläggas för honom så tidigt som möjligt. Redan i den prekliniska undervisningen kan vissa sådana förhållanden beröras. Särskilt vid undervisningen i anatomi, fysiologi och kemi, där organismens normala struktur och funktioner skildras, skall den studerandes intresse riktas på de faktorer, som gynnar och bevarar hälsan, på miljöns inflytande och på vikten av att hindra sjukdom. Inom rörelseläran kan muskelarbetets hygien, kroppsställningen och trötthetsfenomenen skildras. Näringsläran ger många hygieniska anknytningar och skildringen av kroppens tillväxt likaså. Undervisningen i allmän psykologi bör särskilt understryka själshälsans kännetecken och mentalhygienens principer. Sådana exempel kan mångfaldigas, och tillvaratagandet av dessa tillfällen att redan innan den studerande nalkats sjukdomsläran göra honom medveten om det förebyggande hälsoarbetets betydelse och möjligheter får icke försummas.

Sedan den studerande under det propedeutiska året genom patologi och bakteriologi definitivt kommit in på kroppens sjukliga processer och deras orsaker, måste han lära in hygienens och socialmedicinens elementa samtidigt som han inleder sina kliniska studier. Vid den propedeutiska undervisningen bör stor uppmärksamhet ägnas den förebyggande medicinens tankegångar. Den betydelse arvsanlag och miljöfaktorer av social och allmänhygienisk art har för sjukdomars uppkomst och utveckling bör inskärpas. Inom socialmedicinen bör den studerande få kunskaper om samhällets och befolkningens struktur samt hälso- och sjukvårdens socialmedicinska uppgifter och möjligheter. Demonstrationer bör göra den propedeutiska kursen i socialmedicin så levande som möjligt. Den inledande undervisningens betydelse är, att den redan från den studerandes första kliniska erfarenheter kommer honom att sammankoppla studiet av sjukdomarna med tankegångar om förebyggande åtgärder av hygienisk och socialmedicinsk natur.

Under de kliniska studierna i olika ämnen måste de tidigare förvärvade kunskaperna hållas levande och utbyggas. Genom samverkan främst mellan lärarna i socialmedicin och i de kliniska ämnena bör de medicinskt förebyggande och socialmedicinska aspekterna beaktas vid föreläsningar, seminarier, samundervisning och i kliniska konferenser. I samarbete med de sociala kuratorerna bör den studerande praktiskt få lära sig att ta upp en socialmedicinsk anamnes och vid hembesök hos lämpliga patienter undersöka den sociala bakgrunden till fallet. Praktiska demonstrationer bör också anordnas.

Både i hygien och socialmedicin är

det nödvändigt med en avslutningskurs, som ger en översikt över respektive ämnesområden. Dessa kurser skall emellertid ej vara enbart teoretiska, utan ett betydande antal praktiska demonstrationer bör förekomma. De avslutande förhören ger lärarna tillfälle kontrollera, att den studerande tillägnat sig den tidigare undervisningen på olika stadier och att han även har en betryggande kännedom om de lagar och förordningar, som reglerar hälsovård, sjukvård och socialvård.

Behovet av särskild undervisning för tjänsteläkare

Det finns en gränsdragning, som är av den allra största betydelse, om över huvud taget undervisningen i hygien och socialmedicin före licentiatexamen skall få en rimlig omfattning och bli någorlunda lättsmält, fattbar och lämplig för envar blivande läkare. Den gränsen måste dras mellan undervisningen för allmänläkare och för tjänsteläkare. Man måste härvid göra klart för sig vad en läkare i allmänhet behöver av hygien och av socialmedicin och vad en tjänsteläkare behöver. Det mått av kunskap, som man bör fordra till licentiatexamen av den första kategorien, kan i själva verket göras ganska begränsat vad hygienen beträffar, medan socialmedicinen kräver mera.

Däremot behöver tjänsteläkarna mycket stora kunskaper såväl inom hygien som inom socialmedicin. Tjänsteläkaren är nämligen inom sitt distrikt oftast den ende sakkunnige inom hygien och socialmedicin, och han får sig mången gång förelagt att ge acceptabla lösningar på hygieniska och socialmedicinska problem, som fordrar högst avsevärda kunskaper inom exempelvis teknisk hygien, bostadshygien, vitalstatistik osv. I det dagliga arbetet och i samarbetet med t. ex. fattigvårdsstyrelse, barnavårdsnämnder och nykterhetsnämnder ställes hans kunskap i socialmedicin på prov. Han blir vidare i stor utsträckning föredragande inom hälsovårdsnämnderna. Tjänsteläkaren har där att ta initiativ, att föredra ärenden, att föreslå åtgärder och även att följa ärendenas gång via länsstyrelser, regeringsrätt, allmän åklagare och domstol. Ett icke obetydligt mått av administrativt och tekniskt hygieniskt kunnande är en förutsättning för att tjänsteläkaren skall kunna gå i land med dessa uppgifter.

Om någon obligatorisk efterutbildning i hygien och socialmedicin icke finns för tjänsteläkare, måste man vid planeringen av läkarutbildningen utgå ifrån att ett stort antal av de blivande tjänsteläkarna går ut i sitt arbete med endast den utbildning, som kursen i hygien till licentiatexamen ger dem. Kursen måste för den skull få det dubbla syftet att dels ge en allmän översikt över hygienen, som kan vara passande för läkare i allmänhet, dels bibringa vissa specialkunskaper, som är nödvändiga för tjänsteläkare. Samma krav kommer att ställas på undervisningen i socialmedicin.

Att fullfölja dessa olika uppgifter under en två månaders kurs är icke möjligt. Om man försöker att göra kursen grundlig i enlighet med ovanstående fordringar, blir den synnerligen komprimerad, fylld av allehanda detaljer och för den skull onjutbar för alla de läkare, som icke har för avsikt att ägna sig åt tjänsteläkarverksamhet. Kursen måste därför under sådana omständigheter bli en kompromiss och något av en halvmesyr.

Det torde därför bli nödvändigt att i Sverige liksom i många andra länder skilja ut tjänsteläkarutbildningen från den vanliga läkarutbildningen och ge den karaktären av en specialistutbildning efter medicine licentiatexamen.

Om en sådan specialistutbildning görs obligatorisk för tjänsteläkarna, kan den gemensamma undervisning, varom nu är fråga, före legitimationen helt inrikta sig på behovet av kunskaper i hygien och socialmedicin hos blivande allmänläkare. De kurser i hygien och socialmedicin, som kommittén kommer att föreslå, har ett sådant allmänt mål. Kommittén är således medveten om att de icke utgör ett tillräckligt underlag för en blivande tjänsteläkarutövning, trots väsentliga förbättringar inom den socialmedicinska undervisningen. Kommittén vill emellertid i detta sammanhang påpeka, att samma brist vidlåder den nuvarande undervisningen, trots att den formellt ger tjänsteläkarkompetens i nu berörda avseenden. En naturlig konsekvens av kommitténs inställning är, att kommittén i ett senare kapitel kommer att lägga fram förslag om särskilda obligatoriska kurser i bl. a. hygien och socialmedicin för tjänsteläkare.

HYGIEN

Kommittén.

Kurs i hygien. Kommittén har funnit det lämpligt att föra över delar av den allmänna epidemiologien till kursen i epidemiska sjukdomar. Undervisningen i de kliniska profylaktiska metoderna blir nämligen mer effektiv, om den meddelas i samband med undervisning i sjukdomarnas klinik och därvid blir praktiskt övad. Detta förutsätter en utvidgning av undervisningen i klinisk epidemiologi med vissa föreläsningar. I hygienundervisningen bör dock ingå en sammanfattande översikt över fältepidemiologiens metoder i bekämpandet av smittsjukdomar.

Kommittén föreslår, att kursen i hygien får en omfattning av ca 40 timmars föreläsningar och demonstrationer. Kursen torde lämpligen utsträckas över två månader med undervisning tre dagar i veckan, varav föreläsning två dagar och demonstration en dag. Kursen skall tillhöra den andra avdelningen av medicine licentiatexamen och skall kunna kombineras med vissa andra kurser (se kapitlet om studieplanen), varför demonstrationerna ej bör utsträckas så att de inkräktar på dessa kurser. Kursen i hygien bör omfatta i stort sett följande.

1. Fältepidemiologi. Epidemiologiskt arbete, smittkällor, smittspridning. Luftburna smittor, vattenburna smittor, ingestionssmittor, insektsburna smittor, kontroll av smittbärare bland djur och människor.
2. Klimathygien.
3. Personlig hygien, bad m. m., fysisk fostran.
4. Bostadens inflytande på hälsan. Fordringar på bostadens storlek, trångboddhet, det nuvarande bostadsbeståndet.
5. Skolans inflytande på hälsotillståndet. Undervisningen bör inledas med en kort översikt över skolans hälsovård och dess utveckling i Sverige och huvudsakligen avhandla skolbyggnaden och skolans allmänna hygien samt skolmåltider.
6. Arbetsplatsens inflytande på hälsotillståndet. Undervisningen bör huvudsakligen avhandla arbetsplatsens utformning och allmänna hygien, speciellt det tekniska skyddet mot olyckor i arbete och yrkessjukdom.
7. Näringshygien.
8. Vissa partier av hälso- och sjukvårdens organisation, hälsovårdsnämnderna och deras uppgifter, epidemivården, veterinärmedicinens organisation, kontroll av husdjurens sjukdomar, livsmedelskontroll m. m.

Kursen i hygien ges av professorn i hygien med biträde av specialister i vissa partier, där så visar sig nödvändigt. Kursen avslutas med slutförhör.

Lärare. Det hygieniska arbetsfältet är synnerligen omfattande och mångskiftande. Även om den elementära undervisningen i hela ämnet kan anförtros åt en enda lärare, så kan man ej räkna

med att en och samma person skall kunna vara kvalificerad för forskning inom ämnets alla delar. Detta förhållande framstår särskilt tydligt, om man beaktar, att de olika riktningarna inom hygienen ansluter sig till mycket olika grundvetenskaper och därför tillämpar helt skilda arbetsmetoder. Sålunda kräver t. ex. arbete rörande profylaxen mot smittosamma sjukdomar bakteriologisk-epidemiologisk skolning och metodik, medan yrkeshygienen framför allt fordrar farmakologisk-toxikologisk och allmänfysiologisk utbildning och teknik och näringshygienen speciell näringsfysiologisk dylik.

Företrädarna för hygienen vid landets medicinska läroanstalter har hittills i de allra flesta fall representerat den bakteriologisk-epidemiologiska riktningen. Som följd härav har de fysiologiskt-toxikologiskt och näringsfysiologiskt orienterade delarna av ämnet i forskningsavseende blivit starkt eftersatta.

I MHO:s betänkande (del I, s. 83—84) refererades en PM, utarbetad av dåvarande laboratorerna A. K. I. Ahlmark och K. G. H. Vahlne vid statens institut för folkhälsan angående "behovet av hygienisk forskning och undervisning vid rikets universitet och karolinska institutet". Däri framfördes tanken, att en viss differentiering av hygienprofessurerna i riket bättre än tidigare skulle tillgodose de olika huvudriktningarna inom ämnet. Professurerna i hygien vid karolinska institutet och i Lund föreslogs sålunda få en speciellt bakteriologisk-epidemiologisk och den i Uppsala en fysiologisk-farmakologisk inriktning. MHO betonade för sin del särskilt behovet av en förbättrad representation för näringshygienen.

Läkarutbildningskommitténs expertdelegation har ej tagit upp tanken på en dylik differentiering utan föreslår professurer i hygien utan närmare specificering vid alla fyra läroanstalterna. Delegationen framhåller emellertid det starka behovet av forskning på hygienens olika fält och föreslår, att det senare inrättas särskilda forskningsprofessurer, bl. a. i näringshygien och yrkeshygien.

Kommittén, som oreserverat ansluter sig till meningen att hygienen bör företrädas av en professur vid var och en av de medicinska läroanstalterna, anser det emellertid nödvändigt med en anordning som omedelbart säkerställer forskningen och undervisningen såväl inom näringshygienen som yrkeshygienen vid de medicinska högskolorna. Det synes kommittén ej längre försvarligt att alltfort låta tillfälligheter avgöra om forskning inom dessa betydelsefulla grenar av hygienen skall bedrivas vid lärosätena. Realiserandet av en fastare organisation av forskningen inom hygienen kan ej längre överlämnas åt en oviss framtid. Kommittén föreslår därför att en differentiering av de fyra hygienprofessurerna bör ske på sådant sätt, att yrkeshygienen respektive näringshygienen garanteras särskilda företrädare. Kommittén fattar därvid yrkeshygien i en ej alltför snäv bemärkelse, inkluderande väsentliga delar av den fysiologiskt inriktade hygienen. En sådan differentiering skulle även få stor betydelse ur undervisningssynpunkt. En viktig del av professorernas undervisning sker i form av s. k. forskningsundervisning, dvs. genom handledning av de lärjungar som medelst vetenskapligt arbete vill specialisera sig inom professurens område. Denna del av undervisningen är alltså ägnad att säkerställa en framtida vetenskaplig verksamhet inom området och garanterar tillgång på ett tillräckligt antal specialister inom ämnet.

Kommittén föreslår, att av de fyra

hygienprofessurerna en benämnes professur i hygien, särskilt näringshygien, och en, eventuellt två, professur i hygien, särskilt yrkeshygien. Frågan om dessa professurers placering bör enligt kommitténs mening övervägas av vederbörande fakulteter och lärarkollegier i samband med remissbehandlingen av detta betänkande.

Mot den sålunda föreslagna differentieringen av hygienprofessurerna kunde måhända anföras, att näringshygien och yrkeshygien redan företräds i landet av de professurer, som är knutna till den näringshygieniska respektive yrkeshygieniska avdelningen vid statens institut för folkhälsan. Emellertid är detta institut icke huvudsakligen avsett för forskning, utan det är ett centralt undersökningsorgan, som har att biträda vid övervakningen av den allmänna hygienen i riket. Professorerna har heller ingen skyldighet att delta i den allmänna läkarutbildningen. Institutet är med andra ord till väsentlig del inriktat på omedelbara praktiska uppgifter, delvis av rutinkaraktär, och dess personal kan endast i begränsad utsträckning ägna sig åt fritt forskningsarbete. De näringshygieniska och yrkeshygieniska avdelningarna vid statens institut för folkhälsan minskar därför ej i nämnvärd mån behovet av närings- och yrkeshygieniska forsknings- och undervisningscentra vid de medicinska läroanstalterna.

Anslagsfrågor

Den av kommittén föreslagna undervisningen i hygien omfattar dels viss del av undervisningen vid propedeutisk kurs i socialmedicin (ca 5 timmar per kurs), dels kurs i hygien med 45 timmars föreläsningar och demonstrationer. Undervisningen vid den propedeutiska kursen kommer att få ges två gånger årligen vid samtliga lärosäten. Kurs i hygien torde i Uppsala, Lund och Göteborg få ges två gånger årligen med 30 deltagare och i Stockholm tre gånger årligen med 40 deltagare.

Då lokaler för en hygienisk institution för närvarande ej finns tillgängliga i *Uppsala* föreslår kommittén, att inrättandet av en professur i hygien där nu beslutes i princip och att anvisande av medel till denna tjänst får anstå tills lämpliga lokaler ställs till förfogande. Den nuvarande institutionen i bakteriologi skall visserligen bereda plats även för undervisningen i hygien, men kommitténs förslag om utvidgning av undervisningen i klinisk bakteriologi ställer sådana ökade krav på de nuvarande lokalerna, att en fullt utbyggd institution icke kan förläggas dit. Under dessa förhållanden föreslår kommittén, att undervisningen i hygien i Uppsala som ett provisorium ges av en lärare i hygien mot ett arvode av 6 900 kronor, vari även innefattas ersättning för examination. Vid kurserna bör tjänstgöra en amanuens, som under kurstiden avlönas med ett arvode av 400 kronor per kursmånad. Ett materielanslag på 3 000 kronor beräknas för undervisningens behov.

I *Lund* blir undervisningen av samma omfattning som i Uppsala och kan ges helt av innehavaren av den föreslagna professuren i hygien, som omedelbart bör inrättas. Den nya institutionen kan inrymmas i den förutvarande kemiska institutionens byggnad, där universitetet reserverat utrymmen för en hygieninstitution. Vid institutionen inrättas tjänster som förste assistent, förste amanuens, laboratoriebiträde och kanslibiträde samt en vaktmästartjänst. För institutionen beräknas ett årligt materielanslag av 15 000 kronor. Särskilt utrustningsanslag torde bli erforderligt, och kommittén beräknar i anslutning till uppgifter från ämnesföreträdaren

vid karolinska institutet dess storlek till 220 000 kronor.

I *Stockholm* finns en professor i allmän hälsovårdslära. Professorn ifråga är föreståndare för den hygieniska avdelningen vid statens institut för folkhälsan. Undervisningen i hygien, som liksom hittills bör meddelas vid denna institution, utgör 145 timmar årligen. Av dessa kommer på professorns lott 130 föreläsningar, varför arvode på 750 kronor bör avsättas till biträdande lärare eller fördelas på specialföreläsare.

I *Göteborg* kommer en undervisning att erfordras motsvarande den i Uppsala och Lund. Kommittén föreslår, att en professur i hygien inrättas när medicinska högskolans utbyggnad når detta skede av utbildningen.

Tjänster	Nuvarande personal			Kommitténs förslag		
	U	L	S	U	L	S
Professor			1		1	1
Lärare (arvode)	7 200	12 400		6 900		
Biträdande lärare			5 400			750
Förste assistent			1		1	1
Förste amanuens			1		1	1
Tredje amanuens			1			1
Amanuens (arvode)				1 600		
Vaktmästare			1		1	1
Laboratoriebiträde			2		1	2
Kanslibiträde			1		1	1

Kostnadsberäkning

Uppsala. Arvode till lärare omräknas. Kursamanuensarvode beräknas.
6 900—7 200 + 1 600 = 1 300 kr.
Ett årligt materielanslag av 3 000 kr.

Lund. En professor, en förste assistent, en förste amanuens, en vaktmästare, ett laboratoriebiträde och ett kanslibiträde tillkommer. Nuvarande arvode till lärare indrages.
30 720 + 12 000 + 6 000 + 7 632 + 7 968 + 7 968 — 12 400 = 59 888 kr.
Ett årligt materielanslag av 15 000 kr.

Stockholm. Arvode till biträdande lärare omräknas.
750 — 5 400 = — 4 650 kr.

Summa 74 538 kr.

Härtill kommer ett engångsanslag av 220 000 kronor för utrustning av den föreslagna institutionen i Lund.

SOCIALMEDICIN

Kommittén

Propedeutisk kurs i socialmedicin. Under det propedeutiska året ges en kurs i socialmedicin. Kursen skall syfta till att redan på ett tidigt stadium ge den blivande läkaren en riktig syn på hälsoarbetet och lära honom att se patienterna som individer med miljöpro-

blem, som man måste ta hänsyn till i det kliniska arbetet. Den förebyggande hälsovårdens idé, som innefattar envar läkares ansvar och delaktighet i det profylaktiska arbetet, skall klarläggas för de studerande. Det är viktigt att göra den inledande undervisningen så intresseväckande som möjligt genom att anknyta den till praktiska demonstrationer.

Den propedeutiska kursen i socialmedicin, som endast är avsedd att vara en kort orientering, bör omfatta 15 timmars föreläsningar jämte några demonstrationer. Följande ämnen synes böra behandlas under kursen:

A. *Föreläsningar:*

1. Huvuddragen av hälso- och sjukvårdens organisation.
2. Socialmedicinens arbetsuppgifter.
3. Socialmedicinsk metodik, innefattande socialutredningar, hembesök, upptagande av socialmedicinsk anamnes.
4. Sambandet mellan sociala förhållanden, såsom ekonomisk situation, bostadsförhållanden, arbetsförhållanden, arbetslöshet, samlivet med andra människor inom olika grupper m. m. å ena sidan samt sjuklighet och dödlighet i olika sjukdomar å den andra.
5. Individernas utveckling som samhällsvarelser, ungdomsproblem, lösgörande från familjegruppen, familjebildning och familjestrukturens förändringar, åldrandet med dess minskade aktivitet i samhället m. m.
6. Orientering om hälsovård och sjukdomsprofylax.
7. Hälsokontroll (skärmbildsfotografering, förebyggande mödravård, förebyggande barnavård, folktandvård).
8. Förebyggande av smitta (tuberkulos, tarmsjukdomar, veneriska sjukdomar, nosokomiala infektioner). Skyddsympning.

B. *Praktiska demonstrationer*

1. Studenternas hälsokontroll.
2. Barnavårdscentral.
3. Folktandvård.

Den propedeutiska kursen i socialmedicin skall ledas av professorn i socialmedicin med biträde av lärarna i hygien och av specialister på sådana områden, där detta visar sig nödvändigt. Lämpligt kompendium och översiktliga framställningar i anslutning till kursen bör utarbetas. Kursen behöver ej avslutas med förhör, då kunskapskontrollen sker i hygien- respektive socialmedicinförhören.

Fortlöpande undervisning i socialmedicin. De kroppsliga, själsliga och sociala aspekterna på sjukdom är så nära samhöriga med varandra, att de kan hållas isär endast genom ett schematiserande betraktelsesätt. Vid olika sjukdomar och hos olika patienter växlar deras relativa betydelse. Undervisningen i socialmedicin skall lära de studerande att i varje sjukdomsfall analysera de sociala faktorerna, bedöma deras betydelse i hela det medicinska problemet och ta ställning till de sålunda uppkommande problemen ur diagnostisk och terapeutisk synpunkt. Om de studerande verkligen skall få en sådan inställning till sina patienter, måste emellertid socialmedicinen vara något, som ingår i varje kurs och i all klinisk undervisning. En huvudsaklig del av den socialmedicinska undervisningen blir således den undervisning, som fortlöpande meddelas i samband med de olika kliniska kurserna och tjänstgöringarna.

Inrättandet av särskilda professurer i socialmedicin vid varje lärosäte kan således endast innebära, att vissa delar av undervisningen i socialmedicin övertas helt av dess innehavare. Denna undervisning har kommittén avhandlat i fråga om den propedeutiska kursen och slutkursen i socialmedicin. Andra delar av undervisningen i socialmedicin måste planläggas och meddelas i samverkan med de olika kliniska lärarna, vilka även själva måste ge sitt bidrag. Detta skall ske under den fortlöpande undervisningen i socialmedicin. I denna andra del av undervisningen kommer professorn i socialmedicin att ha en viktig uppgift som en sammanhållande, koordinerande och stimulerande kraft.

Han skall rådslå med de olika kliniska lärarna om det bästa sättet och den lämpligaste tiden att meddela sådan undervisning i deras ämnen. Genom upprepade kontakter med lärare, underläkare och kuratorer skall han se till att ett tillräckligt antal lämpliga fall demonstreras för de studerande på varje kurs.

Lärarna och läkarna vid olika kliniska kurser och tjänstgöringar har en utomordentligt viktig uppgift att fylla i den fortlöpande socialmedicinska undervisningen. Denna undervisning kan nämligen lätt bli en död bokstav, om den studerande endast får den meddelad vid vissa, särskilt tillrättalagda föreläsningar. Han måste se, att de sociala faktorerna tillmäts betydelse och beaktas i det löpande sjukvårdsarbetet. I förekommande fall skall deras betydelse analyseras, den studerande skall under sina kliniska tjänstgöringar få se att de sociala kuratorerna tillkallas, och han skall underrättas om vilka undersökningar de utför och vilka åtgärder som rekommenderas. Detta socialarbete inom sjukvården bör redovisas på samma sätt som resultaten från andra diagnostiska och terapeutiska avdelningar. Erfarenheter från andra länder har visat, att en målmedveten sådan inriktning av undervisningen icke endast ger stor behållning för den studerande utan också verkar stimulerande på sjukvården och ger sjukhusläkarna en allt rikare erfarenhet av värdet av ett socialmedicinskt arbete.

En viktig del av sina erfarenheter vid klinikerna bör den studerande få genom praktiskt socialmedicinskt arbete i anslutning till de enskilda fallen. Vid varje sjukdomsfall, där sociala faktorer spelar en beaktansvärd roll, bör han få ta upp en fullständig socialmedicinsk anamnes. I åtminstone några sådana fall under varje kurs bör den studerande göra hembesök tillsammans med en socialkurator. Den socialmedicinska undersökningen bör sluta med ett förslag till socialmedicinsk terapi vid sidan av den medicinska terapien. När dessa fall demonstreras på föreläsningar och ronder, bör den studerande få föredra både den rent medicinska och den socialmedicinska sidan av sjukdomshistorien, och fallet bör underkastas en allsidig diskussion under lärarens ledning. Vid denna form av undervisning kommer de sociala kuratorerna och de underordnade läkarna att spela en viktig roll som omedelbara handledare av de studerande i det praktiska arbetet.

Professorn i socialmedicin skall ge sitt bidrag till den fortlöpande undervisningen i socialmedicin under de kliniska kurserna och tjänstgöringarna i en samundervisning, som dels utformas som kliniska konferenser, dels som föreläsningar av honom själv under de olika kurserna i samband med kliniska demonstrationer av patienter, dels också som praktiska demonstrationer inom t. ex. socialvården. Vid de kliniska konferenserna skall socialmedicinaren, respektive kliniker och/eller hans underläkare, eventuellt andra specialister samt socialkuratorn medverka. Den kliniska konferensen kan behandla ett speciellt socialmedicinskt problem, som belyses från olika håll av de närvarande specialisterna, eventuellt med hjälp av demonstrerade fall eller föredragna sjukhistorier. Föreläsningar av läraren i socialmedicin under medverkan av den sociala kuratorn och med kliniska patientdemonstrationer är en organisatoriskt något enklare form för undervisningen, vilken ofta torde komma att vara tillfyllest. De nu berörda olika formerna av socialmedicinsk undervisning skall flyta in i den löpande föreläsningsserien på de olika kurserna och således icke organiseras som fristående

föreläsningar. Denna anordning kommer att i någon mån lätta undervisningsbördan för de övriga kliniska lärarna.

Sådan fortlöpande undervisning, som leds av professorn i socialmedicin under olika kliniska kurser och tjänstgöringar, föreslås omfatta ca 40 timmar årligen, vari ingår 12 timmar i samband med medicinundervisningen och 8 timmar i samband med kirurgi- och ortopediundervisningen. Resten fördelas på undervisningen i dermato-venereologi, obstetrik och gynekologi, oftalmiatrik, oto-rhino-laryngologi, pediatrik och psykiatri. Denna undervisning skall ingå i den obligatoriska undervisningen.

Vissa av de kliniska ämnena har på grund av sjukdomarnas art och sjukvårdens utformning ett starkt socialmedicinskt inslag, som gör sig gällande redan i den vanliga undervisningen. Detta gäller kanske alldeles särskilt psykiatri och pediatrik, där de kliniska lärarna relativt detaljerat måste ta upp sociala aspekter på sina ämnen. Det kommer säkerligen att bli så, att de kliniska lärarna där ger mer undervisning i socialmedicin i fråga om sitt ämne än vad professorn i socialmedicin gör. Det socialmedicinska fältet är emellertid så stort och så specialiserat, att det icke kan förväntas, att professorn i socialmedicin ägnar sig i lika hög grad åt alla ämnen, utan en viss fördelning mellan honom och de olika kliniska lärarna måste ske. Det torde icke bli bara de nu nämnda ämnenas företrädare, som får göra sådana speciella insatser, utan i varierande grad bör det ankomma på alla. Kommittén vill rekommendera, att professorn i socialmedicin fortlöpande hålles underrättad om omfattningen och arten av sådan socialmedicinsk undervisning på de olika kurserna och att samråd rörande uppläggningen av denna undervisning sker med jämna mellanrum mellan lärarna i fråga.

Det framgår av vad som ovan sagts, att de sociala kuratorerna kommer att spela en viktig roll i den fortlöpande undervisningen i socialmedicin. De bör delta i långt större utsträckning än hittills i de kliniska demonstrationerna på föreläsningar, konferenser och ronder. De skall handleda de studerande i det praktiska socialmedicinska arbetet med upptagande av socialmedicinsk anamnes, hembesök etc. Det skall påvisas för de studerande vad för sorts arbete kuratorn gör och vad detta arbete betyder i samband med den övriga behandlingen vid kliniken. Kuratorsinstitutionen och kuratorns arbete skall framstå för den studerande som en viktig del av den stora sjukvårdsorganisationen, vilken skall användas i diagnos och terapi på samma sätt som sjukhusets laboratorie- och behandlingsavdelningar.

Huvudkurs i socialmedicin. Denna kurs, vari centrala delar av statsmedicinen ingår, föreslås omfatta 55 timmar, varav hälften föreläsningar och hälften praktiska demonstrationer. Kursen skall ges samtidigt med kursen i pediatrik. Med 3—4 timmars undervisning i veckan under 16 veckor torde man ej behöva befara, att kursen nämnvärt inkräktar på undervisningen i pediatrik. I kursen bör följande ämnen ingå.

1. Allmänna drag av samhällets organisation.
2. Befolkningens sammansättning, åldersfördelning, yrkesfördelning, könsfördelning, befolkningstäthet, befolkningsutveckling, befolkningspolitiska åtgärder m. m.
3. Orsakerna till sjukdom och död. Den officiella och internationella nomenklaturen (sjukdoms- och dödsorsaksnomenklatur).
4. Vitalstatistik.
5. Kampen mot folksjukdomarna (tuberkulos, reumatiska sjukdomar, cancer, hjärt- och kärlsjukdomar etc.).
6. Arbetsvård och yrkeshygien. Kort översikt över industrialiseringens utveck-

ling, industriarbetets vådor, yrkessjukdomar, olycksfall i arbetet, dödsolyckor, invaliditet. Demonstration av vanliga fall av yrkessjukdomar och olycksfall. Industriläkarens arbete, allmänläkarens kontakt med industriarbetet, rehabilitation efter olycksfall och yrkessjukdomar.

7. Olika former av social missanpassning, fattigdom, arbetslöshet, arbetshämning, alkoholism, kriminalitet, prostitution, lösdriveri, försumlighet i försörjningsplikten m. m.

8. Arv, konstitution och miljö, abort och steriliseringsfrågor.

9. Socialvården, dvs. fattigvården och fattigvårdsnämnderna, barna- och ungdomsvården samt barnavårdsnämnderna, alkoholistvården och nykterhetsnämnderna samt nykterhetsrörelsen, arbetsvården och arbetsförmedlingarna, sociala hemhjälpsverksamheten, bostadsförsörjningen och subventioneringen m. m.

10. Vården av asociala, dvs. kriminalvård, lösdrivarvård, omhändertagande av prostituerade, vissa veneriskt smittade m. m.

11. Konvalescentvården, rehabilitation och åtgärder för partiellt arbetsföra i allmänhet.

12. Försäkringsmedicin, sjukförsäkring, olycksfallsförsäkring, arbetslöshetsförsäkring, folkpensionering, barnbidrag, mödrahjälp m. m.; utfärdande av intyg i anslutning härtill.

13. Andra intyg och remisser, t. ex. för sökande av anställning.

14. Kuratorsverksamhet av olika slag.

15. Vissa partier av hälso- och sjukvårdens organisation mera ingående, t. ex. centraladministrationen, tjänsteläkarverksamheten, landstingens sjukvård, statens kroppssjukvård och sinnessjukvården, konvalescentvård, pensionsstyrelsen och kuranstalterna etc., den öppna läkarvården och den förebyggande hälsovården genom periodiska undersökningar. Läkarantal och läkarbehov, allmänpraktiker och specialister, jämte deras fördelning över landet, tandläkare, apotekare, sjuksköterskor, sluten och öppen vård, sjukhuspersonal osv.

Författningar rörande den medicinska personalorganisationen, behörighetsbestämmelser, förordningar angående tjänsteplikt för medicinalpersonal, stadganden rörande läkarnas rättsliga ställning.

Kursen ges av professorn i socialmedicin under medverkan av olika specialister. Genom användande av lämpligt kompendium och översiktliga framställningar av socialmedicinens olika problem bör undervisningen kunna utformas mera fritt. Kursledaren bör genom examinationer övertyga sig om, att nödiga kunskaper inhämtas. De centrala delarna av statsmedicinen, hälso- och sjukvårdens organisation m. m. bör ges av en biträdande lärare, som antingen är tjänsteläkare (förste provinsialläkare e. d.) eller på annat sätt, t. ex. som rättsläkare, har erfarenhet av sådant arbete. Kursen avslutas med tentamen i socialmedicin. Centralpartierna av statsmedicinen förhörs härvid.

Lärare. Professorn i socialmedicin får en mängd olikartade arbetsuppgifter. Han leder tillsammans med professorn i hygien den propedeutiska kursen i förebyggande medicin. Han övervakar och deltar i den fortlöpande undervisningen i socialmedicin samt blir kursledare och huvudlärare vid huvudkursen i socialmedicin. Han skall dessutom ge specialistundervisning i socialmedicin för olika grupper av tjänstemän och läkare inom hälso- och socialvård och bedriva forskning inom det socialmedicinska området. Professorn i socialmedicin bör vidare bli chef, helt eller delvis, för kuratorsinstitutionen vid undervisningssjukhuset. Betydande fördelar torde stå att vinna genom en sådan samordning av kuratorernas verksamhet. För närvarande arbetar kuratorerna på de olika klinikerna utan direkt organisatoriskt samband med varandra. För forskning och undervisning och därmed också för sjukvården vore det en vinst om dessa tjänstemän finge en anknytning till ett gemensamt organ. En förankring i den socialmedicinska institutionen skulle underlätta handläggningen av svårare kuratorsärenden och samtidigt utgöra en stimulerande faktor i kuratorernas dagliga arbete. Socialmedicinskt viktigt primärmaterial kan också på detta sätt göras tillgängligt för undervisning och forskning.

Eventuellt bör professorn i socialmedicin även bli chef för studenternas hälsovårdsbyrå (se nedan).

Expertdelegationen uppräknar ett antal grenar av socialmedicinen, inom något av vilka professorn i ämnet bör äga såväl vetenskaplig meritering som praktisk erfarenhet. Delegationen framhåller vidare, att innehavaren av professuren inom ytterligare några områden bör besitta viss kunskap och erfarenhet och att han därtill bör ha viss klinisk meritering. De sålunda uttalade önskemålen torde enligt kommitténs mening närmast kunna uppfattas som anvisningar rörande lämplig meritering för dessa professurer och ej som specificerade kompetenskrav. Vid tillsättning av professurerna i socialmedicin kan givetvis ej andra bestämmelser gälla än för andra professurer, beträffande vilka universitetsstatuterna stadgar, att inga andra grunder må åberopas än graden av ådagalagd vetenskaplig skicklighet. För professuren i socialmedicin måste likväl fordras, vad som alltid krävts för de kliniska professurerna, nämligen sådan praktisk förfarenhet inom området, som är oundgänglig för att de med professuren förenade praktiska uppgifterna tillfredsställande skall kunna fullgöras. Kommittén lägger för sin del särskild vikt vid att inom såväl den vetenskapliga som den praktiska meriteringen tyngdpunkten bör ligga på sjukvårdens fält. Kommittén fattar nämligen professurens förankring i den praktiska medicinen som dess viktigaste särdrag i jämförelse med hygienprofessuren både ur undervisningens och ur forskningens synpunkt.

Anslagsfrågor

Kommitténs förslag för undervisningen i socialmedicin innebär dels undervisning under propedeutisk kurs i socialmedicin (10 timmar per kurs), dels en fortlöpande undervisning i samband med olika kliniska kurser, konferenser etc. (den socialmedicinske lärarens del uppskattningsvis 40 timmar årligen), dels också en huvudkurs i socialmedicin med 55 timmars föreläsningar och demonstrationer. I huvudkursen skall även ingå undervisning i vissa delar av statsmedicinen.

Denna undervisning bör, som kommittén redan framhållit, ledas av en professor vid varje lärosäte. Dessa professurer bör omedelbart inrättas. Vid varje socialmedicinsk institution bör därjämte finnas biträdande lärare, som mot arvode ger delar av undervisningen, en klinisk amanuens (underläkare), en kurator för biträde i undervisningen och det vetenskapliga arbetet samt ett kanslibiträde. Förslaget innebär att de av sjukvårdens huvudmän avlönade kuratorerna i viss utsträckning kommer att tas i anspråk för undervisning. Genom tillkomsten av en kuratorstjänst på varje socialmedicinsk institution får dock även sjukvården ett tillskott av arbetskraft, som uppväger det merarbete, som genom kommitténs förslag åsamkas klinikernas kuratorer. Vid dessa institutioner kommer ett stort behov att föreligga av kvalificerad statistisk assistens, varför ett arvode på 10 000 kronor bör avsättas för ersättning åt statistiker. I framtiden torde en ordinarie tjänst som statistiker bli nödvändig vid varje institution. För undervisningens och forskningens behov bör vidare avsättas ett årligt materielanslag av 10 000 kronor. När verksamheten vid de socialmedicinska institutionerna fått en fastare utformning torde även en tjänst som sjuksköterska erfordras vid varje institution.

De nya institutionerna i socialmedicin bör enligt kommitténs bestämda mening förläggas till lärosätets centrala undervisningssjukhus. Provisoriskt kan

en lokal i sjukhusets omedelbara närhet dock vara tillfyllest. Kommittén förutsätter, att befintliga föreläsningssalar kan utnyttjas vid undervisningen. Under hänsynstagande till den föreslagna personalens omfattning och arbetets art beräknar kommittén, att lokaler med en golvyta om ca 250 m² tills vidare skall vara tillräckliga. Det bästa vore om en sjukavdelning inom sjukhuset eller motsvarande utrymme kunde inredas för ändamålet. Kommitténs undersökningar har emellertid visat, att sådana utrymmen troligen icke omedelbart kan disponeras. Då kommittén finner de nya institutionerna synnerligen angelägna, föreslås, att medel anvisas till byggande av en träbarack vid respektive centrala undervisningssjukhus. Kostnaden för en sådan byggnad av angiven storlek kan uppskattas till ca 95 000 kronor. Kommittén föreslår vidare ett inrednings- och utrustningsanslag av 70 000 kronor för varje institution. Så snart tillfälle erbjuder sig, och i varje fall då nybyggnad planeras, bör den socialmedicinska institutionen införlivas med det centrala undervisningssjukhuset.

För att säkerställa att professorn i socialmedicin får kännedom om och i tillfredsställande omfattning kan utnyttja sjukhusets socialmedicinska patientmaterial föreslår kommittén, att han blir chef för sjukhusets kuratorsväsende och att vissa eller samtliga kuratorer administrativt underställes honom. Detta torde även medföra ett mera effektivt inlemmande av kuratorsinstitutionen i undervisnings-, sjukvårds- och forskningsarbetet vid sjukhuset. Kommittén vill även föreslå att professorn i socialmedicin får ledningen av studenternas hälsovård, varigenom han skulle få en modellinstitution för förebyggande arbete till sitt förfogande i undervisningen.

Kurs i socialmedicin bör anordnas vid lika många tillfällen som kurs i pediatrik, med vilken den obligatoriskt skall kombineras. I *Uppsala* blir den årliga undervisningsvolymen i socialmedicin följaktligen 225 timmar. Av denna undervisning faller 130 timmar på professorn. Den återstående undervisningen bör fördelas på biträdande lärare eller specialföreläsare. En biträdande lärare bör huvudsakligen meddela undervisning i de till socialmedicinen hörande delarna av statsmedicinen. Denne biträdande lärare kan lämpligen vara en tjänsteläkare eller en person med liknande erfarenhet. Hans arvode kan beräknas till 1 950 kronor för 30 undervisningstimmar jämte examinationer. Den andre biträdande läraren skall ge den övriga undervisningen i socialmedicin med 65 timmar för ett arvode på 3 250 kronor.

I *Lund* bör arvode till biträdande lärare beräknas i enlighet med vad som skett i Uppsala, dock att ersättning för endast en propedeutkurs beräknas. För undervisningen i statsmedicin kan här lämpligen chefen för rättsläkarstationen anlitas mot ett arvode av 1 950 kronor. För en propedeutisk kurs jämte den fortlöpande undervisningen under de kliniska kurserna i *Malmö* bör beräknas ett särskilt arvode till lärare i socialmedicin vid allmänna sjukhuset med 2 500 kronor.

I *Stockholm* förlägges institutionen i socialmedicin lämpligast till *karolinska sjukhuset*, där de flesta av de kliniska kurserna fullgörs. Vid institutionen anordnas en propedeutkurs samt huvudkurserna i socialmedicin, varvid studerande från samtidiga pediatrikkurser vid karolinska sjukhuset och Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus bevistar en gemensam huvudkurs i socialmedicin. Förutom professorn erfordras en biträdande lärare, vars arvode för 55 timmars föreläsningar beräknas till 2 750

kronor. För den undervisning i socialmedicin, som meddelas vid den andra propedeutkursen samt under de kliniska kurserna vid *serafimerlasarettet* och *Sabbatsbergs sjukhus*, måste inrättas en särskild biträdande lärartjänst i socialmedicin. Den biträdande lärarens undervisning kan beräknas till 50 timmar per år och härför bör utgå en ersättning av 2 500 kronor. Ett rum bör stå till hans förfogande på serafimerlasarettet att användas i samband med undervisningen. För undervisning i statsmedicin m. m. i samband med nu diskuterade kurser i socialmedicin bör ett arvode på 2 400 kronor avsättas.

I *Göteborg* bör professuren i socialmedicin upptas i utbyggnadsplanen. Undervisningen blir av samma omfattning som i Uppsala.

Tjänster	Kommitténs förslag				
	U	L	M	Sthlm KS	Seraf.
Professor	1	1		1	
Biträdande lärare	1 950	1 950	2 500	2 750	2 500
	3 250	3 250		2 400	
Klinisk amanuens		1			
Kurator (17 lgr)	1	1		1	
Statistiker (arvode)	10 000	10 000		10 000	
Kanslibiträde	1	1		1	

Kostnadsberäkning

Uppsala. En professor, en kurator och ett kanslibiträde tillkommer. Arvoden till biträdande lärare och statistiker beräknas. En tjänst som förste underläkare inrättas.

VIII huvudtiteln	30 720 + 10 032 + 7 968 + 1 950 + 3 250 + 10 000 =	63 920 kr.
	Ett årligt materielanslag av	10 000 kr.
XI huvudtiteln		20 664 kr.

Lund. En professor, en klinisk amanuens, en kurator och ett kanslibiträde tillkommer. Arvoden till biträdande lärare och statistiker beräknas.

30 720 + 12 736 + 10 032 + 7 968 + 1 950 + 3 250 + 10 000 =	76 656 kr.
Ett årligt materielanslag av	10 000 kr.

Malmö. Arvode till lärare i socialmedicin vid allmänna sjukhuset beräknas. 2 500 kr.

Stockholm.

Karolinska sjukhuset. En professor, en kurator och ett kanslibiträde tillkommer. Arvode till biträdande lärare och statistiker beräknas. En tjänst som förste underläkare inrättas.

VIII huvudtiteln	30 720 + 10 908 + 8 652 + 2 750 + 2 400 + 10 000 =	65 430 kr.
	Ett årligt materielanslag av	10 000 kr.
XI huvudtiteln		21 924 kr.

Serafimerlasarettet. Arvode till biträdande lärare beräknas. 2 500 kr.

VIII huvudtiteln 241 006 kr.
XI huvudtiteln 42 588 kr.

Summa 283 594 kr.

Härtill kommer engångsanslag till uppförande av träbaracker för inrymmande av de föreslagna institutionerna i Uppsala, Lund och Stockholm med 95 000 kronor per institution samt engångsanslag för inredning och utrustning med 70 000 kronor per institution, eller tillhopa 495 000 kronor.

Kap. 42. RÄTTSMEDICIN

Nuvarande undervisning

Undervisningen i rättsmedicin är enligt gällande examensstadga sammanförd med statsmedicinen och utgör ett ämne i medicine licentiatexamen. Undervisningen i de båda ämnena skall omfatta den medicinska vetenskapens tillämpning på lagskipning samt svensk lagstiftning och förvaltning rörande hälso- och sjukvård.

I *Uppsala* har kurs i rätts- och statsmedicin anordnats två gånger årligen sedan 1950. Den rättsmedicinska delen av undervisningen meddelas av prosektorn vid patologiska institutionen och omfattar 12 undervisningstimmar. Undervisningen har getts som obduktionsdemonstrationer eller, när material för sådana saknats, som katedrala föreläsningar. I *Lund* har kurs i rätts- och statsmedicin anordnats en gång årligen sedan 1928. Undervisningen i rättsmedicin omfattar ca 18 timmars föreläsningar. Dessutom demonstreras under hela kursen förekommande obduktioner och andra likundersökningar med rättsligt syfte. I *Stockholm* har kurs i rätts- och statsmedicin getts två gånger årligen. Undervisningen i rättsmedicin omfattar 28 timmar, bestående av föreläsningar och obduktionsdemonstrationer. Vid undervisningen har varje kurs delats i tre grupper, vilka undervisats var för sig. I *Göteborg* har ordinarie undervisning i rätts- och statsmedicin ännu icke anordnats.

För undervisningen i rättsmedicin finns ordinarie lärare endast i Stockholm, där en professur i rätts- och statsmedicin inrättats och förenats med befattningen som chef för rättsläkarstationen. I Uppsala meddelas undervisningen i rättsmedicin mot arvode av prosektorn i patologi och i statsmedicin likaledes mot arvode av förste provinsialläkaren i länet. I Lund ges undervisning i rätts- och statsmedicin mot arvode av föreståndaren för rättsläkarstationen där.

Tidigare diskussion

Under det sista decenniet har betydande förändringar företagits i undervisningen i rätts- och statsmedicin, orsakade av en genomgripande reform av landets rättsmedicinalväsende i samband med inrättandet av s. k. rättsläkarstationer. Denna reform genomfördes i anslutning till ett av medicinalstyrelsens rättsmedicinska nämnd 1943 avgivet betänkande angående omorganisation av rättsmedicinalväsendet i riket (SOU 1943: 20). Huvudlinjerna i denna utredning hade under hand delgetts LS,

vilka med anledning därav i sitt 1941 avgivna huvudbetänkande föreslog en omläggning av undervisningen i rätts- och statsmedicin.

Beträffande ämnesdelen *rättsmedicin* borde enligt LS efter den tilltänkta omorganisationen av rättsmedicinalväsendet de rättsmedicinska obduktionerna kunna erhålla mindre utrymme i undervisningen och inskränkas till att ge de studerande de allmänna kunskaper, som vore nödvändiga för att de på ett tillfredsställande sätt skulle kunna delta i rättslig liksyn. Vidare vore det önskvärt, att i undervisningen infogades en kort orientering angående vårt lands polisorganisation och det sätt, på vilket kriminaltekniken komme till praktisk användning vid undersökningar av en brottsplats. Slutligen borde enligt LS uppfattning undervisningen i rättsmedicin i framtiden ta mera sikte på sådana rättsmedicinska frågor, som kunde möta läkaren i hans arbete, såsom olycksfall av skilda slag, brott och olyckor i samband med alkoholpåverkan, förgiftningar, vanvård, kroppsskada genom oavsiktligt vållande eller uppsåtlig misshandel, otuktsbrott, fosterfördrivning, kvacksalveri och faderskapsmål.

I fråga om ämnesdelen *statsmedicin* förordade LS, att undervisningen i de medicinska författningar som hade samband med de särskilda läroämnena skulle meddelas av lärare i dessa ämnen samt senare kompletteras med en kurs i socialmedicin. Förslaget hade dikterats av praktiskt pedagogiska skäl. Om nämligen ifrågavarande undervisning lades till ämnet rätts- och statsmedicin, förelåge enligt LS den risken, att undervisningen i författningskunskap finge karaktären av ett torrt inlärande av en mängd lagar och förordningar. Den kliniske läraren, som i sitt dagliga arbete komme i beröring med författningarnas praktiska tillämpning, hade otvivelaktigt större förutsättningar att meddela en åskådlig och praktiskt inriktad undervisning och större möjligheter att belysa denna i samband med den kliniska och polikliniska undervisningen.

Vissa medicinska författningar komme dock att falla utanför de övriga läroämnenas område, och i sådana delar borde undervisningen alltjämt ske inom ämnet rätts- och statsmedicin. Detta gällde enligt LS författningar rörande den medicinska personalorganisationen, behörighet, förordningar angående tjänsteplikt för medicinalpersonal, vissa bestämmelser angående utfärdande av intyg, stadganden rörande läkaretiken samt författningar rörande läkarnas skyldigheter vid dödsfall och rättsmedicinska förrättningar. Med ledning av nyssnämnda synpunkter föreslog LS, att kursen i rätts- och statsmedicin skulle omfatta 20—30 föreläsningstimmar, varav ungefär hälften skulle komma på vardera ämnesdelen. Dessutom borde i kursen ingå 5, högst 10 rättsmedicinska demonstrationer. Bestämmelserna om förhör angående anordningar inom apotek m. m. borde såsom varande föråldrade utgå ur examensstadgan.

År 1944 beslöt riksdagen inrätta rättsläkarstationer i Stockholm, Lund och Göteborg. Härigenom inleddes den reform av rättsmedicinalväsendet, som för närvarande håller på att genomföras och som bl. a. innebär, att den stora gruppen tjänsteläkare skall befrias från skyldigheten att utföra rättsmedicinska obduktioner, vilka i stället skall verkställas av rättsläkarstationernas specialutbildade läkare.

Med anledning av denna omorganisation av rättsmedicinalväsendet uppdrog universitetskanslern 1944 åt professorn W. Bosæus, dåvarande laboratorn N. Gellerstedt och professorn E. Sjövall att verkställa utredning rörande en om-

läggning av undervisningen i rätts- och statsmedicin för medicine licentiatexamen. Kommitténs år 1945 avgivna förslag överensstämde så nära, som med hänsyn till då rådande förhållanden var möjligt, med LS förslag. Samma år utfärdade kanslern på grundval av utredningens förslag nya bestämmelser för undervisningen i rätts- och statsmedicin. Undervisningen skulle ges i en tremånaders kurs, som i Stockholm borde omfatta 35 föreläsningstimmar samt omkring 30 timmars demonstrationer och övningar med rätt för kursgivaren att byta ut föreläsningar mot demonstrationer och övningar eller tvärtom. Tidigare gällande föreskrifter angående de studerandes skyldighet att verkställa liköppningar och däröver diktera eller föra protokoll utgick ur bestämmelserna.

På 1948 års läkarutbildningskommittés uppdrag har professor Bosæus utrett behovet av undervisning i rätts- och statsmedicin för olika grupper av läkare i anslutning till nu gällande bestämmelser och förefintliga organisation av rättsmedicinalväsendet. Professor Bosæus delade i sin utredning läkarna i tre kategorier, nämligen civila tjänsteläkare, vid sjukvårdsanstalter anställda läkare och "övriga practici". Gruppen civila tjänsteläkare, som kunde uppskattas till ca 800, hade mera omfattande skyldigheter av rättsmedicinsk karaktär än de övriga grupperna. För tjänsteläkarna borde därför anordnas en kompletterande undervisning i rättsmedicin utöver vad som meddelas till medicine licentiatexamen. Kommittén återkommer i annat sammanhang till professor Bosæus utredning i denna del. För de vid sjukvårdsanstalter anställda läkarna, som kunde uppskattas till ca 2 200, förelåge ävenledes vissa skyldigheter att utföra rättsmedicinska undersökningar på levande personer. Särskilda kurser för dem syntes dock ej vara lämpliga, utan samarbete borde ordnas mellan sjukvårdsanstalterna och rättsläkarstationerna, så att sjukhusläkarna vid mera svårbedömda rättsmedicinska fall kunde erhålla hjälp av rättsläkarna med deras större sakkunskap och erfarenhet på det rättsmedicinska området. Härigenom reducerades behovet av kompletterande utbildning för läkarna vid sjukvårdsanstalterna i väsentlig grad. Den tredje gruppen av läkare, de s. k. "övriga practici", utgjordes av de läkare som icke hörde hemma under någon av de båda andra grupperna. Undervisningen i rättsmedicin i den allmänna läkarutbildningen syntes enligt professor Bosæus böra ta sikte på utbildningsbehovet hos denna kategori av läkare. Dessa läkare hade ingen författningsenlig skyldighet att utföra rättsmedicinska förrättningar. I sin dagliga praktik komme de dock ofta i beröring med fall som hade eller kunde få betydelse ur rättsmedicinsk synpunkt, såsom olycksfall av skilda slag, olyckor i samband med alkoholpåverkan, förgiftningar, vanvård, kroppsskada genom oavsiktligt vållande eller uppsåtlig misshandel, otuktsbrott, fosterfördrivning, faderskapsmål m. m. I sådana fall måste dessa läkare för att undvika fel eller misstag av mer eller mindre allvarligt slag känna till de rättsmedicinska frågor, som kunde uppkomma i anslutning till fallet, och handla med hänsyn härtill. Läkarna syntes i sådana sammanhang kunna avfordras vittnesmål och utlåtanden av olika slag. Praktiserande läkare syntes även behöva ha kännedom om de vanligast förekommande slagen av plötslig och våldsam död. Då en olycka inträffade tillkallades nämligen närmaste läkare, vare sig han vore tjänsteläkare eller privatpraktiker. Denne finge ta hand om de skadade, utföra de preliminära undersökningar, som vore nödvän-

diga, och kunde eventuellt underkastas polisförhör samt avfordras upplysningar, intyg och vittnesmål. Enligt rättsmedicinska nämndens betänkande syntes även vissa rättsmedicinska undersökningar bli aktuella för "övriga practici". Härom anfördes i SOU 1943: 20 (s. 69—70):

> Rättsmedicinska undersökningar av levande personer samt enkla dödsbevisundersökningar och fullständiga dödsintygsobduktioner komma väl även att utföras av privatläkare m. fl. vilka också torde komma att lämna biträde vid rättsliga liksyneförrättningar, brottsplats- och olycksplatsundersökningar samt förhör i samband med vissa brottsutredningar i olika fall, där tjänsteläkare av någon anledning icke finnes tillgänglig.

Med hänsyn till nu skildrade förhållanden har professor Bosæus uppskattat behovet av undervisning i rättsmedicin i den allmänna läkarutbildningen till 26 timmar, inklusive praktiska demonstrationer.

