National Library
of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

1958/67

Arkivexemplar

SOU
1967 A

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967:51

Socialdepartementet

LÄKARES GRUNDUTBILDNING OCH VIDAREUTBILDNING

BETÄNKANDE AV SAKKUNNIGA

TILLKALLADE AV MEDICINALSTYRELSEN

OCH UNIVERSITETSKANSLERSÄMBETET

Stockholm 1967

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967

Kronologisk förteckning

1. Kommunal bostadsförmedling. Hæggström. I.
2. Allmänna arvsfonden. Esselte. Ju.
3. Utsökningsrätt VI. Esselte. Ju.
4. Ny domkretsindelning för underrätterna. Esselte. Ju.
5. Statlig publicering. Norstedt & Söner. Fi.
6. Finansiella långtidsperspektiv. Esselte. Fi.
7. Den framtida jordbrukspolitiken. Svenska Reproduktions AB. Jo.
8. Barnstugor. Barnavårdsmannaskap. Barnolycksfall. Kihlström. S.
9. Rikskonserter. Esselte. E.
10. Linköpings högskola. Del I. Victor Petterson. E.
11. Programbudgetering. Del I. Esselte. Fi.
12. Programbudgetering. Del II. — Studier och försök. Esselte. Fi.
13. Programbudgetering. Del III. — En sammanfattning. Esselte. Fi.
14. Skolans arbetstider. Esselte. E.
15. Tjänsteställning inom krigsmakten. Esselte. Fö.
16. 1958 års utredning kyrka—stat. VII. Folkbokföringen. Beckman. E.
17. 1958 års utredning kyrka—stat. VIII. De teologiska fakulteterna. Almqvist & Wiksell, Uppsala. E.
18. Invandringen. Esselte. I.
19. Statens stöd till ungdomsverksamhet. Esselte. E.
20. Den statliga länsförvaltningen. I. Norstedt & Söner. K.
21. Den statliga länsförvaltningen. II. Bilagor. Norstedt & Söner. K.
22. Skatteförvaltningen. Norstedt & Söner. K.
23. Länsindelningsutredningen. Victor Petterson. K.
24. Lag om skatterätt. Hæggström. Fi.
25. Narkotikaproblemet. Del I. Hæggström. S.
26. Partiell författningsreform. Esselte. Ju.
27. Förtidsröstning och gemensamma tvådagarsval. Esselte. Ju.
28. Tryckfrihet och upphovsrätt. Berlingska boktryckeriet, Lund. Ju.
29. Transportkostnaderna i Gotlandstrafiken. Esselte. K.
30. Höga eller låga hus? Esselte. I.
31. Filmens inflytande på sin publik. Hæggström. E.
32. Vänerns och Vätterns förbindelse med västerhavet. Esselte. K.
33. Vänerns och Vätterns förbindelse med västerhavet. Bilagor. Esselte. K.
34. Kompensation i vissa fall för bensinskatt som utgår vid användande av motorsåg och snöskoter. Berlingska boktryckeriet, Lund. Fi.
35. Firmaskydd. Esselte. Ju.
36. Nykterhetsvårdens läge. Del I. Esselte. S.
37. Nykterhetsvårdens läge. Del II. Bilagor. Esselte. S.
38. Skoglig yrkesutbildning. II. Esselte. Jo.
39. Samhällets barntillsyn, barnstugor och familjedaghem. Esselte. S.
40. Företagareföreningarnas framtida organisation och verksamhet. Kihlström. I.
41. Narkotikaproblemet. Del II. Hæggström. S.
42. Utsädesbetningens effekter. Isaac Marcus. Jo.
43. Miljövårdsforskning. Del I. Forskningsområdet. Kihlström. Jo. Utkommer senare.
44. Miljövårdsforskning. Del II. Organisation och resurser. Kihlström. Jo. Utkommer senare.
45. 1958 års utredning kyrka—stat. IX. Kyrklig organisation och förvaltning. Beckman. E.
46. 1958 års utredning kyrka—stat. X. Kyrklig egendom. Skattefrågor. Prästerskapets privilegier. Esselte. E.
47. Lärarutbildning för folkhögskolan. Esselte. E.
48. Yrkesutbildningen. III. Hæggström. E.
49. Förslag till lag om skyldighet att föra räkenskaper, m. m. Norstedt & Söner. Ju.
50. Kommunala befogenheter inom turistväsendet. Esselte. K.
51. Läkares grundutbildning och vidareutbildning. Esselte. S.

Anm. Om särskild tryckort ej anges, är tryckorten Stockholm.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967:51

Socialdepartementet

LÄKARES GRUNDUTBILDNING OCH VIDAREUTBILDNING

BETÄNKANDE AV SAKKUNNIGA

TILLKALLADE AV MEDICINALSTYRELSEN

OCH UNIVERSITETSKANSLERSÄMBETET

ESSELTE AKTIEBOLAG, STOCKHOLM 1967

Till

Medicinalstyrelsen och Universitetskanslersämbetet

Genom beslut den 3 december 1965 uppdrog Kungl. Maj:t åt medicinalstyrelsen och universitetskanslersämbetet att gemensamt utreda förutsättningarna för Sveriges anslutning till ett av en nordisk arbetsgrupp föreslaget avtal mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige om enhetliga regler rörande specialistkompetens för läkare samt att därvid även utreda förutsättningarna att begränsa tidsåtgången för läkarutbildningen fram till medicine licentiatexamen.

Med anledning härav tillkallade i skrivelse den 7 februari 1966 medicinalstyrelsen docenten och numera överläkaren Lars Risholm samt universitetskanslersämbetet professorn Nils Thyresson att såsom sakkunniga gemensamt fullgöra nämnda utredningsuppdrag. Thyresson skulle därvid fungera som sammankallande.

Som sekreterare har tjänstgjort docenten Sven Dahlgren och byrådirektören Gunnar Eurenius, den förre tillika expert. Biträdande sekreterare har varit förste byråsekreteraren Guje Söderström samt under tiden den 21 februari—31 december 1966 medicine kandidaterna Stephan Rössner och Urbain Säwe.

Följande experter har biträtt utredningen i dess arbete, nämligen professorn Gunnar Ström, i juridiska frågor överdirektören Håkan Rahm samt i vissa frågor om den medicinska grundutbildningen byråchefen Gunnar Wennström jämte — fr. o. m. den 1 januari 1967 — ovannämnda Rössner och Säwe.

I enlighet med vad som anges i direktiven har vid utredningsarbetet samråd ägt rum med utredningen rörande vissa medicinska utbildningsfrågor m. m.

Medicinalstyrelsen och universitetskanslersämbetet har hållits informerade om arbetet. Överläggningar har ägt rum med kanslersämbetets fakul-

tetsberedning för medicin, odontologi och farmaci. Överläggningar har vidare förekommit med bl. a. representanter för samtliga medicinska fakulteter samt en av Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundet utsedd referensgrupp.

Samråd har också ägt rum med en av Sveriges läkarförbund hösten 1965 tillsatt specialistutbildningskommitté. I samarbete med kommittén har från läkarförbundets yrkes- och specialistföreningar inhämtats yttranden över ett preliminärt förslag till specialistutbildningsregler m. m.

Resultatet av utredningsarbetet har tidigare publicerats i stencilerad form i två delar. Den första delen, avseende grundutbildningen, överlämnades den 20 juni 1967 och den andra delen, avseende vidareutbildningen, den 30 augusti 1967.

Härmed överlämnas de båda delarna i tryck. Utredningsarbetet är därmed slutfört.

Stockholm den 20 oktober 1967.

Lars Risholm *Nils Thyresson*

/Sven Dahlgren
Gunnar Eurenius
Guje Söderström

Innehåll

Skrivelse till medicinalstyrelsen och universitetskanslersämbetet 3

De vanligaste i betänkandet förekommande förkortningarna 10

1. *Inledning* 11

1.1. Utredningsuppdraget 11

1.2. Tidigare utredningar om läkarutbildning 13

1.3. Nuvarande läkarutbildning 17
1.3.1. Grundutbildning 17
1.3.2. Vidareutbildning 21
1.3.2.1. Specialistutbildning 21
1.3.2.2. Utbildning för behörighet till vissa läkartjänster . . . 22
1.3.2.3. Annan vidareutbildning 23
1.3.2.4. Efterutbildning 24

1.4. Läkarutbildning i andra länder 24
1.4.1. Grundutbildning 26
1.4.1.1. De nordiska länderna 26
1.4.1.2. Vissa andra länder 28
1.4.2. Specialistutbildning 30
1.4.2.1. De nordiska länderna 30
1.4.2.2. Vissa andra länder 37

1.5. Den medicinska utbildningens mål 38
1.5.1. Tidigare diskussion 38
1.5.2. Överväganden och förslag 40

1.6. Den medicinska utbildningens uppdelning 43
1.6.1. Nuvarande förhållanden 43
1.6.2. Tidigare diskussion 43
1.6.3. Överväganden och förslag 44

2. *Grundutbildning* 46

2.1. Allmänna frågor 46
2.1.1. Studieordning 46
2.1.1.1. Nuvarande förhållanden 46
2.1.1.2. Tidigare diskussion 47
2.1.1.3. Överväganden och förslag 47
2.1.2. Läsårets omfattning och terminernas förläggning 48
2.1.2.1. Nuvarande förhållanden 48
2.1.2.2. Tidigare diskussion 48
2.1.2.3. Överväganden och förslag 49
2.1.3. Undervisningens anordnande 50
2.1.3.1. Nuvarande förhållanden 50

2.1.3.2. Tidigare diskussion 52
2.1.3.3. Överväganden och förslag 57

2.2. Det prekliniska stadiet 59
2.2.1. Nuvarande förhållanden 59
2.2.1.1. Utbildningsplanen 59
2.2.1.2. Det första studieårets ämnen 59
2.2.1.3. Det andra studieårets ämnen 59
2.2.2. Tidigare diskussion 60
2.2.2.1. Utbildningsplanen 60
2.2.2.2. Det första studieårets ämnen 60
2.2.2.3. Det andra studieårets ämnen 62
2.2.3. Överväganden och förslag 64

2.3. Det propedeutiska stadiet 67
2.3.1. Nuvarande förhållanden 67
2.3.2. Tidigare diskussion 67
2.3.3. Överväganden och förslag 72
2.3.3.1. Det propedeutiska stadiets uppläggning 72
2.3.3.2. Samordning av undervisningen i de olika ämnena . . . 72
2.3.3.3. Medicinsk mikrobiologi (= bakteriologi) 75
2.3.3.4. Farmakologi 76
2.3.3.5. Patologi 77
2.3.3.6. Klinisk kemi och klinisk fysiologi 80
2.3.3.7. Klinisk propedeutik 82
2.3.3.8. Ledningen av det propedeutiska stadiet 89

2.4. Det kliniska stadiets första del 89
2.4.1. Nuvarande förhållanden 89
2.4.2. Tidigare diskussion 91
2.4.3. Överväganden och förslag 94
2.4.3.1. Medicin 94
2.4.3.2. Kirurgi 97
2.4.3.3. Kunskapskontroll 99

2.5. Det kliniska stadiets andra del 100
2.5.1. Nuvarande förhållanden 100
2.5.2. Tidigare diskussion 101
2.5.2.1. Utbildningens innehåll och omfattning 101
2.5.2.2. Studieordningen 102
2.5.3. Överväganden och förslag 104
2.5.3.1. Allmänna synpunkter på utbildningens innehåll och omfattning 104
2.5.3.2. Studieordningen 104
Första terminens ämnen
2.5.3.3. Psykiatri 110
2.5.3.4. Dermato-venereologi 115
2.5.3.5. Infektionsmedicin (= klinisk epidemiologi) 116
2.5.3.6. Försvars- och katastrofmedicin (= krigsmedicin jämte grundkurs i civil krigssjukvård) 117
Andra terminens ämnen
2.5.3.7. Obstetrik och gynekologi 121
2.5.3.8. Oftalmiatrik 125
2.5.3.9. Oto-rhino-laryngologi 125
2.5.3.10. Rättsmedicin 127

Tredje terminens ämnen
2.5.3.11. Pediatrik 128
2.5.3.12. Barnpsykiatri 130
2.5.3.13. Socialmedicin 131
2.5.3.14. Neurologi 134
2.5.3.15. Hygien 136
Övriga ämnen
2.5.3.16. Ftisiologi 137
2.5.3.17. Radioterapi med tumördiagnostik 137
2.5.3.18. Röntgendiagnostik 140
2.5.3.19. Medicinens historia 142

3. *Vidareutbildning* 144

3.1. Allmänutbildning 144
3.1.1. Nuvarande förhållanden 144
3.1.2. Förhållandena i de nordiska länderna 145
3.1.3. Tidigare diskussion 146
3.1.3.1. Obligatoriskt sjukhusår respektive assistenttjänstgöring 146
3.1.3.2. Tjänstgöring i öppen vård 152
3.1.4. Övervägande och förslag 153
3.1.4.1. Assistenttjänstgöringar 153
3.1.4.2. Tjänstgöring vid medicinsk och kirurgisk klinik . . . 154
3.1.4.3. Tjänstgöring vid psykiatrisk klinik 155
3.1.4.4. Tjänstgöring i öppen vård 157
3.1.4.5. Kunskapskontroll 160

3.2. Läkarexamen 160
3.2.1. Nuvarande förhållanden 160
3.2.2. Tidigare diskussion 161
3.2.3. Övervägande och förslag 161

3.3. Specialistutbildning 164
3.3.1. Den allmänna utbildningsperioden 164
3.3.1.1. Nuvarande förhållanden 164
3.3.1.2. Förhållandena i de nordiska länderna 164
3.3.1.3. Tidigare diskussion 165
3.3.1.4. Övervägande och förslag 166
3.3.2. Huvud- och sidoutbildning 167
3.3.2.1. Nuvarande förhållanden 167
3.3.2.2. Förhållandena i de nordiska länderna 167
3.3.2.3. Tidigare diskussion 167
3.3.2.4. Övervägande och förslag 169
3.3.3. Specialitetsförteckning 169
3.3.3.1. Nuvarande förhållanden 170
3.3.3.2. Förhållandena i de nordiska länderna 170
3.3.3.3. Tidigare diskussion 170
3.3.3.4. Övervägande och förslag 172
3.3.4. Utbildningskrav i de olika specialiteterna 179
3.3.4.1. Nuvarande förhållanden 179
3.3.4.2. Förhållandena i de nordiska länderna 179
3.3.4.3. Tidigare diskussion 179
3.3.4.4. Övervägande och förslag 180
3.3.5. Undervisning och studier 181

3.3.5.1. Nuvarande förhållanden 181
3.3.5.2. Förhållandena i de nordiska länderna 181
3.3.5.3. Tidigare diskussion 182
3.3.5.4. Överväganden och förslag 184
3.3.6. Kunskapskontroll 186
3.3.6.1. Nuvarande förhållanden 186
3.3.6.2. Förhållandena i de nordiska länderna 187
3.3.6.3. Tidigare diskussion 187
3.3.6.4. Överväganden och förslag 189

3.4. Utbildning för allmän praktik 190
3.4.1. Nuvarande förhållanden 190
3.4.2. Förhållandena i andra länder 191
3.4.3. Tidigare diskussion 192
3.4.4. Överväganden och förslag 194

3.5. Vidareutbildningens organisation och administration 196
3.5.1. Sjukhus för allmänutbildning 196
3.5.1.1. Nuvarande förhållanden 196
3.5.1.2. Förhållandena i de nordiska länderna 196
3.5.1.3. Tidigare diskussion 197
3.5.1.4. Överväganden och förslag 199
3.5.2. Sjukhus för fortsatt vidareutbildning 202
3.5.2.1. Nuvarande förhållanden 202
3.5.2.2. Förhållandena i de nordiska länderna 202
3.5.2.3. Tidigare diskussion 202
3.5.2.4. Överväganden och förslag 204
3.5.3. Behov av underordnade läkartjänster 206
3.5.3.1. Nuvarande förhållanden 206
3.5.3.2. Tidigare diskussion 207
3.5.3.3. Överväganden och förslag 208
3.5.4. Läkarförordnandenas längd och karaktär 214
3.5.4.1. Nuvarande förhållanden 214
3.5.4.2. Förhållandena i de nordiska länderna 214
3.5.4.3. Tidigare diskussion 215
3.5.4.4. Överväganden och förslag 218
3.5.5. Vikariatstjänstgöring 220
3.5.5.1. Nuvarande förhållanden 220
3.5.5.2. Förhållandena i de nordiska länderna 220
3.5.5.3. Tidigare diskussion 220
3.5.5.4. Överväganden och förslag 221
3.5.6. Läkarnas fördelning på sjukhus för allmänutbildning 221
3.5.6.1. Nuvarande förhållanden 221
3.5.6.2. Förhållandena i de nordiska länderna 222
3.5.6.3. Överväganden och förslag 222
3.5.7. Behov av lärare och handledare 225
3.5.7.1. Nuvarande förhållanden 225
3.5.7.2. Förhållandena i de nordiska länderna 226
3.5.7.3. Tidigare diskussion 226
3.5.7.4. Överväganden och förslag 227
3.5.8. Vidareutbildningens administration 229
3.5.8.1. Nuvarande förhållanden 229

3.5.8.2. Tidigare diskussion 231
3.5.8.3. Övervägande och förslag 231

4. *Värnpliktstjänstgöring* 234

4.1. Nuvarande förhållanden 234
4.2. Tidigare diskussion 235
4.3. Övervägande och förslag 236

5. *Behörighetsfrågor* 240

5.1. Legitimation 240
5.1.1. Nuvarande förhållanden 240
5.1.2. Förhållandena i andra länder 240
5.1.3. Tidigare diskussion 241
5.1.4. Övervägande och förslag 242

5.2. Behörighet till vissa civila läkartjänster 244
5.2.1. Nuvarande förhållanden 245
5.2.2. Tidigare diskussion 245
5.2.3. Övervägande och förslag 249

6. *Efterutbildning* 251

6.1. Nuvarande förhållanden 251
6.2. Tidigare diskussion 251
6.3. Övervägande och förslag 252

7. *Övergången till ny grundutbildning och vidareutbildning* 254

7.1. Grundutbildning och allmänutbildning 254
7.1.1. Alternativa lösningar 254
7.1.2. Övervägande och förslag 255

7.2. Fortsatt vidareutbildning för blivande specialister 256
7.2.1. Alternativa lösningar 256
7.2.2. Övervägande och förslag 256

7.3. Övrig vidareutbildning 257

8. *Kostnadsberäkningar* 258

8.1. Grundutbildning 258

8.2. Vidareutbildning 263
8.2.1. Allmänutbildning 263
8.2.2. Huvudutbildning 263
8.2.3. Sidoutbildning 266
8.2.4. Statens nämnd för läkares vidareutbildning m. m. 266

9. *Sammanfattning* 268

Författningsförslag

Förslag till kungörelse om ändrad lydelse av 2—5 §§ stadgan den 4 juni 1964 (nr 471) angående medicinska examina 285

Förslag till kungörelse om ändrad lydelse av 50 § universitetsstadgan den 4 juni 1964 (nr 461) 286
Förslag till utbildningsplan för medicine licentiatexamen 287
Förslag till lag om ändrad lydelse av 2 och 10 §§ lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket. 289
Förslag till kungörelse om allmänutbildning för legitimation såsom läkare samt om läkarexamen 290
Förslag till kungörelse om efterutbildning av läkare med utländsk examen 291
Förslag till kungörelse om läkares specialistbehörighet m. m. 292
Förslag till lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242) 301
Förslag till kungörelse om ändring av sjukvårdsstadgan den 29 mars 1963 (nr 70) 302

Bilagor

1. Förslag till överenskommelse mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige om enhetliga regler rörande specialistkompetens för läkare jämte specialmotivering 303
2. Promemoria angående fördelning av patologiundervisningen under det propedeutiska året och samundervisning med andra ämnen (professorn Gösta Hultquist) 307
3. Några synpunkter på läkarexamination med särskild hänsyn till amerikanska erfarenheter (professorn Gunnar Ström) 310
4. Gällande utbildningskrav i de skilda specialiteterna. 316
5. Jämförande översikt över i Sverige nu föreslagna samt i Danmark, Finland och Norge gällande utbildningskrav i de skilda specialiteterna 326
6. Preliminär förteckning över lasarett för allmänutbildning 386
7. Preliminärt förslag till fördelning av läkartjänster för allmänutbildning vid medicinska och kirurgiska kliniker 389
8. Exempel på kategoriindelning av sjukhusen 394

De vanligaste i betänkandet förekommande förkortningarna

AIS-kommittén	Av kanslern för rikets universitet tillkallade sakkunniga (kanslichefen T. Arén, professorn B. E. Ingelmark och medicine licentiaten B. Smedby), som bl.a. år 1965 framlade förslag till vissa ändringar i fråga om utbildningen för medicine licentiatexamen.
K.br.	Kungl. brev.
LS	1938 års läkarutbildningssakkunniga.
L²U	Andra lagutskottets utlåtande.
LUB	1960 års läkarutbildningsberedning.
LUK	1948 års läkarutbildningskommitté.
LUS	1960 års lärarutbildningssakkunniga.
MCA-utredningen	1962 års utredning om medicinalväsendets centrala administration.
MF	Samling av författningar och cirkulär m.m. angående medicinalväsendet, utgiven av medicinalstyrelsen.
NU	Nordisk utredningsserie.
Prop.	Proposition.
Rskr	Riksdagens skrivelse.
Sam FLU	Samarbetsgruppen för försvarsmedicinsk läkarutbildning.
SFS	Svensk författningssamling.
SOS	Sveriges officiella statistik.
SOU	Statens offentliga utredningar.
SU	Statsutskottets utlåtande.
SUK	Läkarförbundets specialistutbildningskommitté av år 1959.
SUK II	Läkarförbundets specialistutbildningskommitté II av år 1965.
U 63	1963 års universitets- och högskolekommitté.
VK 66	1966 års värnpliktskommitté.
ÖHS-kommittén	1954 års kommitté för översyn av hälso- och sjukvården i riket.

KAPITEL 1

Inledning

1.1. Utredningsuppdraget

I skrivelse till medicinalstyrelsen och universitetskanslersämbetet den 3 december 1965 anförde Kungl. Maj:t inledningsvis följande.

Regler om specialistbehörighet för läkare återfinnas i kungörelsen den 25 november 1960 (nr 653) med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket.

Den 23 januari 1962 inkom medicinalstyrelsen med förslag till nya specialistbehörighetsbestämmelser. Förslaget blev föremål för remissbehandling.

Efter rekommendation av Nordiska rådet (26/1962) tillsattes år 1963 en internordisk arbetsgrupp för utredning av frågan om genomförande i de nordiska länderna av enhetliga regler rörande specialistbehörighet för läkare. Den 22 februari 1965 avlämnade arbetsgruppen betänkande med förslag till överenskommelse i ämnet mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige (Nordisk utredningsserie 1964: 6). Avtalsförslaget har remissbehandlats. — — —

Medicinalstyrelsen inkom den 18 september 1959 med förslag till kungörelse om villkor för behörighet till vissa civila läkartjänster. Förslaget har remissbehandlats.

Framställningar i hithörande ämnen ha inkommit från medicinska fakulteten i Uppsala, Svenska sjukstuguläkarföreningen samt professorn Arne Engström.

I skrivelsen uppdrogs åt medicinalstyrelsen och universitetskanslersämbetet att gemensamt utreda förutsättningarna för Sveriges anslutning till ett avtal med i huvudsak det innehåll, som föreslagits av den nordiska arbetsgruppen, samt att därvid även utreda förutsättningarna att begränsa tidsåtgången för läkarutbildningen fram till medicine licentiatexamen.

Styrelsen och ämbetet hade att inkomma med de förslag, vartill utredningen kunde föranleda, innefattande bl.a. förslag till svenska författningsbestämmelser och de organisatoriska anordningar, som erfordrades för nämnda anslutning. Styrelsen och ämbetet var oförhindrade att föreslå de modifikationer i avtalsförslaget, som ansågs påkallade.

Sambandet mellan bestämmelserna om specialistbehörighet och reglerna om behörighet till vissa civila läkartjänster skulle beaktas. Styrelsen och ämbetet skulle uppgöra förslag till nya regler på sistnämnt område.

Vid uppdragets fullgörande skulle beaktas vad som anfördes i en inom social- och ecklesiastikdepartementen upprättad PM nr 2.

I en till skrivelsen fogad PM nr 1 lämnades följande redogörelse för i Sverige gällande regler om specialistbehörighet för läkare.

Läkare får ej för allmänheten tillkännage att han är specialist inom viss gren av läkarvetenskapen om ej medicinalstyrelsen meddelat honom bevis om specialistkompetens. Förutsättning för specialistkompetens är i allmänhet sjukhustjänstgöring i fem år, fördelad på s.k. grundutbildning — vanligen tre år — och s.k. randutbildning. Någon tjänstgöring av mera allmän art — således utöver nämnda egentliga specialistutbildning — fordras inte. Varje undervisningssjukhus, lasarett, sanatorium, epidemisjukhus eller mentalsjukhus är godkänt

för specialistutbildning. Utbildningstjänstgöringen skall läkare fullgöra som underläkare eller extra läkare. Vikariat får tillgodoräknas, även tjänstgöring före legitimation. Någon kunskapsprövning förekommer ej. Tjänstgöring vid sådana inrättningar i Danmark, Finland och Norge, som i dessa länder är godkända för specialistutbildning, tillgodoräknas även i Sverige. I vissa fall kan läkare erhålla specialistkompetens även med annan utbildning än gällande föreskrifter kräver.

Vidare innehöll promemorian bl.a. följande sammanfattning av den internordiska arbetsgruppens förslag i ämnet.

Förslaget anger vissa allmänna förutsättningar för att läkare i fördragsslutande stat skall erhålla rätt att för allmänheten tillkännage, att han är specialist inom visst område av läkarvetenskapen. — Inom den angivna ramen förutsättes varje land för sig skola genomföra den detaljreglering som behövs. — Den som erhåller specialistkompetens skall enligt förslaget ha genomgått vidareutbildning — i princip utbildning efter universitetsexamen — samt kunskapsprov. Utbildningen skall bestå av dels en *allmän utbildningsperiod,* dels *huvudutbildning* inom den specialitet det gäller, och dels *sidoutbildning* inom annan specialitet. Den allmänna utbildningsperioden skall omfatta omkring två år och avse läkartjänstgöring av närmare angiven art under fullt professionellt ansvar. Minst ett år skall vara klinisk sjukhustjänstgöring. Assistenttjänstgöringen avses dock skola få inräknas i tvåårsperioden. Huvud- och sidoutbildningen skall fullgöras efter legitimation och omfatta tjänstgöring vid sjukhus minst fyra år, varav huvudutbildningen minst tre år och sidoutbildningen som regel minst ett halvt år. — I motiven till förslaget har arbetsgruppen uttalat, att heltidstjänstgöring vid medicinsk-teoretisk institution i viss utsträckning bör kunna likställas med sjukhustjänstgöring. — För specialistkompetens i s.k. grenspecialitet krävs därjämte tjänstgöring minst två år inom grenspecialiteten. Huvud- och sidoutbildningen får endast fullgöras vid sjukhus som godkänts härför. Dessa sjukhus skall uppdelas på två kategorier, I undervisningssjukhus och motsvarande samt II övriga. Tjänstgöring vid kategori I skall kombineras med systematisk undervisning och minst ett år av huvudutbildningen skall fullgöras vid sådant sjukhus. Vidareutbildningen skall vederbörande i princip fullgöra i underordnad ställning. Vikariat godtas endast i begränsad utsträckning, såvitt avser huvudutbildningen. Slutligen skall specialistkompetens i särskilda fall kunna meddelas vid annan likvärdig utbildning. — På grundval av det sagda föreslås, att tjänstgöring i fördragsslutande stat och — i princip — där förvärvad specialistkompetens skall godtas i annan fördragsslutande stat. Beträffande förutsättningarna för specialistkompetens föreslås en övergångstid av som huvudregel högst åtta år.

Utom ramen för förslaget har arbetsgruppen uttalat, att för chefstjänster vid sjukhus eller sjukhusavdelningar, vilkas verksamhet är att hänföra till specialitet, i vart fall icke bör gälla lägre kompetenskrav än specialistkraven.

PM nr 2, vari utredningsuppdraget närmare preciserades, upptog följande punkter.

1. Förutsättningarna för Sveriges anslutning till ett avtal om enhetliga regler rörande specialistkompetens för läkare med i huvudsak det innehåll som föreslagits av en nordisk arbetsgrupp i betänkandet "Specialistkompetens för nordiska läkare" (NU 1964:6) bör utredas.
2. Därvid bör prövas i vad mån den föreslagna allmänna utbildningsperioden obligatoriskt bör innefatta viss tids tjänstgöring dels i öppen vård, dels inom mentalsjukvård.
3. Förslag till specialitetsschema bör uppgöras. För varje specialitet bör anges de närmare fordringar på huvud- och sidoutbildning som bör uppställas.
4. I fråga om huvud- och sidoutbildningen i övrigt bör föreslås de sjukhus eller kliniker, som bör godkännas för sådan utbildning, fördelade på kategorier. Behovet av handledande personal och andra lärarkrafter för undervisning och examination bör därvid söka fastställas. En bedömning bör ske av hur behovet skall kunna tillgodoses och av hur tillgången på läkare för sjukvård påverkas. Även behovet av undervisningsresurser i övrigt och av utbildningstjänster bör bedömas. Frågan om underläkareförordnandenas längd bör prövas. Det bör beaktas hur kategori-

indelningen av sjukhus kan påverka rekryteringen av underläkare till olika typer av sjukhus.

5. Förutsättningarna att begränsa tidsåtgången för medicinsk utbildning fram till avläggande av medicine licentiatexamen till ca fem och ett halvt studieår med bibehållande av den nuvarande studieordningens huvuddrag bör utredas. Utgångspunkten bör därvid vara det i prop. 1954: 212 angående reformering av läkarutbildningen hävdade betraktelsesättet, att läkarutbildningen — omfattande såväl grundutbildning, dvs. utbildning fram till medicine licentiatexamen, som på denna byggande specialiserade utbildningslinjer, vidareutbildning — utgör en enhet. I nämnda proposition anförde dåvarande departementschefen bl.a. (s. 45), att han fann det synnerligen angeläget att genom en kritisk avvägning av grundutbildningens innehåll mot vidareutbildningen begränsa undervisningstiden i licentiatstudiernas olika ämnen till det oundgängligen nödvändiga. Möjligheterna att begränsa tidsåtgången för grundutbildningen bör ses mot bakgrund av den utvidgning och förstärkning av vidareutbildningen som kan föranledas av de förslag som framlagts av den nordiska arbetsgruppen.
6. I första hand bör frågan, huruvida assistenttjänstgöringarna helt eller delvis skall utgå ur grundutbildningen och inordnas i den föreslagna allmänna utbildningsperioden, övervägas. Möjligheterna att alltjämt låta tentamen i examensämnet medicin ingå i den avslutande delen av grundutbildningen bör därvid särskilt prövas.
7. Behovet av de mera specialiserade momenten i grundutbildningen liksom deras lämpliga omfattning bör undersökas. Därvid bör särskilt beaktas de i det s.k. fria kliniska skedet under femte och sjätte studieåren ingående kurserna i skilda ämnen.
8. I samband härmed bör även övervägas möjligheterna av en fastare organisation av det s.k. fria kliniska skedet, bl.a. med hänsyn till önskvärdheten av att nedbringa förseningarna i de medicinska studierna. Därvid bör även frågan om en helt bunden studiegång för denna del av utbildningen prövas.
9. De utbildningsvinster som kan göras genom en förflyttning av vissa moment inom studieordningen eller genom en omfördelning av utrymmet i grundutbildningen för olika ämnen, särskilt inom det s.k. propedeutiska året, bör beaktas, bl.a. mot bakgrund av den utveckling som skett på medicinens område under senare tid. I detta sammanhang bör särskilt psykiatriämnets ställning uppmärksammas.
10. Möjligheterna att åstadkomma ett närmande i fråga om den medicinska grundutbildningen mellan de nordiska länderna bör undersökas. Vidare bör beaktas de erfarenheter och undersökningar som gjorts utomlands rörande omfattningen av den medicinska grundutbildningen och förhållandet mellan grundutbildning och vidareutbildning.
11. De förändringar i reglerna om legitimation av läkare, som kan föranledas av en förändrad relation mellan grundutbildning och vidareutbildning, bör uppmärksammas. Härvid bör ställning tas till de krav i fråga om fullgjord tjänstgöring i öppen och sluten vård, som bör uppställas för en legitimation av samma innebörd som enligt nuvarande bestämmelser.
12. De kostnadsförändringar som utredningens förslag kan föranleda skall redovisas.
13. Samråd bör äga rum med utredningen rörande vissa medicinska utbildningsfrågor m.m.

1.2. Tidigare utredningar om läkarutbildning

Den läkarutbildningsorganisation som gällde före år 1955 var från år 1907. Önskemål om en modernisering av läkarutbildningen hade emellertid länge funnits och en rad utredningar hade arbetat med frågan. Här kan nämnas 1938 års läkarutbildningssakkunniga (LS), som under åren 1941—1945 redovisade sina utredningsresultat i följande fyra betänkanden.

Läkarutbildningen: I. Utbildningen till medicine licentiatexamen (SOU: 1941:27).

Läkarutbildningen: Överarbetning av 1941 års förslag (SOU 1945:57).

Läkarutbildningen: II. Fortsättnings- och repetitionskurser för läkare (SOU 1943:41).

Läkarutbildningen: III. Utbildningen efter medicine licentiatexamen (SOU 1945:56).

Endast de förslag, som framlades i det som del II betecknade betänkandet, har föranlett slutligt beslut av statsmakterna.

De utredningar om läkarutbildningen, som framlades före ovannämnda betänkanden, berörs i LS:s första betänkande (s. 3).

Statens sinnessjukvårdsberedning avgav den 27 november 1947 en promemoria angående undervisningen i psykiatri för medicine licentiatexamen.

Enligt bemyndigande den 29 oktober 1948 tillkallade chefen för ecklesiastikdepartementet sakkunniga för översyn av läkarutbildningen och därmed sammanhängande frågor. De sakkunniga antog namnet 1948 års läkarutbildningskommitté (LUK). I direktiven för kommitténs arbete framhölls, att de sakkunniga först och främst borde uppta till prövning frågan om målsättningen för examensstudierna och de därmed sammanhängande spörsmålen om studietidens längd och utbildningen efter licentiatexamen. Av central betydelse var enligt direktiven även frågorna om undervisningens allmänna uppläggning och undervisningsformerna. Vidare borde enligt direktiven en noggrann prövning ägnas frågan om regleringen av utbildningen efter licentiatexamen. LUK avgav den 24 februari 1953 sitt betänkande Läkarutbildningen (SOU: 1953:7). På grundval av de däri framlagda förslagen fastställde statsmakterna nuvarande läkarutbildningsorganisation (prop. 1954:212, SU 191, rskr 395).

Senare har på universitetskanslersämbetets uppdrag tre sakkunniga (den s.k. AIS-kommittén) översett läkarutbildningen. Kommittén framlade i ett den 5 oktober 1965 dagtecknat betänkande (stencilerat) förslag till vissa ändringar i fråga om utbildningen för medicine licentiatexamen. Betänkandet har efter remissbehandling överlämnats till oss för kännedom och beaktande.

Frågor om läkares vidare- och efterutbildning har behandlats i ett flertal betänkanden.

Statens sinnessjukvårdsberedning avgav den 31 december 1947 förslag till kompletteringskurs för läkare vid statens sinnessjukhus och den 11 januari 1950 förslag till specialistutbildning i psykiatri.

LUK behandlade i sitt betänkande förutom grundutbildningen även vidare- och efterutbildningen av läkare. Med anledning av de i prop. 1954:212 och i riksdagens skrivelse samma år givna riktlinjerna för vidare- och efterutbildningen tillkallade medicinalstyrelsen den s.k. vidareutbildningskommittén med uppgift att avge förslag beträffande sjukhusutbildning för tjänsteläkare och allmänpraktiker. Vidareutbildningskommittén bestod av representanter för medicinalstyrelsen, universitetskanslersämbetet och Sveriges läkarförbund. Kommittén överlämnade sitt betänkande i januari 1959.

Kvacksalveriutredningen avlämnade den 15 augusti 1956 betänkande med förslag till lag om behörighet att utöva läkekonsten (SOU 1956:29). I betänkandet behandlades bl.a. specialistfrågorna. Dessa reglerades sedan lång tid tillbaka av Sveriges läkarförbund såvitt gällde läkare som tillhörde förbundet. Utredningen ansåg det inte erforderligt att specialistbehörighet meddelades av statlig myndighet. I prop. 1960:141 med förslag till lag om behörighet att utöva läkaryrket m.m. föreslog departements-

chefen att i nämnda lag skulle intas en bestämmelse, enligt vilken läkare ej fick tillkännage för allmänheten att han var specialist inom viss gren av läkarvetenskapen eller eljest ägde särskild kunnighet däri, med mindre han — på sätt Kungl. Maj:t närmare föreskrev — förvärvat särskild skicklighet och erfarenhet på området. Förslaget biträddes av riksdagen och bestämmelsen inflöt i lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket. Härigenom nödvändiggjordes en officiell indelning i specialiteter och ett fastställande av utbildningens art och längd inom de olika specialiteterna. Bestämmelser härom gavs i kungörelsen den 25 november 1960 (nr 653) med tillämpningsföreskrifter till nyssnämnda lag.

1955 års läkarutbildningsutredning avgav i ett särskilt betänkande (stencilerat — oktober 1957) förslag rörande professurer i psykiatri vid vissa sinnessjukhus. Förslagen föranledde senare beslut av statsmakterna om inrättandet av en klinisk avdelning för forskning och specialistutbildning i psykiatri vid vart och ett av Ulleråkers sjukhus i Uppsala och S:t Lars sjukhus i Lund. Varje avdelning skulle förestås av en professor i psykiatri vid vederbörande universitet, som tillika skulle vara överläkare vid sjukhuset (prop. 1959:79, SU 102, rskr 255). År 1964 inrättades en liknande avdelning i Göteborg (prop. 1964:1 bil. 10, SU 55, rskr 158).

Medicinalstyrelsen överlämnade till Kungl. Maj:t den 17 september 1959 förslag till ny kungörelse om villkor för behörighet till vissa civila läkartjänster. Förslaget har remissbehandlats.

En av Sveriges läkarförbund tillsatt kommitté, den s.k. specialistutbildningskommittén (SUK), avgav under mars 1960 förslag till bestämmelser om vidareutbildning för läkare. Bestämmelserna avsåg utbildningskrav för både allmänpraktikerkompetens och specialistkompetens.

Ärenden om specialistkompetens handläggs fr.o.m. den 1 januari 1961 av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet. I brev till styrelsen den 25 november 1960 förordnade Kungl. Maj:t att nämnden till förberedande av sina uppgifter omedelbart skulle påbörja sin verksamhet. Vidare uppdrog Kungl. Maj:t åt nämnden att utarbeta förslag till en för det allmännas handhavande av specialistväsendet lämpad förteckning över läkarspecialiteter samt en därtill anslutande uppställning över utbildning, som borde krävas för specialistkompetens. Härvid hade nämnden att beakta bl.a. att överensstämmelse borde eftersträvas mellan kraven för specialistkompetens och kompetensvillkor för chefsläkartjänster vid kliniker och andra inrättningar, vilkas verksamhet var hänförlig till specialitet. Nämnden avlämnade den 23 januari 1962 ett den 19 december 1961 dagtecknat förslag till nya specialistbehörighetsbestämmelser. Förslaget har remissbehandlats.

Efter rekommendation av Nordiska rådet (26/1962) tillsattes år 1963 en internordisk arbetsgrupp för utredning av frågan om genomförande i de nordiska länderna av enhetliga regler rörande specialistbehörighet för läkare. Arbetsgruppen avlämnade den 22 februari 1965 ett den 20 november 1964 dagtecknat betänkande Specialistkompetens för nordiska läkare med förslag till överenskommelse i ämnet mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige (NU 1964:6). Betänkandet har remissbehandlats.

Den 3 december 1965 uppdrog Kungl. Maj:t åt medicinalstyrelsen och univer-

sitetskanslersämbetet att gemensamt utreda bl.a. förutsättningarna för Sveriges anslutning till ett avtal med i huvudsak det innehåll som föreslagits av den nordiska arbetsgruppen. Till grund för uppdraget låg även förenämnda den 17 september 1959 respektive den 19 december 1961 dagtecknade förslag från medicinalstyrelsen.

Nordiska rådet antog den 1 februari 1966 en rekommendation (21/1966) till regeringarna i de nordiska länderna att ingå en överenskommelse om gemensamma principer för läkares vinnande av specialistkompetens inom olika medicinska specialiteter. Den 2 februari 1966 enades representanter för regeringarna om att Norge skulle vara koordinerande land för detta spörsmål.

Efter andra världskriget har läkarutbildningens kapacitet ökat mycket kraftigt. Medicinska examina kunde under 1940-talet avläggas bara vid de medicinska fakulteterna vid universiteten i Uppsala och Lund samt vid karolinska mediko-kirurgiska institutet. Senare tillkom medicinska högskolan i Göteborg — fr.o.m. den 1 juli 1954 medicinska fakulteten vid Göteborgs universitet — vilken upprättades successivt fr.o.m. budgetåret 1948/49 och där medicine studerande intogs fr.o.m. höstterminen 1949. År 1957 beslöt statsmakterna (prop. 1957:188, SU 179, rskr 397) att inrätta en ny medicinsk högskola i Umeå för propedeutisk och klinisk utbildning. Den kliniska utbildningen påbörjades vårterminen 1959 och den propedeutiska utbildningen höstterminen 1962. Högskolan omorganiserades den 1 juli 1964 till medicinsk fakultet, ingående i det därstädes nyinrättade universitetet. Fr.o.m. höstterminen 1965 meddelas fullständig läkarutbildning i Umeå med intagning av studerande även i de teoretiska ämnena.

Samtidigt med tillskapandet av nya medicinska läroanstalter utbyggdes också utbildningskapaciteten vid de äldre medicinska lärosätena. Det sammanlagda årliga antalet nybörjarplatser ökade sålunda successivt från ca 190 i mitten av 1940-talet till 453 under läsåret 1960/61. Beslut fattades senare huvudsakligen i enlighet med riktlinjerna i prop. 1961:108 att ytterligare öka läkarutbildningskapaciteten (prop. 1962:104, SU 144, rskr 322, prop. 1963: 142, SU 112, rskr 264 och prop. 1965: 140, SU 164, rskr 399). I enlighet med dessa beslut nådde den årliga utbildningskapaciteten storleken 718 nybörjarplatser fr.o.m. läsåret 1965/66.

På grundval av riktlinjer, fastställda av 1963 års riksdag (prop. 1963:172, SU 212, rskr 405) framlade 1963 års universitets- och högskolekommitté (U 63) år 1965 förslag till ökning av läkarutbildningskapaciteten till 916 intagningsplatser per år fr.o.m. år 1969. Förslaget, som bl.a. innebar att en ny medicinsk utbildningsenhet för propedeutisk och klinisk utbildning skulle anordnas i Linköping med utbildningsstart höstterminen 1969, accepterades senare av statsmakterna (prop. 1965: 141, SU 173, rskr 411). I februari 1967 framlades en plan för organisationen av den nya medicinska utbildningsenheten i Linköping av en särskilt tillkallad organisationskommitté i betänkandet Linköpings högskola — Läkarutbildning i Linköping (stencilerat, ecklesiastikdepartementet 1967:2). Betänkandet är f.n. föremål för remissbehandling.

Ett flertal utredningar har behandlat läkarnas värnpliktsförhållanden.

LUK avgav år 1952 ett stencilerat betänkande angående viss krigsmedicinsk undervisning.

Av kanslersämbetet tillkallade sak-

kunniga föreslog i en den 14 maj 1958 dagtecknad utredning att frågan om den militära utbildningen för läkare och blivande läkare skulle utredas i sin helhet.

En av chefen för försvarsdepartementet tillkallad utredningsman överlämnade den 15 december 1961 betänkandet Läkaren i totalförsvaret (SOU 1961:63). I detta föreslogs vissa ändringar beträffande den dåvarande krigssjukvårdsutbildningen av läkare inom krigsmakten och det allmänt civila medicinalväsendet. På grundval härav fattade statsmakterna beslut rörande den utbildning som skulle göra läkare skickade att tjänstgöra i krigsbefattningar inom den militära och civila krigssjukvården (prop. 1963:106, L²U 52, rskr 275).

1960 års värnpliktsutredning räknade i betänkandet Värnplikten (SOU 1965:68) inte med någon ändring av utbildningsförhållandena för de värnpliktiga läkarna. I prop. 1966:106, som grundade sig på 1960 års värnpliktsutredning förslag, förutsattes också att läkarnas värnpliktstjänstgöring inte skulle ändras.

Inom universitetskanslersämbetet har en samarbetsgrupp för försvarsmedicinsk läkarutbildning (Sam FLU) behandlat frågor sammanhängande med övergången till de nya former för läkarnas krigssjukvårdsutbildning, som riksdagen beslutat med anledning av prop. 1963:106. Sam FLU avgav i maj 1966 betänkandet Försvarsmedicinsk grundutbildning. I detta behandlades bl.a. samordningen mellan å ena sidan de medicinska studierna under främst det s.k. fria kliniska stadiet samt assistenttjänstgöringarna och å andra sidan den civila och militära obligatoriska grundutbildningen i krigssjukvård.

Bland övriga utredningar, som är av intresse i detta sammanhang, kan nämnas betänkandet De statliga undervisningssjukhusens organisation (SOU 1966:37), avgivet den 20 juni 1966 av 1963 års klinikutredning, och betänkandet Forskarutbildning och forskarkarriär (SOU 1966:67—68), avgivet den 10 november 1966 av 1963 års forskarutredning. I det förra betänkandet, som remissbehandlats men ännu inte föranlett beslut av statsmakterna, behandlas bl.a. de statliga undervisningssjukhusens organisation och resurser för läkarutbildningen — och därvid inte blott för den grundläggande läkarutbildningen utan även i viss utsträckning för forskarutbildningen, specialistutbildningen och annan vidareutbildning — samt frågor om sjukhusens läkartjänster med hänsyn till bl.a. vidareutbildningens behov. I det senare betänkandet, som f.n. remissbehandlas, berörs bl.a. samordningen mellan läkarutbildning och forskarutbildning.

1.3. Nuvarande läkarutbildning

1.3.1. Grundutbildning

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

De grundläggande bestämmelserna beträffande den medicinska grundutbildningen återfinns i stadgan den 4 juni 1964 (nr 471) angående medicinska examina. Denna stadga trädde i kraft den 1 juli 1964 och ersatte stadgan den 17 juni 1955 angående medicinska examina (nr 490).

De medicinska examina, som får avläggas vid medicinsk fakultet, är medicine kandidatexamen och medicine licentiatexamen. Åt den som avlagt me-

dicine licentiatexamen må medicinsk fakultet i den ordning universitetsstadgan föreskriver utdela medicine doktorsgrad (1 §).

De medicinska examina omfattar de examensämnen och andra läroämnen samt medicine licentiatexamen dessutom de särskilda kurser och tjänstgöringar, som bestäms av Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, av universitetskanslersämbetet (2 §).

Den medicinska undervisningen har till ändamål att ge blivande läkare nödvändig vetenskaplig skolning samt teoretisk och klinisk grund för en under utövning av läkaryrket fortsatt utbildning inom olika medicinska verksamhetsområden. Undervisningen meddelas i form av föreläsningar, konferenser, seminarieövningar, kliniska ronder, demonstrationer, laborationer och individuell handledning. I kliniska läroämnen skall utom den kliniska undervisningen om möjligt ingå poliklinisk undervisning (3 §).

Examensfordringarna skall vara så avpassade och undervisningen så planlagd att studierna normalt kräver för medicine kandidatexamen högst två studieår samt för medicine licentiatexamen ytterligare högst fyra och ett halvt studieår. Ett studieår anses härvid motsvara tio månaders studietid. Det förutsätts, att de studerande äger erforderliga förkunskaper, helt ägnar sig åt studierna och väl utnyttjar undervisningen (4 §).

För medicine kandidat- och licentiatexamen skall finnas utbildningsplaner som upptar allmänna föreskrifter om studiegången samt de ämnen, kurser och tjänstgöringar som examen omfattar. I utbildningsplan skall anges erforderliga villkor för de studerandes tillträde till studier, kurser och tjänstgöringar samt för deras rätt att undergå tentamen eller kursförhör och att avlägga examen (5 §).

För varje läroämne och särskild kurs, som kan ingå i medicinska examina, skall finnas en studieplan som innehåller samtliga fordringar för godkänd examination. Studieplan för examensämne skall härvid särskilt ange fordringarna för en lägre betygsgrad, godkänd, och en högre betygsgrad, berömlig. Vid studieplans upprättande skall bl.a. tillses att undervisning i ämnen med nära anknytning samordnas i lämplig omfattning (6 §).

Utbildningsplaner och studieplaner fastställs av universitetskanslersämbetet efter förslag av fakultet. Vid upprättande av planerna och tillämpningen därav skall hänsyn tas till värnpliktstjänstgöringens inverkan på studierna (7 §).

Det åligger fakultet att tillse, att undervisning enligt fastställda utbildningsplaner och studieplaner finns att tillgå. Därest föreskriven undervisning inte kan anordnas, skall fakulteten anmäla detta hos universitetskanslersämbetet, som äger förfara efter omständigheterna (8 §).

I varje examensämne skall studerande genom att undergå tentamen styrka, att han förvärvat insikter och färdigheter enligt de i studieplanen angivna fordringarna. Beträffande annat läroämne och särskild kurs sker kunskapsprövning genom kursförhör, om inte universitetskanslersämbetet förordnat att kunskapsprövning ej skall äga rum eller skall verkställas i samband med tentamen i examensämne. Tentamen och kursförhör kan efter examinators bestämmande ske muntligen eller skriftligen eller på båda sätten eller slutligen genom annan efter studiefordringarna lämpad prövning (9 §).

Studerande är berättigad att under pågående lästermin erhålla tentamen

inom 14 dagar efter det han därtill anmält sig. Sådan anmälan skall dock ha skett minst 14 dagar före terminens slut.

Kursförhör skall i förekommande fall äga rum inom ramen för undervisningen eller omedelbart efter undervisningens avslutande (10 §).

Över studerandes insikter och färdigheter i examensämne skall vid godkänd tentamen betyg avges med något av följande vitsord, nämligen

mycket berömlig eller berömlig vid studiekurs för betygsgraden berömlig samt

med utmärkt beröm godkänd, med beröm godkänd, icke utan beröm godkänd eller godkänd vid studiekurs för betygsgraden godkänd.

Beträffande godkänt kursförhör skall betyg avges med vitsordet godkänd.

Då betyg avges, bör hänsyn tas såväl till grundligheten av den studerandes kunskaper som till graden av ådagalagd mogenhet och förmåga till självständigt omdöme (12 §).

Studerande, som undergått godkänd tentamen eller godkänt kursförhör vid en av de medicinska fakulteterna, får tillgodoräkna sig detta även vid annan sådan fakultet med de inskränkningar, som föreskrivs av universitetskanslersämbetet (15 §).

För avläggande av medicinsk examen fordras att ha dels erhållit minst betyget godkänd i de examensämnen som ingår i examen, dels med godkänt resultat undergått de för examen föreskrivna kursförhören, dels ock i övrigt fullgjort vad som är stadgat för examen (16 §).

Studerande, som avlagt medicine kandidatexamen, äger att i examensämne, som ingått i hans examen, undergå efterprövning enligt fordringarna för betygsgraden berömlig.

I fråga om efterprövning gäller i tillämpliga delar vad som stadgas angående prövning i medicine kandidatexamen.

Genom efterprövning erhållet betyg medför samma rättigheter, som om det erhållits i medicine kandidatexamen (17 §).

Genom beslut den 29 juni 1964 har Kungl. Maj:t föreskrivit, att medicinska examina skall omfatta de examensämnen och andra läroämnen samt de särskilda kurser och tjänstgöringar, vilka ingår i vederbörande examen enligt de vid utgången av juni 1964 gällande bestämmelserna. Med ändring av nyssnämnda beslut har Kungl. Maj:t den 25 mars 1966 beslutat bemyndiga universitetskanslersämbetet att utfärda bestämmelser om vissa av de till tredje avdelningen av medicine licentiatexamen hörande assistenttjänstgöringarna samt om försöksvis anordnad assistenttjänstgöring i öppen vård.

Nu gällande utbildningsplaner har fastställts av universitetskanslersämbetet den 15 juni 1966. I dessa föreskrivs bl.a. följande.

För att avlägga medicine kandidatexamen skall studerande ha nöjaktigt genomgått kurser i samtliga däri ingående ämnen och dessutom ha genomgått godkänd kunskapskontroll i dessa (3 §).

Medicine licentiatexamen är uppdelad i tre avdelningar (6 §). Dessa är 1) det propedeutiska året, 2) medicin- och kirurgiåret och det s.k. fria kliniska stadiet samt 3) föreskrivna assistenttjänstgöringar.

Medicine licentiatexamen får avläggas av den, som efter avlagd medicine kandidatexamen har genomgått föreskrivna kurser och därtill hörande kunskapskontroller samt fullgjort stadgade assistenttjänstgöringar (4 och 14 §§).

Om det fordras för ett ändamålsen-

ligt anordnande av undervisningen, får fakulteten besluta, att viss undervisning skall förläggas till ferietid (15 §).

Organisationen av grundutbildningen framgår av följande sammanfattande tablå.

Grundutbildningens nuvarande organisation

Termin		Kunskapskontroll[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 avd.	
V—VI	*Propedeutiskt år:*	
	Patologi, Bakteriologi och Farmakologi. 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*	dt—T—T
	Andra avd.	
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 resp. kliniska ämnen.	
	Patologitentamen.	T
Fri *studieordning* med rätt till kombinationer, sammanlagt 16 månaders minimitid	2 mån. Dermato-venereologi	T
	2 mån. Klinisk epidemiologi	T
	1 mån. Ftisiologi	—
	2 mån. Hygien	T
	1 mån. Krigsmedicinsk undervisning	K
	2 mån. Oftalmiatrik	T
	2 mån. Oto-rhino-laryngologi	T
	3 mån. Obstetrik och gynekologi	T
	(Två kurser får kombineras)	
	3 mån. Neurologi (2 mån.) och Psykiatri (3 mån.)	T—T
	4 mån. Pediatrik och Socialmedicin	T—T
	Rättsmedicin (får kombineras med övriga kurser)	T
	Samtidigt med pediatrikkursen genomgås kurs i *barnpsykiatri* (K)	
	Tredje avd.	
Valfri ordning 9 månader	4 mån. Medicinassistenttjänstgöring	T
	3 mån. Kirurgiassistenttjänstgöring	T
	2 mån. Assistenttjänstgöring i valfritt ämne	
	Examen	
	Legitimation	

[1] T=tentamen, dt=deltentamen och K=kursförhör.

1.3.2. Vidareutbildning

1.3.2.1. Specialistutbildning

Läkare får ej för allmänheten tillkännage att han är specialist inom viss gren av läkarvetenskapen eller eljest äger särskild kunnighet däri om inte medicinalstyrelsen efter därom gjord ansökan meddelat honom bevis om specialistkompetens. Bevis får meddelas endast den som är legitimerad läkare. Nu gällande specialistbehörighetsbestämmelser återfinns i kungörelsen den 25 november 1960 (nr 653) med däri genom kungörelser den 6 december 1963 (nr 664), den 21 maj 1964 (nr 431) och den 18 november 1966 (nr 595) vidtagna ändringar. I anslutning därtill har medicinalstyrelsen den 16 augusti 1961 utfärdat anvisningar (MF nr 39), i vissa delar kompletterade genom styrelsens cirkulär den 14 november 1962 (MF nr 95), den 12 februari 1964 (MF nr 13) och den 23 november 1966 (MF nr 137).

Bevis om specialistkompetens kan meddelas i 28 specialiteter. Dessa framgår av den förteckning som intagits i avsnittet 3.3.3.1. Utbildningskraven i de olika specialiteterna redovisas i bilaga 4.

Specialistkompetens förvärvas genom tjänstgöring vid sjukhus eller medicinsk-teoretisk institution. Tjänstgöringen är fördelad på s.k. grundutbildning och s.k. randutbildning. Den sammanlagda tjänstgöringstiden är med ett undantag — specialiteten tändernas sjukdomar, i vilken som grundutbildning krävs sådan utbildning som är föreskriven för legitimation som tandläkare — bestämd till fem år. Grundutbildningen omfattar mellan två och fyra år men är för flertalet specialiteter fastställd till tre år. En del av randutbildningen skall under viss tid, vilken för drygt hälften av specialiteterna är bestämd till ett år, fullgöras vid för varje specialitet av Kungl. Maj:t särskilt angivna kliniker, sjukhus eller laboratorier. Övrig randutbildning får med undantag av specialiteten anestesiologi i sin helhet förvärvas vid sjukhus (avdelning), som medicinalstyrelsen förklarat vara av betydelse för specialiteten. Någon tjänstgöring av mera allmän art — således utöver nämnda egentliga specialistutbildning — fordras inte. Ej heller förekommer systematisk undervisning eller kunskapsprov.

Föreskriven tjänstgöring skall fullgöras som underläkare eller eljest i underordnad ställning. Vikariat får tillgodoräknas. Ingen begränsning gäller med hänsyn till tjänstgöringstidens längd. Tid då läkaren är ledig från sin befattning tillgodoräknas inte som utbildningstid. Ledighet för semester, sjukdom eller vikariat i självständig ställning får dock intill sammanlagt en sjättedel av den för varje utbildningsavsnitt bestämda tiden räknas som fullgjord tjänstgöring. Tjänstgöring före legitimation tillgodoräknas utan begränsning. I detta sammanhang bör nämnas att i medicinalstyrelsens cirkulär den 12 februari 1964 (MF nr 13) uppmanas de blivande läkarna att då de söker förordnande för tid före legitimationen beakta att den tjänstgöringstid, som de avser att åberopa vid framtida ansökan om specialistbehörighet, inte blir längre än ett år. I cirkuläret framhålls att sådan tjänstgöring inte kommer att godtas i de fall då dispens från de regelmässiga kraven söks.

Varje undervisningssjukhus, lasarett, sanatorium eller epidemisjukhus är godkänt för specialistutbildning. Vidare har medicinalstyrelsen, med stöd av 5 § kungörelsen den 25 november 1960 (nr 653), godkänt även vissa andra sjukvårdsanstalter eller inrättningar

som från utbildningssynpunkt befunnits likvärdiga med nyssnämnda sjukhus. Tjänstgöring vid sådana sjukvårdsanstalter och inrättningar i Danmark, Finland och Norge, som i dessa länder är godkända för specialistutbildning, tillgodoräknas också här i landet. Värdet av övriga utländska tjänstgöringar prövas i varje särskilt fall.

Tjänstgöring i öppen vård kan i särskilda fall av medicinalstyrelsen förklaras vara att anse som likvärdig med tjänstgöring vid sjukvårdsanstalt eller annan inrättning.

Gradualavhandling får enligt medicinalstyrelsens prövning tillgodoräknas som fullgjord tjänstgöring under högst ett halvt år.

Någon begränsning av möjligheten att förvärva specialistkompetens inom flera områden föreligger inte. Tjänstgöring som tillgodoräknats för en specialitet godtas även för andra specialiteter.

Den som av Kungl. Maj:t utnämnts till överläkare vid sjukhus eller sjukhusavdelning, som företräder viss i specialitetsförteckningen angiven specialitet, har alltid rätt att utan särskild prövning erhålla bevis om specialistkompetens. Vidare kan medicinalstyrelsen, då det är motiverat av särskilda skäl, meddela annan legitimerad läkare, vilkens utbildning avviker från den föreskrivna, bevis om specialistkompetens om hans specialistkompetens kan anses vara i huvudsak likvärdig med den, till vilken utbildningsbestämmelserna syftar.

Ärenden angående specialistkompetens handläggs inom medicinalstyrelsen av en särskild nämnd, kallad medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet. Den består av fem ledamöter. Som ledamöter i nämnden ingår chefen för medicinalstyrelsen eller det medicinalråd han i sitt ställe förordnar, tillika ordförande, chefen för styrelsens lag- och utredningsbyrå samt tre av Kungl. Maj:t för högst fyra år utsedda ledamöter, av vilka en utses efter förslag av universitetskanslersämbetet och två efter förslag av Sveriges läkarförbund. För envar av de av Kungl. Maj:t särskilt utsedda ledamöterna skall finnas en ersättare, utsedd i enahanda ordning och för samma tid som vederbörande ledamot. Nämnden skall uppmärksamt följa den medicinska utvecklingen och hos Kungl. Maj:t föreslå de ändringar beträffande indelningen i specialiteter och i fråga om kompetenskrav för specialistbehörighet, som nämnden finner erforderliga. Nämnden äger vid behov infordra yttrande från medlem av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, från medicinsk läroanstalt eller från annat sakkunnigt organ. Över ansökan om bevis om specialistkompetens skall Sveriges läkarförbund beredas tillfälle att yttra sig. Beslut, varigenom ansökan om bevis om specialistkompetens avslagits på grund av ofullständighet i sökandens utbildning, skall innehålla upplysning om i vilka hänseenden utbildningen ansetts otillräcklig. Som medicinalstyrelsens beslut gäller den mening, varom flertalet av nämndens ledamöter enar sig. Över medicinalstyrelsens beslut kan besvär anföras hos Kungl. Maj:t. Dessa besvär prövas i regeringsrätten.

1.3.2.2. Utbildning för behörighet till vissa läkartjänster

Kompetenskraven för olika slag av läkartjänster regleras genom bestämmelser i kungörelsen den 17 december 1915 (nr 559) angående villkor för behörighet till vissa civila läkarbefattningar (ändrad senast 1966:596).

För behörighet till befattning som provinsialläkare, biträdande provinsialläkare eller stadsdistriktsläkare krävs förutom legitimation minst åtta månaders tjänstgöring före eller efter legitimationen som underordnad läkare vid offentlig eller enskild sjukvårdsinrättning. Härav skall minst fyra månader vara fullgjorda vid odelat lasarett för somatisk vård eller vid medicinsk eller kirurgisk klinik av lasarett eller därmed jämförligt sjukhus.

För behörighet till överläkarbefattning vid lasarett för huvudsakligen somatisk vård, sanatorium eller epidemisjukhus fordras minst tre års tjänstårsberättigad sjukhusläkartjänstgöring, varav minst två år som underordnad läkare. Tjänstgöringen skall enligt huvudregeln till en tid av minst två år fullgöras inom området för den sökta tjänsten. Det tredje året skall fullgöras inom samma område eller annat av betydelse för specialiteten. Från huvudregeln gäller dock två undantag. För befattning som överläkare vid laboratorium eller patologisk avdelning fordras att hela tjänstgöringen skett inom området för tjänsten. Vidare krävs i fråga om överläkarbefattning vid infektionsklinik eller epidemisjukhus att tjänstgöringen fullgjorts med minst ett år inom området för tjänsten och med minst ett och ett halvt år vid både medicinsk och pediatrisk klinik, varav minst ett halvt år vid såväl medicinsk som pediatrisk klinik.

För behörighet till överläkarbefattning inom den psykiatriska sjukvården vid lasarett fordras minst fyra månaders tjänstgöring som underordnad läkare vid odelat lasarett för somatisk vård eller vid medicinsk eller kirurgisk klinik samt minst tre års tjänstgöring som läkare vid psykiatrisk klinik.

För behörighet till befattning som biträdande överläkare gäller samma villkor som är föreskrivna för behörighet till motsvarande överläkarbefattning.

Även för befattning som sjukstuguläkare vid olika slag av sjukstugor finns vissa behörighetsvillkor.

Medicinalstyrelsen bestämmer vid vilka sjukvårdsanstalter och inrättningar här avsedd tjänstgöring får fullgöras. Så har skett i kungörelse den 25 september 1961 (MF nr 89). Tjänstgöringen får också fullgöras vid sjukvårdsanstalt eller inrättning av motsvarande slag i Danmark, Finland eller Norge.

1.3.2.3. Annan vidareutbildning

Enligt i föregående avsnitt redovisade bestämmelser krävs viss tjänstgöring för specialistbehörighet samt behörighet för vissa civila läkarbefattningar. Några krav på genomgångna kurser eller annan form av systematisk undervisning är inte uppställda. Olika vidareutbildningskurser har dock anordnats sedan många år tillbaka.

Universitetskanslersämbetet disponerar sålunda särskilda anslag för bl.a. vidareutbildning av läkare. Med stöd bl.a. härav har de medicinska fakulteterna kunnat anordna frivilliga vidareutbildningskurser vid de olika universiteten.

Vid en på tillskyndan av medicinska fakulteten i Uppsala år 1964 anordnad vidareutbildningskonferens väcktes förslag att tillskapa en interimskommitté för medicinsk fortsatt utbildning. I kommittén, som tillkom samma år, finns representanter för medicinalstyrelsen, styrelsens sjukvårdsberedskapsnämnd, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Svenska landstingsförbundet, Svenska stadsförbundet och samtliga medicinska fakulteter. Vidare

deltar en observatör från universitetskanslersämbetet i kommitténs sammanträden. Kommitténs uppgift är att samordna den medicinska vidare- och efterutbildningen i hela landet och delta i planeringen av kommande verksamhet inom området men även att från sina utgångspunkter överväga resursbehov och lämplig framtida organisation beträffande denna utbildning.

Av sammanställningar, som interimskommittén publicerat, framgår att under vart och ett av budgetåren 1964/65, 1965/66 och 1966/67 hållits ett 60-tal vidare- och efterutbildningskurser.

För budgetåret 1966/67 har Kungl. Maj:t under anslaget Vidareutbildning av läkare och tandläkare anvisat 112 000 kr i form av en anslagspost — med karaktär av ett särskilt reservationsanslag — för vidareutbildning av läkare, bl.a. avsedd för ledning av vidareutbildningskurser. För resekostnadsersättningar m.m. har i samma ordning anslagits 25 000 kr. Svenska landstingsförbundets styrelse har i skrivelse till landstingens förvaltningsutskott den 16 juni 1966 rekommenderat att deltagande i de kurser, som genom interimskommitténs för medicinsk fortsatt utbildnings försorg anordnas under 1966/67, i förmånshänseende bör betraktas som tjänsteuppdrag.

Olika läkarsammanslutningar samt Sveriges läkarförbunds specialistföreningar bedriver kontinuerlig vidareutbildning i form av föredrag och symposier. I Svenska läkaresällskapets regi arrangeras vidare varje år den s.k. medicinska riksstämman, då sällskapet och dess olika sektioner anordnar sammanträden och symposier. Som exempel på omfattningen av den vidareutbildning det här är fråga om kan nämnas att det under 1966 års riksstämma hölls 508 föredrag och 18 symposier.

1.3.2.4. Efterutbildning

Under medicinalstyrelsens överinseende har sedan lång tid årligen anordnats frivilliga fortsättnings- och repetitionskurser för läkare, särskilt tjänsteläkare. För budgetåret 1966/67 har Kungl. Maj:t under anslaget Vidareutbildning av läkare och tandläkare i form av en anslagspost med karaktär av särskilt reservationsanslag anvisat 22 000 kr till fortsättnings- och repetitionskurser för läkare, avsedd dels för anordnande av kurs i socialmedicin för tjänsteläkare m.fl., dels med ett belopp av 7 000 kr för stipendier till deltagare i fortsättnings- och repetitionskurser för läkare, dels ock med ett belopp av 8 000 kr för kursavgifter för deltagare — som inte är provinsialläkare — i de av provinsialläkarfonden bekostade fortsättnings- och repetitionskurserna för läkare. — Ur provinsialläkarfonden utbetalades under budgetåret 1965/66 bidrag till provinsialläkare, kursarvoden och annonskostnader belöpande sig till sammanlagt 139 412 kr.

Den i föregående avsnitt omtalade vidareutbildning, som sker genom olika läkarsammanslutningars försorg, kan också uppfattas som efterutbildning, eftersom däri deltar även läkare med redan förvärvad specialistbehörighet eller annan behörighet. Även i de av medicinska fakulteterna anordnade vidareutbildningskurserna deltar i mån av platstillgång läkare, vilkas egentliga vidareutbildning avslutats. Också dessa kurser kan därför i viss mån betecknas som efterutbildning.

1.4. Läkarutbildning i andra länder

I vårt uppdrag ingår att beakta erfarenheter och undersökningar som gjorts utomlands rörande omfattningen av den medicinska grundutbildningen och

förhållandet mellan grundutbildning och vidareutbildning. Vad gäller grundutbildningen har vi att undersöka möjligheterna att åstadkomma ett närmande mellan de nordiska länderna. I fråga om vidareutbildningen har vi att utreda förutsättningarna för Sveriges anslutning till ett avtal om enhetliga regler rörande specialistkompetens för läkare med i huvudsak det innehåll som föreslagits av den nordiska arbetsgruppen.

Sedan lång tid tillbaka pågår på hälso- och sjukvårdens område ett nära samarbete mellan de nordiska länderna. Ett resultat härav är den överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare, som trätt i kraft den 10 augusti 1966.

Nordiska rådet antog den 1 februari 1966 en rekommendation till regeringarna i de nordiska länderna att ingå en överenskommelse om gemensamma principer för läkares vinnande av specialistkompetens inom olika medicinska specialiteter. Den 2 februari 1966 enades representanter för regeringarna om att Norge skulle vara koordinerande land för detta spörsmål.

I syfte att få till stånd en ökad nordisk samverkan inom läkarutbildningens område bildades i oktober 1966 en nordisk federation för medicinsk undervisning. I denna ingår företrädare för de medicinska fakulteterna, läkarorganisationerna och studentföreningarna i Norden. Centrala statliga undervisnings- och hälsovårdsmyndigheter är vidare representerade. Federationen har antagit stadgar för en permanent samarbetsorganisation på den medicinska undervisningens område.

Även i andra europeiska länder eftersträvas ökat samarbete på läkarutbildningens område. Så har exempelvis EEC-ländernas läkarförbund tillsatt ett ständigt utskott för läkarfrågor (Comité Permanent) med hänsyn till den utveckling mot gemensam arbetsmarknad mellan EEC-länderna som även ingår i samarbetsorganets målsättning. Inom detta utskott har diskuterats bl.a. möjligheterna att samordna läkarnas grund- och specialistutbildning samt tjänstgöringsförhållandena i de olika länderna. Man har kommit överens om att föreslå att de skilda ländernas läkarutbildning skall anses likvärdig och att läkare, utbildade i ett land, skall ha rätt att fritt etablera sig i de andra länderna. Vidare har man inom Comité Permanent under år 1965 överenskommit att föreslå enhetliga regler om specialistutbildningens längd i tio specialiteter, nämligen anestesiologi, hud- och könssjukdomar, medicin, neuropsykiatri, ögonsjukdomar, ortopedi, öron-, näs- och halssjukdomar, barnmedicin, urologi och kvinnosjukdomar med förlossningar.

Det är givetvis svårt att förutse hur snabbt det europeiska samarbetet på området kommer att utvecklas, men det är dock väsentligt att vid utarbetandet av nya regler om läkarnas grundutbildning och vidareutbildning i vårt land beakta de internationella förhållandena. Vi har därför tagit del av uppgifter om utbildningen i olika länder och haft personlig kontakt med företrädare för medicinsk utbildning i några länder. Med tanke på de olika gruppbildningarna i Europa har vi valt att i det följande redovisa utbildningen i dels de nordiska grannländerna, dels EFTA-länderna Schweiz och Österrike och dels EEC-länderna Belgien, Holland, Italien och Västtyskland. Vi redovisar också utbildningen i Tjeckoslovakien, eftersom ett samarbete på hälso- och sjukvårdens område planeras mellan Sverige och detta land. Vi redogör vidare för utbildningen i Amerikas Förenta Stater.

Av naturliga skäl har vi valt att redogöra relativt detaljerat för den medicinska grundutbildningen och specialistutbildningen i de nordiska länderna medan redogörelsen för övriga länder görs mera schematisk.

1.4.1. Grundutbildning

1.4.1.1. De nordiska länderna

I *Danmark* fastställdes nu gällande studieordning år 1954. Vissa ändringar har vidtagits år 1957, 1958 och 1960.

För "matematisk-naturvidenskablige studenter" omfattar de medicinska studierna 6 1/2 år. Därav utgör 2 1/2 år prekliniska och 4 år kliniska studier.

De medicinska examina är 1.-delsexamen och 2.-delsexamen. Dessa kan avläggas vid de medicinska fakulteterna i Köpenhamn och Århus.

Utbildningen för 1.-delsexamen, dvs. de prekliniska studierna, omfattar examensämnena kemi, anatomi, fysiologi och biokemi. De studerande har att genomgå vissa obligatoriska kurser, nämligen i allmän kemi, experimentell fysiologi, biokemi, genetik och medicinsk statistik, allmän histologi samt speciell histologi. Sedan de studerande tillfredsställande genomgått dessa kurser, är de berättigade att avlägga 1.-delsexamen, vilken omfattar samtliga examensämnen. Den sker i form av en stor samlad examination i slutet av det prekliniska stadiet. Efter fakulteternas närmare bestämmande kan dock tentamen i kemi genomgås tidigare.

Utbildningen för 2.-delsexamen, dvs. de kliniska studierna, inleds med ett halvt års propedeutisk klinisk tjänstgöring, s.k. volontärtjänstgöring, bestående av tre månader vid vardera medicinsk och kirurgisk klinik. Därefter har de studerande att delta i den undervisning och fullgöra de tjänstgöringar som nedan anges, nämligen "overlægeklinikker" i medicin, kirurgi och pediatrik; kurs i bakteriologi med smittkoppsvaccinering; kurs i blodtransfusion; tre månaders praktikanttjänstgöring i medicin, varav en månad på poliklinik; tre månaders praktikanttjänstgöring i kirurgi, varav en månad på poliklinik; en månads praktikanttjänstgöring i psykiatri samt en månads praktikanttjänstgöring i obstetrik och gynekologi.

Vidare krävs efter fakulteternas närmare bestämmande tjänstgöring eller klinisk kurs i pediatrik, dermato-venereologi, neurologi, radiologi och epidemiologi. Dessutom skall de studerande, likaledes efter fakulteternas närmare bestämmande, ha genomgått kurser i elementär kirurgi och allmän operationslära, medicinsk psykologi och mentalhygien, psykiatri, neuroslära, röntgendiagnostik, radioterapi, neurologi, epidemiska sjukdomar, dermatovenereologi, ortopedi, fysiurgi, oftalmiatrik, oto-rhino-laryngologi, arvspatologi samt exkursioner i hygien.

I ämnena dermato-venereologi, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi genomgår de studerande särskild kunskapskontroll. Vidare genomgår de ett prov i medicinsk psykologi och mentalhygien samt ett i psykiatri och neuroslära.

För rätt att avlägga 2.-delsexamen fordras att samtliga ovannämnda kurser och tjänstgöringar skall ha fullgjorts. I denna avslutande examen ingår examensämnena hygien, medicin, kirurgi, allmän patologi, patologisk anatomi, farmakologi, rättsmedicin samt obstetrik och gynekologi. I hygien kan dock tentamen genomgås särskilt.

Ämbetsexamen berättigar endast till en begränsad auktorisation. För sådan auktorisation som ger fullständig rätt att utöva läkarverksamhet fordras ett

års klinisk sjukhustjänstgöring, s.k. turnus, efter avlagd examen.

En av de läkarvetenskapliga fakulteterna tillsatt kommitté har i ett betänkande (Ugeskrift for læger 1965, nr 3 B) framlagt förslag till en ny studieordning. Förslaget innebär i korthet bl.a. följande.

Studietiden förkortas från 6 1/2 år till 6 år. Viss omstrukturering av utbildningen i de olika ämnena genomförs. I stället för volontär- och praktikanttjänstgöringar införs kliniska kurser med mera intensiv undervisning. De två stora samlade examina ersätts med flera mindre examinationer.

Det prekliniska stadiet uppdelas i två perioder. Den första perioden omfattar två terminer med undervisning och tentamen i kemi, delar av anatomin samt genetik och medicinsk statistik. Den andra perioden omfattar tre terminer med undervisning och examination i resterande delar av anatomin, liksom i fysik, biokemi, fysiologi med biofysik samt psykologi. För att i någon mån koordinera de prekliniska ämnena införs viss tvärgående undervisning. Studietiden förblir oförändrad.

De kliniska studierna förkortas med en termin och uppdelas i tre perioder. Den första perioden omfattar två terminer med en propedeutisk klinisk kurs och undervisning i ämnena patologisk anatomi, allmän patologi samt farmakologi. Tentamen hålls i anslutning till undervisningen i ämnena. Den andra perioden omfattar en termin med kliniska kurser i medicin och kirurgi. Den tredje perioden omfattar fyra terminer, varav en termin med kliniska kurser i pediatrik, psykiatri samt obstetrik och gynekologi, var och en omfattande en månad samt en 14 dagars kurs i neuromedicin. Härtill kommer tjänstgöring under en och en halv månad i andra ämnen än de nämnda, vilken kan fullgöras efter de studerandes eget val på lasarettsavdelning, i laboratorium, vid institution eller hos privatpraktiserande läkare. Under den tredje periodens övriga terminer ges undervisning i medicin, kirurgi, psykiatri och övriga ämnen. Undervisningen i oto-rhino-laryngologi, oftalmiatrik, dermatologi och venereologi samt hygien avslutas med icke poänggivande prov. I slutet av tredje perioden genomgås tentamen i medicin, kirurgi, psykiatri, pediatrik, obstetrik och gynekologi samt rättsmedicin och socialmedicin.

Åtta av kommitténs 29 ledamöter har reserverat sig i olika avseenden. Enligt vad vi erfarit är förslaget föremål för omarbetning.

I *Finland* är de medicinska examina medicine kandidatexamen och medicine licentiatexamen. Dessa kan avläggas vid medicinska fakulteterna i Helsingfors, Åbo och Uleåborg.

Följande redogörelse avser den vid medicinska fakulteten i Helsingfors gällande studieordningen, som fastställdes år 1964.

Utbildningen fram till licentiatexamen omfattar 6 1/2 år. Häri ingår 2 1/2 års prekliniska och 3 års kliniska studier samt 10 månaders obligatorisk amanuenstjänstgöring.

Under det prekliniska stadiet fram till medicine kandidatexamen genomgår de studerande kurser i kemi, fysik, zoologi, anatomi, fysiologi och medicinsk kemi. I denna examen ingår slutliga tentamina i nämnda ämnen. Dessa genomgås vanligen efter respektive kurs' slut.

De kliniska studierna inleds med teoretisk undervisning i kliniska ämnen. Därefter deltar de studerande i kurser på olika kliniker. I licentiatexamen ingår tentamensämnena farma-

kologi, patologisk anatomi, serobakteriologi, virologi, dermato-venereologi, invärtesmedicin, tuberkulos- och lungsjukdomar, kirurgi, obstetrik-gynekologi, oto-rhino-laryngologi, psykiatri, oftalmiatrik, pediatrik, medicinsk radiologi, hygien samt rättsmedicin. Kurserna i dessa ämnen omfattar sammanlagt sex terminer. Härefter följer tio månaders obligatorisk amanuenstjänstgöring. Denna omfattar tre månader vid invärtesmedicinsk avdelning, en månad vid invärtesmedicinsk poliklinik och två månader vid kirurgisk avdelning. De resterande fyra månaderna får under två lika långa perioder valfritt fullgöras vid olika avdelningar eller polikliniker. Sedan den medicine kandidaten nöjaktigt genomgått tentamina i nyssnämnda ämnen, vilket vanligen sker efter avslutad kurs, och därefter fullgjort föreskriven amanuenstjänstgöring, blir han av fakulteten förklarad för medicine licentiat. Denna examen ger rätt till fullständig legitimation.

I *Norge* kan medicinsk ämbetsexamen avläggas vid universiteten i Oslo och Bergen. Studietiden är 6 år. Den prekliniska delen av studierna utgör 2 1/2 år och den kliniska delen 3 1/2 år.

Vi begränsar oss till en redogörelse för studieordningen vid medicinska fakulteten i Oslo. För den prekliniska delen gäller där en utbildningsplan fastställd år 1950. Förslag till ändring av denna har framlagts år 1965. Ändringen beräknas kunna träda i kraft tidigast år 1970. För den kliniska delen trädde en ny studieordning i kraft den 1 januari 1966.

I den prekliniska delen av nuvarande läkarutbildning ingår tentamensämnena kemi med medicinsk genetik, anatomi, fysiologi och biokemi.

I den kliniska delen ingår enligt den nya studieordningen examensämnena farmakologi, oto-rhino-laryngologi, oftalmiatrik, dermato-venereologi, neurologi, obstetrik-gynekologi, psykiatri, toxikologi och medicinsk mikrobiologi, patologi, klinisk biokemi och klinisk fysiologi, hygien, socialmedicin, rättsmedicin, invärtesmedicin, kirurgi, pediatrik samt röntgendiagnostik. Slutentamen kan var skriftlig eller muntlig och genomgås vanligtvis i slutet av den termin då undervisning i ämnet meddelats.

Den kliniska delen innefattar bl.a. även utbildning i klinisk epidemiologi, kliniska undersökningsmetoder, klinisk laborationsteknik, röntgenologi, statistik, genetik, anestesiologi med transfusionslära, barnpsykiatri, rättspsykiatri, psykosomatisk medicin samt ortopedi.

För rätt att självständigt få utöva läkaryrket krävs ett och ett halvt års turnustjänstgöring efter avlagd examen.

1.4.1.2. Vissa andra länder

Belgien

Total utbildningstid: 7 år.

Premedicinsk och preklinisk utbildning omfattar 3 år samt leder till Candidature en Sciences naturelles et médicales.

Klinisk utbildning omfattar 4 år och leder till Doctorat en Médecine, Chirurgie et Accouchements.

Legitimation: Avslutade studier berättigar till fullständig legitimation.

Holland

Total utbildningstid: 7 år.

Premedicinsk utbildning omfattar 1 år och därefter avläggs del I av Candidaatsexamen.

Preklinisk utbildning omfattar 2 år

och därefter avläggs del II av Candidaatsexamen.

Teoretisk klinisk utbildning omfattar 2 år och leder till Doctoraalexamen.

Praktisk klinisk utbildning omfattar 2 år och leder till Artsexamen.

Legitimation: Avslutade studier berättigar till fullständig legitimation.

Italien

Total utbildningstid: 6 år.

Studierna leder fram till Laurea in Medicina e Chirurgia.

Legitimation: Efter universitetsexamen krävs sex månaders praktisk sjukhustjänstgöring i medicin, kirurgi och obstetrik. Därefter avläggs en statsexamen, som berättigar till fullständig legitimation.

Schweiz

Total utbildningstid: 6 1/2 år.

Premedicinsk utbildning omfattar 1 år. Därefter genomgås Naturwissenschaftliche Prüfung.

Preklinisk utbildning omfattar 1 1/2 år. Därefter genomgås Anatomisch-physiologische Prüfung.

Klinisk utbildning omfattar 4 år. Efter 1 år genomgås Klinische Grundfächerprüfung. Fachprüfung avslutar studierna.

Legitimation: Avslutade studier berättigar till fullständig legitimation.

Tjeckoslovakien

Total utbildningstid: 6 år.

Preklinisk utbildning omfattar 3 år.

Klinisk utbildning omfattar 3 år.

Examen: Förhör i de enskilda ämnena hålls fortlöpande under hela studietiden vid slutet av varje termin. Studierna avslutas med en statsexamen i invärtesmedicin, kirurgi, gynekologi-obstetrik och hälsovårdsväsendets organisation.

Legitimation: Efter avlagd statsexamen får läkaren rätt att arbeta på sjukhus.

USA

Total utbildningstid: ca 7 år.

De medicinska studierna föregås av 3—4 års premedicinsk utbildning vid college.

Preklinisk utbildning omfattar 2 år.

Klinisk utbildning omfattar 2 år.

Studierna leder fram till den akademiska graden Doctor of Medicine.

Beträffande examinationsformerna hänvisas till bilaga 3, som berör kunskapskontrollen under de medicinska studierna i USA.

Fullständig legitimation ges åt läkare, som utexaminerats från godkänd medicinsk läroanstalt och genomgått i vederbörande stat anordnad examination. I de flesta stater krävs härutöver att läkaren fullgjort en periods tjänstgöring på sjukhus, s.k. internship, vanligtvis omfattande ett år.

Västtyskland

Total utbildningstid: 5 1/2 år.

Preklinisk utbildning omfattar 2 1/2 år. Efter 1 år avläggs Naturwissenschaftliche Vorprüfung och efter ytterligare 1 1/2 år Ärtzliche Vorprüfung.

Klinisk utbildning omfattar 3 år. Därefter avläggs Ärtzliche Prüfung, som berättigar till titeln Medizinalassistent.

Legitimation: Den nyutexaminerade läkaren måste tjänstgöra 2 år som Medizinalassistent, innan han får fullständig legitimation.

Österrike

Total utbildningstid: 5 år.

Preklinisk utbildning omfattar 2 år.

Klinisk utbildning omfattar 3 år.

Under den första kliniska terminen genomgår de studerande en examination, kallad den första Rigorosum. Den

andra och tredje Rigorosum genomgås efter 5 års studier. Genomgången av dessa två examinationer förlänger vanligen studietiden med 1 år. Efter den tredje Rigorosum får de studerande den akademiska graden Doctor medicinae universae.

Legitimation: Efter avlagd universitetsexamen krävs 3 års sjukhustjänstgöring innan läkaren får fullständig legitimation.

1.4.2. Specialistutbildning

1.4.2.1. De nordiska länderna

Sedan den nordiska arbetsgruppen den 22 februari 1965 avlämnat sitt den 20 november 1964 dagtecknade betänkande med förslag till enhetliga regler om specialistkompetens för nordiska läkare, har i Danmark, Finland och Norge meddelats nya specialistutbildningsbestämmelser.

I dessa länder bygger specialistutbildningen liksom i Sverige på den utbildning som leder fram till fullständig rätt att utöva läkarverksamhet, dvs. auktorisation som læge og fødselshaelper i Danmark, auktorisation i Norge och legitimation i Finland.

Danmark. Läkare får inte utan tillstånd beteckna sig som specialist (lag den 14 mars 1934, nr 72). Specialiteternas antal och namn samt de principiella villkoren för erhållande av tillstånd att beteckna sig som specialist regleras genom bestämmelser i en av inrikesministeriet den 22 april 1966 dagtecknad kungörelse om specialläkare. De detaljerade reglerna om utbildningskraven i de olika specialiteterna är fastställda i en av sundhedsstyrelsen den 1 februari 1967 utfärdad kungörelse om utbildning av specialläkare. Tillstånd att beteckna sig som specialist meddelas av sundhedsstyrelsen, vilket får ske först sedan en till styrelsen knuten specialistnämnd avgivit förslag. Denna består av sex utav sundhedsstyrelsen utsedda ledamöter, en efter förslag av den medicinska fakulteten bland dess läkare i en praktisk disciplin och övriga efter förslag av den danska läkarföreningen. Av de senare skall en vara praktiserande specialist, en sjukhusöverläkare, en i Köpenhamn och en i landsorten praktiserande läkare samt en representant för de yngre läkarna. Hälften av ledamöterna avgår vartannat år. Omval kan ske. Två specialister inom varje fack, utsedda av sundhedsstyrelsen efter förslag av vederbörande specialistförening, avger vägledande uttalanden till nämnden i de särskilda ärendena. Över sundhedsstyrelsens beslut i fråga om specialistkompetens kan besvär ej anföras i administrativ ordning men besluten kan på samma sätt som frågor om rätt att idka näring underställas de allmänna domstolarnas prövning.

Tillstånd att beteckna sig som specialist kan meddelas i 29 specialiteter. Dessa framgår av den förteckning som intagits i avsnittet 3.3.3.2. Utbildningskraven i de olika specialiteterna redovisas i bilaga 5.

Den allmänna utbildningsperioden motsvaras i Danmark av den s.k. turnustjänstgöringen om ett år samt ett års tjänstgöring i öppen vård eller vid andra sjukhusavdelningar än sådana, där huvudutbildningen och i allmänhet sidoutbildningen kan genomgås.

Inrikesministeriets kungörelse om specialläkare upptar följande principiella villkor för godkännande som specialist.

1. Fullständig auktorisation som läkare.
2. Ett års tjänstgöring i öppen vård eller vid andra sjukhusavdelningar än sådana, där huvudutbildningen och i allmänhet sidoutbildningen i vederbörande specialitet kan förvärvas.

3. Minst tre års huvudutbildning som ordinarie läkare på avdelningar som täcker specialiteten i fråga. Tjänsten skall ha varit ledigförklarad och erhållits efter ansökan. För huvudutbildningen gäller i övrigt följande krav.
   a) Minst ett års anställning vid avdelning, som ensam eller i samarbete med andra avdelningar (institutioner) genomför ett av sundhedsstyrelsen godkänt undervisningsprogram.
   b) Minst ett års anställning vid andra specialavdelningar, som är lämpliga med hänsyn till avdelningens storlek, patientomsättning och patientmaterialets allsidighet.
   c) Minst ett års anställning som 1. reservelæge på en av de under a) eller b) nämnda avdelningarna.
   d) Anställning vid avdelningar, som inte uppfyller de under a) och b) nämnda kraven, kan tillgodoräknas som huvudutbildning med ett värde som fastställs i varje särskilt fall; dock kan högst ett år av huvudutbildningen förvärvas på sådan avdelning.
4. Minst ett års sidoutbildning som ordinarie läkare vid en avdelning inom discipliner med nära anknytning till vederbörande specialitet. Tjänsten skall ha varit ledigförklarad och erhållits efter ansökan.

Vikariat på tjänster, som vid ordinarie anställning kvalificerar för huvud- eller sidoutbildning, kan i allmänhet inte tillgodoräknas, om vikariatet är av kortare längd än tre månader. I huvudutbildningen får ingå högst sex månaders tjänstgöring som vikarie.

Bestämmelserna innebär bl.a. att huvudutbildningen måste fullgöras på minst två avdelningar som uppfyller alla krav, varav minst ett år på en avdelning som inte är s.k. undervisningsavdelning.

I kungörelsen om specialläkare föreskrivs vidare, att sundhedsstyrelsen bestämmer de allmänna kraven på huvud- och sidoutbildning i de olika specialiteterna. Sundhedsstyrelsen äger enligt kungörelsen att i de enskilda fallen ge dispens från dessa allmänna bestämmelser. Häri innefattas rätt att under särskilda omständigheter meddela tillstånd att beteckna sig som specialist på grundval av en i utlandet helt eller delvis förvärvad motsvarande utbildning. Sundhedsstyrelsen åläggs att inhämta specialistnämndens yttrande om de allmänna bestämmelser, som meddelas av styrelsen. Dispens från dessa bestämmelser får endast ges efter förslag av nämnden.

Huvudutbildningen varierar mellan tre och sex år men utgör för flertalet specialiteter fem år. Sidoutbildningen växlar från ett halvt till tre och ett halvt år. I en specialitet är ingen sidoutbildning föreskriven. Huvud- och sidoutbildningens sammanlagda tid understiger inte i något fall fyra år men är för sexton specialiteter bestämd till sex eller sex och ett halvt år.

Sundhedsstyrelsens kungörelse om utbildning av specialläkare upptar följande, för alla specialiteter gällande krav.

1. Endast i särskilda fall kan anställning av kortare längd än tre månader tillgodoräknas som huvud- eller sidoutbildning.
2. Surnumerär[1] tjänstgöring godtas inte som huvud- eller sidoutbildning.
3. Den i punkten 3 a inrikesministeriets kungörelse om specialläkare berörda utbildningen (dvs. den ettåriga tjänstgöringen vid undervisningsavdelning) tillgodoräknas endast om den fullgjorts på en för denna del av utbildningen särskilt normerad reservelægetjänst, s.k. undervisningstjänst. Anställningen skall ha varit kontinuerlig under en tid av ett år, om inte annan tid är bestämd i utbildningskraven för de enskilda specialiteterna.
4. Det i punkten 3 a kungörelsen om specialläkare avsedda undervisningsprogrammet skall genomgås samtidigt med anställningen på undervisningstjänst. I specialiteter, där detta krav inte bedöms vara ändamålsenligt, kan specialist-

[1] Motsvarar ungefär hospitant eller auskultant.

nämnden medge att alla utbildningssökande får tillåtelse att delta i undervisning utan att de samtidigt är anställda på en undervisningstjänst. Specialistnämnden får endast under alldeles särskilda omständigheter medge att enskilda utbildningssökande i specialiteter, för vilka undantag från huvudregeln inte gäller, får tillgodoräkna undervisning, vari de deltagit utan samtidig anställning på en undervisningstjänst. Före deltagandet i undervisning fordras skriftligt tillstånd av nämnden.

5. På avdelningar, där den specialiserade huvudutbildningen till en grenspecialitet[1] inom medicin respektive kirurgi kan äga rum, får den allmänna delen av huvudutbildningen till denna eller andra grenspecialiteter inte förvärvas.
6. För att kunna tillgodoräknas som huvudutbildning bör den i punkten 3 c kungörelsen om specialläkare nämnda anställningen i allmänhet ske vid en senare tidpunkt än den i punkten 3 a samma kungörelse berörda anställningen.
7. Oavsett att sidoutbildningen normalt får äga rum endast på avdelningar som är godkända för denna utbildning, gäller dock för specialiteter, där sidoutbildningen är valfri mellan olika specialiteter, att anställning vid samtliga avdelningar inom dessa specialiteter kan tillgodoräknas.
8. Efter förslag av specialistnämnden verkställer sundhedsstyrelsen den i kungörelsen om specialläkare förutsatta grupperingen av avdelningar som godkänns som utbildningsplatser för huvud- och sidoutbildningen.