Professor Bosæus har även behandlat frågan om att skilja undervisningen i statsmedicin från kursen i rättsmedicin och funnit sig väl kunna godta den av LS föreslagna anordningen. Å andra sidan förmenar han, att vissa grupper av författningar och bestämmelser angående läkarnas verksamhet icke lämpligen kan komma att beröras i samband med den kliniska undervisningen. Så syntes heller icke kunna ske i en kurs i socialmedicin, eftersom en socialmedicinsk läkare i allmänhet icke kunde förmodas vara särskilt bevandrad i sådana mera juridiska spörsmål och icke heller löpande finge den erfarenhet, som behövdes för att bedöma dessa frågor. Det gällde här närmast författningar rörande behörighetsbestämmelser, tjänsteplikt för medicinalpersonal, bestämmelser angående utfärdande av intyg av rättsmedicinsk karaktär, bestämmelser gällande tystlåtenhetsförpliktelser etc., samt författningar angående dödsfall och rättsmedicinska förrättningar. Undervisningen rörande denna grupp av bestämmelser låge närmare rättsmedicinen än socialmedicinen och borde få en undervisningstid av 8 timmar.

Beträffande lärarna i rättsmedicin har professor Bosæus anfört, att i Uppsala, Lund och Göteborg lärare mot arvode vore lämpliga och att i Stockholm den redan befintlige professorn i rätts- och statsmedicin kunde meddela undervisningen. Med hänsyn till behovet av särskild utbildning för tjänsteläkare m. fl. vore det enligt professor Bosæus ofrånkomligt, att senast vid den tidpunkt då den nuvarande innehavaren av professuren avgår dubblera denna professur. Beträffande professurens benämning kunde visserligen, med hänsyn till att de kommande arbetsuppgifterna väsentligen ligger inom rättsmedicinen, diskuteras en begränsning till enbart professur i rättsmedicin. Det vore emellertid risk för att tjänsternas innehavare i sådant fall komme att bli rena rättspatologer, medan medicinallagfarenheten icke ägnades nämnvärt intresse. Ett stort behov av expertis i rätts- och statsmedicin förelåge emellertid och det vore därför välbetänkt att trots reduktionen av undervisningen och examinationen i statsmedicin för tjänsten i fråga bibehålla benämningen professur i rätts- och statsmedicin.

Kommittén

Den till stor del genomförda omorganisationen av rättsmedicinalväsendet har redan föranlett en beskärning av undervisningen i rättsmedicin. Den av professor Bosæus utförda utredningen har också visat, att läkarna i allmänhet numera endast har mindre uppgifter av rättsmedicinsk art. Det synes kommittén uppenbart, att undervisningen i rättsmedicin i den allmänna läkarut-

bildningen kan göras tämligen begränsad och att den endast bör omfatta sådana uppgifter som i framtiden kan komma att åläggas var och en praktiserande läkare. Med hänsyn härtill vill kommittén föreslå, att undervisningen i rättsmedicin omfattar 15 föreläsningstimmar jämte 5 demonstrationer av rättsmedicinsk liköppning, rättsmedicinsk liksyn, rättsmedicinsk undersökning av levande personer m. m. Sammanlagt torde denna undervisning motsvara vad professor Bosæus föreslagit.

Beträffande undervisningen i statsmedicin har olika problem i anslutning härtill utförligt diskuterats och utretts av kommitténs expertdelegation för hygien och socialmedicin. Delegationen har föreslagit, att statsmedicinens centrala delar sammanfattningsvis undervisas i en slutkurs i socialmedicin. De delar av statsmedicinen, som närmare berör de olika kliniska ämnena, skall behandlas av ämneslärarna. Kommittén har anslutit sig till denna uppfattning, vilken i huvudsak överensstämmer med LS förslag. Detta innebär, att ämnet rätts- och statsmedicin bör klyvas så, att av statsmedicinen endast det som direkt berör rättsmedicinen undervisas i samband med detta ämne. Ur vissa synpunkter är de betänkligheter, som professor Bosæus yppat mot en sådan anordning, förståeliga, men kommittén, som i detta sammanhang har att ta ställning till behovet av undervisning i läkarutbildningen, måste föreslå att undervisningen i statsmedicin utgår ur skyldigheterna för lärarna i rätts- och statsmedicin. De bör därför i fortsättningen benämnas endast lärare i rättsmedicin. Kommittén vill här understryka det i och för sig önskvärda, att den speciella erfarenhet inom statsmedicinen som lärarna i rättsmedicin äger kommer de studerande tillgodo. Det lämpligaste sättet, på vilket detta kan ske, torde vara att lärarna i rättsmedicin meddelar viss undervisning i samband med huvudkursen i socialmedicin. Kommittén har i sina anslagsberäkningar för denna kurs förutsett, att en viss del av undervisningen (10 timmar per kurs) skall avse särskilt statsmedicinska frågor och lämpligen bör ges av en tjänsteläkare eller liknande. Om lärarens i rättsmedicin arbetsbörda ger honom möjlighet därtill, torde det vara en synnerligen fördelaktig anordning om han förordnas att ge denna undervisning under slutkursen i socialmedicin. Genom en sådan anordning skulle undervisningen i statsmedicin infogas i sitt riktiga sammanhang, och samtidigt kunde den tillföras den särskilda expertis inom medicinallagfarenhetens område som finns tillgänglig på de rättsmedicinska institutionerna.

Undervisningen i rättsmedicin bör ges under särskilda kurser, som anordnas två gånger årligen vid samtliga lärosäten. Undervisningen, som huvudsakligen får karaktär av föreläsningar och demonstrationer utan praktiskt arbete, upplägges så att den kan kombineras med samtliga kliniska kurser efter kirurgikursen. Den skall således fortgå över en relativt lång tid med ett fåtal föreläsningar och demonstrationer per vecka. Med hänsyn härtill och även till att lämpligt demonstrationsmaterial skall påräknas bör kurstiden utsträckas över cirka tre månader. Undervisningen skall avslutas med slutförhör.

Anslagsfrågor

Vid genomförandet av kommitténs förslag för undervisningen i rättsmedicin uppkommer frågan om det framtida behovet av särskild professur i ämnet i Stockholm. Den av kommittén föreslagna undervisningen i den allmänna läkarutbildningen kräver icke en lärare i professors ställning. Emellertid

kommer i Stockholm även landets tjänsteläkare att undervisas, och kommittén kommer därvidlag att föreslå en utvidgning av deras obligatoriska utbildning, särskilt ifråga om socialmedicin och rättsmedicin. Vid ett sådant förhållande torde det vara nödvändigt, att ämnet rättsmedicin företräds av en lärare med akademisk ställning. Omfattningen av arbetet vid Stockholms rättsläkarstation torde även vara så betydande att chefskapet kan jämställas med t. ex. befattningen som chef för statens rättskemiska laboratorium, vilken har professors ställning. Samtliga dessa omständigheter synes kommittén utvisa behovet av att framdeles liksom hittills chefen för Stockholms rättsläkarstation tillika är professor i rättsmedicin vid karolinska institutet. Kommittén har erfarit, att stora svårigheter föreligger att rekrytera assistenter vid rättsläkarstationerna. Då detta givetvis också är till nackdel för undervisningen vill kommittén betona vikten av att åtgärder vidtas ägnade att främja rekryteringen till den rättsmedicinska specialiteten.

I *Uppsala* och *Lund* kräver kommitténs förslag lärare för två kurser årligen med sammanlagt 30 timmars föreläsningar och ledning av 10 demonstrationer motsvarande 20 undervisningstimmar. Kommittén beräknar därför jämte ersättning för examination och kursledning ett arvode av 3 900 kronor.

I *Stockholm* torde undervisning liksom hittills kunna meddelas av professorn vid rättsmedicinska institutionen och hans assistenter. Kurs i rättsmedicin bör ges två gånger årligen.

I *Göteborg* bör undervisning anordnas i överensstämmelse med vad som föreslagits för Uppsala. Arvode till lärare i rättsmedicin bör upptas i organisationskommitténs plan för högskolans utbyggnad.

Tjänster	Nuvarande personal			Kommitténs förslag		
	U	L	S	U	L	S
Professor			1			1
Lärare i rättsmedicin				3 900	3 900	
Undervisning i rätts- och statsmedicin	3 500	3 500		—	—	
Institutionsvaktmästare (12 lgr)			1			1
Laboratoriebiträde			1			1
Kontorsbiträde			1			1

Kostnadsberäkning

För *Uppsala* och *Lund* beräknas arvoden till lärare i rättsmedicin, varvid nuvarande undervisningsarvoden indrages. Förslaget medför en kostnadsökning av 800 kronor.

Kap. 43. KRIGSMEDICINSK UNDERVISNING

Nuvarande förhållanden

Kurser i *krigskirurgi* ges i *Uppsala* och *Lund*. I Uppsala omfattar kursen 16 timmar och ges en gång varje år. I Lund meddelas sådan undervisning under 5 timmar två gånger årligen. I *Stockholm* har undervisning i krigskirurgi ej anordnats sedan våren 1946.

Undervisning i *gassjukvård* anordnas i Uppsala med en kurs omfattande 4 timmar en gång årligen. I Lund upphörde denna undervisning 1945 och i Stockholm 1946.

Kurser i *krigsepidemiologi* anordnas i Uppsala två gånger årligen under 16 timmar, i Lund två gånger årligen under 14 timmar, i regel samtidigt med hygienkursen, och i Stockholm två gånger årligen under 16 timmar. Undervisningen består enbart av föreläsningar. Enligt den nuvarande studieordningen skall medicine kandidat obligatoriskt fullgöra en månads *assistenttjänstgöring på epidemisjukhus* (se vidare kapitlet om klinisk epidemiologi).

Tidigare diskussion

Utvecklingen av den särskilda undervisningen i vissa krigsmedicinska ämnen har skildrats i kommitténs utredning av den 15 februari 1952 rörande den krigsmedicinska undervisningen.

I utredningen anförde kommittén, att denna undervisning för närvarande vore otillfredsställande ur beredskapssynpunkt och framlade ett förslag till förstärkning av den.

Kommittén anförde vidare:

Ur principiell synpunkt torde man inte kunna dra en skarp gräns mellan krigsmedicinen och den övriga medicinen. Medicinska åtgärder i krig innefattar såväl behandling av skador, som åstadkoms med olika vapen, som åtgärder i kampen mot sjukdomar och sjukliga tillstånd, vilka särskilt gynnas av förhållandena under krig. I båda fallen bygger det krigsmedicinska handlandet på kunskaper, som har sin tillämpning redan på de skador och sjukdomar, som läkarna får ta hand om i fredstid. Det torde sålunda kunna hävdas, att varje del av krigsmedicinen har en motsvarighet i den fredstida medicinen. Man talar också därför om krigskirurgi, krigshygien, krigsepidemiologi osv.

Krigsmedicinen företer både likheter och olikheter jämfört med den fredstida medicinen. Ett krigsförhållande ställer särskilda krav på läkarna, vilka icke blir tillgodosedda under den vanliga civila läkarutbildningen.

Ett krigstillstånd skulle för närvarande med all sannolikhet innebära, att civilbefolkningen komme att utsättas för krigshandlingar vid bombning av industrianläggningar, städer o. d. I praktiskt taget varje del av landet kan således uppkomma situationer, där behovet av läkarvård blir så stort, att de tillgängliga läkarna icke kan beräknas förslå. Flyktingsströmmar, evakuering av befolkningen i hela städer eller distrikt och avspärrning av landsdelar från resten av riket kan vid ett krigstillstånd göra det nödvändigt, att samtliga läkare inom ett visst område tas i anspråk för att bemästra den medicinska situationen. Vid sådana tillfällen kan ingen åtskillnad göras mellan vapenföra och icke vapenföra läkare, och det torde t. o. m. kunna förutsättas, att personer med väsentligt lägre medicinsk utbildning än läkarna, såsom tandläkare, sjuksköterskor m. fl. kommer att få utföra arbeten, som under normala förhållanden vore förbehållna läkarna. Om en beredskapssynpunkt skall anläggas på läkarutbildningen, är det nödvändigt, att samtliga läkare — oavsett om de tillhör en militär sjukvårdsorganisation eller inte — blir delaktiga av en tämligen omfattande krigsmedicinsk undervisning. I detta sammanhang bör uppmärksammas, att antalet icke vapenföra manliga samt kvinnliga medicine studerande torde utgöra ca 30 % av samtliga studerande.

Vid sina överväganden av detta problemkomplex hade kommittén fått den bestämda uppfattningen, att anordningen med en undervisning i krigsmedicinens väsentliga delar under en särskild kurs skulle erbjuda betydande fördelar framför andra alternativ. Det alldeles övervägande flertalet av de tillfrågade medicinska experterna hade beträffande sina speciella områden företrätt en liknande uppfattning. Å andra sidan kunde kurser i krigsmedicin aldrig komma att omfatta all den medicinska kunskap, som är av krigsmedicinsk betydelse.

Kommittén föreslog, att krigsmedicinsk undervisning skulle meddelas till samtliga studerande. För det första skulle lärarna i de olika ämnena särskilt beakta de ämnesområden som är

av krigsmedicinsk betydelse. Vidare vore det nödvändigt att de studerande mera aktivt än nu finge delta i kirurgiskt arbete, varför kirurgiassistenttjänstgöringen föreslogs utvidgad till tre månader. Därjämte måste särskilt anordnad krigsmedicinsk undervisning tillkomma under en månad. Under denna tid skulle ges dels en kurs i krigsmedicin, dels en kurs i epidemiologi med krigsepidemiologi (se kapitlet om epidemiologien).

Kursen i krigsmedicin föreslogs omfatta ca 25 timmars föreläsningar jämte 3—4 timmars demonstrationer och övningar vid 12—13 tillfällen. Kursen skulle därmed komma att uppta ungefär halva undervisningstiden av den krigsmedicinska studiemånaden. Innehållet i kursen i krigsmedicin ansågs icke böra fixeras vid något bestämt schema. I utredningen lämnades ett exempel på en möjlig anordning av kursen. Denna skulle ges vid det medicinska lärosätet av huvudlärare jämte civila och militära specialister mot arvode. Under kurstiden skulle en amanuens förordnas med uppgift att biträda vid det praktiska anordnandet av kursen. Ett materielanslag skulle stå till förfogande för varje kurs, och lämplig litteratur i krigsmedicin skulle utarbetas och ges till de studerande.

Eftersom den nuvarande assistenttjänstgöringen vid epidemisjukhus skulle bibehållas tills vidare, innebar kommitténs förslag en förlängning av studietiden med tre månader. Med hänsyn till att de värnpliktiga medicine studerandena redan i dåvarande läge åsamkades dröjsmål i sin studiegång av militära skäl föreslog kommittén, att de tre månaderna militär kirurgiassistenttjänstgöring skulle få tillgodoräknas som civil utbildning.

Vid remissbehandlingen tillstyrktes kommitténs förslag av såväl de akademiska som de militära myndigheterna. Medicinska föreningen i Lund höll före, att kurserna i krigsmedicin och i epidemiologi kunde utgå och ersättas med en kortare kvällskurs med demonstrationer av krigsmedicinsk film m. m. samt visitronder på epidemisjukhuset under kurserna i medicin och pediatrik. Några remissmyndigheter hade även vissa erinringar att göra mot detaljutformningen av de föreslagna kurserna. I anslutning härtill anförde kanslern, att han hade för avsikt att anordna en konferens för lösandet av de i samband med undervisningens uppläggning uppkommande frågorna, när undervisningen skall sättas i gång.

Kommittén

Den av kommittén nyligen slutförda utredningen om den krigsmedicinska undervisningen och i samband därmed gjorda förslag har tillstyrkts av vederbörande remissmyndigheter, varför kommittén icke finner anledning att nu framlägga ytterligare utredning härom. För detaljutformningen av undervisningen i krigsmedicin är det av största värde, att den av kanslern planerade konferensen kommer till stånd, vilket även överensstämmer med kommitténs förslag att ämneskonferenser vid behov skall sammankallas för att utreda olika frågor i samband med undervisningen i krigsmedicin.

När kommittén nu framlägger ett förslag till ny studieplan återstår det att i denna passa in den krigsmedicinska undervisningen. Assistenttjänstgöringen i kirurgi har redan behandlats i samband med kirurgiundervisningen. I fråga om epidemiologiundervisningen har kommittén föreslagit, att föreläsningarna i detta ämne skall sammanföras med assistenttjänstgöringen, så att liksom i övriga kliniska ämnen samtidigt meddelas teoretisk och praktisk

undervisning. Det blir därvid nödvändigt att låta den nya kursen i epidemiologi få en längre tid till sitt förfogande än vad som krävdes för den tidigare föreslagna föreläsnings- och demonstrationskursen. Kommittén har därför föreslagit, att kursen i epidemiologi, som utförligt skildrats i ett särskilt kapitel, skall ta en tid av två månader och få kombineras med annat ämne i likhet med de flesta kliniska specialämnena (se kapitlet om studieplanen).

Härigenom förändras situationen för kursen i krigsmedicin. Det finns inte längre någon anledning att uppehålla tvångskombinationen med kursen i epidemiologi, vilken anordning var betingad av nödvändigheten att på bästa sätt lägga in den nya undervisningen i den nuvarande studieplanen. Kursen i krigsmedicin kan med den omfattning, som den fått i det tidigare framlagda förslaget, med fördel kombineras med annat ämne med varannandags- eller halvdagsundervisning. En sådan rätt till fri kombination ökar också de studerandes möjlighet att anpassa studierna efter sina speciella behov. Kommittén finner därför lämpligt föreslå, att kursen i krigsmedicin skall ha en längd av en månad och under denna tid få kombineras med annat ämne.

Kursen i krigsmedicin kommer i kommitténs förslag att tillhöra den andra avdelningen av medicine licentiatexamen. Den skall således fullgöras under det femte eller sjätte studieåret, och fullgjord sådan kurs kommer att vara ett villkor för tillträde till den sista avdelningen av licentiatexamen med dess assistenttjänstgöringar (se kapitlet om studieplanen). Ur undervisningens synpunkt finner kommittén det icke påkallat att inom denna ram ytterligare binda kursens läge. Vid remissbehandlingen av utredningen om den krigsmedicinska undervisningen har det från flera militära myndigheters sida betonats, att det vore viktigt att de värnpliktiga studerande så tidigt som möjligt fullgjorde kursen i krigsmedicin, detta med hänsyn till den kommande militära placeringen. Andra militära myndigheter anförde, att det med hänsyn till de studerandes förmåga att tillgodogöra sig den krigsmedicinska undervisningen vore bäst om kursen i krigsmedicin förlades sent i utbildningen. Kommittén, som har att beakta även de icke värnpliktiga studerandes intressen, finner det för sin del icke lämpligt att låsa fast kursen i krigsmedicin till en bestämd tidpunkt i ytterligare mån än vad som redan skett genom att den blivit förlagd till andra avdelningen av licentiatexamen. Redan denna bestämmelse ger ju åt kursen ett begränsat spelrum i studieschemat. Om de militära myndigheterna finner bestämda skäl tala för en annan ordning, speciellt för de värnpliktiga studerande, bör särskilda förslag utarbetas för deras del, eventuellt i samband med förslag om kurser i krigsmedicin enbart för värnpliktiga. Flera militära myndigheter har i remissbehandlingen visat intresse för en sådan anordning, som förefaller att ha fördelar med tanke på en samordning mellan militär och civil krigsmedicinsk utbildning.

Anslagsfrågor

Kommittén har i samband med sin utredning om den krigsmedicinska undervisningen redovisat kostnadsberäkningar för denna undervisning. Eftersom nu icke någon ändring av betydelse ur kostnadssynpunkt föreslås, har kostnaderna för den krigsmedicinska undervisningen icke upptagits i detta betänkande.

Nuvarande undervisning

Särskild undervisning i medicinens historia meddelas för närvarande icke vid de medicinska lärosätena. Det torde dock icke vara ovanligt, att lärarna anlägger historiska synpunkter på respektive ämnen. I något fall har denna undervisning haft en mera systematisk karaktär.

Tidigare diskussion

Svenska läkaresällskapets medicinskhistoriska sektion har riktat en skrivelse till kommittén med vädjan att i den nya undervisningsplanen även inrymmes en översiktskurs i medicinens historia. Sektionen framhöll, att det vore en betydande brist att medicinens historia, i vilken undervisning för närvarande ges utomlands vid de flesta större medicinska högskolor, icke i vårt land finnes medtaget i medicinareutbildningen. Ämnet vore icke blott av betydande värde ur den medicinska allmänbildningens synpunkt utan även i högsta grad ägnat att skapa den förståelse för kontinuiteten inom det medicinska arbetet, som vore nödvändig såväl för vetenskapsmannen som för den praktiskt verksamme läkaren. Sektionen fann det synnerligen beklagligt, att medicinens historia icke företräddes av professur vid någon av de medicinska utbildningsanstalterna och framhöll, att det vore angeläget att en sådan professur komme till stånd, vilket även skulle vara av stor betydelse för den medicinhistoriska forskningen i vårt land. Sektionen föreslog att en kurs skulle anordnas, omfattande tio översiktsföreläsningar över den allmänna och svenska medicinens historia. Kursen kunde lämpligen förläggas till tiden för studierna i allmän patologi. Eventuellt kunde kursen göras frivillig och skulle i varje fall icke vara förenad med förhör.

Kommittén

För sin del kan kommittén instämma i vad Svenska läkaresällskapets medicinsk-historiska sektion anfört om önskvärdheten av att en undervisning i medicinens historia kommer till stånd vid våra lärosäten. En sådan åtgärd kan bidra till att ge de studerande en vidare syn på medicinen och öka förståelsen för läkarens roll i sociala och kulturella sammanhang. Undervisningen skulle även bli ett värdefullt humanistiskt inslag i den annars så starkt naturvetenskapligt färgade medicinska utbildningen. Kommittén vill således föreslå, att en undervisning kommer till stånd vid de medicinska lärosätena i medicinens historia.

Kommittén finner det icke nödvändigt att undervisningen inrymmer en systematisk översikt över ämnet utan vill för sin del nöja sig med den rekommendationen, att sådana delar av medicinens historia skall behandlas, som belyser medicinens utveckling allmänt och i vårt land. Eftersom undervisningen främst syftar till en komplettering av de studerandes kunskaper i ett ur medicinsk allmänbildningssynpunkt viktigt gränsområde bör den bli frivillig och ej förenas med förhör. Därmed är även utsagt att den icke behöver bindas till någon viss del av studierna. Ur pedagogisk synpunkt synes det emellertid lämpligt att den studerande åhör undervisningen först efter det fjärde studieåret. Ett arvode på 500 kronor ställes till varje lärosätes förfogande för en lärare i medicinens historia med uppgift att en gång årligen ge en serie

på 10 föreläsningar. Föreläsningarna kan anordnas på kvällarna och relativt glest, t. ex. en gång i veckan, så att alla intresserade kan ha tillfälle att avsätta den nödvändiga tiden för denna undervisning.

Kostnadsberäkning

I *Uppsala, Lund, Stockholm* och *Göteborg* beräknas ett arvode på 500 kronor på vardera stället till en lärare i medicinens historia.

Summa 2 000 kr.

Kap. 45. UNDERVISNINGENS ÅRLIGA OMFATTNING

Nuvarande förhållanden

Enligt gällande bestämmelser i universitetsstatuterna (§ 102) och karolinska institutets stadgar (§ 84) omfattar höstterminen tiden den 1 september—den 15 december och vårterminen tiden den 15 januari—den 31 maj. Återstoden av året är ferier. Undervisningen kan inställas tre dagar före och tre dagar efter påskdagen ävensom, i den mån så erfordras på grund av examina och andra akademiska prov, under högst en vecka vid slutet av höstterminen samt högst tre veckor vid slutet av vårterminen. Därest det för ett ändamålsenligt ordnande av undervisningen prövas nödigt, äger kanslern, på förslag av fakultet respektive lärarkollegiet, besluta, att den sammanlagda undervisningsfria tiden vid terminernas slut fördelas på annat sätt å terminerna. Vid vissa institutioner och kliniker fortgår undervisningen utan hinder av ovannämnda bestämmelser året om, dock att undervisningen kan inställas under tiden från och med den 22 december till och med den 2 januari samt under tre dagar före och tre dagar efter påsk- och midsommardagarna. För karolinska institutets och medicinska högskolans i Göteborg del gäller dessutom att klinikföreståndaren under de tider, då undervisningen sålunda är inställd, äger rätt att i tjänstgöring kvarhålla erforderligt antal studerande, i den mån sådant är nödvändigt för sjukvården.

Med stöd av dessa bestämmelser, eller i vissa fall särskilda beslut, meddelas för närvarande en avsevärd undervisning under sommarmånaderna, särskilt i de kliniska ämnena. Sålunda kan assistenttjänstgöring i medicin, kirurgi och dermato-venereologi fullgöras året om. Kurserna i obstetrik och gynekologi pågår i Lund-Malmö och Stockholm hela året och i Uppsala kan assistenttjänstgöring vid tuberkulosklinik likaledes fullgöras under årets alla månader. Assistenttjänstgöringen i epidemiologi kan fullgöras under två av sommarmånaderna. Vidare sträcker sig flera av de kliniska kurserna även över en del av sommarferierna. Detta är framför allt fallet i Stockholm på grund av det större antalet kurser per år (oftalmiatrik, psykiatri, otiatri, dermato-venereologi och neurologi), men förekommer även i Uppsala (oftalmiatrik och pediatrik) och i Lund-Malmö (medicin- och kirurgikursen). En sammanfattande översikt över de kliniska kursernas placering på året finns publicerad i Medicinska föreningens Tidskrift nr 3/1952.

Det kan vara av intresse att i detta sammanhang anföra terminsanordningen vid vissa andra högskolor. Vid veterinärhögskolan och farmaceutiska institutet tillämpas samma terminsgränser som vid universiteten. Vid tandläkarhögskolorna pågår undervisningen under tiden den 1 september—den 31 januari och den 1 februari—den 31

maj. Ett liknande system tillämpas vid de tekniska högskolorna, där höstterminen sträcker sig över tiden den 22 september—den 8 februari och vårterminen över tiden den 9 februari—den 22 juni.

Tidigare diskussion

LS anförde i denna fråga:

En viss tid torde vidare stå att vinna genom en förlängning av terminerna. Någon sommar måste visserligen helt reserveras för militärtjänst, men de övriga ferierna torde utan nackdel till en viss del kunna utnyttjas för regelbunden undervisning och inläsning av något ämne. I fråga om den kliniska utbildningen är det också med hänsyn till ett rationellt utnyttjande av utbildningsplatserna lämpligt, att undervisning meddelas på klinikerna under en större del av året än nu.

I sitt förslag till studieplan för licentiatexamen räknade LS med två terminer om vardera fem månader, omfattande tiden januari—maj respektive augusti—december. Av remissmyndigheterna yrkade *medicinska fakulteten i Uppsala,* att de ordinarie lärarnas undervisning, som hittills, begränsades till åtta månader årligen och att dessa inplacerades i studieplanen så, att de akademiska ferierna i största möjliga utsträckning vore fria från undervisning. *Medicinska fakulteten i Lund* påpekade önskvärdheten av att höst- och vårterminerna gjordes så vitt möjligt lika långa, varigenom planläggningen av studierna väsentligen skulle underlättas. *Karolinska institutets lärarkollegium* ansåg en viss förlängning av terminerna önskvärd men framhöll, att på en del kliniker ett tillfredsställande studiematerial på grund av säsongvariationer icke kunde åstadkommas under vissa delar av sommaren. I LS överarbetade förslag diskuteras frågan ej närmare, men av de uppgjorda förslagen till studieplan framgår att sommarmånaderna, samtidigt som studietiden förlängts med en termin, i viss utsträckning frigjorts från kurser i jämförelse med det ursprungliga förslaget.

Universitetsberedningen, som behandlat frågan om terminernas längd i sitt betänkande, del V (s. 71), ifrågasätter ingen ändring av gällande bestämmelser, men räknar vid sin diskussion om studietiden för examina och enskilda ämnen med tio effektiva studiemånader per år.

Kommittén

Med hänsyn till vikten av att studietiden hålls inom rimlig längd är det givetvis av betydelse, att de studerande kan ägna sig åt sin utbildning under så stor del av året som möjligt. En jämförelse med förhållandena i utlandet visar, att undervisningen där i regel pågår under större del av året än i Sverige, men därmed är icke sagt, att studietiden per år är längre än i vårt land. Man måste nämligen ta hänsyn till det förhållandet, att studierna bedrivs på annat sätt i Sverige till följd av det fria studiesystemet. Visserligen meddelas undervisning vid lärosätena endast under cirka åtta månader av året, men eftersom tentamina ej måste avläggas i direkt anslutning till de genomgångna kurserna, ägnar de studerande en avsevärd del av ferierna till enskild tentamensläsning. Tyvärr är det ännu icke möjligt att närmare överblicka i vilken utsträckning så sker, eftersom någon statistisk utredning av dessa förhållanden inom den medicinska studiebanan ej företagits. Vissa undersökningar i detta syfte har under senare år utförts vid andra fakulteter, och resultaten därav redovisas i universitetsberedningens betänkande, del V (s. 71). Beredningen föreslår i samma betänkande (s. 348) en förbättrad universitetsstatistik, vari även skulle ingå en nu berörd undersökning av den verk-

liga studietiden, och kommittén vill understryka vikten av att detta förslag snarast genomförs.

Möjligheterna att utöka den årliga undervisningen begränsas emellertid av flera förhållanden. Först och främst bör de studerande disponera tillräcklig tid för vila och rekreation. I England har Goodenoughkommittén (1944) och the Brittish Medical Association (1948) föreslagit minst åtta veckors ferier per år, vilket enligt kommitténs mening torde få anses som minimum. Vidare måste värnpliktiga studerande under för närvarande fyra somrar fullgöra militärtjänstgöring, vars längd under de olika perioderna variera mellan 45 och 90 dagar (se kapitlet om de studerandes värnpliktsförhållanden). Slutligen bör det beaktas, att det stora behovet av läkarvikarier under sommaren till stor del måste fyllas genom utnyttjande av äldre medicine kandidater.

Även om vederbörlig hänsyn tas till ovannämnda förhållanden är det utan tvivel möjligt att på vissa punkter i studieplanen utöka den årliga undervisningen. Kommittén har diskuterat möjligheten och önskvärdheten av en generell utökning av den ordinarie undervisningstiden per år, särskilt med hänsyn till de ofta uttalade önskemålen om lika långa höst- och vårterminer. Sålunda har diskuterats att uppbygga studieplanen på årliga terminer om alternativt fyra, fyra och en halv eller fem månader. Emellertid är förhållandena så växlande under de olika skedena av utbildningen, att en generell ändring av terminslängden ej synes vara påkallad. Man bör i stället gå fram med olika lösningar för de avsnitt i studieplanen, där en utökning av undervisningstiden eller en utjämning av terminsolikheten är behövlig. Detta skall närmare belysas i det följande.

De tre första åren i kommitténs förslag till studieplan består av följande årsenheter: morfologiskt år, kemiskt-fysiologiskt år samt propedeutiskt år. Med hänsyn till värnpliktstjänstgöring och behovet av tid för tentamensläsning är det icke möjligt att under dessa år i någon nämnvärd utsträckning inskränka sommarferierna. Däremot kan julferierna till viss del förkortas, något som redan tillämpas i praktiken. För närvarande kan det morfologiska året, då det inledes en vårtermin, ej börja förrän den 23 januari. Denna fråga behandlas närmare i kapitlet om det morfologiska året. Enligt kommitténs mening bör undervisningen i de till varje årsenhet hörande ämnena intimt samordnas, vilket i allmänhet kommer att innebära att kurserna utsträcks över båda terminerna. Under sådana förhållanden vållar den olika terminslängden inga särskilda svårigheter. Skulle undervisningen däremot anordnas så, att de till årsenheten hörande kurserna följer efter varandra, varigenom t. ex. undervisningen i allmän och medicinsk kemi skulle i tiden föregå undervisningen i fysiologi, bör en uppdelning av läsåret ske utan hinder av nuvarande terminsgränser. Kommittén föreslår, att man i sådana fall indelar läsåret i två lika långa terminer, vilka således vardera kommer att omfatta fyra månader. När året börjar en hösttermin, sträcker sig den första terminen från den 1 september—den 31 januari (med lämplig julferie) och den andra från den 1 februari—den 31 maj. I det fall årsundervisningen börjar en vårtermin, sträcker sig första terminen från januari till början av maj månad och den andra terminen från början av maj månad till höstterminens slut. I det ovan anförda exemplet, där de båda ämnena enligt kommitténs åsikt bör disponera lika stor del av året, bör kemikurserna sålunda pågå fyra månader, varefter de

återstående fyra månaderna ägnas åt fysiologi. När det kemiskt-fysiologiska året börjar en höstermin sträcker kemikursen sig sålunda till slutet av januari följande termin, medan den under vårterminen avslutas i maj.

Det fjärde studieåret, som upptar kurserna i medicin och kirurgi, kräver särskilda terminsgränser. Kommittén har här räknat med två femmånadersterminer omfattande januari—maj samt augusti—december. Sommarferien inskränkes sålunda under detta år till två månader.

Övriga kliniska kurser efter det fjärde studieåret, är av varierande längd och måste i flertalet ämnen anordnas mer än två gånger årligen. Med hänsyn härtill är de vanliga terminsgränserna ej helt tillämpliga och generella regler kan knappast uppställas. Detaljerna kommer att diskuteras i anslutning till varje särskilt ämne. Kommittén vill här endast rekommendera, att sommarmånaderna tas i anspråk i större utsträckning än för närvarande, vilket kan ske utan olägenhet för de studerande, eftersom de på detta stadium fritt får bestämma sin studieordning. Flertalet av här ifrågavarande kurser pågår två månader. Om dessa under höstterminen förlägges till tiden september—oktober respektive november—december kommer julferierna att inkräkta på den senare perioden. Den forcering av undervisningen, som blir en följd härav, skulle kunna undvikas, om kurserna i stället förlades till augusti—september respektive oktober—november (eller den 15 augusti—den 15 oktober respektive den 15 oktober—den 15 december).

De akademiska lärarna är icke skyldiga att meddela undervisning under de i universitetsstatuterna angivna ferierna. För sådan undervisning utgår i regel särskilda arvoden till biträdande lärare. Detta förhållande skapar emellertid inga särskilda svårigheter, då kommittén för de kliniska ämnena kommer att föreslå lärartjänster, som skall täcka även sommarundervisningen. Anordningen underlättas därav att den förordnade läraren i regel samtidigt tjänstgör som vikarierande klinikchef.

Kap. 46. MEDICINE KANDIDATEXAMENS OMFATTNING

Nuvarande bestämmelser

Enligt examensstadgan omfattar kandidatexamen ämnena anatomi, histologi, fysiologi, medicinsk kemi, farmakologi samt patologi (allmän patologi och bakteriologi). Examen skall normalt kunna avläggas efter fem terminers studier.

Tidigare förslag

I sitt ursprungliga förslag (1941) hade LS planerat det tredje studieåret som ett övergångsår med en viss samordning mellan de teoretiska och de kliniska studierna. Denna omläggning av studieplanen nödvändiggjorde en annan avgränsning mellan kandidat- och licentiatexamen än den nuvarande. Vid lösandet av denna fråga diskuterade LS tre olika möjligheter, nämligen att låta kandidatexamen endast omfatta ämnena anatomi, histologi, medicinsk kemi och fysiologi, att låta denna examen även omfatta de till det tredje året

förlagda ämnena eller slutligen att helt avskaffa medicine kandidatexamen. Efter en närmare diskussion av de olika alternativen föreslog LS, att examen skulle omfatta de till de två första studieåren förlagda ämnena. LS stödde sig därvid framför allt på det förhållandet, att det efter det andra studieåret vore nödvändigt att göra en viss omgruppering av de studerande mellan de olika lärosätena. Klinikerna i Uppsala ansågs nämligen icke ha tillräcklig kapacitet för att mottaga hela det antal studerande, som för sin teoretiska utbildning skulle hänvisas till Uppsala. Efter det andra studieåret skulle sålunda ett visst antal hänvisas till Stockholm för sina fortsatta studier. LS fann det då naturligt, att kandidatexamen placerades före denna omgruppering. Som ytterligare stöd för sitt förslag anförde LS, att ämnena bakteriologi, patologi och farmakologi i sin helhet borde ingå i licentiatexamen, samt att det vore av visst psykologiskt värde, att de studerande redan avlagt kandidatexamen när de första gången i studierna kommo i kontakt med patienter.

I ett särskilt yttrande av ledamoten av LS professorn G. Häggqvist — som icke hade något att invända mot det föreslagna tredje studieårets uppläggning — föreslogs, att nybörjarintaget vid de olika lärosätena skulle regleras så, att någon omgruppering efter andra studieåret ej bleve nödvändig. Under sådana förhållanden fann han det lämpligare, att kandidatexamen förlades efter det tredje studieåret.

Vid remissbehandlingen av detta förslag visade det sig, att flertalet instanser icke ansåg det tredje studieåret lämpligt disponerat, och man önskade i allmänhet icke vidta någon förändring beträffande kandidatexamens omfattning. I sitt överarbetade förslag framlade LS med anledning härav en ny studieplan, där kandidatexamen omfattade även ämnena allmän patologi, bakteriologi och farmakologi och normalt skulle avläggas i början av den sjätte terminen.

Kommittén

Som framgår av kapitlet om det propedeutiska året ingår i kommitténs förslag ett tredje studieår, under vilket undervisningen i ett flertal ämnen skall samordnas och i viss utsträckning bedrivas fortlöpande över bägge terminerna. I denna studieplan är det sålunda ogörligt att förlägga kandidatexamen efter femte terminen. Såtillvida överensstämmer kommitténs förslag med det av LS ursprungligen framlagda förslaget, och diskussionen om kandidatexamens lämpliga placering kan i stort föras efter samma linjer som angavs av LS.

Med hänsyn till studiernas fortgång är det ingenting som hindrar, att kandidatexamen avskaffas och ersättes med en bestämmelse, att tillträde till det tredje årets kurser lämnas först sedan samtliga till de två första åren hörande kurser och kunskapsprov avklarats. Medicine kandidatexamen är sålunda egentligen en examen endast till namnet, eftersom den till skillnad från kandidatexamen inom andra fakulteter icke är en slutexamen. I så gott som samtliga andra länder användes ej heller någon särskild examensbenämning på den kunskapsprövning som äger rum på motsvarande plats i studieplanen, utan denna prövning utgör endast en delexamination ingående i den slutliga ämbetsexamen. Som ytterligare skäl för avskaffande av benämningen examen för denna del av de medicinska studierna kan anföras, att en dylik examen — var den än förlägges i studieplanen — i onödigt hög grad markerar en uppklyvning av de olika medicinska

läroämnena i två grupper. Med hänsyn till de olika ämnenas betydelse för läkarutbildningen och deras stora inbördes samhörighet motsvarar detta icke de verkliga förhållandena.

Emellertid finns, som framhållits av LS, även vissa skäl för ett bibehållande av examensbenämningen. För de unga studerande kan den ha en sporrande och uppmuntrande verkan, och för de studerande, som tjänstgör på klinikerna, kan det ha en viss psykologisk betydelse att de har en medicinsk examen bakom sig. Det är också möjligt att de studerande efter att ha avlagt en examen får större möjligheter att erhålla lån och stipendier för fortsatta studier.

Under alla förhållanden måste de krav på fullgjorda kurser och tentamina, som en kandidatexamen innebär, upprätthållas även i kommitténs förslag till studieplan. Begreppet kandidatexamen har redan hävd i vårt land. Det kan även ur olika synpunkter vara av betydelse för de studerande att en sådan examen finns. Kommittén anser därför att en kandidatexamen bör bibehållas. Det återstår då att avgöra, vilken omfattning denna examen lämpligen bör erhålla.

Vid övervägandet av frågan huruvida medicine kandidatexamen bör förläggas efter andra eller tredje studieåret har kommittén stannat för att förorda det förstnämnda alternativet, och detta huvudsakligen av följande skäl. För att studierna i de till tredje året förlagda ämnena skall kunna fortgå obehindrat, måste samtliga till de två första årens kurser hörande tentamina vara avlagda innan det tredje studieåret påbörjas. Detta krav tillgodoses genom en kandidatexamen efter andra året. Vidare synes det vara lämpligt att studierna under tredje och fjärde året i regel bedrives vid ett och samma lärosäte, eftersom fördelningen av undervisningen i vissa ämnen som ingår i bägge studieåren, t. ex. patologi, bakteriologi, farmakologi, medicin och kirurgi, allt efter lärarens dispositioner kan komma att bli något olika vid de skilda lärosätena. Skulle kandidatexamen förläggas efter tredje året, kan detta leda till att vissa studerande byter lärosäte, vilket på detta stadium i utbildningen knappast är lämpligt. Slutligen har det, som ovan nämnts, ett visst psykologiskt värde att de studerande har avlagt en examen, innan de under det tredje året för första gången får arbeta med kliniskt material.

Även om kommittén sålunda föreslår, att kandidatexamen skall omfatta endast ämnena anatomi, histologi, medicinsk kemi och fysiologi, bör det dock framhållas, att det är möjligt att i stället förlägga examen till tredje årets slut utan att några ändringar behöver vidtas i det framlagda förslaget till studieplan. I så fall bör man emellertid för tillträde till tredje året kräva, att tentamina i de fyra första läroämnena har avlagts.

Till slut kan nämnas, att de utländska studieplanerna i regel innehåller en delexamen som omfattar samma fyra läroämnen som här föreslagits skola ingå i kandidatexamen.

Kap. 47. STUDIEPLANEN

I det föregående har kommittén diskuterat hur undervisningen lämpligen bör ordnas i varje enskilt ämne, varjämte vissa allmänna synpunkter framförts beträffande studieplanens uppbyggnad. Här skall lämnas en sammanfattande redogörelse för den av kommittén föreslagna studieplanen. De fyra första studieårens organisation har redan fått en ingående behandling i anslutning till de berörda läroämnena, varför dessa här endast kommer att kortfattat redovisas.

Som framhållits i annat sammanhang anser kommittén, att samtliga fyra lärosäten bör vara så utbyggda med hänsyn till institutioner och kliniker, att en fullständig undervisning kan ges vid vart och ett av dem, och de bör alla ha en sådan kapacitet att några omgrupperingar av de studerande på grund av brist på kursplatser under utbildningens gång icke blir nödvändiga. Under sådana förhållanden kan en och samma studieplan tillämpas vid samtliga lärosäten.

För en orienterande översikt över studieplanens konstruktion får kommittén hänvisa till vidstående schema. Studierna förutsättes ske enligt en bunden kursordning under de *fyra första åren*, men därefter skall i princip en fri ordning råda. Under sådana förhållanden kan någon exakt beräknad normalstudietid knappast anges, men studierna bör kunna slutföras på drygt sex och ett halvt år, varav på kandidatexamen kommer två och på licentiatexamen drygt fyra och ett halvt år. (Se vidare kapitlet om studietidens längd.)

Medicine kandidatstudierna

Första studieåret. Första året utgöres av det morfologiska året med kurser i anatomi och histologi. Undervisningen i de bägge ämnena samordnas i möjligaste mån, och tentamina bör normalt kunna avläggas före årets slut. Under detta år ges dessutom kortare kurser i medicinsk statistik och medicinsk genetik, bägge avslutade med kursförhör.

För tillträde till andra studieårets kurser fordras, att samtliga till morfologiska året hörande kurser är tillfredsställande genomgångna.

Andra studieåret. Andra året benämnes det kemiskt-fysiologiska året och omfattar kurserna i allmän kemi, medicinsk kemi, fysiologi, medicinsk fysik samt psykologi. Även under detta år bör en samordning i undervisningen eftersträvas. Tentamen avlägges i medicinsk kemi och fysiologi. Slutförhör hålles i allmän kemi, varjämte kursförhör hålles i medicinsk fysik och psykologi.

Medicine licentiatstudierna

För licentiatexamen skall de studerande genomgå ett betydande antal kurser och tjänstgöringar, vilka kommittén i detalj skildrat i kapitlen om de olika läroämnena. De två inledande studieåren skall liksom i nuvarande studieplaner fullgöras efter en bunden kursordning. För övriga kurser och tjänstgöringar samt för tentamina har kommittén i princip accepterat en fri studieordning. Som redan tidigare anförts, måste dock av pedagogiska skäl vissa inskränkningar göras härvidlag. Sålunda måste i viss utsträckning krav på avlagda tentamina och fullgjorda kurser uppställas som villkor för den studerandes tillträde till efterföljande kurs, och vissa lämpliga ämneskombinationer bör anbefallas som obligatoriska.

Kommittén har sökt tillgodose de olika önskemålen beträffande studieord-

Studieplan

Termin		Kunskaps-kontroll[1]
	MEDICINE KANDIDATSTUDIERNA	
I—II	Anatomi — Histologi	T—T
	Medicinsk statistik — Medicinsk genetik	K—K
III—IV	Allmän kemi — Medicinsk kemi	K—T
	Medicinsk fysik — Fysiologi	K—T
	Psykologi	K
	Examen	
	MEDICINE LICENTIATSTUDIERNA	
	Första avdelningen.	
V—VI	*Propedeutiskt år:*	
	Patologi, Bakteriologi, Farmakologi	T—T—T
	Översiktskurser i *medicin* och *kirurgi*, propedeutisk kurs i *socialmedicin*, kurs i *kliniska undersökningsmetoder* (K), *klinisk laborationskurs* (K), propedeutisk *röntgenkurs* och *demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi.*	
	Andra avdelningen.	
VII	5 mån. Medicin	
VIII	5 mån. Kirurgi	
	I *klinisk kemi* och *klinisk fysiologi, klinisk bakteriologi, röntgendiagnostik* och *radioterapi med tumördiagnostik* sker undervisning huvudsakligen under dessa båda terminer. Likaså förekommer särskilda *patologi-* och *terapikonferenser.* Kunskapskontroll äger rum i samband med examinationen i respektive kliniska ämnen.	
Fri studieordning med rätt till kombinationer, sammanlagt 16 månaders minimitid	2 mån. Dermato-venereologi	S
	2 mån. Klinisk epidemiologi	S
	1 mån. Ftisiologi	—
	2 mån. Hygien	S
	1 mån. Krigsmedicinsk undervisning	K
	2 mån. Oftalmiatrik	S
	2 mån. Oto-rhino-laryngologi	S
	(Två kurser får kombineras)	
	3 mån. Obstetrik och gynekologi	S
	3 mån. Neurologi (2 mån.) och Psykiatri (3 mån.)	S—T
	4 mån. Pediatrik och Socialmedicin	T—T
	— Rättsmedicin (får kombineras med övriga kurser)	S
	Samtidigt med pediatrikkursen genomgås kurs i *barnpsykiatri* (K)	
	Tredje avdelningen.	
Valfri ordning 9 månader	4 mån. Medicinassistenttjänstgöring	T
	3 mån. Kirurgiassistenttjänstgöring	T
	2 mån. Assistenttjänstgöring i valfritt kliniskt ämne.	
	Examen	
	Legitimation	

[1] T = tentamen, S = slutförhör och K = kursförhör.

ningen i första hand genom att uppdela den ganska långa studieperiod, som licentiatutbildningen utgör, i tre olika avdelningar, vilka ur studiesynpunkt skall vara relativt väl avgränsade från varandra. En sådan indelning synes kommittén vara den bästa lösningen på det komplicerade problem, som frågan om studieordningen under de kliniska studierna erbjuder. Härigenom kan man nämligen på en gång tillgodose såväl lärosätenas krav ifråga om en pedagogiskt sett väl upplagd studieordning som de studerandes intresse att i möjligaste mån få utforma en individuell uppläggning av studierna. Gränserna mellan avdelningarna garanterar, att de studerande har önskvärda kunskaper när de fortsätter till nästa stadium i utbildningen. I de perioder, där en fri studieordning bör tillämpas, kan detta ske inom avdelningens ram.

Varje avdelning bör i princip betraktas som *ett* skede, vars studier skall vara avslutade innan den studerande går vidare till nästa avdelning. För att icke de studerande, som på grund av studiehinder av ett eller annat slag förhindrats att avlägga samtliga till en viss avdelning hörande tentamina inom avsedd tid, skall vållas extra tidsförluster, bör vissa lättnader i dessa krav kunna medges. Detta kan ske genom att tillträde till nästa avdelnings kurser tillåtes, även om *en* av de till föregående avdelning hörande tentamina ännu ej avlagts. Kommittén har ingående övervägt, huruvida ett sådant medgivande borde ges generell giltighet eller om det i stället skulle få karaktären av dispens, beviljad efter ansökan och prövning i varje särskilt fall. Utgångspunkten för ställningstagandet härtill måste vara, att undervisningen inom varje avdelning skall planeras så, att de studerande normalt kan avlägga tentamen inom den för avdelningen utmätta tiden i studieplanen. Skulle bestämmelsen få generell giltighet, riskerar man lätt att flertalet studerande lockas att vänta med någon tentamen, vilken sedan måste inläsas samtidigt med studiet av andra ämnen. Likaså kan en sådan anordning medföra, att de studerande kommer till sina fortsatta studier utan att äga de förkunskaper som avsetts. Kommittén vill med hänsyn härtill föreslå, att undantag från regeln endast medges efter prövning av varje särskilt fall. Sådant dispensärende skall avgöras av vederbörande fakultet (kollegium).

Första avdelningen (tredje studieåret) bör utgöras av det propedeutiska året (se detta kapitel), som skall innehålla dels de teoretiska ämnena patologi, bakteriologi och farmakologi, dels den propedeutiskt-kliniska undervisningen. En närmare redogörelse för de olika kursernas omfattning och organisation har redan tidigare lämnats. De till denna avdelning hörande kunskapsproven är tentamina i bakteriologi, patologi och farmakologi samt kursförhör i kliniska undersökningsmetoder och kliniska laborationer. Samtliga kurser och kunskapsprov bör vara fullgjorda före tillträde till nästa avdelning.

Andra avdelningen inleds med kurserna i medicin och kirurgi, varefter följer samtliga övriga till licentiatexamen hörande kurser.

Det fjärde året kommer att upptas av medicin- och kirurgikurserna, fullgjorda i nu nämnd ordning och omfattande vardera fem månader. Under detta år göres sålunda ett avsteg från de normala terminsgränserna, och kurserna förlägges till tiden januari—maj respektive augusti—december.

Den övriga delen av andra avdelningen omfattar kurser i följande ämnen:

dermato-venereologi,
klinisk epidemiologi,
ftisiologi,

hygien,
krigsmedicin,
neurologi,
obstetrik och gynekologi,
oftalmiatrik,
oto-rhino-laryngologi,
pediatrik,
psykiatri,
rättsmedicin samt
socialmedicin.

Ordningsföljden mellan dessa ämnen bör icke vara reglerad, med undantag för ämnena pediatrik och socialmedicin. För tillträde till dessa kombinerade kurser skall fordras fullgjorda kurser i epidemiologi, ftisiologi, psykiatri-neurologi, dermato-venereologi, obstetrik-gynekologi och oto-rhino-laryngologi. En sådan anordning motiveras genom pediatrikens karaktär av tillämpning under barnaåldern av olika andra specialiteter. Förslaget innebär, att pediatrik och socialmedicin kommer att studeras mot slutet av denna avdelning.

Undervisningsplanen bör vara så upplagd, att de studerande i regel kan delta i två olika kurser samtidigt. Ett undantag utgör kursen i obstetrik och gynekologi, som icke får kombineras med annan kurs än den i rättsmedicin. Kursen i rättsmedicin bör i övrigt få genomgås samtidigt med studiet i två andra ämnen. Det bör stå de studerande fritt att avgöra, huruvida de önskar utnyttja möjligheten att kombinera olika kurser, och de bör inom ramen för undervisningsplanens möjligheter själva få bestämma vilka ämnen de önskar studera samtidigt. Av praktiska och pedagogiska skäl har kommittén dock funnit sig böra föreslå vissa avsteg från denna princip i några fall. Sålunda föreslår kommittén, att studiet av psykiatri och neurologi skall ske i en obligatorisk kombination under tre månader, varvid neurologikursen genomgås under de två första månaderna. Vidare bör ämnena pediatrik och socialmedicin studeras samtidigt.

Beträffande återstående ämnen i andra avdelningen skulle det ur undervisningssynpunkt säkerligen vara lämpligast, om ämne med klinisk tjänstgöring finge kombineras endast med sådana ämnen, där undervisningen är mera teoretisk. Under sitt arbete har kommittén ursprungligen utgått från en dylik tanke. Till den första kategorien skulle då höra ämnena dermato-venereologi, epidemiologi, ftisiologi, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi, medan den andra skulle utgöras av ämnena hygien och krigsmedicin. Kursen i rättsmedicin medräknas ej här, då den enligt kommitténs förslag skall få fullgöras som tredje kurs i en kombination och sålunda i regel ej kommer att kräva egen kurstid i studiegången. Emellertid skulle med en sådan indelning den förstnämnda gruppen komma att kräva en sammanlagd kurstid av nio månader, medan den andra gruppen omfattar endast tre månader. Detta skulle medföra, att de studerande endast under tre månader skulle kunna genomgå två kurser samtidigt, och studiet av samtliga dessa ämnen skulle kräva en minimitid av nio månader.

Med hänsyn till effekten på den totala studietiden och då kursernas längd utmätts med tanke på att varje kurs under kurstiden endast skall disponera halva undervisningstiden, är det sålunda ej möjligt att upprätthålla en bestämmelse av antydd art. Detta synes så mycket mindre nödvändigt, som det redan i nuvarande studieplaner i stor utsträckning tillåtes, att vissa kliniska kurser genomgås samtidigt. Med god planläggning i förväg bör det vara möjligt att uppgöra en kursplan, som tillåter att två kliniska kurser fullgöres samtidigt. Undervisningen kan t. ex. ske varannan dag eller uppdelad på förmiddag—eftermiddag i de bägge ämnena, och vidare kan kursdeltagarna i det praktiska ar-

betet uppdelas i grupper som alternerar på olika kliniker. Kommittén föreslår sålunda, att här berörda ämnen, i den mån studieplanen ger tillfälle därtill, skall få kombineras med varandra efter de studerandes fria val.

I nuvarande studieplan äger den studerande rätt att samtidigt delta i upp till *tre* kurser och tjänstgöringar. Någon föreskrift för fakulteterna att anordna sin undervisning så att denna de studerandes rättighet kan utnyttjas i någon större utsträckning finns däremot icke. Kommittén föreslår, att det i examensstadgan och studieplansbestämmelserna intages en uttrycklig föreskrift om att fakulteten skall anordna ifrågavarande kurser på sådant sätt och på sådana tider på året, att hinder icke föreligger för de studerande att samtidigt delta i *två* kurser. Under sådana förhållanden kan de studerande genomgå de nyss uppräknade kurserna under en sammanlagd tid av minst sex månader. Det torde vara lämpligt att undervisningsnämnden, som enligt vad kommittén på annan plats föreslår, skall uppgöra förslag till den undervisningsplan, som fakulteten skall fastställa för varje läsår, får i uppdrag att i samråd med berörda lärare ägna särskild uppmärksamhet åt denna fråga.