Vid grupperingen av sjukhusen har specialistnämnden tillämpat följande principer.

Sjukhus, som avses i punkten 3 a inrikesministeriets kungörelse om specialläkare, bör inom ett område vara geografiskt så placerat att det är praktiskt möjligt att etablera teoretisk undervisning. Sjukhuset bör också omfatta alla gängse specialiteter eller ha nära samarbete med dessa på närliggande institutioner. Sjukhuset bör vidare som ett idealkrav vara försett med för undervisning lämpliga biblioteks- och lokalförhållanden.

Patientmaterialet på avdelning vid sådant sjukhus, som nyss nämnts, skall med hänsyn till undervisningens allsidighet vara av lämplig storlek och ha en representativ sammansättning. Både avdelningar med allför litet patientmaterial och avdelningar, där arbetet blir forcerat på grund av ett storf antal patientintagningar, bör uteslutas. Där ambulant verksamhet traditionellt ingår i specialitetens arbetsfält, bör också detta område undervisningsmässigt kunna tillgodoses. Läkarstaben bör bestå av minst två fast anställda specialister i facket samt minst två 1. reservelæger. I övrigt gäller avtalen om läkarstabens sammansättning.

De i punkten 3 b kungörelsen om specialläkare nämnda avdelningarna skall i fråga om både 1. reservelægefunktionen (punkten 3 c) och reservelægefunktionen (punkten 3 b) ge en tillräckligt allsidig utbildning inom den ifrågavarande specialiteten. Avdelningarna bör därför vara representativa för vederbörande specialitet. Patientmaterialet bör vara allsidigt sammansatt, så att alla eller så många sidor som möjligt av specialitetens diagnostiska och terapeutiska arbete är representerade i avdelningens verksamhet. Avdelningar med ensidigt eller övervägande ensidigt patientmaterial kan sålunda aldrig hänföras till denna grupp. Avdelningen bör samarbeta med andra specialiteter i sjukhusenheter, som är ägnade att ge en bred bild av specialitetens verksamhet. Det antal patienter, som årligen behandlas på avdelningen, bör vara av lämplig storlek. I specialiteter, där ambulant — härunder intern

[1] Utan att i specialistförteckningen vara betecknade som grenspecialiteter anses i detta sammanhang kardiologi, medicinska lungsjunkdomar och nefrologi vara grenspecialiteter inom området för medicin samt ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi och urologi inom området för kirurgi.

konsultativ — verksamhet traditionellt ingår i arbetsfältet, bör sådan verksamhet ingå i avdelningens arbete i lämplig omfattning. En avdelning kan normalt endast hänföras till punkt 3 b-gruppen med avseende på en av de i kungörelsen om specialläkare nämnda specialiteterna. De i punkten 3 d nämnda avdelningarna skall antingen kunna erbjuda ett allsidigt om än siffermässigt begränsat patientmaterial som grundval för intill ett år av huvudutbildningen på reservelægenivå eller representera ett särskilt arbetsområde, diagnostiskt och/eller terapeutiskt, inom specialitetens verksamhet, som kan anses vara av värde för specialistutbildningen utan att dock vara ett obligatoriskt led i denna. Det är intet som hindrar att en avdelning, som med avseende på en eller flera specialiteter är placerad i grupp 3 d, kan vara placerad i en annan grupp med avseende på andra specialiteter. Avdelningar med litet eller för facket inte särskilt relevant ensidig beläggning kan inte hänföras till någon av de ovannämnda grupperna. De kan sålunda inte ifrågakomma för huvudutbildningen. Detta innebär emellertid inte ett ställningstagande till avdelningens utbildningsmässiga placering i andra hänseenden.

När inte särskilda förhållanden gör sig gällande kan anställning vid varje avdelning med allsidigt patientmaterial, som inom en specialitet är placerad i grupp 3 b eller d, helt tillgodoräknas som sidoutbildning i andra specialiteter, om sidoutbildningen inte är närmare specificerad i utbildningskraven.

Finland. Specialistfrågorna regleras genom lag den 20 juni 1960. En av statsrådet tillsatt rådgivande kommission (specialitetskommissionen) har den 18 april 1966 meddelat nya bestämmelser om vidareutbildning för beviljande av specialisträttigheter. Kommissionen består av sju ledamöter, varav fyra utses på förslag av medicinalstyrelsen och tre på förslag av de medicinska fakulteterna. Kommissionen handlägger inom medicinalstyrelsen ärenden om specialistkompetens. På skriftlig ansökan kan medicinalstyrelsen bevilja läkare specialisträttigheter om han efter att ha erhållit läkarbehörighet genomgått föreskriven utbildning. Medicinalstyrelsens beslut i dessa ärenden kan överklagas i enlighet med lagen om ändringssökande i förvaltningsärenden.

Specialisträttigheter kan meddelas på 29 specialområden och på sju grenspecialområden. Dessa framgår av den förteckning som intagits i avsnittet 3.3.3.2. Utbildningskraven i de olika specialiteterna redovisas i bilaga 5.

Utbildningen består av allmän utbildning, specialutbildning — uppdelad på huvudutbildning och sidoutbildning — och specialistexamen.

Den allmänna utbildningen omfattar två år, vari ingår den för medicine licentiatexamen obligatoriska amanuenstjänstgöringen om tio månader. För den allmänna utbildningen gäller följande särskilda bestämmelser.

Utbildningen varar två år och skall huvudsakligen fullgöras före specialutbildning. Som allmän utbildning godkänns högst ett (1) år av tjänstgöring före legitimationen.

Den allmänna utbildningen fördelas på:

A. Tjänstgöring på sjukhus (1 år),
B. Verksamhet som läkare i öppen vård (6 månader) och
C. Utbildning efter fritt val (6 månader).

A. Tjänstgöring på sjukhus

Av tjänstgöring före licentiatexamen som amanuens eller av annan tjänstgöring på sjukhus, som specialitetskommissionen anser likvärdig, godkänns som allmän utbildning högst 10 månader. I tjänstgöringen på sjukhus bör ingå minst fyra månaders ut-

bildning i inre medicin och minst två månaders utbildning i kirurgi. Den inremedicinska och kirurgiska tjänstgöringen bör försiggå efter legitimationen eller tidigast efter slutförandet av alla klinikkurser.

B. Verksamhet som läkare i öppen vård

Av den allmänna utbildningen skall verksamheten som läkare i öppen vård omfatta minst sex månader. Med verksamhet som läkare i öppen vård avses tjänstgöring som kommunal-, köpings- eller stadsläkare eller annan kommunal praktiserande läkare eller truppläkare eller såsom arbetsplatsläkare i huvudtjänst vid en stor arbetsplats (över 500 arbetstagare). Likställd med verksamheten som läkare i öppen vård anses:

— tjänstgöring som läkare vid odelat lasarett

— av specialitetskommissionen godkänd tjänstgöring som läkare vid ett delat sjukhus, då tjänstgöringen kan anses vara jämställd med tjänstgöring som läkare i öppen vård.

Tjänstgöringen som läkare i öppen vård kan ersättas med verksamhet i annan av specialitetskommissionen godkänd läkarbefattning som huvudtjänst, till exempel tjänstgöring vid universitets medicinsk-teoretiska eller statens medicinska institut.

C. Utbildning efter fritt val

Utbildningen efter fritt val kan utföras:

— vid undervisnings- eller specialiseringssjukhus eller vid sådant sjukhus, avdelning eller institut, där chefsläkaren är specialist, utom vid undervisningssjukhus på samma område,

— i statlig eller kommunal läkarbefattning som huvudtjänst,

— vid universitets medicinsk-teoretiska institution,

— vid statens medicinska institutioner, samt

— som forskningsstipendiat i huvudtjänst på av specialitetskommissionen godkänt område,

— genom verksamhet som läkare i annan av specialitetskommissionen godkänd tjänst.

Tjänstgöring som varar mindre än sex dagar skilt för sig godkänns inte.

Specialutbildningen omfattar fyra år, varav huvudutbildningen tre till tre och ett halvt år och sidoutbildningen ett till ett halvt år. Utbildningen bör utföras efter legitimationen. Ordningsföljden mellan huvud- och sidoutbildningen är fri.

Specialist kan beviljas specialisträttigheter inom en grenspecialitet, som ingår i hans egentliga specialitet. För detta ändamål bör specialutbildningen ske under minst två år vid undervisningssjukhus eller vid ett av specialitetskommissionen särskilt godkänt specialiseringssjukhus. Utbildningen bör i huvudsak ske efter övrig specialutbildning.

För specialutbildningen gäller följande särskilda bestämmelser.

A. Huvudutbildning

Huvudutbildningen bör fullgöras vid undervisnings- eller specialiseringssjukhus. Minst ett års tjänstgöring vid undervisningssjukhus fordras.

Läkare som icke utnämnts minst för ett års tid till läkartjänst eller -befattning vid undervisnings- eller specialiseringssjukhus, kan endast i undantagsfall tilldelas specialisträttigheter.

Specialitetskommissionen avgör bedömandet av motsvarande meriter för utlänning, som inte kan bliva utnämnd till en ovannämnd tjänst eller befattning.

Av vikariat som läkare vid undervisnings- eller specialiseringssjukhus tillgodoräknas såsom huvudutbildning högst sex månader, såvida vikariatet icke blivit besatt efter ansökan, i vilket fall hela vikariatet godkänns såsom huvudutbildning. Kortare vikariat än en månad godkänns endast om det omedelbart föregår eller följer ordinarie handhavande av samma tjänst.

B. Sidoutbildning

Sidoutbildningen inom specialområdet bör fullgöras efter vad för varje specialområde skilt för sig närmare bestämts.

Sidoutbildningen bör utföras vid undervisnings- eller specialiseringssjukhus.

Sidoutbildningen får avläggas på högst två specialområden. Utbildningen bör dock omfatta minst tre månader per område.

För erhållande av specialisträttigheter inom något område, även inom ett grenspecialområde, bör specialistexa-

men avläggas. Examinatorer är av specialitetskommissionen på förslag av de medicinska fakulteterna utsedda personer. Den, som underkänts två gånger, får tidigast efter ett år på nytt delta i prövningen.

Sjukhusen indelas för specialiseringsundervisning i två grupper: undervisningssjukhus och specialiseringssjukhus. Om de senare stadgas i bestämmelserna.

Som *specialiseringssjukhus* kan godkännas ett sjukhus med minst fyra medicinska specialområden eller ett specialsjukhus, sanatorium, en avdelning eller inrättning. Av ett specialiseringssjukhus fordras att den som handhar utbildningen är specialist på området med av specialitetskommissionen godkänd vetenskaplig och praktisk kompetens och att patient- och undersökningsmaterialet är tillräckligt vidlyftigt och till sin kvalitet lämpligt för undervisning samt att undervisningen är anordnad på av specialitetskommissionen godkänt sätt.

Har specialiserings- eller undervisningssjukhus begränsat eller specialiserat sig att enbart vårda patienter hörande till ett mindre specialområde, godkänns tjänstgöring som läkare vid sådant sjukhus såsom specialutbildning i den omfattning specialitetskommissionen anser ändamålsenligt för specialutbildningen.

Tjänstgöringen vid poliklinik kan godkännas såsom specialutbildning i den omfattning specialitetskommissionen finner den ändamålsenlig.

Har två eller flera tjänster innehafts samtidigt, räknas meriter för specialutbildningen blott från en tjänst.

Utbildning som för vinnande av specialistkompetens fullgjorts i de övriga nordiska länderna är likvärdig med utbildning i Finland.

Vid godkännande av utländsk utbildning i övrigt följs i tillämplig omfattning de finska bestämmelserna.

Som undantag från bestämmelserna kan specialiseringsrättigheter beviljas personer, som medicinsk fakultet konstaterat besitta professors, biträdande professors eller docents kompetens på ifrågavarande område. Vidare kan undantag göras om specialitetskommissionen i utlåtande, som avges i varje särskilt fall, anser att sökandens utbildning motsvarar den som fordras enligt bestämmelserna.

Norge. Specialistväsendet administreras av den norska läkarföreningen, som den 26 juni 1965 antagit nya specialistregler. Den, som önskar godkännande som specialist, ansöker därom hos läkarföreningens centralstyrelse. Såsom rådgivande organ har centralstyrelsen en specialistkommitté för varje specialitet. I specialiteter med fastställda utbildningskrav utses kommittéerna av centralstyrelsen på fyra år efter förslag av vederbörande specialistförening. För varje specialitet väljs en kommitté på fem medlemmar med tre suppleanter. Ansökan om godkännande som specialist i specialiteter utan fastställda utbildningskrav föreläggs en kommitté, som utses av centralstyrelsen för varje särskilt fall. Kommittéerna behandlar inom de olika specialiteterna alla frågor om gruppering av sjukhus eller sjukhusavdelningar. Dessutom yttrar sig kommittéerna över alla ansökningar om godkännande som specialist. Ur kommittéerna kan sökanden bortvälja en av medlemmarna, i vilket fall en suppleant inträder i stället. Centralstyrelsen avgör om godkännande skall meddelas. Avslås ansökan om godkännande och har avvikande mening förekommit i både kommittén och centralstyrelsen har sökanden rätt att inom en månad kräva förnyad behandling av ärendet. Likaså har han möjlighet att påfordra ny prövning om kommittén tillstyrkt ansökningen men centralstyrelsen inte bifallit densamma. Sistnämnda bestämmelse gäller dock inte i fall, där ansökningen avslagits av en

enhällig centralstyrelse på grund av att den generella utbildningen är ofullständig. Den förnyade handläggningen skall ske gemensamt av centralstyrelsen och kommittén, varvid minst fyra medlemmar från vartdera organet skall vara närvarande. För godkännande krävs två tredjedels majoritet.

I Norge skiljer man på specialiteter med och utan fastställda krav på specialutbildning. De förra är 25 till antalet och de senare nio. De olika specialiteterna framgår av den förteckning som intagits i avsnittet 3.3.3.2. Utbildningskraven för de olika specialiteterna redovisas i bilaga 5.

Den allmänna utbildningsperioden består i Norge av turnustjänstgöringen. Denna omfattar ett och ett halvt år och är ett krav för auktorisation som läkare. I specialiteter med fastställda utbildningskrav varierar specialutbildningen, som är uppdelad på huvudutbildning och sidoutbildning, mellan fyra och sex år men är för flertalet specialiteter bestämd till fem år. Härtill kommer specialiteten kjeve- og munnhulesykdommer, i vilken som huvudutbildning fordras bl.a. odontologisk ämbetsexamen. Huvudutbildningen i övriga specialiteter omfattar mellan tre och fem år men utgör vanligen tre à fyra år. Sidoutbildningen skall i regel pågå ett till ett och ett halvt år.

Tjänstgöringen skall fullgöras vid sådana sjukhus eller avdelningar som centralstyrelsen godkänt. Efter yttrande av vederbörande specialistkommitté bestämmer centralstyrelsen vilka sjukhus eller avdelningar som anses ge fullständig utbildning. Om ett sjukhus eller en avdelning inte antas ge fullständig utbildning avgör centralstyrelsen på vilket sätt och under hur lång tid sådan tjänstgöring skall kompletteras. Tjänstgöring före auktorisation som läkare godkänns inte.

Vid en sjukhusavdelning godtas inte mer än två utbildningstjänster för varje, vid avdelningen anställd överordnad läkare som företräder specialiteten i fråga. I specialiteter där det är brist på specialister eller där andra särskilda skäl föreligger, kan centralstyrelsen medge undantag från denna bestämmelse. Uppkommer tvekan om vilka överordnade tjänster som medför rätt till ett proportionellt antal utbildningstjänster, avgörs saken av centralstyrelsen.

För att tjänstgöringen skall godkännas fordras att läkaren hela tiden varit anställd vid avdelningen och deltagit i alla förekommande arbetsuppgifter. Utbildningen skall fullgöras i underordnad ställning. Vikariat i överordnad ställning vid samma sjukhusavdelning godtas som utbildningstid. Tjänstgöring av kortare längd än två månader godkänns inte som huvudutbildning om den inte ägt rum i direkt anslutning till annan tjänstgöring vid vederbörande avdelning. Arbete som hospitant accepteras om hospitantutskottet lämnat sitt medgivande. Tjänstgöring som kandidat, dvs. sjukhusläkare av den lägsta graden, godtas som specialutbildning, om inte annat är bestämt.

Minst hälften av den fastställda tjänstgöringen bör vara fullgjord vid inhemsk avdelning. Tjänstgöring i annat nordiskt land jämställs med tjänstgöring i Norge. Värdet av annan utländsk tjänstgöring prövas i varje särskilt fall.

Centralstyrelsen kan i samråd med specialistkommittéerna och de medicinska fakulteterna kräva att i utbildningen skall ingå deltagande i obligatoriska kurser i de specialiteter, där detta anses nödvändigt eller ändamålsenligt.

I relation till specialistreglerna delas sjukhusen, sjukhusavdelningarna

samt laboratorier och institutioner i tre grupper. Indelningen görs av centralstyrelsen efter yttrande av vederbörande specialistkommitté. Till grupp I hör avdelningar vid universitetssjukhus, större centralsjukhus och vissa specialsjukhus. En förutsättning är att dessa avdelningar har ett godkänt, löpande undervisningsprogram i vederbörande specialitet. Både huvudutbildningen och sidoutbildningen kan äga rum vid avdelning av grupp I men huvudutbildningen skall fullgöras vid minst två avdelningar där detta är möjligt. Minst ett år av huvudutbildningen (i specialfacket) skall ske vid sådan avdelning. Till grupp II hör godkända avdelningar vid andra sjukhus, där minst fyra specialiteter är representerade. Huvudutbildningen med undantag av det obligatoriska året vid grupp I-sjukhus och sidoutbildningen kan fullgöras vid avdelningar av denna kategori. När det gäller specialiteterna generell kirurgi, indremedisin och medisinsk radiologi kan också tredelade sjukhus godtas som grupp II-sjukhus. Grupp III omfattar övriga sjukhus och sjukhusavdelningar. Sidoutbildningen kan fullgöras vid dessa. Intill ett år av huvudutbildningen kan också ske vid avdelningar, placerade i grupp III. Tjänstgöringen tillgodoräknas då med bara halvt värde, så att t.ex. två år godkänns som ett års huvudutbildning.

För att bli godkänd som specialist fordras att sökanden genomgått godkänt specialistprov, arrangerat av examenskommissioner för de olika specialiteterna. Riktlinjerna för proven bestäms av centralstyrelsen i samråd med specialistkommittéerna och de medicinska fakulteterna. Examenskommissionerna består av tre specialister inom vederbörande specialitet, varav två universitetslärare. För ledamöterna väljs tre suppleanter. Av dessa skall två vara universitetslärare. Kommissionerna utses av centralstyrelsen på fyra år, universitetslärarna och deras suppleanter efter förslag av de medicinska fakulteterna och den tredje ledamoten med suppleant efter förslag av vederbörande specialistförening. Examenskommissionerna arrangerar varje vår och höst prov för dem som ansöker om godkännande som specialist. Innan sökande anmäler sig till prov skall hans tjänstgöring vara godkänd av centralstyrelsen efter yttrande av vederbörande specialistkommitté. Sökande, som saknar mindre än ett halvt år av den föreskrivna tjänstgöringen, kan på därom gjord framställning få tillfälle att genomgå provet.

I särskilda fall kan godkännande som specialist beviljas trots att sökanden inte uppfyller de formella kraven. Det förutsätts att sökanden fullgjort en tjänstgöring som kan anses likvärdig med den föreskrivna eller visar sig äga sådana kunskaper och färdigheter som kan fordras av en specialist.

Reglerna om undervisningsprogram och specialistprov har ännu inte trätt i kraft. Tidpunkten härför avgörs av centralstyrelsen i samråd med de medicinska fakulteterna och specialistkommittéerna.

1.4.2.2. Vissa andra länder

I följande tablå redovisas specialistutbildningens längd i antal år för de tio specialiteter, beträffande vilka man inom Comité Permanent beslutat föreslå enhetliga regler (1.4.). Dessutom redovisas specialistutbildningen i kirurgi för dessa länder.

Uppgifterna beträffande Belgien, Holland och Italien är hämtade ur World Medical Association's rapport i juli 1963 om Specialist's training and postgraduate medical education. Beträffande övriga länder har uppgifterna

erhållits från vederbörande myndighet i respektive land. Uppgifterna om USA är hämtade från Directory of approved internships and residencies (American medical association 1965).

I Tjeckoslovakien finns en lägre (I) och en högre (II) grad av specialistkompetens. Läkare, som erhållit den lägre gradens kompetens, kan fortsätta sin specialistutbildning till den högre graden eller till kompetens i subspecialitet.

Systematisk undervisning inom specialistutbildningen förekommer exempelvis i Tjeckoslovakien. Kunskapskontroll förekommer bl.a. i Italien, Tjeckoslovakien och USA.

1.5. Den medicinska utbildningens mål

1.5.1. Tidigare diskussion

Före den av 1954 års riksdag beslutade omorganisationen av läkarutbildningen var målsättningen för denna utbildning att ge de studerande en så grundläggande medicinsk allmänbildning att man kunde anförtro dem utövandet av allmän läkarpraktik. Denna målsättning kom sedermera att ändras i samband med ställningstagandet till LUK:s förslag.

Medicinalstyrelsen behandlade ingående frågan om den medicinska utbildningens mål i sitt betänkande angående den öppna läkarvården i riket (SOU 1948:14 och 1948:24 — det senare innehållande bilagor). Styrelsen påpekade, att sjukvårdens specialisering hade inletts inom den slutna vården men att den sedan även hade införts i den öppna. Härigenom uppstod vid sidan av allmänläkaren en ny typ av läkare, i betänkandet kallade specialläkare. Enligt styrelsens uppfattning ökade specialiseringen alltmera och för varje år tillkom nya specialiteter, samtidigt som

Specialistutbildningens längd i antal år i vissa länder

Specialitet	Belgien	Holland	Italien	Schweiz	Tjeckoslovakien I	Tjeckoslovakien II	Västtyskland	Österrike	USA
Anestesiologi	2	3	2	4	a	+3—5	4	6	3—7
Hud- och könssjukdomar	3	4	3	5	4	+3—5	3	6	4
Medicin	4	5	5	5	4	+3—5	5	6	5
Neuropsykiatri	3	4	3	c	c	c	4	6	4—7
Ögonsjukdomar	3	4	3	5	4	+3—5	3	6	4
Ortopedi	4	6	3	5	b	+3—5	4	6	6
Öron-, näs- och halssjukdomar	3	4	3	5	4	+3—5	3	6	4
Barnmedicin	3	4	2	5	4	+3—5	4	6	4
Urologi	4	6	3	5	b	+3—5	4	6	6
Kvinnosjukdomar med förlossningar	4	4	4	5	4	+3—5	4	6	5
Kirurgi	4	6	5	5	4	+3—5	5	6	5—6

a Specialistkompetens grad I i medicin, pediatrik, gynekologi eller kirurgi.
b Specialistkompetens grad I i kirurgi.
c Neurologi och psykiatri är skilda specialiteter.

de redan existerande uppdelades i mindre delar. Enligt styrelsen hade den sakkunniga opinionen överallt i princip erkänt, att för en god öppen läkarvård krävdes tillgång till både allmänläkare och specialläkare. Båda läkarkategorierna var nödvändiga för en god medicinsk organisation. Bådas uppgifter förändrades även i och med att de medverkade i sjukvårdens utveckling fram mot tidigdiagnostik och förebyggande vård.

LUK behandlade i sitt betänkande om läkarutbildningen (SOU 1953:7) utförligt läkarutbildningens mål. Kommittén framhöll att, om läkarutbildningen skulle ordnas på ett lämpligt sätt, var det nödvändigt att utgå från de kvalifikationer, som i framtiden skulle komma att fordras av läkarna.

LUK ansåg att den pågående specialiseringen inom den slutna vården skulle komma att fortsätta och att denna härigenom skulle bli alltmera uppdelad. Även inom den öppna vården förväntades specialiseringen öka. Behovet av en stor kår av allmänläkare skulle dock enligt LUK komma att kvarstå. För bägge läkarkategorierna gällde, att arbetet mera än dittills skulle inriktas på tidigdiagnostik, ökat hänsynstagande till sociala faktorers roll, hälsovårdande och profylaktiska åtgärder, förbättrad eftervård och kronikervård. I den allmänna läkarutbildningen måste därför kunskapsbehovet tillgodoses för såväl blivande allmänläkare som blivande specialläkare inom samtliga specialdiscipliner. Utbildningen av en allmänläkare måste inriktas på att göra denne till en god diagnostiker och terapeut i den allmänna läkarvården samt ge en överblick över de särskilda diagnostiska och terapeutiska möjligheter som de olika specialiteterna erbjöd. Det torde, menade LUK, råda allmän enighet om, att allmänläkarens utbildning inte kunde anses avslutad i och med medicine licentiatexamen, utan att härutöver erfordrades fortsatt praktisk utbildning under flera år i form av underläkartjänstgöring. För den blivande specialisten förutsattes en omfattande fortsatt praktisk utbildning efter medicine licentiatexamen inom vederbörandes specialfack.

LUK ansåg således ej att den grundläggande utbildningens mål var att producera kompetenta allmänläkare. I stället angav LUK målet så, att grundutbildningen skulle ge den nödvändiga grundvalen för en senare, huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning för olika former av medicinsk verksamhet.

Enligt LUK hade grundutbildningens teoretiska, prekliniska del betydelse dels som det vetenskapliga fundamentet för den följande kliniska undervisningen, dels som illustration av den vetenskapliga metoden. Vidare, framhöll LUK, kunde en rationell plan för grundutbildningen utformas endast om den förutsatte, att läkarna i fortsättningen erhöll en vidareutbildning, avpassad efter deras kommande definitiva verksamhet. Det gällde att avväga hur stor praktisk utbildning, som skulle meddelas inom grundutbildningen och hur mycket som skulle räknas till vidareutbildningen.

I den kliniska undervisningen gjorde LUK en distinktion mellan de kliniska huvudämnena, till vilka räknades medicin, kirurgi, pediatrik, psykiatri och socialmedicin, samt de kliniska specialämnena, dit övriga kliniska ämnen fördes, såsom exempelvis neurologi, oftalmiatrik och epidemiologi. LUK höll före, att alla läkare redan i själva grundutbildningen måste ha goda teoretiska kunskaper och en mera omfattande praktisk övning i huvudämnena, vilka därför måste tillförsäkras den

största delen av grundutbildningens kliniska tid. För specialämnena däremot borde utbildningsmålet enligt LUK sättas lägre, nämligen till att ge en översiktlig kunskap om ämnet och en tillräcklig praktisk övning för att behandla de vanligaste och enklaste sjukdomstillstånden samt sätta läkaren i stånd att bedöma specialistens möjligheter. Utbildningsmålet blev detsamma för både allmänläkare och specialläkare, eftersom båda behövde en stabil grund i huvudämnena och en medicinsk allmänbildning i specialämnena, vilket senare fick kompletteras i vidareutbildningen på de områden, där detta krävdes för läkarens definitiva verksamhet.

Enligt LUK:s mening var en medicinsk efterutbildning önskvärd för läkare, som avslutat sin utbildning och placerats på sina definitiva tjänster. De vetenskapliga framstegen inom medicinen skedde i snabb takt och nya undersöknings- och behandlingsmetoder infördes ständigt. Med hänsyn härtill blev även den bästa läkarutbildning i vissa delar föråldrad redan efter en kort tid. Efterutbildningskurser utgjorde således ett värdefullt tillskott till den löpande medicinska utbildningen.

I prop. 1954:212 anslöt sig departementschefen, i likhet med samtliga remissmyndigheter, till LUK:s uppfattning om den medicinska utbildningens mål. Vad i denna del anförts föranledde vidare ingen riksdagens erinran.

SUK framhöll i sitt i mars 1960 dagtecknade förslag till bestämmelser angående vidareutbildning för läkare, att den egentliga specialistutbildningen kunde ses som en i hela det stora fortbildningskomplexet integrerad del. Vidareutbildningen av praktiker, tjänstläkare och specialister, liksom även den för samtliga dessa kategorier betydelsefulla efterutbildningen måste enligt SUK ses som ett sammanhängande helt.

Vid det andra nordiska medicinska undervisningsmötet i Göteborg den 7—9 oktober 1966 antogs en resolution, som framför allt berörde frågorna om systematisk undervisning inom specialistutbildningen och utbildningen i medicinsk forskning. I resolutionen sägs följande om vidareutbildningens mål.

> Vidareutbildningens mål bör vara att utbilda läkare för specialuppgifter i en framtida, differentierad sjukvårdsorganisation inom såväl sluten som öppen sjukvård. Den vetenskapliga utvecklingen och ändrade samhälleliga förutsättningar kommer att kräva en fortgående anpassning av vidareutbildningen till nya behov. Det gäller således att i flexibla former utbilda läkare till en första specialiseringsnivå inom varje disciplin. Utöver denna specialistnivå kommer ytterligare behörighetskrav (kompetenskrav) att fordra ännu tyngre utbildningsmeriter för många starkt specialiserade tjänster och ledarställningar.
>
> Allmänläkarens utbildning kan infogas i detta perspektiv. En läkare med uppgifter som "front-line doctor" behövs, och hans utbildning bör ske i vidareutbildningens system med inriktning mot hans speciella uppgifter.

1.5.2. Överväganden och förslag

Den utveckling i fråga om uppdelningen av läkarverksamheten, som medicinalstyrelsen förutsåg i sitt betänkande angående den öppna läkarvården i riket, har fortsatt. Karakteristiskt för sjukvårdens utveckling är således den fortsatta och utökade specialiseringen.

En grund för planeringen i detta hänseende inom den slutna sjukvården utgör beslut av 1960 års riksdag (prop. 1960:159) med riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m.m. De yttre faktorerna, sjukdomsfrekvensen och befolkningsunderlaget, har betonats inte minst i spörsmålet om specialiseringen inom sjukvården. Ju längre specialiseringen drivs, desto större upp-

tagningsområde krävs som regel. Från denna utgångspunkt har sjukvårdsspecialiteterna indelats i länsspecialiteter och regionspecialiteter.

Kännetecknande för utvecklingen är vidare den slutna vårdens differentiering på olika vårdformer. Mot den bakgrunden planeras inom sjukhusen, förutom särskilda akutavdelningar och intensivvårdsavdelningar, lättvårdsavdelningar av skilda typer vid sidan av de normala s.k. intermediärvårdsavdelningarna.

En annan viktig organisatorisk förändring beträffande den slutna vården utgör landstingskommunernas övertagande av den psykiatriska sjukvården m.m. den 1 januari 1967. Härigenom har skapats förutsättningar för den samordning av somatisk och psykiatrisk sjukvård, som från medicinska utgångspunkter sedan länge ansetts befogad.

Den slutna och öppna sjukvårdens ställning har allsidigt belysts av ÖHS-kommittén i två betänkanden. I det första betänkandet Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15) föreslog kommittén bl.a. att väsentligt bättre resurser skulle tillskapas för en moderniserad hemsjukvård, avsedd för sådana patienter, för vilka en dylik vårdform ur medicinska och andra synpunkter var lämplig, intimare samarbete och en rationellare arbetsfördelning mellan sjukhusen och den öppna vården utanför sjukhusen samt en avsevärd förstärkning av resurserna inom den öppna vården. På grundval av förslag av ÖHS-kommittén föreslog Kungl. Maj:t i prop. 1961:181, att provinsialläkarväsendet skulle överföras till landstingen. Beslut härom fattades av riksdagen och överförandet ägde rum den 1 juli 1963.

I det andra betänkandet Sjukhus och öppen vård (SOU 1963:21) påpekade ÖHS-kommittén, att Sverige hörde till de länder, som nått högst i fråga om vårdplatser per 1 000 invånare och likaså i fråga om pågående sjukhusinvesteringar ävensom krav på platsresurser i aktuella program. I gengäld låg vi nästan lägst bland utvecklade länder i fråga om resurser i öppen vård utanför sjukhus.

Kommittén ansåg det viktigt, att vårdresurserna utanför sjukhusen förstärktes. En sådan utbyggnad tjänade också allmänhetens intresse av att få vårdmöjligheter på någorlunda nära håll. Det skulle bl.a. vara värdefullt att få fler privatpraktiker särskilt utanför storstäderna.

MCA-utredningen redovisade i sitt betänkande (SOU 1965:49) en analys av den väntade utvecklingen under de närmaste 10 à 15 åren inom hälso- och sjukvården. Utredningen förutsåg att hälsovård och förebyggande vård skulle komma att tilldra sig ett ökat intresse. Vidare fann MCA-utredningen, att stegringen av efterfrågan på sjukvård kunde väntas fortsätta i en i stort sett oförändrad takt.

En strukturförändring är på gång av den öppna vården utanför sjukhusen. Denna koncentreras i allt större utsträckning till flerläkarstationer för provinsialläkarna och till läkarhus för de privatpraktiserande läkarna. De olika läkarna — som var och en arbetar inom sitt fack (allmänläkare eller specialist) — kan härigenom bl.a. samordna sina verksamheter men även tillhandahållas gemensamma serviceresurser. Man diskuterar även möjligheterna att nå en starkare organisatorisk samordning av sluten och öppen sjukvård, vilket möjliggjorts genom att dessa två vårdformer ställts under samma huvudman.

Stora förändringar i avseende på sjukvårdsorganisationen har sålunda

skett under de senaste åren. LUB påpekade i betänkandet Utbyggnaden av universitet och högskolor (SOU 1965: 12), att den pågående strukturrationaliseringen kunde komma att påverka även den kliniska utbildningen av läkare vid undervisningssjukhusen. Vi delar denna uppfattning och anser, att specialiseringen kan föra med sig, att de studerande under sin grundutbildning får se ett alltför utvalt patientmaterial.

Enligt våra direktiv har vi att utreda förutsättningarna att begränsa tidsåtgången för läkarutbildningen fram till medicine licentiatexamen till ca fem och ett halvt studieår med bibehållande av den nuvarande studieordningens huvuddrag. Vår utgångspunkt bör därvid vara det i prop. 1954:212 hävdade betraktelsesättet, att läkarutbildningen — omfattande såväl grundutbildning, dvs. utbildning fram till medicine licentiatexamen, som på denna byggande specialiserade utbildningslinjer, vidareutbildning — utgör en enhet. Möjligheterna att begränsa tidsåtgången för grundutbildningen bör ses mot bakgrund av den utvidgning och förstärkning av vidareutbildningen som kan föranledas av de förslag, som framlagts av den nordiska arbetsgruppen.

LUK diskuterade i sitt betänkande möjligheten att begränsa studietiden genom en ytterligare nedskärning av utbildningen i de kliniska specialämnena än som senare föreslogs. Kommittén ansåg emellertid inte en sådan ytterligare reducering vara möjlig. En medicinsk allmänbildning och en tillfredsställande vid överblick över medicinen som helhet krävde enligt LUK:s mening åtminstone en elementär kännedom även om specialämnena. LUK erinrade också om att många läkare i sin verksamhet alltjämt blev nödsakade att behandla fall, som vid större tillgång på specialister skulle vårdas av dessa. Med hänsyn härtill måste enligt LUK den allmänna läkarutbildningen ge mera omfattande kunskaper i de flesta specialämnen än som eljest skulle vara erforderligt. Härav följde, att i den mån specialistvården utbyggdes över hela landet och tillgången på specialister ökades, borde omfattningen av den grundläggande utbildningen i de kliniska specialämnena i motsvarande mån kunna minskas antingen genom en förkortning av studietiderna eller genom ökade möjligheter att kombinera de olika ämnena. LUK förutsatte att utvecklingen fortlöpande följdes av vederbörande myndigheter.

Vi anser inte att tiden ännu är mogen för en genomgripande förändring av grundutbildningens utformning i avseende på omfattningen av utbildningen i de kliniska specialämnena. Specialistvården är ännu inte utbyggd i sådan omfattning, att den motiverar en radikal nedskärning av utbildningen i dessa ämnen. Vi anser också, att samtliga läkare — oavsett vilken framtida verksamhet de skall ägna sig åt — behöver en medicinsk allmänbildning i specialämnena av ungefär samma omfattning som för närvarande.

Våra förslag innebär att omfattningen av utbildningen i de kliniska specialämnena minskas med sammanlagt en månad, bl.a. därigenom att den i nuvarande läkarutbildning ingående kursen i ftisiologi utgår och kursen i obstetrik och gynekologi förkortas med 14 dagar. Dessa förändringar är föranledda av lungtuberkolosens tillbakagång i vårt land respektive ändrade betingelser för förlossningsvården. I vårt förslag har vi således försökt att i största möjliga utsträckning anpassa utbildningstiden även i de kliniska specialämnena till den medicinska utvecklingen.

Som tidigare påpekats är målet för nuvarande grundutbildning att ge den nödvändiga grundvalen för en senare, huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning för olika former av medicinsk verksamhet. I den nuvarande utbildningen fram till medicine licentiatexamen ingår nio månaders assistenttjänstgöring. Vi kommer i det följande att föreslå, att assistenttjänstgöringen skall utgå ur grundutbildningen och inordnas i en allmän utbildningsperiod som inledning till vidareutbildningen. Med hänsyn härtill anser vi, att *målet för grundutbildningen bör vara att ge de blivande läkarna sådana kunskaper och färdigheter som är av vetenskaplig och praktisk betydelse för alla läkare och som fordras som grund för deras vidareutbildning. Målet för vidareutbildningen bör vara att göra läkarna skickade för deras slutliga verksamhet på skilda medicinska områden. Målet för efterutbildningen bör vara att ge de praktiskt verksamma läkarna möjlighet att var och en inom sitt område vidmakthålla och utöka sina kunskaper i takt med medicinens utveckling.*

1.6. Den medicinska utbildningens uppdelning

1.6.1. Nuvarande förhållanden

Läkarutbildningen består av grundutbildning, vidareutbildning och efterutbildning.

Grundutbildningen omfattar universitetsstudierna fram till medicine licentiatexamen.

Vidareutbildningen följer efter avlagd medicine licentiatexamen och sker under olika former av praktisk läkartjänstgöring. Den leder till specialistbehörighet, behörighet för annan läkartjänst eller till etablering i annan medicinsk verksamhet.

Efterutbildningen omfattar den form av fortbildning, som läkaren efter avslutad vidareutbildning på grund av medicinens ständigt fortgående utveckling frivilligt anses böra genomgå. Denna innebär att läkaren förutom att han idkar självstudier och deltar i den fortlöpande vetenskapliga verksamhet, som äger rum på sjukhus och i läkarföreningar, också bevistar de särskilda kurser och konferenser, som anordnas av olika myndigheter, organisationer och läkarsammanslutningar.

1.6.2. Tidigare diskussion

Grundutbildningens uppdelning i en teoretisk, preklinisk del och en klinisk del diskuterades av LUK, som ansåg det vara synnerligen betydelsefullt, att undervisningen fick en pedagogiskt riktig uppläggning med god samordning mellan teoretiska och kliniska ämnen. För att få en bättre integration mellan dessa studieavsnitt föreslog LUK, att de i den tidigare studieordningen befintliga två månader långa propedeutiska kurserna skulle överföras till ett s.k. övergångsår i form av ett propedeutiskt år. LUK ansåg vidare, som tidigare nämnts, att medicin, kirurgi, psykiatri och pediatrik var centrala kliniska ämnen, varjämte socialmedicin i framtiden skulle tillkomma som ett väsentligt moment i läkarens arbete. Övriga kliniska ämnen ansåg LUK skulle betraktas som specialämnen.

Assistenttjänstgöringarna intog enligt LUK en mellanställning mellan klinisk kurs och underläkartjänstgöring. Man hade ifrågasatt, om sådana tjänstgöringar var berättigade och om de inte hellre borde överföras till en senare sjukhustjänstgöring. LUK föreslog att assistenttjänstgöringsperioden skulle utformas så, att den i möjligaste

mån blev en period av mera självständig sjukvårdsverksamhet. Detta skulle ske därigenom, att assistenttjänstgöringarna samlades till den kliniska utbildningens sista skede och också förlades till andra sjukhus än universitetssjukhusen.

En vidareutbildning, avpassad efter läkarnas kommande definitiva verksamhet, var enligt LUK en förutsättning för en rationell plan för grundutbildningen. Sådan vidareutbildning borde förutses även för allmänläkarnas del.

Ett behov av fortlöpande efterutbildning ansågs föreligga för alla kategorier av läkare genom utvecklingen av nya metoder för undersökning och behandling av olika sjukdomar. Den bestod av fortsättnings- och repetitionskurser samt andra åtgärder, ägnade att orientera de färdiga läkarna om medicinens nya landvinningar.

Samtliga remissmyndigheter tillstyrkte utbildningens uppdelning i enlighet med LUK:s förslag.

Statsmakterna anslöt sig (prop. 1954: 212, SU 191, rskr 395) till LUK:s tankegångar och förslag i denna del. Det var enligt föredragande departementschefens mening en synnerligen viktig slutsats, som LUK nådde fram till, när den fastställde, att alla läkare måste ha en gemensam grundutbildning, men att denna för alla läkare måste följas av en allt efter deras olika verksamhetsområden utformad, huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning.

Även i den nordiska arbetsgruppens betänkande uppdelades den medicinska utbildningen i grundutbildning, vidareutbildning och efterutbildning. Vidareutbildningen till specialist skulle enligt arbetsgruppens avtalsförslag bestå av en allmän utbildningsperiod, huvudutbildning inom den specialitet, vari specialistkompetens söktes, och en sidoutbildning inom annan specialitet, som var av betydelse för den sökta kompetensen. I avtalsförslaget föreskrevs vidare kunskapskontroll som krav för specialistkompetens.

Den nordiska arbetsgruppen ansåg, att en specialistläkare kunde definieras enligt det förslag, som utformats vid ett av WHO Regional Office for Europe anordnat "Symposium on Postgraduate Medical Education" (Prag, oktober 1963). Denna definition lyder:

> A specialist is defined as a doctor who, under established criteria, and through a recognized system of assessment, has acquired and maintained a high degree of knowledge and skill in a particular field of medicine and limits his work to that field.

En särskild medicinsk forskarutbildning har föreslagits av 1963 års forskarutredning i dess betänkande Forskarutbildning och forskarkarriär (SOU 1967:67). Förslaget innebär två linjer för denna utbildning, nämligen en teoretisk medicinsk linje, som bygger på en basexamen efter genomgång av läkarutbildningens första åtta terminer, samt en klinisk medicinsk linje, som bygger på medicine licentiatexamen avlagd enligt nuvarande studieordning.

1.6.3. Överväganden och förslag

Den nordiska arbetsgruppens uppdelning av den medicinska utbildningen ansluter sig till vad som gäller här i landet. Om uppdelningen i grundutbildning, vidareutbildning och efterutbildning råder således enighet. Beträffande nomenklaturen får det anses olyckligt att benämningen grundutbildning har kommit att innebära dels utbildning till medicine licentiatexamen, dels — enligt nuvarande specialistbehörighetsregler — en del av vidareutbildningen till specialist. Vi anser att beteckningen grundutbildning i enlig-

het med det nordiska avtalsförslaget bör reserveras för utbildningen till medicine licentiatexamen. Den del av specialistutbildningen som nu betecknas grundutbildning bör — som vi senare kommer att föreslå — benämnas huvudutbildning.

Med vidareutbildning kommer vi i fortsättningen att beteckna endast den utbildning, som leder till specialistkompetens eller till annan särskild läkarbehörighet.

Vi anser sålunda, att den medicinska utbildningen liksom hittills bör uppdelas i grundutbildning, vidareutbildning och efterutbildning.

Grundutbildningen avser universitetsstudierna fram till medicine licentiatexamen.

Vidareutbildningen avser den del av utbildningen, som följer efter medicine licentiatexamen och som huvudsakligen under utövning av läkaryrket leder fram till läkarnas slutliga verksamhet på skilda områden.

Vi ansluter oss till den tidigare nämnda av den nordiska arbetsgruppen godtagna definitionen av en specialistläkare. Vi anser således, att en specialist är en läkare, som med stöd av stadgade normer och enligt ett erkänt värderingssystem har uppnått och vidmakthåller en ansenlig grad av kunskaper och skicklighet inom ett särskilt medicinskt verksamhetsområde och som huvudsakligen begränsar sin verksamhet till detta.

Efterutbildningen avser sådan utbildning, som följer efter vidareutbildningen och som syftar till att ge läkarna kunskaper om nya vetenskapliga landvinningar och utvecklandet av nya metoder m.m. inom deras respektive verksamhetsområden.

Till frågan om medicinsk forskarutbildning har vi i detta sammanhang inte ansett oss kunna ta ställning i avvaktan på de beslut, som kan komma att fattas på grund av forskarutredningens förslag. Vi förutsätter dock, att läkarnas forskarutbildning skall kunna ske parallellt med deras vidareutbildning.

KAPITEL 2

Grundutbildning

2.1. Allmänna frågor

2.1.1. Studieordning

2.1.1.1. Nuvarande förhållanden

I det föregående har vi redogjort för den nuvarande studieordningens huvuddrag (1.3.1.). Studiegången för de fyra första åren är helt bunden. Under dessa år måste de studerande fullgöra kurserna i bestämd ordning och vissa krav gäller för tillträde till kurserna. Därpå följer det s.k. fria kliniska stadiet med en i princip fri studiegång. Minimitiden för genomgång av kurserna under sistnämnda stadium är 16 månader. Under detta skede har de studerande i princip rätt att fullgöra kurserna i valfri ordning. Den fria studiegången begränsas dock i praktiken av dels kravet på vissa obligatoriska kurskombinationer, dels att andra kurskombinationer rekommenderats och dels att antalet kursplatser är begränsat, vilket medför att de studerandes tillträde till kurserna i stor utsträckning avgörs av antalet tidigare genomgångna kurser. Efter det s.k. fria kliniska stadiet följer assistenttjänstgöringarna, vilka får fullgöras i valfri ordning och som avslutar studierna till medicine licentiatexamen.

De studerandes tillträde till de olika stadierna i den medicinska grundutbildningen regleras genom särskilda bestämmelser, intagna i utbildningsplanerna. De studerande får påbörja medicine licentiatstudierna först sedan medicine kandidatexamen avlagts (4 §). Vidare får de inte tillträde till andra avdelningen av medicine licentiatexamen, förrän de dels nöjaktigt genomgått samtliga kurser under det propedeutiska året, dels genomgått godkända tentamina i bakteriologi och farmakologi samt godkänd deltentamen i patologi och dels genomgått godkända kursförhör efter kursen i kliniska undersökningsmetoder och efter den kliniska laborationskursen. Då särskilda skäl det föranleder, kan fakultet dock medge studerande tillträde till andra avdelningen, utan hinder av att denne genomgått godkänd tentamen i endast ett av examensämnena bakteriologi och farmakologi (8 §). Slutligen beviljas de studerande inte tillträde till tredje avdelningen av medicine licentiatexamen, innan de dels genomgått samtliga kurser under det s.k. fria kliniska stadiet, dels genomgått godkänd tentamen respektive kursförhör i däri ingående ämnen jämte godkänd sluttentamen i patologi samt eventuellt resterande tentamen i bakteriologi eller farmakologi. Då särskilda skäl det föranleder, får fakultet dock medge studerande tillträde till tredje avdelningen, utan hinder av att denne inte genomgått godkänd tentamen i patologi eller något av examensämnena under det s.k. fria kliniska stadiet (11 §).