Efter fullgjorda kurser i medicin och kirurgi bör de studerande sålunda med ovan angivna undantag få genomgå övriga kurser i den ordning och vid den tidpunkt, som de själva finner lämpligast. Tillträde till kurserna bör liksom i nuvarande studieordning lämnas efter ansökan, och fördelningen av de studerande på olika kurser bör ske enligt samma normer som i det nuvarande kursansökningssystemet.

Andra avdelningen kommer i studietid att kräva dels *ett år* för kurserna i medicin och kirurgi, dels tio månader för kurserna i obstetrik-gynekologi, neurologi-psykiatri och pediatrik-socialmedicin och minst sex månader för övriga kurser, eller sammanlagt minst *sexton studiemånader* utöver medicinkirurgiåret.

Till andra avdelningen hör tre tentamina, nämligen i pediatrik, psykiatri och socialmedicin. I enlighet med den fria studieordningen behöver de icke avläggas i direkt anslutning till genomgången kurs. Övriga kurser — med undantag för medicin-, kirurgi- och ftisiologikurserna — avslutas med förhör. För tillträde till tredje avdelningen bör krävas att samtliga den andra avdelningens kurser och förhör skall vara fullgjorda. Detta krav bör också uppställas beträffande tentamina, varvid dock dispens må kunna lämnas för en av dessa.

Tredje avdelningen skall enligt kommitténs förslag omfatta assistenttjänstgöringar i medicin (fyra månader), kirurgi (tre månader) och ett valfritt kliniskt ämne (två månader). Under denna tid skall även tentamina i medicin och kirurgi avläggas.

Kommittén har genom att sammanföra dessa assistenttjänstgöringar till en avslutande period av den medicinska utbildningen sökt tillgodose önskemålet, att de studerande under sin kliniska utbildning även får tillfälle till kliniskt arbete under ett visst eget ansvar och i former, som närmar sig den färdige läkarens arbete. Anordningen kan sålunda i viss mån ses som en motsvarighet till den obligatoriska sjukhustjänstgöring, som i många länder måste fullgöras efter examen för rätt till legitimation (turnus, intern year etc.). Det är uppenbart, att det bästa utbytet av en sådan assistenttjänstgöring erhålles, om den fullgöres först sedan alla kliniska kurser är avslutade. En sådan relativt omfattande föregående utbildning fordras också för att de tjänstgörande skall

kunna göra en aktiv insats och anförtros egna uppgifter. För det slutliga studiet i huvudämnena medicin och kirurgi är det vidare en avsevärd fördel, om de studerande redan äger viss kunskap och erfarenhet ifråga om övriga kliniska ämnen. Med assistenttjänstgöringarna förlagda sist i studiegången kommer de studerande tillbaka till dessa två centrala ämnen med en vidgad erfarenhet av medicinska problem i allmänhet och med en klarare syn på den praktiska betydelsen av ämnena ifråga. Tentamensläsningen kan härigenom bedrivas effektivare och med större intresse än som annars skulle vara fallet.

Det är av största vikt att de tjänstgörande får rikliga tillfällen till praktiskt arbete och får se ett så allsidigt patientmaterial som möjligt. Detta talar för att assistenttjänstgöringarna i stor utsträckning bör förläggas till andra sjukhus än undervisningsklinikerna, dvs. till centrallasaretten och andra större sjukhus. Sådana sjukhus skall för ändamålet ha godkänts av kanslern. Härigenom kan de studerande få ingå i läkarstaben på ett helt annat sätt, än vad som är möjligt vid undervisningsklinikerna med deras stora antal studerande, och de får sålunda större möjlighet att förvärva en viss sjukvårdsrutin.

Det finns ingen anledning att närmare reglera ordningsföljden mellan de olika assistenttjänstgöringarna. Ej heller bör det föreskrivas, att de skall fullgöras i en följd. Ur utbildningssynpunkt skulle det dock vara en fördel, om tjänstgöringarna fullgjordes i någorlunda nära anslutning till varandra och att de alla förlades till samma sjukhus. Genom en sådan anordning skulle den studerande få en god inblick i arbetsförhållandena vid en större sjukhusenhet.

Assistenttjänstgöringen i medicin bör kunna antingen i sin helhet förläggas till ett sjukhus utanför undervisningskliniken eller delas upp med två månader på dylikt sjukhus och två månader på undervisningsklinik. I senare fallet torde det vara lämpligt att de sista två månaderna förlägges till kliniken och kombineras med tentamensläsning i ämnet. I övrigt får kommittén beträffande denna tjänstgöring och tentamen i ämnet hänvisa till vad som anförts i det särskilda kapitlet om medicin.

Beträffande assistenttjänstgöringen i kirurgi är det, som ovan framhållits, ur många synpunkter en fördel att den jämte tentamen i ämnet förlägges sent i utbildningen. För närvarande fullgöres emellertid denna tjänstgöring och tentamen i ämnet på ett betydligt tidigare stadium i utbildningen, och vissa skäl har — i synnerhet från de studerandes sida — utvecklats till fördel för en sådan anordning. Många studerande önskar direkt efter avslutad kirurgikurs omsätta sina kunskaper i praktiken, inte minst i form av vikariattjänstgöring. Det torde för de värnpliktiga läkarnas del vara ett önskemål från försvarsmaktens sida, att dessa studerande så snart som möjligt får en sådan klinisk utbildning, att de kan krigsplaceras och inkallas till facktjänstgöring.

Kommittén inser betydelsen av de argument som framlagts men finner likväl icke, att principen om den sena förläggningen av tjänstgöringen bör frångås. Kommittén anser det nämligen vara av särskild betydelse ur utbildningssynpunkt att samtliga assistenttjänstgöringar ligger samlade i en särskild period, och dessutom torde hela kirurgiutbildningen kunna vinna avsevärt i värde om studiet avslutas först sedan de studerande erhållit insikter i de många andra ämnen, med vilka kirurgien har beröringspunkter.

Det är tänkbart, att det även beträf-

fande assistenttjänstgöring i valfritt ämne stundom kunde finnas önskemål om rätt att fullgöra sådan tjänstgöring tidigare än vad här avsetts. Med hänsyn härtill har kommittén övervägt att införa en sådan undantagsbestämmelse, att en av de tre tjänstgöringarna skulle få fullgöras tidigare. Emellertid rör det väsentliga problemet de värnpliktiga läkarnas kirurgiassistenttjänstgöring, och kommittén begränsar sig därför till att föreslå, att de militära myndigheterna erhåller bemyndigande att vid behov inkalla vederbörande till kirurgiassistenttjänstgöring tidigare än vad som avses i studieplanen. För utbildningen skulle det emellertid vara av stort värde, om detta kunde ske endast undantagsvis.

Assistenttjänstgöringen i valfritt ämne är avsedd att ge de studerande möjlighet att inom ramen för examensstudierna ytterligare förkovra sig i visst ämne. Tjänstgöringen bör få fullgöras inom vilket som helst av de kliniska ämnen, som ingår i licentiatexamen, med undantag för medicin och kirurgi. Därjämte bör sådan tjänstgöring få fullgöras i klinisk bakteriologi, patologi, klinisk kemi eller klinisk fysiologi, detta med hänsyn till dessa ämnens starka kliniska anknytning. Denna assistenttjänstgöring kommer i regel att fullgöras efter det att tentamen eller slutförhör i det valda ämnet fullgjorts, vilket dock icke synes innebära någon olägenhet. De studerande torde vid denna tidpunkt ha nått en sådan mognad och erfarenhet beträffande läkarens arbete, att de själva kommer att sträva efter största möjliga utbyte av tjänstgöringen, i synnerhet som de har möjlighet att välja just det ämne som mest väckt deras intresse.

Hänvisning till assistenttjänstgöring vid visst sjukhus skall ej ske, utan de studerande får söka själva. Tjänstgöringen godkännes av vederbörande ämneslärare. Enligt kommitténs mening är det ingenting som hindrar att assistenttjänstgöringarna fullgöres i form av vikariat. Tvärtom torde detta i regel ge de studerande ännu större möjligheter att förvärva den rutin och erfarenhet, som bör eftersträvas. Kontroll att vikariatsperioden motsvarar de krav, som skall ställas på assistenttjänstgöringen ur utbildningssynpunkt, skall utövas av vederbörande lärare vid fakulteten (kollegiet), som har att skriva in assistenttjänstgöringen i den studerandes tentamensbok.

Kap. 48. STUDIER VID OLIKA LÄROSÄTEN

Nuvarande förhållanden

Enligt examensstadgan (§ 12) äger studerande, som vid en av de medicinska läroanstalterna avlagt godkänd tentamen, tillgodoräkna sig denna för examens avläggande jämväl vid annan läroanstalt. Ansökan om examen skall inges till fakulteten vid den läroanstalt, där den studerande avlagt den sista tentamen (§ 14).

Denna bestämmelse om tentaminas riksgiltighet tillåter de studerande att förlägga sina studier till mer än ett lärosäte. Hur därvid tillträdet till och tillgodoräknandet av olika kurser och tjänstgöringar skall regleras, finns föreskrivet dels i examensstadgan med därtill hörande provisoriska ändringar av år 1923, dels i kanslerns provisoriska föreskrifter rörande studierna till medicine kandidatexamen av år 1940, stadgan angående medicine kandidaters tillträde till propedeutiska kurser m. m. och kanslerns föreskrift den 9 december

1938 om företrädesrätt till kurser och övningar efter de s. k. nybörjarkurserna. Bestämmelserna innebär i stort sett följande.

Studerande, som på ett tillfredsställande sätt genomgått nybörjarkursen vid ett visst lärosäte, äger företrädesrätt till efterföljande kurser och övningar för kandidatexamen vid samma lärosäte. För överflyttning till annan läroanstalt före kandidatexamen fordras tillstånd av fakulteten, respektive lärarkollegiet. Studerande, som genomgått föreskrivna kurser och övningar, äger att avlägga examen vid vilken medicinsk läroanstalt han önskar.

De propedeutiska kurserna får genomgås vid vilket som helst av lärosätena. Fördelningen av de sökande ombesörjes av kanslern, och tillträde lämnas i första hand åt dem, som är värnpliktiga, i andra hand åt övriga sökande. Ordningsföljden inom dessa bägge grupper bestämmes av datum för kandidatexamen, varvid i samma månad avlagda examina räknas som samtidiga. Bland härvidlag likställda sökande avgör lotten. Den som sökt men ej vunnit inträde till viss propedeutisk kurs, äger företräde framför nya sökande till nästa kurs.

Till de därpå följande tjänstgöringarna i medicin och kirurgi lämnas tillträde utan ansökan till samtliga studerande, som på samma ort genomgått de propedeutiska kurserna. Överflyttning till annat lärosäte på detta stadium kan ske efter framställning hos vederbörande klinikföreståndare, som äger medge inträde i den mån ytterligare kursplatser finns tillgängliga.

Sedan den studerande fullgjort tjänstgöringarna i medicin och kirurgi, utom i vad dessa omfattar assistenttjänstgöring, är kursordningen för licentiatexamen fri. Den studerande får under detta skede inge ansökan om tillträde till varje kurs eller tjänstgöring. Dessa får fullgöras vid vilken som helst av läroanstalterna, och några föreskrifter om företräde för lärosätets egna elever finns ej. Om till viss kurs flera studerande anmäler sig än som på en gång kan mottas, avgöres tillträdesordningen enligt vissa för alla kurser och tjänstgöringar gemensamma regler. Sålunda lämnas i första hand tillträde åt dem, som tidigast påbörjat sina medicinska studier. Bland dem, som härvidlag äro likställda, avgöres ordningen av datum för kandidatexamen. I tredje hand inverkar en enligt vissa regler uträknad poängsumma för avlagda tentamina i licentiatexamen. I syfte att stimulera de studerande till tidiga tentamina finns därjämte för vissa kurser föreskrift om särskilt företräde för dem, som erhållit visst antal tentamenspoäng.

Studerande, som övergår till annan läroanstalt, äger, där ej annat är föreskrivet, icke utan vederbörande examinators medgivande för tentamens avläggande räkna sig till godo undervisning som åtnjutits eller partiell tentamen eller annat dylikt prov som avlagts i ämnet vid den föregående läroanstalten.

Kommittén

Möjligheten för de studerande att bedriva sin utbildning vid flera lärosäten är av största värde och bör därför kvarstå i så stor utsträckning som möjligt. Det är inte bara de studerande själva, som har fördel av en sådan anordning. Även för läroanstalterna är den av betydelse genom att det tillgängliga platsantalet kan utnyttjas så effektivt som möjligt. Sålunda kan en föreliggande risk för stockning framför viss kurs på en ort lättare undanröjas, genom att tillgängliga reservplatser på andra orter tas i anspråk.

Principiellt bör ett sådant byte av

studieort vara frivilligt för de studerande. På varje lärosäte bör därför, som kommittén i annat sammanhang anfört, finnas en årlig platstillgång i varje ämne, som motsvarar det egna lärosätets intag av studerande, liksom det är nödvändigt att samtliga läroämnen finns representerade vid lärosätet.

Den studieplan, som kommittén framlägger, tillåter i stort sett ett lika fritt byte av studieort som nu gällande studieplaner. Vad studierna till kandidatexamen beträffar, bör föreskrift finnas om företrädesrätt för det egna lärosätets elever. I den mån plats därutöver finns, kan överflyttningar tillåtas. Tillträde till det propedeutiska året bör liksom nu ske efter ansökan och fördelningen ske genom kanslersämbetets försorg.

Turordningen mellan de sökande till de propedeutiska kurserna avgöres nu huvudsakligen av datum för kandidatexamen. Då regelbundet större delen av de sökande avlagt examen i samma månad, kommer lotten att spela en alltför stor roll vid urvalet. Vidare torde bestämmelsen om företräde för värnpliktiga studerande nu få anses föråldrad, eftersom värnpliktstjänstgöringen före kandidatexamen numera är helt förlagd till ferierna. Kommittén föreslår därför, att man vid urvalet till det propedeutiska året, i de fall då flera sökande anmält sig än som kan beviljas inträde, tillämpar i princip samma regler som för tillträde till övriga kliniska kurser och tjänstgöringar. Enligt dessa skulle sålunda i första hand tillträde lämnas dem, som tidigare påbörjat sina studier, varvid studerande som före nybörjarkursen fullgjort minst 150 dagars militärtjänstgöring skall jämställas med dem, som påbörjat sina studier en termin tidigare. I andra hand skall datum för kandidatexamen avgöra ordningsföljden. För de kliniska kurserna i övrigt avgör i tredje hand tentamina för licentiatexamen. Som motsvarighet härtill bör vid tillträde till det propedeutiska året gälla betygssumman i kandidatexamen. Först därefter bör lotten fälla avgörandet mellan ännu likställda sökande. Bestämmelser av denna innebörd bör sålunda ersätta gällande regler i kanslerns stadga om tillträde till de propedeutiska kurserna. I första hand är det givetvis ett intresse, att dylika urvalsbestämmelser kommer till användning i så liten utsträckning som möjligt. Om de propedeutiska kurserna får den kapacitet, som kommittén föreslår, torde det normalt finnas plats för samtliga sökande varje termin.

Studerande, som påbörjat det propedeutiska året på viss ort, bör äga företräde till kurserna i medicin och kirurgi under fjärde studieåret på samma ort. Överflyttning under denna tid bör kunna tillåtas i samma utsträckning som föreslagits beträffande studierna till kandidatexamen.

För den övriga delen av licentiatstudierna bör liksom nu de studerande ha möjlighet att genomgå kurser och tjänstgöringar vid vilken som helst av läroanstalterna, och samma urvalsförfarande som för närvarande bör tillämpas.

I direktiven för kommittén uttalade departementschefen, att en viss likformighet i fråga om den medicinska utbildningen i de nordiska länderna tedde sig eftersträvansvärd och att kommittén därför borde ta kontakt med motsvarande utredningsorgan i övriga nordiska länder, där en utbildningsreform vore aktuell.

Genom särskilt kungligt brev angående vissa tjänstgöringar i Danmark, Finland och Norge, senast utfärdat den 16 februari 1951 har bestämts, att vissa för licentiatexamen obligatoriska tjänstgöringar får fullgöras vid medicinsk

undervisningsanstalt eller sjukhus i de nämnda länderna. Ifrågavarande tjänstgöringar är en månads assistenttjänstgöring vid epidemisjukhus, en månads assistenttjänstgöring i kirurgi, två månaders tjänstgöring vid patologisk institution samt två veckors assistenttjänstgöring i dermato-venereologi. Medicine kandidat, som idkar studier i Uppsala, må därjämte tillgodoräkna sig även två månaders assistenttjänstgöring i medicin samt en månads tjänstgöring vid medicinsk poliklinik. Härutöver har Kungl. Maj:t vid vissa tillfällen beviljat rätt för studerande att tillgodoräkna sig genomgången kurs i pediatrik i Finland. Tentamen i ämnet har dock måst avläggas i Sverige.

Kommittén har tagit kontakt med företrädare för den medicinska undervisningen i Danmark och Norge. I Finland har någon reform av undervisningen icke varit planerad under den tid kommittén arbetat. Utredningar som pågått om läkarutbildningen i Danmark och Norge var emellertid, när kommittén började sitt arbete, i det närmaste slutförda, varför någon möjlighet till ett ömsesidigt samarbete i större skala inte var för handen. Kommittén har fått ta del av de framlagda förslagen och redovisar i olika sammanhang i detta betänkande huvudpunkterna i dem.

Det har redan vid diskussionen om examensväsendet (se detta kapitel) framhållits, att undervisningen i Danmark och i Norge, delvis också i Finland, i vissa väsentliga avseenden är upplagd på annat sätt än i Sverige. Sålunda tillämpas parallellundervisning i flera ämnen genomgående under hela studietiden, och kunskapskontrollen sker genom samlade examina i stället för genom tentamina. Härvidlag kommer ingen ändring att inträda som följd av de nya utredningsförslagen. Det är uppenbart att denna skillnad i undervisningens uppläggning försvårar ett omfattande studieutbyte de nordiska länderna emellan. Å andra sidan är kunskapsfordringarna i stort sett desamma i alla de nordiska länderna. Några principiella hinder torde sålunda inte föreligga för att kurser och tjänstgöringar, som fullgjorts i annat nordiskt land, skall få tillgodoräknas i Sverige. Kommittén har icke ansett det ligga inom dess uppgift att i detalj utreda, på vad sätt och på vilka punkter en nordisk giltighet skall kunna tillämpas. Hithörande frågor torde kunna lösas endast genom direkt samarbete mellan representanter för samtliga berörda länder. Kommittén vill därför rekommendera, att denna fråga upptas till behandling sedan beslut fattats om en reformering av utbildningen i Sverige. En lämplig väg synes vara att man i de ämnen, där ett nordiskt studieutbyte kan praktiseras, anordnar ämneskonferenser med deltagande från samtliga nordiska länder. Så har redan skett beträffande ämnen inom andra fakulteter.

Kap. 49. DE STUDERANDES VÄRNPLIKTSFÖRHÅLLANDEN

Nuvarande förhållanden

Värnpliktig är skyldig att inställa sig till inskrivningsförrättning det år han fyller 19 år. Yngling, som äger förutsättningar för utbildning i specialtjänst, må inskrivas såsom värnpliktig redan det år, då han fyller 17 eller 18 år. Den som vid tiden för inskriv-

ningen idkar studier för utbildning till läkare eller gör sannolikt, att han kommer att idka sådana studier, uttas till specialtjänst som värnpliktig läkare.

Värnpliktiga läkare tilldelas armén och marinen, däremot ej flygvapnet. Flygvapnets mobiliseringsbehov av läkare täckes genom fast anställda läkare vid flygvapnet och värnpliktiga läkare från armén.

Enligt värnpliktslagen § 27 skall värnpliktiga, uttagna till specialtjänst såsom läkare, fullgöra dels 394 dagars soldat- och befälsutbildning, fackutbildning och facktjänstgöring, dels fortsatt tjänstgöring om 146 dagar för bibringande och vidmakthållande av för avsedd mobiliseringsplacering erforderliga insikter. Den fortsatta tjänstgöringen skall kunna i omgångar fördelas på hela värnpliktstiden. Den sammanlagda tjänstgöringen för värnpliktiga läkare utgör sålunda för närvarande 540 dagar.

Vid *armén* fullgöres värnplikten på följande sätt (go nr 2464/52):

1. Soldat- och befälsutbildning (240 dagar).

a) Soldatutbildning juni—augusti första året (efter inskrivningsåret), vid trängtrupperna, omkring 90 dagar.

b) Förberedande befälsutbildning (efter vunnet inträde vid medicinsk nybörjarkurs) juni—augusti andra eller undantagsvis tredje året, vid trängtrupperna, omkring 85 dagar.

c) Plutonchefsskola juni—augusti tredje året eller undantagsvis fjärde året, vid trängtrupperna, omkring 65 dagar.

2. Fackutbildning och facktjänstgöring (155 dagar).

a) Fackutbildningskurs vid förband, omkring 45 dagar.

b) Assistenttjänstgöring vid kirurgisk avdelning på tid som arméöverläkaren äger bestämma, omkring 90 dagar.

c) Facktjänstgöring vid staber och förband på tid som arméöverläkaren äger bestämma, omkring 20 dagar.

Fackutbildningen fullgöres efter avslutad utbildning i medicin och kirurgi utom i vad denna omfattar assistenttjänstgöring.

3. Fortsatt tjänstgöring (omkring 145 dagar).

Facktjänstgöring vid staber och förband, vilken skall kunna fördelas över hela värnpliktstiden i omgångar om i regel minst 30 dagars längd på tid som arméöverläkaren äger bestämma, omkring 145 dagar.

De värnpliktiga läkare, som tilldelats *marinen*, fullgör för närvarande sin tjänstgöring enligt följande schema:

1. Tjänstgöring enligt VL § 27:1 A (394 dagar).

a) Militärutbildning (motsvarande soldat- och befälsutbildning).

Utbildningen uppdelas i tre perioder, av vilka den första fullgöres det år tjänstgöringen påbörjas och de två övriga under påföljande år. Bägge åren är tjänstgöringen förlagd till månaderna juni—augusti:

Period I. Tjänstgöring i land ca 60 dagar.

Period II. Tjänstgöring vid kustartilleriförband ca 30 dagar.

Period III. Tjänstgöring ombord ca 30 dagar.

b) Fackutbildning fullgöres efter avslutad klinisk tjänstgöring i medicin och kirurgi med undantag för assistenttjänstgöring. I regel är utbildningen förlagd till månaderna januari—februari i omkring 60 dagar.

c) Facktjänstgöring fullgöres med hänsyn till behovet av medicinalpersonal vid marinen i perioder om minst två månader och skall i regel vara fullgjord inom ett år efter fackutbildningens avslutande, omkring 214 dagar.

2. Fortsatt tjänstgöring enligt VL § 27: 1 D (146 dagar).

Tjänstgöringen fördelas på minst tre omgångar med minst 30 dagar i varje omgång. Tid för inryckning till facktjänstgöring och fortsatt tjänstgöring bestämmes av chefen för marinen.

Värnpliktstjänstgöringens förhållande till den medicinska studiegången ter sig för närvarande på följande sätt beträffande de till *armén* uttagna värnpliktiga läkarna. Soldat- och befälsutbildningen fullgöres i regel under tre på varandra följande sommarferier (90 + + 85 + 65 dagar) med början sommaren före de medicinska studiernas påbörjande. Denna ordning kom till stånd 1950. Dessförinnan var soldat- och befälsutbildningen fördelad på en första period om 175 dagar och en andra period om 65 dagar. Den ändrade fördelningen har tillkommit för att helt kunna frigöra terminerna för medicinska studier. Fackutbildningskursen (45 dagar) fullgöres av flertalet sommaren efter avslutad kirurgikurs; dock plägar även en fackutbildningskurs anordnas under vårterminen för dem, som avslutat kirurgikursen under föregående hösttermin och som önskar disponera sommaren för annan verksamhet. Assistenttjänstgöringen i kirurgi (90 dagar) fullgöres i regel i anslutning till den civila assistenttjänstgöringen i samma ämne (en månad) och av flertalet tämligen snart efter avslutad kirurgikurs före tentamen i ämnet. De studerande får insända önskemål om tid och plats till arméöverläkaren, som handhar fördelningen av de sökande till olika lasarett. Facktjänstgöringen användes till stor del för att täcka arméns på grund av vakanser stora behov av läkare vid fredsförbanden. Tjänstgöringen sker i omgångar under olika delar av året, och större delen av denna tjänstgöring fullgöres strax efter avslutad fackutbildning, sålunda innan de medicinska studierna avslutats. I största möjliga utsträckning tas hänsyn till de studerandes önskemål beträffande tjänstgöringens tidsmässiga förläggning genom personlig kontakt med arméöverläkaren.

Värnpliktiga läkare tillhörande *marinen* fullgör i regel första perioden (60 dagar) sommaren före studiernas början. De två nästa perioderna, som fullgöres i en följd (60 dagar) förlägges i regel till första sommaren efter studiernas påbörjande. Liksom vid armén fullgöres fackutbildningskursen (omkring 60 dagar) efter avslutade medicin- och kirurgikurser, men under januari—februari månader. Därpå följer facktjänstgöring i flera perioder av växlande längd och tidsplacering samt fortsatt tjänstgöring. De till marinen uttagna har tidigare ej fullgjort någon militär kirurgiassistenttjänstgöring, men en sådan har övervägts även för dessa värnpliktigas del och torde komma att genomföras, till en tid av två månader, fr. o. m. år 1953.

Sammanfattningsvis finner man sålunda, att större delen av den till ett och ett halvt år uppgående värnplikten fullgöres före medicine licentiatexamens avläggande. Vidare framgår det av redogörelsen, att de militära tjänstgöringarna endast delvis är förlagda till ferietid. Detta framkallar en förlängning av den totala medicinska studietiden. Vid jämförelse med studietiden i andra länder bör detta hållas i minnet, eftersom värnpliktstjänstgöringen i utlandet helt eller till större delen är förlagd efter de medicinska studierna.

Tidigare diskussion

LS behandlade ingående frågan om de studerandes värnpliktsförhållanden,

men då värnpliktstiden och de olika tjänstgöringarnas längd sedan dess avsevärt ändrats, finns ingen anledning att i detalj referera LS synpunkter och förslag. Det kan dock nämnas, att LS i sitt överarbetade förslag med en studieplan omfattande sju och ett halvt år förutsatte, att 195 dagar skulle vara fullgjorda före studiernas början samt att fackutbildningskursen förlades så sent som till fjortonde terminen eller till de sista sommarferierna, varjämte facktjänstgöringen i sin helhet skulle fullgöras efter studiernas slut.

1948 års värnpliktskommitté föreslog ingen förändring beträffande den sammanlagda utbildningstiden för värnpliktiga läkare (540 dagar). Några av remissmyndigheterna, däribland 1948 års läkarutbildningskommitté, föreslog, att den totala tjänstgöringstiden för värnpliktiga läkare måtte avkortas. I propositionen nr 224 till 1950 års riksdag uttalade föredragande departementschefen härom (s. 75):

> Jag är icke beredd nu taga slutlig ställning till frågan om en begränsning av den förlängda tjänstgöring som för närvarande må avkrävas specialisterna men vill å andra sidan vitsorda angelägenheten av att de värnpliktiga icke åläggas längre tjänstgöring än som betingas av militära skäl. Jag avser att ägna denna fråga fortsatt uppmärksamhet.

I ett den 15 februari 1952 av kommittén avgivet betänkande med utredning och förslag angående viss krigsmedicinsk undervisning har bl. a. föreslagits, att alla blivande läkare skulle dels fullgöra tre månaders kirurgiassistenttjänstgöring, dels delta i kurser i krigsmedicin och i epidemiologi med krigsepidemiologi. För att detta inte skulle leda till en förlängning av den totala utbildningstiden för de värnpliktiga studerande, föreslog kommittén, att kirurgiassistenttjänstgöringen för de värnpliktiga läkarnas del skulle ske i form av kommendering och sålunda inräknas i värnpliktstiden enligt samma principer, som nu tillämpas. Kursen i krigsmedicin skulle omfatta bl. a. de medicinska ämnen, som hittills ingått i fackutbildningskursen för värnpliktiga läkare.

Kommittén

Frågan om de blivande läkarnas värnpliktsförhållanden har inom kommittén ägnats en ingående behandling, då dessa på många punkter på ett avgörande sätt påverkar möjligheterna att uppgöra en ändamålsenlig studieplan. Kommitténs synpunkter på värnpliktstidens längd och dess uppdelning i olika omgångar har närmare utvecklats i ett den 10 december 1949 avgivet remissyttrande över 1948 års värnpliktskommittés betänkande (SOU 1949:46). Det ingår ej i kommitténs uppdrag att framlägga förslag om värnpliktstidens längd för de värnpliktiga läkarna, men med hänsyn till ovan citerade uttalande av chefen för försvarsdepartementet och då den civila och militära utbildningen till stora delar intimt hänger samman med varandra, vill kommittén, när den nu framlägger ett förslag till reformering av läkarutbildningen, även redovisa en del allmänna synpunkter på värnpliktstjänstgöringen, som kommit fram under kommitténs arbete.

Det är ett allmänt intresse, att läkarnas totala utbildningstid begränsas, utan att utbildningsresultatet därför äventyras. Detta kräver en god planläggning av undervisningen och ett effektivt utnyttjande av den till buds stående tiden. Härvidlag spelar värnpliktsförhållandena en stor roll. Speciellt är det av vikt, att de olika perioderna av militärtjänstgöring till sin längd och placering avpassas så, att de

smidigt kan infogas i den medicinska studieplanen. Vidare är det av värde, att den del av värnpliktstjänstgöringen, som måste fullgöras före avslutade studier, reduceras i möjligaste mån. Varje studieplan, som icke innehåller tillräckligt långa ferier för självstudier och rekreation, måste betraktas som otillfredsställande. Med hänsyn härtill är det önskvärt, att den till sommaren förlagda militärtjänstgöringen ej omfattar mer än högst 60 dagar i varje period. Kommittén har varit i tillfälle att närmare studera gällande utbildningsbestämmelser för värnpliktiga läkare och i sitt ovannämnda yttrande över 1948 års värnpliktskommittés betänkande framfört vissa förslag härvidlag, vilkas beaktande torde kunna möjliggöra en sådan förkortning av tjänstgöringstiden. Framför allt borde man vid målsättningen för de värnpliktiga läkarnas militärutbildning mer än vad nu är fallet ta direkt sikte på den avsedda krigsbefattningen. Genom rationaliseringar av denna art bör det vara möjligt att minska den rent militära utbildningen (soldat- och befälsutbildningen) till sammanlagt 180 dagar, fördelade på tre sommarperioder om vardera 60 dagar. Vad gäller fackutbildningen, kan ur denna avskiljas allt det lärostoff, som kommer att ingå i den krigsmedicinska kursen. Härigenom synes en förkortning från 45 till 30 dagar vara möjlig. Beträffande den militära kirurgiassistenttjänstgöringens längd ifrågasättes från kommitténs sida ingen förändring.

Facktjänstgöringen har, som ovan nämnts, under senare år till stor del använts för att täcka det stora behovet av läkare vid fredsförband. Härom har militieombudsmannen i skrivelse till Kungl. Maj:t den 3 maj 1948 uttalat, att det icke syntes stå i god överensstämmelse med lagen, att facktjänstgöringen anordnades så, att därvid i första hand tillgodosåges det aktuella behovet av läkare vid fredsförbanden, vilket måste innebära ett mer eller mindre långt gående undanskjutande av det primära syftet med den fortsatta facktjänstgöringen, nämligen utbildningssyftet. Kommittén understryker vikten av att detta påpekande beaktas och att åtgärder vidtas för att på annat sätt tillgodose behovet av militärläkare i fred. Även om en viss del av facktjänstgöringen av utbildningsskäl bör bestå i tjänstgöring vid depåförband, synes huvuddelen av tjänstgöringen böra utnyttjas för särskilt tillrättalagd utbildning med hänsyn till läkarnas krigsplacering samt för deltagande i krigsförbandsövningar. Denna facktjänstgöring synes böra omfatta sammanlagt sex månader, varav dock huvudparten bör fullgöras i omgångar efter avlagd licentiatexamen. Härigenom skulle denna tjänstgöring få en relativt ringa inverkan på studiegången och den sammanlagda studietiden.

I sitt ovannämnda yttrande över värnpliktskommitténs betänkande föreslog kommittén en sammanlagd tjänstgöring för de värnpliktiga läkarna om 420 dagar. Härvid räknade kommittén dock med endast en månads militär kirurgiassistenttjänstgöring. Då denna nu föreslås omfatta tre månader, skulle värnpliktstjänstgöringen sålunda komma att utgöra 480 dagar, varav 120 dagar i form av s. k. fortsatt tjänstgöring. Vid armén borde denna tid fördelas sålunda: soldatutbildning 60 dagar, befälsutbildning 60 dagar, plutonchefsskola 60 dagar, fackutbildningskurs 30 dagar, kirurgiassistenttjänstgöring 90 dagar samt facktjänstgöring 180 dagar.

Kommittén har härmed redovisat en plan för militärutbildningen, som i hög grad skulle tillfredsställa de intressen som kommittén närmast har att före-

träda. De olika perioderna skulle, i den mån de infalla under utbildningen, lätt kunna inpassas på undervisningsfri tid, och den sammanlagda värnpliktstiden före licentiatexamen skulle avsevärt reduceras i jämförelse med nuvarande förhållanden. Det är enligt kommitténs mening angeläget, att dessa synpunkter vinner beaktande vid den framtida behandlingen av frågan om de värnpliktiga läkarnas värnpliktsförhållanden.

I det följande skall kommittén övergå till att närmare ange, hur militärtjänstgöringen i dess nuvarande utformning kan inpassas i den föreslagna studieplanen.

Värnpliktiga läkare, tilldelade armén, bör liksom för närvarande fullgöra första tjänstgöringen (90 dagar) före studiernas början och de båda därpå följande perioderna (85 respektive 65 dagar) under de två första sommarferierna efter påbörjade medicinska studier. Kommittén har för de tre första studieåren räknat med samma terminsgränser som för närvarande, varför denna anordning är möjlig, även om den sker på bekostnad av de studerandes möjligheter att ägna sommarferierna åt självstudier eller annan verksamhet. Enligt kommitténs förslag skall undervisningen under dessa studieår bedrivas så, att ämnena i sin helhet är avslutade i så god tid att tentamina kan avläggas före läsårets slut. Anstånd med tjänstgöringarnas fullgörande av studieskäl bör sålunda normalt ej förekomma.

Ett speciellt problem uppstår för de värnpliktiga läkare, som av någon särskild anledning får sin värnpliktstjänstgöring så förskjuten, att tredje perioden (65 dagar) infaller på sommaren mellan tredje och fjärde studieåret. Ferierna uppgå här endast till 60 dagar, eftersom medicinterminen måste påbörjas den 1 augusti. Frågan torde emellertid ej vara av någon större betydelse, då en sådan situation endast kan gälla ett fåtal studerande, som på grund av sjukdom eller anstånd av annan anledning fått sin värnpliktstjänstgöring förskjuten ett eller två år. Vidare inskränker sig skillnaden i tillgänglig och behövlig tid till endast fem dagar. Skulle det, som kommittén förmodar, komma att röra sig om blott ett fåtal studerande, torde man för dessa kunna bevilja tillstånd att utebli från de första fem dagarna av medicinkursen. En annan och ur studiesynpunkt bättre utväg är givetvis, att plutonchefsskolan förkortas till 60 dagar genom att fem dagar överföres till ett senare skede av värnpliktstjänstgöringen. Erfarenheten synes få ge vid handen, vilken lösning som kan bli mest ändamålsenlig.

Även beträffande fackutbildningskursen (45 dagar) torde samma principer kunna tillämpas som för närvarande. Denna kurs kan sålunda, om det från militär synpunkt anses lämpligt att tjänstgöringen fullgörs så tidigt som möjligt, förläggas till den sommar, som följer närmast efter avslutad kirurgikurs, sålunda efter fjärde studieåret. Ur militär synpunkt synes kommitténs förslag till studieplan erbjuda avsevärda fördelar i jämförelse med nuvarande förhållanden. Dels kommer de studerande att fullgöra fackutbildningskursen något tidigare än för närvarande, varigenom de tidigare kan krigsplaceras, dels blir studieplanen enhetlig vid samtliga lärosäten, varigenom det lättare kan i förväg överblickas, hur stort deltagarantalet i fackutbildningskurserna kommer att bli.

Skulle man från militärt håll önska uppställa den fordran, att de studerande före fackutbildningskursen genomgår även andra kurser än de i medicin och kirurgi, t. ex. kurserna i krigs-

medicin och epidemiologi med krigsepidemiologi, finns möjlighet att ta hänsyn härtill vid utformningen av bestämmelserna om studiegången beträffande de ämnen, som utöver medicin och kirurgi ingå i licentiatexamens andra avdelning. De militära myndigheterna skulle i sådant fall få rätt att i samband med kommendering till fackutbildningskurs hänvisa dessa studerande till nästföregående kurser i krigsmedicin och epidemiologi. Ett sådant krav innebär dock, att fackutbildningen för dem, som avslutar sin kirurgikurs en vårtermin, kan fullgöras först ett år senare än vad som tidigare varit fallet. Olägenheterna härav kunde något minskas, om man liksom nu anordnade en av de årliga fackutbildningskurserna vid annan tid än på sommaren, t. ex. under vårterminen.

Därest den föreslagna kursen i krigsmedicin kommer till stånd, torde programmet för fackutbildningskursen böra ändras, så att all dubbelundervisning undvikes.

Kirurgiassistenttjänstgöringen (90 dagar) har på grunder, som närmare utvecklats annorstädes, förlagts till licentiatstudiernas tredje avdelning tillsammans med övriga assistenttjänstgöringar. Den skall sålunda normalt fullgöras under det sista studieåret. Därest det från militär sida är ett intresse, att tjänstgöringen fullgöres tidigare, bör de militära myndigheterna, såsom framhållits i kapitlet om studieplanen, bemyndigas att inkalla vederbörande värnpliktig till kirurgiassistenttjänstgöring tidigare än vad som avses enligt studieplanen.

Den del av facktjänstgöringen, som måste fullgöras före licentiatexamen, kan på grund av sin natur ej förläggas till någon bestämd plats i studieplanen. Detta är ett av de förhållanden, som lett till att kommittén velat fasthålla vid principen om den fria studieordningen för licentiatstudiernas del. Härigenom bör det vara möjligt att till större delen undgå uppkomsten av extra tidsförluster i form av väntetid framför kurserna vid studiernas återupptagande. Givetvis är det av största vikt, att god kontakt liksom nu upprätthålles mellan de studerande och de militära myndigheterna, så att personliga önskemål beträffande tjänstgöringens förläggning i möjligaste mån kan tillmötesgås.

Värnpliktstjänstgöringen vid marinen erbjuder inga svårigheter med hänsyn till militärutbildningens (60 + 60 dagar) inplacering i studieschemat. Beträffande fackutbildningen och facktjänstgöringen gäller vad som ovan anförts rörande samma tjänstgöring vid armén. Kommitténs förslag nödvändiggör, att militär kirurgiassistenttjänstgöring om tre månader införes även vid marinen, varvid den övriga värnpliktstjänstgöringen minskas i motsvarande omfattning.

Kap. 50. STUDIETIDENS LÄNGD

Nuvarande förhållanden

Den medicinska examensstadgan innehåller till skillnad från övriga fakulteters stadgor inga bestämmelser om normalstudietid. Däremot skall enligt stadgan (§ 4) i studieplanen, som upprättas av fakulteten och stadfästes av kanslern, anges de särskilda studieårens ändamålsenliga användning för studiearbete av olika slag. Enligt de provisoriska bestämmelserna för medicine kandidatexamen skall denna kunna av-

läggas på 5 terminer. För licentiatexamen anges i gällande studieplan (1909) för Stockholm 4 ½ år. För Uppsala och Lund finns ej några tider angivna. I Svensk Studentkalender (1951/52) anges generellt att tiden från kandidatexamen till licentiatexamen kan beräknas till 9—11 terminer.

Studietidsberäkningar

Studietiden kan definieras på olika sätt (se även universitetsberedningens betänkande, del V s. 349). Om man beräknar tiden från inskrivning till examen får man den s. k. bruttostudietiden. Den är lätt att beräkna men säger ingenting om hur stor del av tiden som verkligen ägnats åt studier. Denna senare del, som i regel kallas nettostudietid, är svårare att få fram och kan endast beräknas på grundval av individuellt lämnade, detaljerade uppgifter. Det är emellertid framför allt nettotiden man vill veta när man skall bedöma studietidens verkliga längd.

Vid granskning av förhållandena i andra länder säger i de flesta fall en jämförelse av den akademiska studietiden inte så mycket, eftersom förutbildningen och utbildningsmålet varierar

				Brutto-tid me-dian	Netto-tid me-dian	Förse-ning
1902 års kommitté	(04)		1888—1903	10,1	—	—
G. Dahlberg[1]	(30)	nybörjare	1909—14	9,7	—	—
G. Dahlberg[2]	(42)	med. lic. ex.	1920—24	9,4	8,6	0,8
G. Dahlberg[1]	(30)	nybörjare	1915—19	9,2	—	—
G. Dahlberg[2]	(42)	med. lic. ex.	1925—29	8,7	8,4	0,3
1945 års akad. utredning (SOU 1947: 25)	(47)	nybörjare	1920	9,2	8,5	0,7
G. Dahlberg[2]	(42)	med. lic. ex.	1930—34	8,8	8,4	0,4
1945 års akad. utredning (SOU 1947: 25)	(47)	nybörjare	1925	8,8	8,3	0,5
G. Dahlberg[2]	(42)	med. lic. ex.	1935—39	8,7	8,3	0,4
1945 års akad. utredning (SOU 1947: 25)	(47)	nybörjare	1930	9,3	8,4	1,1
Moberg-Quensel (SOU 1949: 48)	(49)	stud. ex.	1930	8,7	—	—
Statens arbetsmarknadskommission (SOU 1943: 17)	(43)	med. lic. ex.	(1939)—41	8,7	—	—
1945 års akad. utredning (SOU 1947: 25)	(47)	nybörjare	1935	8,4	7,3	1,1
Moberg-Quensel (SOU 1949: 48)	(49)	stud. ex.	1937	(7,3)[3]	—	—
P. E. Andér[4]	(50)	med. lic. ex.	1946—49	8,8	—	—
1948 års läkarutbildningskommitté	(53)	med. lic. ex.	1948—51	8,4	—	—

[1] En yrkesstatistisk utredning av läkarbanan i Sverige. Uppsala läkarförenings förhandlingar. Ny följd. Bd 36. H 1. 1930.

[2] Sv. Läkartidningen 1942, s. 2217.

[3] I utredningen (s. 152 f.) anföres beträffande denna siffra följande: "Siffran är för låg, då den blott är räknad på dem, som på de tio åren mellan studentexamen och uppgiftsinsamlandet hunnit avlägga examen. Antar man, att huvuddelen av dem, som ännu ht 1946 ej avlagt med. lic. men då ännu voro inskrivna vid någon medicinsk fakultet (till antalet något mer än 40), kommer att avlägga examen och att de kommer att få längre tid än den framräknade mediantiden, höjs mediantiden något men blott till 7,8 år, vilket är närmare ett år kortare tid än för 1930 års studenter."

[4] Sv. Läkartidningen 1950, s. 1904.

starkt. Bäst är i stället att som jämförelsegrund använda den genomsnittliga åldern då legitimation för självständig verksamhet som läkare erhålles.

Tabellen på s. 300 ger en översikt över hittills publicerat material rörande längden av de medicinska studierna i vårt land. Uppgifterna har ordnats i kronologisk ordning med hänsyn till tidpunkten för examens avläggande. Bruttotiden är i allmänhet beräknad som differensen mellan examensår och inskrivningsår. Vid de undersökningar, där även nettotiden beräknats, har man stött sig på deklarationer från de undersökta beträffande sådana studieavbrott som militärtjänstgöring, förvärvsarbete, sjukdom etc. men däremot icke normala ferier.

Det bör anmärkas, att alla siffror ej är fullt jämförbara, då beräkningsmetoderna varierat. Vidare påverkas siffrorna i de senare årens material av beredskapstjänstgöring.

För att få en så aktuell siffra som möjligt på läkarnas utbildningstid har kommittén inhämtat uppgifter angående ett antal medicine licentiaters inskrivningsdatum, examensdatum, födelsedag och födelseår. Undersökningen omfattar alla dem som i Uppsala, Lund och Stockholm avlagt medicine licentiatexamen under tiden den 1 juli 1948—den 30 juni 1951, inalles 624 personer. De fördelade sig på lärosäten och på män och kvinnor på följande sätt:

	män	kvinnor	samtliga
Uppsala	102	22	124
Lund	141	25	166
Stockholm ..	272	62	334
Summa	515	109	624

41 män och 9 kvinnor av de härovan nämnda var utlänningar, som avlagt medicine licentiatexamen på dispens. De har inte medtagits vid bearbetningen liksom inte heller en manlig och en kvinnlig studerande, för vilka fullständiga uppgifter inte stått att få. I materialet ingår alltså 572 personer, därav 473 män och 99 kvinnor.

Bruttostudietiden (median) vid de medicinska lärosätena (examinerade 1 juli 1948—30 juni 1951).

	män	kvinnor	samtliga
Uppsala	8 år 7 m	8 år 4,5 m	8 år 6,5 m
Lund	8 år 4 m	9 år 1 m	8 år 5 m
Stockholm	8 år 0 m	8 år 4 m	8 år 1 m
Samtliga	8 år 3 m	8 år 7 m	**8 år 4 m**

Studietiden har uträknats som skillnaden mellan inskrivnings- och examensdatum. Medianen utgör här 8 år och 4 månader. Uträkningen har gjorts i jämna månader. Av tabellen ovan framgår, att studietiden var något längre för kvinnliga än för manliga medicine licentiater och kortare i Stock-

Bruttostudietiden (examinerade 1 juli 1948—30 juni 1951).

Examensår	Undre kvartil	Median	Övre kvartil
1948	7 år 8 m	8 år 6,5 m	9 år 9 m
1949	7 år 7 m	8 år 4 m	9 år 4,5 m
1950	7 år 4 m	8 år 4 m	9 år 3 m
1951	7 år 2,5 m	8 år 1,5 m	9 år 2 m
Samtliga	7 år 4 m	**8 år 4 m**	9 år 4 m

holm än i de båda andra städerna. Skillnaderna i studietid för kvinnor vid olika läroanstalter bör inte tillmätas någon betydelse, eftersom antalet individer i varje grupp är mycket litet.

Den sista tabellen på föregående sida visar studietidens utveckling under de år undersökningen omfattar. En viss nedgång kan urskiljas, varvid man dock måste hålla i minnet att det rör sig om bruttostudietiden.

Ålder vid med. lic. examens avläggande för åren 1948—1951 (median).

	män	kvinnor	samtliga
Uppsala	29 år 1 m	29 år 0,5 m	29 år 1 m
Lund	28 år 8,5 m	29 år 0 m	28 år 10 m
Stockholm	28 år 4 m	28 år 11,5 m	28 år 6 m
Samtliga	28 år 7 m	29 år 0 m	**28 år 8,5 m**

Åldern vid examenstillfället har liksom studietiden uträknats i jämna månader. Resultaten finns återgivna i tabellen ovan. Medianåldern för samtliga utgjorde knappt 29 år. Skillnaderna mellan de tre lärosätena och mellan män och kvinnor är i stort sett desamma, som framkom ur den mellersta tabellen på s. 301. Det kan nämnas, att för samtliga i tabellen härovan redovisade den undre kvartilen för åldern vid examen utgjorde 27 år och 5 månader, under det den övre kvartilen utgjorde 30 år och 6 månader.

Studietiden i andra länder

I *Danmark* har en fakultetskommitté granskat studietiden i samband med att förslag till ny studieplan framlagts. Materialet utgjorde därvid 997 examinerade, som avlagt examen efter nu gällande studieordning. Av dessa hade 695 fullföljt den kliniska delen av studierna på normalstudietid. Sammanställningen nederst på sidan visar de totala studietiderna för dessa studerande. Redovisningen innebär sålunda att ett betydande antal med relativt långa studietider icke ingår i sammanställningen.

År	Antal
6 ½	6
7	114
7 ½	278
8	116
8 ½	88
9	58
9 ½	18
10	10
10 ½	3
11	4

Fakultetskommittén har själv föreslagit en förkortad studieplan på ca 6 ½ års studietid. Därefter skulle följa turnustjänstgöring om 1 år.

I *Finland* beräknas de sammanlagda universitetsstudierna till 7—8 år. Efter de kliniska studierna följer 3 månaders tjänstgöring som klinisk amanuens.

I *Norge* har nyligen fastställts en ny studieplan, som omfattar en studietid på 6 år, varefter följer sammanlagt 1 ½ års obligatorisk tjänstgöring på medicinsk och kirurgisk avdelning samt hos tjänsteläkare.

I *England* kräver the General Medical Council en studietid på minst 2 år för den prekliniska och minst 3 år för den kliniska delen av utbildningen. Inga obligatoriska krav på sjukhustjänstgöring efter examen finns uppställda.

Beträffande förhållandena i *Förenta staterna* kan enligt Svenska läkaresällskapets amerikadelegation (1946) följande siffror anföras.

Ålder vid inträdet i college ca 18 år
College-studierna ca 3 år
Ålder vid inträdet i medical school ..... omkring 22 år
Medical school 4 år
Praktiskt år (internship) 1—2 år
Ålder vid praktiska årets slut 27—28 år

Många nyutexaminerade amerikanska läkare överskrider den här angivna normalåldern av 27—28 år. Från vissa håll anges sålunda i stället en ålder av 28—30 år. Därtill kommer, att flertalet läkare ägnar ytterligare 2—4 år åt underordnat, mycket dåligt avlönat arbete som "residents". De torde sålunda icke komma ut i självständigt arbete tidigare än de svenska läkarna.

Uppgifter om studietiden i ett 30-tal olika länder finns publicerade i "Standards of Medical Education, Report 1", utgiven 1950 av Världsläkarförbundet. Tiden varierar där från 5 till över 8 år. Emellertid är siffrorna ofta ej direkt jämförbara, speciellt på grund av den olika förutbildningen, skiftande utbildningsmål, olika värnpliktsförhållanden, olika möjligheter till vikariat före examen etc. Uppgifter om åldern vid legitimationen skulle möjliggjort en korrekt jämförelse. Blott få sådana siffror finns emellertid tillgängliga.

Tidigare diskussion

LS framhöll, att de så långt möjligt sökt begränsa studietiden, varvid de emellertid utgått från att utbildningens omfattning icke finge skäras ned så, att den skulle kunna leda till en försämring av den svenska läkarkårens nuvarande goda yrkesstandard. Framför allt sökte man utforma studieplanen så, att man kunde erhålla en viss garanti för att flertalet studerande också komme att avlägga examen inom avsedd tid. Den föreslagna studieplanen omfattade 7 år, varvid dock förutsattes att värnpliktstjänstgöringen under studietiden skulle uppta högst en sommar.

De flesta remissorganen betvivlade att det skulle bli möjligt för de studerande att hålla den föreslagna studietiden. I sitt överarbetade förslag angav LS en studietid om 15 terminer. Härvid hade en större del av värnpliktstjänstgöringen förlagts till studietiden. Även denna gång framkom kritik som på vissa håll utmynnade i radikala förslag till förkortning av studietiden.

Medicinalstyrelsen och *Svenska läkaresällskapet* föreslog en radikal omvärdering av det kunskaps- och erfarenhetsstoff, som borde ingå i licentiatutbildningen. Läkaresällskapet, som yrkade på en tidigare differentiering i utbildningen, ansåg, att den kliniska delen av utbildningen skulle kunna fullgöras på 3 år, varigenom den totala studietiden skulle sänkas till 5 ½ år. Därefter skulle följa ett obligatoriskt sjukhusår som fordran för allmän legitimation.

Kommittén

Det är givetvis av vikt såväl för samhället som för den enskilde studerande, att studietiden i möjligaste mån begränsas. Emellertid bör man inte ange en viss fixerad studietid som utgångspunkt när man konstruerar en studieplan. I stället är det målet för utbildningen som måste vara det primära och sedan detta fastställts måste studietiden utmätas så, att det åstundade resultatet kan vinnas. Frågan om studietidens längd måste därför alltid ses i relation till omfattningen av de uppställda kraven.

När studiemålet fixerats, får man anordna undervisningen så rationellt som möjligt och på så viss söka åstadkomma en förkortning av studietiden. Kommittén har i särskilda kapitel an-

gett riktlinjer härför. Betydelsen av att varje lärosäte får en sådan kapacitet över hela linjen, att stockningar i studiegången ej uppstår, har kommittén i olika sammanhang understrukit. Synpunkterna förtjänar emellertid här ett särskilt beaktande. Under de senare åren har det på vissa punkter brustit i dessa avseenden, med avsevärda tidsförluster som följd för de studerande.

Det bör vidare framhållas, att det är den totala utbildningstiden, innefattande sålunda även för- och vidareutbildning, som är av största värdet när det gäller jämförelse med andra länder. Den studieplan, som framlagts i detta betänkande, bör sålunda ses i relation till vad kommittén föreslagit angående dessa övriga delar av utbildningen. Särskilt bör påpekas, att numera nya bestämmelser utfärdats om tillträde till de medicinska studierna, vilka kan väntas komma att sänka den tid som tidigare åtgått mellan studentexamen och de medicinska studiernas påbörjande.

Som ovan nämnts, föreslog Svenska läkaresällskapet en förkortning av studietiden till 5 ½ år, varav 3 år beräknades för de kliniska studierna. Förkortningen skulle åstadkommas främst genom att undervisningen i de kliniska specialämnena starkt beskures.

Detta förslag synes emellertid utgå från en oriktig bedömning av den årliga effektiva utbildningens omfattning. Det vill sålunda förefalla som om läkaresällskapet icke tagit tillräcklig hänsyn till de studerandes behov av ferier och nödvändig tid för värnpliktstjänstgöring. Läkaresällskapet angav i sitt yttrande, att de propedeutiska kurserna jämte ämnena medicin, kirurgi och pediatrik borde omfatta 22 månader. Det angavs ej hur lång kurstid som borde anslås åt alla övriga till licentiatexamen hörande ämnen. Då hela licentiatstudiet skulle omfatta 3 år kan av denna tid — efter en uppskattning av den årliga studietiden till ca 10 månader — ungefär 30 studiemånader disponeras. Eftersom härav 22 månader enligt läkaresällskapets förslag skulle åtgå för ovan angivna kurser, återstår ca 8 månader för alla övriga kliniska ämnen, varibland ingår sådana ämnen som psykiatri, socialmedicin samt obstetrik och gynekologi.

Kommittén kan för sin del icke acceptera en så långt gående nedskärning av en rad kliniska ämnen. Redan psykiatrien samt obstetriken och gynekologien synes kräva en tid av 6 månader. Även om kommittén i viss utsträckning velat begränsa undervisningen i de kliniska specialämnena är det med hänsyn till varje läkares framtida verksamhet icke möjligt att beskära den så starkt som läkaresällskapet i sitt förslag synes ha avsett. En sådan åtgärd skulle i realiteten innebära att undervisningen i vissa specialämnen finge begränsas till den rent teoretiska sidan av ämnet och att praktiskt arbete i dem sålunda icke finge rum på studieschemat. Endast med en strängt bunden studieordning och konsekvent genomförd parallellundervisning torde dessutom ett sådant undervisningsprogram kunna genomföras.

Beträffande studietidens längd enligt kommitténs förslag kan följande anföras. Den bundna studieordningen under de båda prekliniska åren, det propedeutiska året samt medicin-kirurgiåret medger inga kortare studietider och innebär sålunda 4 fixerade studieår. Efter denna tid råder i princip en fri studieordning, ehuru denna i vissa avseenden begränsats genom bestämd ordningsföljd mellan vissa ämnesgrupper och särskilda obligatoriska kombinationer.

För samtliga ämnen och tjänstgö-

ringar i denna fria del av licentiatstudierna, dvs. andra avdelningens ämnen efter medicin och kirurgi samt tredje avdelningen (se kapitlet om studieplanen och däri redovisad sammanställning) erfordras en kursbunden minimitid av 16 + 9 = 25 studiemånader. Denna tid är beräknad utan studieavbrott samt under förutsättning att den studerande anlitar de gynnsammaste kombinationsmöjligheterna och att omedelbar plats i kurs eller tjänstgöring står till disposition.

En sådan forcering av studierna under denna period är praktiskt taget ogenomförbar. Rimlig hänsyn måste tas till den studerandes behov av rekreation, nödvändig tid för värnpliktstjänstgöring och vissa ofrånkomliga mindre avbrott mellan kurser osv.

Till studietiden måste följaktligen läggas en beräknad period för ferier, värnpliktstjänstgöring och övriga normala och av praktiska skäl betingade studieavbrott under den nu senast behandlade delen av de kliniska studierna. Uppskattningsvis vill kommittén ange 6 månader som en rimlig tid härför. *Med dessa utgångspunkter skulle sålunda kommitténs förslag innebära en normal studietid av drygt 6 ½ år.* Denna siffra bör lämpligen tjäna som vägledning vid fakulteternas, kollegiernas och undervisningsnämndernas planeringsarbete.

Kommittén vill i detta sammanhang fästa uppmärksamheten på att den nu behandlade delen av de kliniska studierna enligt kommitténs förslag inrymmer en särskild period för assistenttjänstgöringar i medicin, kirurgi samt ytterligare ett valfritt kliniskt ämne om tillhopa 9 månader. Denna period har konstruerats som en viss motsvarighet till det praktiska sjukhusår, som förekommer på flera håll i utlandet (turnus, intern-ship etc.). Det kan i anslutning härtill nämnas, att Svenska läkaresällskapet föreslog ett obligatoriskt sjukhusår efter licentiatstudierna, vilket endast skulle få ägnas åt medicin och kirurgi (respektive odelat lasarett).

Vid en jämförelse mellan kommitténs förslag och andra studieplaner bör man därför observera denna speciella, sammanhängande praktiska tjänstgöring, som inbyggts i de föreslagna licentiatstudierna. Vidare bör man uppmärksamma att kommitténs förslag reserverar tid för ett i jämförelse med utländska studieplaner omfattande praktiskt arbete under de skilda kliniska kurserna.

Det är av vikt, att alla tendenser till förlängning av studietiden snabbt upptäckes, så att det till grund härför liggande förhållandet kan analyseras och korrigeras. Det är alldeles otillräckligt att uppgifter om den faktiska studietiden endast kommer fram vid särskilda tillfällen som följd av särskilda statistiska beräkningar. Studietiden måste följas kontinuerligt. Förslag till åtgärder i detta syfte har framlagts av universitetsberedningen (del V), och kommittén vill här framhålla betydelsen av att den där föreslagna studietidsstatistiken påbörjas så snart en ny studieplan antagits.

Kap. 51. KUNSKAPSKONTROLLEN

1. EXAMINATION

Nuvarande förhållanden

Kunskapskontrollen i examensämne sker genom *tentamen.* Sålunda ingår i kandidatexamen tentamen i anatomi, histologi, medicinsk kemi, fysiologi, allmän patologi och bakteriologi, samt farmakologi. Licentiatexamen omfattar tentamina i medicin, pediatrik, kirurgi, oftalmiatrik, obstetrik och gynekologi, patologisk anatomi samt rätts- och statsmedicin. I vissa ämnen sker kontrollen i stället genom *slutförhör.* Detta gäller ämnena psykiatri, dermatologi och venereologi samt hygien. Vitsorden i dessa slutförhör skall intagas i examensbetyget. Slutligen finns i examensstadgan och i fastställda studieplaner föreskrifter om att vissa kurser skall avslutas med obligatoriska *förhör.*

Studerande är berättigad att under pågående lästermin erhålla tentamen inom fjorton dagar efter det han därtill anmält sig. Tentamen sker inför vederbörande examinator och förenas med praktiskt prov i vissa ämnen. Examinator har möjlighet att förordna, att tentamina inför honom skall förrättas inför öppna dörrar.

Slutförhör fullgöres till skillnad från tentamen på tid, som läraren äger bestämma, i regel i direkt anslutning till den ifrågavarande kursens slut. I övrigt gäller i tillämpliga delar samma bestämmelser som för tentamina. En ytterligare skillnad mot tentamina ligger däri, att betygen i slutförhör icke har begränsad giltighetstid.

I praktiken upprätthålles emellertid ej alltid skillnaden mellan de två formerna för prövning. Särskilt gäller detta beträffande den studerandes rätt att själv välja tidpunkten för provet. I de av kanslern 1940 utfärdade provisoriska bestämmelserna för studierna till medicine kandidatexamen, vilka fortfarande äger giltighet, föreskrives sålunda att kursdeltagarnas kunskaper skall kontrolleras bl. a. genom tentamina med karaktären av slutförhör kort efter kursens avslutning. Undervisningen till kandidatexamen är numera så upplagd, att de studerande med endast få undantag följer denna ordning. Beträffande vissa tentamensämnen till licentiatexamen råder numera samma förhållanden. Det är sålunda regel att t. ex. tentamina i oftalmiatrik och obstetrik-gynekologi avlägges direkt efter kursens slut. Å andra sidan förekommer det att prov, som enligt examensstadgan skall ske som slutförhör, får karaktär av tentamen därigenom att de studerande tillåtes att, om de så önskar, fullgöra detta först då de på en senare tidpunkt därtill anmäler sig. Så sker i viss utsträckning beträffande psykiatri, sammanhängande med att många studerande önskar efter kursens slut fullgöra frivillig assistenttjänstgöring, innan de avslutar sina studier i ämnet.

I övriga ämnen och specialkurser finns uttryckliga föreskrifter om förhör endast i ett fåtal fall. Många lärare kräver emellertid godkänt förhör vid kursens slut som villkor för att kursen skall anses vara tillfredsställande genomgången.

Tidigare diskussion

LS fann det mest ändamålsenligt att låta alla ämnen få en jämbördig ställning i prövningshänseende och föreslog, att de nuvarande slutförhören

skulle omändras till tentamina. Emellertid föreslogs samtidigt, att fullgjord tentamen i stor utsträckning skulle uppställas som villkor för deltagande i den fortsatta undervisningen. Tentamina skulle härigenom bli tämligen fixerade till tiden och såtillvida närmast få karaktär av slutförhör. Vidare föreslogs, att samtliga obligatoriska undervisningskurser skulle avslutas med förhör. I det ursprungliga förslaget skulle kandidatexamen sålunda komma att omfatta fyra tentamina och ett förhör, medan licentiatexamen skulle omfatta fjorton tentamina och tjugo förhör.

Vid remissbehandlingen av detta förslag uttalades allmänt, att det med den föreslagna studieordningen icke vore möjligt att upprätthålla den föreslagna fordran på avlagda tentamina i vissa ämnen. På några håll vände man sig också mot förslaget att alla kurser skulle avslutas med förhör. Sålunda ansåg medicinalstyrelsen, att antalet slutförhör och tentamina utan någon risk för sänkt kunskapsstandard borde kunna inskränkas avsevärt, om elevernas regelbundna deltagande i kurstimmarna kontrollerades och förhör regelbundet anordnades. Svenska läkaresällskapet uttalade betänkligheter mot förslaget, att alla kurser skulle avslutas med förhör.

I överarbetningen anförde LS, att de med hänsyn till de framförda synpunkterna icke ville motsätta sig, att kravet på avlagda tentamina tills vidare upphävdes. Undervisningen borde emellertid bedrivas på sådant sätt, att tentamina i regel kunde avläggas i nära anslutning till tjänstgöringarnas slut. Skulle en mera allmän tendens till eftersläpning av tentamina uppstå, vore det dock välbetänkt att införa strängare bestämmelser i enlighet med det ursprungliga förslaget. Beträffande det generella kravet på kursförhör fann LS i stort sett ej anledning att frångå sitt förslag. Dock gjordes den ändringen, att översiktskurserna i medicin och kirurgi icke behövde avslutas med förhör.

Kommittén

Kommittén anser, att den principiella skillnaden mellan tentamen och slutförhör bör upprätthållas och att sålunda kunskapsprövningen i vissa examensämnen skall ske genom tentamen, i andra genom slutförhör. Kommittén har vid genomgången av läroämnena i varje särskilt fall angivit, vilka ämnen som bör höra till den ena eller andra kategorien. Sålunda bör tentamen ske i de teoretiska ämnena samt i de kliniska huvudämnena medicin, kirurgi, pediatrik och psykiatri samt i ämnet socialmedicin. Det gäller här ämnen av en sådan omfattning och betydelse, att de studerande bör ges vissa möjligheter att på egen hand efter avslutad kurs förbereda sig till prövningen i ämnet. Den tid som krävs härför måste av naturliga skäl variera för olika studerande, men kommittén har sökt planera undervisningen på ett sådant sätt, att flertalet studerande finner det möjligt att anmäla sig till tentamen i tämligen nära anslutning till avslutad kurs. Detta gäller särskilt beträffande studierna under de tre första studieåren. En viss lämplig tidpunkt för tentamen i dessa ämnen bör sålunda anges i studieordningen, framför allt i de fall där krav på fullgjorda tentamina ansetts nödvändiga med hänsyn till möjligheterna för de studerande att tillgodogöra sig den kommande undervisningen.

Beträffande de kliniska specialämnena anser kommittén, att kursstoffets begränsade omfattning tillåter de studerande att samtidigt inläsa ämnet, varför kunskapsprövningen här bör ske i form av slutförhör. Detta överensstämmer också bäst med gällande bestämmelser

och praxis. Med samma motivering har kommittén också föreslagit, att kurserna i hygien och rättsmedicin skall avslutas med slutförhör. Samtliga slutförhör skall betygsättas enligt samma skala som tentamina och betygen bör ingå i examensbetyget.

De förhör, som i övrigt obligatoriskt bör fullgöras i anslutning till vissa specialkurser, föreslår kommittén böra benämnas kursförhör. Kommittén kan icke instämma i LS förslag att sådana förhör skall anordnas generellt efter varje undervisningskurs. Sådana mindre kurser, som ingår som ett led i undervisningen inom ett visst examensämne, synes sålunda icke nödvändigtvis böra avslutas med förhör, eftersom kunskaperna ändå blir kontrollerade genom tentamen eller slutförhör i ämnet. Ej heller synes det nödvändigt att föreskriva förhör efter sådana kurser, som väsentligen består i praktiska demonstrationer eller instruktion beträffande vissa undersöknings- och behandlingsmetoder. Det bör i detta sammanhang observeras, att flertalet tentamina är förenade med praktiskt prov; ett förhållande som bör bestå och som i den utsträckning fakulteterna finner lämpligt bör gälla även slutförhören. Om kommittén sålunda ej vill rekommendera kursförhör som en generell anordning, är det givetvis ingenting som hindrar att läraren genom enklare examinatorier under kursens lopp kontrollerar, att de studerande kunnat tillgodogöra sig undervisningen och ägnat det genomgångna tillbörligt intresse. Så sker redan nu i stor utsträckning, och dessa frågor synes icke vara av den natur, att de bör regleras genom författningar.

Enligt kommitténs förslag skulle sålunda de medicinska studierna komma att omfatta följande tentamina, slutförhör och kursförhör:

Medicine kandidatexamen: Tentamen i anatomi, histologi, medicinsk kemi samt fysiologi. Kursförhör i allmän kemi, medicinsk statistik, genetik och fysik samt psykologi.

Medicine licentiatexamen: Tentamen i patologi, bakteriologi, farmakologi, medicin, kirurgi, psykiatri, pediatrik samt socialmedicin. Slutförhör i dermato-venereologi, epidemiologi, neurologi, obstetrik och gynekologi, oftalmiatrik, oto-rhino-laryngologi, hygien samt rättsmedicin. Kursförhör i kliniska undersökningsmetoder, kliniska laborationer, barnpsykiatri och krigsmedicin.

2. BETYGSÄTTNING

Tentamina och slutförhör

Enligt examensstadgan bör vid betygens avgivande hänsyn tas mera till grundligheten av den studerandes kunskaper samt till graden av den mogenhet och förmåga av självständigt omdöme, som av honom ådagalägges, än till omfattningen av de inhämtade studiekurserna. Betygen skall ges med något av vitsorden: berömlig, med utmärkt beröm godkänd, med beröm godkänd, icke utan beröm godkänd, godkänd eller icke godkänd. För betygen med beröm godkänd, icke utan beröm godkänd och godkänd må ej i något fall fordras till omfattningen olika studiekurser.

Kommittén har, i likhet med LS, icke funnit skäl att föreslå någon ändring av dessa bestämmelser.

Kursförhör

I nuvarande examensstadga finns inga föreskrifter om graderade betyg i förhör av denna typ. LS anförde, att de förhör, som ingår i eller avslutar

ett flertal kurser, i allmänhet ej behövde vitsordas med graderade betyg. Det förutsattes, att anteckning i tentamensboken om fullgjord kurs eller tjänstgöring skulle innebära, att även de därtill hörande examinatorierna blivit godkända. Vidare föreslogs, att det skulle ankomma på läraren att i det enskilda fallet avgöra, huruvida både kurs och förhör eller endast det senare skulle fullgöras på nytt, om en studerande ej kunnat godkännas.

Med instämmande i vad nu refererats vill kommittén föreslå, att kursförhören icke åsättas graderade betyg.

Tjänstgöringsbetyg

Enligt examensstadgan skall tjänstgöringarna till licentiatexamen betygsättas särskilt för flit och särskilt för skicklighet med något av vitsorden berömlig, med beröm godkänd, godkänd och icke godkänd. Däremot skall det praktiska arbetet vid de teoretiska institutionerna icke betygsättas.

LS framhöll, att dessa graderade tjänstgöringsbetyg i flit och skicklighet visat sig vara av begränsat värde och att några enhetliga normer för dessa betygs avgivande ej tillämpats. Sålunda kunde en lärare ha berömlig, en annan blott godkänd som normalbetyg. LS förordade därför, att tjänstgöringsbetygen med ett par undantag skulle avskaffas och att i tentamensboken endast skulle intygas, att vederbörande på ett tillfredsställande sätt genomgått stadgad tjänstgöring eller kurs. Detta förslag tillstyrktes från många håll vid remissbehandlingen, men fakulteten i Uppsala och lärarkollegiet vid karolinska institutet önskade icke helt slopa den graderade bedömningen. De föreslog, att de särskilda betygen för flit och skicklighet skulle utgå, men att tjänstgöring, då den godkännes, skulle bedömas i sin helhet med tre betygsgrader: godkänd, med beröm godkänd och berömlig. Vid sin överarbetning godtog LS detta förslag.

Kommittén kan för sin del helt instämma i den uttalade åsikten, att dessa betyg är av mycket begränsat värde. Det synes osannolikt, att de skulle kunna ha någon sporrande inverkan på de studerande under tjänstgöringens gång, i synnerhet som flertalet lärare överhuvudtaget icke låter sin uppfattning om kursdeltagarnas flit och skicklighet komma till uttryck i graderade betyg. Då dessutom lärarna ofta använder olika betyg som norm, kan betygen i regel ej heller vara till någon ledning i de fall, då en studerande fullgjort en tjänstgöring på en klinik men avlägger tentamen vid en annan. I de enstaka fall, då graderade betyg verkligen kommer till användning, sker det mestadels beträffande tjänstgöringar, som fullgöres relativt lång tid före tentamen i ämnet. Betygen får då närmast karaktär av minnesstöd åt tentator. En sådan gradering av de studerandes prestanda under deras praktiska arbete kan givetvis ske utan att betyget för den skull behöver införas i tentamensboken. En sådan metod har på vissa håll kommit till användning vid teoretiska institutioner, där några dylika tjänstgöringsbetyg ej skall utfärdas. Efter varje avslutad kurs har lärarstaben tillsammans diskuterat kursdeltagarnas insatser och på så sätt gemensamt utformat ett sammanfattande omdöme till ledning för tentator.

Då kommittén i annat sammanhang föreslår, att tentamen som regel skall förrättas av kursledaren, och då flertalet tentamina i den föreslagna studieplanen kommer att avläggas relativt snart efter fullgjord kurs eller assistenttjänstgöring, vill kommittén sålunda föreslå, att de kliniska kurserna icke

skall åsättas några graderade tjänstgöringsbetyg.

I detta sammanhang vill kommittén understryka vikten av att man kontrollerar, att de studerande begagnar de tillfällen som erbjuds under den praktiska tjänstgöringen att själva utföra sådana undersökningar och ingrepp, som de skall lära sig att behärska, liksom att man kontrollerar, att det kliniska materialet erbjuder tillräckliga möjligheter härtill. Frågan berördes även av LS, som föreslog att de studerande vid de medicinska och kirurgiska klinikerna skulle erhålla listor, där efter hand skulle införas vilka ingrepp och undersökningar de studerande på egen hand fått tillfälle att utföra. Systemet tillämpas på sina håll sedan länge, och ej enbart på de nämnda klinikerna utan även t. ex. på förlossningsavdelningarna. Kommittén anser det vara viktigt att en dylik kontroll utövas, inte minst med hänsyn till att de studerande under sina assistenttjänstgöringar bör få delta i sjukvårdsarbetet under ett visst ansvar. På de kliniker, där praktiskt arbete av denna art förekommer, bör sålunda varje kursdeltagare erhålla ett tjänstgöringskort, på vilket samtliga ifrågakommande ingrepp och undersökningar finns angivna och där anteckning efter hand göres, när den studerande åsett, biträtt vid eller självständigt utfört dylik arbetsuppgift. Korten bör under kursens lopp granskas av kursledaren, så att åtgärder kan vidtas för att komplettera eventuella brister före kursens slut.

3. TENTAMINAS GILTIGHETSTID

Nuvarande bestämmelser

Enligt examensstadgan skall varje fakultet i studieplanerna för varje examen och däri ingående läroämne ange den minimitid, under vilken tentamina, sedan de blivit godkända, skall äga giltighet för examens avläggande. Nämnda tid skall i varje fall så tillmätas, att under förutsättning av studiernas bedrivande i den ordning studieplanen anger, förnyad tentamen icke må erfordras. Vid samtliga lärosäten gäller, att godkänd tentamen för kandidatexamen i ämnena anatomi, histologi och medicinsk kemi äger giltighet under tre år samt i ämnena fysiologi, patologi och farmakologi under två år, medan godkänd tentamen i de i licentiatexamen ingående ämnena äger giltighet under tre år. För bägge examina äger dock examinator låta betyg gälla under den tid, han därutöver finner skäligt. Sedan 1940 gäller dessutom den bestämmelsen, att, då studerande efter tentamen fullgjort värnpliktsövning eller annan militär tjänstgöring, giltighetstiden förlänges med så många dagar, som studiehindret styrkes ha varat. Likartade bestämmelser gäller för fullgjord tjänsteplikt och andra studiehinder som direkt sammanhänger med krisförhållanden.

Tidigare diskussion

I sitt ursprungliga förslag anförde LS, att det med den fasta studieorganisation, som av dem förordades, icke syntes nödvändigt att fixera någon viss giltighetstid för tentamensbetygen. När LS vid sin överarbetning frångick kravet på avlagda tentamina för tillträde till vissa kurser och tjänstgöringar, skulle emellertid bestämmelserna om begränsad giltighetstid lämpligen bibehållas. Dock föreslogs den ändringen, att giltighetstiden för tentamen i patologisk anatomi skulle fastställas till fyra i stället för tre år.

Universitetsberedningen har ingående behandlat denna fråga i sitt betänkande del V (s. 319—323) och därvid anfört, att bestämmelserna ursprungligen tillkommit i samband med övergången från examens- till tentamenssystemet. De skulle garantera dels att studietiden icke onödigtvis förlängdes, dels att de studerande avlade slutexamen med någorlunda aktuella kunskaper i samtliga examensämnen. Emellertid hade senare utbildat sig en allmän praxis, enligt vilken för gamla tentamensbetyg av examinator "omskrivas" eller "förlängas", helt i strid mot stadgans mening. Härigenom hade bestämmelserna om den begränsade giltigheten blivit helt ineffektiva för sitt ursprungliga syfte, och av samma skäl hade de icke kunnat öva någon verkan på ämnesföljden i studiegången eller kunnat fungera som något gallringsinstrument för mindre begåvade eller mindre flitiga studerande. Med hänsyn härtill föreslog beredningen, att bestämmelserna för filosofiska och teologiska fakulteternas del borde avskaffas. Även för övriga fakulteters del syntes motsvarande åtgärd böra vidtas, men beredningen ansåg sig icke äga behörighet att väcka förslag härom.

Kommittén

Som framgår av ovanstående referat, har i huvudsak fyra olika argument anförts för den begränsade giltighetstiden. Här skall närmare diskuteras, vilken betydelse dessa kan ha beträffande den medicinska utbildningen. Vad först gäller bestämmelsernas möjlighet att åstadkomma en ändamålsenlig ämnesföljd i studiegången, har en sådan redan garanterats genom särskilda föreskrifter i den föreslagna studieplanen. Beträffande förmågan att verka som en gallringsfaktor för svaga elever torde bestämmelserna vara inte blott synnerligen ineffektiva — med hänsyn till den allmänt praktiserade omskrivningen av betygen — utan även mindre lämpliga, eftersom deras verkan ej inträder förrän relativt lång tid förflutit. Som påskyndande faktor i studiearbetet torde de vid sidan av t. ex. de ekonomiska förhållandena för de studerande vara av ytterst liten betydelse. Större vikt synes böra läggas vid bestämmelsernas avsedda verkan att garantera, att den examinerades kunskaper icke är i vissa stycken föråldrade redan vid examenstillfället. Det torde vara framför allt av hänsyn till denna risk, som enstaka lärare ännu kräver verklig omtentamen i sitt ämne. Emellertid kan många invändningar göras mot tillämpandet av en sådan princip. Har man nämligen väl en gång accepterat tentamenssystemet som examinationsform, så ligger det i dettas natur att den studerande vid den tidpunkt då han får ut sin examen har fullt aktuella kunskaper blott i ett enda ämne, nämligen det vari han senast avlagt tentamen, medan samtliga övriga tentamina ligger upp till tre eller ännu flera år tillbaka i tiden. Vidare förekommer det av naturliga skäl ofta, att en läkare kanske först flera år efter examen i sin yrkesutövning får tillfälle att tillämpa sina kunskaper inom en viss specialitet, utan att han under den mellanliggande tiden haft möjlighet att ytterligare utbilda sig i ämnet. Mot detta förhållande kan inga invändningar göras, och av samma principiella skäl bör man ej kräva, att den nyexaminerade besitter lika aktuella kunskaper inom alla ämnesområden. Ännu mindre motiverat blir detta krav, om nyexaminerade i allmänhet, i enlighet med vad kommittén rekommenderar, kommer att fullgöra minst två års sjukhustjänstgöring, under vilken mera erfarna kolleger finns till hands.

Sammanfattningsvis finner kommittén sålunda, att utvecklingen även för de medicinska fakulteternas del nu gått därhän, att bestämmelserna om tentamensbetygens begränsade giltighetstid bör avskaffas. Kommittén föreslår sålunda att dessa bestämmelser uteslutes ur examensstadgan.

4. FÖRDELNING AV EXAMINATIONSSKYLDIGHETEN

Nuvarande förhållanden

Enligt universitetsstatuterna och stadgan för karolinska institutet är professor skyldig att förrätta examination i sin vetenskap. Genom särskilda bestämmelser har dessutom vissa prosektorer, laboratorer och andra ordinarie lärare ålagts viss examinationsskyldighet. I de nu gällande provisoriska bestämmelserna för studierna till medicine kandidatexamen föreskrives bl. a. att om kursen letts av annan lärare än professorn i ämnet, kursledaren äger förrätta tentamen.

Professor, som på grund av särdeles betungande examinations- eller andra tjänstegöromål behöver lindring i undervisningsskyldigheten, kan av kanslern efter särskild framställning beviljas viss nedsättning i nämnda skyldighet.

Studerande är berättigad att under pågående lästermin erhålla tentamen inom fjorton dagar efter det han därtill anmält sig, dock att anmälan till tentamen skall vara gjord minst fjorton dagar före terminens slut.

Tidigare diskussion

LS uttalade, att betyget vid tentamen och slutförhör icke allenast borde återspegla den studerandes kunskaper vid själva prövningstillfället, utan även påverkas av den flit och skicklighet den studerande ådagalagt under den praktiska utbildningen. Skyldigheten att tentera borde därför i så stor utsträckning som möjligt åläggas den lärare, som burit ansvaret för undervisningen.

MHO berörde frågan om examinationsskyldigheten i sitt betänkande del I och anförde bland annat följande.

> Till professorernas undervisningsbörda kommer emellertid också skyldigheten att förrätta examination, vilket åtminstone i en del ämnen kan vara mycket betungande. Särskilt gäller detta för Stockholm, där antalet examinander är praktiskt taget dubbelt så stort som i Uppsala och Lund. Om en del av den elementära undervisningen lägges i händerna på andra lärare än professorerna, synes det också böra kunna ske beträffande examinationen. I många ämnen, särskilt i de kliniska, kommer undervisningen att vara ordnad på tvenne årliga kurser, den ena ledd av professorn, den andra av en annan lärare, med halva antalet studerande på varje kurs. Från studenternas sida har det ofta framhållits som ett önskemål, att kursledaren, vars undervisning de åtnjutit och vilkens fordringar de känna, även förrättar examination. Detta förlänar även kursledaren större auktoritet och är ägnat att stimulera hans ansträngningar med avseende på undervisningens rätta bedrivande. För de ovannämnda ämnena faller det sig sålunda helt naturligt, att professorn själv endast utför examinationen av halva antalet studenter. I andra ämnen återigen föreligger ej samma behov av lättande av examinationsbördan. Detta gäller delar av den fysiologisk-kemiska gruppen inom de teoretiska ämnena och även en del av de kliniska ämnena. Det synes därför vara lämpligt, att rörande dessa spörsmål på förslag av fakulteterna resp. lärarkollegiet föreskrifter utfärdas av kanslern för varje särskilt ämne, där så erfordras.

Kommittén

Utan tvekan är examinationsarbetet i många ämnen så omfattande, att det tar en oskäligt stor del av lärarnas tid i anspråk till men för framför allt deras möjligheter att erhålla tillräcklig tid för forskning. Vid de överläggningar, som

kommittén haft med ämnesrepresentanterna, har detta förhållande ofta påpekats. Olika åtgärder bör sålunda vidtas för att detta missförhållande skall kunna avhjälpas. I första hand bör man gå vidare på den redan delvis beträdda vägen att låta kursledaren förrätta examinationen, även om denne icke är professor i ämnet. Kommittén föreslår sålunda, att detta göres till allmän regel. I de fall, då undervisningen icke är uppdelad mellan professorn och annan lärare i ämnet på olika kurser under läsåret, får fördelningen av examinationen ske på annat sätt, t. ex. genom att professorn förrättar examination endast under viss del av året. Lämpligast torde vara att, såsom föreslagits av MHO, överlåta åt varje fakultet att uppgöra förslag till examinationsskyldighetens uppdelning i varje särskilt ämne. Kommittén vill framhålla, att en betydligt ökad möjlighet till dylik avlastning av professorns arbetsuppgifter kommer att föreligga, därest de av kommittén föreslagna extra-ordinarie kliniska lärartjänsterna inrättas.

I enstaka fall har skriftliga prov kommit till användning i tidsbesparande syfte. De har då anordnats samtidigt för samtliga kursdeltagare. I utlandet är en sådan metod än vanligare, men proven bedöms där i regel ej endast av ämnesläraren utan även av särskilda censorer eller en särskild examenskommission. Även om en sådan prövningsmetod i vissa fall kan vara lämplig även ur andra synpunkter än den tidsbesparande, så torde den dock i regel böra betraktas som en nödfallsutväg. Kommittén vill i denna fråga hänvisa till vad universitetsberedningen anfört (betänkandet del V, s. 316) och instämmer i dess åsikt, att även om den muntliga tentamen i vissa ämnen med fördel kan kompletteras med ett skriftligt besvarande av några examensuppgifter, så bör man dock i allmänhet icke överge det muntliga tentamenssystemet.

Examinator har icke någon statutenlig skyldighet att förrätta tentamen under de akademiska ferierna. Då emellertid ferierna i stor utsträckning utnyttjas just för tentamensläsning, får de studerande ofta i praktiken tillfälle att tentera, t. ex. under viss del av sommaren. Under krigsåren fanns särskilda föreskrifter om rätt till tentamen under sommarmånaderna för studerande, som på grund av militärtjänstgöring blivit förhindrade att avlägga tentamen under terminen. Med hänsyn till professorernas möjlighet att ostört kunna ägna sig åt forskningsarbete under de akademiska ferierna är det givetvis önskvärt, att tentamina i största möjliga utsträckning avlägges under lästerminerna. Emellertid är det med tanke på studietiden också önskvärt, att de studerande kan utnyttja ferierna för tentamensläsning, i den mån de ej är upptagna av värnpliktstjänstgöring eller annat arbete. För att tentamen i dessa fall skall kunna avläggas utan alltför lång väntetid efter inläsningens avslutande, bör därför möjlighet finnas till sommartentamen.

Kommittén har övervägt, huruvida en särskild tentamensperiod under sommarmånaderna borde föreskrivas i examensstadgan. I denna fråga har universitetsberedningen (betänkandet del V, s. 138) uttalat, att det nuvarande systemet, dvs. att vederbörande tentator själv avgör om sommartentamen bör medges, torde kunna väntas fungera tillfredsställande även i framtiden. Beredningen förutsatte emellertid, att frågan finge upptas till förnyad prövning, därest det framdeles skulle visa sig, att de akademiska lärarnas frivilliga tillmötesgående ej tillfredsställde ett rimligt behov av sommartentamina för de studerande.

Enligt vad kommittén erfarit, fun-

gerar den nuvarande frivilliga anordningen beträffande sommartentamina i stort sett tillfredsställande. I enstaka fall har det dock inträffat, att tentator icke ansett sig kunna göra dylikt medgivande. Kommittén vill icke föreslå någon generell regel om sommartentamensskyldighet, men däremot bör vid fastställande av examinationsskyldighetens fördelning i varje ämne rimlig hänsyn tas till eventuellt föreliggande behov av tentamensmöjlighet sommartid.

5. EXAMENSSAMMANTRÄDENA

Studerande, som fullgjort vad för viss examens avläggande är föreskrivet, äger till fakulteten vid den läroanstalt där han avlagt den sista tentamen, ingiva ansökan om examen. För prövningen av sådana ansökningar skall fakulteten sammanträda vid början och slutet av varje termin samt dessutom minst en gång under hösttermin och minst två gånger under vårtermin. För att examen skall godkännas fordras, att den studerande, jämte det han i övrigt fullgjort vad för examens avläggande är föreskrivet, erhållit minst betyget godkänd i alla ämnen som fordras för examen. Om prövningens utgång och de avgivna betygen skall bevis meddelas den studerande genom utdrag av fakultetens protokoll.

Universitetsberedningen (betänkandet del V, s. 323) påpekar, att fakulteternas verksamhet i fråga om prövning av examensansökningar numera endast består i en granskning av att den studerande fullgjort vad som är erforderligt för viss examens avläggande. Betygen är redan fastställda vid ifrågavarande tentamina. Med hänsyn till önskvärdheten av en minskning av fakulteternas arbetsbörda, till framförda önskemål från de studerandes sida och till att examenssammanträdena ej fyller någon nämnvärd praktisk funktion, föreslog beredningen, att bestämmelserna i samtliga fakulteters examensstadgor angående examenssammanträden skulle upphävas. Det borde i fortsättningen ankomma på dekanus att på fakultetens vägnar företa prövningen av examensansökningarna. Då det emellertid skulle medföra praktiska olägenheter om dylika ansökningar skulle behandlas när som helst under terminen, föreslog beredningen, att studerande, som före den 1 respektive den 15 under en terminsmånad inlämnat examensansökan, skulle äga rätt att senast en vecka efter nämnda datum erhålla bevis över avlagd examen.

Kommittén vill instämma i universitetsberedningens förslag. I viss utsträckning har detta sedan länge tillämpats i praktiken, utan att några olägenheter därmed kunnat spåras. Det torde vara av vikt att de studerande får möjlighet att ta ut examen även under ferietid. Beträffande den tid, inom vilken prövningen av ansökan bör ske, vill kommittén föreslå att ansökan som ingivits under termin skall prövas inom en vecka, i annat fall senast inom två veckor.

6. GALLRING AV ELEVERNA UNDER STUDIETIDEN

Nuvarande förhållanden

Den gallring av för medicinsk utbildning mindre lämpliga elever, som äger rum under studiernas gång, är i huvudsak baserad på kunskapskontrollen genom tentamina. Enligt examensstadgan äger studerande, som två gånger under samma termin i ett ämne under-

gått tentamen, som icke blivit godkänd, icke vidare rätt att under denna termin påfordra förnyad tentamen i ämnet. Om studerande, vars tentamen underkänts, anser att denna bort godkännas av examinator, äger han inom tredje dagen efter det tentamen försiggått, begära tentamen inför fakulteten, som utsätter tentamen att snarast möjligt äga rum och efter dess avslutande bestämmer det betyg, som skall tilldelas den studerande.

I någon mån kan även gällande bestämmelser om tentamensbetygens begränsade giltighet bidra till att avhålla svagare elever från fortsatta studier.

I kanslerns provisoriska föreskrifter av år 1940 för studierna till medicine kandidatexamen finns följande bestämmelser.

Studerande som visar oförmåga eller svårare försummelse i sina studier må genom beslut av en för ändamålet av fakulteten, respektive lärarkollegiet, utsedd nämnd kunna förklaras icke vidare berättigad att deltaga i undervisningen för medicine kandidatexamen.

Efter framställning från fakulteterna och lärarkollegiet meddelade kanslern emellertid 1941, att det tills vidare finge anstå med tillämpning av denna punkt. Med anledning härav har några nämnder aldrig utsetts.

Vissa handlingar kan disciplinärt bestraffas enligt 1908 års stadga angående den disciplinära myndigheten över de studerande vid rikets universitet och karolinska institutet, bl. a. i form av utestängning från undervisningen under viss tid eller i form av skiljande från universitetet respektive institutet. Få studerande, som på grund av personliga egenskaper ansetts olämpliga för läkaryrket, torde emellertid under sin studietid ha visat denna sin olämplighet i så hög grad, att disciplinstadgan måst tillämpas på dem.

Tidigare diskussion

LS anförde beträffande gallringen bland annat följande.

De sakkunniga ha ingående diskuterat, hur en sådan kontroll lämpligen borde genomföras, och de ha därvid bland annat övervägt införandet av en nämnd med uppgift att bedöma kandidatexamen i dess helhet och avgöra, huruvida den studerande skall godkännas eller ej, samt att avgöra, om och i vilken mån en underkänd studerande skall få komplettera sin examen. De sakkunniga ha emellertid icke ansett sig böra förorda en dylik anordning utan vilja i stället föreslå, att de studerande i ämne, som ingår i medicine kandidatexamen, endast skola äga rätt att undergå tentamen två gånger. Genom en sådan bestämmelse vinner man, att de för medicinska studier mindre lämpade eleverna på ett relativt tidigt stadium kunna tvingas avbryta sina studier. De sakkunniga anse icke risk föreligga, att lärarna komma att missbruka en sådan bestämmelse, och om en studerande anser sig orättvist bedömd, skall för honom liksom nu möjlighet finnas att få sina kunskaper omprövade inför fakulteten.

Vid remissbehandlingen av detta förslag framhölls allmänt som önskvärt att sådana åtgärder vidtoges, att studerande som vore uppenbart olämpliga för medicinska studier kunde gallras ut. Mot det av LS framlagda förslaget framfördes emellertid stark kritik från de flesta remissorganen. Man betonade i första hand, att alltför stort ansvar skulle komma att läggas på den enskilde läraren, och att systemet skulle kunna lämna spelrum åt personligt godtycke. I överarbetningen anförde LS, att den föreslagna åtgärden icke borde genomföras, då den ej hade mötts med allmänt förtroende. LS kunde dock ej ange någon lämpligare gallringsmetod, och något positivt motförslag hade ej framkommit i remissyttrandena.

Beträffande frågan om att skilja ut studerande med tecken på sådan psykisk eller fysisk sjukdom, som kan göra vederbörande olämplig för läkarens yrke, anförde kommittén i sitt första

betänkande (SOU 1951: 4, s. 24) bland annat följande.

> Läkarutbildningskommittén, som vill erinra om att för anställning å sjukhus erfordras läkarintyg, anser, att varje studerande redan vid studiernas början bör genomgå en läkarundersökning och därvid underrättas om eventuellt föreliggande sjukdom eller lyte. Som studentsociala utredningen föreslagit bör alltså läkarundersökning införas för alla nyinskrivna. De som av medicinska skäl befinnas olämpliga för studierna böra kunna avrådas och detta bör ske så tidigt, att de luckor, som kunna uppstå bland de intagna, kunna fyllas.

Kommittén

Av flera skäl kan en studerande vara mindre lämplig för medicinsk utbildning. Även om inträdesbestämmelserna avser att garantera en viss begåvning hos den sökande, kan det under studiernas gång visa sig att det på en eller annan punkt brister i de begåvningsmässiga förutsättningarna. I andra fall kan en studerande, som visserligen anses vara tillräckligt begåvad, visa sådan försumlighet i sitt arbete, att han inte tillägnar sig tillräckliga kunskaper. Trots en kanske utmärkt studiebegåvning, kan vidare en studerande visa sådana psykiska särdrag, att han i uppträdande mot patienter, anhöriga, personal etc. visar sig olämplig att utöva läkarkallet. Slutligen kan olämpligheten vara betingad av sjukdom eller lyte (t. ex. ett allvarligt synfel), som höggradigt försvårar studierna eller utövandet av läkarverksamhet.

Det kan diskuteras om undervisningsanstalten bör ha rätt att ingripa i syfte att avråda eller avstänga en studerande i alla de fall, som ovan nämnts. Givetvis är det alltid lärarnas skyldighet att genom kunskapskontroll gallra ut sådana elever, som på grund av bristande begåvning eller påtaglig försumlighet inte är mogna för fortsatta studier. Erfarenheten visar, att tentamenskontrollen ej alltid är tillräcklig för att åstadkomma ett lämpligt urval bland de studerande. Detta framhölls redan av LS, som även ansåg sig kunna uttala, att en och annan läkare utexaminerats, som aldrig bort godkännas. Med nuvarande system vilar ansvaret för en eventuell avstängning från fortsatta studier på en enskild lärare, som icke ansett sig kunna godkänna vederbörandes tentamen i ämnet. Under sådana förhållanden är det lättförståeligt, att läraren efter ett visst antal omtentamina någon gång känner sig frestad att låta nåd gå före rätt och godkänna den studerande. På så vis kan ibland även svaga elever till slut, låt vara efter onormalt lång studietid, avlägga examen.

Enligt kommitténs mening är det tveksamt, om fakulteterna har eller bör få rättighet att avstänga studerande på grund av företedda brister i de personliga egenskaperna i övrigt. Uppenbarligen är det ogörligt att redan under studietiden avgöra vilka studenter, som på grund av sådan olämplighet bör avstängas. Man bör även betänka, att läkarutbildningen inte alltid leder till egentlig läkargärning. Många ägnar sig i stället åt forskning eller annan verksamhet, där de ej kommer i direkt beröring med patienter. Vad slutligen gäller personer med psykisk eller fysisk sjukdom hänvisar kommittén till sitt ovan refererade förslag om obligatorisk läkarundersökning av varje nyantagen medicine studerande.

Det urval som sker vid intagningen kan aldrig bli fullt tillfredsställande ur här berörda synpunkter. Den nuvarande gallringen är helt baserad på kunskapskontrollen genom tentamina. Som redan framhållits av LS har denna metod vissa brister i praktiken, och det vore därför fördelaktigt om den på något sätt kunde kompletteras. Ett

exempel på hur detta kunde ske erbjuder avrådningsnämnderna vid juridiska fakulteterna. Dessa ha försöksvis fungerat sedan 1943. Behovet av en dylik anordning torde vara avsevärt större inom den juridiska fakulteten än inom den medicinska, eftersom någon inträdesspärr med därtill hörande gallring ej finns för juridiska studier. Inemot 50 % av dem som anmäler sig till medicinska studier kan på grund av spärren inte beviljas inträde; här sker sålunda redan en gallring, betydligt hårdare än den, vartill en avrådningsnämnd i en fakultet med fri tillströmning någonsin kan tänkas nå.

Avrådning eller avstängning, vilken drabbar en elev som redan börjat sina studier, är förenad med vissa praktiska vanskligheter. Å ena sidan är det såväl med hänsyn till den studerande som till undervisningsanstaltens intresse önskvärt att en dylik åtgärd sker så tidigt som möjligt. Å andra sidan är det önskvärt att bedömningen blir så allsidig och grundlig som möjligt, och detta låter sig svårligen göra innan den studerande tillbringat så lång tid vid läroanstalten, att flera olika lärare hunnit bilda sig en uppfattning om den studerandes studieförutsättningar och allmänna lämplighet. Dessa båda önskemål står sålunda i motsats till varandra.

Det har på annat ställe framhållits, att ett system med verkliga examina i stället för enskilda tentamina ger bättre möjlighet till en sådan allsidig bedömning av den studerande. Vid de utländska lärosäten, där ett fritt intag tillämpas, sker i regel gallringen framför allt på denna väg, ofta med mycket hög gallringsprocent, såsom i Danmark. Det har ifrågasatts om man icke i Sverige skulle använda medicine kandidatexamen i gallringssyfte genom att icke bevilja examina med blott godkända betyg i alla ämnen. I stället skulle fordras en viss större sammanlagd betygssumma. Ett sådant system torde dock leda till mycket stora praktiska olägenheter. Systemet erbjuder knappast något nytt, då det alltjämt baseras på gallring via tentamina. Kommittén kan därför ej rekommendera en sådan metod.

Vad gäller möjligheten att avstänga de studerande från fortsatta studier kan kommittén sålunda ej framlägga något förslag till ytterligare utvägar utöver redan existerande. Beträffande avrådning anser kommittén, att sådan bör komma till användning i större utsträckning och framför allt tidigare än vad som nu synes vara fallet. Det torde dock ej vara fråga om ett problem av den storleksordningen, att formerna för beslut om avrådning närmare behöver regleras. Det är varje lärares självklara plikt att ingripa i de fall, där han anser detta nödvändigt. Det behöver sålunda ej stadgas särskild behörighet eller skyldighet för sådana åtgärder. I enlighet med vad som ovan anförts vill kommittén rekommendera, att — när fråga om avrådning uppstår — vederbörande lärare tar kontakt med samtliga de lärare, som haft beröring med ifrågavarande studerande, gärna också med dennes studiekamrater.

Kap. 52. HANDLÄGGNINGEN AV UNDERVISNINGSFRÅGOR

Nuvarande förhållanden

De grundläggande bestämmelserna för undervisningens bedrivande återfinns i de av Kungl. Maj:t fastställda universitetsstatuterna respektive stadgar för karolinska mediko-kirurgiska institutet samt i den medicinska examensstadgan, likaledes fastställd av Kungl. Maj:t. Dessa bestämmelser är i princip likartade för samtliga lärosäten.

Universitetskanslern fastställer på förslag av fakultet respektive kollegium studieplan för medicine kandidat- och medicine licentiatexamen vid varje lärosäte. Kanslern fastställer vidare särskilda föreskrifter angående kurser och övningar vid de teoretiska institutionerna och vid undervisningsklinikerna (de s. k. klinikföreskrifterna). Tillträdet till de medicinska nybörjarkurserna och till de propedeutiska kurserna regleras genom särskilda, likaledes av kanslern utfärdade föreskrifter.

Fakulteterna upprättar förslag till ovannämnda studieplaner och föreskrifter. Vid slutet av varje lästermin skall fakulteten jämte övriga till densamma hörande undervisningsskyldiga lärare sammanträda för lämpligt anordnande av de föreläsningar och övningar, som under påföljande termin skall äga rum, ävensom av lästimmarnas fördelning (§ 6 i examensstadgan).

Om examensfordringarna stadgas (§ 3):

> En var lärare, som har skyldighet att examinera eller att eljest anställa förhör, som för examen erfordras, skall inför fakulteten uppgiva de kunskapsfordringar han vill för examen uppställa i de av honom företrädda ämnen, med angivande av lämpliga läroböcker och annan litteratur.
>
> I samma ordning skall uppgift lämnas om arten och omfånget av det arbete, som under de i denna stadga angivna kurser, övningar och tjänstgöringar skall utföras av de studerande.
>
> Skulle fakulteten finna de sålunda uppgivna fordringarna för högt eller för lågt tilltagna, äger fakulteten giva dem lämplig omfattning; skolande fakultetens därom fattade beslut underställas kanslerns prövning därest vederbörande lärare så yrkar.

Rörande studieplanen finns följande föreskrivet (§ 4):

> Fakulteten skall till de studerandes ledning för de särskilda examina upprätta samt hos kanslern för prövning och stadfästelse ingiva planer för studiernas ändamålsenliga bedrivande. I dessa studieplaner, som skola uppgöras med särskild hänsyn till att de studerande må kunna på kortast möjliga tid, men utan skada för studiernas grundlighet avlägga sina examina, skall uppgivas den ordningsföljd, vari föreläsningar samt undervisningskurser och övningar lämpligen böra begagnas, tjänstgöringarna fullgöras, de bokliga studierna i de särskilda ämnena bedrivas och de för examen erforderliga proven avläggas, med angivande av de särskilda studieårens ändamålsenliga användning för studiearbete av olika slag.
>
> — — — — — — —
>
> Vid studieplanens upprättande skall tillses, att de bokliga studierna i ett läroämne i huvudsak må kunna bedrivas jämsides med den praktiska utbildningen i ämnet, ävensom att de studerande i regel ej må föranledas att samtidigt studera olikartade ämnen. Vid studieplans tillämpning bör hänsyn tagas till värnpliktsövningarna.

Om studieplanerna sägs ytterligare (§ 5):

> Före slutet av varje vårtermin skola studieplanerna ävensom de i studiehandboken införda anvisningar och råd underkastas granskning inom fakulteten för utrönande, huruvida några ändringar i dem av förhållandena påkallas; och skall därvid jämväl lärare anmäla de ändringar, han finner böra vidtagas i de jämlikt § 3 fastställda fordringarna i ämne, som av honom företrädes. De ändringar i studieplanerna, som vid nämnda granskning må anses påkallade, skola underställas kanslerns prövning och stadfästelse.

Om studiehandboken föreskrives (§ 5):

Genom fakultetens försorg skall en studiehandbok för de studerande upprättas och av trycket utgivas. Studiehandboken bör så avfattas, att de studerande av densamma kunna inhämta fullständig kännedom om, vad de för begagnande av undervisningen och avläggande av examina hava att iakttaga; och skola fördenskull i studiehandboken intagas erforderliga delar av universitetsstatuterna och karolinska institutets stadgar, denna examensstadga, gällande studieplaner, av kanslern fastställda föreskrifter för institutioner och kliniker, fullständig redogörelse för de jämlikt § 3 för varje examen fastställda fordringar jämte de anvisningar och råd, fakulteten, utöver vad studieplanerna innehålla, kan finna lämpligt meddela de studerande, och vad i övrigt för vinnande av det med studiehandboken avsedda ändamål kan finnas nödigt.

Studiehandboken skall tillställas varje studerande, som inskriver sig i medicinsk fakultet eller vid karolinska institutet, och skall städse genom bokhandeln vara tillgänglig.

Senaste upplagan av studiehandboken utkom i Uppsala 1945, i Lund 1932 och i Stockholm 1950. Handboken brukar tillhandahållas den studerande vid inskrivningen. I Uppsala är handboksupplagan sedan en tid slut och i Lund har de studerande sedan många år ej kunnat erhålla någon studiehandbok.

Undervisningsnämnderna tillkom genom Kungl. Maj:ts kungörelse den 28 juni 1941 (nr 696) angående ändring av vissa delar av statuterna för universiteten i Uppsala och Lund respektive stadgarna för karolinska mediko-kirurgiska institutet. Genom dessa ändringar har följande bestämmelser tillagts (§ 108 i universitetsstatuterna; § 90 i stadgarna för karolinska institutet har motsvarande lydelse).

För undervisningens planmässiga ordnande och för granskning av studieplaner och förslag till sådana skall inom varje fakultet finnas en undervisningsnämnd, bestående av dekanus och minst två valda ledamöter, vilka fakulteten årligen i september månad utser. Denna nämnd skall minst en gång varje läsår sammanträda med ombud för den akademiska ungdomen för överläggningar angående undervisningens anordnande, studieplaner och därmed sammanhängande frågor. Ombuden utses på sätt universitetets rektor efter samråd med studentkårens ordförande bestämmer.

Undervisningsnämnden skall senast en månad före lästerminens slut av samtliga lärare inom fakulteten infordra uppgifter rörande den undervisning, som de under nästa termin önska meddela, samt därefter upprätta förslag till undervisningsplan för sistnämnda termin.

Vid terminens slut skola inom varje fakultet samtliga undervisningsskyldiga lärare sammanträda för att på grundvalen av undervisningsnämndens förslag anordna den undervisning, som under nästa termin och därefter följande ferier skall äga rum, ävensom fördela undervisningstimmarna; och bör därvid tillses, att något viktigt läroämne ej försummas och att nödigt samband i ungdomens studier beredes.

Tidigare diskussion

LS påpekade att gällande bestämmelser i examensstadgan angående studieplaner etc. icke kunnat förhindra slöseri med studietiden, olämplig ordningsföljd mellan de olika ämnena och otjänlig tidsutdräkt mellan tjänstgöring och tentamen i ett ämne. LS fann det uppenbart, att de uppgjorda studieplanerna med deras råd och anvisningar icke i tillbörlig utsträckning beaktades; det vore därför naturligt att såväl från medicinska lärare som från de medicine studerande önskemål framkommit om bättre överensstämmelse mellan studieplanen och studiegången.

Efter en redogörelse för bestämmelserna i examensstadgans §§ 3 och 5 anförde LS följande.

Uppenbarligen ha dessa bestämmelser emellertid icke varit tillräckliga för att bringa den önskvärda överensstämmelsen till stånd mellan studieplaner och studiegång, och de sakkunniga ha därför funnit det vara ofrånkomligt att komplettera sina förslag angående de medicinska studierna med ett förslag om skärpt kontroll av att den föreskrivna studiegången följes. Utan sådan kontrollanordning torde man på goda grunder kunna befara, att den av de

sakkunniga uppgjorda studieplanen kommer att äventyras och att, i samma mån som de föreslagna åtgärderna för uppnående av tidsbesparing åsidosättas, studieplanen med dess ökade kunskapsfordringar kommer att innebära risk för en ökning av studietiden, alltså ett resultat, rakt motsatt det eftersträvade.

LS föreslog, att en studienämnd skulle inrättas vid varje medicinskt lärosäte. Denna nämnd skulle utses av fakulteten och bestå av tre ledamöter, två professorer och en representant för de studerande. Särskild befogenhet att avgöra studiefrågor skulle ej tillkomma nämnden. Den skulle i huvudsak genom samråd med vederbörande lärare åstadkomma smärre utjämningar och önskvärda förändringar i undervisningens planläggning och i övrigt vid behov framlägga studieärenden för fakulteten. Det ansågs också önskvärt, att studienämnderna vid de tre lärosätena finge möjlighet till samråd i studiefrågor av större räckvidd, varvid nämnderna bland annat kunde bidra till en allsidig belysning av förslag till ändringar i den fastställda studieordningen. Nämndens ledamöter skulle vidare stå till kanslerns förfogande för överläggningar och samråd.

I sin planläggning av dessa nämnders verksamhet gick LS sålunda avsevärt längre än vad som avsetts med de då nyinrättade undervisningsnämnderna. Man förmenade, att den ökade kursmässigheten i de medicinska studierna med relativt fixerad studieplan fordrade en fortlöpande överblick och kontroll för att rättelser och jämkningar skyndsamt skulle kunna företas. Studierna vid de medicinska lärosätena stode härigenom i viss mån i särklass. LS föreslog därför, att bestämmelserna om undervisningsnämnder för de medicinska fakulteternas del ersattes med föreskrifter om studienämnder i enlighet med det framlagda förslaget.

Förslaget tillstyrktes allmänt av remissorganen. Vissa modifikationer föreslogs beträffande nämndens sammansättning och sättet för utseendet av studentrepresentanterna. I överarbetningen företogs ingen ändring av förslaget.