2.1.1.2. Tidigare diskussion

LS:s förslag till studieplan innebar en strängt fixerad studieordning. Detta förslag blev vid remissbehandlingen föremål för stark kritik.

LUK konstaterade, att allmän enighet rådde om att undervisningen i de teoretiska ämnena under de två första studieåren, kurserna under det propedeutiska året samt den grundläggande undervisningen i medicin och kirurgi under det kliniska stadiet lämpligen borde ske enligt en bunden studieplan. För den återstående delen av det kliniska stadiet och för assistenttjänstgöringarna föreslog emellertid LUK en i princip fri studiegång.

Efter införandet år 1955 av nuvarande studieordning, som bygger på LUK:s förslag, har diskussionen om fri eller bunden studiegång bara gällt det s.k. fria kliniska stadiet. Den fria studiegången under detta skede har nämligen ej visat sig fungera tillfredsställande. De studerandes flöde genom kurserna har varit ojämnt. Stockningar har uppkommit och förorsakat studietidsförseningar. Redogörelse för den tidigare diskussionen om den fria studieordningen lämnas i avsnittet 2.5.2.2.

2.1.1.3. Överväganden och förslag

I våra direktiv ingår att överväga möjligheterna av en fastare organisation av det s.k. fria kliniska skedet, bl.a. med hänsyn till önskvärdheten av att nedbringa förseningarna i de medicinska studierna. Därvid har vi även att pröva frågan om en helt bunden studiegång för denna del av utbildningen.

Eftersom frågan om fri eller bunden studiegång begränsats till att avse bara det nuvarande fria kliniska stadiet och då vi i vår diskussion härom måste behandla en rad detaljfrågor, anser vi det lämpligast att redovisa våra överväganden i denna del under avsnittet om det kliniska stadiets andra del (2.5.3.2). Vi vill dock redan nu nämna, att vi kommer att föreslå en i princip bunden studiegång för detta stadium, som enligt vårt förslag skall avsluta medicine licentiatstudierna.

Vi föreslår följande studieordning för grundutbildningen. Efter de två första studieåren, det prekliniska stadiet, avläggs medicine kandidatexamen. Därefter följer det propedeutiska stadiet, omfattande ett år, och det kliniska stadiet, omfattande två och ett halvt år. Det kliniska stadiet indelas i två delar. Den första delen motsvarar det nuvarande medicin- och kirurgiåret och den andra delen det nuvarande fria kliniska stadiet. Medicine licentiatexamen avläggs sedan det kliniska stadiet genomgåtts.

Vi föreslår att följande regler skall gälla för tillträde till det propedeutiska respektive det kliniska stadiet.

Studerande äger vinna tillträde till det propedeutiska stadiet först efter avlagd medicine kandidatexamen.

Studerande äger inte vinna tillträde till det kliniska stadiets första del, förrän denne dels nöjaktigt genomgått samtliga kurser under det propedeutiska stadiet, dels genomgått godkända tentamina i bakteriologi, farmakologi och patologi och dels genomgått godkända kursförhör i kurserna i klinisk fysiologi, klinisk kemi och klinisk propedeutik. Då särskilda skäl det föranleder, må dock fakultet medge studerande tillträde till det kliniska stadiets första del, utan hinder av att denne genomgått godkänd tentamen i endast två av examensämnena medicinsk mikrobiologi, farmakologi eller patologi.

Studerande äger inte vinna tillträde till det kliniska stadiets andra del, förrän denne dels fullgjort vad som fordras för tillträde till det kliniska sta-

diets första del, dels nöjaktigt genomgått kurser och tentamina i medicin och kirurgi. Då särskilda skäl det föranleder, må dock fakultet medge studerande tillträde till det kliniska stadiets andra del, utan hinder av att denne genomgått godkänd tentamen i endast fyra av examensämnena medicinsk mikrobiologi, farmakologi, patologi, medicin och kirurgi.

2.1.2. Läsårets omfattning och terminernas förläggning

2.1.2.1. Nuvarande förhållanden

Enligt 92 § universitetsstadgan omfattar läsåret vid universitet 234 dagar, dvs. 33 veckor och 3 dagar, vilka — om ej annat är stadgat — fördelas på två terminer. Övriga delar av året är ferier. Universitetskanslersämbetet bestämmer terminernas förläggning efter förslag av konsistorierna. Termin må med hänsyn till inträffande påsk- och julhelg uppdelas i två tidsperioder. Om så fordras för ett ändamålsenligt anordnande av undervisningen, må universitetskanslersämbetet eller, efter ämbetets bemyndigande, fakultet eller sektion besluta, att viss undervisning skall förläggas till ferietid.

Enligt tidigare gällande universitetsstatuter (6 §) omfattade höstterminen tiden fr.o.m. den 1 september t.o.m. den 15 december samt vårterminen tiden fr.o.m. den 15 januari t.o.m. den 31 maj. Där angavs också, att undervisningen fick inställas veckan före påskdagen och dagen efter annandag påsk (106 §). Ett sådant läsår omfattade likaledes 234 dagar, varav 106 (15 veckor och 1 dag) på höstterminen samt 128 dagar (18 veckor och 2 dagar) på vårterminen.

Enligt 4 § stadgan angående medicinska examina skall vid undervisningens planläggning ett studieår anses motsvara tio månaders studietid. Undervisningsplanerna för medicine kandidatexamen och medicine licentiatexamens första avdelning (propedeutiska året) på de olika studieorterna är anordnade inom ramen för universitetets läsår om 234 dagar. Under medicine licentiatexamens andra avdelning utnyttjar man däremot studieårets samtliga tio månader för kursundervisning. I vissa fall har undervisning anordnats även under hela året.

2.1.2.2. Tidigare diskussion

LS förutsatte att under medicine licentiatstudierna kurser och tjänstgöringar i regel skulle pågå omkring tio månader och ferietiden sålunda omfatta omkring två månader årligen. Man ansåg dock att ferietiden delvis torde behöva användas för bokliga studier.

LUK framhöll vikten av att studietiden hölls inom rimlig längd. Det var därför av betydelse, att de studerande kunde ägna sig åt sin utbildning under en större del av året än som betingades av gällande terminsgränser och att undervisningens årliga omfattning anpassades efter dessa krav. Någon nämnvärd inskränkning av de sommarferier, som följer efter de tre första studieåren, var enligt LUK:s mening, bl.a. på grund av värnpliktstjänstgöringens förläggning, inte möjlig. Det fjärde studieåret, som upptar kurserna i medicin och kirurgi, krävde emellertid särskilda terminsgränser, och för övriga kliniska kurser borde ferierna i lämplig utsträckning tas i anspråk för undervisning.

I prop. 1954:212 förutsattes, att de medicinska studierna skulle kunna genomföras under en normalstudietid av sex och ett halvt år. Ordet normalstudietid fattades därvid i meningen sammanlagd tid för kurser och tjänstgö-

ringar jämte rimlig inläsningstid. Vid beräkningen av denna normalstudietid förutsattes, att kurser och tjänstgöringar fr.o.m. medicine licentiatstudiernas andra avdelning skulle pågå tio månader om året.

I anledning av LUS:s förslag i betänkandet om lärarutbildningen (SOU 1965:29) föreslogs i prop. 1967:4, att läsåret fr.o.m. läsåret 1967/68 skall omfatta vid lärarhögskolorna 40 veckor samt vid universiteten och de övriga högskolor som Kungl. Maj:t bestämmer 270 dagar.

Statsutskottet anförde (SU 1967:51), att enligt vad utskottet inhämtat hade det vid utarbetandet av propositionen bedömts att det föreslagna längre läsåret skulle kunna kombineras med värnpliktstjänstgöringen så, som den enligt nu gällande regler skall förläggas. Frågan om läsårets längd och dess samband med värnpliktstjänstgöringen hade behandlats i två olika motioner. Utskottet utgick emellertid från att universitetskanslersämbetet vid planeringen av undervisningen skulle beakta detta samband. Om så skedde och tillbörlig smidighet visades i tillämpningen torde vissa i motionerna befarade olägenheter inte behöva uppstå. Utskottet föreslog att riksdagen dels måtte besluta i enlighet med Kungl. Maj:ts förslag, dels med anledning av nämnda motioner i skrivelse till Kungl. Maj:t ge till känna vad utskottet anfört i denna fråga. Riksdagen beslöt i enlighet med vad statsutskottet förordat (rskr 143).

2.1.2.3. Överväganden och förslag

Som framgår av redogörelsen i föregående avsnitt ansåg både LS och LUK det vara angeläget, att undervisningen alltifrån de medicinska studiernas början kunde anordnas under längre tid än vad som inryms i ett läsår i universitetsstadgans mening. På grund av att värnpliktstjänstgöringarna är förlagda till de första studieårens sommarferier, har man emellertid inte funnit en förlängning av läsåret möjlig förrän fr.o.m. det fjärde året.

Enligt våra direktiv bör vi pröva förutsättningarna att begränsa tidsåtgången för den medicinska grundutbildningen. Vi har därför undersökt möjligheterna att utöka undervisningen under de första studieåren utan att dock därigenom hindra de studerande från att fullgöra föreskriven värnpliktstjänstgöring. Vi har funnit, att en förlängning av läsåret kan genomföras fr.o.m. det tredje studieåret (det propedeutiska året) under förutsättning att man ändrar den traditionella terminsindelningen. En dylik förändring synes vara förenlig med den nuvarande universitetsstadgans bestämmelser. I 92 § stadgas nämligen att, om så fordras för ett ändamålsenligt anordnande av undervisningen, må universitetskanslersämbetet eller, efter ämbetets bemyndigande, fakultet eller sektion besluta, att viss undervisning skall förläggas till ferietid.

Om höstterminens början under medicine licentiatstudierna förläggs till i slutet av augusti är sommarferierna mellan andra och tredje studieåret alltjämt disponibla för militärtjänstgöring[1]. Vad som främst talar för att läsåret under medicine licentiatstudierna skall omfatta tiden den 1 september — den 30 juni är emellertid inte värnpliktstjänstgöringarna utan sjukhusens normala sommarstängningar och den minskade patienttillströmningen under månaderna juli och augusti.

Vi vill i detta sammanhang erinra om att vid ett medicinskt lärosäte be-

[1] I kap. 4 kommer vi att behandla militärtjänstgöringarnas förläggning under såväl grund- som vidareutbildningen.

gränsas utbildningskapaciteten i första hand på den kliniska sidan, eftersom patienterna vid undervisningssjukhusen inte i alltför stor omfattning bör tas i anspråk för demonstrationer eller övrigt undervisningssyfte. På den teoretiska sidan är däremot undervisningskapaciteten enbart beroende av antalet laboratorieplatser och av lärarstabens storlek. Med hänsyn härtill är det enligt vår mening nödvändigt att utnyttja det vid undervisningssjukhusen tillgängliga kliniska patientmaterialet under så lång tid av året som möjligt. Detta understryks även av önskemålet att få en jämn arbetsbelastning vid sjukhusklinikerna i avseende på sjukvård, utbildning och forskning. Det har dock inte visat sig lämpligt att anordna året-runt-undervisning vid undervisningssjukhusen. Ett par sommarmånader bör om möjligt vara fria från undervisning. Under denna tid minskar vanligtvis sjukvårdsverksamheten och personalstaben reduceras på grund av semestrar. Vidare försöker man att då genomföra mera omfattande städnings- liksom mindre reparationsarbeten vid sjukhusen.

Vid terminsindelningen för de propedeutiska och kliniska delarna av läkarutbildningen bör nyss anförda synpunkter beaktas. Läkarutbildningen bör därför relativt likformigt belasta undervisningsklinikerna under tio månader av studieåret, nämligen från september t.o.m. juni. Månaderna juli och augusti bör däremot vara helt undervisningsfria.

Med hänsyn till vad ovan anförts föreslår vi ingen principiell ändring av läsårets omfattning för de två första studieåren. Vi förutsätter dock att, när den av riksdagen jämlikt förslag i prop. 1967:4 beslutade förlängningen av universitetens läsår genomförs, också terminslängderna under medicine kandidatstudierna kommer att omprövas. Vi återkommer till denna fråga i avsnittet om de två första studieåren.

Vi föreslår vidare att läsåret fr.o.m. tredje studieåret skall omfatta 40 veckor fördelade på två terminer om vardera 20 veckor (140 dagar). Höstterminen föreslås börja omkring den 25 augusti och sluta sista veckan i januari med avbrott för jul-, nyårs- och trettondagshelgerna. Vårterminen bör börja senast den första februari och pågå t.o.m. slutet av juni.

2.1.3. Undervisningens anordnande

Integration och samordning. — Undervisningsformer och kunskapskontroll. — Ledning och övervakning.

2.1.3.1. Nuvarande förhållanden

I universitetsstadgan anförs följande.

På konsistoriet ankommer att enligt därom av universitetskanslersämbetet utfärdade allmänna bestämmelser besluta om undervisningens anordnande och om dess fördelning över läsårets veckor, om fördelning av undervisning och examination mellan lärare i samma eller närbesläktade vetenskapsgrenar, om utbyte av olika undervisningsformer samt om ändring i fastställda undervisningstider (93 §).

Integration i och samordning av undervisningen. I utbildningsplanen för medicine licentiatexamen stadgas följande:

Inom ramen för kurserna i medicin och kirurgi skall meddelas särskild undervisning *dels* i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi, patologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, ortopedi, radioterapi med tumördiagnostik samt röntgendiagnostik, *dels* i den utsträckning så prövas erforderligt i andra ämnen, som anknyter till området för kurserna i fråga. Undervisning, som avses i detta moment, skall vara fastställd i studieplan (9 § 2 mom.).

Inom ramen för de i [10 §] 1 mom. angivna [särskilda] kurserna [under medicine licentiatexamens andra avdelning]

skall, i den utsträckning så prövas erforderligt, *dels* meddelas fortsatt undervisning i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi, patologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, radioterapi med tumördiagnostik samt röntgendiagnostik, *dels* meddelas undervisning i andra ämnen, som anknyter till området för kurserna i fråga. Undervisning, som avses i detta moment, skall vara fastställd i studieplan (10 § 3 mom.).

För medicine kandidatexamen och medicine licentiatexamens första avdelning (det propedeutiska året) finns inga liknande föreskrifter om integration i undervisningen mellan olika ämnen. I prop. 1954:212 förutsattes emellertid, att vederbörande universitetsmyndigheter skulle ägna samordningsfrågorna vederbörlig uppmärksamhet vid undervisningens planering och utformning.

Undervisningsformer och kunskapskontroll. Undervisningens omfattning och de olika former under vilken denna bedrivs, dvs. föreläsningar, demonstrationer, konferenser, seminarieövningar, ronder m.m., anges i studieplanerna för de olika ämnena. Tentamen och kursförhör kan efter examinators bestämmande ske muntligen eller skriftligen eller på båda sätten eller också genom annan efter studiefordringarna lämpad prövning (9 § andra stycket stadgan för medicinska examina). Tentamina i medicin och kirurgi samt tentamina och kursförhör i det s.k. fria kliniska stadiets ämnen skall i tillämpliga delar även innefatta kontroll av de studerandes kunskaper i de delar av annat ämne, i vilka undervisning jämlikt 9 § 2 mom. eller 10 § 3 mom. utbildningsplanen meddelats inom ramen för kurs i det ämne tentamen eller kursförhöret avser (12 § andra stycket utbildningsplanen). För medicinämnets del tillkommer dessutom kunskapskontroll i ftisiologi. Vidare förutsattes i prop. 1954:212, att de delar av patologin, som hörde samman med de kliniska specialämnena, skulle kunskapsmässigt kontrolleras i samband med tentamen i respektive ämne.

Ledning och övervakning av utbildningen. Fakultet skall svara för utbildningens organisation i enlighet med vad därom föreskrivs i examensstadgan samt i övrigt fullgöra de uppgifter, vilka enligt universitetsstadgan och andra av Kungl. Maj:t, universitetskanslersämbetet eller konsistoriet meddelade föreskrifter ankommer på fakulteten (31 § universitetsstadgan). Härutöver är följande bestämmelser i universitetsstadgan av intresse i detta sammanhang.

Utbildningsnämnden har till uppgift att såsom fakultetens eller sektionens särskilda organ för utbildningsfrågor ägna uppmärksamhet åt studieförhållandena, följa de studerandes studieresultat, samverka med vederbörande studiemedelsnämnd, bereda alla på fakultetens eller sektionens prövning ankommande ärenden rörande utbildningens innehåll och organisation samt hos fakulteten eller sektionen föreslå de åtgärder, som kunna vara påkallade eller eljest lämpliga (48 §).

Skall i utbildningsnämnden handläggas ärende, som omedelbart berör viss lärare eller visst ämne, skall läraren eller företrädare för vederbörande institution kallas att deltaga i nämndens överläggningar. I den mån universitetskanslersämbetet efter förslag av fakulteten eller sektionen så förordnar, må utbildningsnämnden uppdraga åt avdelning, som bildas inom nämnden, att i vissa ärenden eller grupper av ärenden besluta på nämndens vägnar (50 §).

Utbildningsnämnden äger, då så anses erforderligt, med sig adjungera ytterligare representanter för lärare, för assistenter, amanuenser och övningsassistenter samt för de studerande (49 § 3 mom.).

För forskningen och utbildningen inom visst ämnesområde anställda lärare och övriga befattningshavare utgöra en institution för ämnesområdet — — —. För handhavande av gemensamma angelägenheter må två eller flera institutioner bilda en institutionsgrupp (53 §).

Institution förvaltas under konsistoriets

tillsyn antingen av prefekt eller, om institutionen omfattar flera än en lärartjänst, av institutionskollegium och prefekt (55 § första stycket).

Institutionskollegiet åligger att såvitt angår institutionen behandla frågor om utbildningens innehåll och organisation, dispositionen av lokaler och materiel, fördelningen av arbetsuppgifter mellan tjänstemännen — — — (56 §).

Konsistoriet må förordna en av institutionens lärare att såsom studierektor under prefekten fullgöra uppgifter i fråga om utbildningen, vilka eljest ankomma på prefekten (61 §).

2.1.3.2. *Tidigare diskussion*

De synpunkter som LUK framförde i sitt betänkande om såväl integrationen i undervisningen som de former, i vilka den medicinska — särskilt den kliniska — undervisningen skulle bedrivas, är alltjämt aktuella. Då de dessutom är av grundläggande betydelse för våra överväganden och förslag, ger vi här ett utförligt referat av desamma.

Integration och samordning. Den medicinska vetenskapens snabba utveckling hade, anförde LUK, lett till en allt starkare specialisering av forskning och sjukvård. Processen, som tvingats fram av praktiska skäl, hade i hög grad bidragit till att intensifiera forskningen och rationalisera sjukvården. Emellertid hade specialiseringen också tenderat att skapa isolering och därför krävt ökad samverkan mellan företrädarna för de skilda områdena. LUK framhöll, att den medicinska undervisningen inte undgått att beröras av denna specialiseringsprocess. Efter hand som nya ämnen uppstått, hade det ansetts naturligt, att särskild undervisning bort ges i dem, men denna hade ofta fått formen av fristående kurser med särskilda lärare. Därigenom hade utbildningen i viss mån kommit att präglas av bristande integration med stegvis växande kursfordringar, vilka inte alltid stått i rimlig proportion till utbildningsmålet.

LUK höll före, att i fråga om undervisningen hade nackdelarna med specialiseringen inte kompenserats genom effektiva motåtgärder i lika hög utsträckning som i vad gällde sjukvård och forskning. Det förhållandet, att undervisningen inte gav en helhetsbild, medförde risk för att standarden hos de nyutexaminerade läkarna skulle sjunka. Enligt LUK:s mening var därför frågan om samordning av de stundom disparata elementen i den medicinska utbildningen ett av de viktigaste pedagogiska problemen. Att radikalt lägga om det rådande utbildningssystemet med dess i tidsföljd lagda ämnesblock var dock enligt LUK inte den rätta vägen. Vissa modifikationer ansåg emellertid LUK vara nödvändiga. LUK angav några huvudpunkter i ett program för ökad samordning mellan undervisningens olika moment och belyste vissa reformer, som dikterats av sådana krav.

Inom det prekliniska stadiet rekommenderade LUK en starkare samordning av undervisningen i anatomi och histologi (det morfologiska året) och av undervisningen i kemi och fysiologi (kemi- och fysiologiåret) inklusive medicinsk fysik och psykologi. En period med genomförd undervisningsintegration utgjorde i LUK:s plan övergångsåret mellan de prekliniska och kliniska studierna, det propedeutiska året. Samtidigt som den studerande fick sina grundläggande insikter i sjukdomsläran i vidsträckt bemärkelse (patologi och bakteriologi), introducerades denne i centrala kliniska frågeställningar genom översiktliga föreläsningsserier i huvudämnena medicin och kirurgi och genom en kortare kurs i det nya ämnet socialmedicin. Till den senare delen av detta år ville LUK även

förlägga det grundläggande studiet av farmakologin. Den studerande fick då även den första kontakten med patienter bl.a. genom en kurs i kliniska undersökningsmetoder, laborations- och demonstrationskurser i kemiska, fysiologiska och röntgenologiska undersökningsmetoder samt blev orienterad i elementära terapeutiska och sjukvårdstekniska åtgärder. Om det propedeutiska året skulle ge ett gott utbyte och sålunda för de studerande bilda en naturlig övergång från studiet av den normala till den sjuka människan, fordrades emellertid enligt LUK:s mening en intim samverkan och planläggning mellan de olika ämnesföreträdarna.

Det kliniska stadiet av utbildningen hade LUK i väsentliga stycken planlagt med tanke på vidgad integration. Under medicin- och kirurgiterminerna samordnades sålunda undervisningen i dessa båda huvudämnen med en fortsatt, mera avancerad undervisning i kliniskt tillämpade kemiska och fysiologiska undersökningsmetoder. Vidare föreslog LUK, att undervisningen i de teoretiska ämnena bakteriologi, farmakologi och patologi skulle fortsätta, fastän ämnesföreträdarnas examination skulle förläggas till slutet av det propedeutiska året. En betydelsefull form för integration mellan prekliniskt och kliniskt lärostoff skulle de av LUK föreslagna konferenserna komma att erbjuda (patologi-, terapikonferenser etc.). Även anatomer, histologer, kemister och fysiologer borde kunna delta i denna kliniska samundervisning.

LUK föreslog även anordningar, som skulle få till stånd en integration mellan kliniskt samhörande ämnen. Hit borde räknas förslagen om obligatorisk kombination av ämnen med intima relationer som av neurologi och psykiatri samt av pediatrik och socialmedicin (huvudkursen). En samundervisning av medicin och kirurgi samt anslutande kliniska ämnen föreslog LUK skulle bli organiserad genom de särskilda kliniska konferenserna under medicin- och kirurgiåret. De s.k. visitronderna utgjorde ett annat exempel på sådan samordning. LUK erinrade om att utvecklingen inom sjukvården lett till att t.ex. invärtesmedicinska sjukdomsfall vårdades på andra än de invärtesmedicinska klinikerna. Exempel härpå utgjorde de reumatiska sjukdomarna, lungtuberkulosen, akuta infektionssjukdomar och ålderssjukdomar av olika slag. I anslutning till den grundläggande tjänstgöringen i medicin föreslog LUK, att den studerande skulle delta i särskilda demonstrationsronder (visitronder) på respektive specialavdelningar eller vårdhem, varigenom undervisning på dessa vårdavdelningar kunde inpassas i lärostoffet i huvudämnet.

LUK anförde slutligen, att ett förverkligande av principen om största möjliga integration krävde en långt driven samverkan mellan de akademiska lärarna. Vid den detaljerade planläggningen av undervisningen inom fakulteter och undervisningsnämnder borde därför samordningen enligt LUK:s mening utgöra en gemensam riktpunkt.

Samtliga remissmyndigheter delade LUK:s uppfattning, att en samordning av undervisningen i medicinens olika delar var synnerligen önskvärd men hade på olika punkter divergerande uppfattningar om det sätt, på vilket denna samordning skulle realiseras. Medicinska fakulteten i Uppsala underströk bl.a. vikten av att alltför starkt bindande föreskrifter rörande samordningen av undervisningen inte utfärdades med hänsyn till den stora roll personliga och lokala förhållanden spelade härför.

Undervisningsformer och kunskapskontroll. De former, i vilka undervisningen bedrevs, hade varit föremål för särskild uppmärksamhet från LUK:s sida. Liksom dittills borde enligt LUK:s mening stor frihet råda på detta område, och LUK:s synpunkter avsåg främst att ge uppslag och tjäna till ledning vid utformningen av undervisningen.

De katedrala föreläsningarnas värde ansåg LUK väsentligen ligga däri, att de studerande genom dem fick bättre kontakt med ett ämne än genom enbart studium av läroböcker och kompendier. Särskilt i de kliniska ämnena var föreläsningen av stor betydelse, då det gällde att diskutera aktuella sjukdomsfall, demonstrera patienter etc. Om således de katedrala föreläsningarna enligt LUK:s mening alltjämt hade sin plats i den medicinska undervisningen, borde det dock i många ämnen ej komma ifråga att i föreläsningens form gå igenom hela det kunskapsstoff, som de studerande hade att inhämta, utan åtskilligt borde studeras i lämpliga läroböcker och/eller kompendier. De katedrala föreläsningarna borde enligt LUK:s uppfattning i lämplig omfattning få utbytas mot seminarier. Vid seminarieövningarna förutsattes även specialister inom ämnet eller från närliggande ämnesområden kunna närvara. Lärarna borde enligt LUK:s mening få rätt att i princip räkna ledandet av och deltagandet i en seminarieövning som fullgjord undervisningsskyldighet.

Beträffande den övriga undervisningen framhöll LUK värdet av polikliniska föreläsningar med demonstrationer, varvid poliklinikernas patientmaterial utnyttjades. Tyngdpunkten borde här förläggas till för den öppna vården centrala frågeställningar, varigenom en för undervisningen i dess helhet betydelsefull motvikt mot den slutna vårdens speciella problem kunde nås. Den kliniska ronden under lärarens ledning hade alltjämt enligt LUK:s åsikt sitt värde, om den skedde inför måttligt stora studentgrupper och gavs karaktär av verklig undervisningsrond. LUK framhöll, att även ronder på andra avdelningar, s.k. visitronder, kunde tjäna som komplettering till den praktiska undervisningen i de kliniska huvudämnena. Sådana ronder borde ledas av överläkarna på respektive specialkliniker eller deras medhjälpare.

En viktig undervisningsform utgjorde den kliniska konferensen, som gav tillfälle till samundervisning av olika specialister. LUK föreslog att sådana konferenser skulle regelbundet anordnas mellan lärarna i medicin och kirurgi. Även andra ämnen såsom pediatrik och psykiatri liksom ämnenas gränsområden borde enligt LUK med fördel kunna behandlas i denna undervisningsform. Det skulle enligt LUK:s mening vara värdefullt, om vissa av dessa kliniska konferenser fick en form, som i viss mån efterliknade de diskussioner om ett bestämt komplicerat sjukdomsfall, som i regel förekom mellan olika specialister, innan en definitiv diagnos ställdes. Vid en sådan framställning gav det talade ordet och meningsutbytet mellan olika sakkunniga för de studerande mera liv åt framställningen. Denna undervisningsform kunde även med fördel användas av patologer och kliniker vid de s.k. patologikonferenserna, där lärare från därvid berörda discipliner möttes för diskussion av sjukdomsfall eller obduktionsresultat.

LUK underströk vidare betydelsen av praktiskt arbete såsom laborationer, praktisk tjänstgöring på sjukavdelningar och polikliniker samt assistenttjänstgöring. Den medicinska undervisningen borde enligt LUK:s mening förnyas

också genom att tekniska hjälpmedel i högre grad togs i anspråk.

Slutligen fäste LUK uppmärksamheten på betydelsen av att undervisningen i varje enskilt ämne var anordnad på ett ändamålsenligt sätt, så att inte såsom stundom hänt stora delar av de studerandes tid gick förlorade på grund av att tiderna för föreläsningar och övningar inte var samordnade. Jämvikt borde i dagsprogrammet eftersträvas mellan praktisk och teoretisk undervisning. Rutingöromål borde begränsas till det ur undervisningssynpunkt nödvändiga. Nytillkommande undervisning för speciella delar av ämnena skulle enligt LUK:s åsikt inte adderas till den övriga undervisningen, utan en översyn skulle i sådant fall göras av hela undervisningen i ämnet, så att den sammanlagda undervisningen blev av oförändrad storlek. Detta borde kunna ske så mycket lättare som i flertalet fall de frågor, som i fortsättningen behandlades av specialisten, tidigare avhandlats av huvudläraren i ämnet. Ett strikt tillämpande av en sådan substitutionsprincip torde enligt LUK verksamt bidra till att hålla studietiden inom rimliga gränser.

Vid de undervisningsformer, där samundervisning bedrevs, var frågan om kunskapskontrollen särskilt betydelsefull. LUK diskuterade detta för de centrala ämnena medicin och kirurgi, där kunskapskontrollen föreslogs förlagd till slutet av studierna för medicine licentiatexamen. Härigenom täcktes också enligt LUK fordran på samordnade kunskaper, emedan enligt LUK:s förslag kunskapskontrollen av den studerandes insikter i ett flertal specialämnen skulle ingå i examinationen av medicin- och kirurgikunskaperna.

Departementschefen framhöll att LUK:s förslag och rekommendationer i dessa stycken visserligen inte var av den karaktär, att de krävde beslut från riksdagens sida. Han hade dock funnit dem så beaktansvärda att han velat redovisa dem i propositionen. Departementschefen tillade, att han förutsatte att vederbörande universitetsmyndigheter skulle ägna dem vederbörlig uppmärksamhet vid undervisningens planering och utformning.

Ledning och övervakning. LUK anförde att det inte rådde någon tvekan om, att en rationaliserad medicinsk undervisning krävde en relativt omfattande apparat i organisatoriskt och administrativt avseende. Det var enligt LUK en oundgänglig förutsättning för att dess utbildningsförslag skulle kunna realiseras, att tillräckliga resurser i olika avseenden skapades för det organisatoriska och administrativa arbetet. Den ökade samverkan mellan företrädare för olika ämnen, som i skilda sammanhang rekommenderats av LUK, ställde särskilda organisatoriska krav. Den centrala ledningen av undervisningen i dess helhet borde förstärkas. En ledamot av fakulteten borde enligt LUK bära ansvaret för den kontinuerliga överblicken över undervisningsfrågorna, och täta skiften på denna post måste undvikas. Tillräcklig sekreterarhjälp vid arbetet måste finnas och fortlöpande uppgifter om studiegången inhämtas. De studerandes erfarenheter borde också på lämpligt sätt komma planeringsarbetet tillgodo. Enligt LUK:s mening krävde undervisningen inom den medicinska fakulteten ett avsevärt större mått av organisationsarbete än inom övriga fakulteter.

Undervisningsnämnden borde enligt LUK fungera som permanent förberedande organ i alla undervisningsfrågor med huvudsakligen en rådgivande och förslagsställande uppgift. Dessutom borde emellertid fakulteten äga rätt att till

nämnden hänskjuta beslutanderätten i enklare, mera rutinmässiga undervisningsfrågor och i övrigt i sådana frågor, som fakulteten fann lämpligt. Nämnden borde vara beredande organ i fråga om studieplaner, föreskrifter för undervisningen vid institutioner och kliniker, fakultetens granskning av examensfordringar och för undervisningsplanen samt borde handha utgivandet av studiehandboken. Nämnden borde vidare hålla en kontinuerlig uppsikt över studiegången med ledning av den registrering som handhades av sekreteraren och borde särskilt ägna sin uppmärksamhet åt alla tendenser till stockningar och förlängning av studietiden.

Departementschefen underströk i prop. 1954:212, att den föreslagna studieordningen ställde särskilda krav på den centrala ledningen av undervisningen vid lärosätena, vilken han ansåg borde förstärkas i första hand genom en utökning av undervisningsnämndernas organisation och uppgifter.

1955 års universitetsutredning diskuterade i sitt betänkande Universitetens och högskolornas organisation och förvaltning (SOU 1963:9) utbildningens innehåll och organisation. Utbildningsuppgiften sades vara ett kollektivt åliggande för i första hand en fakultets, i andra hand en institutions samtliga lärare. Inom fakulteten skulle utbildningsnämnden vara beredningsorgan[1] i ärenden rörande utbildningens innehåll och organisation. Utredningen framhöll vikten av att utbildningsnämnden kontinuerligt insamlade sådant erfarenhetsmaterial, som erfordrades för nämndens eget liksom för fakultetens bedömande av uppkommande frågor rörande förändringar i utbildningens innehåll och organisation.

Beträffande institutionerna föreslog utredningen, att vid alla dylika som omfattade mera än en lärartjänst skulle finnas ett institutionskollegium med rådgivande och förslagsställande uppgifter. Obligatoriskt samråd borde enligt utredningens mening äga rum beträffande alla ärenden rörande nya eller ändrade studie- och organisationsplaner för den vid institutionen meddelade utbildningen. Härigenom öppnades enligt utredningen en möjlighet för institutionens samtliga lärare att tillsammans med assistentgruppens och studenternas representanter penetrera och diskutera alla frågor, som rörde utbildningens innehåll och organisation. Det var utredningens förhoppning, att härigenom skulle stimuleras inte blott en kontinuerlig bevakning av utbildningens resultat utan även en fortgående modernisering av undervisningsinnehållet och en aktiv försöksverksamhet i fråga om undervisningsmetodik och undervisningsorganisation.

Universitetsutredningen framhöll att de kliniskt medicinska ämnenas institutioner — undervisningsklinikerna — i fråga om organisation och arbetsvillkor skilde sig i vissa väsentliga hänseenden från övriga vetenskapliga ämnesinstitutioner. För närvarande är vid dessa som regel endast professorn i ämnet samt — när fråga är om kommunala undervisningssjukhus — de kliniska lärarna och de kliniska amanuenserna anställda som lärare vid universitetet. Av denna anledning saknas också vid de flesta universitetskliniker institutionskollegium och kliniken förvaltas i sin egenskap av universitetsinstitution endast av prefekten-professorn.

I betänkandet De statliga undervis-

[1] Utredningen föreslog för detta organ benämningen utbildningsnämnd såsom med hänsyn till arbetsuppgifterna mera adekvat än benämningen undervisningsnämnd.

ningssjukhusens organisation har 1963 års klinikutredning behandlat frågan om kliniken som institution. Vid varje klinik och annan självständig avdelning borde enligt utredningen finnas en nämnd, "kliniknämnd", med i stort sett den sammansättning och de uppgifter, som enligt universitetsstadgans bestämmelser tillkommer ett institutionskollegium. I nämnden borde, förutom klinikchefen, ingå samtliga lärare, till vilken kategori utredningen hänförde alla överläkare och biträdande överläkare, samt dessutom bl.a. representanter för underläkare och studerande. I betänkandet framlagda förslag har ännu ej föranlett något beslut från statsmakterna.

2.1.3.3. Överväganden och förslag

Enligt utbildningsplanen skall inom ramen för kurserna i medicin och kirurgi meddelas särskild undervisning i vissa angivna ämnen och i den utsträckning så prövas erforderligt i andra ämnen, som anknyter till området för kurserna i fråga. Under kurserna i kliniska specialämnen däremot skall samundervisning med andra ämnen endast ske i den utsträckning så prövas erforderligt. Beträffande kurserna under medicine kandidatstudierna och det propedeutiska året finns ingen motsvarande bestämmelse. Vi vill dock erinra om att LUK rekommenderade ökad integration mellan anatomi och histologi samt mellan kemi och fysiologi och att LUK dessutom ansåg att företrädare för de teoretiska disciplinerna skulle delta i den kliniska samundervisningen. I prop. 1954:212 förutsatte också departementschefen att vederbörande universitetsmyndigheter skulle ägna dessa rekommendationer vederbörlig uppmärksamhet vid undervisningens planering och utformning.

I avsikt att nå en ökad integration i undervisningen kommer vi att framlägga konkreta förslag för undervisningens planering och utformning under grundutbildningens olika stadier. För dessa förslag redogörs längre fram under respektive avsnitt. Samundervisning bör planeras såväl med hänsyn till de lämpligaste undervisningsformerna som till den slutliga kunskapskontrollen.

Samundervisning mellan olika ämnen kan ske antingen genom enbart schemamässig samordning av undervisningen i innehållsmässigt gemensamma eller angränsande ämnesavsnitt, varvid vederbörande ämneslärare undervisar i var sitt avsnitt, eller genom att två eller flera lärare gemensamt deltar i undervisningen, som då anordnas i form av konferenser, seminarier, demonstrationer eller visitronder. I fortsättningen kommer vi att kalla den förra formen av samundervisning för *samordnad undervisning* och den senare för *gemensamundervisning.*

En samordnad undervisning är särskilt lämplig då de aktuella ämnesavsnitten infaller under samma eller närliggande stadium. Här bör det vara tillräckligt om samordningssynpunkten beaktas vid schemaläggningen. Emellertid bör en integration av undervisningen mellan olika ämnen givetvis eftersträvas även när ämnena i fråga undervisas på olika stadier av utbildningen. Det bör bl.a. ankomma på utbildningsnämnden att i sådant syfte regelbundet anordna utbildningskonferenser inom fakulteten. Vi förutsätter att också de enskilda ämnesföreträdarna bemödar sig om att åstadkomma dylik integration.

Vid kunskapskontrollen i de olika ämnena bör man ta hänsyn till om samundervisning skett med något annat ämne. Som tidigare påpekats innefattar tentamina i medicin och kirurgi enligt

gällande bestämmelser i tillämpliga delar kontroll av de studerandes kunskaper i vissa andra särskilt angivna ämnen. Vi anser att en god effekt av integrerad undervisning endast kan uppnås, om man vid varje tentamen kontrollerar kunskaperna också i dylika under kursen samundervisade avsnitt av andra ämnen. Särskilt lämpligt torde det vara att åtminstone delvis kontrollera och värdera kunskaperna i de olika avsnitten genom skriftligt förhör eller liknande prov, där samtliga i samundervisningen deltagande lärare till tentator ger förslag till frågor och prov samt får del av förhörsresultaten.

Ledningen och övervakningen av den medicinska utbildningen är en mycket krävande uppgift för fakulteten och dess utbildningsnämnd. På grund av det stora antal ämnen, som ingår i utbildningen och den mängd lärare som är engagerade i undervisningen, är det svårt att genomföra den detaljerade planläggning av undervisningen, som är förutsättningen för en väl fungerande undervisningsintegration. Vi anser att utbildningsnämnden inte bör belastas med detaljplanering av utbildningens innehåll och organisation inom grundutbildningens olika stadier. Vi anser att man i stället bör skapa funktionsdugliga ledningS- och övervakningsorgan för de olika stadierna genom att i enlighet med bestämmelserna i 50 § universitetsstadgan bilda sådana "särskilda avdelningar inom utbildningsnämnden, vilka kan få besluta på nämndens vägnar i vissa ärenden eller grupper av ärenden".

Vi anser att det skulle vara värdefullt om tre sådana särskilda avdelningar bildades med uppgift att samordna undervisningen inom de olika stadierna av utbildningen, nämligen det prekliniska stadiet (de två första studieåren), det propedeutiska stadiet (det tredje studieåret) samt det kliniska stadiet (det fjärde och femte studieåret samt den därefter följande terminen, vilken enligt vårt förslag avslutar medicine licentiatstudierna).

Vi vill också erinra om de ytterligare möjligheter till ledning, övervakning och samordning av utbildningen på ett rationellt sätt som ges inom ramen för institutionskollegier och institutionsgruppskollegier. Sålunda är exempelvis institutionen för anatomi och histologi det naturliga organet för samordningen av undervisningen i dessa ämnen. Det torde emellertid knappast vara möjligt att enbart genom beslut och åtgärder inom institutioner och institutionsgrupper kunna åstadkomma en ändamålsenlig integration av alla under en och samma utbildningsperiod ingående undervisningsavsnitt, t.ex. inom det propedeutiska året. Sådan undervisningsintegration bör sålunda i vad avser det propedeutiska året handläggas av den ovan föreslagna avdelningen för det propedeutiska stadiet.

Beträffande ledningen och övervakningen av de olika utbildningsavsnitten föreslår vi följande.

Inom utbildningsnämnden bildas tre särskilda avdelningar för de olika medicinska utbildningsavsnitten, nämligen 1) avdelningen för det prekliniska stadiet, 2) avdelningen för det propedeutiska stadiet och 3) avdelningen för det kliniska stadiet.

Var och en av de tre avdelningarna skall bestå av en ordförande och ytterligare två till fyra ledamöter och bildas av till utbildningsnämnden hörande eller med nämnden adjungerade ledamöter. Skall i avdelningen handläggas ärenden, som berör viss lärare eller visst ämne, skall vederbörande lärare eller företrädare för vederbörande institution kallas att delta i avdelningens överläggningar. Sådan lärare må ej

utan anmält laga förfall utebli från sammanträde, vilket denne har möjlighet till enligt nu gällande universitetsstadga.

2.2. *Det prekliniska stadiet*

2.2.1. Nuvarande förhållanden

2.2.1.1. Utbildningsplanen

Det prekliniska stadiet, dvs. de två första studieåren, omfattar examensämnena anatomi, histologi, medicinsk kemi och fysiologi samt de särskilda läroämnena medicinsk statistik, medicinsk genetik, allmän kemi, medicinsk fysik och psykologi.

Kurserna i anatomi, histologi, medicinsk statistik och medicinsk genetik genomgår de studerande under första studieåret. Innan detta nöjaktigt skett, äger de inte tillträde till kurserna i allmän kemi, medicinsk kemi, medicinsk fysik, fysiologi eller psykologi. Kursen i allmän kemi skall genomgås före kursen i medicinsk kemi.

För att avlägga medicine kandidatexamen skall studerande nöjaktigt ha genomgått kurser i samtliga läroämnen och dessutom ha genomgått dels godkända tentamina i samtliga examensämnen, dels godkända kursförhör i samtliga särskilda läroämnen.

2.2.1.2. Det första studieårets ämnen

Anatomi. Kurs i anatomi pågår under två terminer. Kursen inleds med en kurs i allmän biologi respektive allmän anatomi. Under kursen följer de studerande 100 à 140 timmar föreläsningar, vartill kommer demonstrationer och dissektioner. Slutlig kunskapskontroll sker genom tentamen. Normalt bör studietiden inte överstiga ett studieår. Med studietid avses den tid, under vilken de studerande genomgår kurs samt förbereder sig för och genomgår kunskapsprov.

Histologi. Kurs i histologi pågår ca tre månader. Under kursen följer de studerande ca 100 föreläsningar. I anslutning till genomgången av ämnet anordnas preparatdemonstrationer under ca 10 timmar. Slutlig kunskapskontroll sker genom tentamen. Normalt bör studietiden inte överstiga fyra månader.

Medicinsk statistik. Kurs i medicinsk statistik är förlagd till första studieterminen och pågår tre till åtta veckor. Kursen omfattar 15 föreläsningar. Kunskapskontroll sker inom kursens ram.

Medicinsk genetik. Kurs i medicinsk genetik anordnas under andra studieterminen och omfattar 10 timmar föreläsningar. Studietiden överstiger normalt inte en månad. Kunskapskontroll sker inom kursens ram.

2.2.1.3. Det andra studieårets ämnen

Allmän kemi. Kurs i allmän kemi anordnas under tredje studieterminen. Under kursen följer de studerande ca 60 timmar föreläsningar, vartill kommer laborationer. Kunskapskontroll sker i form av kursförhör. Studietiden överstiger normalt inte två månader.

Medicinsk kemi. Kurs i medicinsk kemi anordnas under tredje studieterminen och pågår två till tre månader. Vid vissa lärosäten fortsätter höstterminens kurs under början av påföljande vårtermin. Under kursen följer de studerande 55 à 70 timmar föreläsningar, vartill kommer laborationer. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen. Normalt bör studietiden inte överstiga två och en halv månader.

Fysiologi. Kurs i fysiologi anordnas under fjärde studieterminen och pågår under tre och en halv till fyra månader. Under kursen följer de studerande ca 125 timmar föreläsningar, vartill kommer laborationer. Slutlig kunskaps-

kontroll sker i form av tentamen, som bör kunna avläggas vid slutet av fjärde studieterminen.

Medicinsk fysik. Kurs i medicinsk fysik anordnas under fjärde studieterminen och omfattar ca en månad. Under kursen skall de studerande följa ca 20 timmar föreläsningar, vartill kommer laborationer. Slutlig kunskapskontroll sker i form av kursförhör, som genomgås i slutet av kursen. Normalt bör studietiden inte överstiga en månad.

Psykologi. Kurs i psykologi anordnas under fjärde studieterminen och omfattar 20 timmar föreläsningar. Slutlig kunskapskontroll sker i form av kursförhör, som avslutar kursen.

2.2.2. Tidigare diskussion

2.2.2.1. Utbildningsplanen

LUK framhöll att grundutbildningens teoretiska, prekliniska del hade betydelse dels som det vetenskapliga fundamentet för den följande kliniska undervisningen, dels som illustration av den vetenskapliga metoden. Denna rent teoretiska undervisning borde inleda utbildningen, och dess omfattning kunde enligt LUK:s mening inte minskas jämfört med dåvarande studiegång. Härom ansågs råda allmän enighet.

Några andra allmänna synpunkter på den teoretiska grundutbildningen framkom inte vid remissbehandlingen.

Sedan 1955 års studieordning infördes har den principiella synen på den rent teoretiska undervisningens plats i grundutbildningen inte förändrats. Däremot har delade meningar rått beträffande omfattningen av de olika ämnena och den inbördes ordningen mellan dem, särskilt de morfologiska ämnena sinsemellan samt mellan dessa ämnen och ämnena kemi och fysiologi.

2.2.2.2. Det första studieårets ämnen

De uttalanden och förslag som framlades av LUK rörande utbildningen i de första studieårens ämnen godtogs av statsmakterna. Därefter har förslag om förändring av utbildningen under dessa år framförts endast beträffande ämnet medicinsk statistik. I det följande redovisar vi LUK:s synpunkter på det första årets ämnen samt innehållet i det nämnda förslaget om ändring av undervisningen i medicinsk statistik.

De morfologiska ämnena anatomi och histologi. LUK påpekade att anatomiundervisningens omfattning successivt hade reducerats, särskilt genom minskade krav på deskriptiv detaljkunskap. LUK ansåg denna utveckling ha varit av godo och underströk önskvärdheten av en fortsatt kritisk prövning i syfte att i anatomiundervisningen hålla kvar blott vad som var av vetenskapligt värde för förståendet av grundlinjerna för organismens byggnad och funktion eller var av betydelse från klinisk synpunkt. LUK framhöll särskilt det värdefulla i den fortgående ökningen av sådana delar inom anatomiundervisningen som röntgenanatomi, funktionell anatomi, ytanatomi, klinisk anatomi och topografisk anatomi. Kontakt mellan teori och praktik borde enligt LUK främjas genom att lärare från klinikerna, t.ex. röntgenologer och kirurger, föreläste i samband med anatomiundervisningen samt att lärarna i anatomi på motsvarande sätt föreläste under lämpliga kliniska kurser.

LUK föreslog att den särskilda kursen i jämförande anatomi skulle avskaffas. I stället borde enligt LUK anatomistudierna inledas med en allmänbiologisk orientering om organismens och de viktigaste organsystemens byggnads- och funktionsprinciper. I samband därmed borde lämnas en översikt av den anatomiska nomenklaturen. Un-

dervisningen borde ingå i den obligatoriska undervisningen i ämnet anatomi och ges av någon av lärarna i ämnet.

Undervisningen i anatomi och histologi borde vidare enligt LUK korreleras och integreras så långt som möjligt. Uppläggningen av undervisningen i de båda ämnena borde ske vid konferenser mellan samtliga lärare, varvid en konkret plan för undervisningen under varje termin borde utformas. En betydande frihet borde ges åt lärarna i anatomi och histologi att allt efter intresse och vetenskaplig inriktning på en hand samla undervisningen i särskilda delar av ämnena. LUK ansåg, att åtskillig dubbelundervisning härigenom skulle kunna elimineras och konstgjorda gränser mellan de två ämnena röjas undan.

Histologiundervisningens koordination med anatomin borde enligt LUK genomföras så långt som möjligt och all dubbelundervisning undvikas, varvid en möjlighet ansågs vara att lärare i antingen anatomi eller histologi meddelade både anatomi- och histologiundervisningen i fråga om ämne eller organsystem, som särskilt intresserade honom eller där han besatt speciell erfarenhet.

Vissa delar av anatomin borde lämpligen ges i form av kurser. Dessa kurser kunde såsom redan skedde omfatta t.ex. allmän biologi, rörelseapparaten, de viscerala organen, nervsystemet, sinnesorganen etc. En reglering av antal och benämning på sådana kurser eller av omfattningen av varje kurs fann LUK inte lämplig, utan det borde ankomma på lärarna på varje institution att fördela den totala undervisningstiden på ett lämpligt antal delämnen.

Medicinsk statistik. LUK fann det nödvändigt att införa en obligatorisk elementär kurs i statistik i den nya studieplanen. Till denna undervisning borde anknytas föreläsningar även om det vetenskapliga arbetets allmänna metodik. Undervisningen borde belysas med enkla exempel från teoretisk och klinisk medicin, så valda, att de inte krävde särskilda medicinska förkunskaper för att förstås. Till belysning av det vetenskapliga arbetets metodik borde i samband med demonstration av ett vetenskapligt bibliotek omtalas, hur man orienterar sig i den medicinska litteraturen. Vidare borde med exempel belysas, hur ett vetenskapligt problem formuleras, hur insamling av kliniskt material planeras och experimentserier anordnas. Materialets bearbetning skulle skildras i anslutning till statistikundervisningen och resultatens framläggande i tabeller, grafiska figurer och bilder beröras.

LUK ansåg att kursen i statistik borde komma så tidigt i studierna, att den kunde utgöra en förutsättning för undervisningen i de flesta ämnen. LUK föreslog därför att kursen skulle ges redan under den första terminen.

Karolinska institutets medicinska fakultet framhöll i skrivelse till universitetskanslersämbetet den 19 juli 1966 att från såväl student- som lärarhåll kritik riktats mot att ämnet medicinsk statistik erhållit sin placering på ett så tidigt stadium i utbildningsgången. Man hänvisade till de synpunkter på kursen i medicinsk statistik, som i en på utbildningsnämndens uppdrag utarbetad skrivelse framlagts av kursgivaren vid institutet, docenten B. Lindström. I denna påpekades att den nuvarande placeringen av kursen i början av första studieterminen i flera avseenden var olämplig. Nyblivna medicine studerande hade svårt att inse ämnets betydelse under läkarutbildningen. Dessutom måste man enligt docent

Lindström i undervisningen välja synnerligen elementära medicinska exempel, eftersom kursdeltagarna saknade all medicinsk bakgrund. En placering av kursen i medicinsk statistik till i början av fjärde studieterminen ansåg han av flera skäl vara avsevärt lämpligare. De studerande hade då under tre terminers studier fått en viss medicinsk bakgrund och kunde därmed förväntas ha större förståelse för ämnet. Genom att integrera en del av statistikundervisningen med vissa laborationer i medicinsk fysik och fysiologi kunde man vidare införa meningsfyllda praktiska tillämpningar av medicinsk statistik på medicinska problemställningar.

Med överlämnande av docent Lindströms skrivelse anhöll fakulteten, att universitetskanslersämbetet måtte medge, att kurs i medicinsk statistik måtte försöksvis få förläggas till andra studieåret av undervisningen för medicine kandidatexamen. Universitetskanslersämbetet har sedermera remitterat ärendet till oss för yttrande, och vi har beaktat framställningen i våra förslag.

Medicinsk genetik. LUK föreslog, att en obligatorisk elementär kurs i genetik skulle införas i den allmänna läkarutbildningen. Den borde inledas med en kort genomgång av de för humangenetiken viktigaste delarna av experimentalgenetiken. Därefter borde ges en översikt av de viktigaste ärftlighetsschemata, som belyste väsentliga kliniska frågeställningar inom t.ex. internmedicin, psykiatri, oftalmiatrik och dermatologi. Vid de relativt talrika sjukdomar, där de enkla mendelska lagarna inte var tillämpliga, skulle den empiriska arvsprognosen genomgås. Betydelsen av exogena faktorer som simulerar ärftlighet borde betonas. Kursen i genetik borde vidare ge en grund för en senare, mera detaljerad undervisning om ärftlighetsfaktorernas betydelse vid olika sjukdomstillstånd, vilket skulle avhandlas i sitt naturliga sammanhang under de olika kliniska kurserna.

LUK föreslog att kursen i genetik skulle förläggas till den teoretiska utbildningsperioden före medicine kandidatexamen. LUK erinrade om att under kursen i histologi ingick undervisning jämväl i cytogenetik. Enligt LUK:s mening var det då lämpligt att lägga kursen i genetik under den andra studieterminen i anslutning till kursen i histologi. LUK ansåg att denna korta översikt inte i någon avsevärd grad borde komma att störa det samtidiga anatomi- och histologistudiet. Kursen i genetik borde enligt LUK:s mening lämpligen ges av en läkare, som arbetat med humangenetiska undersökningar, varigenom den praktiskt medicinska anknytningen av undervisningen bättre kunde beaktas.

2.2.2.3. *Det andra studieårets ämnen*

Frånsett det i föregående avsnitt redovisade förslaget om förläggning av kursen i medicinsk statistik till det andra studieåret har inte framförts några konkreta förslag om förändring av utbildningen under detta år. Vissa påpekanden har gjorts beträffande utbildningen i fysiologi. Dessa redovisas i samband med behandlingen av detta ämne. I det följande refererar vi i övrigt endast LUK:s synpunkter på undervisningen av detta års ämnen.

Kemi. LUK ansåg att kursen i allmän kemi utgjorde en nödvändig utbyggnad av de studerandes grundläggande kemiska insikter, utan vilka den kommande medicinsk-kemiska och klinisk-kemiska undervisningen inte kunde tillgodogöras. I fråga om undervisningen i medicinsk fysik framhävde LUK på annat ställe, att delar av undervisningen i medicinsk fysik lämp-

ligen borde anknytas till undervisningen i allmän och medicinsk kemi. LUK föreslog därför, att gränsområdena till den medicinska fysiken — avseende den fysikaliska kemin — ytterligare skulle beaktas vid undervisningen i allmän kemi.

Kurs i allmän kemi borde enligt LUK vara förlagd till början av tredje studieterminen och kunna slutföras på två månader. Den föreslogs bli avslutad med kursförhör.

LUK föreslog vidare, att undervisningen i medicinsk kemi skulle meddelas under en tid av två månader. LUK ansåg det böra ankomma på ämneslärarna vid varje 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. Undervisningen i medicinsk kemi borde, därest särskilda anordningar för samordning med fysiologiundervisningen inte vidtagits, vara avslutad under tredje studieterminen. Medicinsk kemi skulle vara tentamensämne.

Den medicinska kemin uppvisade enligt LUK många beröringspunkter med fysiologin. LUK underströk därför vikten av att ämneslärarna tillvaratog alla möjligheter för en samordning och integration av de båda ämnena, varigenom dubbelundervisning i möjligaste mån skulle undvikas.

Fysiologi. Med hänsyn till fysiologins stora betydelse för läkarutbildningen ansåg LUK, att ämnet borde tillförsäkras en studietid av fyra månader, dvs. en lika lång studietid som kemin. En samordning med undervisningen i medicinsk kemi föreföll LUK principiellt önskvärd. Det borde enligt LUK ankomma på ämnesrepresentanterna att avgöra, om det var lämpligt att utsträcka delar av undervisningen i de bägge ämnena över längre perioder av det andra studieåret genom utbyte av tid eller genom samordning av undervisningen i de två ämnena. Vidare borde vid varje lärosäte ämnesrepresentanterna i fysiologi 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 kemin utsträcktes över kursen i medicinsk kemi, föreföll dock LUK synnerligen tvivelaktigt. Undervisningen skulle enligt LUK vara avslutad vid fjärde studieterminens slut.

Samtliga professorer i fysiologi har i en till universitetskanslersämbetet i februari 1966 inkommen skrivelse begärt, att vid en ämneskonferens få diskutera följande frågor, nämligen rekrytering och utbildning av amanuenser och assistenter m.m., införandet av teknisk personal för undervisningen samt utbildningen av medicine studerande med särskild hänsyn till svårigheten att ge en tillfredsställande kurs under den kortare höstterminen. I skrivelsen påpekades att kurserna i medicinsk fysik, psykologi och fysiologi inföll under samma termin och att det på grund härav förelåg svårigheter att på ett tillfredsställande sätt meddela undervisningen i fysiologi under den kortare höstterminen. Skrivelsen har överlämnats till oss för yttrande, och vi har den 12 augusti 1966 hos universitetskanslersämbetet tillstyrkt att en ämneskonferens kommer till stånd.

Medicinsk fysik. LUK anförde att den lämpligaste placeringen av undervisningen i medicinsk fysik i studieordningen varit föremål för en viss diskussion. Särskilt medicinsk kemi och fysiologi hade anknytning till denna undervisning. För kemins del hade 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 hade framträtt för den åsikten, att kursen i medicinsk fysik borde vara helt fristående. Vid LUK:s överläggningar med de medicinska lärarna hade dock de flesta varit av den meningen, att en väsentlig del av undervisningen i medicinsk fysik borde ske under kursen i fysiologi, som erbjöd talrika anknytningar till den medicinska fysiken.

LUK hade för sin del kommit till den uppfattningen, att full klarhet om den lämpligaste framtida organisationen av undervisning och forskning i medicinsk fysik inte kunde vinnas utan en avsevärd tids erfarenhet av sådan verksamhet under icke definitiva former.

Den del av den medicinska fysiken, som var av betydelse för den medicinska kemin, anslöt sig enligt LUK mycket nära till den allmänna kemin och den däri ingående fysikaliska kemin. Denna del föreslogs därför ingå i kursen i allmän kemi samt närmast anförtros åt läraren i detta ämne. Inom fysiologin förelåg däremot enligt LUK:s mening ett relativt större behov av undervisning i medicinsk fysik. LUK ansåg emellertid, att detta behov kunde tillgodoses på ett sådant sätt, att de medicinska lärosätena vid en framtida definitiv omorganisation av forskning och undervisning i medicinsk fysik inte blev bundna vare sig personellt eller ur lokalsynpunkt. LUK föreslog sålunda, att en särskild lärare i medicinsk fysik tills vidare knöts till fysiologiska institutionen vid varje lärosäte.

Beträffande undervisningen i den speciella medicinska fysik, som var av betydelse för radiologin föreslog LUK, att viss undervisning i biologiska strålningseffekter, strålningsrisker och strålskydd skulle meddelas av radiofysiker i samband med både den propedeutiska röntgenkursen och undervisningen i radioterapi under kirurgikursen.

Psykologi. LUK anförde att de studerande redan på det prekliniska stadiet borde undervisas om personlighetens byggnad och utveckling och om psykiska faktorers betydelse vid hälsa och sjukdom. En obligatorisk kurs i allmänpsykologi borde därför enligt LUK anordnas under det andra studieåret, där den väl anslöt sig till fysiologikursen med dess undervisning i neurofysiologi, sinnesfysiologi etc.

Undervisningen skulle visserligen i första hand beröra den allmänna psykologin, men den borde enligt LUK läggas upp med tanke på att de studerande i framtiden skulle bli läkare. Den borde därför få karaktären av en medicinskt inriktad psykologi. Undervisningen borde meddelas av en akademisk lärare i psykiatri eller av en medicinskt skolad psykolog. Kursen föreslogs bli avslutad med förhör.

2.2.3. Överväganden och förslag

Vid våra överväganden har vi utgått från att de studerande alltjämt kommer att ha i princip samma förkunskaper som följer av nu gällande inträdesfordringar.

Målet för den prekliniska utbildningen bör enligt vår uppfattning fortfarande vara det som LUK angav, nämligen att ge de studerande sådana grundläggande teoretiska kunskaper som erfordras för den kliniska utbildningen och att träna dem i vetenskapligt tänkande. Härför torde alltjämt krävas minst två studieår. Det bör nämnas att i intet annat land en kortare studietid torde vara anslagen för motsvarande prekliniska utbildning. I Danmark, Finland och Norge omfattar

denna utbildning sålunda två och ett halvt år.

Enligt våra direktiv har vi att beakta de utbildningsvinster, som kan göras genom en förflyttning av vissa moment inom studieordningen eller genom en omfördelning av utrymmet i grundutbildningen för olika ämnen, bl.a. mot bakgrund av den utveckling, som skett på medicinens område under senare tid. För det prekliniska stadiets del innebär utredningsuppdraget enligt vår uppfattning, att vi skall överväga, om en omfördelning av utbildningsmomenten kan ske mellan detta stadium och antingen den fortsatta grundutbildningen, dvs. de propedeutiska och kliniska stadierna, eller den därpå följande vidareutbildningen, som omfattar bl.a. specialist- och forskarutbildning. Däremot anser vi inte att vi — för den händelse här nämnda omfördelning av utbildningsmoment inte synes möjlig — enligt direktiven har att uppgöra förslag till ny utbildningsplan för det prekliniska stadiet.

Under våra diskussioner med både representanter för de medicinska fakulteterna och ledamöter i 1963 års forskarutredning har det framhållits, att frånsett vissa delar av anatomin är all teoretisk undervisning som f.n. ingår i det prekliniska stadiet av grundläggande betydelse för varje blivande läkare. Intet av undervisningens innehåll har ansetts kunna flyttas fram till vare sig specialist- eller forskarutbildningen. Vissa speciella delar av anatomin ansågs däremot kunna framflyttas till vidareutbildningen för bl.a. blivande kirurger. Till denna fråga återkommer vi i det följande.

Vi önskar betona de teoretiska studiernas fundamentala betydelse för alla blivande läkare. Vi anser att den vetenskapliga utvecklingen på särskilt de biokemiska och molekylärbiologiska områdena motiverar en snabb utökning av dessa avsnitt i den teoretiska utbildningen. Enligt vår mening bör en sådan utökning dock inte medföra en förlängning av de prekliniska studierna.

Vad gäller en eventuell omfördelning av ämnesavsnitt mellan å ena sidan det prekliniska stadiet och å andra sidan de propedeutiska och kliniska stadierna har diskussionen vid de tidigare nämnda överläggningarna framför allt gällt vissa delar av utbildningen i mikrobiologi och anatomi. Man har hävdat, att utvecklingen inom molekylärbiologin motiverar att vissa basala avsnitt av mikrobiologin bör genomgås i samband med undervisningen i allmän biologi under den första terminen, varvid undervisningen bör ges en mera cellbiologisk inriktning och sammanföras med den medicinska genetiken till en kurs i allmän biologi. Vi ansluter oss till denna uppfattning och finner det motiverat att ge de studerande viss utbildning i mikrobiologi under det prekliniska stadiet, exempelvis genom att lärare i mikrobiologi meddelar några timmar undervisning under en kurs i allmän biologi.

De i skrivelsen till universitetskanslersämbetet från professorerna i fysiologi (2.2.2.3.) påpekade svårigheterna att på ett tillfredsställande sätt anordna kurs i fysiologi under den kortare höstterminen betonades också av ämnesföreträdarna vid våra överläggningar med fakulteterna. Med anledning härav vill vi erinra om att vi i avsnittet 2.1.2.3. om läsårets omfattning och terminernas förläggning har förutsatt, att terminernas längd under medicine kandidatstudierna kommer att omprövas i samband med genomförandet av den av statsmakterna beslutade förlängningen av universitetens läsår. Enligt vårt förslag till terminsindelning under medicine licentiatstudierna skall det

propedeutiska året börja antingen omkring den 25 augusti eller senast den 1 februari. Detta innebär att höstterminens fysiologikurs kan pågå under en längre tidrymd än för närvarande, dvs. även under januari månad.

Vi har tidigare omnämnt ett förslag att flytta kursen i medicinsk statistik från första till fjärde studieterminen. Med hänsyn till vad ämnesrepresentanterna i fysiologi framhållit om svårigheterna att särskilt under den kortare höstterminen ge inte bara kurs i fysiologi utan även i medicinsk fysik och psykologi vill vi ifrågasätta lämpligheten av att ytterligare öka undervisningen under den fjärde studieterminen. Vi kommer längre fram i detta avsnitt att föreslå, att utbildningsplanen för det prekliniska stadiet blir föremål för särskild prövning, varvid bl.a. bör beaktas möjligheten att ge kursen i medicinsk statistik en annan placering än den nu har.

Under våra överläggningar med representanter för de medicinska fakulteterna diskuterades som tidigare nämnts en eventuell framflyttning av lämpliga delar av anatomiämnet förutom till specialistutbildningen för bl.a. blivande kirurger även till det kliniska stadiet. Enligt vår åsikt är emellertid tidsramen för de kliniska studierna så snäv, att några nya avsnitt av anatomin inte kan inläras under detta stadium. Däremot synes det både möjligt och lämpligt att i form av repetitorier anordna viss samundervisning med anatomi under de kliniska kurserna. Vi vill erinra om att det i prop. 1954:212 förutsattes att representanter för de teoretiska ämnena, bl.a. lärare i anatomi, skulle kunna delta i den kliniska konferensundervisningen.

Här bör också nämnas, att vid våra överläggningar med medicinska fakulteten vid Uppsala universitet ansåg representanter för ämnet medicinsk genetik, att undervisning i detta ämne borde meddelas även på det kliniska stadiet, vilket dock inte skulle medföra någon minskning av undervisningen under det prekliniska stadiet. Vi vill i anledning härav erinra om att LUK förutsatte, att den mera detaljerade undervisningen om ärftlighetsfaktorernas betydelse vid olika sjukdomstillstånd skulle avhandlas i sitt naturliga sammanhang under de olika kliniska kurserna. I prop. 1954:212 nämns inte lärarna i medicinsk genetik bland de företrädare för teoretiska ämnen, som förutsattes kunna delta vid en integrerad undervisning med både prekliniskt och kliniskt lärostoff. Vi anser dock att även lärarna i medicinsk genetik bör kunna medverka i viss samundervisning med olika kliniska ämnen.

Vi har också övervägt de eventuella utbildningsvinster som kan göras genom en förflyttning eller omfördelning av vissa moment inte bara mellan de olika stadierna i grundutbildningen utan också inom själva det prekliniska stadiet. Vi vill här påminna om att i prop. 1954:212 förutsattes att den föreslagna studieplanen inte skulle utesluta förändringar inom sin ram samt att en integration i undervisningen skulle eftersträvas inte enbart mellan anatomi och histologi respektive kemi och fysiologi utan också mellan de morfologiska ämnena å ena sidan och ämnena kemi och fysiologi å andra sidan. Vi vill vidare peka på de ökade möjligheter till samordning av undervisningen, som följer av vårt tidigare framlagda förslag om att utbildningsnämnden inom sig skall bilda en särskild avdelning för det prekliniska stadiet med uppgift att handlägga undervisningsfrågor under detta utbildningsskede (2.1. 3.3.).

Vi har i det föregående konstaterat,

att två studieår synes vara ett minimum för den prekliniska utbildningen och att ingen omfördelning av väsentliga utbildningsmoment kan ske mellan å ena sidan det prekliniska stadiet och å andra sidan de senare stadierna i grund- respektive vidareutbildningen. Det finns alltså enligt vår mening inte några sådana förutsättningar att inom det prekliniska stadiet begränsa tidsåtgången för utbildningen fram till avläggandet av medicine licentiatexamen, som efterlyses i våra utredningsdirektiv. Trots att frågorna rörande utbildningsplanen för det prekliniska stadiet i övrigt faller utanför ramen för vårt utredningsuppdrag, synes de oss vara så betydelsefulla, att de bör bli föremål för särskild prövning. Det är därför enligt vår mening lämpligt, att fakulteterna i sina remissyttranden över detta betänkande särskilt diskuterar det prekliniska stadiet och framlägger synpunkter beträffande de förändringar av utbildningsplanen som i detta hänseende kan vara aktuella. Härvid bör hänsyn tas till att några väsentliga delar av den nuvarande prekliniska utbildningen inte kan framflyttas till senare stadier. Vidare bör beaktas vad vi anfört om dels omfattningen av utbildningen i anatomi under detta stadium, dels förläggningen av kurserna i medicinsk genetik och medicinsk statistik och dels om en förändrad och utbyggd kurs i allmän biologi, innefattande cellbiologi och molekylär biologi. På basis av fakulteternas förslag borde det sedan vara möjligt för universitetskanslersämbetet att — eventuellt med bistånd av en särskilt tillkallad arbetsgrupp — utarbeta förslag till ny utbildningsplan för det prekliniska stadiet.

Vi föreslår sålunda endast, att man tills vidare och i avvaktan på särskild utredning om ny utbildningsplan för det prekliniska stadiet utökar undervisningen i allmän biologi med 2 à 4 undervisningstimmar i mikrobiologi givna av lärare i detta ämne samt att 10 undervisningstimmar beräknas för medverkan av lärare i medicinsk genetik i samundervisning med olika kliniska ämnen.

2.3. Det propedeutiska stadiet

2.3.1. Nuvarande förhållanden

Första avdelningen av medicine licentiatexamen, det propedeutiska året, omfattar a) kurser i examensämnena bakteriologi, farmakologi och patologi, b) kurs i kliniska undersökningsmetoder och klinisk laborationskurs samt c) översiktskurser i medicin och kirurgi, förberedande kurser i socialmedicin och röntgendiagnostik jämte demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi.

Innan den studerande dels genomgått samtliga nyssnämnda kurser, dels genomgått godkända tentamina i bakteriologi och farmakologi samt godkänd deltentamen i patologi och dels genomgått godkända kursförhör efter kursen i kliniska undersökningsmetoder och den kliniska laborationskursen, får denne inte vinna tillträde till andra avdelningen av medicine licentiatexamen. Då särskilda skäl föreligger, kan fakultet emellertid medge studerande tillträde till andra avdelningen, utan hinder av att denne genomgått godkänd tentamen i endast det ena av examensämnena bakteriologi och farmakologi.

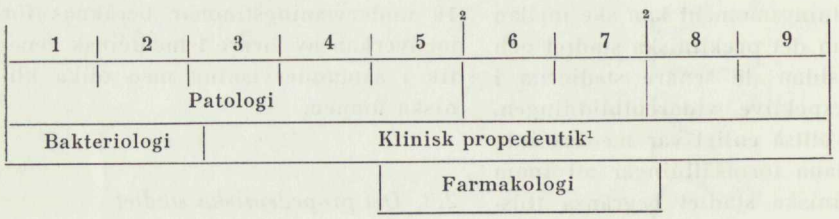
Följande schematiska uppställning visar studieordningen vid de skilda lärosätena under läsåret 1966/67.

2.3.2. Tidigare diskussion

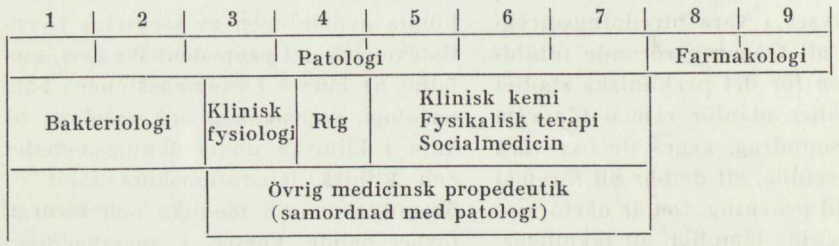
Enligt *LUK* var det viktigt att man vid organisationen av den allmänna läkar-

Det propedeutiska årets studieordning vid de medicinska fakulteterna läsåret 1966/67.

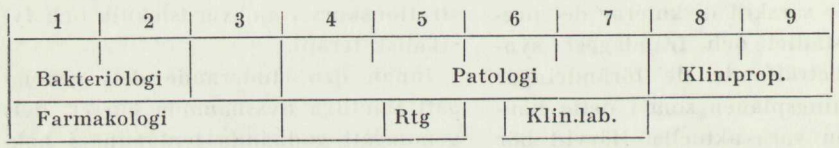
Uppsala



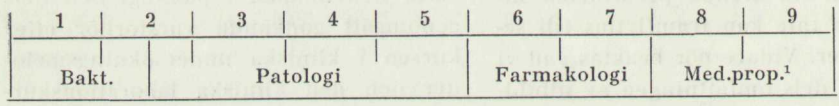
Lund



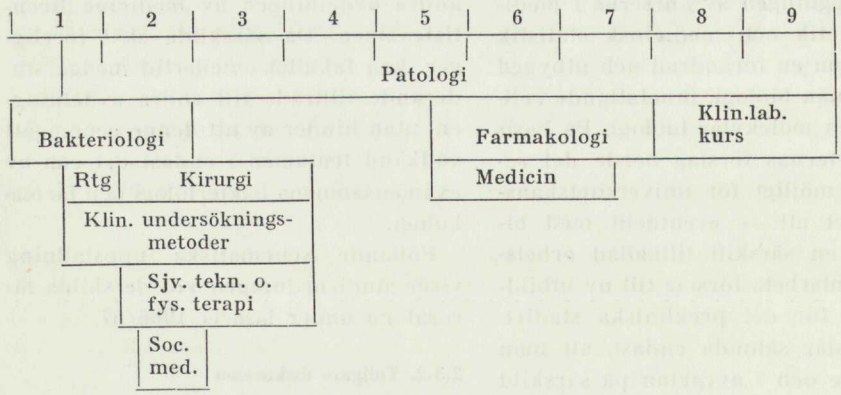
Göteborg



Stockholm



Umeå



[1] Översiktskurser i medicin och kirurgi, demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi, förberedande kurser i röntgendiagnostik och socialmedicin samt kurs i kliniska undersökningsmetoder.

[2] Patologi undervisas alternativt fem eller sju månader.

utbildningen nådde en samordning och en integration av teoretiska och kliniska ämnen. I LUK:s plan utgjorde övergångsåret mellan de prekliniska och kliniska studierna, det propedeutiska året, en period med genomförd sådan undervisningsintegration. Samtidigt som den studerande under detta år skulle få sina grundläggande insikter i sjukdomsläran i vidsträckt bemärkelse (patologi och bakteriologi), skulle denne introduceras i centrala kliniska frågeställningar genom översiktliga föreläsningsserier i huvudämnena medicin och kirurgi och genom en kortare kurs i det nya ämnet socialmedicin. Till den senare delen av detta år förlade LUK även de grundläggande studierna i farmakologi. Den studerande skulle också under nämnda skede få den första kontakten med kliniskt arbete genom bl.a. en kurs i kliniska undersökningsmetoder, laborations- och demonstrationskurser i kemiska, fysiologiska och röntgenologiska undersökningsmetoder samt orienteringskurser i elementära terapeutiska och sjukvårdstekniska åtgärder. Om det propedeutiska året skulle ge ett gott utbyte och sålunda bilda en naturlig övergång från studiet av den normala till den sjuka människan, fordrades emellertid enligt LUK en intim samverkan och planläggning av undervisningen mellan de olika ämnesföreträdarna. LUK:s uppläggning av det propedeutiska året syftade sålunda till att nå en bättre integration mellan ämnena genom att bryta den tidigare dominerande "blockprincipen", då varje ämne betraktades som en avgränsad enhet utan samband med andra ämnen.

Beträffande undervisningen i patologi, bakteriologi och farmakologi anförde LUK bl.a., att undervisningen i dessa ämnen måste planeras så, att de studerande fick möjlighet att slutföra sina studier inom det propedeutiska året. De tre ämnena borde placeras så, att inläsningstiderna var skilda från varandra. I princip borde det fordras av den studerande, att denne fullgjort tentamen i dessa tre ämnen, innan denne vann tillträde till den medicinkurs, som anordnades efter det propedeutiska året. Detta kunde dock tänkas medföra väntetider för vissa studerande på grund av sjukdom eller andra liknande skäl. För att den studerande vid sådana särskilda förhållanden inte skulle behöva uppskjuta sina fortsatta studier en hel termin, borde enligt LUK dispens i dylika fall kunna ges för en av de tre tentamina.

Översiktskurserna i medicin och kirurgi skulle fortgå under en stor del av det propedeutiska året. Undervisningen borde enligt LUK anpassas efter elevernas kunskapsnivå och framför allt behandla enkla, grundläggande sjukdomstillstånd. Talrika demonstrationer av fall borde ingå. Genom översiktskurserna förväntades de studerandes förståelse för den övriga undervisningen under det propedeutiska året öka, samtidigt som de förbereddes för kurserna i medicin och kirurgi. Undervisningen borde i möjligaste mån koordineras med patologiundervisningen. Kurserna borde ges av särskilda lärare med god överblick över ämnenas olika områden. Särskilt förhör skulle inte anordnas.

I prop. 1954:212 anslöt sig *departementschefen* i huvudsak till LUK:s uttalanden och förslag beträffande omfattningen och förläggningen av de enskilda kurserna under det propedeutiska året. Han fann dock i anslutning till ett av vissa remissinstanser framfört ändringsförslag, att sluttentamen i patologi skulle förläggas efter huvudkurserna i medicin och kirurgi, dvs. tidigast till slutet av fjärde studieåret. Efter patologikursens slut borde dock ett delförhör i patologi hållas.

AIS-kommittén redovisade i sitt betänkande diskussioner, som senare förts rörande såväl undervisningens omfattning under det propedeutiska året som samordningen mellan de därvid berörda olika kurserna inbördes och mellan denna undervisning och den undervisning, som meddelas i medicine licentiatstudiernas andra avdelning. Det propedeutiska året borde enligt kommittén lämpligen inledas med undervisning i bakteriologi och patologi. Bakteriologiundervisningen borde avslutas inom två månader, så att tentamen i detta ämne kunde avläggas vid mitten av den första terminen. AIS-kommittén ansåg vissa skäl tala för en koncentration av patologiundervisningen till den första terminen av det propedeutiska året. Kommittén erinrade om att en sådan anordning redan hade genomförts vid vissa lärosäten. Det var emellertid, ansåg kommittén vidare, uppenbart, att lokala förhållanden kunde inverka på möjligheten att koncentrera denna undervisning och göra det nödvändigt med en utsträckning över längre tid. I fråga om farmakologiundervisningen erinrade kommittén om att denna vid de flesta lärosäten hade koncentrerats till senare delen av det propedeutiska årets andra termin. En sen förläggning av farmakologikursen hade emellertid medfört, att vissa svårigheter uppstått för de studerande att i tid avlägga tentamen i farmakologi, särskilt i de fall, då den efterföljande medicinkursen tog sin början en vårtermin. Av detta skäl föreslogs, att farmakologiundervisningen placerades tidigare under det propedeutiska året och senast till början av dess andra termin.

AIS-kommittén anförde vidare bl.a., att starka önskemål hade framförts om att kursen i kliniska undersökningsmetoder, översiktskurserna i medicin och kirurgi, demonstrationskursen i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi samt den förberedande kursen i röntgendiagnostik förlades till en så sen tidpunkt under det propedeutiska året som möjligt, för att en nära tidsmässig anknytning till medicinkursen skulle uppnås. De studerande behövde ha de kunskaper och färdigheter, som de förvärvade under denna undervisning, aktuella vid början av medicinterminen, för att denna inte skulle behöva belastas med förnyad genomgång av skilda kursmoment. Ifrågavarande kurser föreslogs bli sammanförda till en sammanhållen klinisk introduktionskurs, kallad kurs i medicinsk propedeutik, vilken borde koncentreras till den andra terminen av det propedeutiska året och, där så var möjligt, till denna termins senare del. Även den kliniska laborationskursen och den förberedande kursen i psykiatri och socialmedicin ansågs böra förläggas till senare delen av det propedeutiska årets andra termin.

AIS-kommittén fann det emellertid inte lämpligt att föreslå en enhetlig kursföljd för samtliga lärosäten utan ansåg, att det propedeutiska året måste anordnas med hänsyn till de lokala förhållandena. Det syntes därvid angeläget, att uppläggningen blev sådan, att tentamina i bakteriologi och farmakologi samt deltentamen i patologi kom att infalla vid skilda tidpunkter och att undervisningen i de mera kliniskt inriktade kurserna förlades så sent som möjligt under året.

I våra överväganden kommer vi att mera detaljerat redogöra för vissa delar av AIS-kommitténs förslag.

Remissinstanserna hade i huvudsak intet att erinra mot AIS-kommitténs synpunkter och förslag beträffande det propedeutiska året.

Medicinska fakulteten i Uppsala föreslog emellertid i sitt remissyttrande,

under hänvisning till ett bifogat yttrande av professorn G. Hultquist, att 20 timmar av obduktionsundervisningen skulle flyttas från det propedeutiska året till medicin- och kirurgiåret och få formen av konferenser. Hultquist kritiserade i nämnda yttrande AIS-kommitténs uppfattning, att vissa skäl talade för en koncentration av patologiundervisningen till den första terminen av det propedeutiska året, samtidigt som den medicinska propedeutiken ansågs böra koncentreras till senare delen av det propedeutiska årets andra termin. Hultquist anförde härom följande.

Detta måste ju innebära att någon integrering av betydelse i fråga om undervisningen mellan patologi och klinik ej längre blir möjlig och begränsar alltså ovannämnda möjlighet till individuell variation i utformningen av det propedeutiska året. Enligt min åsikt är denna undervisningsintegration absolut nödvändig. Likaväl som de morfologiska fynden vid en obduktion ej får sin riktiga betydelse förrän de ställas i relation till patientens sjukdomsbild, likaväl är morfologin av avgörande betydelse för kliniken för belysning av de kliniska frågeställningarna angående diagnos och terapiresultat. Detta har alltid för både kliniker och patologer varit självklart och har hittills tillgodosetts vid undervisningen av medicine kandidater. Vid den tidigare undervisningsformen hölls obduktionsdemonstrationer 3 gånger per vecka för de studerande under medicintjänstgöringen. Det systemet var mycket ändamålsenligt, eftersom de studerande då fick se obduktioner på fall vilkas sjukdomsbild de under tjänstgöringen på medicinska kliniken blivit väl förtrogna med. Denna typ av obduktionsundervisning motsvarade för studenterna den naturliga och vedertagna kontakten mellan klinik och patologi både på undervisningssjukhus och på sjukhus över huvud taget där patolog finnes.

Samhörigheten mellan undervisning i patologi och kliniska ämnen måste enligt professor Hultquist vara en ledande princip vid uppläggningen av det propedeutiska året. Han framhöll vidare bl.a. följande.

Integrationen av undervisningen i patologi och klinik bör under alla förhållanden gälla obduktionsundervisningen. För de katedrala föreläsningarna kan skälen däremot ej sägas vara lika tvingande. Det tillgängliga föreläsningsantalet på 100 timmar måste till något mer än hälften disponeras för föreläsningar i allmän patologi där de teoretiska grunderna för patologin behandlas. Detta sker nu under den första terminen av det propedeutiska året. Återstoden av föreläsningsantalet är ej tillräckligt för en systematisk genomgång av den speciella patologin. Genomgången av denna måste i stället repliera på obduktionsdemonstrationerna där den patologiska anatomin och de kliniska sambanden behandlas. Föreläsningar blir lämpliga som stödundervisning till obduktionsdemonstrationerna med komplettering på det teoretiskt patogenetiska planet. När hinder finnas för integrering av såväl katedral som praktisk undervisning i patologi med klinik är det möjligt att nöja sig med den praktiska undervisningen. För obduktionsdemonstrationerna gäller vidare att undervisningen under den första tiden av propedeutiska året måste syssla med basala morfologiska frågor och inlärning av sådana elementära förändringar som cirkulationsrubbningar, inflammation, infektion och tumörer. Detta måste ske på ett stadium, då ännu ingen klinisk undervisning kan komma till stånd, vilket givetvis ej behöver hindra att lärarna söka lägga kliniska aspekter på den patologiska anatomin. Förutsättningarna att mera intimt sammanställa morfologiska förändringar med kliniska symtom och patofysiologiska skeenden börjar bli förhanden sedan de studerande påbörjat de kliniska översiktskurserna samt kurser i klinisk kemi och klinisk fysiologi. Under den senare delen av det propedeutiska året är sålunda förutsättningarna bäst för integration av patologi och klinikundervisning.

Medicinska fakulteten i Lund framhöll bl.a., att ämnesföreträdare för patologi hade påpekat de fördelar en samordning mellan undervisningen i patologi och klinisk propedeutik[1] kunde erbjuda, särskilt som det på grund av bristande tillgång på obduktionsma-

1 = medicinsk propedeutik.

terial inte var möjligt att fullgöra patologiundervisningen i sin helhet under första terminen utan en väsentlig reduktion av kunskapsstoffet.

Medicinska fakulteten i Göteborg erinrade om att man där hade fått universitetskanslersämbetets tillstånd att inleda det propedeutiska året med ämnena bakteriologi och farmakologi följda av ämnet patologi. En av anledningarna till denna uppläggning var, att deltentamen i patologi då kom en avsevärd tid före början av det kliniska kursblocket. Eventuella eftersläntrare hade då god tid på sig att tentera före kursen i klinisk propedeutik.[1]

2.3.3. Överväganden och förslag

2.3.3.1. Det propedeutiska stadiets uppläggning

Enligt våra direktiv bör vi pröva förutsättningarna att begränsa tidsåtgången för den medicinska grundutbildningen. Det synes oss inte möjligt att förkorta den totala tidsåtgången för grundutbildningen i överensstämmelse med direktiven utan en väsentlig omläggning av studieordningen under det propedeutiska året.

Vi har tidigare föreslagit, att undervisningen under det tredje studieåret, dvs. det propedeutiska stadiet, meddelas under tio månader fördelade på två lika långa terminer (2.1.2.3.). Detta överensstämmer med gällande ordning under det kliniska stadiet.

I avsnitten 2.3.3.2. — 2.3.3.7. kommer vi att i detalj redogöra för och motivera våra förslag till förändringar beträffande det propedeutiska stadiet. Dessa är i huvudsak följande.

Sluttentamen i patologi avläggs under senare delen av det propedeutiska året, så att de därpå följande åren kan ägnas helt åt studier i kliniska ämnen. Tidpunkterna för tentamina i ämnena medicinsk mikrobiologi (bakteriologi), farmakologi och patologi bör fördelas så likformigt som möjligt över året och tid för tentamensläsning beräknas vid uppläggningen av studierna. Ämnet farmakologi föreslås förlagt till femte studieterminen, dvs. första terminen under det propedeutiska året.

Översiktskurserna i medicin och kirurgi, kursen i kliniska undersökningsmetoder, de förberedande kurserna i socialmedicin och röntgendiagnostik samt demonstrationskursen i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi föreslås sammanförda till en kurs, benämnd kurs i klinisk propedeutik och med en lärare i klinisk propedeutik som kursledare. I denna kurs föreslås även ingå förberedande undervisning i psykiatri jämte utvecklingspsykologi m.m.

Klinisk kemi och klinisk fysiologi föreslås vara självständiga ämnen med pedagogisk anknytning dels till patologin (patokemi respektive patofysiologi), dels till kursen i klinisk propedeutik (klinisk laboratoriediagnostik).

Avsikten med våra nyssnämnda förslag är att bl.a. ytterligare understryka det propedeutiska årets karaktär av en introduktion till de kliniska studierna.

2.3.3.2. Samordning av undervisningen i de olika ämnena

Vid behandlingen av integrationen av undervisningen, har vi behandlat skilda samordningsfrågor (2.1.3.3.). Vi vill här särskilt framhålla vikten av en planmässig samordning av den i det propedeutiska stadiet ingående utbildningen. Förutsättningen för en dylik samordning är, såsom vi i nämnda tidigare avsnitt även föreslagit, att man inom utbildningsnämnden skapar en särskild avdelning för detta stadium. Vi kommer i det följande att föreslå, att denna ställs under ledning av någon av

[1] = medicinsk propedeutik.

Exempel på schema över det propedeutiska året

Ämne	1 mån		2 mån		3 mån		4 mån		5 mån		6 mån		7 mån		8 mån		9 mån		10 mån	
	1 2	3 4	5 6	7 8	9 10	11 12	13 14	15 16	17 18	19 20	21 22	23 24	25 26	27 28	29 30	31 32	33 34	35 36	37 38	39 40
Farmakologi																				
Föreläsn. 65					12	13	12	13	11	4 T										
Lab. 35					3	7	8	8	9											
Med. mikrobiologi																				
Föreläsn. 58(2)	20	15(1)	15(1)	8 T																
Lab. 30	5	10	10	5																
Patologi																				
Föreläsn. 105(20)	7	7(1)	7(2)		9(2)	9(2)	9(2)	9(2)	9(2)		7(2)	7(1)	6(1)	7(1)	6(1)	6(1)	T			
Obd. dem. 70	3	4	4		4	4	4	4	4		7	6	7	6	7	6				
Klin. kemi																				
Föreläsn. 22(10)					2(1)		2(2)	2(1)			2(1)	6(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)				
Lab. 30											2	12	4	4	4	4				
Klin. fysiologi																				
Föreläsn. 22(10)								2(2)	4(2)		8(2)	2(1)	2(1)		2(1)	2(1)				
Lab. 10											6	4								
Klin. prop.[1]																				
Föreläsn. +dem. 167(18)		1	1(1)		2(2)	2(2)	2(2)	2(2)	2(2)		8(2)	5(1)	8(1)	8(1)	9(1)	2(1)		39	38	38
Ämnesavsnitt[2]	A B		C D		D		E		F		G		H		I		K	L M N		

Samundervisning är planerad i samtliga ämnen utom farmakologi. Nederst i tabellen anges förslag till tidsföljd för genomgång av olika ämnesavsnitt. Siffrorna inom parentes anger antalet timmar för gemensamundervisning (konferenser m.m.) mellan å ena sidan patologi och å andra sidan klinisk fysiologi, klinisk kemi, klinisk propedeutik och medicinsk mikrobiologi. Observeras bör att gemensamundervisningen vid en och samma konferens kan avse flera ämnen.

[1] *Klinisk propedeutik* består av följande ämnen. Medicin och kirurgi 52 timmar, radiologi 15 timmar, kliniska undersökningsmetoder 50 timmar, sjukvårdsteknik 15 timmar, fysikalisk terapi och rörelseterapi 5 timmar, socialmedicin 10 timmar samt psykiatri jämte utvecklingspsykologi m.m. 20 timmar.

[2] *Ämnesavsnitt:* A = cellbiologi, B = molekylär patologi, C = infektion och inflammation, D = tumörpatologi, E = metaboliska rubbningar, F = vätske-elektrolyt- och cirkulationsrubbningar, G = hjärt- och kärlsjukdomar, H = respirationsorgan, I = blod- och blodbildande organ, K = digestionsorgan, L = njurar, M = manliga genitalia, N = endokrina organ.

T = tentamen.

det propedeutiska stadiets lärare, varvid i första hand ledaren för kursen i klinisk propedeutik bör komma i fråga.

Schemat på s. 73 visar hur vi tänkt oss uppläggningen av det propedeutiska året. Givetvis måste ändringar göras på grund av lokala förhållanden. Vi anser dock att undervisningen i princip bör vara anordnad på detta sätt. Vi räknar med att vid varje lärosäte skall ett förslag till kursschema göras upp av avdelningen för det propedeutiska stadiet inom utbildningsnämnden. Detta skall senare godkännas av vederbörande fakultet och fastställas av universitetskanslersämbetet.

Vi vill kommentera det uppgjorda schemat på följande sätt.

Under det propedeutiska årets första termin är en samundervisning i mikrobiologi och patologi naturlig och ändamålsenlig. I första hand bör en tidsmässig samordning eftersträvas, särskilt i fråga om infektionssjukdomar. Även viss gemensamundervisning i form av konferenser och seminarier är lämplig, t.ex. över temata som infektionsbegreppet, sepsis, pyelonefrit m.m. Tiden för gemensamundervisningen bör lämpligen omfatta ca 2 timmar. Samundervisningen mellan mikrobiologi och patologi kan med fördel förläggas till de fyra sista veckorna av den tid, då mikrobiologi och patologi undervisas parallellt. Gemensamundervisning i mikrobiologi och patologi bör även kunna anordnas senare, eventuellt i samverkan med andra ämnen som medicin, kirurgi och pediatrik.

Under båda terminerna bör eftersträvas en samundervisning mellan patologi å ena sidan och klinisk kemi, klinisk fysiologi och klinisk propedeutik å andra sidan. Under första terminen undervisas huvudsakligen i allmän patologi, varav vissa avsnitt väl lämpar sig för gemensamundervisning i form av konferenser eller seminarieövningar. Förslagsvis kan denna för den kliniska kemins och den kliniska fysiologins del beröra rubbningar i metabolism, vätske- och elektrolytbalans samt cirkulations- och respirationsrubbningar. Beträffande vissa delar av den allmänna patologin kan samundervisning med klinisk propedeutik (samordnad eller gemensam) vara fördelaktig. Vid sådan samundervisning kan demonstrationer av patienter med typiska symtom vara av stort värde. För den nu nämnda samundervisningen mellan å ena sidan allmän patologi och å andra sidan patologisk kemi, patologisk fysiologi och klinisk propedeutik kan rekommenderas en tid av ca 10 timmar av patologiundervisningens föreläsningstid.