1945 års universitetsberedning har till behandling upptagit åtskilliga frågor, som sammanhänger med handläggningen av undervisningsärenden. I beredningens betänkande, del III, om universitetsbiblioteken och universitetsadministrationen behandlas sålunda bl. a. fakulteterna, dekanerna, undervisningsnämnderna och den administrativa personalen. För detaljer hänvisas till betänkandet (SOU 1947: 75). Förslagen gäller även de medicinska fakulteterna. En förstärkning av den administrativa personalen har sedan dess genomförts; i övrigt är förslagen ännu föremål för Kungl. Maj:ts prövning.

Beredningen föreslog bl. a. följande. Fakulteten skulle erhålla rätt att hänskjuta beslutanderätten i enklare, mera rutinmässiga frågor till dekanus, valprincipen skulle göras obligatorisk vid utseende av dekanus, och dekanaten borde omfatta tre år. För dekanerna borde särskilda tjänsterum ställas till förfogande i anslutning till akademikansliet, och dekanerna borde för de arbetsuppgifter och särskilda kostnader, som voro förenade med ämbetet, erhålla skälig ersättning. För medicinska fakultetens dekanus föreslogs ett årligt arvode av 2 500 kronor.

Beträffande undervisningsnämnderna fann beredningen det önskvärt, att det intresse för den akademiska undervisningens problem, som visats från studenternas sida, uppmuntrades och i lämpligaste form tillgodogjordes universiteten och högskolorna. I anslutning till en av Sveriges förenade studentkårer ingiven promemoria i ärendet före-

slog beredningen bl. a. följande. Nämnden borde hålla ordinarie sammanträde en gång per termin för att behandla de varje termin uppgjorda förslagen till undervisningsplan för kommande termin. Särskilt sammanträde borde dessutom kunna hållas på framställning av minst tre av nämndens ledamöter eller eljest då ordföranden så funne lämpligt. Studentrepresentanterna borde vara ordinarie ledamöter av nämnden; härigenom skulle deras medansvar för nämndens verksamhet och beslut klarare markeras och deras känsla för vikten av att på ett sakligt sätt informera sig om och företräda sina kamraters uppfattning förstärkas. Representanter för fakulteten borde utses till ett antal något överskjutande antalet studentombud. För de medicinska fakulteternas del föreslogs nämnden vara sammansatt av fem fakultetsrepresentanter och fyra studentrepresentanter De senare borde utses i den ordning vederbörande studentkårs högsta beslutande organ fastställde. Bland fakultetsrepresentanterna borde ingå även representanter för laboratorer och docenter, vilka enligt beredningens i annat sammanhang framlagda förslag borde på visst sätt vara representerade i fakulteten. Därutöver borde viss adjungeringsmöjlighet finnas.

Beredningen uttalade sig också beträffande kallelseförfarandet, protokollsföring vid nämndernas sammanträde samt åtgärder för att ge studentombuden möjlighet att följa ärendes fortsatta behandling inom fakulteten. Det senare skulle möjliggöras dels genom protokollsutdrag, dels genom att studentrepresentanterna, när undervisningsnämnden beslutat ställa förslag till fakulteten, skulle beredas möjlighet att inför fakulteten muntligen framföra sina synpunkter och besvara i anslutning härtill ställda frågor. Däremot skulle dessa representanter enligt beredningens förslag icke få närvara, då ärendet upptogs till slutlig handläggning.

Närmare föreskrifter angående undervisningsnämndernas verksamhet borde enligt beredningens åsikt utfärdas av Kungl. Maj:t.

I beredningens betänkande, del V (SOU 1949: 54), om examina och undervisning jämte universitetsstatistiken behandlas likaledes vissa frågor rörande undervisningsärendens handläggning, vilka berör även de medicinska fakulteterna.

I fråga om studieplanerna framhölls, att undervisningsnämnderna borde vara ett beredande organ för fakulteten. Alla — åtminstone alla väsentliga — förändringar som vidtagits i studieplanerna borde offentliggöras i tryck eller genom stencilering. Den årliga granskningen av planerna borde äga rum redan i början av vårterminen.

Rörande studiehandböckerna gjordes åtskilliga påpekanden och förslag. Själva kärnan i den studierådgivande verksamheten utgjordes enligt beredningens mening av dessa böcker. Omfånget av den fordrade litteraturkursen skulle alltid preciseras, så att de studerande erhölle tillräcklig vägledning i detta avseende. Avdelningen med anvisningar och råd borde göras så utförlig som en god studierådgivning krävde. Alla ändringar borde mångfaldigas och göras tillgängliga för de studerande. Lämpligast vore att studiehandboken utfördes enligt lösbladssystemet, varigenom den successivt kunde förnyas.

Beredningen nämnde, att studiehandboken numera i allmänhet utgåves i två delar, av vilka den ena omfattade studieplanerna och den andra studiehandbokens övriga innehåll. Så är emellertid ej fallet beträffande de medicinska fakulteternas studiehandböcker.

Frågan om ämnes- och fakultetskon-

ferenser behandlas ingående. Beredningen framhåller behovet av ökade möjligheter till samverkan mellan universiteten och högskolorna i fråga om den akademiska undervisningen. En sådan samverkan syntes enligt beredningens åsikt lämpligast främjas genom anordnandet av fakultets- och ämneskonferenser. Vid dessa borde alla problem rörande den akademiska undervisningen kunna dryftas, reformförslag väckas och sättas under debatt, överenskommelser träffas och gemensamma framställningar till respektive myndigheter utarbetas. Däremot borde konferenserna ej ha befogenhet att fatta för samtliga ämnesrepresentanter bindande beslut.

Beredningen nämner vissa områden, där konferenserna syntes ha en särskilt viktig uppgift att fylla. Bland annat borde konferenserna kunna medverka till en önskvärd likvärdighet i examenskurser och examensfordringar i ett och samma ämne vid olika lärosäten; någon fullständig uniformitet borde emellertid ej eftersträvas. Konferenserna skulle härigenom i väsentlig grad kunna bidra till att studietiden hölles inom rimliga gränser och bleve av samma längd vid olika läroanstalter. Ämneskonferenser uppfattades vidare av beredningen som ett oeftergivligt led i beredningens förslag om nya examina, särskilt för utarbetande av nya studiekurser.

Beredningen föreslog att konferenserna gåves en fastare organisatorisk utformning och att de i varje ämne borde normalt äga rum vart fjärde år enligt en särskilt uppgjord tidsplan. Möjlighet till modifikationer av denna plan borde finnas på så sätt, att kanslern efter framställning skulle äga besluta att vissa konferenser anordnades med kortare eller längre intervall.

Av de akademiska lärarna borde i konferenserna delta vederbörande professorer, laboratorer, preceptorer och universitetslektorer samt en representant för docenterna vid vart och ett av de berörda lärosätena. Vidare borde i konferenserna delta en representant för de studerande vid vart och ett av lärosätena. Vid fakultetskonferenser borde normalt tre representanter för vardera docenterna och de studerande vid varje lärosäte delta, förutom ovannämnda lärare. För samtliga deltagare borde resekostnads- och traktamentsersättning utgå av statsmedel. I vissa fall borde det vara lämpligt att även representanter för vissa utanför universiteten stående myndigheter och organisationer deltog i konferenserna.

För de medicinska fakulteterna och högskolorna vore enligt beredningens mening fakultetskonferenser ofta naturligare än ämneskonferenser. Därom sades bl. a.:

> Emellertid skulle deltagarantalet i dylika medicinska fakultetskonferenser bliva så stort, att det menligt skulle komma att inverka på konferensernas arbetseffektivitet. Beredningen förordar därför, att de medicinska konferenserna äga rum i form av ämnesgruppskonferenser; vilka medicinska ämnen som en dylik ämnesgruppskonferens bör omfatta, torde kunna avgöras i varje särskilt fall. Härvid kunna naturligtvis ämnesgruppskonferenser samlas på samma tid och plats, så att gemensamma överläggningar kunna äga rum och förändringar även vidtagas i de olika ämnesgruppskonferensernas sammansättning med hänsyn till förefintligheten av gemensamma problem.

Vid behandlingen av universitetsberedningens betänkande, del III, framfördes beträffande förslagen om undervisningsnämnderna och studenternas ytterligare medverkan i de administrativa organen olika meningar.

Medicinska fakulteten i Uppsala kunde ej tillstyrka en utökning av undervisningsnämnderna med två respektive en representant för fakultet och studenter. En dylik förändring skulle tynga

nämnden i dess arbete och ställa studentrepresentanterna i minoritet. Mot förslaget, att dessa sistnämnda skulle bli ordinarie medlemmar, hade fakulteten ingen erinran.

Beredningens förslag, att de studerande skulle beredas tillfälle att närvara i fakultetens handläggning av frågor i vissa fall, fann sig fakulteten helt böra avstyrka.

Medicinska fakulteten i Lund ville på grund av vunnen erfarenhet om värdet av undervisningsnämnd tillstyrka, att nämnden bleve fastare organiserad men fann den föreslagna utökningen överflödig.

Karolinska institutets lärarkollegium framhöll, att erfarenheterna från undervisningsnämnden vid institutet enbart varit goda. Kollegiet ansåg dock icke att studentrepresentation vore erforderlig i lärarkollegiet.

Universitetskanslern anförde i sitt yttrande att han, ehuru dessa förslag mött gensagor från vissa av de akademiska myndigheternas sida, icke för sin del funnit anledning till erinran mot vad beredningen sålunda förordat.

Styrelsen för *Sveriges förenade studentkårer* (SFS), hälsade med största tillfredsställelse, att beredningen i så hög grad velat göra styrelsens önskemål angående undervisningsnämnderna till sina och såg likaledes med tillfredsställelse, att beredningen tagit upp frågan om medverkan av studenterna i fakulteter och sektioner.

SFS framhöll i skrivelse till Kungl. Maj:t den 17 maj 1950 att universitetsberedningens förslag om ändrade bestämmelser ännu icke föranlett några statuändringar och erinrade om att chefen för ecklesiastikdepartementet i proposition nr 168 till 1949 års riksdag uttalat, att det syntes böra ankomma på universitetskanslern att framlägga förslag till de ändrade bestämmelser i fråga om universitetens och högskolornas administrativa organisation, som borde meddelas av Kungl. Maj:t.

SFS framhöll vidare, att de i sitt remissyttrande över universitetsberedningens betänkande del III bl. a. förordat, att de yngre akademiska lärarna (preceptorer, laboratorer och docentstipendiater) skulle få utse minst en representant i undervisningsnämnderna samt att de i fråga om studenternas medverkan i fakulteter och sektioner föreslagit, att studentrepresentanterna i undervisningsnämnderna skulle vara närvarande i fakultet eller sektion vid hela behandlingen av undervisningsfrågor överhuvud.

SFS framförde därjämte i skrivelsen förslag om att i vederbörande examensstadga skulle införas bestämmelser om att undervisningsnämnd skulle upprätta förslag till studieplaner, vilka underställdes fakulteten, och att undervisningsnämnd och fakultet varje vårtermin skulle granska studieplanerna. Nämnden borde enligt SFS mening ha tre ordinarie sammanträden, ett vid början och ett vid slutet av vårterminen samt ett under höstterminen.

Det norska utbildningsförslaget. Den medicinska fakulteten i Oslo tillsatte 1946 en studieplanskommitté, som i sitt 1948 avgivna betänkande även ingående behandlade frågan om den medicinska utbildningsanstaltens organisation och administration. Inledningsvis framhölls, att undervisningsapparaten efter anglosachsiskt mönster borde organiseras från den förutsättningen, att det skulle skapas en verklig medicinsk skola. Dittills hade en fast administrativ apparat saknats. Fakulteten hade visserligen vissa administrativa funktioner, men den vore icke så utrustad, att den kunde utöva de funktioner, som en stor och invecklad skola behövde. Som varje annan skola behövde den medi-

cinska skolan en "skolbestyrer", som vore anställd antingen fast eller för ett flertal år åt gången. Många av de dåvarande bristerna i undervisningen vore en följd bl. a. därav, att man saknat en fast daglig ledning med känsla för det nödvändiga ansvaret för planläggningen av undervisningen i dess helhet. Varje lärare hade känt ansvar för sitt eget ämne, men mindre för det hela. De skiftande dekanerna hade alltför ofta haft tillräckligt mycket att göra med de löpande ärendena, och medlemmarna i de kommittéer, som av och till hade tillsatts för att lösa isolerade problem, hade ofta redan på förhand varit överlastade med arbete.

Med anledning härav föreslog kommittén inrättande av en "direktörsstilling" för den medicinska skolan. Denna borde innehas av en av de medicinska professorerna, som skulle få motsvarande lättnader i undervisningsskyldighet och i sitt institutions- respektive klinikarbete. Dock skulle han ej helt avkopplas från sin vetenskapliga verksamhet. Kommittén tog ej ställning till frågan, om denna tjänst skulle kombineras med ställningen som fakultetsdekanus, men framhöll som ett väsentligt önskemål, att ett ofta återkommande skifte på posten måste undvikas.

I fakultetens definitiva förslag upptogs detta komittéförslag på så sätt, att de ifrågavarande uppgifterna lades på dekanus, som härför befriades från sin undervisningsskyldighet och från sina plikter som institutionsföreståndare eller klinikchef. I dessa avseenden skulle sålunda särskild vikarie förordnas. Det bör här tillfogas, att dekanus vid fakulteten i Oslo väljes för en tid av tre år, och att han efter en sådan period har rätt att vägra mottaga nytt val inom de närmast följande tre åren.

Fakulteten underströk vidare vikten av att fakultetssekretariatet förstärktes och föreslog viss utökning av dess personal.

Fakulteten föreslog ytterligare, att det för varje läroämne borde inrättas ett undervisningsutskott med uppgift att koordinera undervisningen. Samtliga lärare i ämnet skulle delta häri. Utskotten ansågs få särskilt stor betydelse i de kliniska huvudämnena medicin och kirurgi, där ett stort antal lärare medverkade.

För varje termin i studieplanen borde upprättas ett terminutskott, vari samtliga berörda lärare samt representanter för studenterna skulle delta. Utskottet skulle planlägga och koordinera undervisningen under ifrågavarande termin.

Proposition, som i huvudsak överensstämde med fakultetens förslag, förelades stortinget och bifölls 1950.

Kommittén

Allmänna synpunkter. Det råder ingen tvekan om, att en rationaliserad medicinsk undervisning kräver en relativt omfattande apparat i organisatoriskt och administrativt avseende. Så är fallet redan med nuvarande undervisning, och i examensstadgan finns, som ovan redovisats, noggranna bestämmelser om hur studie- och undervisningsplanerna skall utarbetas, examensfordringarna fastställas och hur de fastställda planerna jämte övriga råd och anvisningar skall bekantgöras för de studerande. Det torde emellertid stå klart, att enbart existensen av dessa bestämmelser inte utgör någon tillräcklig garanti för att undervisningen blir genomförd på bästa sätt. På åtskilliga punkter i de nuvarande studieplanerna kan, som redan LS påpekade, kritik riktas ur organisatorisk synpunkt.

Det förslag till utbildning, som nu framlägges av kommittén, kommer att

ställa ytterligare ökade krav i detta avseende. Särskilt bör här nämnas den ökade samverkan mellan företrädare för olika ämnen, som i skilda sammanhang rekommenderats av kommittén. En sådan samverkan är en nödvändig förutsättning för att den önskvärda helhetssynen ej skall gå förlorad för den studerande under utbildningen trots den långt genomförda specialiseringen inom den medicinska vetenskapen. Även inom varje enskilt ämne fordras en väl genomförd koordinering av de medverkande lärarnas insatser. Såsom vid allt planeringsarbete måste vidare eftersträvas, att tiden utnyttjas ändamålsenligt för att den samlade studietiden skall kunna hållas inom rimliga gränser.

Kommittén finner det därför vara en oundgänglig förutsättning för att utbildningsförslaget skall kunna realiseras, att tillräckliga resurser i olika avseenden skapas för det organisatoriska och administrativa arbetet. En sådan verksamhet måste bedrivas kontinuerligt, och möjligheter måste finnas för ett fortlöpande reformarbete med tanke på den snabba utveckling som äger rum. De personer, som kommer att bära ansvaret härför, måste beredas möjlighet att avsätta tillräckligt med tid för sina uppgifter. Lämpliga instanser för överläggningar och beslut, utrustade med tillräcklig personal för utredningsarbete m. m., måste finnas.

Inom ramen för gällande bestämmelser och fakultetens på grundval därav fattade beslut om undervisningens uppläggning ankommer det på ämnesföreträdaren att närmare utforma undervisningsplanen inom det egna ämnet. De förslag, som här kommer att läggas fram, avser icke att åstadkomma någon ändring i denna grundläggande princip. I stället har kommittén inriktat sig på att söka underlätta arbetet för ämnesföreträdarna genom att skapa ökade möjligheter för dem till överläggningar med andra parter.

Enligt kommitténs åsikt krävs också, att den centrala ledningen av undervisningen i dess helhet förstärkes. Till samma slutsats har den norska utredningen kommit. Det är viktigt att uppgiften lägges på en särskild ledamot av fakulteten, som sålunda har att bära ansvaret för den kontinuerliga överblicken över alla större undervisningsfrågor. Den som utväljes till uppdraget måste ha en god kännedom om gällande bestämmelser rörande undervisningen och en omfattande erfarenhet på området. Det ligger därför i sakens natur att täta skiften på denna post måste undvikas. En förutsättning för att arbetet skall bedrivas med framgång är, att tillräcklig sekreterarhjälp finns. Det är samtidigt viktigt, att den centrala ledningen kontinuerligt kan förses med uppgifter om studiegången etc.

Utan tvivel brister det i vissa avseenden i den nuvarande fortlöpande överblicken över studiegången från fakulteternas sida. Orsaken härtill är framför allt att söka i en otillräcklig utrustning av den administrativa apparaten. Visserligen finns numera de s. k. studiekorten, där efter hand uppgifter om de studerandes tentamina och examina införes. Denna registrering är emellertid inte tillräcklig för att medge en snabb och fullständig överblick av läget, och många faktorer av betydelse blir ej alls föremål för registrering. Under sådana förhållanden har en planering i förväg varit svår att genomföra. Detta har bland annat tagit sig uttryck i en bristande överensstämmelse mellan tillgång och behov av kursplatser i olika skeden av utbildningen, vilket lett till stundom mycket allvarliga stockningar. Inte heller finns någon samlad överblick över den meddelade undervisningen. Lärarnas i efterhand insända

dagböcker redogör endast för en mindre del av den oftast ganska omfattande dagliga teoretiska och praktiska undervisningen i olika ämnen.

Från de studerandes sida har ett stort intresse visats för undervisningsproblemen. Redan långt före undervisningsnämndernas tillkomst hade de studerande genom sina organisationer deltagit i undervisningsdebatten, framfört kritik och utarbetat förslag till förbättringar. Ofta har detta krävt omfattande utredningar från de studerandes egen sida, eftersom något material för belysning av det föreliggande spörsmålet ej stått att få på annat sätt. De bidrag som på detta sätt lämnats har säkerligen varit av stort värde, och kommittén är av den uppfattningen att denna verksamhet även i fortsättningen bör uppmuntras på olika sätt. Vid varje institution och klinik deltar ett stort antal lärare i olika ställning i undervisningen, varför endast de studerande själva har personlig erfarenhet av alla de olika momenten i undervisningen. Dessa erfarenheter bör på lämpligt sätt komma planeringsarbetet till godo.

Som redan påpekats av LS, intar undervisningen inom den medicinska fakulteten vid jämförelse med övriga fakulteter en särställning, så till vida att den kräver ett avsevärt större mått av organisationsarbete. Det blir därför en naturlig följd, att de medicinska undervisningsanstalterna får större resurser i organisatoriskt och administrativt avseende än övriga fakulteter. Kommittén lägger i det följande fram vissa förslag, ägnade att möjliggöra en ökad insats beträffande undervisningens organisation.

Undervisningsnämnderna. Universitetsberedningen har, som ovan refererats, framlagt vissa förslag beträffande utformningen av dessa nämnders verksamhet. Kommittén vill i första hand understryka vikten av att dessa förslag snarast genomföres. Därutöver bör enligt kommitténs mening viss ytterligare utbyggnad ske som följd av det tidigare påpekade ökade behovet för den medicinska undervisningens del av dylika instanser.

Nämnden bör även i fortsättningen framför allt ha rådgivande och förslagsställande karaktär. Hittills har den i huvudsak endast behandlat sådana ärenden, som dit hänskjutits av fakulteten, eller som föranletts av framställningar från de studerande. Vissa betydande undervisningsfrågor har däremot avgjorts utan nämndens hörande. Kommittén anser, att nämnden bör inkopplas som ett permanent förberedande organ i alla sådana undervisningsfrågor, som handlägges av fakulteten. Dessa bör alltså automatiskt hänskjutas till nämnden, innan de tas upp till slutlig handläggning av fakulteten.

För närvarande fungerar i allmänhet dekanus (rektor) som nämndens ordförande. Genom sin ställning har han en omfattande arbetsbörda och kan ej alltid ägna så mycken tid och uppmärksamhet åt just undervisningsfrågorna som kan anses önskvärt. Förhållandena härvidlag ställer sig något olika vid universiteten och karolinska institutet, eftersom institutets rektor åtnjuter befrielse från sin undervisningsskyldighet. Någon lättnad i fakultetsdekanernas uppgifter är ej föreskriven. Vidare kan innehavarna av fakultetsdekanaten skifta varje år, därest de utses i tur efter fullmaktsålder. Om möjligheten att välja dekanus utnyttjas, innehas uppdraget i tre år, och därefter kan vederbörande vägra mottaga förnyat uppdrag. Som kommittén tidigare framhållit, är det önskvärt att undervisningsfrågorna inom fakulteten handlägges av en och samma person under relativt lång tid. Detta kan åstadkom-

mas antingen genom att de ettåriga dekanaten — i enlighet med universitetsberedningens förslag — avskaffas, eller genom att fakulteten uppdrar åt en annan ledamot än dekanus att i fakulteten handlägga undervisningsärenden. Kommittén finner den senare anordningen mest ändamålsenlig och vill därför föreslå, att vice ordföranden i undervisningsnämnden, som bör ha ett särskilt uppdrag som studierektor, är föredragande hos fakulteten i undervisningsärenden. Studierektorn bör enligt kommitténs mening vara professor. För kontinuitetens skull bör han utses på tre år och obegränsade möjligheter till omförordnande finnas. Som ordförande skall sålunda dekanus (rektor) fortfarande fungera. Ytterligare en professor samt en representant för de övriga ordinarie lärarna (laborator eller motsvarande) jämte två studentrepresentanter bör ingå i nämnden. En ytterligare utvidgning av antalet ledamöter i nämnden såsom universitetsberedningen föreslagit skulle enligt kommitténs mening knappast göra nämnden effektivare. Nämnden bör utrustas med särskild sekreterare, och fakultetssekreteraren bör när så befinnes önskvärt närvara vid sammanträdena. Kommittén föreslår att ett arvode på 1 500 kronor om året utgår till studierektorn.

Som ovan nämnts, synes det nödvändigt att fakulteten och undervisningsnämnden har tillräcklig sekreterarhjälp för den kontinuerliga kontrollen av studiegången och för uppkommande behov av särskilda utredningar. Denna uppgift har hittills, i den mån den överhuvudtaget varit tillgodosedd, till stor del omhänderhafts av de studerandes egna organisationer. Åtskilliga missförhållanden beträffande undervisningen har därför kommit till fakultetens kännedom först då de studerande funnit anledning att göra framställning i ärendet. Detta arbete har ofta ställt sig mycket betungande för de medicinska föreningarna och deras förtroendemän. Härvidlag bör en ändring komma till stånd på så sätt, att de studerandes möjligheter till initiativ och förslagsställande bibehålles, samtidigt som fakulteten själv vid sitt kansli bedriver den behövliga kontroll- och utredningsverksamheten.

Kommittén föreslår därför, att fakultetsexpeditionerna förstärkes med en sekreterare i undervisningsnämnden. Huruvida detta uppdrag skall förenas med någon av de ordinarie tjänsterna vid kansliet eller lämnas åt särskild person torde böra överlämnas åt fakulteterna att själva avgöra alltefter rådande förhållanden. I avvaktan på närmare kännedom om arbetsuppgifternas omfattning bör ett särskilt arvode av 1 000 kronor utgå till sekreteraren.

Undervisningsnämnden bör, som tidigare framhållits, huvudsakligen ha en rådgivande och förslagsställande uppgift. Dessutom bör emellertid fakulteten äga rätt att till nämnden hänskjuta beslutanderätten i enklare, mera rutinmässiga undervisningsfrågor och i övrigt i sådana frågor som fakulteten finner lämpligt. Nämnden bör vara beredande organ i fråga om studieplaner, föreskrifter för undervisningen vid institutioner och kliniker, fakultetens granskning av examensfordringar och för undervisningsplanen, samt bör handha utgivandet av studiehandboken. Nämnden bör vidare hålla en kontinuerlig uppsikt över studiegången med ledning av den registrering som handhas av sekreteraren och bör särskilt ägna sin uppmärksamhet åt alla tendenser till stockningar och förlängning av studietiden. Sekreteraren bör, med biträde av representanter för de studerande, omhänderha ansökningarna till

de kliniska kurserna och förrätta de därtill hörande månatliga uppropen.

Under det propedeutiska året skall ett relativt stort antal ämnen undervisas av ett flertal lärare. Undervisningen skall innehållsmässigt och organisatoriskt samordnas under hela året. Detta kräver uppenbarligen en god ledning och planering. För detta ändamål bör vid varje lärosäte undervisningsnämnden kalla samtliga berörda lärare jämte representanter för de studerande till sammanträde, där undervisningsplanen för året fastställes. Den fortlöpande tillsynen och koordineringen bör under året ombesörjas av en särskild amanuens (se kapitlet om det propedeutiska året).

En liknande anordning skulle säkerligen vara till gagn även under vissa andra skeden av utbildningen, t. ex. under det morfologiska året och det kemiskt-fysiologiska året samt under medicin- och kirurgiterminerna. Kommittén vill erinra om att man i den norska undervisningsplanen funnit det lämpligt att inrätta sådana organ ej blott för varje termin i studieplanen (terminutvalg) utan även i varje enskilt läroämne (undervisningsutvalg). Det synes icke vara lämpligt att föreslå bindande föreskrifter härom, men kommittén förutsätter, att lärarna ägnar frågan om dylika regelbunda överläggningar om undervisningen sin uppmärksamhet och stimulerar sina medarbetare och elever till medverkan härvidlag.

Ämnes- och fakultetskonferenser. Även i frågan om ämnes- och fakultetskonferenser vill kommittén i första hand hänvisa till de förslag som framlagts av universitetsberedningen. Till skillnad från övriga fakulteter har hittills ingen sådan konferens hållits i medicinskt ämne. Detta torde framför allt sammanhänga därmed, att frågan om läkarutbildningen sedan åtskilliga år befunnit sig under utredning och diskussion, och det har synts önskvärt att först avvakta definitivt beslut om undervisningens omläggning, innan dylika överläggningar upptas.

Kommittén finner det vara synnerligen önskvärt att dylika konferenser kommer till stånd så snart beslut om läkarutbildningens anordnande fattats. Dessa konferenser måste ses som ett naturligt och oundgängligt led i reformarbetet. Innan en ny undervisning kan startas måste åtskilligt planeringsarbete utföras utöver det som upptagits till behandling av kommittén. Särskilt gäller detta givetvis ämnen som blivit föremål för mera genomgripande förändringar.

Beträffande konferensernas form bör framhållas, att de ökade kraven på samordning och integration i undervisningen gör det önskvärt, att konferenser framför allt ordnas för de olika ämnesgrupper, där en särskilt omfattande samundervisning kommer att äga rum. Vidare torde det, åtminstone beträffande de kliniska ämnena, vara lämpligt att även representanter för medicinalstyrelsen och övriga sjukvårdens huvudmän delta.

Studiehandböckerna. Kommittén vill framhålla vikten av att studiehandböcker utges i nya upplagor så snart några väsentliga förändringar beträffande deras innehåll vidtagits. Det torde vara lämpligt att handböckerna liksom i övriga fakulteter utges i två delar, av vilka den ena innehåller studieplanerna, examensfordringar jämte råd och anvisningar, den andra — som torde kunna utges med längre tidsmellanrum — gällande författningar och

övrigt föreskrivet innehåll. Beträffande studiehandböckerna vill kommittén i övrigt ansluta sig till de förslag och synpunkter som framförts av universitetsberedningen.

Kostnadsberäkning

För samtliga lärosäten beräknas arvoden till undervisningsnämndernas studierektorer och sekreterare
6 000 + 4 000 = 10 000 kr.

Kap. 53. SAMARBETSORGAN FÖR UNDERVISNINGS- OCH SJUKVÅRDSFRÅGOR

Tidigare diskussion

I samband med att den centrala handläggningen av ärenden angående undervisningssjukhusen från och med budgetåret 1948/49 överflyttades från åttonde till elfte huvudtiteln diskuterades frågan om att inrätta ett samarbetsorgan för undervisnings- och sjukvårdsfrågor (se prop. 1948: 203).

Medicinalstyrelseutredningen behandlade i sitt betänkande angående den centrala organisationen av det civila medicinal- och veterinärväsendet (SOU 1946: 20) även frågan om den centrala handläggningen av ärenden rörande undervisningssjukhusen. Utredningen framhöll, att de s. k. universitetssjukhusen intoge en särställning på kroppssjukvårdens område, främst därigenom att de förvaltades av direktioner, som direkt eller genom vederbörande universitetsmyndighet sorterade under ecklesiastikdepartementet, samt att medicinalstyrelsens befogenheter beträffande dem vore mera begränsade än ifråga om lasaretten i allmänhet och de därmed jämställda storstadssjukhusen. Den undantagsställning i administrativt hänseende, som sålunda tillkomme universitetssjukhusen, syntes närmast få ses mot bakgrunden av deras dubbla uppgift att dels tjäna som vårdanstalter för sjuka, dels ock fungera som praktiska undervisningsanstalter för läkare och viss annan medicinalpersonal. I praktiken tillgodosåge ifrågavarande sjukhus på grund av sin storlek en mycket betydande del av det föreliggande sjukvårdsbehovet; särskilt gällde detta om akademiska sjukhuset i Uppsala och lasarettet i Lund, vilka fungerade såsom länslasarett. Att märka vore vidare, att klinisk undervisning i icke ringa utsträckning meddelades även vid andra sjukhus än de egentliga universitetssjukhusen. Under sådana förhållanden kunde det icke i och för sig anses självfallet, att dessa sjukhus skulle i sjukvårdsadministrativt hänseende intaga en särställning av den art och omfattning, som nu vore fallet. Det föreföll medicinalstyrelseutredningen icke osannolikt, att en överflyttning av den centrala handläggningen av ärenden angående undervisningssjukhusen från ecklesiastik- till inrikesdepartementet skulle vara ägnad att underlätta en ändamålsenlig avvägning av de krav, som den praktiska sjukvården och den medicinska undervisningen var för sig ställde. Detta gällde främst i fråga om sjukhusvårdens utbyggnad med olika specialavdelningar och tillgodoseende med för ändamålet utbildade läkare men syntes även ha sin tillämpning beträffande undervisningens anordnande.

Utredningen framhöll vidare som en angelägenhet av vikt, att en ordnad samverkan kunde åvägabringas mellan representanter för medicinalstyrelsen och den praktiska sjukvården utanför

undervisningssjukhusen, å ena, samt vederbörande universitetsmyndigheter, å andra sidan, i syfte att belysa de aktuella behov beträffande undervisningens planläggning och utformning, som utvecklingen på hälso- och sjukvårdens område förde med sig. I viss utsträckning syntes detta behov kunna tillgodoses i anslutning till den inspektion, som medicinalstyrelsen ägde företa rörande sjukvården vid universitetssjukhusen. Det syntes utredningen dock kunna ifrågasättas, huruvida icke härutöver borde skapas en organiserad form för överläggningar i detta hänseende. Eventuellt skulle detta kunna ske genom att vid universitetskanslerns sida ställdes en av Kungl. Maj:t utsedd nämnd, bestående av representanter för de medicinska fakulteterna, karolinska institutet, medicinalstyrelsen och tjänsteläkarorganisationerna.

Vid remissbehandlingen avstyrkte flertalet av de akademiska myndigheterna överflyttning av ärenden angående undervisningssjukhusen till social- (inrikes-) departementet. *Kanslern* ansåg, att en önskvärd samordning av sjukvårdsärendena kunde komma till stånd utan någon överflyttning, om ett samarbetsorgan inrättades, och anförde:

> Det kan icke bestridas, att en rationell organisation av den medicinska kliniska undervisningen och av sjukvården i riket skulle underlättas, därest vid planläggningen av utvidgningar och förbättringar i fråga om undervisningssjukhusen ett samråd redan på ett tidigt stadium ägde rum mellan representanter för de olika vederbörande, som ha direkta intressen att bevaka i dylika frågor. Som det nu är få de myndigheter, som ha till uppgift att beakta rikssynpunkterna, ej sällan taga befattning med dessa ärenden först under ett nog så sent skede av ärendets handläggning. Ett organiserat samrådande redan på ett tidigt stadium av utredningen skulle säkerligen vara till stor nytta. För att frågorna skola bliva allsidigt belysta synes vid detta samråd samtliga medicinska läroanstalter böra bliva i tillfälle att yttra sig. Det kan knappast vara tillräckligt med överläggningar mellan den enskilda läroanstalten och medicinalstyrelsen. Den av utredningen ifrågasatta nämnden skulle kunna vara ett organ för dylikt samråd. Säkerligen är det för vinnande av erfarenhet på området bäst att pröva sig fram med provisoriska anordningar, innan man tillskapar en mera fast organisation.

Vid riksdagsbehandlingen ansåg *statsutskottet* att de betänkligheter, som de akademiska myndigheterna uttalat mot överflyttningen av ärenden angående undervisningssjukhusen till inrikesdepartementet, kunde till en del undanröjas genom inrättandet av ett särskilt samarbetsorgan av rådgivande karaktär och bestående av representanter för vederbörande universitetsmyndigheter, medicinalstyrelsen och den praktiska sjukvården utanför undervisningssjukhusen. Detta organ borde träda i verksamhet redan på ett tidigt stadium av ifrågakommande ärendens handläggning och innan desamma i förekommande fall överlämnats till kanslern eller andra berörda myndigheter för yttrande. Härigenom skulle enligt utskottets mening en rationell organisation av den medicinska kliniska undervisningen och av sjukvården i riket väsentligen underlättas. Utskottet förordade, att ett samarbetsorgan av sålunda angivet slag av Kungl. Maj:t tillsattes snarast möjligt. Riksdagen godkände statsutskottets uttalande.

Kommittén

Med hänsyn till att riksdagen förklarat sig önska en snar lösning av spörsmålet om ett samarbetsorgan borde kommittén enligt direktiven snarast möjligt avge separat yttrande härom. Då emellertid ett dylikt organ enligt kommitténs bedömande kunde komma att få viktiga uppgifter att fylla i samband med utbildningsplanen i dess helhet har kommittén ansett sig böra ta

ställning till dessa frågor i ett sammanhang.

Sedan 1948 företräds undervisningen och forskningen å ena sidan samt sjukvården å den andra av skilda statliga huvudmän. Detta medför givetvis problem med hänsyn till den nära intressegemenskapen dem emellan. Det kanske viktigaste problemet är hur undervisningens och forskningens intressen på bästa sätt skall bli tillgodosedda vid planering av lokaler och utrustning inom nybyggnader vid ett universitetssjukhus. Visserligen finns i regel redan i direktionerna för undervisningssjukhusen representanter för universitetsmyndigheterna, men när det gäller större nybyggnads- och utrustningsärenden föreligger enligt kommitténs mening ofta behov av diskussioner på en bredare bas. För sådana diskussioner synes det av medicinalstyrelseutredningen föreslagna samarbetsorganet kunna utgöra ett lämpligt forum. Ännu större blir behovet av ett samarbetsorgan för undervisnings- och sjukvårdsfrågor när det gäller att tillgodose undervisningens intressen vid icke-statliga sjukhus och framför allt i sådana fall, där hittills icke ianspråktagna sjukhus blir aktuella för undervisningen.

Enligt medicinalstyrelseutredningen borde "undervisningens planläggning och utformning" utgöra en väsentlig uppgift för samarbetsorganet. Det bör givetvis ständigt vara en strävan att undervisningen i största möjliga utsträckning får en praktisk inriktning. Uppgiften att förmedla kontakt och initiativ mellan lärosätena synes emellertid i första hand böra tillkomma ämneskonferenserna (se kapitlet om handläggningen av undervisningsfrågor). Om även representanter för den praktiska sjukvården (lasarettsläkare, tjänsteläkare etc.) kallas till ämneskonferenserna, skulle dessa för undervisningens del kunna fylla samma uppgift, som enligt medicinalstyrelseutredningen borde tillkomma samarbetsorganet i detta avseende.

För att bl. a. bereda de studerande tillfälle att arbeta under förhållanden, som i viss mån motsvarar den självständigt verksamme sjukhusläkarens miljö, har kommittén föreslagit att assistenttjänstgöringarna i största möjliga utsträckning förlägges till andra sjukhus än undervisningsklinikerna (se kapitlet om studieplanen). För förslagets genomförande erfordras att ett tämligen stort antal sjukhus anlitas. Denna anordning kommer att medföra många uppgifter, som lämpligen bör kunna anförtros åt det ifrågasatta samarbetsorganet. Sålunda bör samarbetsorganet utgöra ett forum för principdiskussioner om tjänstgöringarnas uppläggning, kandidaternas inordnande i det dagliga arbetet, ekonomiska frågor etc.

Kommitténs förslag rörande utbildningen efter medicine licentiatexamen (se avd. III om vidare- och efterutbildningen) medför även problem, för vilkas lösning ett samarbetsorgan kan vara av stor betydelse. Sålunda kommer den sjukhusutbildning, som kommittén anser erforderlig för läkare, som ämnar öppna allmän praktik (se kapitlet om utbildning av allmänpraktiker), att kräva ett omfattande samarbete mellan undervisningens och sjukvårdens huvudmän. Detta gäller inte minst frågan om förläggningen och organisationen av utbildningsplatserna. De av kommittén föreslagna tjänsteläkarkurserna, utbildningskurserna för specialister samt fortsättnings- och repetitionskurserna för läkare kan också lämpligen bli föremål för principiella överväganden inom samarbetsorganet.

Uppenbarligen finns en mängd praktiska och principiella frågor, för vilka ett samarbetsorgan av den inlednings-

vis antydda typen kan vara ett lämpligt forum. Att utrusta ett sådant organ med kompetens att förhandla för statens räkning synes dock ej lämpligt och tanken därpå torde icke heller ha utgjort ett motiv för de ursprungliga förslagsställarna. Organet bör enligt kommitténs mening vara en instans för rådgivning och initiativ i frågor, som är gemensamma för undervisning och sjukvård. Någon särskild administrativ myndighet synes icke erforderlig, utan kommittén vill liksom medicinalstyrelseutredningen rekommendera att en rådgivande nämnd inrättas vid universitetskanslerns sida, med denne eller den kanslern förordnar som ordförande.

I den föreslagna nämnden bör ingå en representant för vardera medicinalstyrelsen, landstingsförbundet, stadsförbundet, lasarettsläkarföreningen och tjänsteläkarföreningen samt en representant för vardera av de medicinska fakulteterna i Uppsala och Lund respektive lärarkollegierna i Stockholm och Göteborg. I avvaktan på närmare erfarenhet om nämndens verksamhet synes ersättning till ordförande, ledamöter och sekreterare böra utgå enligt kommittékungörelsen.

AVDELNING III

VIDARE- OCH EFTERUTBILDNINGEN

Utbildningen efter medicine licentiatexamen

Kap. 54. FRÅGAN OM ETT OBLIGATORISKT SJUKHUSÅR

Nuvarande förhållanden

Sjukhustjänstgöring utöver medicine licentiatexamens tjänstgöringar krävs enligt gällande bestämmelser icke för rätt att utöva läkaryrket.

Förhållandena i andra länder

Vid diskussion av de utländska förhållandena bör man hålla i minnet, att de medicinska studierna i de flesta andra länder ofta är mindre omfattande och betydligt mer teoretiskt lagda än i Sverige. Det i många länder genomförda obligatoriska sjukhusåret syftar därför huvudsakligen till praktisk utbildning i vissa bestämda ämnen, närmast som motsvarighet till våra assistenttjänstgöringar, medan däremot det sjukvårdande arbetet med dess större ansvar i regel är av jämförelsevis liten omfattning.

I *Danmark* har sedan länge s. k. turnustjänstgöring varit obligatorisk för rätt till självständig verksamhet. Läkarexamen ger visserligen rätt till legitimation, men denna innebär icke behörighet till självständigt utövande av läkarkonsten. Härför har hittills fordrats ett års tjänstgöring på medicinsk och kirurgisk avdelning samt en månads klinisk kurs i förlossningskonst. I det nyligen framlagda förslaget till ändrad studieplan föreslås, att den sistnämnda kursen skall ersättas med en månads tjänstgöring i obstetrik och gynekologi före den medicinska ämbetsexamen.

I *Finland* finns ingen bestämmelse om praktisk utbildning efter examen. Däremot skall varje student före examen utöver de obligatoriska kurserna ha fullgjort en s. k. amanuensur på tre månader antingen på ett kirurgiskt, inre medicinskt eller barnsjukhus.

I *Norge* har nyligen i samband med reformen av de medicinska studierna införts en turnustjänst, omfattande ett och ett halvt år. Under denna tid skall den nyutexaminerade tjänstgöra ett halvt år på medicinsk avdelning, ett halvt år på kirurgisk avdelning samt likaledes ett halvt år som assistent hos tjänsteläkare. Tjänsterna skall vara avlönade och få tillgodoräknas som allmänutbildning enligt Den Norske Lægeforenings specialitetsbestämmelser.

I *England* uttalade sig Goodenoughkommittén för ett praktiskt år efter slutexamen såsom villkor för legitimation. Beträffande utformningen framlades intet konkret förslag, men det betonades, att sex månader borde vara minimitiden på en och samma avdelning och att man borde begränsa sig till medicinska och kirurgiska avdelningar. Även the British Medical Association uttalade sig för ett obligatoriskt år men hade en något annan syn på dess uppläggning. Året borde inte ägnas särskilt åt något eller några ämnen utan skulle täcka hela det kliniska fältet och mera intimt samordnas med den kliniska utbildningen i övrigt.

I *Förenta staterna* fordras ett praktiskt år för statlig legitimation. Många studerande fullgör mer än ett dylikt år. Tjänstgöringen kan ske på tre principiellt skilda sätt, antingen som "ren", då hela tjänstgöringen sker vid en och samma klinik, eller som "blandad", bestående av två sexmånaderstjänstgöringar, eller slutligen som "roterande", med några månaders tjänstgöring på varje klinik. Den senare formen är den vanligast förekommande, t. ex. med fyra månader medicin, fyra månader kirurgi, två månader pediatrik och två månader obstetrik. Den studerande (intern) har ej självständigt hand om

någon vårdavdelning, utan samarbetar med en äldre underläkare (resident), som bär ansvaret för avdelningen. Arbetet är ej alls eller endast lågt avlönat. Innan legitimation erhålles efter detta internår skall ett skriftligt prov avläggas.

Tidigare diskussion

1938 års hälso- och sjukvårdssakkunniga föreslog i sitt betänkande om de yngre sjukhusläkarnas avlönings-, arbets- och bostadsförhållanden (SOU 1942: 4) inrättande av ettåriga aspirantläkartjänster, vilka skulle reserveras för de nylegitimerade läkarna. Dessa skulle härigenom få ett tillfälle att ådagalägga sina förutsättningar för sjukhustjänstgöring, och först sedan aspiranttjänstgöringen fullgjorts skulle vederbörande kunna ifrågakomma till förordnande som underläkare. Tjänsterna hade sin förebild i den ordning, som äger tillämpning inom förvaltningen, rättskipningen och undervisningsväsendet, och motiverades således icke i första hand ur utbildningssynpunkt. Vid remissbehandlingen framkom från olika håll erinringar mot förslaget, och man efterlyste en mera ingående utredning angående behovet av aspirantläkare samt en precisering av vilken roll i sjukvården, som skulle tillkomma dessa läkare. Vissa instanser fann det olämpligt och onödigt att införa ytterligare kategorier bland de underordnade sjukhusläkarna. Förslaget har icke föranlett några åtgärder.

LS ägnade i sitt tredje betänkande ett kapitel åt frågan om ett praktiskt sjukhusår. Efter en översikt över förhållandena i vissa andra länder konstaterade utredningen, att det även i vårt land förelåge ett behov av kompletterande sjukhusutbildning utöver examen. Praktiskt taget alla läkare försökte också skaffa sig en viss sjukhusutbildning i anslutning till examen. En av LS företagen utredning visade emellertid, att under åren 1926—1940 omkring 100 läkare öppnat praktik med mindre än ett års sjukhusutbildning. I fortsättningen anfördes bl. a. följande.

> De sakkunniga ha övervägt att föreslå införandet av ett obligatoriskt sjukhusår i anslutning till examen. Vissa skäl tala för en sådan åtgärd. Det är otvivelaktigt, att flertalet läkare ha stort utbyte av en sådan utbildning, och ordföranden i de privatpraktiserande läkarnas förening har för de sakkunniga framhållit, att det vore en fördel, om samma krav på allmänmedicinsk utbildning uppställdes för privatpraktiserande läkare som för tjänsteläkare. Å andra sidan kan det synas överflödigt att göra viss sjukhusutbildning obligatorisk, då erfarenheten visar, att praktiskt taget alla läkare skaffa sig sådan, om tillfälle därtill erbjudes. Åtminstone vissa av de läkare, som nu slå sig ned som praktiker utan nämnvärd sjukhustjänstgöring, ha sannolikt önskat ytterligare utbildning, men de nuvarande utbildningssvårigheterna och därtill ofta en trängd ekonomi ha lagt hinder i vägen härför. Från flera håll framhålles därför, att man icke i första hand bör inrikta sina strävanden på att göra viss sjukhusutbildning obligatorisk, utan på att skapa en organisation, som gör det möjligt för alla läkare att under ekonomiskt betryggande förhållanden få tjänstgöra ett eller ett par år vid sjukhus. Det förefaller sålunda, som om det, åtminstone med nuvarande inställning hos läkarkåren, vid en god organisation skulle bli i stort sett samma resultat, vare sig sjukhusutbildningen göres obligatorisk eller ej. Huruvida man bör välja den obligatoriska linjen, blir därför väsentligen beroende på om denna kan erbjuda mer betydande organisatoriska fördelar.
>
> En förutsättning för att den här åsyftade utbildningen skall kunna bli av verkligt värde är att läkarna under densamma kunna infogas i sjukvårdsarbetet och under ansvar aktivt deltaga i detsamma såsom underläkare och helst såsom läkare med egen vårdavdelning.

LS refererade därefter hälso- och sjukvårdssakkunnigas förslag om aspirantläkartjänster samt remissyttrandena däröver. För egen del tog LS avstånd från detta förslag, då de nyutexaminerade läkarna därigenom endast skulle få tjänstgöra som assistenter vid sidan av

den ordinarie läkarstaben. I fortsättningen anfördes.

Genomförandet av ett obligatoriskt sjukhusår torde möta organisatoriska svårigheter, då ett tillräckligt antal för ändamålet lämpliga tjänster för närvarande icke står till förfogande. Ett förslag, som ginge ut på att överföra vissa ordinarie underläkartjänster till ettårstjänster, torde som nämnt vara olämpligt och komme att möta motstånd från såväl landstingen som läkarkåren. Skulle å andra sidan för utbildningen erforderligt antal tjänster omedelbart nyinrättas, bleve knappast alla motiverade ur sjukvårdssynpunkt, vilket komme att medföra, att innehavarna icke skulle erhålla den kvalificerande tjänstgöring, som här åsyftas, och att lönesättningen sannolikt ur läkarsynpunkt komme att bli otillfredsställande.

Såsom de sakkunniga ovan framhållit, skulle införandet av ett obligatoriskt sjukhusår endast vara motiverat, om man därmed kunde vinna mer betydande organisatoriska fördelar. Då så icke är förhållandet föreligger för närvarande icke skäl att uppställa generellt krav på viss sjukhusutbildning utöver licentiatexamen.

I stället föreslog LS, att ett större antal korttidstjänster snarast möjligt inrättades. Varje nyinrättad underläkartjänst vid odelade lasarett samt allmänna medicinska och kirurgiska avdelningar — undervisningssjukhus och större kommunala sjukhus undantagna — skulle, om särskilda skäl icke talade häremot, under begränsad tid reserveras för nylegitimerade. Detta borde lämpligen ske genom att dessa tänster finge karaktären av extraläkartjänster med ettårsförordnanden. Det skulle ankomma på medicinalstyrelsen att vid prövning av frågan om inrättande av nya underordnade läkartjänster beakta utbildningens krav och att genom inrättande av extraläkartjänster med ettårsförordnanden i erforderlig omfattning tillgodose det föreliggande behovet av tjänster för nylegitimerade. Preliminärt borde man räkna med sammanlagt omkring 100 sådana tjänster. Extraläkarna borde liksom förut förordnas av medicinalstyrelsen och erhålla ersättning i enlighet med gällande överenskommelse mellan landstingens centrala lönenämnd och läkarförbundet.

Vid remissbehandlingen upptogs frågan om den ettåriga grundutbildningen till diskussion särskilt av *medicinalstyrelsen* och *Svenska läkaresällskapet.* Båda föreslog, att ett obligatoriskt sjukhusår skulle vara villkor för legitimation. Året skulle fullgöras i form av vanlig underläkartjänst och alltså ingå som ett reguljärt moment i sjukvården. För detta skulle inrättas ettåriga underläkartjänster, vilka skulle reserveras för nyutexaminerade. Förordnande på tjänsterna i fråga skulle utfärdas av medicinalstyrelsen, varvid skulle stadgas att dessa förordnanden medförde behörighet att utöva läkarkonsten endast inom den innehavda tjänsten. Beträffande de sjukvårdsgrenar, som skulle ifrågakomma för denna tjänstgöring, yttrade medicinalstyrelsen, att utformningen borde göras så, att redan på detta stadium en viss differentiering kunde äga rum med hänsyn till läkarnas kommande verksamhet. Denna differentiering utvecklades närmare i Svenska läkaresällskapets yttrande, vari föreslogs, att tjänsterna borde inrättas vid odelade lasarett samt medicinska och kirurgiska avdelningar. Uppdelningen av läkarna borde ske på så sätt, att blivande tjänsteläkare, militärläkare och allmänpraktiker skulle tjänstgöra vid odelat lasarett eller medicinsk avdelning, blivande invärtesläkare, sanatorieläkare, barnläkare, radiologer, dermatologer, neurologer och psykiatriker skulle tjänstgöra vid medicinsk avdelning, samt slutligen blivande kirurger, kvinnoläkare, ögon- och öronläkare vid kirurgisk avdelning eller odelat lasarett. Medicinalstyrelsen föreslog vidare, att en obligatorisk tre månaders tjänstgöring som t. f. tjänsteläkare eller extra läkare i öppen vård skulle införlivas med läkarutbildningen.

Från huvudmännens sida framfördes betänkligheter mot bl. a. de ekonomiska konsekvenserna av LS förslag. *Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsberedning* ifrågasatte sålunda, om icke utbildningstjänsterna helt eller delvis borde bekostas av staten. *Svenska landstingsförbundet* anförde, att förslaget att reservera varje nyinrättad tjänst vid grundutbildningssjukhus för nylegitimerade skulle medföra, att landstingssjukhusen i stor utsträckning finge arbeta med oerfarna läkare, vilket medförde större arbetsbörda för lasaretts- och förste underläkare. Förbundet ifrågasatte, om icke staten rätt väsentligt borde bidraga till avlöningen av läkarna på dessa ettårstjänster. På samma grunder anförde *Göteborgs stads sjukhusdirektion,* att förslaget skulle åsamka staden merkostnader för anställandet av flera färdigutbildade läkare. *Svenska stadsförbundet* ansåg det under inga omständigheter acceptabelt att till de kommunala grundutbildningssjukhusen förlägga all grundutbildning och låta dessa sjukhus huvudmän svara för läkarnas avlöningskostnader med risk att bli av med läkarna, så snart de erhållit större insikter i den praktiska sjukhustjänstgöringen.

Kommittén

Frågan om det är nödvändigt eller lämpligt att kräva, att varje läkare fullgör en tjänstgöring på sjukhus innan han får rätt att självständigt utöva läkaryrket, sammanhänger i första hand med den uppgift som tjänstgöringen ifråga tilldelas ur utbildningssynpunkt. Ordet utbildning bör här fattas i sin vidaste bemärkelse.

En grundläggande del av den praktiskt inriktade yrkesutbildningen måste alltid ges i samband med den för alla läkare gemensamma licentiatutbildningen. Vid kurserna och de kliniska tjänstgöringarna inom de olika medicinska disciplinerna får den blivande läkaren icke blott en genomgång av sjukdomarnas klinik och terapi, utan han får också vid sjukbädden se den katedrala undervisningen exemplifierad hos de patienter, han sättes att undersöka och följa på sjukhuset. Samtidigt blir han i tillfälle att praktiskt öva sig i de kliniska arbetsmetoderna vid undersökning och behandling. En sådan praktisk utbildning är en väsentlig del av den för alla läkare gemensamma utbildningen i de olika medicinska disciplinerna.

Denna form av praktisk undervisning har dock en naturlig begränsning. Den kliniska utbildningen måste meddelas kursvis vid undervisningsklinikerna. Den studerande kommer utan någon kunskap i ämnet till kursen, och samtidigt med det praktiska arbetet pågår inlärandet av ny kunskap och nya metoder, så att han först vid kursens slut står rustad att bedöma den ifrågavarande disciplinens sjukdomar. Under kursen behöver den studerande således en ständig och detaljerad handledning, och denna omständighet jämte det för var och en studerande begränsade patientmaterialet gör att hans möjligheter till självständigt arbete av sådan omfattning, att det ger verklig sjukvårdsvana, alltid måste bli beskurna. Den praktiskt inriktade licentiatutbildningen kan således ge en solid och vetenskapligt grundad kunskap om klinisk bedömning och kliniska arbetsmetoder, men den kan aldrig ge en bred erfarenhet och en tillräcklig sjukvårdsrutin. Sålunda kan den icke anses vara tillräcklig som grund för enskilt utövande av läkarverksamhet.