Det är väsentligt, att undervisningen i patologisk anatomi (speciell patologi), som huvudsakligen är förlagd till andra terminen, får en starkt klinisk inriktning. Därav följer att samundervisning av patologi och klinisk propedeutik är i hög grad eftersträvansvärd. En integration av undervisningen bör ske både genom samordnad och gemensam undervisning. Huvudavsnitten av den speciella patologin på detta stadium omfattar hjärt- och cirkulationsrubbningar, respirationsorganens och digestionsorganens sjukdomar, njursjukdomar och sjukdomar i manliga genitalia, blod- och blodbildande organs sjukdomar och endokrina rubbningar. Möjligheterna att samordna dessa huvudavsnitt med undervisningen i klinisk propedeutik torde vara stora, om lämpliga delar av den senare kursen förläggs till de tre månader, då patologiundervisningen bedrivs (eventuellt kan sista delen av första terminen disponeras för t.ex. hjärt- och cirkulationsrubbningar). Gemensamundervisning med konferenser och seminarier bör även kunna anordnas, varvid vä-

sentliga och vanliga sjukdomstillstånd som hypertoni, arterioskleros, diabetes mellitus, levercirrhos, ulcus ventriculi, olika former av cancer, kroniska lungsjukdomar och pyelonefrit kan behandlas. I gemensamundervisningen om hjärt-, kärl- och lungsjukdomar bör lärare i klinisk fysiologi med fördel kunna delta för att belysa patofysiologiska aspekter på dessa sjukdomstillstånd. Tiden för denna samundervisning mellan å ena sidan patologisk anatomi och å andra sidan klinisk propedeutik, klinisk fysiologi och klinisk kemi kan lämpligen omfatta ca 18 timmar av patologiundervisningens föreläsningstid.

2.3.3.3. Medicinsk mikrobiologi (= bakteriologi)

Kursen i allmän bakteriologi skall enligt nuvarande studieplaner infalla under femte studieterminen och omfatta ca 50 timmar föreläsningar och ca 30 timmar laborationer. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen, som bör avläggas vid slutet av kursen. Normalt bör studietiden inte överstiga två månader. Undervisning i ämnet meddelas även efter det propedeutiska året i form av föreläsningar och konferenser i klinisk bakteriologi i anslutning till vissa kliniska kurser. Denna undervisning är dock inte förenad med någon särskild kunskapsprövning.

Vid de medicinska fakulteterna i Göteborg, Lund och Uppsala svarar numera institutionen för medicinsk mikrobiologi för undervisningen i ämnet bakteriologi. Vid den medicinska fakulteten i Umeå är undervisningen i ämnet mikrobiologi förlagd till en institution för mikrobiologi och vid karolinska institutet i Stockholm är undervisningen i ämnet bakteriologi förlagd till den bakteriologiska institutionen, som ingår i en institutionsgrupp för medicinsk mikrobiologi. I överensstämmelse med den nomenklatur, som används beträffande de till ämnesområdet hörande institutionerna och institutionsgrupperna, föreslår vi att benämningen på examensämnet bakteriologi ändras till medicinsk mikrobiologi.

Vid våra överläggningar med de medicinska fakulteterna har från vissa ämnesföreträdare framhållits, att kursen i medicinsk mikrobiologi även i fortsättningen bör förläggas till början av det propedeutiska året. Flera ämnesföreträdare har funnit det olämpligt att kombinera ämnet med farmakologi. Om parallellundervisning med något ämne bör äga rum, har patologi ansetts vara det ämne som bäst skulle lämpa sig härför. Vi anser för vår del, att det propedeutiska året bör innehålla viss gemensamundervisning i mikrobiologi och patologi.

Samtliga ämnesföreträdare har önskat en utvidgning av mikrobiologins omfattning. Mot bakgrund av ämnets snabba expansion och dess tilltagande betydelse finner vi en sådan utvidgning i och för sig vara välmotiverad.

LUK förutsatte att fakulteterna skulle ägna frågan om virologiundervisningen en fortlöpande uppmärksamhet och därvid framlägga sådana förslag, som utvecklingen kunde motivera. Denna undervisning hade då ännu inte nått en sådan omfattning, att den kunde anses kräva särskilda lärare.

AIS-kommittén erinrade om att från samtliga lärosäten hade förslag framförts om en viss ökning av undervisningstiden i bakteriologi, främst med hänsyn till behovet av en vidgad undervisning i virologi. Kommittén hänvisade till att ordinarie lärartjänster i virologi inrättats vid två av de medicinska lärosätena, nämligen vid karolinska institutet fr.o.m. den 1 juli 1948

och vid universitetet i Uppsala fr.o.m. den 1 juli 1959. Beslut hade vidare fattats om inrättande fr.o.m. budgetåret 1967/68 av en professur i virologi vid universitetet i Lund. AIS-kommittén föreslog att kursen i allmän bakteriologi skulle utökas med 8 timmar. Detta förslag tillstyrktes av fakulteterna vid remissbehandlingen.

Vi vill i detta sammanhang erinra om att vi tidigare föreslagit, att i samband med kursen i allmän biologi under det första studieåret skall ges 2 à 4 timmar undervisning i mikrobiologi.

Vi har ovan föreslagit att ämnet bakteriologi får benämningen medicinsk mikrobiologi. Vi föreslår härutöver i likhet med AIS-kommittén, att kursen i detta ämne utökas med 8 timmar avsedda för undervisning i virologi. Vi föreslår också att inom ramen för denna undervisning ca 2 timmar anslås till konferenser i anknytning till undervisningen i patologi och klinisk propedeutik. Vi föreslår slutligen att en studietid av åtta veckor anslås för ämnet medicinsk mikrobiologi. Tentamen bör avläggas vid slutet av kursen och inom angiven tidsram.

2.3.3.4. Farmakologi

Kursen i farmakologi skall enligt nuvarande studieplaner infalla under sjätte studieterminen. Vid den medicinska fakulteten i Göteborg meddelas dock utbildning i ämnet under den femte terminen jämlikt universitetskanslersämbetets beslut den 8 december 1965. Kursen omfattar ca 65 föreläsningar och ca 35 timmar laborationsövningar. Slutlig kunskapskontroll sker genom tentamen vid kursens slut. Normalt bör studietiden inte överstiga två månader. Undervisning i farmakologi meddelas även efter tentamen i ämnet i form av kliniska terapikonferenser (klinisk farmakologi) men utan ytterligare kunskapsprövning.

Farmakologiundervisningens förläggning till sjätte terminens senare del motiverades av LUK med att denna borde ske i tidsmässig anslutning till den inledande undervisningen i medicin och kirurgi. Översiktskurserna i dessa ämnen fortgick under det propedeutiska året, och LUK föreslog att farmakologiundervisningen förlades till detta års avslutande period. På så sätt skulle de studerande, efter att ha fått en viss orientering om de stora sjukdomsgrupperna, kunna bättre värdesätta farmakologiundervisningen och ha möjlighet att förstå dess syften.

Vi vill framhålla att farmakologiundervisningen under det propedeutiska året är övervägande teoretisk. Den mera kliniskt betonade delen av undervisningen är till största delen förlagd senare under studierna i anslutning till de kliniska terapikonferenserna. Enligt vår mening bör hinder inte möta för de studerande att tillgodogöra sig den övervägande teoretiska farmakologiundervisningen redan under det propedeutiska årets första termin.

Vid sin behandling av ämnet farmakologi framhöll AIS-kommittén, att det från vissa lärosäten hade framförts önskemål om en utökning av antalet undervisningstimmar under kursen i farmakologi. Vid dessa lärosäten syntes enligt kommittén undervisningen i ämnet f.n. överstiga avsett antal undervisningstimmar. På grund av svårigheterna att finna kompetenta lärare i klinisk farmakologi torde vid vissa lärosäten delar av det lärostoff, som borde ingå i den kliniska farmakologin, ha behandlats under kursen i farmakologi.

Med hänsyn till en då inom kanslersämbetet pågående utredning av frågor rörande klinisk farmakologi ansåg sig AIS-kommittén inte böra tillstyrka för-

slaget om en utökning av antalet undervisningstimmar under kursen i farmakologi.

Den nyssnämnda utredningen av frågor rörande klinisk farmakologi avgav den 26 april 1966 ett betänkande, i vilket man redovisade ett aktionsprogram innebärande en successiv förstärkning av resurserna för den kliniska farmakologin. Betänkandet överlämnades den 31 oktober 1966 av universitetskanslersämbetet till Kungl. Maj:t med eget yttrande. Ämbetsverket föreslog bl.a. att med innehav av lärartjänst i klinisk farmakologi i dåvarande lönegrad Ae 27 vid karolinska institutet fr.o.m. budgetåret 1967/68 skulle förenas uppdrag som klinisk farmakolog vid karolinska sjukhuset eller serafimerlasarettet; att för samma budgetår medel skulle beräknas för inrättande av en tjänst som forskarassistent vid karolinska institutet avsedd för klinisk farmakologi; att vid övriga medicinska fakulteter nuvarande lärartjänster i klinisk farmakologi på motsvarande sätt senare skulle inordnas i sjukvårdsorganisationen och tjänster som forskarassistent inrättas i den takt, som bl.a. de lokala förhållandena vid undervisningssjukhusen möjliggjorde; samt att på längre sikt fristående organisationer för utbildning, forskning och sjukvård i klinisk farmakologi skulle tillskapas under ledning av professorer i den takt, som bl.a. de lokala förhållandena på respektive undervisningssjukhus samt rekryteringsläget inom landet möjliggjorde. Enligt förslag i årets statsverksproposition (bil. 7 s. 93 f.) har 1967 års riksdag beslutat, att med innehav av den befintliga tjänsten som lärare i klinisk farmakologi vid karolinska institutet förenas uppdrag som konsult vid karolinska sjukhuset.

Vi vill här erinra om att i prop. 1954: 212 förutsattes att under kursen i medicin skulle ges 20 timmar undervisning i speciell farmakoterapi och att även under andra kliniska kurser ett fåtal eller enstaka terapikonferenser skulle anordnas. Enligt vår mening finns således redan nu möjlighet att under hela det kliniska stadiet fortsätta den kliniska farmakologiundervisningen. Den bör utformas och planeras inom utbildningsnämndens avdelning för det kliniska stadiet.

Vi föreslår inte någon förändring i omfattningen av farmakologikursen. Vårt förslag beträffande ämnet farmakologi innebär sålunda, att kursen med oförändrat timantal förläggs till den femte studieterminen och att den omfattar tolv veckor. Tentamen avläggs vid slutet av kursen inom angiven tidsram.

2.3.3.5. Patologi

Kursen i patologi skall enligt nuvarande studieplaner infalla under femte och sjätte studieterminerna. Kursen uppdelas i följande delkurser, nämligen dels allmän patologi under de första månaderna av det propedeutiska året, dels patologisk anatomi (speciell patologi) under återstoden av det propedeutiska året och i samband med patologikonferenser under medicin- och kirurgikurserna under det fjärde studieåret. Kursen omfattar ca 100 timmar föreläsningar och seminarieövningar. Vidare ingår ca 100 timmar obduktionsövningar, under vilka de studerande bevistar obduktionsdemonstrationer och deltar i obduktionsarbete. Samundervisning i medicin, kirurgi och patologi under fjärde studieåret meddelas under ca 20 patologikonferenser.

Deltentamen i allmän patologi anordnas i slutet av det propedeutiska årets första termin. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen tidigast vid slutet av fjärde studieåret.

LUK ansåg att patologin inte skulle undervisas som ett helt fristående ämne utan som ett kliniskt inriktat sådant. Undervisningen i ämnet borde i görligaste mån samordnas och integreras med undervisningen i de kliniska ämnena, särskilt huvudämnena medicin och kirurgi. Patologiundervisningen ansågs utgöra en naturlig grundval för de fortsatta kliniska studierna. De grundläggande och väsentliga partierna av patologin borde undervisas och tenteras under de kliniska studiernas inledande skede. Även därefter borde emellertid patologiundervisningen ingå som ett moment i den löpande kliniska undervisningen.

Undervisningen i dess helhet skulle enligt LUK syfta till att ge de studerande en patologisk-anatomisk grundval för deras kliniska studier men inte till att ge dem en specialpatologisk utbildning. Undervisningen borde läggas upp så, att de studerande efter sex månaders undervisning, varunder de inläst ämnet jämsides med kursen, kunde avlägga tentamen i patologi under det propedeutiska årets sjunde eller åttonde månad eller strax efter dess slut.

Den patologiundervisning, som enligt LUK:s förslag skulle meddelas under medicin- och kirurgiterminerna, borde inte avslutas med särskilt förhör utan ingå i den kliniska undervisningen och kontrolleras i samband med tentamen i respektive kliniska ämne.

De delar av patologin, som hörde samman med de kliniska specialämnena, borde vidare enligt LUK lämpligen behandlas i samband med dessa ämnen. Kunskapskontrollen borde därvid ske i samband med tentamen i respektive ämne.

I prop. 1954:212 anslöt sig departementschefen som tidigare nämnts till ett av vissa remissinstanser framfört förslag beträffande kunskapskontrollen och fann i motsats till LUK, att det var lämpligt att förlägga kunskapskontrollen i patologi till efter kurserna i medicin och kirurgi, dvs. till tidigast i slutet av fjärde studieåret. Härigenom skulle även, ansåg departementschefen, de studerandes arbetsbörda under det propedeutiska året lättas. Denna anordning nödvändiggjorde emellertid en kontroll att de studerande under det propedeutiska året inhämtat tillräckliga kunskaper i allmän patologi för det fortsatta kliniska arbetet under medicin-kirurgiåret. Enligt departementschefen kunde detta lämpligen ske genom en deltentamen i slutet av det propedeutiska årets första termin. Han underströk att det var angeläget att kunskapsfordringarna i denna deltentamen inte överdrevs. Han var medveten om att den senare förläggningen av tentamen i patologi i en del fall skulle komma att medföra en studietidsförlängning. För att här liksom i alla andra ämnen begränsa fordringarna till det oundgängligen nödvändiga betonade han, att tentamen endast borde avse det under propedeutiska året och medicin-kirurgikurserna meddelade kunskapsinnehållet, medan den del av patologin, som hörde samman med specialämnena, i enlighet med LUK:s förslag borde starkt begränsas till sin omfattning och ingå i tentamen i respektive kliniska ämne.

Vi har ingående diskuterat den lämpligaste tidpunkten för tentamen i patologi. Den skulle som ett alternativ kunna förläggas till det kliniska stadiets andra del. Detta alternativ stöds av uttalanden av ämnesföreträdarna, att ju senare tentamen läggs desto bättre blir i allmänhet resultaten. En dylik placering skulle emellertid enligt vår uppfattning komma att innebära ett alltför långt uppehåll mellan studiekursen och tentamen i ämnet. Det måste vidare an-

ses mycket betungande för de studerande, att jämsides med övrig undervisning och examination under detta skede även läsa in studiekursen och tentera i patologi.

Ifrågavarande tentamen skulle som ett andra alternativ kunna förläggas till slutet av fjärde studieåret, då den studerande under medicin- och kirurgiåret tillgodogjort sig kunskaper av klinisk karaktär av betydelse jämväl för patologin. Vi kommer emellertid att föreslå, att tentamen i medicin och kirurgi skall avläggas under fjärde studieåret. Med hänsyn härtill synes det oss inte lämpligt att även förlägga tentamen i patologi till detta läsår.

Enligt vår mening bör sluttentamen i patologi anordnas enligt ett tredje alternativ, nämligen i anslutning till huvudkursen i ämnet under tredje studieåret. De kunskaper i patologi, som de studerande tillägnar sig efter detta år bör, anser vi, kunna kontrolleras i samband med förhören i huvudämnena medicin och kirurgi samt i andra kliniska ämnen. På så sätt kan även ett nära samarbete etableras mellan patologi och övriga kliniska ämnen, framför allt pediatrik, obstetrik-gynekologi och neurologi.

Vi anser att viss tid bör reserveras för tentamensläsning i patologi i omedelbar anslutning till studiekursen i ämnet. Under denna tid bör de studerande helt kunna ägna sig åt inläsning av ämnet. En period om två à tre veckor bör därvid vara tillfyllest. Förutsättningarna för att en sådan ordning skall kunna införas är dock, att undervisningen i ämnet anordnas i enlighet med vårt ovan redovisade förslag till schema för det propedeutiska året. Enligt vår mening bör en sådan uppläggning göra det möjligt för de studerande att tentera i patologi i slutet av det propedeutiska stadiets andra termin.

Patologins ställning i förhållande till övriga medicinska discipliner har förändrats under senare år. Särskilt inom invärtesmedicinen och kirurgin föreligger ett ofta uttalat behov av intimt samarbete med kliniskt inriktade patologer. Bl.a. mot denna bakgrund har vi funnit oss böra noga överväga frågan om ämnets innehåll och omfattning.

Från företrädare för olika kliniska ämnen har framförts önskemål om en utökning av de tillfällen, då såväl morfologiska som funktionella patologiska synpunkter på ifrågavarande specialiteter kan tas upp till behandling. Därvid har framhållits att de patologiska aspekterna ofta är svåra att avgränsa från de rent kliniska och att de måste behandlas i varje diskussion av ett symtomkomplex. Vi anser för vår del att de möjligheter till integration som nu finns, utan att formerna för denna undervisning har i detalj reglerats, även i fortsättningen bör bibehållas. Vissa moment inom patologin bör sålunda kunna förhöras av företrädare för andra ämnen. I realiteten torde redan nu föreligga skyldighet för de studerande att vid förhör i olika ämnen redogöra för basala patologiska fakta.

Undervisningen i patologi har av tradition haft som mål att klargöra det morfologiska underlaget för de viktigaste sjukdomarna samt det väsentliga om deras orsaker och uppkomst. Huvudvikten har därvid mera legat på patologisk anatomi än på patologisk fysiologi och biokemi. Vi delar helt LUK:s uppfattning, att patologin inte skall undervisas som ett fristående ämne utan som ett kliniskt inriktat sådant som ständigt ställs i relation till patienternas sjukdomsbilder. En avdelning för det propedeutiska året inom utbildningsnämnden bör göra upp en undervisningsplan över det propedeutiska året, innebärande en fast samordning

av undervisningen i patologi inte blott med klinisk propedeutik (=nuvarande översiktskurser i medicin och kirurgi samt kursen i kliniska undersökningsmetoder m.fl.) utan även med klinisk kemi och klinisk fysiologi, dvs. funktionell patologi. Viss samordning bör också ske av undervisningen i patologi och medicinsk mikrobiologi. Ett förslag till dylik undervisningsplan finns på s. 73[1].

Beträffande obduktionsundervisningen ansåg LUK, att de studerande i tur och ordning skulle assistera vid de olika obduktionstillfällena för att de på detta sätt skulle få inblick i obduktionsförfarandet. Något obduktionsprov borde däremot enligt LUK:s mening inte fordras. Undervisning i obduktionsteknik ansåg LUK vara en specialutbildning. De studerande, som önskade en grundligare utbildning i obduktionsteknik, borde rekommenderas att fullgöra assistenttjänstgöringen i valfritt ämne vid patologisk avdelning. LUK förutsatte vidare, att de studerande under medicin- och kirurgikurserna i förekommande fall skulle bevista obduktioner av avlidna patienter, som de haft hand om på kliniken.

Vi anser att obduktionsundervisning i anslutning till medicin- och kirurgikurserna har ett stort pedagogiskt värde, eftersom den då sker i ett direkt sammanhang med den kliniska verksamheten. Vi förordar därför att en del av obduktionsundervisningen under propedeutiska året flyttas till huvudkurserna i medicin och kirurgi. Antalet obduktionstimmar under huvudkursen i patologi bör enligt vår mening kunna reduceras till 70.

Eftersom utvecklingen under de senaste åren har gått mot en större samordning av patologin med de kliniska disciplinerna och då vi dessutom önskar inpassa patologin i ett ändamålsenligt undervisningssammanhang, finner vi det angeläget, att undervisningen i ämnet samordnas med undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi samt klinisk propedeutik på tidigare angivet sätt. Enligt vår uppfattning bör de studerande genom en dylik studieplan få en naturlig övergång från de prekliniska till de kliniska studierna.

Vi föreslår att kursen i patologi dels utökas med 5 timmar föreläsningar och seminarieövningar till ca 105 timmar, varav ca 20 timmar skall vara gemensamundervisning, lämpligen i form av konferenser och seminarier tillsammans med mikrobiologi, klinisk kemi, klinisk fysiologi samt klinisk propedeutik, dels minskas med 30 timmar obduktionsdemonstrationer till ca 70 timmar. Vi föreslår att patologiundervisningen under medicin-kirurgiåret utökas med 20 demonstrationstimmar för att möjliggöra anordnandet av obduktionsdemonstrationer för de studerande, som i förekommande fall skall bevista obduktioner av avlidna patienter, som de haft hand om på kliniken. Vi föreslår slutligen att sluttentamen i patologi avläggs under det propedeutiska året.

2.3.3.6. Klinisk kemi och klinisk fysiologi

Enligt nuvarande studieplaner undervisas klinisk kemi och klinisk fysiologi under den kliniska laborationskursen, som omfattar 20 föreläsningstimmar och 40 laborationstimmar, varav 10 à 15 föreläsningstimmar jämte huvudparten av laborationstiden ägnas åt kli-

[1] Vid uppgörande av detta förslag till undervisningsplan har vi i väsentliga delar följt en av professorn G. Hultquist på vår begäran utarbetad *Promemoria angående fördelning av patologiundervisningen under det propedeutiska året och samundervisning med andra ämnen* (bilaga 2).

nisk kemi och 5 à 10 föreläsningar samt ett litet antal laborationstimmar åt klinisk fysiologi. Den inbördes avvägningen mellan klinisk kemi och klinisk fysiologi växlar något mellan olika lärosäten. I regel har ca 10 timmar föreläsningar och 5 à 10 laborationsövningar fallit på klinisk fysiologi. Kunskapskontroll sker i form av kursförhör i dels klinisk kemi, dels klinisk fysiologi.

AIS-kommittén erinrade om att redan LUK i sitt betänkande framhållit, att den av LUK föreslagna undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi i framtiden sannolikt skulle behöva utökas. Utvecklingen inom de nämnda ämnesområdena hade enligt AIS-kommittén under de senaste tio åren varit betydande, och ett flertal nya laboratoriemetoder hade tillkommit. Därför föreslog AIS-kommittén en ökning av undervisningen under den kliniska laborationskursen med 4 timmar föreläsningar för vartdera av ämnena klinisk kemi och klinisk fysiologi. Härjämte föreslogs en ytterligare ökning av undervisningen under nämnda kurs med 2 timmar föreläsningar och 2 timmar demonstrationer, avsedda för undervisning i klinisk neurofysiologi. Förslaget innebar sålunda, att den kliniska laborationskursen skulle omfatta 30 timmar föreläsningar jämte 42 timmar laborationer eller demonstrationer, dvs. en ökning med 10 timmar föreläsningar och 2 timmar demonstrationer i förhållande till vad som gäller i dag.

Den medicinska utvecklingen har enligt vår mening visat, att ämnena klinisk kemi och klinisk fysiologi får en allt större betydelse för sjukvård, forskning och undervisning. Vad undervisningen beträffar gäller detta såväl patofysiologi och patokemi (funktionell patologi) som klinisk laboratoriediagnostik.

Vi anser dessa omständigheter motivera, att klinisk kemi och klinisk fysiologi förblir särskilda läroämnen under det propedeutiska året samt att undervisning i dessa ämnen meddelas i anslutning till dels kursen i patologi (patokemi respektive patofysiologi), dels kursen i klinisk propedeutik (klinisk laboratoriediagnostik).

Vi har ovan föreslagit, att en avdelning för det propedeutiska stadiet inom utbildningsnämnden skall uppgöra en plan för undervisningen under ifrågavarande period, innebärande en fast samordning av undervisningen å ena sidan i kurserna i klinisk kemi och klinisk fysiologi och å andra sidan i kurserna i patologi och klinisk propedeutik.

Vi föreslår att kurserna huvudsakligen förläggs till sjätte terminens tre första månader. Redan under femte terminens senare del bör dock samundervisning ske med undervisningen i ämnet patologi.

Vi föreslår att de studerande under *kursen i klinisk kemi* skall följa sammanlagt ca 22 timmar föreläsningar och demonstrationer samt 30 laborationer, var och en omfattande ca en timme. Härav bör ca 10 timmar föreläsningar vara gemensamma med patologi och/eller klinisk propedeutik och/eller klinisk fysiologi samt ges som konferens- eller seminarieundervisning.

Vi föreslår att de studerande under *kursen i klinisk fysiologi* skall följa sammanlagt ca 22 timmar föreläsningar och demonstrationer samt 10 laborationer, var och en omfattande ca en timme. Härav bör ca 10 timmar föreläsningar vara gemensamma med patologi och/eller klinisk propedeutik och/eller klinisk kemi samt ges som konferens- eller seminarieundervisning.

Vi förutsätter att under kursen i klinisk fysiologi ges undervisning i *klinisk neurofysiologi* av lärare i detta ämne under förslagsvis 2 timmar.

Kunskapskontroll vid undervisningen i klinisk kemi och klinisk fysiologi samt tillhörande delar av patokemi och patofysiologi kan antingen ske genom examination, som är integrerad i lämpliga delar med tentamen i patologi och kursförhör i klinisk propedeutik, eller i form av separata kursförhör, som hålls vid vardera kursens slut. Vi föreslår att fakulteten vid varje läroanstalt efter förslag av utbildningsnämnden får besluta i vilken form kunskapskontroll skall ske.

2.3.3.7. Klinisk propedeutik

(Ersätter nuvarande översiktskurser i medicin och kirurgi, demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi, förberedande kurser i röntgendiagnostik och socialmedicin samt kurs i kliniska undersökningsmetoder.)

Enligt nuvarande studieplaner omfattar översiktskurserna i medicin och kirurgi vardera 30 timmar föreläsningar och demonstrationer, demonstrationskursen i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi 30 timmar föreläsningar, inklusive praktiska övningar, den förberedande kursen i röntgendiagnostik 15 timmar föreläsningar samt den förberedande kursen i socialmedicin 15 timmar föreläsningar och exkursioner. Särskild kunskapskontroll förekommer inte vid dessa kurser. Kursen i kliniska undersökningsmetoder omfattar 45 timmar föreläsningar och demonstrationer, vartill kommer ca 10 timmar praktiska övningar. Av föreläsningarna ägnas ca 2 timmar åt neurologisk undersökningsteknik och ca 5 timmar åt grunderna i psykiatrisk anamnesupptagning och undersökningsteknik samtidigt som vissa elementära medicinskpsykologiska synpunkter beträffande sjuka människor anläggs. Undervisningen i sistnämnda delar förutsätts bli meddelad av lärare i neurologi respektive psykiatri. Kunskapskontroll sker i form av kursförhör vid kursens slut.

AIS-kommittén påpekade att såväl undervisningens omfattning under ifrågavarande kurser som samordningen mellan dem inbördes och med den undervisning som meddelas efter det propedeutiska året hade varit föremål för diskussioner, främst vid de särskilda överläggningar kommittén haft vid de olika lärosätena men även vid olika kanslerskonferenser.

AIS-kommittén framhöll att uppsplittringen på ett flertal olika kurser visat sig vara till nackdel vid organisationen av det propedeutiska årets undervisning och föreslog därför, att kursen i kliniska undersökningsmetoder, översiktskurserna i medicin och kirurgi, demonstrationskursen i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi samt den förberedande kursen i röntgendiagnostik skulle sammanföras till en sammanhållen klinisk introduktionskurs, förslagsvis kallad kurs i medicinsk propedeutik. Kommittén föreslog också att den förberedande undervisningen i psykiatri och socialmedicin skulle samordnas till en kurs, benämnd förberedande kurs i psykiatri och socialmedicin.

Inom ramen för en sådan kurs i medicinsk propedeutik skulle olika ämnesföreträdare meddela undervisning inom sina speciella områden i den utsträckning, som det föreslagna timantalet för de olika momenten möjliggjorde. Dessa olika delmoment skulle sammanhållas genom en enhetlig kursledning och införande av en för kursens samtliga avsnitt gemensam kunskapskontroll i form av ett kursförhör vid slutet av densamma. På liknande sätt borde en gemensam förberedande kurs i psykiatri och socialmedicin ledas av en av företrädarna för psykiatri eller social-

medicin och den andra delta i undervisningen. Även denna kurs borde avslutas med kunskapskontroll i form av kursförhör.

Vid remissbehandlingen fann medicinska fakulteten i Uppsala det vara mycket väsentligt att på föreslaget sätt sammanföra de mindre översiktskurserna och övriga kurser till en större kurs. Enligt fakultetens åsikt borde samordningen drivas ännu ett steg vidare, genom att den förberedande kursen i psykiatri och socialmedicin fick ingå i kursen i medicinsk propedeutik. Fakulteten framhöll vidare att enstaka timmar av undervisningen i medicinsk propedeutik (inkluderande förberedande undervisning i psykiatri och socialmedicin) borde fördelas över hela det propedeutiska året som samundervisning med ämnena bakteriologi, patologi, farmakologi och klinisk laborationskurs.

Medicinska fakulteten i Lund tillstyrkte sammanförandet av ett antal kurser till en enhet — klinisk propedeutik — under förutsättning att integreringen av de skilda kurserna blev tillfredsställande och att klinisk propedeutik inte endast kom att bli ett samlingsnamn för en serie heterogena avsnitt. Fakulteten fann skäl tala för att kursen i klinisk propedeutik utsträcktes under en betydande del av det propedeutiska året och ansåg vidare, att ett kursförhör i detta ämne, förlagt till slutet av året, borde vara ägnat att underlätta anknytningen till den efter det propedeutiska året omedelbart följande medicinkursen.

Vårt i det följande redovisade förslag rörande de kliniska kurserna under det propedeutiska året är i stort sett en vidareutveckling av AIS-kommitténs förslag i denna del, som vid remissbehandlingen i huvudsak lämnats utan erinran av fakulteterna. Vi anser att en planmässigt integrerad undervisning kräver, att de skilda kurserna sammanförs till en enhetlig kurs. Vi föreslår att denna kurs benämns *kurs i klinisk propedeutik* och att den skall omfatta följande delämnen, nämligen medicin och kirurgi (nuvarande översiktskurserna i medicin och kirurgi), kliniska undersökningsmetoder (nuvarande kurs i kliniska undersökningsmetoder), radiologi (nuvarande förberedande kurs i röntgendiagnostik), sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi (nuvarande demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi), socialmedicin (nuvarande förberedande kurs i socialmedicin) samt psykiatri jämte utvecklingspsykologi m.m.

Den nuvarande kliniska laborationskursen ingår enligt vårt förslag inte som en delkurs i kursen i klinisk propedeutik. Vi anser nämligen på tidigare anförda skäl, att klinisk kemi och klinisk fysiologi skall vara självständiga ämnen. Samundervisning bör dock ske mellan vissa i dessa ämnen ingående avsnitt och kursen i klinisk propedeutik.

AIS-kommittén hade erhållit kännedom om att en viss dubblerad undervisning förekommit genom att samma avsnitt behandlats dels under översiktskursen i medicin, dels under kursen i medicin under det fjärde studieåret. Med anledning härav hade framförts önskemål om att såväl översiktskursen i medicin som kursen i kliniska undersökningsmetoder skulle ges av samma lärare och i anslutning till huvudkursen i medicin.

Med hänsyn till de synpunkter som framkommit föreslog AIS-kommittén, att översiktskursen i medicin skulle integreras med kursen i kliniska undersökningsmetoder och begränsas beträffande antalet timmar. De sålunda sammanslagna kurserna föreslogs omfatta

60 timmar föreläsningar och demonstrationer jämte 10 timmar praktiska övningar. Den undervisning i psykiatrisk anamnesupptagning, som meddelades under kursen i kliniska undersökningsmetoder, föreslogs bli överförd till en föreslagen introduktionskurs i psykiatri.

AIS-kommittén framhöll vidare, att enligt mångas åsikt hade översiktskursen i kirurgi, bl.a. på grund av det långa tidsavståndet till kirurgikursen, inte blivit av åsyftat värde. Man hade därför förordat att antingen slopa kursen eller radikalt skära ned omfattningen av den. AIS-kommittén föreslog att översiktskursen i kirurgi skulle begränsas till 15 timmar föreläsningar och demonstrationer.

En del av översiktskursen i kirurgi har vanligtvis innefattat en introduktion till kirurgin i form av föreläsningar och demonstrationer beträffande rutiner på en operationsavdelning samt i avseende på kirurgisk handtvätt, kirurgiska instrument m.m. Vi anser att denna undervisning bör koncentreras till ett antal föreläsningar och demonstrationer, som skall inleda kursen i kirurgi (2.4.3.2.).

Enligt vår mening bör *undervisningen i medicin och kirurgi* under kursen i klinisk propedeutik ske som samundervisning, dels inbördes mellan dessa båda delämnen, dels tillsammans med patologi, klinisk kemi och klinisk fysiologi. Tonvikten bör ligga på den samordnade undervisningen, medan gemensamundervisning bör förekomma i något mindre utsträckning. Vi har tidigare visat en modell för organisationen av en sådan efter en bestämd undervisningsplan samordnad undervisning, vari kan ingå olika moment av gemensamundervisning (gemensamma föreläsningar, konferenser, seminarier etc.). Vi anser att man genom en dylik samordning av den översiktliga undervisningen i medicin och kirurgi även kan reducera nuvarande sammanlagda timantal för översiktskurserna i dessa ämnen. Vi föreslår att delämnena medicin och kirurgi undervisas i sammanlagt ca 52 timmar, varav ca 30 timmar skall avse medicin och ca 22 timmar kirurgi.

Undervisningsmomenten kan exempelvis fördelas på följande sätt: infektion och inflammation ca 8 timmar, klinisk tumörlära ca 4 timmar, allmän metabolism, vätske- och elektrolytbalans och chock ca 10 timmar, hjärt- och kärlsjukdomar ca 6 timmar, respirationsorgan ca 6 timmar, blod- och blodbildande organ ca 6 timmar, digestionsorgan ca 6 timmar, njurar och manliga genitalia ca 4 timmar samt endokrina organ ca 2 timmar.

Undervisningen i röntgendiagnostik under det propedeutiska stadiet kommer vi att behandla utförligare i avsnittet 2.5.3.18. Vi vill här endast framhålla, att vi anser att de olika synpunkter som framkommit beträffande målsättningen för undervisningen under den förberedande kursen i röntgendiagnostik motiverar, att denna utbildning får en mera teoretisk inriktning. I konsekvens härmed föreslår vi, att detta ämnesavsnitt benämns radiologi samt att det ingår i kursen i klinisk propedeutik. Vidare föreslås undervisningen omfatta 15 timmar, varav ca 5 timmar strålbiologi, strålfysik och strålskydd och ca 10 timmar elementär undervisning i röntgendiagnostik.

I likhet med AIS-kommittén föreslår vi, att de kliniska aspekterna på röntgendiagnostikens tillämpning skall behandlas i undervisningen i kliniska undersökningsmetoder samt i den propedeutiska undervisningen i medicin och kirurgi. Dessa aspekter bör behandlas av de lärare, som ger ifrågavarande un-

dervisning, utan att särskild tid beräknas härför. Undervisningen i radiologi bör till sin huvuddel förläggas till det propedeutiska årets sjätte till åttonde månader. Det kan dock vara lämpligt, att genomgången av strålbiologin och strålfysiken samordnas med undervisningen i tumör- och strålpatologi under den första terminen.

Under de sista fem à sex veckorna av det propedeutiska årets andra termin bör de studerande ges tillfälle att kontinuerligt sätta sig in i sjukvårdsarbetet och den kliniska verksamheten. Till detta tidsavsnitt bör man därför lägga den huvudsakliga undervisningen i kliniska undersökningsmetoder, sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi samt i socialmedicin och psykiatri. Några allmänt orienterande föreläsningar i klinisk undersökningsmetodik och sjukvårdsorganisation torde dock lämpligen böra ges inledningsvis under den första terminen respektive i anslutning till genomgången av hjärt- och kärlsjukdomar samt respirationsorganens sjukdomar.

Föreläsnings- och demonstrationsundervisningen beräknas under denna period till 4 à 5 timmar dagligen. Tid finns sålunda för de studerandes praktiska träning i patientundersökning, anamnesupptagning, journalskrivning m.m. Möjlighet bör också beredas de studerande att följa arbetet på klinikerna för att därigenom få kunskap om arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier samt om arbetsformer och övrig administrativ verksamhet inom sjukhuset.

Vi föreslår sålunda, att huvudparten av undervisningen i *kliniska undersökningsmetoder* meddelas under denna tidsperiod. I likhet med AIS-kommittén föreslår vi, att de 5 timmar, som under nuvarande kurs i kliniska undersökningsmetoder ägnas åt psykiatrisk anamnesupptagning och undersökningsteknik samt åt vissa medicinskpsykologiska problem i avseende på sjuka människor, överförs till den förberedande undervisningen i psykiatri, som ingår i kursen i klinisk propedeutik. Vi föreslår i övrigt ingen ändring av nuvarande undervisning i kliniska undersökningsmetoder. Den bör följaktligen omfatta 40 timmar föreläsningar och demonstrationer samt 10 timmar praktiska övningar.

Enligt AIS-kommittén har erfarenheterna visat, att undervisningen i fysikalisk terapi under det propedeutiska året borde begränsas till att endast omfatta grunderna för denna terapi. Kommittén föreslog att omfattningen av undervisningen i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi skulle reduceras med 10 timmar, varvid minskningen borde gå ut över undervisningen i fysikalisk terapi, vilken på detta stadium borde omfatta endast den fysikaliska terapins grunder under ca 5 timmar. Övrig undervisning i fysikalisk terapi föreslogs bli meddelad under senare stadier av utbildningen och inordnas i kurserna i medicin, ortopedi, neurologi m.fl. Vi föreslår i enlighet härmed, att undervisningen i *sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi* inklusive sjukgymnastik skall omfatta 20 timmar.

AIS-kommittén föreslog att en förberedande undervisning i psykiatri skulle införas under det propedeutiska året samt att denna skulle samordnas med undervisningen i socialmedicin till en gemensam förberedande kurs i psykiatri och socialmedicin.

Beträffande kursen i socialmedicin framhöll AIS-kommittén, att ämnesföreträdarna hade framfört förslag om viss minskning av den förberedande kursen, vilken dock skulle kompenseras av en motsvarande ökning av samundervisningen med kliniska ämnen

eller huvudkursen i socialmedicin under det s.k. fria kliniska stadiet. AIS-kommittén föreslog att 5 timmar av den förberedande undervisningen i socialmedicin skulle överföras till huvudkursen i ämnet och att undervisningen under det propedeutiska året skulle begränsas till 10 timmar föreläsningar jämte några demonstrationer.

Vi föreslår att den förberedande undervisningen i *socialmedicin* ingår i kursen i klinisk propedeutik samt får en omfattning av 10 timmar föreläsningar. Den nuvarande undervisningen minskas sålunda med 5 timmar, som överförs till kursen i socialmedicin under det sjätte studieåret (nionde terminen).

Den förberedande undervisningen i socialmedicin kan förslagsvis ha följande utformning.

1) Samhällsutvecklingen med särskild hänsyn till utvecklingen av hälso- och sjukvården (2 timmar).
2) Översikt av mortalitet och morbiditet (1 timme).
3) Sambandet mellan hälsa och sociala förhållanden (1 timme).
4) De preventiva momenten i hälso- och sjukvården (1 timme).
5) Det sociala trygghetssystemet med särskild hänsyn till samarbetet mellan sjukvård och socialvård (2 timmar).
6) Läkarens ansvar gentemot patienten (tystnadsplikt etc.) och gentemot samhället (intyg, anmälningsskyldigheter etc.) (1 timme).
7) Sociologiska synpunkter på sjukdom och beteenden i samband med sjukdom (2 timmar).

AIS-kommittén föreslog i sin diskussion av psykiatriundervisningen, att denna skulle omfatta 20 timmar föreläsningar, i vilka borde ingå den undervisning om ca 5 timmar, som f.n. ges under kursen i kliniska undersökningsmetoder. Undervisningen borde meddelas av lärare i psykiatri. Under kursen skulle, förutom den orientering i psykiatrisk undersökningsteknik, som nu ingår i kursen i kliniska undersökningsmetoder, lämpligen kunna behandlas patientpsykologi och frågor rörande förhållandet läkare—patient samt ges en översikt av psykopatologin för att lära de studerande värdera psykiska symtom samt visa på betydelsen av psykologiska faktorer för sjukdomars uppkomst och förlopp.

Medicinska fakulteten i Lund ansåg att vid undervisningen under den förberedande kursen i psykiatri borde tyngdpunkten läggas på patientkontaktens olika aspekter och inte på psykopatologi.

Medicinska fakulteten i Uppsala tillstyrkte i sitt remissyttrande förberedande undervisning i psykiatrisk diagnostik, psykopatologi, patientpsykologi, patient-läkarrelationer och etiska problem m.m. under 20 timmar föreläsningar, delvis som gruppundervisning. Härav borde 4 timmar ägnas åt utvecklingspsykologi under ledning av företrädare för ämnet barnpsykiatri.

I en promemoria angående AIS-kommitténs förslag rörande psykiatriundervisningen hade professor Frey till fakulteten framfört bl.a. följande synpunkter beträffande undervisningen under det propedeutiska året.

Undervisningen bör omfatta 20 timmar, som kan förläggas när som helst under året, gärna under den första terminen. Undervisningen bör omfatta intervjuteknik, elementär personlighetsdiagnostik och dess betydelse för psyko-somatiska och somato-psykiska reaktionsmönster, elementära data om s.k. psykodynamiska sammanhang, förhållande mellan läkare och patient, betydelsen av att läkaren inser och lär sig känna igen sina egna fördomar och aggressiva tendenser i relation till patienter (särskilt när han inte förstår sjukdomen eller

lättvindigt kan bota den), vikten av att lyssna och respektera patientens uppgifter, vissa etiska grundregler.

Medicinska fakulteten i Umeå ställde sig mycket positiv till förslaget om förberedande undervisning i psykiatri. Fakulteten ansåg det viktigt att en relativt stor del av undervisningsvolymen upptogs av den sjuka människans normala psykiska reaktioner, läkare-patientförhållandet, betydelsen av sjukhusmiljöns utformning etc.

Vår uppfattning är liksom AIS-kommitténs att det föreligger stort behov av förberedande undervisning i psykiatri och medicinsk psykologi under det propedeutiska året samt att denna undervisning i första hand bör samordnas med den förberedande undervisningen i socialmedicin. Vi anser dock inte, att dessa båda ämnen behöver sammanföras till en särskild kurs, utan finner det lämpligt, att de ingår som delämnen i kursen i klinisk propedeutik. Planläggningen av undervisningen bör göras av kursledaren i samråd med vederbörande lärare.

Vid undervisningen bör inledningsvis översiktligt behandlas såväl den somatiska som den psykologiska utvecklingen från barn till vuxen. Den huvudsakliga delen av undervisningen bör belysa människans psykiska reaktioner inför sjukdom, olika aspekter på läkar-patientrelationen, betydelsen av sjukhusmiljöns utformning och samarbetsfrågor inom sjukvården. Vidare bör de studerande ges möjligheter att igenkänna och värdera vissa vanliga psykiatriska symtomkomplex.

Av undervisningens varierande innehåll framgår, att den måste meddelas förutom av lärare i psykiatri även av lärare i pediatrik och barnpsykiatri.

Vi föreslår att den förberedande undervisningen i *psykiatri jämte utvecklingspsykologi m.m.* får en omfattning av 20 timmar, vari ingår de 5 timmar undervisning i psykiatrisk anamnesupptagning, som f.n. ingår i kursen i kliniska undersökningsmetoder.

Undervisningen kan förslagsvis uppläggas på följande sätt.

1) Den normala somatiska utvecklingen.
2) Utvecklingspsykologi.
3) Normala psykiska reaktioner inför sjukdom, invaliditet, åldrande och död.
4) Elementär personlighetsdiagnostik och personlighetstypens betydelse för patientens reaktionsmönster.
5) Psykologiska synpunkter på intervjuteknik, anamnesupptagning och patientundersökning.
6) Psykologiska och etiska synpunkter på förhållandet mellan läkare och patient.
7) Självkännedom hos läkaren som en förutsättning för en optimal patientkontakt.
8) Begreppet iatrogen neurotisering.
9) Översikt av de vanligaste psykiska sjukdomsgrupperna och symtomkomplexen.
10) Psykiatriska vårdformer. Psykiatrins arbetsmetoder och förhållandet till övrig medicin.

Beträffande ledningen av kursen i medicinsk propedeutik framhöll AIS-kommittén vikten av att den omhänderhades av en lärare, som själv meddelade undervisning i någon av kursens viktigare delar, i första hand till den del av undervisningen som nu motsvaras av kursen i kliniska undersökningsmetoder och översiktskursen i medicin.

AIS-kommittén påpekade att denna undervisning meddelades av lärare av växlande kategorier. Flera av dessa var formellt ej knutna till ett medicinskt lärosäte utan undervisade mot arvode. AIS-kommittén ansåg sig inte kunna

finna en för alla lärosäten lämpad tjänst, till vilken de organisatoriska arbetsuppgifterna kunde knytas. Kommittén stannade därför vid att föreslå, att man tills vidare för varje lärosäte ställde ett årligt anslag till förfogande som kursledararvode.

Medicinska fakulteten i Göteborg fann i sitt remissyttrande, att den kliniska propedeutiken var av sådan stor vikt i läkarutbildningen och hade en sådan dimension, att en ordinarie lärartjänst var särdeles välmotiverad för detta ändamål. Som ett provisorium kunde fakulteten acceptera en befattning som klinisk lärare, vars innehavare enligt fakultetens mening borde vara verksam inom internmedicinen.

Medicinska fakulteten i Umeå ansåg, att AIS-kommitténs förslag att anordna en klinisk introduktionskurs var en förbättring endast under förutsättning, att en enhetlig kursledning verkligen kunde skapas. För detta ändamål krävdes en kvalificerad lärare — inte endast en schematekniker — som själv borde meddela en väsentlig del av undervisningen.

Medicinska fakulteten i Uppsala föreslog att uppgiften att leda kursen i medicinsk propedeutik skulle läggas på en av fakultetens ordinarie lärare. Fakulteten anmälde även att i Uppsala meddelar läraren i pneumologi, som är ordinarie akademisk lärare, viss del av undervisningen i kliniska undersökningsmetoder. Denne fungerar samtidigt som ledare för de olika kurserna under propedeutiska året.

Vi vill i detta sammanhang erinra om att frågan om kursledarskapet i klinisk propedeutik kan komma att påverkas av de förändringar beträffande klinikorganisationen, som kan bli följden av klinikutredningens nyligen framlagda förslag i ärendet. Om dess förslag genomförs, skapas bl.a. möjlighet att inrätta flera överläkarbefattningar inom samma klinik, att sammanföra flera kliniker inom ett sjukhus till ett klinikblock för handhavande av en sådan gemensam angelägenhet som utbildning samt att för samma ändamål bilda klinikgrupper mellan kliniker vid olika sjukhus.