Först det praktiska arbetet ute i sjukvården ger en konsolidering av de tidigare förvärvade kunskaperna. När den nyblivne läkaren träder in i sjukhusar-

betet som yngste underläkare, kommer patienterna direkt till honom, och han måste ta ställning till de enskilda fallen och ta ansvar för de åtgärder han vidtar. Han står emellertid icke ensam, utan bakom honom finns överläkaren och de äldre underläkarna, vilkas större erfarenhet han dagligen har tillgång till. Det löpande arbetet för honom i kontakt med undersöknings- och behandlingsavdelningar, varigenom han får del av den på dessa avdelningar gjorda bedömningen av patienterna. På detta sätt växer hans personliga erfarenhet, hans kunskap om de kliniska arbetsmetoderna mognar till en effektiv sjukvårdsrutin, och sist men icke minst, kraven på en hög medicinsk standard i sjukvårdsarbetet inympas i honom. Ett fullgott sjukhusarbete kräver en objektiv, vetenskaplig bedömning av sjukdomarna och en förstående och korrekt behandling av patienten. Med andra ord, läkaren fostras att eftersträva en sådan standard i sitt arbete och sin hållning, att han verkligen kan fylla de krav, samhället har rätt att ställa på honom.

Om denna period av erfarenhetsförvärvande alltjämt kallas utbildning, så är detta blott i den mening, som all kvalificerad läkarverksamhet är det genom läkarens hela liv. Icke desto mindre är den första perioden av denna utbildning kanske den viktigaste och kanhända den riktningsgivande, och de lärdomar licentiatutbildningen gett, kan aldrig smältas och utnyttjas utan att den nyblivne läkaren så snart som möjligt efter sin examen blir i tillfälle att i praktiskt sjukvårdsarbete under eget ansvar utvidga sin erfarenhet.

Detta gäller principerna för den obligatoriska sjukhustjänstgöringens ställning i läkarutbildningen. Det är emellertid viktigt att ingående granska vilken roll en sådan tjänstgöring skulle tilldelas i sjukhusets reguljära sjukvårdsarbete, särskilt med hänsyn till de olika alternativ, som redan figurerat i diskussionerna kring läkarutbildningen. All underordnad tjänstgöring vid sjukhus innebär som redan framhävts samtidigt en utbildning, även om den sker på tjänster, som är fullt motiverade av sjukvårdens krav. Såtillvida är även de nuvarande vanliga underläkar- och extraläkartjänsterna att anse som utbildningstjänster. Mot denna typ av utbildningstjänster kan ställas sådana tjänster eller förordnanden, som tillkommit huvudsakligen för att tillgodose behovet av utbildningsplatser och vilka sålunda icke är nödvändiga för sjukvårdens bedrivande. Hit kan räknas assistentläkartjänster och förordnanden såsom extraordinarie amanuens. Till dessa ansluter sig vidare den frivilliga auskulteringen. Många av de i utlandet förekommande kortvariga obligatoriska tjänstgöringarna vid olika kliniker (turnus, internship etc.) kan likaledes inordnas under denna senare typ av utbildningstjänster. Principiellt avviker dessa utländska tjänstgöringar föga från de i vårt land förekommande till licentiatexamen hörande assistenttjänstgöringarna i kirurgi och medicin. Man kan sålunda mot varandra ställa två olika huvudalternativ av utbildningstjänster, nämligen å ena sidan underläkartypen, där tjänsterna är fullt motiverade av sjukvårdskravet, å andra sidan en slags praktikantverksamhet, där något sådant motiv icke förefinns.

Anordnandet av en obligatorisk period av sjukhusarbete synes kunna ske efter tre principiellt skilda alternativ. Enligt det första alternativet sker allt praktiskt arbete i den allmänna läkarutbildningen i samband med de olika kliniska kurserna och tjänstgöringarna, av vilka någon eller några kan utformas som assistenttjänstgöringar, varunder den studerande i möjligaste mån får

tillfälle till eget arbete. Efter utbildningen får läkaren utan vidare öppna egen läkarpraktik.

Det andra alternativet innebär det förstas motsats. I den allmänna läkarutbildningen vid undervisningsklinikerna minskas det praktiska arbetet till att omfatta endast det minimum, som är nödvändigt för att den studerande skall kunna följa den pågående kliniska undervisningen och inöva de undersöknings- och behandlingsmetoder som ingår i undervisningen. Efter den förkortade licentiatutbildningen får den studerande övergå till befattning på sjukhus som yngste läkare, dvs. han får börja delta i sjukvården i ansvarig ställning men under ledning av äldre kolleger. Först sedan en längre eller kortare sådan sjukhustjänstgöring fullgjorts, får han öppna egen praktik.

Ett tredje alternativ är en medelväg mellan de båda första. I studierna före medicine licentiatexamen kan inläggas avslutande assistenttjänstgöringar, som i en viss grad tillgodoser behovet av praktiskt arbete inom vissa viktiga kliniska områden. Efter licentiatexamen krävs då endast en kortare tids tjänstgöring som underläkare på sjukhus innan rätt till egen praktik medges.

De olika alternativen har alla både för- och nackdelar. Särskilt viktigt är det härvidlag att i de olika förslagen granska återverkan på innehållet i medicine licentiatutbildningen. Därvid måste man nämligen strängt hålla på att ett krav på en viss typ av sjukhustjänstgöring i en obligatorisk sjukhusperiod som logisk följd måste få en nedskärning av motsvarande utbildning före medicine licentiatexamen.

Det första alternativet innebär, att den studerande får all sin praktiska tjänstgöring antingen som kursdeltagare i en elementär klinisk kurs eller som assistent utan självständiga uppgifter inom sjukvården. Tjänstgöringstiden blir relativt kort på varje avdelning. Självständigt arbete kan icke förekomma i någon större utsträckning, eftersom de studerande endast skall biträda de övriga läkarna. Assistenttjänstgöringstiden måste anses tillhöra den egentliga studietiden, och således skall den utgöra en integrerande del av utbildningen till licentiatexamen. Till en licentiatutbildning av i stort sett nuvarande typ kan således en period av assistenttjänstgöringar icke läggas utan en motsvarande reduktion av de tidigare kurserna. Assistenttjänstgöringen är icke nödvändig för sjukvårdens bedrivande, varför assistenter icke kan erhålla ersättning från huvudmannen. Å andra sidan kan assistenttjänstgöringen fördelas helt och hållet efter pedagogiska synpunkter på olika kliniska ämnen. Kunskapskontrollen kan förläggas efter det praktiska arbetet, vilket också är en fördel. Sammanfattande kan man säga, att det tidigare angivna huvudsyftet med en obligatorisk sjukvårdstjänstgöring icke kan vinnas med en utbildning enbart av assistenttjänstgöringstyp.

Det andra alternativet skulle innebära en kraftig nedskärning av studietiden, eftersom utbildningens syfte skulle bli begränsat. Kunskapskontrollen, som måste ske före medicine licentiatexamen, kommer att avse endast elementära kurser med begränsat praktiskt arbete även i de centrala ämnena medicin och kirurgi, varför kunskapskraven skulle få nedsättas väsentligt. Den obligatoriska sjukhustjänstgöringen efter licentiatexamen måste göras relativt lång, i första hand därför att denna form av utbildning måste med full säkerhet ge kompensation för den begränsade undervisningen före licentiatexamen. Vidare måste tjänstgöringen vara tillräckligt lång för att kunna fördelas på flera av de centrala ämnena. Tjänstgörings-

tiden i vart och ett av de nödvändiga ämnena kan icke, åtminstone icke i medicin och kirurgi, sättas väsentligt lägre än ett år, eftersom huvudmännen i annat fall icke kommer att betrakta tjänsterna som sjukvårdstjänster, och hela anordningen därigenom skulle förfelas. Å andra sidan skulle sjukvårdstjänstgöringen innebära ett utnyttjande av redan existerande typer av underläkar- och extraläkartjänster. Dessa är sålunda helt motiverade av sjukvårdens krav, och läkaren handlar under eget ansvar. Sådana tjänster skulle avlönas som andre underläkartjänster och medföra rätt till tjänsteårsräkning, varför en obligatorisk sjukhustjänstgöring av denna art icke kan anses innebära en förlängning av den egentliga studietiden. Tillgodoräknande av vikariatstjänstgöring erbjuder inga problem. Detta alternativ överensstämmer i huvudsak med det förslag, som framförts av medicinalstyrelsen och Svenska läkaresällskapet i deras yttranden över LS betänkande. Alternativet erbjuder en tillfredsställande anordning av den obligatoriska sjukhustjänstgöringen men ställer stora krav på tillgången av underläkartjänster och medför även problem ifråga om legitimationens förläggning i förhållande till den obligatoriska sjukhustjänstgöringen.

Det tredje alternativet innebär, att studierna till licentiatexamen innefattar vissa kortare perioder av assistenttjänstgöringstyp med något större praktisk förfarenhet hos de studerande som följd, jämfört med det andra alternativet. Förhållandet måste då återverka på sjukhustjänstgöringens längd, vilken kan göras kortare och måhända koncentreras till en eller ett par av de viktigaste kliniska ämnena. Alternativet skulle innebära en längre obetald utbildningstid än det andra alternativet, men det skulle vara lättare att anordna organisatoriskt genom den kortare tiden för sjukhustjänstgöringen och dess koncentration på färre ämnen. Alternativet kan sägas vara fullt tillfredsställande ur utbildningssynpunkt.

Vid sin planläggning av den allmänna läkarutbildningen har kommittén ingående diskuterat dessa olika alternativ för anordnandet av en obligatorisk sjukhustjänstgöring. Vilket alternativ man väljer blir emellertid icke enbart beroende på de så att säga rent pedagogiska för- och nackdelarna av de olika systemen. Så medför t. ex. den ojämna utbyggnaden av specialistvården inom de olika kliniska disciplinerna, att vissa kurser i allmänna läkarutbildningen måste ges en större omfattning med hänsyn till behovet av praktiskt arbete i den. Härigenom begränsas möjligheterna att på ett radikalt sätt flytta över det praktiska arbetet på underläkartjänstgöringar inom endast de centrala ämnena. Svårlösta organisatoriska problem uppställer sig, när det gäller att skaffa fram de underläkartjänster, som är nödvändiga för ett system med något så när tillfredsställande obligatorisk sjukhustjänstgöring. Därvid måste icke blott tillräckligt antal underläkartjänster reserveras för de nyexaminerade medicine licentiaterna, utan dessa kan även skäligen göra anspråk på att tjänsterna skall stå till deras förfogande i nära anslutning till examen, eftersom annars väntetider kommer att inträffa före den obligatoriska tjänstgöringen. Nuvarande läge erbjuder knappast några svårigheter för de nya läkarna att erhålla minst ett års utbildning inom de i detta sammanhang aktuella områdena. Man måste emellertid beakta, att det här gäller att åstadkomma en principiell lösning av frågan om ett års sjukhusutbildning för nyexaminerade, oavsett tillfälliga variationer av platstillgången på grund av läkarbrist eller läkaröverskott. Frågan måste även be-

dömas med hänsyn till hur underläkartjänsterna i övrigt skall disponeras för vidareutbildning samt med hänsyn till sjukvårdens behov av ett antal under längre tid tjänstgörande underläkare vid sjukhusen.

Kommittén har genom en enkät till landets samtliga huvudmän införskaffat upplysningar om antalet underläkartjänster av olika kategorier på landets sjukhusavdelningar i alla olika discipliner. Därjämte har upplysningar inhämtats om antalet vårdplatser och antalet nyintagna på de olika avdelningarna. Detta material gör det möjligt att beräkna hur många underläkartjänster som står till förfogande för en ettårig sjukhusutbildning efter olika alternativa beräkningsgrunder. Man kan även bilda sig en uppfattning om behovet av ytterligare underläkartjänster på de olika avdelningarna, om normer för det lämpliga underläkarantalets beräkning utnyttjas. Principiellt kan underläkartjänster för ett praktiskt sjukhusår erhållas på två olika sätt. För det första kan ett antal av de nuvarande underläkartjänsterna reserveras för de nyexaminerade läkarna. För det andra kan ett antal nya sådana tjänster inrättas på sådana avdelningar, där detta är motiverat med hänsyn till sjukvårdens behov.

Vad först gäller möjligheten att reservera ett antal av de nuvarande underläkartjänsterna för de nyexaminerade läkarna blir resultatet här beroende på vilken norm som skall anses lämplig för fördelningen av de tillgängliga tjänsterna på "fria" och reserverade tjänster. Medicinalstyrelsen har i cirkulärskrivelse till huvudmännen den 7 januari 1950 framhållit, att tillgodoseendet av det stora behovet av grundutbildning och avhjälpandet av bristen på läkare i den öppna vården nödvändiggör en begränsning av tjänstgöringstidens längd för läkarna vid sjukhusen. En omändring av vissa underläkartjänster med treårsförordnande till sådana med ettårsförordnande skulle i viss utsträckning avhjälpa det påtalade missförhållandet. Med hänsyn härtill föreslog medicinalstyrelsen, att vid sjukhus eller sjukhusavdelning, där förutom biträdande lasarettsläkare flera än två underläkare vore anställda, förordnanden på samtliga överskjutande tjänster begränsades till att omfatta endast ett år. Kommittén har utfört en beräkning med användande av denna norm, varvid även undervisningssjukhusen indragits i systemet. Där har dock något mindre antal tjänster reserverats för ettåriga förordnanden. Kommittén har därjämte beräknat hur många ettårsförordnanden som skulle erhållas, om man använde det systemet att varannan underläkartjänst utöver tre reserverades för ettårsförordnanden, varvid undervisningsklinikerna endast skulle få vardera en underläkartjänst reserverad på motsvarande sätt. Av dessa två beräkningsgrunder torde medicinalstyrelsens böra karakteriseras som rigorös, medan det andra av kommittén utformade alternativet utgör ett betydligt mindre ingrepp i underläkarorganisationen.

Om beräkningen begränsas till medicinska, kirurgiska och odelade lasarettsavdelningar ger medicinalstyrelsens system ca 270 underläkartjänster, medan kommitténs system ger ca 90 tjänster. Om obstetrisk-gynekologiska, pediatriska och psykiatriska lasarettsavdelningar indras i systemet, vilket torde vara befogat ur vissa synpunkter, blir siffrorna ca 320 respektive 110. Förutom dessa underläkartjänster kan det beräknas att av landets extraläkartjänster ca 15 skulle kunna överföras till kategorien ettårstjänster. Beroende på hur pass sträng fördelningsprincip man använder kan således mellan 125 och 335 un-

derläkartjänster reserveras för en ettårig obligatorisk sjukhustjänstgöring i centrala kliniska ämnen. Det totala underläkarantalet vid dessa avdelningar var ca 725 och totalantalet extraläkare ca 40.

Kommittén har även försökt beräkna hur många nya tjänster det skulle vara befogat att inrätta med hänsyn till sjukvårdens behov. På grund av läkarbristen och den öppna vårdens behov av läkare iakttas nämligen för närvarande stor återhållsamhet från medicinalstyrelsens sida med tillstånd att inrätta nya tjänster. Efter hand som läkarbristen på grund av det ökade intaget av studerande minskas eller upphävs, blir det möjligt att inrätta ett antal nya tjänster vid sjukhusen. Om beräkningarna härvidlag endast begränsas till behovet av ytterligare läkare vid redan befintliga sjukhusavdelningar, kan olika normer för beräkning av underläkarantalet användas. Medicinalstyrelsen har 1938 utfärdat anvisningar för beräkning av erforderligt antal underläkartjänster vid sjukhusen. Dessa normer anses numera vara otillfredsställande, och åtskilliga förslag till nya sådana normer har i olika sammanhang framlagts av Sveriges läkarförbund och dess delorganisationer. En närmare redogörelse för nu tillämpade regler och framlagda förslag har lämnats av LS i deras betänkande angående utbildningen efter medicine licentiatexamen och av MHO i deras utredning om främjande av klinisk forskning. Kommittén har med ledning av sitt enkätmaterial utfört beräkningar av behovet av nya underläkartjänster dels efter normer motsvarande medicinalstyrelsens tidigare anvisningar, dels enligt de senare framlagda förslagen. En detaljredovisning av dessa resultat torde icke tjäna något syfte. Här kan det vara tillfyllest att ange, att beräkningarna visar ett behov av mellan 25—150 nya underläkartjänster inom de ovannämnda disciplinerna, beroende på vilka av de diskuterade normerna som användes för beräkningen.

Behovet av reserverade underläkartjänster för nyexaminerade läkare bestämmes av antalet examinerade per år. Om man räknar med en genomsnittlig studietid av för närvarande åtta år och med ett studieavbrott på 12,5 % skulle antalet nyexaminerade fram till 1958, intill vilket år beräkningarna kan baseras på ett känt intag av studerande, bli följande:

År	Antal
1953	160
1954	170
1955	189
1956	198
1957	236
1958	262

Vid ett intag på ca 300 studerande kan antalet nyexaminerade läkare beräknas ligga inemot 275 per år.

De tidigare redovisade siffrorna på underläkartjänster, som kan reserveras för nyexaminerade läkare, och på ur sjukvårdens synpunkt behövliga nya underläkartjänster skall ställas i relation till det ovan beräknade antalet årligen utexaminerade läkare. Det är uppenbart, att man redan genom omvandling av existerande underläkartjänster kan skaffa fram ett tillräckligt antal ettåriga underläkartjänster för att ge varje nyexaminerad läkare ett sådant år. Å andra sidan står det också fullt klart, att man då måste tillgripa en mycket sträng begränsning av antalet underläkartjänster, som får löpa med tre års förordnande. Det torde icke vara förenligt med sjukvårdsintresset att uteslutande genom omvandling av underläkartjänster tillgodose behovet av ettårstjänster. Vidare måste den risken

beaktas, att antalet underläkartjänster, som finns tillgängliga för specialistutbildningen, blir för lågt. Emellertid finns med hänsyn till sjukvårdsbehovet en marginal för inrättande av ett antal nya tjänster. Därjämte kan det rimligen förutsättas att nytillkommande sjukhusavdelningar i framtiden kommer att medföra en ytterligare ökning av landets underläkartjänster, av vilka ett visst antal även kan utnyttjas för det praktiska sjukhusåret. Om kommitténs relativt liberala fördelning på treårs- och ettårsförordnanden följdes, skulle ca 150 nya tjänster behöva inrättas för att fylla behovet av ettårstjänster för nyexaminerade. Om en strängare fördelningsgrund följdes, behövde ett mindre antal tjänster inrättas.

Det är uppenbart, att båda dessa vägar att skaffa fram underläkartjänster med ettårsförordnande medför svårigheter. Omvandling av ett så betydande antal underläkartjänster, som behövs till ettårsförordnanden, måste betecknas som ett stort ingrepp i sjukhusorganisationen. Inrättandet av ca 150 underläkartjänster utgör en ekonomisk fråga av betydande räckvidd. Kostnaderna för dessa tjänster skulle säkerligen komma att till stor del räknas på utbildningens konto, alldeles oavsett att tjänsterna vore berättigade ur sjukvårdssynpunkt. Båda dessa åtgärder är sålunda av den art att de kan rekommenderas endast om synnerligen starka skäl talar härför.

Slutligen drar en obligatorisk sjukhustjänstgöring med sig ekonomiska konsekvenser i andra avseenden, eftersom tjänstgöringen trots att den infogas i sjukvården dock i viss mån tjänar utbildningens syfte och det därigenom kan ifrågasättas, om lönen skall motsvara övriga underläkartjänsters eller sättas lägre. Från huvudmännens sida uppställes vissa krav ifråga om sådana tjänstgöringar. Kortare förordnanden än ett år på en och samma avdelning synes förefalla huvudmännen mindre värdefulla ur sjukvårdens synpunkt och kommer knappast av dem att uppfattas annat än som rena utbildningstjänster, där ersättning över huvud synes diskutabel. Även vid ettårsförordnanden inom ramen för en obligatorisk underläkartjänstgöring synes huvudmännen mindre benägna att vilja jämställa sådana tjänster med de nuvarande. Vid de överläggningar kommittén haft med representanter för Sveriges läkarförbund har dessa ställt sig avvisande till tanken på obligatoriska sjukhustjänstgöringar i underläkares ställning.

Ett ytterligare förhållande förtjänar att framhävas. Av olika ovan anförda omständigheter framgår, att ett praktiskt sjukhusår knappast kan delas på flera olika discipliner, om det skall bli en verklig underläkartjänstgöring. Året skulle alltså få fullgöras i sin helhet antingen i medicin eller i kirurgi eller vid odelat lasarett eller eventuellt i ytterligare några discipliner (pediatrik, psykiatri, obstetrik-gynekologi). Denna anordning utesluter emellertid, att alla läkare får en viss praktisk skolning i t. ex. kirurgi, ehuru detta måste sägas vara nödvändigt för såväl allmänläkare som specialläkare. Även med en obligatorisk fordran på ett praktiskt sjukhusår för alla läkare synes således kravet på assistenttjänstgöringar i medicin och kirurgi kvarstå. Anordningen kan således icke leda till någon avsevärd förkortning av grundutbildningen. Skall så bli fallet måste den praktiska sjukhustjänstgöringen göras så lång, att båda de nämnda ämnena kan ingå i den, vilket i sin tur vid en obligatorisk fordran ytterligare försvårar ovan diskuterade organisatoriska och ekonomiska problem.

Läget torde kunna sammanfattas sålunda. Den nuvarande allmänna läkarutbildningen med enbart kurser och korta assistenttjänstgöringar torde vara mindre tillfredsställande med hänsyn till det ringa mått av praktisk erfarenhet, den ger före medicine licentiatexamen och legitimationen. Den bästa principiella lösningen synes vara en läkarutbildning, som ger en praktisk rutin i de för allmänpraktikern nödvändiga disciplinerna under en tämligen lång, obligatorisk sjukhustjänstgöring i underläkarställning. Närmast skulle detta motsvara det ovan skisserade andra alternativet. Vid sina undersökningar beträffande möjligheterna att åstadkomma en sådan planläggning av den allmänna läkarutbildningen har kommittén emellertid stött på sådana svårigheter av ovan antydd art, att kommittén icke anser sig kunna framlägga ett dylikt förslag till utbildning.

Kommittén har i stället utformat sin utbildningsplan efter följande linjer (se kapitlet om studieplanen). Grundutbildningen måste inbegripa assistenttjänstgöringar som syftar till att ge ökad praktisk förfarenhet i de centrala kliniska ämnena medicin och kirurgi. Därjämte får den studerande fullgöra en något kortare assistenttjänstgöring i ett valfritt kliniskt specialämne. Kommittén har dock genom att samla assistenttjänstgöringarna i ett sista skede av grundutbildningen och genom att rekommendera att de förlägges även till andra sjukhus än undervisningssjukhusen sökt tillgodose kravet, att assistenttjänstgöringsperioden skall ge tillfälle till ett arbete i sjukvården som närmar sig underläkarens. Kommittén har sålunda strävat att så vitt möjligt utforma assistenttjänstgöringsperioden som en motsvarighet till en obligatorisk sjukhustjänstgöring i underläkarställning.

Efter denna grundutbildning anser kommittén det önskvärt med en vidareutbildning icke endast för specialläkarna utan även för allmänläkarna och tjänsteläkarna. För allmänläkarnas del har kommittén ansett, att det tills vidare kan vara tillfyllest med en rekommendation angående en viss sjukhustjänstgöring (se kapitlet om utbildning av allmänpraktiker). Det torde nämligen vara fullt tänkbart att genom överenskommelser mellan medicinalstyrelsen, huvudmännen och läkarorganisationerna utforma regler för underläkartjänstgöringarnas anordning på sjukhusen, som skulle göra det möjligt att i tillräcklig grad öka cirkulationen på underläkartjänsterna, utan att därför obligatoriska bestämmelser om ett eller flera särskilda sjukhusår behöver införas. Vid en sådan anordning kan tillgängliga underläkartjänster utnyttjas på ett flexibelt och individualiserat sätt, och även vikariatförordnanden kan utnyttjas som ett led i vidareutbildningen. Med ledning av tidigare gjorda beräkningar av olika underläkartjänsters antal synes det kommittén fullt befogat att anta, att samtliga läkare kan beredas möjligheter att skaffa sig en tillräcklig sjukhusutbildning med hänsyn till varje form av definitiv läkarverksamhet. Det av kommittén föreslagna samarbetsorganet har härvid en viktig uppgift att fylla.

Kap. 55. UTBILDNING AV ALLMÄNPRAKTIKER

Nuvarande förhållanden

Envar legitimerad läkare är enligt gällande bestämmelser berättigad att självständigt bedriva läkarverksamhet.

Tidigare diskussion

LS anförde i sin utredning om utbildningen efter medicine licentiatexamen, att det vore ett stort samhällsintresse att de blivande allmänpraktikerna erhölle praktiskt taget samma möjligheter till sjukhusutbildning som de blivande tjänsteläkarna. För dessa angavs den önskvärda utbildningen vara omkring fem år med ungefär halva tiden på odelat lasarett, medicinsk och kirurgisk avdelning och halva tiden på randutbildningstjänst inom vissa specialområden (pediatrik, psykiatri, epidemiologi, ftisiologi).

Vid remissbehandlingen av detta förslag anförde medicinalstyrelsen, att allmänpraktikernas utbildning borde utgöra dels ett för allmänpraktiker och specialläkare gemensamt grundläggande sjukhusår, dels ytterligare tre sjukhusår. Förslaget upprepades i medicinalstyrelsens utredning om den öppna läkarvården.

Inom Sveriges läkarförbund har utarbetats ett preliminärt förslag till bestämmelser för rätt att annonsera allmän praktik. Enligt förslaget skulle härvidlag fordras en sammanlagd utbildning på sjukhus under fem år. Förslaget har icke lett till någon åtgärd från läkarförbundets sida.

Kommittén

Som mål för läkarutbildningen angav LS "att bibringa den studerande en så grundläggande medicinsk allmänbildning att man åt honom kan anförtro utövande av allmän läkarpraktik". Den nuvarande läkarutbildningen har samma mål. Å andra sidan anses det numera allmänt att läkarutbildningen fram till medicine licentiatexamen och därmed till legitimationen icke är en tillräcklig grund för utövande av en god allmänpraktik. Utbildning vid lärosätenas kliniska avdelningar kan ej ge den praktiska erfarenhet och den sjukvårdsrutin, som bör krävas för en självständig läkarverksamhet. Det anses önskvärt att den blivande praktikern under någon tid får även den skolning av det kliniska omdömet och den etiska fostran, som samarbetet inom en sjukhusorganisation med erfarna kolleger innebär. De allra flesta läkare finner det självklart, att ansvaret för en allmänpraktik med ett blandat klientel är så stort att det icke vare sig ur patienternas eller samhällets synpunkt är önskvärt, att någon läkare träder in i sådan verksamhet utan en vidareutbildning efter licentiatexamen. Detta har lett till att de flesta blivande praktiserande läkarna på eget initiativ skaffar sig flera års sjukhusutbildning, innan de öppnar egen praktik.

Å andra sidan visar tillgängliga siffror, att ett icke ringa antal av allmänpraktikerna dock börjar sin verksamhet med mindre utbildning än ett år som underläkare och att åtskilliga helt saknar sådan utbildning (se LS utredning härom). Procentuellt utgör dock dessa allmänpraktiker en liten del av alla för varje år utexaminerade. Den främsta orsaken till att otillräckligt utbildade läkare på detta sätt går ut i allmän praktik är uppenbart av ekonomisk natur och sammanhänger med läkarutbildningens längd och den färdige licentiatens önskan att snabbt förvärva de inkomster, som en läkarpraktik kan skänka. I dessa fall torde man mången gång kunna påstå, att den ifråga om

sjukhusarbete oerfarne men ansvarskännande allmänpraktikern i vetskap om sin knappa utbildning bedriver sin verksamhet med en motsvarande försiktighet, men principiellt torde dock de nu påtalade förhållandena vara otillfredsställande. Avgörandet om även allmänpraktikern obligatoriskt skall åläggas en utbildning utöver medicine licentiatexamen blir således beroende på en avvägning mellan riskerna av att låta läkare arbeta på eget ansvar med enbart den allmänna läkarutbildningen som bakgrund och de organisatoriska och ekonomiska svårigheter, som krav på en ytterligare sjukhusutbildning skulle medföra.

Kommittén har ingående undersökt möjligheterna att anordna en obligatorisk sjukhusutbildning för alla läkare (se kapitlet om ett obligatoriskt sjukhusår). En sådan fordran synes emellertid leda till ett så stelt och svårmanövrerbart system för fördelningen av landets underläkarbefattningar på olika utbildningsriktningar, att kommittén icke ansett sig kunna framlägga förslag i denna riktning. En bidragande orsak till detta ställningstagande har även systemets ekonomiska konsekvenser i olika avseenden utgjort. Kommittén har därför stannat för en utbildningsplan, som i möjligaste mån inom en rimlig utbildningstid tillgodoser behovet av en viss praktisk skolning, huvudsakligen inom utbildningens huvudämnen. I anslutning härtill får då läkarnas vidareutbildning byggas upp efter olika linjer för skilda definitiva verksamhetsfält.

Vid sina diskussioner med Sveriges läkarförbund har kommittén framfört den tanken, att läkarorganisationerna själva genom olika åtgärder skulle försöka få även dem av sina medlemmar, som ämnar bli allmänpraktiker, att följa vissa regler i sin vidareutbildning efter licentiatexamen. I detta syfte borde Sveriges läkarförbund direkt rekommendera en viss sjukhusutbildning för blivande allmänpraktiker. Även om läkarförbundet icke skulle kunna gå så långt som att utesluta medlemmar, vilka öppnat allmän praktik utan att uppfylla de av läkarförbundet rekommenderade villkoren, så skulle en sådan rekommendation och tänkbara åtgärder i anslutning därtill från förbundets sida dock innebära en faktor att räkna med för läkarna i deras framtida verksamhet. Det skulle därför kunna förmodas, att endast mycket få läkare skulle vilja åsidosätta sådana krav, vilka vunnit anslutning från praktiskt taget samtliga andra läkare. För en sådan verkan av en kraftig rekommendation från fackorganisationens sida talar, att den av förbundet fastställda standarden på specialistutbildningen kunnat upprätthållas enbart på läkarförbundets auktoritet och utan stöd i lagar och förordningar.

Kommittén har därför efter överläggningar med Sveriges läkarförbund utarbetat ett förslag till vidareutbildning för allmänpraktiker, som torde kunna bli antaget av läkarförbundet som en rekommendation från dess sida. Utbildningen skall omfatta minst två års tjänstgöring på sjukhus i underordnad ställning med tjänsteårsrätt. Av dessa två år skall ett år fullgöras på invärtesmedicinsk avdelning, odelat lasarett eller sjukstuga. Intill ett halvt år av denna tid skall dock kunna utbytas mot tjänstgöring på kirurgisk lasarettsavdelning. Till den här berörda ettåriga tjänstgöringen skall läggas fyra månaders tjänstgöring på psykiatrisk klinik eller sinnessjukhus samt åtta månaders tjänstgöring på valfri klinisk avdelning.

Kommittén vill låta sig nöja med att ange den nu skildrade sjukhusutbildningen som en standardutbildning för den, som ämnar öppna allmän praktik. Det är kommitténs förhoppning, att

denna utbildningsstandard skall accepteras av Sveriges läkarförbund och framläggas av förbundet som en rekommendation till dess medlemmar, vilken rekommendation förbundet är berett att stödja med lämpliga åtgärder.

Kommittén anser för sin del att ett sådant förslag tills vidare är till fyllest ur samhällets synpunkt. Den av kommittén föreslagna licentiatutbildningen är upplagd med tanke på att i möjligaste mån och särskilt med hänsyn till önskvärdheten att hålla utbildningstiden inom en rimlig gräns förse de studerande med kunskaper inom de för allmänpraktikern viktigaste ämnena. Kommitténs förslag innebär jämfört med det nuvarande utbildningssystemet en avsevärd förbättring av allmänpraktikernas utbildning. Föreslagna åtgärder från läkarförbundets sida kommer vidare utan tvivel att ytterligare minska antalet av de läkare, som öppnar allmän praktik utan tillfredsställande sjukhusutbildning. Med hänsyn härtill förefaller det aktuella läget icke att kräva några drastiska åtgärder, utan utvecklingen under en fem- eller tioårsperiod torde kunna avvaktas. Skulle situationen under denna tid tendera mot ett tillstånd, där allt flera läkare trots tillgång på utbildningsplatser icke följer läkarförbundets rekommendationer ifråga om utbildningen för allmänpraktiker, så måste förhållandena omprövas och av läget påkallade åtgärder vidtas. I första hand måste därvid komma ifråga att begränsa licentia practicandi i så mån, att behörighetsvillkor för sådan verksamhet uppställes och att kontrollen av reglernas efterlevnad överföres till medicinalstyrelsen.

Kap. 56. UTBILDNING AV TJÄNSTELÄKARE M. FL.

Nuvarande förhållanden

För behörighet till tjänsteläkarbefattning fordras för närvarande minst åtta månaders tjänstgöring som underordnad läkare vid offentlig eller enskild sjukvårdsinrättning, varav minst fyra månader skall vara fullgjorda vid lasarett eller vid medicinsk eller kirurgisk avdelning av sjukhus.

En tämligen ingående skildring av det dåvarande läget i fråga om utbildningstid, art av utbildning etc. inom tjänsteläkarkåren framlades i LS betänkande del III.

Särskild utbildning i socialmedicin och socialhygien för tjänsteläkare meddelas vid tjänsteläkarkurser, vilka avses för provinsialläkare och därmed jämställda tjänsteläkare och är frivilliga. Kurserna, som är avgiftsfria, anordnas vid statens institut för folkhälsan. Det tar en tid av sex till åtta veckor och omfattar ca 150 föreläsningar och ca 30 demonstrationer. Undervisningen vid kursen 1949 omfattade följande ämnesgrupper: medicinal- och hälsovårdsförfattningar; befolkningspolitik, socialvård etc.; mödra- och barnavård, skolhälsovård, dispensärvård, distriktsvård etc.; allmän hygien och epidemiologi; bostadshygien etc.; yrkeshygien; livsmedelshygien, näringslära etc.; mentalhygien etc.

För behörighet till förste provinsialläkarbefattning fordras sjukhustjänstgöring som för tjänsteläkare samt att vederbörande under minst tre år tjänstgjort som tjänsteläkare. En förste provinsialläkare skall vidare förete intyg på att han fullgjort speciella studier

och därunder förvärvat skicklighet såväl i allmän hälsovårdslära och dennas tillämpning som ock i undersökning och kontrollering av apotek, samt att han inhämtat noggrann författningskunskap på de områden, som falla inom förste provinsialläkares tjänsteverksamhet. Denna särskilda teoretiska utbildning förvärvas i allmänhet genom fullgörandet av en ämbetsläkarkurs. Sådana kurser anordnas vid statens institut för folkhälsan och omfattar ca 180 undervisningstimmar, fördelade på sex veckor. Deltagarantalet har varit begränsat till tio. Kursen står öppen för varje legitimerad läkare och är avgiftsfri.

Som kompetensvillkor för bataljonsläkare och flygläkare gäller bl. a. att vederbörande skall ha fullgjort den sjukhustjänstgöring, som är stadgad för behörighet till provinsialläkartjänst. Vidare fordras viss militär tjänstgöring. För behörighet som regementsläkare och marinläkare av första graden erfordras genomgången militärläkarkurs respektive marinläkarkurs.

Från och med budgetåret 1945/46 har anvisats anslag till anordnande av specialkurser i skolhygien för läkare. Särskilda kompetenskrav finns icke angivna för skolläkare.

För utbildning av industriläkare finns inga regler angivna. Svenska industriläkarföreningen har utfärdat vissa meritvärderingsnormer för definitiva industriläkartjänster. Däri anges som önskvärda minimikrav i fråga om sjukhustjänstgöring och liknande

för tjänst med kirurgisk verksamhet: två år medicin, ett år kirurgi och ett år yrkesmedicin respektive yrkeshygien.

för tjänst utan kirurgisk verksamhet: tre år medicin och ett år yrkesmedicin respektive yrkeshygien eller två år medicin, ett år psykiatrisk klinik och ett år yrkesmedicin respektive yrkeshygien.

Särskilda industriläkarkurser har under åren 1948—1951 varit anordnade vid statens institut för folkhälsan. Kurserna har tagit en tid av tre veckor och omfattat ca 55 timmars föreläsningar och ca 10 demonstrationer. Även för budgetåret 1952/53 finns medel anvisade för ändamålet, men den till hösten 1952 planerade kursen har på grund av personalsvårigheter ännu ej kommit till stånd.

Tidigare diskussion

LS uttalade, att man på grund av de stora krav, som numera måste ställas på tjänsteläkarna, icke kunde anse den stadgade utbildningstiden tillräcklig. Utbildningen för blivande tjänsteläkare borde vid odelat lasarett, medicinsk eller kirurgisk avdelning uppgå till minst ett, högst fyra år. LS framhöll särskilt, att en längre sjukhusutbildning icke vore nödvändig och ur vissa synpunkter ej heller önskvärd. Utöver den angivna tjänstgöringen borde tjänsteläkaren ha tre månader vid barnsjukhus, tre månader vid epidemisjukhus, två månader vid sanatorium, medicinsk tuberkulosavdelning eller fristående centraldispensär samt två månader på sinnessjukhus. I obstetrik däremot ställde sig enligt LS behovet av utbildning så olika för olika tjänsteläkare, att man icke borde uppställa ett generellt krav på utbildning utöver licentiatexamen i detta ämne. Det borde ankomma på medicinalstyrelsen att i utnämningsärenden fästa särskilt avseende vid sådan utbildning i de fall, där tjänsteläkaren vore läkare vid förlossningsanstalt eller där han av andra skäl borde äga särskilda kvalifikationer för obstetrisk verksamhet.

Sammanlagt angav LS att den önskvärda utbildningen för en tjänsteläkare

utgjorde omkring fem år, varav halva tiden borde komma på utbildning vid odelat lasarett, medicinsk och kirurgisk avdelning och halva tiden på randutbildning inom ovan nämnda specialområden. Härutöver borde obligatoriskt krävas särskild tjänsteläkarkurs. Utbildningen till medicine licentiatexamen vore nämligen inte tillfyllest med hänsyn till de vidgade uppgifter inom socialmedicinen, som numera åvilade tjänsteläkarna. Tjänsteläkarkurs borde dock icke uppställas som ett behörighetskrav för ernående av tjänsteläkarbefattning, men föreskrift borde meddelas att sådan kurs skall ha fullgjorts senast fem år efter det vederbörande utnämnts till tjänsteläkare. Tjänsteläkarkurserna borde få ungefär samma omfattning som för närvarande, men utbildningen i venereologi och sexualhygien borde något utökas. Stipendier skulle utgå till alla som på ett nöjaktigt sätt genomgått kursen. Kurserna borde som regel ordnas av statens institut för folkhälsan.

Beträffande tjänster som förste provinsialläkare och motsvarande tjänsteläkarbefattningar föreslog LS ingen ändring i gällande behörighetsvillkor. I fråga om de för dessa läkare avsedda ämbetsläkarkurserna anförde LS, att de borde bibehållas vid sin nuvarande organisation. Tillträde till kursen borde i regel lämnas endast den läkare, som varit verksam minst två år som tjänsteläkare, detta för att utbytet av kursen skulle bli det avsedda.

I fråga om militärläkare anförde LS, att tre till fyra års sjukhustjänstgöring vore den lämpligaste utbildningen, särskilt med hänsyn till att truppförbandsläkaren vid tillträdandet av sin befattning icke borde ha överskridit 35-årsåldern. En utbildning omfattande ett till två år i medicin eller dess bidiscipliner (sanatorier, sinnessjukhus, neurosanstalter), ett till två år på odelat lasarett eller kirurgisk avdelning samt tillhopa ett till ett och ett halvt år i hygien och epidemiologi syntes vara ändamålsenligt avvägd. LS fann icke skäl föreligga att närmare ingå på militärläkarkursernas organisation och omfattning.

Utbildning för skolläkare borde i fråga om skolöverläkartjänster ordnas i enlighet med ett av barnläkarförbundet 1941 framlagt förslag. Enligt detta borde skolöverläkaren ha förvärvat barnspecialistkompetens, utövat praktisk skolläkarverksamhet, varit verksam som allmänpraktiker, förvärvat erfarenhet i socialmedicinskt arbete samt dokumenterat sig såsom kompetent till vetenskaplig forskning. För skolläkarnas del anförde LS, att deras arbete omfattade övervakning av skolbarnens hälsovård, övervakning av skolmiljön i hygieniskt syfte samt en viss kontroll även av hemmiljön. Man måste kunna fordra av skolläkaren, att han vore väl hemmastadd i den allmänna sociala hälsovårdens problem. Av särskilt värde för en skolläkare vore utbildning i pediatrik, invärtesmedicin, epidemiologi, barnpsykologi och socialhygien.

Utbildningen av industriläkare berördes ej av LS.

Vid remissbehandlingen hade de flesta remissmyndigheterna intet att erinra mot LS ovan nämnda förslag och uttalanden. *Medicinalstyrelsen* föreslog dock, att tjänsteläkarkurs skulle uppställas som ett behörighetskrav för ernåendet av tjänsteläkarbefattning. *Försvarets sjukvårdsförvaltning* ansåg, att den av LS föreslagna utbildningen för militärläkare skulle bli av utomordentligt stor betydelse för försvarssjukvården. *Skolöverstyrelsen* föreslog, att sammanlagt tre årsstipendier försöksvis skulle inrättas för randutbildning i pediatrik av skolläkare. Förutom de år-

liga kurserna i skolhygien för skolläkare fann skolöverstyrelsen det önskvärt med specialkurser, som berörde områden av särskilt intresse för skolläkarna. Sålunda syntes närmast angeläget att kurser finge anordnas i barnpsykologi och barnpsykopatologi samt ortopedi. Det vore vidare önskvärt att i tjänsteläkarkurser och ämbetsläkarkurser inlades ett något fylligare skolhygieniskt program om förslagsvis 8 föreläsningar med hänsyn till utvecklingen på det skolhygieniska området under de sista åren och de ökade krav, som bl. a. provinsialläkarna sålunda ställts inför. *Pensionsstyrelsen* framhöll, att reumatologi borde medtagas bland de specialområden, inom vilka en tjänsteläkare borde erhålla randutbildning. Pensionsstyrelsen underströk även den stora betydelsen av att tjänsteläkarna hade goda insikter i neuroslära.

1944 års militärsjukvårdskommitté framlade i sina betänkanden (SOU 1944: 66 och 1947: 5) förslag till kompetenskrav för militärläkare. Enligt dessa skulle för behörighet till befattning såsom bataljonsläkare av andra graden (motsvarande) fordras, att vederbörande under minst åtta månader före eller efter legitimationen, tjänstgjort såsom underordnad läkare vid allmän eller enskild sjukvårdsinrättning, varav minst fyra månader vid lasarett eller vid medicinsk eller kirurgisk avdelning av sjukhus. För behörighet till befattning såsom bataljonsläkare av första graden (motsvarande och högre) skulle fordras, att vederbörande under minst ett år, före eller efter legitimationen, tjänstgjort såsom underordnad läkare vid allmän eller enskild sjukvårdsinrättning, huvudsakligen vid lasarett eller vid medicinsk eller kirurgisk avdelning av sjukhus. Kommitténs förslag har i dessa avseenden inte föranlett några åtgärder.

I skrivelse den 12 december 1951 till chefen för inrikesdepartementet föreslog medicinalstyrelsen, att behörighetsvillkoren för förste provinsialläkare skulle ändras. För sådan befattning borde krävas minst tre års sjukhusutbildning, varav ett år skulle ägnas åt tjänstgöring på ett större epidemisjukhus samt för utbildning i epidemiologi och bakteriologi. I tjänstgöringen borde även ingå fyra månaders tjänstgöring vid tuberkulossjukhus samt minst fyra månaders tjänstgöring vid psykiatriskt sjukhus. Härtill skulle komma ett års specialutbildning i hygien, innefattande jämväl yrkeshygien, och samtidigt deltagande i delar av undervisningen på socialinstitutets sociala linje samt kurs i statistik. Vidare skulle krävas minst två års förordnande som tjänsteläkare och minst ett års tjänstgöring som biträdande förste provinsialläkare.

Kommittén

Liksom LS finner kommittén, att de nuvarande behörighetsvillkoren för tjänsteläkare är otillfredsställande med hänsyn till de uppgifter, som numera åligger dem. Av tjänsteläkare bör krävas dels en sjukhusutbildning inom sådana discipliner, som är av särskild vikt med hänsyn till dessa läkares klientel, dels en tjänsteläkarkurs med sikte på speciell utbildning i socialmedicin och hygien.

LS rekommenderade en sjukhusutbildning på ca fem år för tjänsteläkare, varav halva tiden skulle komma på odelat lasarett, medicinsk och kirurgisk avdelning och halva tiden på randutbildning vid barnsjukhus, epidemisjukhus, sanatorium och sinnessjukhus m. m. Kommittén vill instämma i att dessa områden synes vara särskilt viktiga för tjänsteläkaren. Denne skall ta hand om ett allmänt patientklientel, vilket kräver

en tillräcklig utbildning i medicin och kirurgi. Han skall vidare sköta barnavårds- och mödravårdsverksamhet samt tuberkulosdispensär. Han har även att övervaka den epidemiologiska situationen i sitt distrikt. Allt detta talar starkt för att tjänsteläkarens utbildning förlägges till sådana sjukhus som redan LS angav. Kommittén finner dock, att tjänsteläkarens arbete med den förebyggande mödravården och det gynekologiska klientelet motiverar även en tids utbildning på obstetrisk-gynekologisk avdelning.

För allmänpraktiker har kommittén rekommenderat en sjukhusutbildning på två år, såsom skildrats i kapitlet om dessa läkares vidareutbildning. Avsevärt större krav måste enligt kommitténs mening ställas på tjänsteläkarnas kompetens. Å andra sidan bör dessa krav knappast sättas så högt som fem år, vilket skulle motsvara tiden för en specialistutbildning enligt de regler som nu följes. Efter överläggningar med chefen för medicinalstyrelsens medicinalbyrå vill kommittén därför föreslå, att tjänsteläkare skall ha följande utbildning. Utbildningen skall omfatta minst tre års tjänstgöring på sjukhus i underordnad ställning med tjänsteårsrätt. Av dessa tre år skall ett och ett halvt år fullgöras på invärtesmedicinsk avdelning, odelat lasarett eller sjukstuga. Intill ett halvt år av denna tid skall dock kunna utbytas mot tjänstgöring på kirurgisk lasarettsavdelning. Till den här berörda tjänstgöringen skall läggas fyra månaders tjänstgöring på psykiatrisk avdelning eller sinnessjukhus, tre månaders tjänstgöring på epidemisjukhus eller bakteriologiskt laboratorium eller barnsjukhus eller tuberkulosavdelning (sanatorium, fristående centraldispensär), tre månaders tjänstgöring på obstetrisk-gynekologisk avdelning samt åtta månaders tjänstgöring på valfri sjukhusavdelning. Kommittén föreslår vidare, att dessa kompetensvillkor obligatoriskt skall gälla för behörighet till befattning som tjänsteläkare. Med hänsyn till svårigheterna att för närvarande få kompetenta sökande till tjänsteläkarbefattningar bör dock medicinalstyrelsen tills vidare medges rätt att i lämplig omfattning bevilja dispens från behörighetsvillkoren. Så snart läget tillåter det, bör dock denna dispensrätt indras.

Utöver den nu skildrade sjukhusutbildningen bör liksom hittills anordnas tjänsteläkarkurser för särskild undervisning i socialmedicin och hygien. Kommitténs överläggningar med medicinalstyrelsen och med den nuvarande ledaren för dessa kurser vid statens institut för folkhälsan, professorn G. Fischer, har övertygat kommittén om att kurserna i framtiden bör väsentligt utökas med hänsyn till tjänsteläkarnas växande uppgifter inom socialmedicinen. Kommittén föreslår därför att tjänsteläkarkursen ges en ungefär dubbelt så stor omfattning som den nuvarande, varigenom den kommer att ta en tid av cirka tre månader. I kursen, som liksom hittills bör anordnas vid statens institut för folkhälsan och som bör utformas i nära anslutning till den typ av tjänsteläkarkurser som för närvarande hålles, bör socialmedicin, hygien och rättsmedicin vara huvudämnena. Ämnen såsom författningskunskap, statistik (vitalstatistik), socialpolitik och allmän hygien bör ges särskilt utrymme.

Kommittén anser i likhet med LS, att övervägande skäl talar för att dessa kurser blir obligatoriska för tjänsteläkarna. Kommittén kan likaså ansluta sig till LS förslag, att genomgången kurs icke bör vara behörighetskrav för tjänsteläkarbefattning men att sådan kurs enligt föreskrift skall fullgöras

inom fem år efter tillträdet av befattningen.

LS har i sitt betänkande del III beräknat ersättningsbehovet för tjänsteläkare till och med år 1960. Med utgångspunkt från dessa beräkningar och med hänsynstagande till tillkomsten av nya provinsialläkardistrikt kan deltagarantalet i tjänsteläkarkurserna under de närmaste åren beräknas uppgå till 30—40 per år. Oaktat detta deltagarantal är mer än dubbelt så stort som det nuvarande, anser kommittén, att kursen bör ordnas endast en gång årligen. Detta torde kunna ske genom att deltagarna under de praktiska demonstrationerna uppdelas på två grupper. Vid en fördubbling av kursens omfattning skulle sålunda en undervisningsvolym av 300 timmars föreläsningar och 120 demonstrationer erfordras. Härav förutsätter kommittén, att den ordinarie lärarpersonalen vid institutet liksom hittills fullgör viss del, vilken uppskattats till ca 20 timmar. För övriga 280 timmar föreläsningar och 120 demonstrationer beräknas ett arvode av 17 600 kronor att fördelas på speciallärare. Härtilll bör komma medel för administrationskostnader, vilka kommittén med hänsyn till kursernas omfattning beräknar till 2 000 kronor.

Tjänsteläkare bör få uppbära oavkortad lön under kursen. Vid tjänsteläkarkurserna 1938—1940 ägde styrelsen för statens institut för folkhälsan tilldela högst 20 i statens, landstings eller kommuns tjänst anställda läkare stipendier för deltagande i kursen på högst 500 kronor. Vid senare tjänsteläkarkurser har emellertid medel för stipendier ej anvisats. Enligt kommitténs mening bör möjlighet till stipendier finnas företrädesvis för kursdeltagare, som ej uppbär lön under kursen. Kommittén beräknar härför 10 000 kronor att fördelas på stipendier om högst 1 000 kronor.

Vid bedömandet av kommitténs kostnadsberäkning bör observeras att under institutets anslag till avlöningar årligen beräknas medel för tjänsteläkar- eller ämbetsläkarkurser (budgetåret 1952/53 6 500 kronor för ämbetsläkarkurs). Med hänsyn till medlens alternativa användning har kommittén ej avdragit beloppet vid kostnadsberäkningen.

För förste provinsialläkare och motsvarande tjänsteläkare finns särskilda behörighetsbestämmelser. Första delen härav utgöres av krav på en sjukhustjänstgöring av samma längd som för tjänsteläkare. Denna bestämmelse bör ändras till överensstämmelse med vad kommittén ovan föreslagit för tjänsteläkare. Därutöver har medicinalstyrelsen i ovan refererade skrivelse av den 12 december 1951 föreslagit viss annan tjänstgöring och utbildning, innefattande även en ny utformning av ämbetsläkarkurserna. Kommittén ansluter sig till detta förslag.

I samband med diskussionen om tjänsteläkarnas utbildning vill kommittén beröra utbildningen även för vissa andra befattningar. På militärläkare torde i åtskilliga avseenden likartade krav böra ställas som på tjänsteläkare. Kommittén föreslår, att det även för behörighet till befattning som militärläkare skall krävas en sjukhustjänstgöring på tre år. Fördelningen av denna tjänstgöring på olika typer av sjukhusavdelningar torde böra fastställas efter förslag av vederbörande militära myndigheter. Likaså finner kommittén icke anledning behandla övriga behörighetskrav för befattning som militärläkare såsom viss militärtjänstgöring och speciella kurser.

Beträffande skolläkare vill kommittén föreslå, att en rekommendation utformas angående den lämpliga utbildningen med hänsyn till sjukhustjänstgöringarnas längd och art samt övrig

utbildning. Det torde böra ankomma på skolöverstyrelsen att efter hörande av de medicinska fakulteterna och kollegierna samt vederbörande läkarorganisationer fastställa en utbildningsstandard för skolläkare. Anslag bör liksom hittills ställas till skolöverstyrelsens förfogande för särskilda kurser för utbildning av skolläkare i skolhygien, innefattande jämväl barnpsykologi och barnpsykopatologi. Dessa kurser anordnas lämpligen i samverkan med vederbörande medicinska institutioner.

För industriläkare finns för närvarande inga kompetensvillkor fastställda. Enligt kommitténs mening bör även för dessa läkarbefattningar en rekommendation utformas angående den lämpliga utbildningen. En sådan rekommendation torde kunna anknyta till kommitténs förslag till behörighetsvillkor för tjänsteläkare. Den närmare utformningen av kompetensvillkoren för industriläkare torde böra företas av medicinalstyrelsen i samråd med arbetarskyddsstyrelsen efter hörande av de medicinska fakulteterna och kollegierna samt vederbörande läkarorganisationer. En sådan utbildningsstandard skulle bli av stor betydelse som vägledning för industriföretagen. Särskilda kurser för industriläkare, omfattande ämnen av speciell betydelse för deras verksamhet, bör även i fortsättningen anordnas. Kurserna bör liksom hittills anordnas vid statens institut för folkhälsan och anslag ställas till institutets förfogande.

Verksläkare har genom sin speciella anställningsform en ställning som i vissa avseenden motsvarar tjänsteläkarens. Deras medicinska uppgifter å andra sidan är väsentligen desamma som en allmänpraktikers. Kommittén föreslår, att det vid anställandet av verksläkare tillses, att vederbörande har en utbildning, motsvarande vad som föreslagits för allmänpraktiker.

Kostnadsberäkning

Arvoden till speciallärare vid tjänsteläkarkurs vid statens institut för folkhälsan beräknas.	17 600 kr.
Administrationskostnader	2 000 kr.
Stipendier till deltagare i samma kurs.	10 000 kr.
Summa	29 600 kr.

Kap. 57. UTBILDNING AV SPECIALISTER

Nuvarande förhållanden

Specialistutbildningen regleras för närvarande endast genom de riktlinjer för rätt att annonsera specialitet, som av Sveriges läkarförbund angivits för dess medlemmar. Förbundet har nyligen reviderat kompetensvillkoren för specialisträtt, och för sådan rätt fordras i flertalet fall sjukhustjänstgöringar vid olika avdelningar på tillhopa fem år. Specialistutbildningen sker således helt genom tjänstgöring som underläkare vid olika sjukhusavdelningar.