I en sådan situation borde man sålunda inom en medicinsk klinik med flera ordinarie överläkare, inom ett medicinskt klinikblock eller en medicinsk klinikgrupp, omfattande olika invärtesmedicinska specialiteter, finna någon lärare, som är lämplig att vara både lärare i och ledare för kursen i klinisk propedeutik.

I avvaktan på statsmakternas beslut om klinikorganisationen föreslår vi att till lärare i och ledare för kursen i klinisk propedeutik förordnas antingen någon av fakultetens ordinarie lärare i medicin eller någon annan lärare, som har undervisningsskyldighet i detta ämne eller någon av dess specialgrenar. Vi föreslår att vederbörande för detta kursledarskap beviljas nedsättning i undervisningsskyldigheten, motsvarande 50 % av normal undervisningsskyldighet.

Vårt förslag beträffande kursen i klinisk propedeutik är sammanfattningsvis följande:

Delämnena medicin och kirurgi ersätter nuvarande översiktskurser i ämnena och omfattar sammanlagt ca 52 timmar, varav ca 30 avser medicin och ca 22 kirurgi.

Delämnet radiologi ersätter nuvarande förberedande kurs i röntgendiagnostik. Undervisningen förutsätts få en mera teoretisk inriktning än för närvarande och omfatta 15 timmar, varav ca 5 avser strålbiologi, strålfysik och strålskydd samt ca 10 elementär undervisning i röntgendiagnostik.

Undervisning i kliniska undersökningsmetoder meddelas under det propedeutiska årets sista fem à sex veckor. Den förutsätts i huvudsak motsvara nuvarande kurs och omfatta 40 timmar föreläsningar och demonstrationer samt 10 timmar praktiska övningar.

Undervisning i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi omfattar 20 timmar, varav ungefär 5 ägnas åt fysikalisk terapi.

Delämnet socialmedicin ersätter nuvarande förberedande kurs i ämnet och omfattar 10 timmar föreläsningar.

Undervisning i psykiatri jämte utvecklingspsykologi m.m. omfattar 20 timmar.

Slutlig kunskapskontroll sker i form av kursförhör som avslutar kursen.

Lärare i och ledare för kursen förutsätts bli antingen någon av fakultetens ordinarie lärare i medicin eller någon annan lärare, som har undervisningsskyldighet i detta ämne eller i någon av dess specialgrenar.

2.3.3.8. Ledningen av det propedeutiska stadiet

AIS-kommitténs förslag innebar, att det propedeutiska året skulle bestå av sex huvuddelar, nämligen kurserna i vart och ett av ämnena bakteriologi, patologi och farmakologi samt vidare klinisk laborationskurs, kurs i medicinsk propedeutik samt förberedande kurs i psykiatri och socialmedicin. Kommittén framhöll att man på detta sätt skulle erhålla en avsevärd minskning av antalet kurser under det propedeutiska året i jämförelse med då rådande förhållanden, vilket i och för sig skulle underlätta ett väl organiserat genomförande av undervisningen. Trots detta syntes det kommittén nödvändigt, att någon lämplig lärare fick i uppdrag att i egenskap av "studierektor" svara för schemaläggning samt tids- och innehållsmässig samordning av de skilda delarna. Kommittén framhöll att för de kurser, som hade egna ordinarie lärare i professors eller laborators ställning (bakteriologi, patologi, farmakologi, klinisk kemi, klinisk fysiologi, psykiatri och socialmedicin) var det närmast fråga om schematekniska problem.

Annorlunda ställde det sig med kursen i medicinsk propedeutik, som föreslagits omfatta fem av de nuvarande kurserna. Man ansåg det lämpligt, att samma person, som organisatoriskt ledde kursen i medicinsk propedeutik, också fungerade såsom "studierektor" för hela det propedeutiska året. Genom en sådan organisation borde man kunna undvika många av de olägenheter, som det propedeutiska året i nuvarande situation hade och som framhållits av de olika lärosätenas representanter i många sammanhang. Kommittén föreslog att en av lärarna i kursen i medicinsk propedeutik fick till uppgift att samordna dess olika delar och att dessutom sköta den tidsmässiga sammanhållningen av samtliga delar av det propedeutiska året.

Vi föreslår att ordföranden i utbildningsnämndens avdelning för det propedeutiska stadiet svarar för planläggningen och samordningen av all undervisning under detta år. Det synes oss naturligt, att kursledaren i klinisk propedeutik i första hand utnyttjas för denna uppgift. Intet hinder bör dock möta, att — om så befinns lämpligare — annan lärare, som medverkar i undervisningen under det propedeutiska året, svarar för ledningen av nämnda avdelning inom utbildningsnämnden.

2.4. Det kliniska stadiets första del

2.4.1. Nuvarande förhållanden

Undervisning i *medicin* påbörjas under det propedeutiska året med en över-

siktskurs. Under den sjunde studieterminen anordnas huvudkurs i medicin med 120 timmar kliniska och 60 timmar polikliniska föreläsningar samt 40 timmar kliniska ronder, de senare till en del såsom visitronder vid andra kliniker, t.ex. lungklinik. Inom nämnda ram meddelas även viss undervisning i reumatologi, geriatrik, yrkesmedicin och allergologi. De studerande deltar vidare under 20 timmar i samundervisning mellan medicin och kirurgi i form av kliniska konferenser. Det har därjämte förutsatts, att vissa andra ämnens representanter skall meddela undervisning i sina ämnen under medicinkursen, nämligen i klinisk kemi och klinisk fysiologi med för varje ämne 10 timmar föreläsningar och konferenser, i klinisk bakteriologi med 10 timmar föreläsningar och demonstrationer, i röntgendiagnostik med 20 timmar föreläsningar och demonstrationer, i socialmedicin med 12 timmar konferenser samt i patologi och klinisk farmakologi med för varje ämne 20 timmar konferenser. Under medicinkursen deltar de studerande vidare i det praktiska arbetet på vårdavdelning och poliklinik samt följer arbetet under en vecka vid klinisk-kemiskt och likaledes under en vecka vid kliniskfysiologiskt laboratorium.

Undervisningen i medicin avslutas under medicine licentiatexamens tredje avdelning med fyra månaders assistenttjänstgöring vid medicinsk klinik, varav den sista månaden skall fullgöras vid undervisningssjukhus. Slutlig kunskapskontroll i ämnet sker efter avslutad assistenttjänstgöring. Tentamen i medicin innefattar även kontroll av bl.a. de studerandes kunskaper i ftisiologi.

Undervisning i ftisiologi meddelas enligt gällande studieordning dels i form av de nyssnämnda visitronderna vid lungklinik, vilkas antal synes växla något mellan olika lärosäten, dels i form av en särskild kurs i ftisiologi, som skall genomgås under det s.k. fria kliniska stadiet. Kursen i ftisiologi omfattar en månad, under vilken de studerande följer 10 timmar föreläsningar eller demonstrationer samt deltar i det praktiska arbetet vid lungklinik och eventuellt vid centraldispensär i omfattning motsvarande halvdagsarbete under 14 dagar. Kursen i ftisiologi kan kombineras med kurs i annat ämne.

Undervisning i *kirurgi* påbörjas under det propedeutiska året med en översiktskurs. Under en huvudkurs i kirurgi under den åttonde terminen ges 120 timmar kliniska och 60 timmar polikliniska föreläsningar. Av undervisningen har 25 undervisningstimmar ansetts böra falla på läraren i ortopedi, om denne undervisar i ortopedi i trängre mening, och 55 timmar, om denne har att behandla hela skelettkirurgin. Enligt gällande studieplaner meddelas inom ramen för kursen även undervisning med i anestesiologi 8 à 10 timmar, thoraxkirurgi 6 à 12 timmar, neurokirurgi 4 à 8 timmar, plastikkirurgi 4 à 12 timmar och odontologi 4 à 5 timmar samt i socialmedicin.

De studerande deltar vidare under 20 timmar i samundervisning mellan medicin och kirurgi i form av kliniska konferenser. Det har därjämte förutsatts, att vissa andra ämnesrepresentanter skall meddela undervisning i sina ämnen under kirurgikursen, däribland i röntgendiagnostik med 40 timmar föreläsningar och demonstrationer, i patologi med 20 timmar konferenser samt i klinisk bakteriologi, klinisk kemi och klinisk fysiologi med för varje ämne 10 timmar föreläsningar och demonstrationer.

Under kirurgikursen deltar de studerande bl.a. i det praktiska arbetet på

vårdavdelningar och poliklinik vid kirurgiska, ortopediska m.fl. kliniker. Det har vidare förutsatts, att de studerande skall delta i ca 10 timmar praktiska övningar i odontologi.

Enligt propositionen 1954:212 skall under senare delen av kirurgiterminen även undervisning meddelas i radioterapi med tumördiagnostik. Undervisning ges under 15 timmar och omfattar dels en kortare serie föreläsningar, dels en serie demonstrationer av lämpliga fall. Vidare har förutsatts, att de studerande under 14 dagar under kirurgiterminen skall tjänstgöra på radioterapeutisk avdelning eller poliklinik.

Undervisningen i kirurgi avslutas under medicine licentiatexamens tredje avdelning med tre månaders assistenttjänstgöring vid kirurgisk klinik vid annat sjukhus än undervisningssjukhus. Kunskapskontrollen sker genom deltentamen i ortopedi under kursen i kirurgi och genom tentamen i kirurgi efter avslutad assistenttjänstgöring.

2.4.2. Tidigare diskussion

LUK diskuterade ingående uppläggningen av undervisningen i ämnet *medicin* och betonade mycket starkt, att — trots rådande specialisering inom sjukvården — undervisningen i ämnet medicin inte fick splittras. Professorn i invärtesmedicin borde därför enligt LUK vara ansvarig för planeringen av undervisningen i hela ämnet och ge dess olika grenar en lämplig omfattning i förhållande till deras betydelse för allmänläkarens verksamhet. Företrädare för specialgrenarna av medicinen borde vid behov och på anmodan av huvudläraren i medicin kunna träda in och meddela undervisning i sitt specialfack. Vi hänvisar till vad i denna fråga anförs under avsnittet om undervisning i neurologi (2.5.3.14.). Den slutliga kunskapskontrollen borde ske i tentamen i invärtesmedicin.

I prop. 1954:212 underströk departementschefen ytterligare vikten av den enhetliga ledningen vid undervisningen i ämnet medicin. Han förutsatte att huvudläraren delgav undervisningsnämnden sin plan för utnyttjandet av tillgängliga specialister i undervisningen och att nämnden med lämpliga mellanrum anordnade överläggningar mellan de olika lärarna om hithörande undervisningsproblem.

Erfarenheter av den nuvarande studieordningen har redovisats och förslag till ändringar av denna framförts vid bl.a. en av universitetskanslersämbetet under medverkan av AIS-kommittén anordnad konferens rörande undervisningen under den s.k. medicinterminen m.m. i Stockholm den 12 april 1962 med representanter från de medicinska lärosätena och Sveriges förenade studentkårer. Flera ämnesföreträdare anförde att det långa tidsavståndet mellan översiktskursen i medicin och kursen i kliniska undersökningsmetoder å ena sidan samt medicinkursen å andra sidan var till nackdel för undervisningen och önskade ett närmande i tiden mellan dessa undervisningsmoment. Från flera ämnesrepresentanters sida framhölls vidare att de s.k. laboratorieämnena klinisk kemi och klinisk fysiologi tog alltför mycket tid från den egentliga medicinundervisningen. Även om vissa delade meningar förelåg, syntes erfarenheten av den s.k. konferensundervisningen under medicinkursen i huvudsak vara god. Man efterlyste vidare ökade möjligheter att anordna gruppundervisning i stället för föreläsningar.

AIS-kommittén fann i sitt betänkande att man anfört bärkraftiga skäl för att inordna undervisningen i ftisiologi i kursen i medicin. Kommittén föreslog

sålunda att den särskilda kursen i ftisiologi skulle utgå och motsvarande undervisning i huvudsak meddelas under medicinkursen. Av den nuvarande undervisningen i ftisiologi syntes dock omkring 4 timmar avse tuberkulosens epidemiologi. Denna del borde därför lämpligen överföras till kursen i klinisk epidemiologi under det s.k. fria kliniska stadiet. Under denna kurs syntes då även demonstration av verksamheten vid centraldispensär böra anordnas. Om de särskilda visitronderna vid lungklinik slopades, borde enligt kommittén återstående 6 timmar föreläsningar utan svårighet kunna inrymmas i medicinkursen.

Läkarna vid lungklinikerna borde vidare enligt AIS-kommittén ingå i den stab, som meddelade undervisning och gav handledning i internmedicin, varvid de närmast borde ha att avhandla lungsjukdomarna. Det förutsattes att de studerande vid en sådan anordning skulle fullgöra minst två veckors tjänstgöring på lungklinik under medicinterminen.

AIS-kommittén fann inte anledning föreslå ytterligare förändringar av undervisningen under medicinkursen. Med hänsyn till de framförda önskemålen om en mera omfattande gruppundervisning erinrades om att studieplanerna i medicin redan anvisade möjlighet till utbyte mellan olika undervisningsformer. AIS-kommittén fann det önskvärt att gruppundervisning anordnades för sådana avsnitt av kursen, där denna undervisningsform bedömdes vara av särskilt stort värde.

Vid remissbehandlingen tillstyrktes AIS-kommitténs förslag att förlägga större delen av undervisningen i ftisiologi till medicinterminen av de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå. Mot medicinska fakultetens i Umeå yttrande i denna del anmäldes dock reservation av professorn N. Törnblom. Övriga remissinstanser yttrade sig inte beträffande ftisiologiundervisningens anordning.

Fakulteten i Göteborg framhöll att man därstädes inte torde kunna genomföra en obligatorisk tjänstgöring om 14 dagar på lungklinik. Om i stället lungkliniken inordnades bland de kliniker, som skulle utnyttjas för studenternas avdelningstjänstgöring under medicinterminen och detta skedde på bästa sätt med hänsyn till lokala förutsättningar, ansåg sig fakulteten kunna acceptera förslaget rörande undervisningen i ftisiologi.

I en särskild skrivelse, fogad till fakultetens i Lund yttrande, anförde laboratorn E. von Rosen att det låg i linje med lungläkarnas önskemål att ftisiologiundervisningen fördes in i ett vidare sammanhang och blev en del av den internmedicinska undervisningen i lungsjukdomar under ledning av en lungspecialist och i nära anslutning till undervisningen i invärtesmedicin i övrigt.

Fakulteten i Uppsala underströk betydelsen av att den bundna undervisningen schematekniskt placerades på sådant sätt, att den praktiska tjänstgöringen inte blev onödigtvis uppsplittrad. Man borde sträva efter att få en möjligast sammanhängande period av bunden undervisning på viss del av studiedagen, placerad så att tjänstgöring på avdelning och poliklinik m.m. blev effektiv.

Vid sin behandling av ämnet *kirurgi* framhöll LUK, att grundprincipen vid undervisningen i detta ämne måste vara, att de studerande deltog som medhjälpare med ett visst ansvar i arbetet på den kirurgiska kliniken och att de genom demonstrationer, ronder, kliniska konferenser och praktiska övningar bibringades de väsentliga kunskaperna i kirurgi. Genom föreläsningar och demonstrationer av lämpligt valda fall skulle

de studerande få fullgoda översikter av ämnesområden, där läroböckerna ej lämnade lämpligt material på grund av nytillkomna rön eller där undervisningen måste ta hänsyn till en rad psykologiska omständigheter och förhållanden, som inte kunde inhämtas via läroböckerna. Undervisning vid sjuksängen och i smärre grupper borde enligt LUK mera än tidigare komma till användning. Härigenom skulle de studerande få större möjligheter att analysera fallen och lära sig diagnostik och terapi. Speciell hänsyn borde därvid kunna tas till förhållanden i öppen läkarvård etc.

LUK ansåg vidare bl.a. att en intimare kontakt med såväl teoretiska som kliniska discipliner i framtiden skulle vara av grundläggande betydelse för hela utbildningen och undervisningen i kirurgi. Inplaceringen av ifrågavarande undervisning i ett schema borde ankomma på cheferna för respektive kirurgiska och ortopediska kliniker i samråd med övriga lärare under kirurgikursen.

LUK:s förslag till uppläggning av kirurgikursen föranledde ingen statsmakternas erinran.

Vid en av universitetskanslersämbetet under medverkan av AIS-kommittén anordnad konferens rörande undervisningen under den s.k. kirurgiterminen i Stockholm den 24 september 1962 diskuterades denna undervisningsfråga med representanter från de medicinska lärosätena och Sveriges förenade studentkårer. Flera ämnesföreträdare framhöll att den totala schemabundna undervisningen under kirurgiterminen hade alltför stor omfattning, vilket försvårade för de studerande att delta i det praktiska sjukvårdsarbetet. Behovet av ytterligare lärarkrafter på mellannivå för olika undervisningsmoment såsom ronder, gruppundervisning och annan handledning underströks starkt. Om undervisningen i röntgendiagnostik anfördes att denna undervisning hade förhållandevis stor omfattning under kirurgikursen och att föreläsningsundervisningen borde begränsas till förmån för gruppundervisning. Detta hade för övrigt redan skett vid vissa lärosäten. Vidare föreslogs en överflyttning av undervisningen i odontologi från kirurgikursen till kursen i oto-rhino-laryngologi, en anordning som redan hade prövats vid något lärosäte.

Företrädarna för radioterapi med tumördiagnostik anmälde vid nämnda konferens att svårigheter uppkommit att anordna den praktiska tjänstgöringen i ämnet på sätt som förutsatts. Med anledning härav föreslog de att tidpunkten för denna praktiska tjänstgöring skulle senareläggas och helst utformas såsom en fristående tjänstgöring. Med hänsyn till radioterapins nära beröring även med oto-rhino-laryngologi förordades en uppdelning av föreläsnings- och demonstrationsundervisningen på kirurgikursen och öronkursen. Vidare föreslogs en utökning av undervisningen i radioterapi med 10 timmar.

AIS-kommittén fann det angeläget att man på olika sätt sökte avlasta kirurgiterminen från en del av den schemabundna undervisningen för att därigenom underlätta för de studerande att delta i det praktiska sjukvårdsarbetet. Kommittén biträdde därför förslaget om en viss nedskärning av undervisningen i röntgendiagnostik under kirurgikursen, så att undervisningen skulle komma att omfatta ca 20 timmar för varje studerande. Det ansågs angeläget att denna undervisning i stor utsträckning bedrevs såsom gruppundervisning och inte såsom föreläsningsundervisning i traditionell form. I detta sammanhang erinrades om att redan LUK förutsatt, att de studerande utöver den särskilda undervisningen i ämnet skulle — i samband med det dagliga sjukvårdsarbetet — delta i vissa demonstrationer av röntgenbilder. Även

AIS-kommittén förutsatte att de studerande deltog i sådana röntgenronder, vilka som ett naturligt led ingick i det praktiska arbetet vid kliniken.

AIS-kommittén biträdde därjämte förslaget om överförande av undervisningen i odontologi till kursen i oto-rhino-laryngologi. Det hade framkommit, att de praktiska övningarna i odontologi inte fått den förutsatta omfattningen av 10 timmar för varje studerande. Den undervisning som föreslogs överflyttad till öronkursen omfattade sålunda ca 5 timmar föreläsningar jämte några timmar praktiska övningar.

Vidare föreslog AIS-kommittén, att undervisningen i radioterapi med tumördiagnostik skulle delas upp i tre delar, varav en skulle förläggas till kursen i kirurgi, en till kursen i oto-rhino-laryngologi samt en till kursen i obstetrik och gynekologi.

AIS-kommittén fann inte anledning att föreslå andra förändringar av undervisningen under kirurgiterminen än vad sålunda anförts. Kommittén erinrade bl.a. om den relativt stora frihet beträffande utbyte mellan olika undervisningsformer som studieplanerna medgav.

Remissinstanserna ställde sig mycket tveksamma till AIS-kommitténs förslag att begränsa undervisningen i röntgendiagnostik. Ämnets stora vikt för det kliniska arbetet betonades genomgående. Medicinska fakulteten i Göteborg ansåg att ämnet borde bli examensämne och i avvaktan på att så blev fallet borde ett förhör införas i slutet av kirurgiterminen. Krav på förhör i ämnet framfördes även av medicinska fakulteten i Umeå och Sveriges förenade studentkårer. Fakulteterna i Uppsala och Lund avstyrkte en nedskärning av ämnet, medan fakulteten i Göteborg sade sig kunna acceptera en begränsning av antalet föreläsningar under förutsättning att gruppundervisning infördes så att timantalet för de studerande blev oförändrat.

Uppdelningen av ämnet radioterapi med tumördiagnostik och dess delvisa överföring till andra kurser än kirurgikursen tillstyrktes av fakulteterna i Uppsala, Göteborg och Umeå. Fakulteten i Lund ställde sig däremot tveksam till förslaget och hänvisade till en särskild skrivelse av professorn H. Wulff, som bl.a. framhöll följande.

> Enligt min bestämda uppfattning och efter en nu snart 20-årig erfarenhet är det uppenbart att undervisningen i radioterapi i mycket stor utsträckning hör intimt samman med undervisningen i kirurgi. Den moderna kirurgin har på ett helt annat sätt än tidigare samarbete med radioterapi och även ur diagnostisk synpunkt är kirurgi och radioterapi synnerligen intimt sammanbundna.

Samtliga remissinstanser tillstyrkte att undervisningen i odontologi överfördes från kirurgikursen till kursen i oto-rhino-laryngologi.

2.4.3. Överväganden och förslag

2.4.3.1. Medicin

Enligt våra direktiv har vi att överväga frågan, huruvida assistenttjänstgöringarna helt eller delvis skall utgå ur grundutbildningen och inordnas i den föreslagna allmänna utbildningsperioden. Därvid skall vi särskilt pröva möjligheterna att alltjämt låta tentamen i examensämnet medicin ingå i den avslutande delen av grundutbildningen.

Grundutbildningen skall enligt direktiven begränsas till ca fem och ett halvt år. Möjlighet finns att inom ramen för denna utbildningstid helt eller delvis bibehålla assistenttjänstgöringarna. Detta kan dock endast ske under förutsättning att man radikalt begränsar undervisningen i de kliniska specialämnena. En sådan åtgärd skulle emellertid väsent-

ligt ändra dessa ämnens ställning i utbildningen och strida mot direktivens målsättning att den nuvarande studieordningens huvuddrag skall bibehållas. Dessutom skulle möjligheterna försvåras att åstadkomma ett närmande beträffande den medicinska grundutbildningen mellan de nordiska länderna, vilka vi har att undersöka (jfr redogörelsen i avsnittet 1.4.1.1. för grundutbildningen i de nordiska länderna).

I kapitlet om vidareutbildningen kommer vi att föreslå, att assistenttjänstgöringen i medicin liksom övriga assistenttjänstgöringar helt utgår ur grundutbildningen och inordnas i den allmänna utbildningsperioden.

Vad gäller kunskapskontrollen i medicin kommer vi att föreslå, att kursen i ämnet avslutas med en tentamen för betygsgraden godkänd (2.4.3.3.), samt att därefter en ytterligare kunskapskontroll äger rum sedan tjänstgöringen vid medicinsk och kirurgisk klinik under allmänutbildningen fullgjorts (3.2.3.).

Målsättningen för studiekursen i medicin bör enligt vår mening vara att bibringa de studerande sådana teoretiska och praktiska kunskaper i diagnostik och behandling av invärtesmedicinska sjukdomar, som fordras såsom grund för tjänstgöringen under allmänutbildningen och för den fortsatta vidareutbildningen som läkare. Den teoretiska undervisningen och det praktiska arbetet under kursen bör planeras med hänsyn till denna målsättning och med tanke på att kursen skall avslutas med kunskapskontroll.

Vi har tidigare redovisat vårt förslag till uppläggning av det propedeutiska stadiet. Förslaget innebär bl.a., att läsåret förlängs med sex à sju veckor, att sluttentamen i patologi avläggs redan under året samt att de olika s.k. översiktskurserna sammanförs till en kurs i klinisk propedeutik, vars avslutande del även bör omfatta viss avdelningstjänstgöring. Kursen i klinisk propedeutik är avsedd att vara en direkt inledning till huvudkursen i medicin. Vi anser att de studerande härigenom kommer att vara väl förberedda för både den teoretiska undervisningen och det praktiska arbetet under kursen i medicin. Några förändringar beträffande den totala undervisningsvolymen under huvudkursen i medicin torde därför inte vara erforderliga.

Flera ämnesrepresentanter har påpekat att undervisningen i de s.k. laboratorieämnena tar alltför mycket tid från den egentliga medicinundervisningen (2.4. 2.). Detta bör enligt vår mening kunna undvikas genom att en del av den särskilda undervisning, som skall meddelas av vederbörande ämneslärare och samordnas med den kliniska undervisningen i medicin, nämligen den i klinisk kemi, klinisk fysiologi och klinisk bakteriologi, omfattande ca 10 timmar i vart och ett av ämnena, i lämpliga delar ges som gemensamundervisning med lärare i medicin inom ramen för de kliniska och poliklinska föreläsningarna i ämnet.

Vi vill här påpeka att det i prop. 1954:212 förutsatts att lärare i neurologi skall medverka i kliniska konferenser med andra ämnen. Ämnesföreträdare i medicin har för oss framhållit värdet av att man utnyttjar denna möjlighet att meddela viss neurologiundervisning under kursen i medicin. En dylik samundervisning mellan medicin och neurologi skulle kunna omfatta ungefär 6 timmar och ges inom ramen för medicinkursen.

Vi anser vidare, att undervisningen i ftisiologi bör utformas i enlighet med AIS-kommitténs av fakulteterna i huvudsak godtagna förslag (2.4.2.).

Vi föreslår att undervisningen under kursen i medicin anordnas på följande sätt.

Nuvarande särskilda kurs i ftisiologi under det kliniska stadiet utgår och mot-

svarande undervisning meddelas i huvudsak under medicinkursen. Av den nuvarande undervisningen i ftisiologi bör omkring 4 timmar omfatta tuberkulosens epidemiologi. Dessa timmar överförs till kursen i infektionsmedicin (= klinisk epidemiologi), under vilken bl.a. verksamheten vid centraldispensär bör demonstreras. Resterande 6 föreläsningstimmar infogas i undervisningen inom ramen för huvudkursen i medicin.

De lungmedicinska sjukhus och kliniker, som har anknytning till medicinsk fakultet, ställs till läkarutbildningens förfogande för den praktiska tjänstgöringen under medicinterminen. Läkarna vid lungklinikerna bör ingå i den stab som meddelar undervisning och ger handledning under medicinkursen, varvid de närmast bör ha att avhandla lungsjukdomarna. De studerande bör fullgöra ca två veckors tjänstgöring vid lungklinik. Nuvarande visitronder vid lungkliniker under medicinkursen bör härigenom kunna slopas. Den kliniska rondundervisningen under medicinkursen förutsätts minska med 5 timmar och sålunda omfatta 35 timmar.

Viss undervisning i neurologi bör vidare meddelas under huvudkursen i medicin. Den bör lämpligen omfatta ca 6 timmar och genomföras som samundervisning mellan lärare i medicin och neurologi.

En del av den särskilda undervisning, som skall meddelas av respektive ämneslärare och samordnas med den kliniska undervisningen i medicin, nämligen den i klinisk kemi, klinisk fysiologi och klinisk bakteriologi, omfattande ca 10 timmar i varje ämne, bör i viss utsträckning meddelas som gemensamundervisning med läraren i medicin inom ramen för de kliniska och polikliniska föreläsningarna i ämnet.

Vi har tidigare föreslagit att patologiundervisningen under medicin-kirurgiåret skall utökas med 20 demonstrationstimmar för att möjliggöra anordnandet av särskilda obduktionsdemonstrationer för de studerande, som enligt gällande studieplaner har att bevista obduktioner av avlidna patienter som de haft hand om under sin tjänstgöring vid kliniken. För detta ändamål skall under kursen i medicin anslås ca 10 timmar.

Vad gäller undervisningen i övrigt föreslår vi ingen ändring av innehållet i gällande studieplaner för ämnet medicin.

Beträffande kunskapskontrollen i medicin hänvisar vi till avsnittet 2.4.3.3.

Vi föreslår vidare att tid också skall reserveras för de studerandes bokliga studier. Särskilt gäller detta terminens sista veckor då de studerande bör befrias från praktiskt arbete för att helt kunna ägna sig åt tentamensläsning. Under denna tid bör de studerande förberedas för den avslutande tentamen genom repetitorier av kursen, bl.a. i seminarie- och konferensform under medverkan av kursens olika lärare. Den inskränkning av den praktiska tjänstgöringen, som kan bli en följd härav, får anses bli kompenserad genom att viss praktisk tjänstgöring påbörjas redan under det propedeutiska årets avslutande veckor. I detta samanhang vill vi framhålla, att vi i kapitlet om vidareutbildningen kommer att föreslå att tjänstgöringen vid medicinsk klinik under den för alla läkare obligatoriska allmänutbildningen skall omfatta sex månader, dvs. två månader mera än nuvarande assistenttjänstgöring i medicin.

Vi har i avsnittet 2.1.3.3. föreslagit att inom utbildningsnämnden skall bildas en särskild avdelning för det kliniska stadiet med uppgift bl.a. att leda och övervaka utbildningen under medicin-kirurgiåret. Vi anser att prefekten för medicinska kliniken eller — om vid kliniken finns mera än en lärartjänst — vederbörande institutionskollegium skall göra upp för-

slag till undervisningsplan för hela kursen och ge dess olika delar en lämplig omfattning i enlighet med vad som förutsatts i prop. 1954:212. Förslaget bör därefter behandlas i utbildningsnämndens avdelning för det kliniska stadiet samt fastställas av fakulteten. I fråga om undervisningens utformning har man påpekat, att den schemabundna undervisningen f.n. alltför mycket inkräktar på de studerandes möjligheter att delta i det praktiska sjukvårdsarbetet. Vi vill därför framhålla, att det är viktigt att schemaläggningen av den teoretiska undervisningen sker så att den praktiska tjänstgöringen inte splittras i onödan. Undervisningen bör om möjligt förläggas till bestämda delar av dagen för att göra avdelnings- och poliklinikt jänstgöringarna så effektiva som möjligt.

2.4.3.2. Kirurgi

Vad vi i våra överväganden rörande examensämnet medicin anfört om assistenttjänstgöring, tentamen och förberedande undervisning under det propedeutiska året gäller också för examensämnet kirurgi. Vi kommer sålunda i kapitlet om vidareutbildningen att föreslå, att den nuvarande assistenttjänstgöringen i kirurgi, som omfattar tre månader, överförs till den föreslagna allmänutbildningen efter medicine licentiatexamen. Vi kommer vidare i avsnittet 2.4.3.3. att föreslå, att en tentamen för betygsgraden godkänd avslutar kursen i kirurgi samt i 3.2.3. att en ytterligare kunskapskontroll i kirurgi följer efter fullgjord allmänutbildning vid medicinsk och kirurgisk klinik.

Målsättningen för studiekursen i kirurgi bör enligt vår mening vara att bibringa de studerande sådana teoretiska och praktiska kunskaper i diagnostik och behandling av kirurgiska sjukdomar, som fordras såsom grund för tjänstgöringen under allmänutbildningen och för den fortsatta vidareutbildningen som läkare.

Med hänsyn till kirurgiämnets stora betydelse i läkarutbildningen torde det inte vara lämpligt att under huvudkursen minska undervisningsvolymen i ämnet. Vi anser sålunda, att den del av undervisningen, som enligt gällande studieplaner skall ägnas åt olika specialområden av kirurgin, bör vara i huvudsak oförändrad.

Vi vill vidare erinra om vårt förslag att inordna översiktskursen i kirurgi under det propedeutiska året i en kurs i klinisk propedeutik. De delar av den nuvarande översiktskursen, som inte lämpar sig för undervisning under det propedeutiska stadiet, bör i stället inleda kursen i kirurgi. Detta gäller framför allt praktiska övningar och demonstrationer, som rör elementär operationslära.

I likhet med AIS-kommittén anser vi det vara lämpligt, att undervisningen i odontologi överförs till kursen i oto-rhino-laryngologi.

Beträffande undervisningen i neurokirurgi vill vi framhålla, att det torde vara lämpligt att alltid förlägga föreläsningarna i neurotraumatologi till kursen i kirurgi. Vi kommer att behandla undervisningen i neurokirurgi i avsnittet om neurologi (2.5.3.14.).

I ett specialområde av kirurgin, nämligen den abdominella gynekologin, bedrivs f.n. inte någon särskild undervisning under kursen i kirurgi. Den abdominella gynekologin ligger emellertid mycket nära den abdominella kirurgin i fråga om diagnostik och terapi. I synnerhet är detta fallet beträffande differentialdiagnostiska överväganden vid akuta buksjukdomar. Det förhållandet att de gynekologiska åkommor, som ger akuta buksymtom, inte behandlas under medverkan av gynekolog under kursen i kirurgi kan te sig som en brist i kirurgiun-

dervisningen. Det skulle därför vara lämpligt att ett avsnitt om den abdominella gynekologin lades in under kirurgikursen, lämpligen under dess senare del. Denna undervisning borde kunna ske antingen som en kort föreläsningsserie, förslagsvis högst 5 föreläsningstimmar, som hålls av en gynekolog eller företrädesvis som samundervisning med deltagande av en allmänkirurg och en gynekolog efter en kort inledande översikt av gynekologen. Förutom det rent praktiska värde, som detta ger för de studerande, bör ett sådant undervisningsavsnitt på ett pedagogiskt lämpligt sätt belysa den abdominella kirurgins odelbarhet.

Under kursen i kirurgi skall även ges särskild undervisning i klinisk bakteriologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, patologi, radioterapi med tumördiagnostik samt röntgendiagnostik. Undervisning i dessa avsnitt bör meddelas av respektive ämneslärare och samordnas med den kliniska undervisningen i kirurgi.

Den särskilda undervisningen i klinisk bakteriologi, klinisk fysiologi och klinisk kemi, som omfattar ca 10 timmar i vart och ett av dessa ämnen, torde på samma sätt som motsvarande undervisning under kursen i medicin i lämpliga delar kunna medelas i form av gemensamundervisning med lärare i kirurgi inom ramen för de kliniska och polikliniska föreläsningarna i ämnet.

Undervisningen i radioterapi med tumördiagnostik respektive röntgendiagnostik kommer vi att behandla i avsnitten 2.5.3.17. och 2.5.3.18. Vi vill här endast omtala, att vi i likhet med AIS-kommittén anser att föreläsningarna i röntgendiagnostik bör kunna minskas till förmån för handledningsundervisning på röntgenavdelning. Vi har emellertid ställt oss tveksamma till AIS-kommitténs förslag att överföra större delen av undervisningen i radioterapi med tumördiagnostik till kursen i oto-rhino-laryngologi. Vi anser nämligen i likhet med bl.a. professorn H. Wulff, att vissa pedagogiska skäl talar för att undervisningen i radioterapi med tumördiagnostik bör ske i samband med undervisningen i kirurgi. Det skulle dock enligt vår mening medföra betydande fördelar, framför allt från schemateknisk synpunkt, att förlägga den praktiska tjänstgöringen i radioterapi till kursen i oto-rhino-laryngologi. Om detta genomförs bör emellertid några visitronder anordnas vid radioterapeutisk klinik under kursen i kirurgi.

Vi föreslår således att undervisningen under huvudkursen i kirurgi anordnas på följande sätt.

Huvudkursen i kirurgi inleds med praktiska övningar och demonstrationer i elementär operationslära, omfattande ca 5 timmar.

Undervisningen i odontologi överförs till kursen i oto-rhino-laryngologi (2.5.3. 9.).

De till undervisningen i neurokirurgi hörande föreläsningarna i neurotraumatologi, omfattande 6 à 8 timmar, förläggs till kursen i kirurgi (2.5.3.14.).

De ca 5 undervisningstimmar, som frigörs genom den av oss föreslagna förflyttningen av undervisningen i odontologi, ägnas åt abdominell gynekologi. Undervisningen kan antingen ske som en kort föreläsningsserie, som hålls av en gynekolog, eller företrädesvis som gemensamundervisning med deltagande av en allmänkirurg och en gynekolog efter en kort inledande översikt av gynekologen.

Den särskilda undervisningen i klinisk bakteriologi, klinisk fysiologi och klinisk kemi, som omfattar ca 10 timmar i vart och ett av ämnena, meddelas i lämpliga delar i form av gemensamundervisning med lärare i kirurgi inom ramen för de kliniska och polikliniska föreläsningarna i ämnet.

För de i avsnittet 2.3.3.5. föreslagna obduktionsdemonstrationerna som skall anordnas under kursen i kirurgi anslås ca 10 timmar.

Under kursen i kirurgi ges 14 timmar föreläsningar i radioterapi med tumördiagnostik, varav 4 timmar ingår som gemensamundervisning i huvudkursen i kirurgi. Den praktiska tjänstgöringen förläggs till kursen i oto-rhino-laryngologi. Övriga förslag beträffande radioterapin redovisas i avsnittet 2.5.3.17.

Förslaget om undervisningen i röntgendiagnostik återfinns i avsnittet 2.5.3. 18. Detta innebär, att de studerande under kursen i kirurgi skall följa ca 20 timmar föreläsningar och demonstrationer varjämte de under ca 20 timmar skall handledas i det praktiska arbetet på röntgenavdelning.

Vad gäller undervisningen i övrigt föreslår vi ingen ändring av innehållet i gällande studieplaner för ämnet kirurgi.

I fråga om kunskapskontrollen i kirurgi hänvisar vi till avsnittet 2.4.3.3. För att de studerande skall få tid till tentamensläsning bör de befrias från praktiskt arbete under de sista veckorna av terminen. Under denna tid bör de förberedas för den avslutande tentamen genom repetitorier av kursen, bl.a. i seminarie- och konferensform under medverkan av kursens olika lärare. Den inskränkning av den praktiska tjänstgöringen som kan bli en följd härav får anses kompenserad genom vårt förslag i avsnittet 3.1.4.2. innebärande att i den för alla läkare obligatoriska allmänutbildningen skall ingå sex månaders tjänstgöring vid kirurgisk klinik.

Vi anser att prefekten för den kirurgiska kliniken eller — om vid kliniken finns mera än en lärartjänst — vederbörande institutionskollegium skall göra upp förslag till undervisningsplan för hela kursen och ge dess olika delar en lämplig omfattning i enlighet med vad som förutsatts i prop. 1954:212. Förslaget bör därefter behandlas i utbildningsnämndens avdelning för det kliniska stadiet (2.1.3.3.). Vad angår undervisningens utformning, framför allt beträffande förhållandet mellan den schemabundna undervisningen och de studerandes deltagande i det praktiska sjukvårdsarbetet, hänvisar vi till vad vi anfört härom i avsnittet om ämnet medicin.

2.4.3.3. Kunskapskontroll

Enligt vårt utredningsuppdrag har vi att särskilt pröva möjligheterna att alltjämt låta tentamen i examensämnet medicin ingå i den avslutande delen av grundutbildningen. Vid våra överväganden i denna fråga har vi förutsatt att kunskapsfordringarna i medicin och kirurgi fortfarande skall svara mot vad som i dag krävs av varje läkare. Med utgångspunkt härifrån har vi med representanter för de medicinska fakulteterna diskuterat möjligheten att tidigarelägga tentamen i dessa ämnen. Tre alternativ för tentaminas placering har varit föremål för diskussion, nämligen a) tentamen omedelbart efter respektive kurs, b) tentamen sedan samtliga kliniska kurser genomgåtts och c) tentamen efter fullgjord allmänutbildning vid medicinsk och kirurgisk klinik. Av berörda lärare har påpekats att den nuvarande ordningen med tentamen efter assistenttjänstgöring i respektive ämne ger möjlighet till fördjupade studier och klinisk erfarenhet som gör att kunskaperna i ämnena ökar. Man har framhållit att tidigarelagda sluttentamina måste medföra en sänkt kunskapsnivå. Vidare har sagts att det skulle bli svårt att bereda tid för tentamensläsning under slutet av kurserna. Under den omedelbart efter medicinkursen följande kursen i kirurgi skulle möjlighet inte ges till kompletterande tentamensstudier i invärtesmedicin. Inte heller har det ansetts vara någon fördel att placera tenta-

men omedelbart efter genomgång av samtliga kurser under det kliniska stadiet. De studerande skulle nämligen under de övriga kliniska kurserna inte få möjlighet att mera ingående studera ämnena invärtesmedicin och kirurgi. För detta fordras ytterligare tjänstgöring i ämnena, under vilken tid de studerande finge möjlighet att vidga sina kunskaper. Vi har därför ansett det lämpligt att förlägga de slutliga tentamina i invärtesmedicin och kirurgi efter fullgjord allmänutbildning vid medicinsk och kirurgisk klinik.

De slutliga tentaminas utformning kommer vi att behandla i kapitlet om läkarexamen.

Eftersom läkarna skall tjänstgöra på sjukhus under allmänutbildningen, synes någon form av examination i medicin och kirurgi böra ske under medicine licentiatstudierna för kontroll av att de studerande förvärvat sådan grundläggande teoretisk kunskap och praktisk utbildning i diagnostik och behandling av invärtes respektive kirurgiska sjukdomar, som fordras av honom för hans verksamhet som läkare. Kunskapskontrollen skulle kunna ha formen av ett kursförhör eller av en mindre tentamen direkt i anslutning till respektive kurs under fjärde studieåret. I detta sammanhang vill vi påpeka, att 1963 års forskarutredning har föreslagit att de medicinska studierna skall innehålla en för teoretiker och kliniker gemensam basutbildning, väsentligen motsvarande innehållet i de fyra första studieåren och avslutad med en examen benämnd medicine kandidatexamen. I denna examen föreslås ingå slutförhör i medicin och kirurgi.

LUK diskuterade i sitt betänkande den principiella skillnaden mellan tentamen och slutförhör. Tentamen borde enligt LUK:s mening ske i ämnen av större omfattning och betydelse, nämligen i de teoretiska ämnena samt i de kliniska huvudämnena medicin, kirurgi, pediatrik och psykiatri samt i ämnet socialmedicin. I de kliniska specialämnena borde kunskapskontrollen ske i form av slutförhör. Departementschefen fann emellertid i likhet med universitetskanslern skäl inte föreligga att upprätthålla skillnaden mellan slutförhör och tentamen.

Även om assistenttjänstgöringarna utgår ur grundutbildningen, blir medicin och kirurgi alltjämt huvudämnen i medicine licentiatexamen. Med hänsyn härtill och då kunskapskontroll i övriga kliniska ämnen sker i form av tentamen förefaller det konsekvent, att i grundutbildningen ingående kunskapskontroll i medicin och kirurgi får formen av tentamen. Fordringarna måste dock avpassas till den nya studieplanen på sådant sätt, att tentamen normalt kan avläggas i anslutning till kursens slut och inom kurstidens ram. Vid bedömningen av kunskapsstoffets omfång måste hänsyn också tas till den tentamen i medicin och kirurgi, som kommer att ske i anslutning till allmänutbildningen.

Vi föreslår sålunda, att kurserna i medicin och kirurgi avslutas med tentamina för betygsgraden godkänd och att dessa avläggs i omedelbar anslutning till respektive kurs.

2.5. Det kliniska stadiets andra del

2.5.1. Nuvarande förhållanden

Enligt gällande utbildningsplan omfattar andra avdelningen av medicine licentiatexamen förutom kurser i medicin och kirurgi kurser i följande ämnen. För varje kurs anges även kurstiden.

Dermato-venereologi: två månader,
klinisk epidemiologi: två månader,
ftisiologi: en månad,
hygien: två månader,

krigsmedicin: en månad,
obstetrik och gynekologi: tre månader,
oftalmiatrik: två månader,
oto-rhino-laryngologi: två månader,
neurologi: två månader,
psykiatri: tre månader,
pediatrik: fyra månader,
socialmedicin: fyra månader samt
barnpsykiatri och rättsmedicin utan särskilt angiven tid.

De studerande får enligt utbildningsplanen samtidigt bevista kurser i två av följande ämnen, nämligen dermato-venereologi, klinisk epidemiologi, ftisiologi, hygien, krigsmedicin, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi. Kursen i rättsmedicin får genomgås samtidigt med en eller flera andra kurser. Kursen i neurologi skall genomgås under de två första månaderna av kursen i psykiatri. Vidare skall de studerande genomgå kurserna i pediatrik och socialmedicin samtidigt. Under kursen i pediatrik skall de studerande dessutom bevista kursen i barnpsykiatri. I prop. 1954:212 förutsattes emellertid, att pediatrikkursen efter universitetskanslersämbetets medgivande skulle kunna ges under tre månader utan kombination med socialmedicin. Huvudkursen i socialmedicin borde då anordnas som en fristående kurs under en månad och få kombineras med någon av de kombinerbara kurserna.

Av de i det kliniska stadiet ingående kurserna får endast kurserna i hygien, oftalmiatrik, krigsmedicin och rättsmedicin fullgöras efter kurserna i pediatrik, socialmedicin och barnpsykiatri. Detta förhållande binder sålunda de sistnämnda tre kurserna till en relativt sen placering under det fria kliniska stadiet. I det fall den ovan antydda möjligheten utnyttjas att anordna kursen i socialmedicin fristående från kursen i pediatrik, har det av schematekniska skäl inte varit möjligt att bibehålla kravet på att vissa andra kurser skall vara fullgjorda före kursen i socialmedicin.

Inom ramen för här avsedda kurser skall, i den utsträckning som anses nödvändigt, meddelas dels fortsatt undervisning i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi, patologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, radioterapi med tumördiagnostik samt röntgendiagnostik, dels undervisning i andra ämnen, som anknyter till området för kurserna i fråga.

2.5.2. Tidigare diskussion

2.5.2.1. Utbildningens innehåll och omfattning

LUK framhöll i sitt betänkande, att utbildningen i de olika kliniska disciplinerna måste utformas med tanke på grundutbildningen som 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 ansågs som tidigare nämnts goda kunskaper i medicin, kirurgi, psykiatri och pediatrik vara grundläggande, varjämte socialmedicinen i framtiden förutsågs tillkomma som ett väsentligt moment i läkarens arbete. Dessa ämnen kallades kliniska huvudämnen.