Frivillig undervisning av betydelse för vissa specialister anordnas vid olika tillfällen. Kurser i rättspsykiatri om 32 timmars föreläsningar och demonstrationer med diskussioner för blivande psykiater ges årligen två gånger i Stockholm och en gång i Lund. För denna undervisning svarar i Stockholm professorn i rättspsykiatri och i Lund lä-

raren i rättspsykiatri, avlönad med arvode.

Nordiska kurser i oftalmiatrik företrädesvis för blivande ögonläkare har på initiativ av Svenska ögonläkarföreningen anordnats vid tre tillfällen, varav en gång i Sverige. Dessa kurser har pågått cirka en vecka, och undervisningen har meddelats av sammankallade specialister på olika områden inom oftalmiatriken. Internationella kurser i anestesiologi har anordnats i Köpenhamn vid två tillfällen, varvid även ett avsevärt antal svenska läkare deltagit. Kurserna anordnades av Förenta Nationernas världshälsoorganisation. Även i pediatrik har världshälsoorganisationen organiserat en kurs förlagd till Stockholm, där många svenska läkare deltog.

I röntgendiagnostik har frivillig undervisning i mera avancerade undersökningsmetoder regelbundet anordnats för äldre medicine kandidater och färdiga läkare (se kapitlet om röntgendiagnostik). På privat initiativ har vid olika tillfällen anordnats kurser i elektrokardiografi i Stockholm.

Tidigare diskussion

LS anförde att — såvitt LS hade erfarit — den nu tillämpade ordningen med beviljande av specialisträtt genom Sveriges läkarförbund i stort sett hade varit tillfyllest. Det syntes därför åtminstone i dåvarande läge icke vara erforderligt med en statlig reglering av specialistutbildningen.

Vid sina beräkningar av behovet av utbildningstjänster för specialister inom medicinens olika områden behandlade LS även frågan om tiden för erforderliga sjukhustjänstgöringar. Då detaljer i dessa förslag emellertid icke avsågs bli normerande för utbildningstiden, synes de icke behöva återges här.

En översikt av specialistutbildningen i olika länder publicerades 1950 av Världsläkarförbundet (WMA) under titeln "Postgraduate medical education and specialist training. Report 1."

Kommittén

Specialistutbildningen i vårt land skiljer sig från de flesta andra länders därigenom, att särskilda kurser icke är stipulerade för specialisterna. En efter vissa regler sammansatt sjukhustjänstgöring räknas som tillräcklig utbildning. I åtskilliga länder finns, såsom framgår av WMA:s sammanställning, detaljerade krav angivna på speciella kurser med både teoretisk och praktisk utbildning, och sådana kurser kräver i många fall flera års studier. Särskilt i de anglosachsiska länderna är denna specialistutbildning i många fall mycket grundlig och garanterar en hög standard på specialisterna. Emellertid fordrar denna form av specialistutbildning omfattande särskilda anordningar såsom speciella lärare och reserverade underläkarbefattningar på specialistutbildningssjukhus. I Sverige torde för närvarande vare sig ekonomiska eller organisatoriska förutsättningar föreligga för ett sådant system.

Anledningen till att man i vårt land kunnat förlita sig enbart på sjukhustjänstgöring i underläkarställning för specialistutbildningen är givetvis väsentligen den, att sjukhusens standard här är hög och relativt uniform. Detta förhållande gör att utbildningens värde i allmänhet blir tillfredsställande, när den fullgöres på sjukhusavdelningar under kvalificerad ledning. Under sjukhustjänstgöringens lopp meddelar de välkvalificerade överläkarna tillräckligt av specialitetens både teoretiska och praktiska kunskaper för att säkerställa en tillfredsställande utbildning av de underordnade läkarna.

Kommittén har övervägt frågan huru-

vida specialistutbildningen även i vårt land skulle anses behöva en omläggning så till vida, att mera utförliga teoretiska kurser skulle ingå i densamma. Det är givet, att ett sådant system skulle medföra relativt stora kostnader för det allmänna. Erfarenheten tyder dock på att specialiststandarden är tillfredsställande med nuvarande utbildningssystem. Under sådana förhållanden finner sig kommittén icke föranlåten framlägga förslag om en utökning av specialistutbildningen i den angivna riktningen.

Frågor rörande behörighetsvillkor för speciella befattningar såsom lasaretts- och sinnessjukläkarbefattningar har kommittén icke ansett ingå i utredningsuppdraget.

Kontrollen av specialistutbildningen i vårt land är anförtrodd Sveriges läkarförbund. Den läkare, som önskar öppna praktik som specialist, får vända sig till förbundet med en ansökan att erhålla rättighet att annonsera specialiteten i fråga. Till denna ansökan skall fogas en meritförteckning med uppgift om de sjukhustjänstgöringar och annan utbildning, som sökanden önskar åberopa såsom sin specialistutbildning. Sedan förbundet granskat ansökan genom särskilt utsedda sakkunniga, vilka i regel är professorer vid de medicinska lärosätena i ifrågavarande kliniska ämne, meddelar läkarförbundet rätt till sådan specialistverksamhet eller avslår ansökan. Det är givet, att dessa Sveriges läkarförbunds beslut endast äger giltighet för förbundets medlemmar, varför överträdelse av reglerna för annonserande av specialistverksamhet som påföljd blott kan medföra, att den felande uteslutes ur läkarförbundet. Stadganden från offentlig myndighet reglerar icke alls dessa förhållanden. Det kunde synas, att en sådan helt på läkarkollegialiteten vilande reglering av specialistverksamheten skulle vara otillräcklig. Erfarenheten visar emellertid att Sveriges läkarförbunds beslut i dessa frågor praktiskt taget aldrig åsidosatts.

Med hänsyn till dessa omständigheter har kommittén icke funnit anledning föreslå ändring i det nuvarande sättet att kontrollera specialistutbildningen. Sveriges läkarförbund har nyligen genomfört en revision av specialitetsbestämmelserna, varvid sjukhusutbildningens längd i de flesta specialiteter satts till sammanlagt fem år. Kommittén finner för sin del en sådan tidrymd väl avvägd och har ingen anledning diskutera detaljbestämmelserna i fråga om olika specialiteter.

Vid sina överväganden i fråga om specialistutbildningen har kommittén funnit, att de ovan redovisade, sporadiskt anordnade kortare kurserna för vissa blivande specialister tilldragit sig stort intresse och synes vara av betydande värde. Kommittén finner sig därför föranlåten föreslå, att vissa anslag ställs till förfogande för kortare kurser för blivande specialister. Dessa kurser är avsedda att ge en överblick över viktiga och mera avancerade undersöknings- och behandlingsmetoder, särskilt med hänsyn till de senaste framstegen inom forskningen. Därigenom skulle de blivande specialisterna få centrala problem inom sin disciplin belysta av framstående experter på området. Sådana kurser har hittills anordnats endast försöksvis, och de bör i fortsättningen till att börja med anordnas i mindre omfattning för att man skall få tillfälle utpröva den lämpligaste organisationen av dem. Olika specialiteter kommer rimligen att ha behov av ett olika stort antal sådana kurser. Inom vissa områden torde kurserna behöva ordnas årligen, inom andra räcker kanhända en kurs vart annat eller vart tredje år. Det torde också vara fördelaktigt att på varandra följande kurser förlägges

till olika medicinska lärosäten, varigenom ett större intresse för kurserna kan påräknas från lärarnas sida och överbelastning på vissa kliniker undvikes. När större erfarenhet vunnits om kursernas lämpliga uppläggning och omfång, torde det böra övervägas om icke Sveriges läkarförbund skall fordra genomgången dylik kurs för specialisträtt.

Kommittén föreslår, att varje sådan kurs under de närmaste åren får en omfattning av en vecka. Under denna tid kan lämpligen en undervisning meddelas med 3 timmars föreläsningar dagligen, varjämte cirka 4 timmars ronder, kliniska demonstrationer eller dylikt kan anordnas dagligen. Föreläsarna vid kursen bör vara experter på de speciella problem, som skall avhandlas, varför ett tämligen stort antal föreläsare bör samlas vid varje kurs. Med hänsyn till att dessa föreläsningar måste utarbetas särskilt för tillfället av föreläsaren, vill kommittén föreslå, att de ersättes med 100 kronor per föreläsning. För rondundervisning och liknande bör halva detta arvode beräknas. Ledare för kursen skall vara professorn vid den klinik, dit kursen är förlagd. Han bör i samråd med sina kolleger göra upp en plan för kursen och vidtala de olika föreläsarna. Det bör ankomma på fakulteterna och kollegierna att föreslå sådana kurser hos kanslern, vilken ur ett totalanslag för verksamheten i fråga bör anvisa anslag till varje särskild kurs. Kanslern bör därvid beakta, att kurserna fördelas på lämpligt sätt inom medicinens olika specialiteter. Med ledning av den ovan angivna omfattningen av kursen vill kommittén föreslå, att ett belopp på 30 000 kronor ställs till kanslerns förfogande, avseende 10 kurser för blivande specialister inom olika fält av medicinen. Möjligheter torde föreligga att i viss utsträckning ordna dessa kurser i samarbete med övriga nordiska länder. En sådan utveckling synes ur olika synpunkter vara önskvärd.

Vissa specialiteter torde i fortsättningen liksom hittills kräva regelbundet anordnade kurser, för vilka anslag lämpligast beräknas särskilt. Utbildningen av psykiater i rättspsykiatri kan anses vara en sådan verksamhet. Kommittén föreslår, att denna undervisning i framtiden anordnas efter samma riktlinjer som nu med två kurser årligen i Stockholm och en kurs årligen i Lund, omfattande vardera 32 timmars föreläsningar och demonstrationer med diskussioner. I Stockholm bör kurserna meddelas av professorn i rättspsykiatri, medan i Lund ett oförändrat arvode av 2 000 kronor beräknas för särskild lärare.

Kommittén har vidare fått sin uppmärksamhet riktad på behovet att anordna särskild undervisning i radiofysik för blivande röntgenologer och radioterapeuter. Professorn i radiofysik vid karolinska institutet, R. M. Sievert, har i skrivelse till kommittén anfört, att det årligen bör ges en kurs i radiofysik på 10 föreläsningar, anpassade för läkarna vid radiumhemmet och i första rummet avseende radiofysikens tillämpning inom radioterapin. Dessa föreläsningar torde, då de läkare som önskar specialutbilda sig i radioterapi i regel fullföljer sina studier vid radiumhemmet på två år, böra vartannat år behandla röntgenstrålningen och vartannat år radioaktiva ämnen. Föreläsningarna borde ansluta sig till det praktiska arbete, som av institutionens fysiker utföres för den radioterapeutiska klinikens räkning.

Kommittén vill instämma med professor Sievert i att det är viktigt, att specialundervisning av radiofysiker meddelas till de läkare, som i sitt arbete

kommer att syssla med röntgen och radioaktiva ämnen. Kommittén vill emellertid föreslå, att en sådan undervisning icke blott tar sikte på de blivande radioterapeutiska specialisterna utan även på röntgenologerna. Om undervisningen upplägges på detta sätt vill kommittén ifrågasätta, om icke genomgången sådan undervisning borde uppställas som ett behörighetskrav för överläkartjänster vid röntgenologiska och radioterapeutiska avdelningar. Med hänsyn till den ganska omfattande utbildningen av röntgenologer och radioterapeuter i landet, och då specialister i radiofysik finns vid de medicinska lärosätena i Lund, Stockholm och Göteborg, vill kommittén föreslå, att nu diskuterade kurser i radiofysik anordnas en gång årligen på samtliga dessa orter och får en omfattning av 10 timmars föreläsningar. Det torde vara lämpligt att i enlighet med professor Sieverts förslag låta dem vartannat år beröra röntgenstrålningen och vartannat år de radioaktiva ämnena.

I den mån lärarna vid dessa kurser är anställda vid de medicinska lärosätena torde undervisningen böra ingå i deras undervisningsskyldighet. Detta synes kunna bli fallet i Lund och Stockholm. I Göteborg är radiofysikern anställd med sjukhuset som huvudman, varför där ett särskilt arvode bör beräknas om 500 kronor per år som ersättning för undervisningen i fråga.

I kapitlet om röntgendiagnostik har kommittén framhävt, att det även i den nya studieplanen kommer att finnas ett visst behov av frivillig undervisning i detta ämne. Det gäller här att tillgodose behovet av något mer ingående undervisning i ämnet än vad den allmänna läkarutbildningen ger för sådana läkare, som i sin praktik kommer att använda röntgendiagnostisk utrustning utan att därför vara specialister i ämnet. Det torde nämligen bli allt vanligare, att specialister i medicin och kirurgi samt även allmänpraktiker inköper röntgenutrustning och själva utför genomlysning och andra enklare röntgendiagnostiska undersökningar. Denna undervisning kommer att inta en mellanställning mellan den allmänna läkarutbildningen och specialistutbildningen. Kommittén finner dock — särskilt med hänsyn till nödvändigheten att genom en god utbildning av dessa läkare ge patienterna ett skydd mot felaktig behandling — att det är viktigt att en frivillig undervisning i röntgendiagnostik anordnas för denna speciella kategori av läkare.

Som framgår av kommitténs beräkningar i fråga om undervisningen i röntgendiagnostik, kan de röntgendiagnostiska klinikernas lärare icke tas i anspråk för större undervisning än vad som meddelas i den allmänna läkarutbildningen. För den nu diskuterade frivilliga undervisningen torde därför särskilda arvoden böra beräknas. Kommittén föreslår, att en frivillig två månaders kurs i röntgendiagnostik omfattande 30 föreläsningar och demonstrationer årligen anordnas i vardera Uppsala, Lund, Stockholm och Göteborg. För denna undervisning kan beräknas ett arvode på 1 500 kronor per kurs.

Kostnadsberäkning

Arvoden till lärare vid kurser för blivande specialister beräknas.	30 000 kr.
Arvode till lärare vid kurs i radiofysik i *Göteborg* beräknas.	500 kr.
Arvoden till lärare vid frivilliga kurser i röntgendiagnostik i *Uppsala, Lund, Stockholm* och *Göteborg*, 1 500 kronor per kurs, beräknas.	6 000 kr.
Summa	36 500 kr.

Kap. 58. EFTERUTBILDNING

Nuvarande förhållanden

Sedan 1945 har under medicinalstyrelsens överinseende årligen anordnats två fortsättningskurser, nämligen en i vardera Stockholm och Göteborg. Kurserna, som varit frivilliga, har haft ett maximalt deltagarantal på 50 i Stockholm och 30 i Göteborg. De har omfattat 45 katedrala föreläsningar samt praktiska demonstrationer vid kliniska och polikliniska ronder.

Till att börja med gick dessa kurser med fullt deltagarantal och en del sökande måste till och med avvisas. Senare har emellertid deltagarantalet sjunkit, särskilt i Göteborg. Med hänsyn härtill gjordes innevarande år det förslaget från medicinska högskolan i Göteborg, att endast en kurs årligen skulle anordnas varannan gång i Stockholm och varannan gång i Göteborg. Medicinalstyrelsen följde dock icke detta förslag med hänvisning till att fortsättningskursernas framtida ställning i läkarutbildningen inom kort skulle behandlas av 1948 års läkarutbildningskommitté.

Tidigare diskussion

LS behandlade i sitt andra betänkande fortsättnings- och repetitionskurser för läkare. En fullständig historik i frågan återfinnes där. Sammanfattningsvis anförde LS:

> Av de samråd, som de sakkunniga haft med representanter för ett flertal läkarsammanslutningar, har otvetydigt framgått, att stora grupper läkare ha behov av efterutbildning. Fortsättnings- och repetitionskurserna öka läkarnas möjlighet att snabbt och effektivt orientera sig bland de nya terapeutiska möjligheter, som den medicinska forskningen erbjuder, och att göra sig förtrogna med det medicinska framåtskridandet. Behovet av efterutbildning synes vara mindre uttalat bland universitetslärare och sjukhusläkare än bland tjänsteläkare, läkare vid sanatorier och sinnessjukhus, militärläkare och privatpraktiserande läkare. Det är ett samhälleligt intresse, att en väl organiserad medicinsk efterutbildning kommer till stånd.
>
> De sakkunniga föreslå, att efterutbildningen huvudsakligen göres frivillig och att man söker skapa ett allmänt intresse och förtroende för kursverksamheten för att sålunda nå en så stor anslutning som möjligt. Mot införandet av ett helt obligatoriskt kurssystem resa sig svårigheter bl. a. av ekonomisk art, och det är tydligt, att ett sådant system för närvarande icke skulle komma att omfattas av ett allmänt gillande från läkarkårens sida. Det är emellertid av alldeles särskilt intresse för staten att, såvitt angår de statsanställda läkarna, understödja deltagandet i efterutbildning. Det gäller här framför allt provinsialläkarkåren, militärläkarkåren och läkarna vid de statliga sinnessjukhusen. Efterutbildningen bör därför för dessa läkare göras obligatorisk, varvid förutsättes, att de under kurstiden få åtnjuta sina löneförmåner i samma utsträckning, som för närvarande gäller ifråga om provinsialläkare, som deltaga i fortsättnings- och repetitionskurser, respektive militärläkare, som deltaga i militärläkarkurser. Det är önskvärt, att efterutbildningen ordnas på samma sätt för av landsting och kommun anställda läkare, för vilka motsvarande behov kan anses föreligga. De sakkunniga understryka behovet av att dessa läkare vid deltagande i efterutbildning erhålla motsvarande förmåner som provinsialläkare. För att en ur samhällelig synpunkt önskvärd anslutning skall uppnås även från de läkares sida, vilka ej kunna påräkna lön under kurstiden, bör staten även i framtiden anslå medel till stipendier.
>
> Undervisningen förlägges tillsvidare till Stockholm och Göteborg. Om kursverksamheten behöver ökas, bör man överväga lämpligheten av att förlägga en del därav till universitet eller centrallasarett. Det bör tillkomma medicinalstyrelsen att fatta beslut om kursernas förläggning.
>
> Efterutbildningen anordnas i form av kurser på tre veckor. Tills vidare givas årligen en kurs med 50 deltagare i Stockholm och en kurs med 30 deltagare i Göteborg. Läkare med allmän medicinsk verksamhet fullgöra lämpligen efterutbildning 2 gånger, förslagsvis vid 40—45 års ålder och 50—55 års ålder. För de läkare, för vilka efterutbildning är obligatorisk, anger medicinalstyrelsen eller vederbörande militära myndighet tidpunkten för efterutbildningen. Vederbörande läkare bör emel-

lertid om möjligt själv få välja tidpunkten inom loppet av en treårsperiod. Kurserna skola stå under medicinalstyrelsens ledning.

De sakkunniga framlägga icke något detaljerat program för kurserna men ha ansett tre föreläsningar och två timmars demonstration dagligen vara en lämplig omfattning av undervisningen. Eventuellt bör i anslutning till den egentliga kursen givas en kurs i socialmedicin, omfattande en vecka, för bl. a. tjänsteläkare. Denna kurs är ej avsedd att ersätta nuvarande tjänsteläkarkurs.

Den 29 juni 1951 uppdrog chefen för inrikesdepartementet åt medicinalstyrelsen att utreda frågan angående efterutbildning av läkare i fråga om sådana behandlingsmetoder, som är av särskild betydelse i krig, varvid samråd skulle ske bl. a. med 1948 års läkarutbildningskommitté. Enligt ett den 25 februari 1952 av medicinalstyrelsen framlagt förslag skall krigsmedicinska kompletteringskurser för läkare anordnas omfattande sex timmars föreläsningar och demonstrationer under en dag, varjämte litteratur i berörda ämnen före kursens början skall tillställas deltagarna. Förslaget har tillstyrkts av kommittén.

Kommittén

En medicinsk efterutbildning för läkare, som avslutat sin utbildning och placerats på sina definitiva tjänster, är önskvärd. De vetenskapliga framstegen inom medicinen sker i snabb takt och nya undersöknings- och behandlingsmetoder införes ständigt. Många av dessa metoder och resultat är tillämpliga även i allmän praktik. Med hänsyn härtill blir även den bästa läkarutbildning i vissa delar föråldrad redan efter en kort tid. LS förslag om efterutbildningskurser var således välbetänkta, och de har utgjort ett värdefullt tillskott till den löpande medicinska utbildningen. Kritik mot dessa kurser från akademiska myndigheter eller läkarorganisationer har icke förekommit.

En omständighet som är värd allt beaktande är emellertid det sjunkande deltagarantalet i kurserna. Det är tydligt att intresset från läkarnas sida för dessa kurser inte längre är så stort som tidigare. Att med säkerhet uttala sig om orsaken härtill är ogörligt. Man kan emellertid förmoda att flera omständigheter spelat in. Kursernas uppläggning har förblivit relativt oförändrad sedan tillkomsten. Under kurserna meddelas översikter om nya kliniska metoder inom olika fält av medicinen, och man har försökt att i varje kurs täcka så många områden som möjligt. Det är tänkbart, att läkarnas intresse för en sådan relativt kortfattad och icke så djupgående behandling av de olika områdena har sjunkit, särskilt som under senare år en intensifiering av den medicinska efterutbildningsverksamheten genom de medicinska facktidskrifterna kommit till stånd.

En annan möjlighet att förklara det sjunkande deltagarantalet ligger i det frivilliga deltagandet. Det finns givetvis i varje yrkeskår ett visst antal medlemmar, som är starkt intresserade av att hålla sig på toppen inom sitt yrke och noggrant försöker följa utvecklingen. Andra är mera likgiltiga för sådana synpunkter och tar inte tillvara de tillfällen, som erbjudes för en kontinuerlig efterutbildning. Det synes inte alldeles orimligt att tänka sig, att några års frivillig verksamhet åstadkommer en genomarbetning av de grupper inom läkarkåren, som har ett stort spontant intresse för sådan efterutbildning, medan det erbjuder större svårigheter att intressera resten av kåren för denna verksamhet. Om detta är förklaringen till det sjunkande deltagarantalet i efterutbildningskurserna, så skulle nu ett

läge ha nåtts, där en frivillig rekrytering till kurserna inte längre kan beräknas intressera flera läkare för efterutbildningen.

Kommittén är övertygad om att efterutbildningskurser för läkare bör anordnas även i fortsättningen. Det synes emellertid nödvändigt att höja intresset för dessa kurser. En utväg synes vara att i viss mån ändra kursernas karaktär. Man kan för det första tänka sig en uppdelning av kurserna så, att vissa av dem tar sikte på särskilda kategorier av läkare. Vissa kurser kan t. ex. ordnas mera speciellt för tjänsteläkare, andra för allmänpraktiker i privatpraktik och åter andra för t. ex. skolläkare eller industriläkare. En andra möjlighet är att vissa kurser ägnas särskilt åt ämnesområden inom medicinen, som har aktualitet av en eller annan orsak. Så t. ex. kan vissa kurser ordnas företrädesvis med socialmedicinska ämnen. En annan variant på denna linje är att kurserna åtminstone under en del av tiden får karaktär av ett s. k. symposium, som behandlar ett visst problemkomplex, en viss behandlingsmetod, en sjukdomsgrupp eller liknande. På detta vis kan en fördjupning av behandlingen av ämnet uppnås, vilket skulle öka kursens värde för deltagarna.

En tredje omständighet, som kan bidra att försvåra deltagandet i kurserna, är deras längd. Kurstiden har hittills varit tre veckor. Det är uppenbart att det stöter på betydande svårigheter för en läkare med en omfattande praktik att vara frånvarande från sin verksamhet under så lång tid. Det är inte heller säkert att det verkligen är nödvändigt att utsträcka varje kurs så länge. Kommittén finner det viktigare att det ges korta och intensiva kurser, än att deltagarantalet sjunker till låga siffror på grund av att kurserna har fått ta för lång tid. Kommittén vill därför föreslå, att kurstiden sänkes till två veckor. Som en sista utväg att få in flera läkare i denna efterutbildningsverksamhet måste till sist diskuteras, huruvida inte sådana kurser borde vara obligatoriska, åtminstone för vissa grupper av läkare. Enligt kommitténs mening bör detta bli fallet för åtminstone tjänsteläkarna, och liknande åtgärder torde böra övervägas för även andra stats- och kommunalanställda läkare.

Kommittén får således föreslå, att efterutbildningskurser för läkare även fortsättningsvis ordnas två gånger årligen med en kurs i Stockholm och en i Göteborg. Dessa kurser bör i första hand ta sikte på tjänsteläkare och privatpraktiserande allmänläkare, men det bör allvarligt övervägas, huruvida inte av och till vissa av kurserna borde utformas med särskild tanke på t. ex. industriläkare, skolläkare eller andra dylika grupper. Kurserna föreslås ta en tid av två veckor och deltagarantalet bör sättas till 50 i Stockholm och 30 i Göteborg. Vid kurserna i Stockholm bör klinikerna och specialisterna i Uppsala även utnyttjas i lämplig omfattning, t. ex. genom att undervisningen under vissa dagar sker där. Under kursen torde det vara lämpligt att ge tre timmars föreläsningar dagligen samt därutöver ordna 2—4 timmars praktiska demonstrationer, deltagande i kliniska och polikliniska ronder, bevistande av operationer eller dylikt. För denna senare praktiska undervisning bör varje kurs delas i mindre grupper om förslagsvis fem deltagare i varje grupp, som får cirkulera på de olika sjukhusen. Kurserna bör liksom hittills ordnas under överinseende av medicinalstyrelsen. Det torde även böra ankomma på medicinalstyrelsen att avgöra om och när kurser skall äg-

nas åt särskilda områden av medicinen eller planeras särskilt med tanke på någon viss grupp bland läkarna.

För de privatpraktiserande allmänläkarna, skolläkarna, industriläkarna etc. torde deltagandet även tillsvidare böra bli frivilligt. För tjänsteläkarna vill emellertid kommittén föreslå, att deltagandet i sådana efterutbildningskurser blir obligatoriskt och att varje sådan läkare får åtminstone två sådana kurser under sin tid som tjänsteläkare. Det vore måhända lämpligt, att en kurs skulle genomgås vid 40—45 års ålder och en andra kurs vid 50—55 års ålder. Det bör ankomma på medicinalstyrelsen att kontrollera, att tjänsteläkarna följer denna bestämmelse och medicinalstyrelsen bör även kunna meddela dispens från fullgörandet av kursen, när skäl härtill föreligger. I statens tjänst anställda ordinarie och extraordinarie tjänsteläkare bör liksom hittills få fullgöra kursen med bibehållen lön och med möjlighet till resekostnadsbidrag. Samma regel torde även böra gälla för övriga stats- och kommunalanställda tjänsteläkare. En sådan kurs torde ha ett så avsevärt värde för läkarens fortsatta verksamhet att denna bestämmelse är motiverad. För övriga icke stats- eller kommunalanställda läkare, som icke äger uppbära oavkortad lön under kursen, föreslår kommittén att årligen 20 stipendier på vardera 500 kronor ställes till medicinalstyrelsens förfogande att fördelas bland de frivilliga kursdeltagarna. Vid beräkning av de anslag, som skall ställas till medicinalstyrelsens disposition för anordnande av dessa kurser, har kommittén följt den regeln, att föreläsning bör ersättas med 100 kronor per timme och praktisk demonstration med 30 kronor per timme. Dessa belopp förefaller skäliga med tanke på att förberedelserna för undervisningen gäller enstaka tillfällen. Vid varje kurs torde nämligen ett avsevärt antal föreläsare få tas i anspråk. Då kommittén beräknar administrationskostnaderna för kursen i Stockholm till 1 000 kronor och för kursen i Göteborg till 800 kronor, finner kommittén att det årliga anslaget för anordnandet av kurserna torde böra uppgå till 26 280 kronor. Härtill får läggas kostnad för stipendier till deltagare i kurserna uppgående till 10 000 kronor och beräknad kostnad för resekostnadsbidrag till statsanställda läkare 2 000 kronor.

Även för andra kategorier av läkare än de nu nämnda torde efterutbildning böra ordnas. En grupp med särskilda behov av sådan utbildning utgör militärläkarna. Kommittén finner det emellertid icke ankomma på den att framlägga närmare förslag om sådana kurser för militärläkare utan förutsätter, att denna verksamhet ombesörjes av vederbörande militära sjukvårdsmyndigheter.

Även för läkare med specialistutbildning föreligger ett behov av efterutbildning. Härvidlag ställer sig emellertid problemet väsentligt annorlunda än för läkare, vars verksamhet mera har karaktären av allmänpraktik. Specialisterna är inom varje specialitet ganska fåtaliga och deras medicinska problem mera komplicerade än vad gäller allmänpraktikernas. De specialistutbildade läkarna har vidare regelbundet tillfälle att delta i sammankomster med vetenskaplig prägel, som ordnas av deras speciella sektioner eller föreningar. Det är en allmän erfarenhet, att de flesta specialister tämligen regelbundet utnyttjar sådana möjligheter. Behovet av särskilda efterutbildningskurser för specialister torde sålunda vara väsentligt mindre än för allmänpraktiker. Därest särskilt stöd för sådan efterutbildningsverksamhet skulle anses nöd-

vändigt, synes det böra ske genom understöd till Svenska läkaresällskapets sektioner och andra vetenskapliga sammanslutningar, som hittills kontinuerligt gett specialisterna information angående läget inom deras fack. Kommittén finner icke anledning att för närvarande framlägga särskilda förslag härvidlag.

Efterutbildning för övriga grupper av läkare torde icke här behöva upptas till diskussion.

Kommittén vill beröra ytterligare en möjlighet att åstadkomma en relativt verksam och individualiserad efterutbildning för olika läkare. Bland läkarna sker kontinuerligt en viktig efterutbildning genom de vetenskapliga läkarsammanslutningarnas verksamhet. Så anordnar t. ex. Svenska läkaresällskapet i Stockholm varje vecka vetenskapliga föredrag för sällskapets medlemmar, till vilka en majoritet av läkarna räknas. Genom att specialister från in- och utlandet regelbundet medverkar i dessa sammankomster sker här en kontinuerlig spridning av nya resultat inom medicinen. Liknande verksamhet sker i andra städers vetenskapliga läkarsammanslutningars regi. Även i övriga delar av landet anordnas tämligen regelbundet sammankomster inom läkarföreningarna i städer eller län, varvid ofta specialister kallas från universitetssjukhusen eller andra sjukhus för att hålla föredrag om ämnen av vetenskapligt eller praktiskt intresse.

Dessa sammankomster torde vara relativt väl besökta och värdet av verksamheten är oomtvistligt. Enligt kommitténs mening skulle det vara viktigt, om denna verksamhet kunde intensifieras genom att anslag ställdes till de olika sammanslutningarnas förfogande för inbjudan av föreläsare till sammankomster. Kommittén finner det ligga helt i linje med strävandena att vidmakthålla en kontinuerlig efterutbildning av läkarkåren att även staten understödjer denna verksamhet. Kommittén vill föreslå, att ett anslag på 5 000 kronor tills vidare ställes till förfogande för anordnandet av föreläsningar om nya medicinska rön i olika läkarsammanslutningar i landet. Svenska läkaresällskapets föredömliga insatser på detta område har föranlett kommittén att föreslå, att anslaget ställs till sällskapets förfogande att fördelas på olika föreningar och sammanslutningar, varvid icke endast Svenska läkaresällskapets delföreningar skall komma ifråga utan även andra sammanslutningar. Sådana områden av landet bör särskilt tillgodoses, som icke kan komma i åtnjutande av föredrag av specialister från samma ort. Föreläsare, som håller föredrag på sin egen bostadsort eller i dess omedelbara närhet, torde liksom hittills icke böra ersättas särskilt. För övriga tillkallade föreläsare bör av anslaget utgå resekostnadsersättning enligt allmänna resereglementet, och därjämte bör ett arvode på 100 kronor lämnas som ersättning för föreläsningen. Kommittén vill föreslå att resultatet av dessa åtgärder studeras under några år, varefter verksamheten kan utbyggas, om så skulle visa sig lämpligt.

Kostnadsberäkning

De årliga kostnaderna för anordnandet av fortsättnings- och repetitionskurser för läkare beräknas till 26 280 kronor, vartill kommer kostnad för stipendier till deltagare i kurserna uppgående till 10 000 kronor och resekostnadsbidrag till statsanställda läkare 2 000 kronor

eller sammanlagt 38 280 kronor. Då för närvarande anslag till dylika kurser utgår med 25 000 kronor, innebär kommitténs förslag en kostnadsökning med 13 280 kr.

För anordnande av föreläsningar om nya medicinska rön i olika läkarsammanslutningar i landet beräknas ett anslag av 5 000 kr.

Summa 18 280 kr.

AVDELNING IV

FÖRFATTNINGSFRÅGOR M. M.

Kap. 59. FÖRFATTNINGSFRÅGOR

En reform av den medicinska grundutbildningen i enlighet med kommitténs förslag fordrar en omarbetning av hithörande författningar. I första hand bör nu gällande examensstadga ändras (SFS nr 47/1907 med däri senare vidtagna ändringar genom SFS nr 3/1911, 422/1912, 86/1914, 326/1915, 565/1917, 834/1917, 83/1921, 176/1927, 86/1935 och 387/1944). Bestämmelser som utfärdats i avvaktan på en definitiv reglering av läkarutbildningen bör upphävas, t. ex. de genom kungl. brev den 16 november 1923 och därefter meddelade provisoriska bestämmelserna rörande medicine licentiatexamen samt de av kanslern den 26 november 1940 utfärdade föreskrifterna rörande studierna till medicine kandidatexamen. Andra statuter, stadgar eller särskilda föreskrifter bör, i den mån de påverkas av en ny examensstadga, anpassas till denna. Däribland bör framför allt nämnas de av kanslern fastställda studieplanerna, klinikföreskrifterna och bestämmelserna rörande undervisningen i de särskilda läroämnena.

I det såsom bilaga till detta betänkande fogade förslaget till examensstadga har åtskilliga nu gällande paragrafer helt omarbetats. Detta gäller bland annat dem som rör examensämnen, kursordning och tentamensföljd, ämneskombinationer och särskilda tjänstgöringar. Nya paragrafer har tillkommit, under det att andra, nu gällande bestämmelser, som enligt kommitténs förslag ej vidare bör tillämpas, mönstrats ut.

Paragrafserien i gällande stadga har i förslaget fått en ändrad disposition. Efter den inledande allmänna bestämmelsen om examina följer vardera en avdelning om medicine kandidatexamen och medicine licentiatexamen, till vilka de viktigaste föreskrifterna om studiegången koncentrerats. Därefter följer särskilda avdelningar om undervisningen och om kunskapskontrollen. I en sista avdelning har vissa reglementariska föreskrifter samlats.

Med hänsyn till den nu antydda omredigeringen och vidare till att smärre, delvis redaktionella ändringar gjorts i paragrafer, som i övrigt föreslås bli likalydande med nu gällande, upptar bilagans text hela examensstadgan. Motiven till de föreslagna nya bestämmelserna, ändringarna och uteslutningarna torde i huvudsak framgå ur betänkandet. I övrigt har vissa förändringar dikterats av en önskan om en yttre likformighet mellan de olika fakulteternas examensstadgor.

För överskådlighetens skull följer här nedan en kommentar till de särskilda paragraferna.

1 §, som motsvaras av samma paragraf i gällande stadga, har ändrats med hänsyn till inrättandet av en medicinsk högskola i Göteborg.

I *2 §* har samlats särskilda behörighetsvillkor. I paragrafen, som motsvaras av slutet av nuvarande § 7, har gjorts ett tillägg om antagningen av medicine studerande.

Examensämnen och övriga ämnen i kandidatstudierna återfinnes i *3 §*. I denna paragraf och i fortsättningen hänföres till examensämnen endast sådana, i vilka undervisningen avslutas med tentamen eller slutförhör. I motsats till nuvarande stadga (§ 16) innehåller förslaget inga ämnesdefinitioner med undantag för ämnena anatomi och histologi. Enligt kommitténs mening fyller i regel beskrivningar av denna art ingen praktisk uppgift och bör, icke minst med hänsyn till att utvecklingen snabbt kan göra gränsdragningar inak-

tuella, icke förekomma i själva examensstadgan.

4 § (motsvarar nuvarande § 17) har likaledes ändrats med hänsyn till det förändrade innehållet i kandidatstudierna. Enligt den ändrade lydelsen skall kursen i allmän kemi alltid förläggas till medicinskt-kemisk institution. Så sker regelmässigt numera och stadgandet innebär därför att praxis i detta avseende kodifieras.

Kursföljden under de morfologiska och kemiskt-fysiologiska åren anges i *5 §*, och betygsfordringarna för kandidatexamen återfinnes i *6 §*, som motsvaras av andra stycket i nuvarande § 15.

Särskilda bestämmelser om studietidens längd, vilka icke har någon motsvarighet i gällande stadga, har utformats i *7* och *16 §§*, av vilka den sistnämnda avser licentiatstudierna.

I *9 §*, som motsvaras av nuvarande § 19, redovisas examensämnen och övriga ämnen i licentiatstudierna. Den principiella uppdelningen av dessa studier i tre särskilda avdelningar fastslås i *10 §*, och i *11* och *12 §§* anges de båda första avdelningarnas innehåll, fordringarna för tillträde till följande avdelningar samt vissa dispensbestämmelser rörande tentamina.

I *13 §* anges kursföljden samt valfria och obligatoriska kombinationer under licentiatstudiernas andra avdelning. Den tredje avdelningen — assistenttjänstgöringsperioden — behandlas i *14 §*, som reglerar tjänstgöringarnas omfattning och förläggning m. m.

Fordringarna för licentiatexamen anges i *15 §*, som korresponderar med förslagets *6 §*.

Grundutbildningens mål anges i *17 §*, som inleder avdelningen om undervisningen. Paragrafen motsvaras av § 2 i gällande stadga. Dess ingress har fått en lydelse som markerar den uppfattning om den grundläggande undervisningens primära uppgift, som formulerats i betänkandets kapitel om utbildningens mål och uppläggning. I paragrafens andra stycke har vissa tillägg gjorts om undervisningsformerna.

18 § stadgar rätt för fakulteter och lärarkollegier att anordna kurser under ferierna. Paragrafen är ny, ehuru den motsvaras av en liknande bestämmelse i kanslerns provisoriska föreskrifter av år 1940.

Den ökade vikt som enligt kommitténs mening bör tillmätas undervisningsnämndernas andel i det löpande planeringsarbetet framgår ur vissa ändringar i *17*, *19*, *20* och *34 §§*, vari nämndernas ställning som permanenta beredningsorgan i undervisningsfrågor fastslås. Sista stycket i *19 §*, vilken i sin helhet motsvaras av § 4 i gällande stadga och som behandlar studieplanerna, har fått en ändrad lydelse, som svarar mot kravet på ökad integration i den medicinska undervisningen. I den nya paragrafen har uteslutits den i gällande § 4 intagna bestämmelsen om tentaminas giltighetstid.

21 och *22 §§*, som motsvarar nuvarande §§ 3 och 24 är i huvudsak oförändrade. Den inledande *23 §* i avdelningen om kunskapskontrollen behandlar olika former av examination. Paragrafen, som motsvaras av nuvarande § 8, innehåller en särskild bestämmelse om kursförhör samt ett tillägg om examination i vissa fall av annan än professorn. Detta tillägg härstammar från kanslerns provisoriska föreskrifter av år 1940.

24 och *25 §§*, vilka motsvarar nuvarande §§ 9 och 10, är till innehållet oförändrade. Smärre ändringar har gjorts i gällande stadgas § 11, vilken motsvarar förslagets *26 §*, som förtydligar att anteckning i tentamensbok eller anmälan till fakultet om genomgången

kurs endast skall ske, när den studerande tillfredsställande fullföljt sådan undervisning.

Om riksgiltigheten för avlagda kunskapsprov och i vissa fall även för åtnjuten undervisning eller partiella prövningar stadgas i *27 §* sista stycket, som efter ändrad lydelse (motsvarande punkt återfinnes i nuvarande § 12) gör särbestämmelsen i sista stycket i gällande § 17 överflödig. Genom den oförändrade lydelsen i övrigt i denna paragraf skall insikterna i examensämnena åsättas graderade betyg. I stadgeförslaget har den nu gällande bestämmelsen om graderade betyg över de särskilda tjänstgöringarna (§ 21) uteslutits. *28 §*, som avslutar avdelningen om kunskapskontrollen, innehåller vissa tillämpningsföreskrifter.

De i *29 §* intagna bestämmelserna om inskrivning i fakultet motsvaras av början av nuvarande § 7. Stadgandet korresponderar med förslagets *2 §*.

Befrielse från eller nedsättning i skyldighet att delta i undervisning kan beviljas den studerande enligt förslagets *30 §*. Befrielsen har fått ett vidgat tillämpningsområde, och stadgandet härom har sin begränsade motsvarighet i gällande § 17.

31 §, som motsvaras av § 14 i gällande stadga och som rör examensansökan, är oförändrad.

Två nu gällande stadganden (§§ 18 och 23), vilka rör de handlingar som skall bifogas examensansökan, har i förslaget sammanförts till *32 §*, vilken sålunda avser både kandidat- och licentiatexamina. Bestämmelsen rörande apotekskännedom och kännedom om grunderna för apoteksvisitation (gällande § 23, punkt 4) har i stadgeförslaget uteslutits.

Prövning av examensansökningar skall enligt kommitténs förslag i fortsättningen åvila dekanus (rektor). I *33 §*, som motsvaras av nuvarande § 15, har bestämmelser om sådan prövning intagits. De särskilda examenssammanträdena inom fakulteter och kollegier skall sålunda upphöra. Procedurens förenkling innebär också att den studerande skall kunna få ut sin examen när som helst under kalenderåret och i nära anslutning till dagen för ansökningen (paragrafens sista stycke).

34 §, som motsvarar § 5 i gällande stadgar, innehåller föreskrifter om studiehandboken och studieplanerna. Paragrafen har, såsom ovan antytts, ändrats därhän att en fortlöpande preliminär granskning av studieplanerna och handbokens anvisningar blir ett åliggande för undervisningsnämnden. I övrigt innebär paragrafens nya lydelse, att inträffade ändringar i studieplanerna, så snart de blivit stadfästa, på lämpligt sätt kommer till de studerandes kännedom.

En allmän bestämmelse om studietidsstatistik har införts i *35 §*, som saknar motsvarighet i gällande stadga.

Den avslutande paragrafen om medicine doktorsgrad är till innehållet oförändrad.

Kap. 60. ÖVERGÅNGEN TILL DEN NYA STUDIEORDNINGEN

Övergången från den gamla till den nya studieordningen kan icke ske vid en och samma tidpunkt för samtliga studerande. I de senare skedena av utbildningen är nämligen olikheterna mellan de bägge studieordningarna så

stora, att en studerande inte kan passera från den förras kurser till den senares. Å andra sidan kan den nya studieordningen ej heller införas stegvis i hela sin utsträckning, eftersom den studerande efter det fjärde studieåret liksom nu bör kunna tillämpa en individuellt planlagd kursföljd genom den fria studieordning, som då följer. Under en viss övergångstid kommer således olika grupper av studerande att följa olika studieordningar. De svårigheter som härigenom kommer att yppas kan inte nu förutses i alla delar. Särskilt svårt ställer det sig att beräkna behovet av kursplatser vid de olika kliniska kurserna under övergångstiden, eftersom man inte nu kan ha noggrann kännedom om det antal studerande som då befinner sig i utbildningens olika skeden. Följande förslag till övergångsanordningar avser att beakta de viktigaste problemen men täcker självfallet icke varje detalj. Fakulteterna torde vid övergången böra få befogenhet att vidta särskilda anstalter för att möta uppkommande problem, såsom att anordna extra kurser, utfärda vissa dispenser etc. Undervisningsnämnderna bör sköta det detaljerade planeringsarbetet för övergången.

Den nya studieplanen bör tillämpas från början av den höstterminen, som följer närmast efter den tidpunkt, då beslut fattats om studieordningens införande. De studerande, som då påbörjar sina medicinska studier, skall således helt följa den nya planen. Även om viss ny undervisning tillkommer under de två första studieåren jämfört med nuvarande studieplan, har dock huvudämnena under denna tid, dvs. anatomi, histologi, kemi och fysiologi, ungefär samma ställning i gamla och nya studieplanen. Den nya studieplanen kan därför tillämpas från samma höstermins början för de studerande, som arbetar med de första två årens ämnen. De studerande, som vid föregående vårtermins slut fullföljt sina kemi- och fysiologistudier, bör därför få avlägga medicine kandidatexamen enligt den nya studieordningen, trots att de icke fullgjort kurser i vissa nyinförda ämnen (t. ex. medicinsk fysik), samt bör från samma höstermins början fortsätta sina studier med den nya planens tredje studieår, dvs. det propedeutiska året, vars undervisning alltså samtidigt skall organiseras.

De studerande, som vid den inledande höstterminens början påbörjar studierna av det propedeutiska året, fullgör dess kurser under den nya studieordningens första år. Vid nästa höstermins början, dvs. ett år efter denna studieordnings införande, lägges undervisningen om i medicin samt i de ämnen, som undervisas samtidigt med detta ämne, varefter vid den påföljande vårterminens början samma sak sker i fråga om undervisningen i kirurgi. De studerande, som terminen före den nya studieordningens införande bedrivit sina studier under den gamla ordningens femte termin har således ett år på sig att avsluta sina studier för den gamla medicine kandidatexamen, fullgöra propedeutiska kurser enligt gamla ordningen samt vinna tillträde till medicin- och därefter till kirurgikurs. Två eller tre propedeutkurser börjar under detta år vid de olika lärosätena och bör kunna ta emot de flesta av dessa studerande. För dem som icke kunnat följa den gamla studieordningen i normal takt kan eventuellt, om så visar sig nödvändigt, anordnas en extra propedeutkurs efter den gamla ordningen, varefter dessa studerande får följa medicin- och kirurgikurserna enligt den nya ordningen.

De studerande som efter två studieår enligt den nya ordningen avslutar sin

kirurgikurs går därvid in i studiernas fria skede. Den nya studieordningen kan nu inte längre införas stegvis, utan alla kurser i den andra avdelningens ämnen måste anordnas enligt den nya planen. Emellertid finns ett stort antal studerande som påbörjat sina studier enligt den gamla studieordningen och som vid denna tidpunkt har ett större eller mindre antal kurser ogjorda i ifrågavarande ämnen. Det enklaste sättet att införa den nya studieordningen torde vara att låta dessa studerande fullgöra sina kvarvarande kurser enligt den nya studieordningen. Vid ett sådant tillvägagångssätt kommer visserligen en del av dem att få göra längre kurser i några ämnen (t. ex. psykiatri och pediatrik) än de skulle ha gjort enligt gamla studieordningen, men samma fordran ställes ju på alla som följer den nya studieordningen. Å andra sidan kommer den gamla ordningens studerande att fullgöra vissa kurser på kortare tid än som annars skulle blivit fallet (t. ex. obstetrik och gynekologi). Ämnen som helt saknas i den gamla studieordningen torde icke böra avkrävas de studerande, som fullföljt större delen av sina studier enligt denna ordning (krigsmedicin och socialmedicin). I fråga om socialmedicinen bör gälla, att de som avlagt tentamen i rätts- och statsmedicin erhåller dispens för ämnet, medan de som ej fullgjort kurs i statsmedicin i stället får följa undervisningen i socialmedicinens huvudkurs. Beträffande assistenttjänstgöringarna bör likaledes gälla, att de studerande som följer den gamla studieordningen, ej behöver fullgöra de nya, längre assistenttjänstgöringarna.

Vid den anordning som ovan skisserats skulle den nya studieordningen vara helt införd från och med det tredje året efter det, under vilket den börjat tillämpas. Omläggningen av de olika kurserna och tjänstgöringarna skulle ske i tre etapper. Vid första årets början skulle undervisningen i samtliga ämnen t. o. m. den nya studieplanens tredje år — dess propedeutiska år — läggas om enligt den nya ordningen. Vid andra årets början skulle samma omläggning ske för medicin- och kirurgiundervisningen samt för de olika ämnen, i vilka undervisning sker under dessa kurser. Vid det tredje årets början skulle undervisningen i samtliga andra ämnen börja anordnas enligt den nya studieplanen.

Kap. 61. SAMMANFATTNING

Kommitténs uppdrag har omfattat en översyn av hela läkarutbildningen. Frågor som rör antagningen av medicine studerande har prövats separat, och ett särskilt betänkande härom har tidigare avgivits (SOU 1951: 4). Föreliggande betänkande behandlar dels grundutbildningen, dvs. utbildningen före medicine licentiatexamen, dels den differentierade vidareutbildningen för olika kategorier av läkare, dels slutligen efterutbildningen, dvs. fortbildnings- och repetitionskurser, som skall orientera de verksamma läkarna om nya medicinska landvinningar.

Grundutbildningen

En diskussion om grundutbildningens omfattning och uppläggning måste utgå från ett klart angivet mål för denna del av läkarutbildningen. Kommittén kan icke dela den ofta uttalade åsikten

att den grundläggande utbildningens mål skall vara att producera kompetenta allmänläkare. En fullgod läkargärning inom ett slutligt verksamhetsfält kräver nämligen alltid en ändamålsenlig vidareutbildning. I stället bör målet anges så, att grundutbildningen skall ge den nödvändiga grundvalen för en senare, huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning för olika former av medicinsk verksamhet.

Kommittén finner inga bärande skäl tala för att grundutbildningen utformas olika för allmänläkare och specialläkare. Tanken på specialisering före licentiatexamen avvisas sålunda. För båda grupperna av läkare gäller kravet på en grundläggande medicinsk allmänbildning av tillräcklig bredd. De centrala kliniska ämnena, som i kommitténs utbildningsplan omfattar medicin, kirurgi, psykiatri och pediatrik, bör jämte ämnet socialmedicin utgöra tyngdpunkten i denna allmänna utbildning, men även de kliniska specialämnena måste ägnas uppmärksamhet, särskilt i de fall där specialistvården ännu icke nått en mera omfattande utbyggnad. För specialläkaren bör gälla minst samma krav som för allmänläkaren på kunskaper om andra specialämnen än den blivande egna specialiteten.

Studierna för medicine kandidatexamen

Den teoretiska delen av studierna bör liksom nu inleda grundutbildningen. Omfattningen av dessa studier, som bör utgöra det vetenskapliga fundamentet för den följande kliniska undervisningen, kan enligt kommitténs mening icke minskas.

1938 års läkarutbildningssakkunniga (LS) föreslog att studierna i anatomi och histologi skulle sammanföras till en enhet, ett *morfologiskt* år. Så har också senare skett vid alla lärosäten, och kommittén finner att denna anordning bör bibehållas. Under detta inledande år av kandidatstudierna skall enligt kommitténs förslag även ges kortare kurser i medicinsk statistik och medicinsk genetik, ämnen som tidigare icke representerats på studieschemat.

Undervisningen i kemi och fysiologi behandlar ett nära samhörigt kunskapsmaterial. En samordning bör eftersträvas och studierna koncentreras till en årsenhet, *det kemiskt-fysiologiska året.* I detta ämnesblock skall även inbyggas särskilda kurser i medicinsk fysik och psykologi, vilka ämnen för närvarande icke är självständigt företrädda i den medicinska undervisningen.

Kommittén förordar av olika skäl, att medicine kandidatexamen bibehålles och att den förlägges efter den nu behandlade studieperioden, dvs. efter det andra studieåret. Kandidatexamen skulle dock, med oförändrad studieplan i övrigt, eventuellt också kunna förläggas omedelbart efter det tredje studieåret, däremot icke efter den femte terminen med den utformning det tredje studieåret fått i kommitténs förslag.

Studierna för medicine licentiatexamen

Licentiatstudierna uppdelas i kommitténs utbildningsplan i tre avdelningar, av vilka den *första avdelningen* bildar övergången från de teoretiska studierna till de kliniska. Denna period är en ur pedagogisk synpunkt speciellt viktig del av grundutbildningen. Liksom LS vänder sig kommittén mot den nuvarande studieplanens skarpa avgränsning mellan teoretisk och klinisk undervisning. Särskilt framträdande är olägenheterna med nuvarande system för sådana teoretiska ämnen, som omedelbart anknyter till frågeställningar, som rör den sjuka människan, nämligen patologi, bakteriologi och farmakologi. Sammanträngningen av dessa ämnen till en termin, den nuvarande femte termi-

nen, medför dessutom en svår överbelastning. En samordning av undervisningen i dessa ämnen med den inledande kliniska undervisningen under hela det tredje studieåret synes därför vara en väsentlig pedagogisk vinst, och kommittén tar åter upp förslaget om ett *propedeutiskt* år, under vilket en parallellundervisning av nära samhöriga ämnesgrupper skall äga rum.

I detta sammanhang bör nämnas att ämnet patologi enligt kommitténs mening i fortsättningen ej bör vara kluvet i en allmän och en speciell del med särskilda företrädare för vardera delen utan sammanföras till ett enda ämne, i vilket undervisningen följdriktigt bör korreleras med anslutande klinisk undervisning. Särskilda översiktskurser i medicin och kirurgi skall under det propedeutiska året orientera de studerande om centrala kliniska problem. I anslutning till föreläsningarna skall belysande fall demonstreras. De studerande skall även introduceras i den förebyggande hälso- och sjukvården genom en propedeutisk kurs i socialmedicin, ett ämne som för närvarande icke har egna företrädare i undervisningen men som i kommitténs utbildningsplan ges en framskjuten plats. En kurs i kliniska undersökningsmetoder, avsedd att ersätta nuvarande kurs i fysikalisk diagnostik, skall göra de studerande förtrogna med den kliniska patientundersökningen. Övning i kemiska och fysiologiska laborationer, en första kännedom om de röntgendiagnostiska metoderna samt information om praktiskt sjukvårdsarbete i olika former ges i särskilda kurser, nämligen en klinisk laborationskurs, en propedeutisk röntgenkurs samt en demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi.

Den *andra avdelningen* av licentiatstudierna omfattar huvuddelen av den kliniska undervisningen samt kurser i ämnen som har naturlig klinisk anknytning. Avdelningen inleds med kurser i *medicin* och *kirurgi* om vardera fem månader. Under båda dessa kurser, som sålunda täcker det fjärde studieåret, samordnas undervisningen i huvudämnena dels inbördes, dels med en fortlöpande mera avancerad undervisning i ämnen av betydelse för diagnostik och terapi. Sålunda skall undervisning äga rum i klinisk bakteriologi, klinisk kemi och klinisk fysiologi, vidare i patologi genom särskilda patologikonferenser samt i röntgendiagnostik. Under medicinkursen ägnas dessutom särskild tid åt farmakologien genom speciella terapikonferenser.

Vissa till medicin och kirurgi hörande specialämnen bör enligt kommitténs förslag behandlas i anslutning till undervisningen i huvudämnena. En synnerligen viktig del av invärtesmedicinen utgör sålunda reumatologien, som bör avhandlas under kursen i medicin. Särskilt utrymme bör också under medicinkursen beredas ämnet geriatrik, vilket genom den växande betydelsen av sjukdomar i de högre åldrarna tenderar mot en allt självständigare ställning.

Organisationen av undervisningen i ortopedi och skelettkirurgi blir i väsentlig mån beroende av den framtida utvecklingen inom sjukvården. På sina håll har numera de ortopediska avdelningarna övertagit större delen av den akuta skelettkirurgien. Undervisningen i ortopedi och skelettkirurgi bör äga rum under senare delen av kursen i kirurgi och tyngdpunkten förläggas till olycksfallskirurgien. Inom specialområdet ortopedi bör ges en kortare översikt. Specialämnen som neurokirurgi, odontologi, plastikkirurgi och thoraxkirurgi bör genomgås under kursen i kirurgi och huvudvikten läggas på kun-

skapen om specialisternas möjligheter i fråga om särskilda behandlingsformer.

Den tidiga tumördiagnostikens stora betydelse är uppenbar. Trots en ur sjukvårdssynpunkt föredömlig organisation av kräftsjukdomarnas diagnostik och behandling har undervisningen på detta område varit bristfällig. För närvarande saknas sålunda obligatorisk undervisning i radioterapi i den allmänna läkarutbildningen. En obligatorisk undervisning i detta ämne bör ingå i senare delen av kirurgikursen. Under kursen i obstetrik och gynekologi skall också undervisning om hithörande tumörfall meddelas jämte principerna för deras radiologiska behandling.

Till den andra avdelningen hör utöver medicin och kirurgi ytterligare tre huvudämnen, nämligen pediatrik, psykiatri och socialmedicin. Inom *pediatriken* har profylaktiska och samhälleliga åtgärder kommit att få särskilt stor betydelse när det gällt att nedbringa morbiditet och mortalitet. Hälsovårdsintresset har på ett markant sätt skjutits i förgrunden, och man behöver därvidlag endast peka på betydelsen av barnavårdscentralerna för övervakning av barnens normala utveckling. Enligt kommitténs mening bör kursen i pediatrik utvidgas från nuvarande tre till fyra månader. Inom ramen för huvudundervisningen bör uppmärksamhet ägnas åt specialämnen, exempelvis barnkirurgi och barnröntgen.

Undervisningen i barnpsykiatri intar en särställning. Utvecklingen utomlands inom barnpsykiatrien har karakteriserats av en stark vetenskaplig frammarsch med speciella diagnostiska och terapeutiska metoder som resultat. Ämnet bör nu få sin plats bland de obligatoriska ämnena till licentiatexamen i form av en kurs med allmän orientering över kunskapsområdet. Kursen bör fullgöras under kursen i pediatrik.

Frågan om den akademiska undervisningen och forskningen i de sammanhängande ämnesområden, som täckes av begreppet preventiv eller profylaktisk medicin, har i enlighet med utredningsdirektiven ingående prövats. Kommittén har därvid biträtts av en särskild expertdelegation. Ur undervisnings- och forskningssynpunkt har kommittén funnit en uppdelning av den förebyggande medicinska verksamheten i två områden ändamålsenlig. Inom hygienen, som bör vara det ena, faller ett antal forskningsfält med stark anknytning till olika teoretiska discipliner, såsom bakteriologi, fysiologi och kemi. Ämnet hygien bör undervisas i en kurs om två månader. Den andra delen, *socialmedicinen,* bör däremot få en fast klinisk förankring med tyngdpunkten lagd på tillämpningen av kliniska forskningsresultat i sociala sammanhang och på betydelsen av arv, miljö och sociala förhållanden för hälsa och sjukdom. Vid varje medicinskt lärosäte bör ämnet socialmedicin företrädas av en professor. Samtidigt med kursen i pediatrik skall de studerande genomgå huvudkursen i socialmedicin, vilken sålunda kommer att pågå fyra månader. Ett naturligt samband mellan dessa båda ämnen genom den starka utbyggnaden av den förebyggande pediatriska vården bör göra denna obligatoriska kombination ändamålsenlig ur utbildningssynpunkt. Undervisningen i socialmedicin skall emellertid inte koncentreras till den ovan berörda propedeutiska kursen och till en huvudkurs i ämnet. En fortlöpande undervisning i ämnet skall även ske under övriga kliniska kurser.

De psykiska och nervösa sjukdomarna utgör med hänsyn till sin stora frekvens och sociala betydelse ett synner-

ligen viktigt samhällsproblem. Det trängande behovet av en utvidgning av undervisningen i *psykiatri* i den allmänna läkarutbildningen är sedan länge omvittnat. Kursen i psykiatri bör därför utsträckas till tre månader och liksom i fråga om övriga kliniska ämnen även innefatta praktisk tjänstgöring på psykiatrisk klinik och poliklinik. Undervisningen i neuroslära och psykoterapi har hittills icke kunnat få det utrymme i psykiatriundervisningen som motsvarar dessa sjukdomars betydelse och bör därför väsentligt utvidgas. Det nära sammanhanget mellan organiska nervsjukdomar och psykiska sjukdomar motiverar att ämnet neurologi bör undervisas samtidigt med psykiatri. Den studerande bör därför under de två första månaderna av psykiatrikursen samtidigt följa kursen i neurologi.

I de *kliniska specialämnena,* dvs. dermato-venereologi, epidemiologi, ftisiologi, neurologi, obstetrik och gynekologi, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi, bör undervisningen syfta mot mera begränsade mål än i fråga om huvudämnena och därför ges en mera elementär och översiktlig inriktning. I den tidigare diskussionen om läkarutbildningen har förslag väckts om en radikal nedskärning av undervisningen i dessa ämnen, och röster har t. o. m. höjts för att vissa av dem helt borde utgå ur grundutbildningen. Kommittén har ingående övervägt denna fråga men icke ansett sig böra föreslå mer än måttlig begränsning av undervisningen i vissa ämnen. Med hänsyn till att många läkare i sin verksamhet alltjämt blir nödsakade att behandla fall, som vid större tillgång på specialister skulle vårdas av dessa, måste grundutbildningen ge mera omfattande kunskaper i de flesta specialämnen än som eljest skulle behövas. Undervisningen i terapi bör koncentreras till de sjukdomar, som varje läkare själv bör kunna handlägga, medan behandlingen av svårare komplikationer och övriga sjukdomar, som kräver specialistvård, endast behöver genomgås i princip.

Av de kliniska specialämnena bör obstetrik och gynekologi beredas den längsta kurstiden med hänsyn till behovet av praktiskt arbete under denna kurs. En förkortning av kursen från nuvarande fyra till tre månader har emellertid ansetts motiverad, främst av det skälet att den fortgående utbyggnaden av specialistväsendet reducerat behovet av utbildning i denna ämnesgrupp för flertalet läkare. Kursen skall icke få kombineras med annan kurs än kursen i rättsmedicin.

Av de övriga kliniska specialämnena föreslår kommittén att dermato-venereologi, klinisk epidemiologi, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi undervisas i kurser om vardera två månader och ftisiologi i en kurs om en månad.

I anslutning till ett tidigare under utredningsarbetet avgivet förslag om särskild krigsmedicinsk undervisning under nuvarande studieordning har kommittén i föreliggande studieplan infogat en kurs i detta ämne om en månad.

I ämnena dermato-venereologi, klinisk epidemiologi, ftisiologi, hygien, krigsmedicin, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi skall efter de studerandes fria val två kurser kunna fullgöras samtidigt. Vid utarbetandet av undervisningsplanerna bör särskilt tillses att kursernas förläggning icke utgör hinder för de studerande att utnyttja möjligheterna till sådan kombination.

Den nuvarande undervisningen i rätts- och statsmedicin bör, bl. a. med hänsyn till att socialmedicinen föreslagits överta vissa centrala partier av statsmedicinen, ersättas av en kurs i rättsmedicin. Undervisningen bör kun-

na kombineras med samtliga kurser efter kirurgikursen.

Den *tredje avdelningen* av licentiatstudierna omfattar särskilda *assistenttjänstgöringar* om vardera fyra månader i medicin, tre månader i kirurgi och två månader i valfritt annat kliniskt ämne. Först efter fullgjord assistenttjänstgöring i medicin respektive kirurgi får den studerande avlägga tentamen i ämnet. Tjänstgöringarna bör i stor utsträckning förläggas till andra sjukhus än undervisningssjukhusen, exempelvis centrallasarett. Sammanförandet av assistenttjänstgöringarna till *en* period i studieplanen och konstruktionen av denna period i övrigt syftar till att ge de studerande tillfälle till sammanhängande praktiskt arbete under visst eget ansvar och i former, som närmar sig den färdige läkarens arbetsmiljö. De föreslagna assistenttjänstgöringarna bör i viss mån betraktas som en motsvarighet till den obligatoriska sjukhustjänstgöring, som i många länder måste fullgöras efter examen (turnus, internship etc.).

Medicine licentiatexamen skall såsom för närvarande medföra rätt till legitimation. En översiktlig framställning av studieplanen för grundutbildningen återfinnes på s. 285.

Allmänna frågor och undervisningens organisation

Kommitténs ställningstagande till frågan om *fri eller bunden studieordning* har i någon mån redan belysts genom den sammanfattande översikten av studiegången. Problemet ventilerades ingående i samband med remissbehandlingen av LS förslag, vilket förordade en strängt fixerad studieordning genom hela grundutbildningen. De teoretiska disciplinerna, ämnena under det propedeutiska året samt medicin och kirurgi bör enligt kommittén studeras i en bunden ordning. Ett inbördes sammanhang mellan ämnesgrupperna motiverar en sådan studieplan. En ingående prövning av de skilda argumenten för eller emot de olika systemen under resterande del av de kliniska studierna synes emellertid leda till slutsatsen, att en fri studieordning under detta skede är att föredra. Någon säker förkortning av studietiden enbart som följd av en bunden ordning torde icke stå att vinna utan allvarlig risk för försämring av studieresultatet. Uppdelningen av licentiatstudierna i tre skilda avdelningar innebär en modifikation av den fria studieordningen. Tillträde till efterföljande avdelningar skall sålunda ske först sedan den studerande avlagt tentamina, slutförhör och kursförhör i avdelningsämnena. Dispens skall emellertid kunna ges för en av tentamina. Inom andra avdelningen har såtillvida också den fria ordningen modifierats som fullgjorda kurser i vissa ämnen utgör krav för tillträde till de kombinerade kurserna i pediatrik och socialmedicin.

En väsentlig förutsättning för att kommitténs studieplan skall kunna förverkligas är emellertid att stockningar, som bero av otillräcklig utbyggnad av undervisningsanstalten elimineras. Varje lärosäte bör ha en sådan kapacitet att det kan meddela den obligatoriska undervisningen i alla i examen ingående ämnen åt samtliga studerande, som en gång vunnit inträde.

De nackdelar, som är en följd av den raskt fortskridande specialiseringen inom den medicinska vetenskapen, har för undervisningens vidkommande i väsentligt mindre omfattning än vad som gäller forskning och sjukvård, kompenserats genom effektiva motåtgärder. Ett berättigat krav på vidgad *samordning* mellan undervisningens olika delar gör sig numera starkt gällande. Studieplanen har i väsentliga av-

seenden planlagts med hänsyn till detta krav. Att radikalt lägga om det nuvarande undervisningssystemet, som kännetecknas av de i tidsföljd lagda ämnesblocken, och därmed också övergå till ett examenssystem enligt utländskt mönster har emellertid icke ansetts vara den rätta vägen. Kommittén rekommenderar i stället olika åtgärder i syfte att stärka integrationen såväl mellan teoretiska och kliniska ämnen som mellan ämnen inom dessa grupper inbördes.

En modernisering av de medicinska *undervisningsformerna* har i olika sammanhang efterlysts, och frågan härom har även särskilt berörts i utredningsdirektiven. Kommittén behandlar denna fråga i ett särskilt avsnitt och anvisar därvid olika vägar att nå ett effektivare utbildningsresultat. Vid sidan av de katedrala föreläsningarna bör seminarieövningar i lämplig utsträckning anordnas. Som komplettering till den praktiska undervisningen i de kliniska huvudämnena föreslår kommittén speciella "visitronder" på andra kliniska avdelningar. En viktig undervisningsform utgör de kliniska konferenserna, under vilka en samundervisning skall äga rum mellan olika specialister. Kommittén rekommenderar också att tekniska hjälpmedel av olika slag i högre grad än hittills tas i anspråk vid den löpande undervisningen.

Ett led i kommitténs strävan att rationalisera undervisningen, framför allt inom den kliniska sektorn av utbildningen, utgör förslaget om inrättandet av särskilda *lärartjänster* i lönegraden Ce 30 vid de större klinikerna. Vid sidan av professurerna finns sålunda på klinikerna för närvarande regelmässigt inga fastare lärartjänster, ehuru undervisningsvolymen väl motiverar sådana. Innehavarna av de föreslagna tjänsterna, som samtidigt bör ha ställning som biträdande överläkare, bör anförtros en betydande undervisning och delta i handledningen av de studerande i deras kliniska tjänstgöring samt i examinationen.

Med hänsyn till vikten av att studietiden hålles inom rimliga gränser, är det av betydelse att de studerande kan ägna sig åt sin utbildning under en större del av året än som betingas av gällande terminsgränser och att *undervisningens årliga omfattning* anpassas efter detta krav. Någon nämnvärd inskränkning av de sommarferier som följer efter de tre första studieåren är bl. a. på grund av värnpliktstjänstgöringens förläggning icke möjlig. Det fjärde studieåret, som upptar kurserna i medicin och kirurgi, kräver emellertid särskilda terminsgränser, och för övriga kliniska kurser bör ferierna i lämplig utsträckning tas i anspråk.

Möjligheten för de studerande att bedriva sin utbildning vid *olika lärosäten* är av största värde och bör därför kvarstå. Även för läroanstalterna är denna möjlighet av stor betydelse genom att det tillgängliga platsantalet kan utnyttjas så effektivt som möjligt.

Större delen av *värnpliktstjänstgöringen*, vilken för närvarande uppgår till ett och ett halvt år, fullgöres före medicine licentiatexamen. Endast delvis är den militära tjänstgöringen förlagd till ferietid. Det är av vikt att värnpliktstjänstgöringens olika perioder till sin längd och placering avpassas så, att de smidigt kan infogas i den medicinska studieplanen. I ett yttrande över 1948 års värnpliktskommittés betänkande har kommittén framfört vissa förslag, varigenom en förkortning av tjänstgöringstiden skulle kunna möjliggöras. De värnpliktiga läkarnas militärutbildning borde i högre grad än vad som nu är fallet ta direkt sikte på den avsedda krigsbefattningen. Genom ratio-

naliseringar bör det vara möjligt att minska soldat- och befälsutbildningen till sammanlagt 180 dagar, fördelade på tre lika långa sommarperioder. Ur fackutbildningen bör allt det lärostoff, som kommer att ingå i den föreslagna krigsmedicinska kursen avskiljas, varigenom en förkortning från 45 till 30 dagar kan bli möjlig. Huvudparten av facktjänstgöringen, som under senare år till stor del använts för att täcka behovet av läkare vid fredsförband, bör enligt kommitténs mening fullgöras i omgångar efter medicine licentiatexamen, varigenom denna tjänstgöring kan få en relativt ringa inverkan på studiegången.

Beträffande *studietidens längd* kan följande anföras. Studieplanen för de båda prekliniska åren, det propedeutiska året samt medicin-kirurgiåret innebär genom sin bundna ordning fyra fixerade studieår. Efter denna tid råder i princip en fri studieordning. För samtliga ämnen och tjänstgöringar i återstående del av licentiatstudiernas andra avdelning samt den tredje avdelningen erfordras en kursbunden minimitid av 16 + 9 = 25 studiemånader. Med utgångspunkt från en därtill beräknad period för ferier, värnpliktstjänstgöring samt övriga normala och av praktiska skäl betingade avbrott skulle kommitténs förslag innebära en normal studietid av drygt sex och ett halvt år.

I fråga om *kunskapskontrollen* hävdar kommittén, att den principiella skillnaden mellan tentamina och förhör bör upprätthållas. De förhör, som äger rum efter vissa mindre kurser, av kommittén benämnda kursförhör, bör icke åsättas graderade betyg. Ej heller bör i motsats till vad nu är fallet de särskilda tjänstgöringarna åsättas graderade betyg. Kommittén föreslår vidare, att bestämmelserna om tentaminas begränsade giltighetstid uteslutes ur examensstadgan. I enlighet med universitetsberedningens förslag kan de särskilda examenssammanträdena slopas. Prövning av examensansökningar bör delegeras till dekanus (rektor), och den studerande bör kunna få ut sin examen när som helst under kalenderåret och i nära anslutning till dagen för ansökningen.

Den centrala ledningen av undervisningen bör enligt kommittens mening förstärkas. En rationaliserad medicinsk undervisning kräver en relativt omfattande administrativ apparat. *Undervisningsnämnderna* bör ges en betydligt starkare ställning och inkopplas som permanenta förberedande organ i alla sådana undervisningsfrågor, som handlägges av fakultet eller kollegium. Beslutanderätten bör i vissa frågor kunna hänskjutas till nämnden. Vice ordförande i undervisningsnämnden, som bör vara professor, föreslås få ett särskilt uppdrag som studierektor, och nämnden bör utrustas med en särskild sekreterare.

Vidareutbildningen

I ett särskilt betänkande diskuterade LS utförligt frågan om ett *praktiskt sjukhusår*. De sakkunniga konstaterade att det även i vårt land förelåg ett behov av kompletterande sjukhusutbildning utöver examen. LS avvisade emellertid tanken på att denna tjänstgöring skulle vara obligatorisk, ehuru vissa skäl talade härför, och föreslog i stället att ett större antal korttidstjänster skulle reserveras för nylegitimerade. Vid remissbehandlingen föreslog medicinalstyrelsen och Svenska läkaresällskapet, att ett obligatoriskt sjukhusår skulle vara villkor för legitimation, medan från huvudmännens sida starka betänkligheter framfördes mot LS förslag om särskilda utbildningstjänster.

Enligt kommittén, som ingående dis-

kuterat de olika alternativen, synes den bästa principiella lösningen vara en läkarutbildning, som ger rutin i de för allmänpraktikern nödvändiga disciplinerna under en tämligen lång, obligatorisk sjukhustjänstgöring i underläkarställning. Vid sina undersökningar beträffande möjligheterna att åstadkomma en sådan planläggning av den allmänna läkarutbildningen har kommittén emellertid stött på sådana svårigheter, att den icke anser sig kunna framlägga ett dylikt förslag till utbildning. Den nödvändiga omvandlingen av ett betydande antal underläkartjänster till utbildningsplatser för nyutexaminerade samt nyinrättandet av ett flertal tjänster, som i samband därmed kan bli nödvändiga för sjukvården, skulle innebära ett kännbart ingrepp i sjukhusorganisationen och en ekonomisk fråga av betydande räckvidd. Dessa åtgärder är av den art, att de kan rekommenderas endast om synnerligeen starka skäl talar härför. I utredningsdirektiven anförde även departementschefen, att regleran-de ingripanden i detta avseende icke borde vidtas utan tvingande skäl.

Den obligatoriska sjukhustjänstgöringen har därför i kommitténs förslag till utbildningsplan förlagts före licentiatexamen och utformats som sammanhängande assistenttjänstgöringar i de centrala kliniska ämnena medicin och kirurgi samt i ett valfritt annat kliniskt ämne.

Utbildning av allmänpraktiker

Det har redan inledningsvis framhållits, att kommittén finner en vidareutbildning efter examen önskvärd för alla kategorier av läkare.

Efter överläggningar med Sveriges läkarförbund har kommittén utarbetat ett förslag till vidareutbildning för blivande allmänpraktiker, vilket torde kunna bli antaget av förbundet som en rekommendation från dess sida. Utbildningen skall omfatta minst *två års tjänstgöring på sjukhus* i underordnad ställning med tjänsteårsrätt. Av dessa två år skall ett fullgöras på invärtesmedicinsk avdelning, odelat lasarett eller sjukstuga. Intill ett halvt år av denna tid skall dock kunna utbytas mot tjänstgöring på kirurgisk lasarettsavdelning. Till denna ettåriga tjänstgöring skall läggas fyra månaders tjänstgöring på psykiatrisk klinik eller sinnessjukhus samt åtta månaders tjänstgöring på valfri klinisk avdelning. Tills vidare bör enligt kommitténs mening ett sådant förslag ur samhällets synpunkt vara tillfyllest.

Utbildning av tjänsteläkare

De nuvarande behörighetsvillkoren för tjänsteläkare — åtta månaders tjänstgöring som underordnad läkare vid offentlig eller enskild sjukvårdsinrättning — är otillfredsställande med hänsyn till de uppgifter, som numera åvilar denna kategori av läkare. Kommittén föreslår, att utbildningen i fortsättningen skall omfatta minst *tre års tjänstgöring på sjukhus* i underordnad ställning med tjänsteårsrätt. Ett och ett halvt år därav skall fullgöras på invärtesmedicinsk avdelning, odelat lasarett eller sjukstuga. Intill ett halvt år av denna tid skall dock kunna fullgöras på kirurgisk lasarettsavdelning. Till den nu berörda tjänstgöringen skall läggas fyra månaders tjänstgöring på psykiatrisk avdelning eller sinnessjukhus, tre månaders tjänstgöring på epidemisjukhus eller bakteriologiskt laboratorium eller barnsjukhus eller tuberkulosavdelning, tre månaders tjänstgöring på obstetrisk-gynekologisk avdelning samt åtta månaders tjänstgöring på valfri klinisk avdelning.

I fortsättningen bör liksom för närvarande anordnas särskilda *tjänstelä-*

karkurser. Omfattningen av dessa bör dock väsentligt utökas med hänsyn till tjänsteläkarnas växande uppgifter inom socialmedicinen. Kurserna bör förslagsvis få en längd av tre månader och bör vara obligatoriska för tjänsteläkare. Genomgången kurs bör dock inte vara behörighetskrav. I anslutning till ett tidigare förslag av LS förordar kommittén, att sådan kurs skall fullgöras inom fem år efter det att vederbörande tillträtt sin befattning. För förste provinsialläkare och motsvarande tjänsteläkare bör bl. a. behörighetskraven ändras i överensstämmelse med vad som föreslagits för tjänsteläkare i allmänhet.

Utbildning av specialister

Kontrollen av specialistutbildningen i vårt land är anförtrodd Sveriges läkarförbund. Förbundets nyligen reviderade kompetensvillkor innebär att läkaren i regel skall ha fem års sjukhusutbildning på skilda avdelningar för rätt att annonsera specialitet. Kommittén har icke funnit anledning föreslå ändring i nuvarande sätt att kontrollera specialistutbildningen. Ehuru verksamheten sålunda helt vilar på en kollegial reglering, torde förbundets beslut i dessa frågor praktiskt taget aldrig ha åsidosatts. I motsats till de flesta andra länder stipuleras i Sverige inga särskilda kurser för specialisterna. Frivillig undervisning för blivande specialister har emellertid anordnats vid skilda tillfällen. Kommittén har övervägt frågan huruvida specialistutbildningen även i vårt land skulle anses behöva en omläggning därhän, att mera utförliga teoretiska kurser skulle ingå i den. Erfarenheten tyder dock på att specialiststandarden är tillfredsställande med nuvarande utbildningssystem. De sporadiskt anordnade kurserna synes emellertid ha tilldragit sig ett betydande intresse, och kommittén föreslår att i fortsättningen vissa anslag ställes till förfogande för kortare kurser för specialister.

Efterutbildningen

Sedan 1945 anordnas under medicinalstyrelsens överinseende årligen två frivilliga fortsättningskurser för färdiga läkare, varav en i Stockholm och en i Göteborg. Deltagarantalet i dessa kurser har emellertid av olika skäl successivt sjunkit. Kurserna, som för närvarande har en längd av tre veckor, bör enligt kommitténs mening anordnas i fortsättningen men differentieras för olika kategorier av läkare. Med hänsyn till svårigheterna för läkare med omfattande praktik att vara frånvarande från sin verksamhet en längre tid bör kurserna förkortas till två veckor men samtidigt intensifieras. För tjänsteläkare bör deltagande i sådana efterutbildningskurser bli obligatoriskt.

Kommittén föreslår vidare att vissa medel anvisas för anordnande av föreläsningar om nya medicinska rön i olika läkarsammanslutningar i landet. Anslaget bör disponeras av Svenska läkaresällskapet.

Samarbetsorgan för undervisnings- och sjukvårdsfrågor

Vid riksdagsbehandlingen av frågan om överflyttning av ärenden angående undervisningssjukhusen från ecklesiastik- till inrikesdepartementet (1948) framhöll statsutskottet, att vissa betänkligheter som de akademiska myndigheterna uttalat mot en sådan överflyttning, till en del kunde undanröjas genom inrättandet av ett samarbetsorgan av rådgivande karaktär. Ett dylikt organ hade tidigare rekommenderats av medicinalstyrelseutredningen i ett betänkande angående den centrala organisationen av medicinal- och veterinär-

väsendet. Utskottet förordade, att Kungl. Maj:t snarast möjligt tillsatte ett sådant organ. Riksdagen godkände statsutskottets uttalande, och frågan har sedermera genom utredningsdirektiven hänskjutits till denna kommitté. För lösningen av en mängd praktiska och principiella spörsmål, såväl i fråga om grundutbildningens som vidare- och efterutbildningens organisation, kan enligt kommitténs mening ett sådant samarbetsorgan vara ett lämpligt forum, t. ex. i frågor som rör assistenttjänstgöringarnas uppläggning, allmänläkarnas sjukhusutbildning, tjänsteläkarkursernas och repetitionskursernas förläggning och organisation. Kommittén föreslår därför att en *rådgivande nämnd* inrättas vid universitetskanslerns sida. I nämnden bör ingå en representant för vardera medicinalstyrelsen, landstingsförbundet, stadsförbundet, lasarettsläkarföreningen och tjänsteläkarföreningen samt vardera en representant för de medicinska fakulteterna i Uppsala och Lund respektive lärarkollegierna i Stockholm och Göteborg.

Författningsfrågor m. m.

Utbildningsreformen fordrar en omarbetning av 1907 års examensstadga. I en särskild bilaga till betänkandet framlägger kommittén förslag till ny stadga för de medicinska examina.

Övergången till den nya studieplanen bör ske i tre etapper. Från början av den hösttermin, som följer närmast efter den tidpunkt, då beslut fattats om den nya studieordningens införande, bör undervisningen i samtliga ämnen till och med det tredje studieårets (det propedeutiska årets) ämnen läggas om efter den nya ordningen. Nästa hösttermin bör medicin- och kirurgiundervisningen jämte övrig dithörande undervisning läggas om, och vid följande hösttermin bör undervisningen i samtliga återstående ämnen organiseras enligt den nya studieordningen.

Anslagsfrågor

Kommittén har i ett särskilt avsnitt om anslagsfrågor m. m. (kap. 8) redovisat vissa allmänna utgångspunkter för de kostnadsberäkningar, som avslutar varje kapitel, i vilket kommittén föreslår att riksstatsmedel skall anvisas. De detaljerade grunderna för beräkningarna återfinnes i de särskilda kapitlen.

Förslag om nya tjänster

Ett förverkligande av utbildningsreformen förutsätter en ökning av lärarkrafterna och en förstärkning av den tekniska och administrativa personalen vid undervisningsanstalterna.

Vid uppgörandet av sitt förslag till personalstater för de *teoretiska* institutionerna har kommittén beaktat att dessa institutioner genom statsmakternas beslut efter de medicinska högskolornas organisationskommittés (MHO) förslag fått en väsentlig upprustning. För att utbildningen till medicine kandidatexamen skall kunna bedrivas så rationellt som möjligt har kommittén dock på vissa punkter föreslagit nya tjänster.

Vad beträffar den *kliniska* sektorn föreslog MHO i ett särskilt betänkande en väsentlig utökning av de personella resurserna på klinikerna. Dessa förslag har emellertid ännu icke föranlett några genomgripande beslut. I kommitténs förslag till ny undervisningsplan ingår, som redan sagts i avsnittet om grundutbildningen, ett antal nya ämnen, som helt eller delvis saknar företrädare vid lärosätena. I vissa fall krävs sålunda helt nya personaluppsättningar. Vid bedömandet av kommitténs förslag om nya tjänster vid undervisningskliniker-na bör vidare beaktas, att dessa för-

slag inrymmer åtgärder, som i och för sig icke är beroende av en ny utbildningsplan utan som är nödvändiga redan med nuvarande ordning, om undervisningen skall kunna bedrivas rationellt. Sålunda saknas för närvarande vid vissa lärosäten företrädare i läroämnen, som ingår i den nuvarande obligatoriska undervisningen. Kravet på att varje lärosäte skall ha full utbildningskapacitet nödvändiggör därför inrättandet av vissa nya tjänster.

Enligt kommitténs förslag bör följande *professurer* inrättas i samband med utbildningsplanens genomförande: professur i barnpsykiatri vid karolinska institutet, i dermato-venereologi vid Uppsala universitet, i hygien vid Lunds universitet, i klinisk fysiologi vid medicinska högskolan i Göteborg, i neurologi vid Uppsala universitet, i röntgenologi vid Lunds universitet med placering i Malmö samt i socialmedicin vid Uppsala och Lunds universitet samt karolinska institutet.

Slutligen förordar kommittén att i samband med remissbehandlingen möjligheterna bör undersökas för omvandling av vissa laboraturer till professurer samt föreslår att ytterligare professurer inrättas vid en senare tidpunkt, bl. a. i samband med utbyggnaden av medicinska högskolan i Göteborg.

Kostnadsberäkning

Sammanlagt uppgår den beräknade årliga kostnadsökningen för utbildningsreformen till *2 700 212 kronor*. Av detta belopp hänför sig 2 559 932 kronor till avlöningar m. m., 112 000 kronor till materielkostnader, huvudsakligen för föreslagna nya institutioner eller institutionsavdelningar samt 28 280 kronor till stipendier, bidrag, reseersättningar m. m. Totalbeloppet fördelar sig på VIII och XI huvudtitlarna med 2 421 500 respektive 278 712 kronor.

Till de sålunda redovisade kostnaderna kommer vissa beräknade engångsanslag med tillhopa *1 165 000 kronor* för uppförande och utrustning av nya institutionsbyggnader samt för utrustning av redan befintliga institutioner.

I enlighet med de principer för införandet av den nya studieplanen, som kommittén redovisat i kapitlet om övergångsanordningarna, torde den totala kostnadsökningen under övergångsperioden kunna fördelas på tre budgetår.

BILAGA

FÖRSLAG TILL
STADGA OM MEDICINSKA EXAMINA

1 §.

De medicinska examina äro medicine kandidatexamen och medicine licentiatexamen. Dessa avläggas vid rikets universitet, karolinska mediko-kirurgiska institutet samt medicinska högskolan i Göteborg.

I den ordning denna stadga bestämmer må medicine doktorsgrad tilldelas den, som avlagt medicine licentiatexamen.

Vad i stadgan föreskrives beträffande fakultet, skall, där ej annorlunda sägs, gälla även karolinska institutets och medicinska högskolans i Göteborg lärarkollegier.

Medicine kandidatexamen

2 §.

Behörighet att avlägga medicine kandidatexamen tillkommer den, som avlagt studentexamen och därvid eller vid fyllnadsprövning till samma examen erhållit vitsord om minst godkända insikter i biologi samt i matematik å latin- eller realgymnasium, ävensom enahanda vitsord i fysik och kemi å realgymnasium och som av kanslern för rikets universitet, i den ordning därom särskilt är stadgat, blivit antagen såsom medicine studerande.

3 §.

1 mom. Medicine kandidatexamen skall avläggas i följande examensämnen, i vilka undervisningen skall avslutas med tentamen:

1. *anatomi,* omfattande makroskopisk anatomi;
2. *histologi,* omfattande mikroskopisk anatomi;
3. *medicinsk kemi;*
4. *fysiologi.*

2 mom. Utöver de i 1 mom. angivna examensämnena ingå i examen jämväl följande ämnen, i vilka undervisningen skall avslutas med kursförhör:

1. *medicinsk statistik;*
2. *medicinsk genetik;*
3. *allmän kemi;*
4. *medicinsk fysik;*
5. *psykologi.*

4 §.

Studerande, som vill avlägga examen, skall

dels före tentamen på ett tillfredsställande sätt genomgå kurs i vart och ett av de i 3 § 1 mom. angivna examensämnena;

dels, innan deltagande i ovan stadgad kurs i medicinsk kemi medgives, genomgå särskild till medicinska studier förberedande kurs i allmän kemi, vilken avslutas med godkänt kursförhör;

dels ock genomgå kurs i vart och ett av övriga i 3 § 2 mom. angivna ämnen.

Den förberedande kursen i allmän kemi skall förläggas till medicinskt-kemisk institution samt kursen i medicinsk fysik till fysiologisk institution.

5 §.

Tillträde till kurserna i allmän kemi, medicinsk kemi, fysiologi, medicinsk fysik samt psykologi må endast medgivas studerande, som tillfredsställande genomgått kurserna i anatomi, histologi, medicinsk statistik och medicinsk genetik.

6 §.

För examen fordras att den studerande *dels* avlagt godkända tentamina i samtliga examensämnen, *dels* genomgått godkända kursförhör i de i 3 § 2 mom. angivna ämnena.

7 §.

För medicine kandidatexamen beräknas en normal studietid av två år.

Undervisningen skall anordnas och kunskapsfordringarna avvägas så, att studietiden normalt icke kommer att överstiga:

för anatomi, histologi, medicinsk statistik och medicinsk genetik sammanlagt två terminer;

för allmän kemi, medicinsk kemi, fysiologi, medicinsk fysik och psykologi sammanlagt två terminer.

Medicine licentiatexamen

8 §.

Behörighet att avlägga medicine licentiatexamen tillkommer den, som avlagt medicine kandidatexamen.

9 §.

1 mom. Medicine licentiatexamen skall avläggas *dels* i följande examensämnen, i vilka undervisningen skall avslutas med tentamen:

1. *bakteriologi;*
2. *farmakologi;*
3. *kirurgi;*
4. *medicin;*
5. *patologi;*
6. *pediatrik;*
7. *psykiatri;*
8. *socialmedicin;*

dels i följande examensämnen, i vilka undervisningen skall avslutas med slutförhör:

9. *dermato-venereologi;*
10. *klinisk epidemiologi;*
11. *hygien;*
12. *neurologi;*
13. *obstetrik och gynekologi;*
14. *oftalmiatrik;*

15. *oto-rhino-laryngologi;*
16. *rättsmedicin.*

2 mom. Utöver de i 1 mom. angivna särskilda examensämnena ingå i examen jämväl följande ämnen, i vilka undervisning och kunskapskontroll äger rum på sätt i 12 § stadgas:

1. *klinisk bakteriologi;*
2. *barnpsykiatri;*
3. *klinisk farmakologi;*
4. *ftisiologi;*
5. *klinisk fysiologi;*
6. *klinisk kemi;*
7. *krigsmedicin;*
8. *radioterapi med tumördiagnostik;*
9. *röntgendiagnostik.*

10 §.

Studierna för medicine licentiatexamen omfatta tre avdelningar. Första avdelningen utgör ett propedeutiskt år, andra avdelningen omfattar huvuddelen av den kliniska undervisningen jämte vissa andra kurser samt tredje avdelningen särskilda assistenttjänstgöringar.

11 §.

Första avdelningen omfattar

dels kurser eller annorledes meddelad undervisning i bakteriologi, farmakologi och patologi;

dels kurs i kliniska undersökningsmetoder samt klinisk laborationskurs;

dels översiktskurser i medicin och kirurgi, propedeutisk kurs i socialmedicin, propedeutisk röntgenkurs samt demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi.

För tillträde till andra avdelningen fordras att den studerande

dels avlagt godkända tentamina i bakteriologi, farmakologi och patologi;

dels tillfredsställande genomgått ovan nämnda kurser samt genomgått godkända kursförhör efter kursen i kliniska undersökningsmetoder och efter den kliniska laborationskursen.

Därest särskilda skäl föreligga må studerande, som avlagt godkända tentamina i endast två av ovannämnda examensämnen, på därom gjord ansökan, av fakulteten medgivas tillträde till andra avdelningen av examensstudierna. Studerande skall dock, innan deltagande i de efter medicin- och kirurgikurserna följande kurserna må medgivas honom, ha avlagt godkänd tentamen i sålunda återstående examensämne.

12 §.

Andra avdelningen omfattar följande kurser, inberäknat den praktiska tjänstgöring, som för vissa av dem i vederbörlig ordning föreskrives:

dermato-venereologi: två månaders kurs;
klinisk epidemiologi: två månaders kurs;
ftisiologi: en månads kurs;
hygien: två månaders kurs;

kirurgi: fem månaders kurs;
krigsmedicin: en månads kurs;
medicin: fem månaders kurs;
neurologi: två månaders kurs;
obstetrik och gynekologi: tre månaders kurs;
oftalmiatrik: två månaders kurs;
oto-rhino-laryngologi: två månaders kurs;
pediatrik: fyra månaders kurs;
psykiatri: tre månaders kurs;
socialmedicin: fyra månaders kurs;
kurs i rättsmedicin.

Vid ovan nämnda kliniska kurser skall, såvitt möjligt, poliklinisk undervisning och handledning förekomma.

Särskild undervisning i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, radioterapi med tumördiagnostik samt röntgendiagnostik skall äga rum under denna avdelnings kurser i medicin och kirurgi. Fortsatt undervisning i ämnena meddelas i erforderlig utsträckning under övriga kliniska kurser; och skall kontroll av de studerandes insikter i ämnena ske i samband med tentamina i medicin och kirurgi och i tillämpliga delar jämväl i anslutning till i nästföljande stycke nämnda tentamina, slutförhör och kursförhör. Kurs i barnpsykiatri skall anordnas i anslutning till kursen i pediatrik.

Den studerande skall, innan tillträde till tredje avdelningen av licentiatstudierna medgives, efter att tillfredsställande ha genomgått ovan nämnda kurser, *dels* ha avlagt godkända tentamina i pediatrik, psykiatri samt socialmedicin, *dels* ha genomgått godkända slutförhör i dermato-venereologi, klinisk epidemiologi, hygien, neurologi, obstetrik och gynekologi, oftalmiatrik, oto-rhino-laryngologi samt rättsmedicin, *dels ock* ha genomgått godkända kursförhör i barnpsykiatri och krigsmedicin.

Därest särskilda skäl föreligga må studerande, som avlagt godkända tentamina i endast två av de tre till avdelningen hörande examensämnena, i vilka undervisningen därunder avslutas med tentamen, på därom gjord ansökan, av fakulteten medgivas tillträde till tredje avdelningen av licentiatstudierna.

13 §.

Studerande skall, innan tillträde till annan i 12 § föreskriven kurs medgives, ha tillfredsställande genomgått kurserna i medicin och kirurgi i nu nämnd ordningsföljd.

För tillträde till kurserna i pediatrik och socialmedicin fordras att den studerande tillfredsställande genomgått föreskrivna kurser i dermato-venereologi, klinisk epidemiologi, ftisiologi, neurologi, obstetrik och gynekologi, oto-rhino-laryngologi samt psykiatri.

Studerande må samtidigt bevista kurser i två av följande ämnen, nämligen dermato-venereologi, klinisk epidemiologi, ftisiologi, hygien, krigsmedicin, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi. Kurserna skola givas en sådan placering i undervisningsplanen, att ett samtidigt studium av två ämnen möjliggöres.

Studerande skall under de två första månaderna av kursen i psykiatri samtidigt fullgöra kurs i neurologi.

Studerande, som bevistar kurs i pediatrik, skall samtidigt bevista kurs i socialmedicin.

Studerande må, i den ordning i övrigt är stadgat, genomgå kursen i rättsmedicin samtidigt med andra kurser.

14 §.

Tredje avdelningen omfattar följande assistenttjänstgöringar:
medicin: fyra månader;
kirurgi: tre månader;
annat kliniskt ämne, som ingår i examensstudierna: två månader.

Assistenttjänstgöringarna må fullgöras i den ordningsföljd den studerande finner ändamålsenlig. Tjänstgöringarna skola godkännas av vederbörande ämnesföreträdare.

Assistenttjänstgöring skall förläggas till undervisningssjukhus eller annat, av kanslern för ändamålet godkänt sjukhus.

Assistenttjänstgöring i kirurgi skall fullgöras på ett och samma sjukhus; samma gäller assistenttjänstgöring i det valfria kliniska ämnet. Assistenttjänstgöring i medicin må kunna förläggas till olika sjukhus; och skall i sådant fall tjänstgöringen påbörjas och hälften därav fullgöras på annat sjukhus än undervisningssjukhus samt återstoden fullgöras på sistnämnt sjukhus.

Ämnesföreträdare äger efter därom gjord ansökan medgiva, att medicine kandidat, vilken tjänstgjort såsom underläkare vid större sjukhus och styrker tjänstgöringen med behörigt intyg, må, därest verksamheten prövas ha motsvarat assistenttjänstgöring, tillgodoräkna sig sådan tjänstgöring såsom assistenttjänstgöring.

Tentamen i medicin och kirurgi må ej avläggas förrän den studerande fullgjort föreskriven assistenttjänstgöring i ämnet.

15 §.

För examen fordras, utöver vad i 11 och 12 §§ föreskrives för tillträde till efterföljande avdelningar, godkända tentamina i medicin och kirurgi samt, därest anstånd jämlikt 12 § medgivits, sålunda återstående examensämne.

16 §.

För medicine licentiatexamen beräknas en normal studietid av fyra och ett halvt år.

Undervisningen skall anordnas och kunskapsfordringarna avvägas så, att studietiden normalt icke kommer att överstiga: för licentiatstudiernas första avdelning ett år samt för andra och tredje avdelningen sammanlagt tre och ett halvt år.

Undervisningen

17 §.

Undervisningen har till uppgift att bibringa den blivande läkaren erforderlig vetenskaplig skolning samt en teoretisk och klinisk grundval för en senare, huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning inom olika medicinska verksamhetsområden.

Fakulteten skall tillse, att en härför avpassad undervisning finnes att tillgå. Denna meddelas, allt efter ämnets art, i form av föreläsningar, seminarieövningar, konferenser, laborationer, demonstrationer och tjänstgöringar.

Erforderliga föreskrifter angående för undervisningen avsedda institutioner och kliniker samt därstädes förekommande kurser och tjänstgöringar fastställas, efter beredning i undervisningsnämnden, på fakultetens förslag och, där så befinnes nödigt, efter övriga medicinska fakulteters hörande, av kanslern.

18 §.

Utan hinder av gällande bestämmelser om terminsgränser må fakulteten, när så prövas erforderligt för ett ändamålsenligt anordnande av undervisningen, förlägga kurs helt eller delvis jämväl till ferier.

19 §.

Fakulteten skall, efter beredning av undervisningsnämnden, till de studerandes ledning för de särskilda examina upprätta samt hos kanslern för prövning och stadfästelse ingiva planer för studiernas ändamålsenliga bedrivande. I dessa studieplaner, som skola uppgöras med särskild hänsyn till att de studerande må kunna på kortast möjliga tid, men utan skada för studiernas grundlighet avlägga sina examina, skall uppgivas den ordningsföljd, vari föreläsningar och undervisningskurser lämpligen böra begagnas, tjänstgöringarna fullgöras, de bokliga studierna i de särskilda ämnena bedrivas och de för examen erforderliga proven avläggas, med angivande av de särskilda studieårens ändamålsenliga användning för studiearbete av olika slag.

Vid studieplans upprättande skall tillses, att de bokliga studierna i ett läroämne i huvudsak må kunna bedrivas jämsides med den praktiska utbildningen i ämnet samt att undervisning i ämnen med nära anknytning i lämplig omfattning samordnas. Hänsyn bör jämväl tagas till värnpliktsövningar.

20 §.

Vid slutet av varje lästermin skall fakulteten jämte övriga till densamma hörande undervisningsskyldiga lärare, efter det att ärende, varom här är fråga, beretts i fakultetens undervisningsnämnd, sammanträda för lämpligt anordnande av den undervisning, som under påföljande termin skall äga rum.

21 §.

En var lärare, som har skyldighet att examinera eller att eljest anställa förhör, som för examen erfordras, skall inför fakulteten uppgiva de kunskapsfordringar, han vill för examen uppställa i det av honom företrädda ämnet, med angivande av lämpliga läroböcker och annan litteratur.

I samma ordning skall uppgift lämnas om arten och omfånget av det arbete, som under de i denna stadga angivna kurserna och tjänstgöringarna skall utföras av de studerande.

Skulle fakulteten finna de sålunda uppgivna fordringarna för högt eller för lågt tilltagna, äger fakulteten giva dem lämplig omfattning; skolande fakultetens därom fattade beslut underställas kanslerns prövning, därest vederbörande lärare så yrkar.

22 §.

Utöver den undervisning, som i denna stadga är föreskriven, må fakultet jämväl anordna annan undervisning, som för läkarens utbildning i speciella riktningar kan befinnas önskvärd.

Kunskapskontrollen

23 §.

För examens avläggande skall studerande inför vederbörande examinator undergå prövning i varje examensämne genom tentamen eller, enligt vad i denna stadga sägs, genom särskilt i anslutning till kurs förrättat slutförhör, vilken prövning skall vara förenad med praktiskt prov. Prövning i annat ämne skall, därest särskild prövning i denna stadga är föreskriven, förrättas genom kursförhör, vilket skall anordnas omedelbart efter kursens avslutande. Där fakulteten prövar lämpligt, kan praktiskt prov uteslutas vid prövning i visst ämne, varom meddelande skall intagas i studiehandboken.

Har kurs letts av annan lärare än professorn i ämnet, äger kursledaren förrätta sådan prövning, som nu är föreskriven.

Examinator äger förordna, att tentamina inför honom skola förrättas inför öppna dörrar; och skall härom anmälan göras hos fakulteten samt meddelande införas i katalogen över föreläsningar och övningar.

Tentamen inför öppna dörrar förrättas å lärosal; och skall tid för sådan tentamen, på sätt fakulteten bestämmer, kungöras genom offentligt anslag.

24 §.

Studerande är berättigad att under pågående lästermin erhålla tentamen inom fjorton dagar efter därtill gjord anmälan, dock att anmälan till tentamen skall ha skett minst fjorton dagar före terminens slut.

Studerande, som två gånger under samma termin i ett ämne undergått tentamen, vilken icke blivit godkänd, äger icke vidare under denna termin påfordra förnyad tentamen i ämnet.

25 §.

Studerande, som underkänts i tentamen och som anser, att tentamen bort av examinator godkännas, äger inom tredje dagen efter det tentamen försiggått, begära tentamen inför fakulteten, som utsätter tentamen att snarast möjligt äga rum och efter dess avslutande bestämmer det betyg, som skall tilldelas den studerande.

Tentamen inför fakulteten skall alltid ske inför öppna dörrar; och äger fakulteten meddela närmare bestämmelser angående dylik tentamen.

26 §.

Studerande, som första gången inskrives i medicinsk fakultet, skall tillställas en efter av kanslern fastställt formulär upprättad tentamensbok, vari dagen för inskrivningen antecknas. Studerande, som övergår från en medicinsk läroanstalt till en annan, skall vid inskrivning i denna uppvisa sin tentamensbok för sådan anteckning, varom nyss är sagt.

Har studerande undergått godkänd tentamen, skall examinator i tentamens-

boken anteckna år och dag för tentamen jämte det betyg, som därvid tilldelats den studerande; skolande denna anteckning förses med examinators namnunderskrift.

Anteckning i tentamensbok skall dessutom ske, då den studerande tillfredsställande genomgått stadgad kurs eller fullgjort tjänstgöring, som för examen erfordras.

När tentamen förrättats, vare sig den godkänts eller icke, eller den studerande tillfredsställande genomgått stadgad kurs eller fullgjort tjänstgöring, som för examen erfordras, skall anmälan därom göras hos fakulteten i den ordning denna bestämmer; och skola dylika anmälningar införas i fakultetens matrikel.

27 §.

Över de studerandes insikter i de särskilda examensämnena skola betyg givas med något av vitsorden: berömlig, med utmärkt beröm godkänd, med beröm godkänd, icke utan beröm godkänd, godkänd och icke godkänd.

Vid betygens avgivande bör hänsyn tagas mera till grundligheten av den studerandes kunskaper samt till graden av den mogenhet och förmåga av självständigt omdöme, som av honom ådagalägges, än till omfattningen av de inhämtade studiekurserna. För betygen med beröm godkänd, icke utan beröm godkänd och godkänd må ej i något fall fordras till omfattningen olika studiekurser.

Studerande, som vid en av de medicinska läroanstalterna avlagt godkänd tentamen, äger tillgodoräkna sig denna för examens avläggande jämväl vid annan läroanstalt.

Studerande, som övergår från en medicinsk läroanstalt till en annan, äger icke utan vederbörande examinators medgivande för tentamens avläggande därstädes räkna sig till godo undervisning, som åtnjutits, eller partiell tentamen eller annat dylikt prov, som avlagts i ämnet vid den förra läroanstalten.

28 §.

Vad i 25, 26 och 27 §§ är stadgat skall i tillämpliga delar gälla slutförhör.

Reglementariska bestämmelser

29 §.

Studerande, som vill deltaga i undervisningskurs, som för medicine kandidatexamen är stadgad, är skyldig att inskriva sig i medicinsk fakultet och skall därvid förete bevis att de i 2 § omförmälda behörighetsvillkoren äro uppfyllda.

30 §.

Befrielse från skyldighet att genomgå i denna stadga angiven kurs må, på därom gjord ansökan, beviljas studerande, som fakulteten vid särskilt anordnad prövning eller eljest finner äga de insikter, som den ifrågavarande kursen är avsedd att bibringa; och skall intyg om sålunda medgiven befrielse meddelas genom anteckning i den studerandes tentamensbok.

Vederbörande ämnesföreträdare må, därest studerande befinnes äga särskilda insikter i ämne, vari viss kurs är föreskriven, medgiva motsvarande nedsättning i skyldigheten att deltaga i eljest stadgad undervisning.

31 §.

Studerande, som fullgjort vad för viss examens avläggande är föreskrivet, äger till fakulteten vid den läroanstalt, där han avlagt den sista tentamen, ingiva ansökan om examen.

32 §.

Vid ansökan om examen skola fogas:

1. intyg, att den studerande för den lästermin, under vilken ansökan ingives, är inskriven såsom närvarande i den nationsförening, han tillhör, eller därest examen skall avläggas vid karolinska institutet eller medicinska högskolan i Göteborg, i den medicinska föreningen därstädes;
2. den studerandes tentamensbok;
3. en avgift av femton kronor.

Vid ansökan om medicine licentiatexamen skall därjämte fogas betyg över avlagd medicine kandidatexamen.

33 §.

Det åligger dekanus eller, då fråga är om ansökan till karolinska institutet eller medicinska högskolan i Göteborg, rektor att på fakultetens vägnar pröva sådana ansökningar, som i 31 § sägs.

Studerande, som före den 1 respektive den 15 i viss månad ingivit examensansökan, äger att senast en vecka, eller då ansökan ingivits under ferier, senast två veckor efter respektive datum erhålla bevis om prövningens utgång och de avgivna betygen. Sådant bevis skall avfattas enligt fastställt formulär.

34 §.

Genom fakultetens försorg skall en studiehandbok för de studerande upprättas och av trycket utgivas. Studiehandboken bör så utformas och avfattas, att de studerande av densamma kunna inhämta fullständig kännedom om, vad de för begagnande av undervisningen och avläggande av examina ha att iakttaga; och skola fördenskull i studiehandboken intagas erforderliga delar av universitetsstatuterna, karolinska institutets stadgar, gällande bestämmelser för medicinska högskolan i Göteborg, denna examensstadga, gällande studieplaner, av kanslern fastställda föreskrifter för institutioner och kliniker, fullständig redogörelse för de jämlikt 21 § för varje examen fastställda fordringarna jämte de anvisningar och råd, fakulteten, utöver vad studieplanerna innehålla, kan finna lämpligt meddela de studerande, och vad i övrigt för vinnande av det med studiehandboken avsedda ändamålet kan finnas erforderligt.

Före slutet av varje vårtermin skola studieplanerna ävensom i studiehandboken införda anvisningar och råd underkastas förberedande granskning i undervisningsnämnden samt slutlig granskning inom fakulteten för utrönande, om några ändringar i dem av förhållandena påkallas; och skall därvid jämväl lärare anmäla de ändringar, han finner böra vidtagas i de jämlikt 21 § fastställda fordringarna i ämne, som av honom företrädes. De ändringar i studieplanerna, som vid nämnda granskning må anses påkallade, skola underställas kanslerns prövning och stadfästelse och efter vunnen stadfästelse i lämplig form skyndsamt offentliggöras.

Studiehandboken skall tillställas varje studerande, som inskriver sig i medicinsk fakultet. Handboken skall städse genom bokhandeln vara tillgänglig.

35 §.

För kontroll av att de i 7 och 16 §§ angivna normaltiderna ej överskridas skall statistik föras enligt vad därom särskilt stadgas.

Medicine doktorsgrad

36 §.

För vinnande av medicine doktorsgrad fordras att ha avlagt medicine licentiatexamen samt att ha författat, utgivit och offentligen försvarat en medicinsk avhandling, vilken blivit till både innehåll och försvar godkänd av fakulteten.

Statens offentliga utredningar 1953

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Valkretsar vid fullmäktigeval i kommunerna. 1950 års folkomröstnings- och valsättsutrednings betänkande. 4. [1]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Nationalekonomi och socialpolitik.

Generella metoder om fysiska kontroller inom investeringspolitiken. [6]

Hälso- och sjukvård.

Allmänt näringsväsen.

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Betänkande med förslag till fiskeristadga m. m. [2]
Betänkande med förslag till åtgärder för stödjande av hästaveln m. m. [3

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Kommunikationsväsen.

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Läkarutbildningen. [7]

Försvarsväsen.

Utrikes ärenden. Internationell rätt.

Nordiska parlamentariska kommittén. 4. Nordisk passfrihet. [4] 5. Lättnader i fråga om tullbehandling m. m. av motorfordon i trafiken mellan de nordiska länderna. [5]

Stockholm 1953. Victor Pettersons Bokindustri Aktiebolag