De övriga kliniska ämnena betraktade LUK som specialämnen. LUK ansåg att kunskaper i de kliniska specialämnena skulle komma att fordras av allmänläkarna. Omfattningen av detta kunskapsbehov skulle dock bli beroende av den framtida utbyggnaden av specialistvården i de olika disciplinerna. I regel borde målet för grundutbildningen i specialämnena vara att ge en översiktlig kunskap om specialämnet och tillräcklig praktisk övning för att den blivande läkaren skulle kunna diagnostisera och behandla de vanligaste och enklaste sjukdomstillstånden samt tillräcklig kännedom om övriga tillstånd för att sätta lä-

karen i stånd att bedöma specialistens möjligheter. I de flesta fall skulle således allmänläkaren här bli en remitterande läkare. För den blivande specialläkaren ansågs situationen i fråga om alla kliniska specialämnen utom hans eget i väsentliga drag bli likartad. I grundutbildningen ansågs således samma omfattning behöva ges åt undervisningen i de kliniska specialämnena för såväl allmänläkaren som specialläkaren. I båda fallen avsågs blott att ge en medicinsk allmänbildning, som kunde kompletteras i vidareutbildningen, där detta krävdes för läkarens definitiva verksamhet.

I prop. 1954:212 instämde departementschefen i LUK:s här redovisade synpunkter. Han fann det synnerligen betydelsefullt, att man genom en tidigare specialisering anvisat en väg att begränsa studietiden för grundutbildningen till medicine licentiatexamen. Undervisningstiderna i de olika ämnena fick under inga förhållanden göras längre än vad som var oundgängligen nödvändigt med hänsyn till det uppställda utbildningsmålet.

Olika krav på förändringar av utbildningen i de kliniska specialämnena har framförts under senare år och redovisas av AIS-kommittén i dess betänkande. Vi återkommer till dessa frågor i samband med dels vår redovisning av tidigare diskussion om studieordningen (2.5.2. 2.), dels våra förslag till studieplaner för de olika ämnena (2.5.3.3.—2.5.3.19.).

2.5.2.2. *Studieordningen*

Beträffande studieordningen uttalade LUK, att allmän enighet rådde om att undervisningen i de teoretiska grundämnena, de propedeutiska kurserna samt den grundläggande undervisningen i medicin och kirurgi lämpligen borde ske enligt en bunden studieplan. Man kunde nämligen här påtagligt se en naturlig ordningsföljd mellan ämnena så till vida som kunskaper i ett ämne utgjorde en förutsättning för förståelsen av ett annat.

Vad åter gällde den resterande delen av utbildningen, dvs. studierna efter genomgångna medicin- och kirurgikurser, så hade i den tidigare diskussionen meningarna brutit sig om lämpligheten att här tillämpa en bunden studieordning. LUK hänvisade till att LS föreslagit en studieplan, som innebar en strängt fixerad studiegång. LUK fann emellertid för sin del, att starka skäl anförts för att bibehålla principen om en fri studieordning i detta avsnitt av studierna. Det bundna systemet hade uppenbara nackdelar, vilket påtalats från flera håll. Studieavbrott på grund av sjukdom, inkallelse till militärtjänstgöring, vetenskapligt arbete etc. kunde vid ett sådant system lätt förorsaka extra tidsförluster för de studerande utöver den tid själva studiehindret varade. En studerande, som tillfälligtvis måste avbryta studierna, var nämligen enligt detta system tvungen att vänta med att återuppta dessa till en efterföljande termin, då de kurser återkom, under vilka avbrottet hade skett. Om sådana förseningar uppträdde hopade på visst stadium, skulle detta kunna framkalla stockningar, som skulle bli mycket svåra att avhjälpa i ett stelt och osmidigt system. Detta medförde i sin tur väntetider för nya grupper av studerande.

LUK påpekade också, att när man som skäl för en bunden studieordning åberopade goda erfarenheter av ett sådant system i andra länder borde man komma ihåg de speciella förhållanden, som förelåg i vårt land beträffande bl.a. militärutbildningens anordning och de äldre medicine kandidaternas medverkan som vikarier i sjukvården.

I prop. 1954:212 framhöll departementschefen, att han i likhet med LUK inte funnit anledning att ifrågasätta en ändring av den rådande principen om

fri studieordning under det kliniska stadiet efter medicin- och kirurgikurserna.

AIS-kommittén förordade i princip ett bibehållande av den fria studiegången men ansåg att det fria kliniska stadiet borde byggas upp av fasta kurskombinationer, som borde vara desamma vid de olika läroanstalterna. Sådana kombinationer innebar den väsentliga fördelen, att man vid uppläggningen av undervisningen i ett visst ämne endast behövde ta hänsyn till förekomsten av samtidig undervisning i ett enda annat ämne. Härigenom förenklades samordningsproblemen avsevärt, och kurstiden ansågs kunna utnyttjas mera effektivt. Skillnaden mellan en obligatorisk och en fast kombination var den, att de studerande i det senare fallet hade frihet att gå endast den ena av de två i kombinationen ingående kurserna. När det gällde den inbördes ordningen mellan de i det fria kliniska stadiet ingående kurserna och kurskombinationerna ansågs det angeläget att uppställa så få fasta regler som möjligt.

AIS-kommitténs förslag beträffande kurskombinationer innebar, att det fria kliniska stadiet skulle bestå av följande kurser och fasta kurskombinationer. För varje kurskombination anges även tiden.

Obstetrik och gynekologi: tre månader,
psykiatri: tre månader,
dermato-venereologi jämte klinisk epidemiologi: två månader,
oto-rhino-laryngologi jämte hygien: två månader,
neurologi jämte oftalmiatrik: två månader,
pediatrik och barnpsykiatri jämte socialmedicin: fyra månader samt
krigsmedicin jämte grundkurs i civil krigssjukvård: en månad[1].

Kursen i rättsmedicin borde om möjligt genomgås i kombination med kursen i obstetrik och gynekologi.

Den minimitid i form av kurstid, som skulle fordras för genomgång av det fria kliniska stadiet, utgjorde sålunda enligt AIS-kommitténs förslag 17 månader. Detta innebar en utökning med en månad i förhållande till nuvarande studieordning. Härav ansågs dock en halv månad utgöra tid som reserverats för grundkurs i civil krigssjukvård.

Trots denna utökning av studietiden ansåg kommittén, att det lät sig väl göra att alltjämt infoga den sammanlagda kurstiden jämte tillbörlig ferietid inom ramen för 21 kalendermånader[2].

AIS-kommittén underströk att allmänna studiegångstekniska synpunkter måste tillerkännas större betydelse än vad dittills varit fallet. För att uppnå nödvändig enhetlighet när det gällde kursantal och kursstorlek kunde det bli nödvändigt att för ett visst ämne anordna flera eller färre kurser per år än vad som var önskvärt med hänsyn till bl.a. patientunderlagets storlek.

Vid remissbehandlingen anförde medicinska fakulteten i Göteborg, att den i likhet med AIS-kommittén accepterade en i princip fri studiegång under det fria kliniska stadiet. Fakulteten ställde sig dock skeptisk beträffande den praktiska möjligheten att kunna arrangera kurserna inbördes så att samtliga eller majoriteten av de studerande skulle kunna följa en "idealisk" studiegång. Medicinska fakulteten vid karolinska institutet anmälde, att utbildningsnämnden där planerade att försöksvis anordna en fast studiegång för en grupp medicine kandi-

[1] AIS-kommitténs förslag i fråga om krigsmedicinen grundade sig på under hand erhållna uppgifter om Sam FLU:s då ej framlagda förslag. Sam FLU har sedermera framlagt sitt förslag, som vi kommer att närmare behandla i samband med våra överväganden om försvars- och katastrofmedicinen (2.5.3.6.).

[2] Vi vill här påpeka, att enligt stadgan angående medicinska examina motsvarar ett studieår tio månaders studietid.

dater. Genom att plats garanterades på kurs efter kurs och inga väntetider uppstod, beräknades den föreskrivna studietiden kunna hållas. Fakulteten i Umeå såg med tillfredsställelse, att ingen ändring till en mera bunden studiegång föreslagits.

Sveriges förenade studentkårer konstaterade med tillfredsställelse, att de sakkunniga ingående redovisat de konsekvenser som en bristande balans inom det fria kliniska stadiet fick i fråga om studiegång och kurskombinationer. Man delade helt uppfattningen att det fria kliniska stadiet borde bibehållas. De för det fria stadiets dynamik väsentliga faktorerna hade lokalt uppmärksammats av de medicinska föreningarna i samband med schemaläggningen.

2.5.3. Överväganden och förslag

2.5.3.1. Allmänna synpunkter på utbildningens innehåll och omfattning

Enligt vår uppfattning bör för de olika kliniska specialdisciplinernas och de övriga specialämnenas del utbildningens målsättning alltjämt vara den i prop. 1954:212 deklarerade, nämligen att i grundutbildningen ge en gemensam grundläggande undervisning för såväl allmänläkaren som specialläkaren. Enligt direktiven har vi att kritiskt avväga grundutbildningens innehåll mot vidareutbildningen. Behovet av de mera specialiserade momenten i grundutbildningen liksom deras lämpliga omfattning bör undersökas. Därvid skall beaktas särskilt kurserna under femte och sjätte studieåren.

I kapitel 3 redovisas våra förslag beträffande vidareutbildningens innehåll. Dessa innebär bl.a. följande. Under allmänutbildningen skall alla läkare fullgöra tre månaders tjänstgöring i psykiatri. För specialistkompetens i allmän internmedicin kommer dessutom att krävas ytterligare ett halvt års sjukhustjänstgöring vid psykiatrisk klinik. För rätt att annonsera allmän praktik, vilket också bör vara behörighetsvillkor för provinsialläkaretjänst m. m., kommer att fordras bl.a. följande sjukhustjänstgöring, nämligen ett halvt år vid psykiatrisk klinik samt tre månader vid vardera barnmedicinsk klinik och kvinnoklinik. Dessutom kommer att krävas tre månaders tjänstgöring i öppen vård under handledning med särskild inriktning på tjänsteläkarens socialmedicinska verksamhet. Dessa våra förslag innebär för stora läkargrupper en väsentligt ökad vidareutbildning i psykiatri, pediatrik, socialmedicin samt obstetrik och gynekologi. Vi föreslår också att i specialistutbildningen i psykiatri obligatoriskt skall ingå ett halvt års sjukhustjänstgöring vid neurologisk klinik. De förslag beträffande utbildningsinnehållet i de kliniska specialdisciplinerna under grundutbildningen, som vi i det följande kommer att framlägga, måste hela tiden ses mot bakgrunden av våra nyssnämnda förslag om vidareutbildningen.

2.5.3.2. Studieordningen

Vi har i det föregående redovisat diskussionen kring studieordningen under medicine licentiatstudiernas andra avdelning (2.5.2.2.). Starka skäl har framförts för en så fri studieordning som möjligt. Särskilt har man understrukit de speciella förhållanden, som föreligger i vårt land därigenom att de studerande parallellt med studierna i stor utsträckning fungerar som handledare och lärare i undervisningen i egenskap av amanuenser och assistenter samt deltar i de medicinska institutionernas forskningsarbete, tjänstgör som läkarvikarier eller undergår militärutbildning. Redan i prop. 1954:212 förutsattes att undervisningsnämnden, numera utbildningsnämnden, vid varje lärosäte skulle anvisa kombina-

tionsmöjligheter och ge råd om lämpligaste ordningsföljd mellan ämnena i den fria delen av licentiatstudierna.

I nu gällande utbildningsplan föreskrivs att fakultet skall tillse, att hinder mot i utbildningsplanen stadgad ordning inte möter med hänsyn till kursernas förläggning (10 § 2 mom.). Från fakulteternas sida har gjorts åtskilliga försök att underlätta genomströmningen under det s.k. fria kliniska stadiet. Sedan år 1958, då nu gällande ordning för undervisningen på detta stadium började tillämpas, har följande åtgärder vidtagits. Först rekommenderade utbildningsnämnderna vissa ämnen sammanförda i kombinationer, t.ex. dermato-venereologi och klinisk epidemiologi respektive oto-rhino-laryngologi och hygien. Därefter rekommenderades att kurskombinationerna skulle genomgås i en viss bestämd ordningsföljd. En annan åtgärd är att terminsansökan införts vid vissa lärosäten, i vilket fall de studerande ansöker om tillträde till kurserna under en hel termin och inte som tidigare endast 14 dagar före den aktuella kursens början. Genom terminsansökan har utbildningsnämnderna fått möjlighet att på effektivare sätt utnyttja och fördela utbildningsplatserna under terminen. Ytterligare ett led i strävandena att utnyttja tillgängliga kursplatser är användandet vid vissa lärosäten av rationella prognosinstrument med hjälp av automatisk databehandling och en effektiv studentregistrering. Härigenom kan de studerande få bättre information om tillgången på kursplatser. Vidare har extra kurser hållits för att komma till rätta med köproblemet i ämnen, där svårigheterna varit särskilt stora. Härvid har en extra kurs anordnats antingen vid den ordinarie undervisningskliniken eller vid en icke-undervisningsklinik, som således tillfälligt tagits i anspråk för läkarutbildning.

Trots de av fakulteterna vidtagna åtgärderna för att underlätta genomströmningen under det s.k. fria kliniska stadiet, har stockningar ändå uppkommit. Som exempel kan nämnas, att av de studerande i Uppsala, som under höstterminen 1966 genomgick kursen i kirurgi, kunde endast ett fåtal omedelbart beredas plats med fullständig kombination för hela terminen.

Den i prop. 1954:212 angivna normalstudietiden om sex och ett halvt år synes mera sällan kunna hållas. Härpå tyder resultatet av en utav medicinalstyrelsen i samråd med oss under år 1966 gjord undersökning om studietiden fram till medicine licentiatexamen. Undersökningen bygger på uppgifter från 323 av de 327 läkare med svenska studier till licentiatexamen, som legitimerades 1965. Av undersökningen framgår, att den genomsnittliga studietiden var ca åtta och ett halvt år. Endast 0,9 % av läkarna hade avlagt medicine licentiatexamen efter sex och ett halvt års studier och 9,9 % efter sju års studier.

Under läsåret 1969/70 beräknas antalet nybörjare vid de medicinska läroanstalterna komma att uppgå till 916. Detta innebär nästan en tredubbling av antalet nybörjare jämfört med förhållandena i mitten på 1950-talet. Även om nya medicinska fakulteter tillkommit under mellantiden och nya sjukhus tagits i anspråk för läkarutbildningen, har vid de flesta kliniker antalet årliga kurser och antalet deltagare per kurs ökats utöver vad som ursprungligen förutsetts. Mot denna bakgrund kan konstateras, att förutsättningarna för en fri studiegång helt förändrats. De erfarenheter, som man gjort sedan nuvarande studieordning infördes, visar också att utvecklingen vid flertalet lärosäten framtvingat en allt fastare studiegång under det s.k. fria kliniska skedet.

Enligt våra direktiv har vi att överväga

möjligheterna av en fastare organisation av det fria kliniska skedet, bl.a. med hänsyn till önskvärdheten att nedbringa förseningarna i de medicinska studierna. Härvid bör vi också pröva frågan om en helt bunden studiegång för denna del av utbildningen.

I vårt uppdrag ingår vidare att överväga de nuvarande assistenttjänstgöringarnas placering. Vi har redan i avsnittet 2.4.3.1. framhållit, att det inte synes oss möjligt att bibehålla assistenttjänstgöringarna inom ramen för en grundutbildning, som enligt direktiven bör begränsas till ca fem och ett halvt år, utan att radikalt begränsa undervisningen i de kliniska specialämnena. En sådan åtgärd har vi inte ansett vara motiverad och den skulle också strida mot våra direktiv att bibehålla den nuvarande studieordningens huvuddrag.

I det föregående har vi framlagt våra förslag till studieordning för de fyra första studieåren. Inom ramen för en grundutbildning om fem och ett halvt år återstår härefter 15 månader, dvs. tre terminer om fem månader. Det nuvarande fria kliniska skedet skulle alltså behöva förkortas med en månad. Vi anser en sådan förkortning både rimlig och möjlig att genomföra. Vi har i avsnittet 2.4.3.1. föreslagit, att kursen i ftisiologi skall utgå ur det fria kliniska skedet. Detta medför en studietidsförkortning med en halv månad. Vi kommer vidare i det följande att föreslå en viss samordning av undervisningen under kurserna i obstetrik och gynekologi samt pediatrik. Härigenom bör den sammanlagda studietiden för dessa båda kurser kunna förkortas till fem månader. Kursen i socialmedicin avses därvid inte löpa parallellt med kursen i pediatrik. Detaljerna i studieordningen och studieplanerna kommer att redovisas vid behandlingen av de olika ämnena.

För att på tre terminer kunna genomföra det 15 månader långa utbildningsprogrammet för här avsedda kliniska ämnen och övriga specialämnen är olika lösningar tänkbara. En förutsättning är dock att kurserna kan samordnas inom ramen för en termin om fem månader, t.ex. så att kurskombinationer om två månader följs av kurskombinationer om tre månader eller omvänt. Vi finner det nämligen inte möjligt att föreslå en utbildningsplan, som innebär att undervisningen vid klinikerna bedrivs kontinuerligt under hela året. Detta med hänsyn till bl.a. de vid klinikerna förekommande sommarstängningarna.

Det synes möjligt att anordna en fri studieordning med rätt för de studerande att kombinera olika kurser inom två- och tremånadersperioder. Det torde emellertid vara svårt att åstadkomma en jämn genomströmning i ett system med kurser av varierande längd. Ett sådant system kräver bl.a. en stor överkapacitet i fråga om kursplatser och torde därför knappast vara möjligt att genomföra. I anslutning härtill anser vi oss inte kunna förorda en fri studiegång under det kliniska stadiets andra del. Vi kommer i stället att föreslå en i princip bunden studieordning. Innan vi redogör för alternativa förslag till en sådan studieordning vill vi påpeka, att man på grund av det ökade antalet studerande planerar att införa s.k. fasta studiegångar också vid andra fakulteter. Vi vill vidare framhålla, att de militärtjänstgöringar, som nu fullgörs under det s.k. fria kliniska stadiet, i framtiden torde komma att förläggas efter medicine licentiatexamen (kap. 4). Militärtjänstgöringen synes alltså i fortsättningen inte längre utgöra något hinder för en fast studieordning.

Vi har främst diskuterat två alternativa förslag till en bunden studieordning under det kliniska stadiets andra del. Enligt det ena förslaget är de olika ämnena sammanförda i kurskombinationer om

två respektive tre ämnen till fasta terminsblock, i fortsättningen kallade helterminsblock. Enligt det andra förslaget delas terminen i två lika långa avsnitt, som innehåller vissa bestämda kurskombinationer. Den ena hälften av de studerande genomgår därvid först kurserna i terminens ena block — halvterminsblock — och fortsätter med kurserna i det andra. Den andra hälften av de studerande tar kursblocken i omvänd ordning.

I varje hel- eller halvterminsblock skall ett visst antal ämnen ingå. Det vore tänkbart att fakulteterna själva bestämde vilka dessa skulle vara. Enligt vår mening vore det dock en fördel, om samma ämnen återfanns i bestämda terminsblock på de olika universitetsorterna. Härigenom skulle de studerande ha möjlighet att genom byte flytta mellan studieorterna.

Vi anser följande fördelning av ämnena på de tre terminerna vara den lämpligaste. Under den första terminen studeras ämnena dermato-venereologi, infektionsmedicin (=klinisk epidemiologi), psykiatri samt försvars- och katastrofmedicin (2.5.3.3.—2.5.3.6.). Vi kommer i det följande att redovisa våra motiv för att bryta den nuvarande kombinationen av ämnena psykiatri och neurologi och likaså skälen till att ämnena psykiatri och försvarsmedicin förläggs till ett tidigt stadium av utbildningen.

Till den andra terminen förläggs utbildning i obstetrik och gynekologi med undervisning i nyföddhetsperiodens pediatrik under två veckor, vidare utbildning i ämnena oftalmiatrik, oto-rhino-laryngologi och rättsmedicin samt viss tjänstgöring i radioterapi (2.5.3.7.—2.5.3.10.). Kursen i obstetrik och gynekologi förkortas sålunda till två och en halv månader. Vidare utökas kursen i oto-rhino-laryngologi med bl.a. två veckors tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik.

Den tredje terminen omfattar ämnena pediatrik och barnpsykiatri, neurologi, socialmedicin samt hygien (2.5.3.11—2.5.3.15.). Därvid förkortas kursen i pediatrik från tre till två och en halv månader. Detta är möjligt bl.a. genom att de studerande under kursen i obstetrik och gynekologi erhåller utbildning i nyföddhetsperiodens fysiologi och patologi och även tjänstgör vid nyföddhetsavdelning.

Vi redovisar i det följande två alternativa förslag till studieordning under det kliniska stadiets andra del, det ena med helterminsblock (se schema s. 109—110), det andra med halvterminsblock (se schema s. 111).

Undervisningen inom helterminsblock skulle kunna läggas upp på något av följande sätt. Antingen skulle undervisningen kunna samordnas i alla ämnen under terminen eller också skulle terminen kunna inledas med en koncentrerad föreläsningsperiod följd av klinisk tjänstgöring. Enligt det förra alternativet skulle alla studerande följa föreläsningar och annan därmed jämförbar undervisning i fyra eller fem ämnen samtidigt under hela terminen. Schemaläggningen av en sådan undervisning torde innebära stora problem. Vidare måste lokalproblem uppstå, eftersom antalet studerande vid vissa lärosäten är så stort att nuvarande föreläsningssalar knappast skulle kunna rymma alla åhörare. Samma svårigheter föreligger också, om helterminsblocken ordnas så att terminen inleds med en kort föreläsningsperiod på ungefär fyra veckor. Avsikten härmed skulle vara att ge de studerande grundläggande kunskaper i terminens olika ämnen, innan de börjar sina kliniska tjänstgöringar. Om föreläsningsperioden koncentrerades till några veckor i början av varje termin kunde vidare samtliga i terminens kurser deltagande studerande samtidigt åhöra föreläsningarna. Under den därefter följande kliniska utbildnings-

perioden kunde resterande undervisningstimmar utnyttjas för kvalificerad gruppundervisning. Man torde dock inte inom ramen för de inledande föreläsningarna kunna behandla kursens hela ämnesområde, varför föreläsningsverksamheten måste antas fortsätta även under de kliniska tjänstgöringarna. Med denna uppläggning av undervisningen skulle de studerande tjänstgöra på klinikerna under ca åtta månader av året, nämligen under de i tablån angivna fyra kliniska tvåmånadersperioderna. Eftersom vid många kliniker sådan tjänstgöring i dag pågår tio månader om året, skulle detta innebära, att ett större antal studerande än för närvarande kom att samtidigt tjänstgöra på klinikerna. En ytterligare nackdel med en sådan anordning skulle bli, att de studerande efter den inledande föreläsningsperioden utan klinisk tjänstgöring i slumpartad ordning fick genomgå två skilda kliniska kurser. Avståndet från den inledande undervisningen till den ena av terminens kurser skulle sålunda alltid bli minst två månader. Härigenom måste sambandet mellan den teoretiska och den kliniska undervisningen försvagas.

Enligt vårt alternativ med halvterminsblock skulle terminen delas i två lika långa block om tio veckor vardera och varje sådant block omfatta utbildning i två till tre ämnen. Härvid skulle företrädesvis ämnen med klinisk tjänstgöring kombineras med ämne utan sådan tjänstgöring. Vid en sådan anordning av undervisningen kunde avdelnings- och polikliniktjänstgöring pågå vid klinikerna under tio månader av året. Detta skulle vara fördelaktigt från utbildningssynpunkt, eftersom de studerande härigenom kunde få tillfälle till längre kliniktjänstgöring än enligt alternativet med helterminsblock. De kunde sålunda följa sina patienter under en längre tid och likaså få möjlighet att se ett större antal patienter.

Systemet med tioveckorsblock skulle inte lika radikalt avvika från nuvarande förhållanden som alternativet med helterminsblock. Övergången till en dylik studieordning borde därför lättare gå att genomföra. Enligt vår åsikt talar sålunda övervägande skäl för att utbildningsplanen för det kliniska stadiets andra del anordnas enligt förslaget med halvterminsblock.

Beträffande ämnet obstetrik-gynekologi, som enligt detta alternativ skulle få sin kurstid förkortad från tre till två och en halv månader, bör följande framhållas. För närvarande ordnas som regel tre kurser årligen, dvs. patientmaterialet på kliniken utnyttjas i undervisningen nio månader om året. Alternativet med kurser på två och en halv månader skulle, som redan framhållits, tillåta undervisning och tjänstgöring under tio månader av året. Dessutom skulle fyra i stället för tre årliga kurser innebära färre studerande i varje kurs, varigenom också patientmaterialet bättre skulle kunna utnyttjas i undervisningen.

Vi föreslår följande uppläggning av det kliniska stadiets andra del.

Utbildningen skall pågå under tre terminer om 20 veckor vardera och varje termin skall vara indelad i två block omfattande tio veckor. Den ena hälften av de studerande genomgår först kurserna i terminens ena block och fortsätter därefter med kurserna i det andra. Den andra hälften av de studerande följer undervisningen i omvänd ordning.

Första terminens block omfattar kurser i följande ämnen.

1. Dermato-venereologi, infektionsmedicin (=klinisk epidemiologi) samt

Förslag till schema över studieordningen under det kliniska stadiets andra del. Helterminsblock om 5 månader.

Termin I

Månad I	II—III	IV—V
Föreläsningar och demonstrationer	Klinisk tjänstgöring	
Dermato-venereologi Infektionsmedicin Psykiatri (samtliga studerande)	Dermato-venereologi Infektionsmedicin (halva antalet studerande)	Psykiatri (halva antalet studerande)
	Psykiatri (halva antalet studerande)	Dermato-venereologi Infektionsmedicin (halva antalet studerande)
	Försvars- och katastrofmedicin (En kurs om 3—4 månader med samtliga eller två kurser om 2 månader med halva antalet studerande)	

Termin II

Månad I	II—III	IV—V
Föreläsningar och demonstrationer	Klinisk tjänstgöring	
Obstetrik-gynekologi Oftalmiatrik Oto-rhino-laryngologi (samtliga studerande)	Obstetrik-gynekologi +nyföddhetsperiodens fysiologi o. patologi (halva antalet studerande)	Oftalmiatrik Oto-rhino-laryngologi Radioterapi (halva antalet studerande)
	Oftalmiatrik Oto-rhino-laryngologi Radioterapi (halva antalet studerande)	Obstetrik-gynekologi +nyföddhetsperiodens fysiologi o. patologi (halva antalet studerande)
	Rättsmedicin (En kurs om 3—4 månader med samtliga eller två kurser om 2 månader med halva antalet studerande)	

Termin III

<table>
<tr><td>Månad I</td><td colspan="2">II—III</td><td>IV—V</td></tr>
<tr><td>Föreläsningar och demonstrationer</td><td colspan="3">Klinisk tjänstgöring</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Pediatrik
Barnpsykiatri
Neurologi
(samtliga studerande)</td><td colspan="2">Pediatrik
Barnpsykiatri
(halva antalet studerande)</td><td>Neurologi

(halva antalet studerande)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Neurologi

(halva antalet studerande)</td><td>Pediatrik
Barnpsykiatri
(halva antalet studerande)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Socialmedicin—Hygien
(Vardera en kurs om 3—4 månader med samtliga eller två kurser om 2 månader med halva antalet studerande)</td></tr>
</table>

försvars- och katastrofmedicin, del I eller del II.

2. Psykiatri samt
   försvars- och katastrofmedicin, del I eller del II.

Andra terminens block omfattar kurser i följande ämnen.

1. Obstetrik och gynekologi (under kursen meddelas undervisning i nyföddhetsperiodens pediatrik).
2. Oftalmiatrik,
   oto-rhino-laryngologi (under kursen fullgörs viss tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik) samt
   rättsmedicin.

Tredje terminens block omfattar kurser i följande ämnen.

1. Pediatrik jämte barnpsykiatri.
2. Hygien,
   neurologi samt
   socialmedicin.

2.5.3.3. Psykiatri

Kursen i psykiatri omfattar enligt nuvarande studieplaner tre månader. De studerande följer ca 100 undervisningstimmar, varav ca 75 timmar i klinisk psykiatri, ca 15 timmar klinisk undervisning på lasarett för psykiatrisk vård och ca 10 timmar samundervisning med andra kliniska ämnen. Vid de flesta fakulteter meddelas inom angiven utbildningsram även föreläsningar om ca 10 timmar i social- och rättspsykiatri. Under kursen deltar de studerande under två månader i klinisk tjänstgöring, fördelad mellan å ena sidan psykiatrisk klinik och poliklinik samt å andra sidan lasarett för psykiatrisk vård. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen. Normalt bör studietiden inte överstiga tre månader. Samtidigt med psykiatrikursen följer de studerande kurs i neurologi.

Enligt LUK motiverade insikten om psykiatrins ökande betydelse inom medicinen, att ämnet i den nya studieplanen för läkarutbildning fick ställning av huvudämne jämsides med medicin, kirurgi, pediatrik och socialmedicin. LUK ansåg vidare att undervisningen i psykiatri inte lämpligen kunde meddelas, innan

Förslag till schema över studieordningen under det kliniska stadiets andra del. Halvterminsblock om 10 veckor.

Termin I

10 veckor	10 veckor
Dermato-venereologi Infektionsmedicin (halva antalet studerande)	Psykiatri (halva antalet studerande)
Psykiatri (halva antalet studerande)	Dermato-venereologi Infektionsmedicin (halva antalet studerande)
Försvars- och katastrofmedicin (samtliga studerande) Del I — Del II	

Termin II

10 veckor	10 veckor
Obstetrik-gynekologi +nyföddhetsperiodens fysiologi o. patologi (halva antalet studerande)	Oftalmiatrik Oto-rhino-laryngologi Radioterapi (halva antalet studerande)
Oftalmiatrik Oto-rhino-laryngologi Radioterapi (halva antalet studerande)	Obstetrik-gynekologi +nyföddhetsperiodens fysiologi o. patologi (halva antalet studerande)
Rättsmedicin (En kurs om 3—4 månader med samtliga eller två kurser om 2 månader med halva antalet studerande)	

Termin III

10 veckor	10 veckor
Pediatrik Barnpsykiatri (halva antalet studerande)	Socialmedicin Hygien Neurologi (halva antalet studerande)
Socialmedicin Hygien Neurologi (halva antalet studerande)	Pediatrik Barnpsykiatri (halva antalet studerande)

de studerande inhämtat någon kunskap i neurologi. Det välbekanta nära sammanhanget mellan nervsjukdomar och psykiska sjukdomar motiverade även enligt LUK:s mening, att dessa ämnen undervisades samtidigt. LUK föreslog därför att neurologi och psykiatri obligatoriskt fullgjordes samtidigt under en neuropsykiatrisk period.

Undervisningen i psykiatri har sedan den nya studieplanen införts varit föremål för en fortsatt livlig diskussion. De-

batten har gällt dels studieordningen och därvid främst det förhållandet att psykiatrikursen obligatoriskt skall kombineras med kurs i neurologi, dels själva ämnesinnehållet. Representanter för ämnet psykiatri har hävdat, att kombinationen psykiatri-neurologi innebär stora olägenheter, bl.a. av den anledningen, att tentamen i neurologi infaller under psykiatrikursens senare del. Detta medför att de studerandes tid under den praktiska tjänstgöringen i psykiatri i alltför hög grad splittras på grund av det relativt stora antalet undervisningstimmar i neurologi samt av tentamensläsning i detta ämne.

I AIS-kommitténs betänkande refererades synpunkter som framkommit i olika sammanhang om olägenheterna av den nuvarande kombinationen psykiatri-neurologi. Dessa hade bl.a. diskuterats i mentalsjukvårdsberedningens den 1 februari 1962 framlagda Enkät bland medicine kandidater och vissa yngre läkare i avsikt att utröna i vilken omfattning dessa kan förväntas komma att välja psykiaterbanan och det av universitetskanslersämbetet häröver avgivna utlåtandet den 29 mars 1962 samt i läkarutbildningsberedningens rapport Ökad läkarutbildning (SOU 1965:12).

Frågan om en upplösning av kombinationen psykiatri-neurologi hade särskilt ingående diskuterats vid en av AIS-kommittén i universitetskanslersämbetet den 17 februari 1965 anordnad konferens i Stockholm angående utbildningen i psykiatri och neurologi, vari deltagit representanter från de medicinska lärosätena och Sveriges förenade studentkårer. Från olika lärosäten hade därvid redovisats lokala svårigheter att anordna undervisningen på förutsatt sätt. Medicinska fakulteten i Göteborg hade på grund av lokala skäl fått universitetskanslerns tillstånd att anordna kombinationen neurologi-psykiatri på sådant sätt att neurologikursen tog sin början en månad före kursen i psykiatri. Härigenom hade kombinationen kommit att ta fyra månader i anspråk, varav endast en månad innebar samtidig undervisning i neurologi och psykiatri. Någon annan kurs än rättsmedicin hade inte kunnat genomgås samtidigt med denna fyramånaderskombination. Vid medicinska fakulteten i Lund hade man, likaså av lokala skäl, nödgats medge att en begränsad del av kursdeltagarna fullgjorde sin praktiska tjänstgöring i psykiatri först efter det att den egentliga kursen i ämnet avslutats. Lokalsvårigheter vid neurologiska kliniken i Uppsala hade vidare medfört, att man där tvingats låta en tredjedel av kursdeltagarna fullgöra tjänstgöringen vid neurologisk klinik först under psykiatrikursens tredje månad. Ämnesföreträdare i såväl psykiatri som neurologi hade varit eniga om att kombinationen mellan de båda kurserna borde brytas. Man hade inte delat den av LUK framförda synpunkten, att de båda ämnena ägde ett sådant nära samband, att detta påkallade, att undervisning i båda ämnena bedrevs samtidigt. Från visst psykiatriskt håll hade framhållits, att kursen i neurologi borde föregå kursen i psykiatri, om den aktuella kombinationen upplöstes. Vidare hade påpekats önskvärdheten av viss samundervisning i form av kliniska konferenser mellan psykiatri och neurologi, om kurserna skildes från varandra.

Ämnesföreträdarna hade vidare erinrat om att 1955 års läkarutbildningsreform bl.a. avsåg att göra psykiatrin till ett av de kliniska huvudämnena. I förhållande till övriga kliniska huvudämnen — medicin, kirurgi och pediatrik — hade emellertid psykiatrin en alltför liten del av utbildningstiden. Samhällets behov av psykiatriskt verksamma läkare hade ökat och fortsatte att öka i högre takt än nytillskottet av sådana läkare. Allt större krav ställdes också på icke psykiatriskt

verksamma läkares förståelse för lättare psykiska insufficienstillstånd och anpassningsproblem. Psykofarmakologins framsteg hade vidare givit varje praktiskt verksam läkare möjlighet att själv handlägga åtskilliga sådana fall av psykisk sjukdom, som tidigare hänvisats till specialist- eller sjukhusvård. Vid utbildningen i psykiatri måste allt detta beaktas och ämnesföreträdarna var därför eniga om att utbildningen behövde förstärkas.

Man hade ansett att det föreskrivna antalet föreläsningstimmar under kursen i psykiatri i och för sig var tillfredsställande men att mera tid krävdes för handledning och deltagande i det praktiska arbetet. Det hade framhållits att de studerandes egen erfarenhet av patienter var väsentlig. Psykiatrins särart innebar vidare att förhållandevis mycket tid krävdes innan de studerande blev tillräckligt förtrogna med undersökningsmetoder och psykiatriska tankegångar. Patientsamtal och handledning fordrade därför omfattande tid.

Det hade vidare framhållits, att psykiatriutbildningen krävde gruppundervisning i större utsträckning än andra ämnen. Bl.a. kunde handledning endast ges åt ett litet antal studerande samtidigt. Det hade därför ansetts nödvändigt, att flera tjänster av handledartyp inrättades vid de psykiatriska undervisningsklinikerna.

AIS-kommittén fann de framförda synpunkterna värda beaktande och ansåg, att utbildningen i psykiatri borde få större omfattning under studierna till licentiatexamen. Kommittén framförde förslag om en utökning av den förberedande undervisningen i psykiatri under det propedeutiska året, innebärande att sådan undervisning gavs under sammanlagt 20 timmar. Den fann det emellertid härutöver angeläget med en förstärkning av psykiatriutbildningen i samband med huvudkursen i ämnet. En sådan förstärkning avsåg främst att bereda de studerande ökade möjligheter att delta i det praktiska arbetet under kursen. Kommittén föreslog, att den obligatoriska kombinationen mellan kurserna i psykiatri och neurologi upplöstes.

AIS-kommittén diskuterade olika alternativ för psykiatriundervisningens tidsutsträckning med kurslängder antingen på två eller tre månader. Skulle kursen begränsas till två månader utan kombination med annat ämne förutsattes en efterföljande obligatorisk assistenttjänstgöring under en månad förlagd till ett senare stadium av utbildningen. Man ansåg emellertid att en mängd nackdelar var förknippade med detta alternativ. Bl.a. måste assistenttjänstgöringen förläggas även till andra sjukhus än undervisningssjukhus samt tentamen i psykiatri förläggas efter assistenttjänstgöringen. Man ville inte förorda detta alternativ utan föreslog i stället, att kursen skulle omfatta tre månader och inte kunna kombineras med annan kurs än kursen i rättsmedicin. Man hade också övervägt att föreslå kombination med kursen i krigsmedicin men ansåg sig inte kunna göra detta med hänsyn till Sam FLU:s vid denna tidpunkt aviserade förslag om krigsmedicinundervisningen (2.5.3.6.).

AIS-kommittén ansåg sig slutligen också böra framhålla, att den önskvärda förstärkningen av den praktiska utbildningen under psykiatrikursen torde medföra krav på flera lärartjänster för handledning av de studerande. Med hänsyn till 1963 års klinikutrednings då pågående arbete rörande lärarfrågorna inom den kliniska undervisningen framlades emellertid inte något förslag i detta avseende.

Samtliga remissinstanser tillstyrkte förslaget att den obligatoriska kombinationen psykiatri-neurologi skulle brytas. Medicinska fakulteten vid Uppsala universitet tillstyrkte förslaget om utökning

av undervisningen i psykiatri med en månads helstudietid. Fakulteterna vid universiteten i Lund och Umeå ansåg att man kunde ha övervägt att kombinera hygien- och psykiatrikurserna.

Innan vi framlägger våra förslag beträffande utbildningen i psykiatri under den avslutande delen av medicine licentiatstudierna, vill vi erinra om att vi — såsom vi redan förutskickat — ämnar föreslå en för alla läkare obligatorisk vidareutbildning i psykiatri innebärande tre månaders tjänstgöring vid psykiatrisk klinik eller lasarett för psykiatrisk vård under allmänutbildningen. (2.5.3.1. och 3.1.4.3.). Enbart detta förslag innebär enligt vår mening en högst avsevärd förstärkning av samtliga läkares utbildning i psykiatri. Till detta bör läggas, att för vissa andra specialläkare än psykiatrer fordras ytterligare obligatorisk vidareutbildning i psykiatri i samband med den s.k. sidoutbildningen inom specialistutbildningens ram.

Vi vill också erinra om att vi i det föregående i likhet med AIS-kommittén föreslagit en utökning av den förberedande undervisningen i psykiatri under det propedeutiska året.

I likhet med AIS-kommittén anser vi, att kombinationen med neurologi bör upphöra. Vi anser vidare att psykiatriundervisningen bör förläggas till den första och neurologiundervisningen till den sista terminen av det kliniska stadiets andra del.

AIS-kommittén övervägde, som tidigare refererats, att kombinera utbildningen i psykiatri med en kurs i krigsmedicin. Vi kommer senare att behandla undervisningen i krigsmedicin och förorda en sammanslagning av den nuvarande kursen i krigsmedicin med den s.k. grundkursen i civil krigssjukvård till en gemensam kurs i försvars- och katastrofmedicin, som vi anser böra pågå samtidigt med kursen i psykiatri (2.5.3.6.).

Genom att kursen i psykiatri förläggs i början av det kliniska stadiet ges en sådan grund för de studerande vid undervisningen i andra ämnen, att helhetsaspekten på patienterna bättre kan tillgodoses.

Eftersom de studerande enligt vårt förslag till studieordning kommer att genomgå kurs i neurologi först på ett senare stadium av utbildningen, synes det oss lämpligt, att ca 6 timmar föreläsningar i neurologi förläggs till kursen i psykiatri som samundervisning.

Sammanfattningsvis föreslår vi att följande skall gälla för undervisningen i ämnet psykiatri.

Under det propedeutiska stadiet ges under kursen i klinisk propedeutik 20 timmar föreläsningar i psykiatri jämte utvecklingspsykologi m.m.

Studiekursen i psykiatri förläggs till första terminen av det kliniska stadiets andra del. Kursen skall avse att meddela de studerande sådana kunskaper som är av praktiskt och vetenskapligt intresse för varje läkare, rörande dels den allmänna psykopatologins grunder, dels olika psykiska rubbningars orsaker, symtom, förlopp och diagnostik och dels olika psykiatriska undersöknings-, behandlings- och vårdformer. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt sådana behandlingsformer, som kan meddelas av varje praktiserande läkare. Under kursen har de studerande enligt vårt förslag att följa ca 100 timmar föreläsningar, varav ca 65 timmar vid psykiatrisk klinik eller poliklinik, ca 15 timmar klinisk undervisning vid lasarett för psykiatrisk vård, ca 10 timmar social- och rättspsykiatri samt ca 10 timmar samundervisning med andra kliniska ämnen. Härutöver bör tillkomma ca 6 timmar föreläsningar i neurologi. Möjligheterna till samundervisning bör utnyttjas under hela det kliniska stadiet för att därigenom bredda

patientunderlaget för undervisningen i psykiatri. Beträffande eventuell samundervisning med barnpsykiatri hänvisas till avsnittet 2.5.3.12. Normalt bör studietiden för ämnet inte överstiga tio veckor. Därvid förutsätts att de studerande samtidigt följer viss undervisning under kursen i försvars- och katastrofmedicin. Tentamen i ämnet skall normalt kunna avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande undervisningen i psykiatri vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.4. Dermato-venereologi

Enligt nu gällande studieplaner omfattar kursen i dermato-venereologi två månader. I denna ingår även tillämpliga delar av allergiläran och av den kliniska bakteriologin. Under kursen följer de studerande ca 50 timmar föreläsningar. Vidare meddelas 10 timmar undervisning i de vanligaste undersökningsmetoderna. Under två veckor deltar de studerande vidare i praktisk tjänstgöring på vårdavdelning och poliklinik. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen. Normalt bör studietiden inte överstiga två månader.

Kursen i dermato-venereologi kombineras vanligtvis med annan klinisk kurs om två månader. Enligt gällande utbildningsplan för medicinska examina (10 § 3 mom.) meddelas inom ramen för kursen fortsatt undervisning i första hand i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi och radioterapi med tumördiagnostik samt vidare undervisning i andra ämnen med anknytning till kursen och därvid i första hand klinisk epidemiologi, psykiatri och socialmedicin.

Några förslag om ändringar i gällande studieplaner för ämnet dermato-venereologi har inte framförts. Vi har för vår del inte heller funnit anledning att föreslå några sådana frånsett att särskild undervisning i radioterapi med tumördiagnostik alltid bör meddelas.

Vi föreslår att följande skall gälla för undervisningen i ämnet dermato-venereologi.

Studiekursen förläggs till första terminen av det kliniska stadiets andra del. Den samordnas med kursen i infektionsmedicin (= klinisk epidemiologi) och med den ena delen av kursen i försvars- och katastrofmedicin.

Kursen skall ha till mål att ge de studerande sådana kunskaper om de vanligaste hud- och könssjukdomarna ävensom därmed sammanhängande delar av allergiläran och den kliniska bakteriologin som är av praktiskt och vetenskapligt intresse för varje läkare. Vid undervisningen bör vidare beröras till ämnet hörande socialmedicinska frågor, främst rörande yrkessjukdomarna och de veneriska sjukdomarna. De studerande bör under kursen åhöra ca 50 timmar föreläsningar samt fullgöra praktiktjänstgöring på klinik och poliklinik, motsvarande en sammanlagd tid av ungefär fyra veckor. Inom ramen för kursen skall under ca 2 timmar meddelas särskild undervisning i radioterapi med tumördiagnostik. Under kursen bör vidare meddelas 10 timmar undervisning i de vanligaste undersökningsmetoderna. Om denna anordnas som gruppundervisning, bör den för varje studerande omfatta minst 5 timmar. Undervisningen bör läggas upp så att studietiden för ämnet normalt inte överstiger tio veckor, varvid förutsätts, att de studerande samtidigt deltar i annan i terminsblocket ingående undervisning. Tentamen bör kunna avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande undervisningen i dermato-venereologi vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.5. Infektionsmedicin
(= klinisk epidemiologi)

Enligt nu gällande studieplaner omfattar kursen i klinisk epidemiologi två månader. Under kursen behandlas även den kliniska delen av krigsepidemiologin. Under kursen följer de studerande ca 50 timmar föreläsningar med demonstrationer. Därjämte meddelas ca 10 timmar praktisk undervisning i de vanligaste undersöknings- och ympningsmetoderna. Inom ramen för kursen ges särskild undervisning i klinisk bakteriologi och virologi under ca 8 timmar. Vidare deltar de studerande i det praktiska arbetet på kliniken under två veckor. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen. Normalt bör studietiden inte överstiga två månader. Kursen i klinisk epidemiologi kombineras vanligtvis med annan klinisk kurs om två månader.

AIS-kommittén omtalade, att ämnesföreträdare i klinisk epidemiologi framfört önskemål om en viss begränsad utökning av undervisningen i detta ämne, främst rörande skyddsympningar och tropisk medicin. Dessa önskemål har sedermera tillgodosetts i nu gällande, av universitetskanslersämbetet den 1 november 1965 fastställda studieplaner. AIS-kommittén föreslog vidare, som tidigare relaterats, att den särskilda kursen i ftisiologi skulle utgå (2.4.2.). Nuvarande undervisning i tuberkulosens epidemiologi, som beräknades omfatta omkring 4 timmar, borde överföras till kursen i klinisk epidemiologi. Remissinstanserna hade intet att invända mot AIS-kommitténs förslag i denna del.

Vi önskar för vår del erinra om att begreppen epidemi och epidemiologi under senare år fått en vidare innebörd än tidigare. Enligt internationell praxis har dessa begrepp kommit att betyda utforskandet även av icke infektiösa sjukdomars utbredning och orsaker. Man talar sålunda t.ex. om strumans, hjärtinfarkternas och narkotikamissbrukets epidemiologi. Denna utveckling nödvändiggör enligt vår mening, att benämningen av ämnet klinisk epidemiologi ändras. Detta motiveras även av det förhållandet, att de tidigare epidemisjukhusen har ombildats till eller har planerats bli ersatta av infektionskliniker. Vid dessa vårdas numera inte endast patienter med sådana sjukdomar, som anges i epidemilagen, utan också patienter med andra infektiösa sjukdomar.

I anslutning till vad som ovan anförts föreslår vi, att benämningen på ämnet klinisk epidemiologi ändras till infektionsmedicin. I analogi härmed kommer vi att föreslå, att den nuvarande specialiteten klinisk epidemiologi och akuta infektionssjukdomar får namnet akuta infektionssjukdomar.

Vid karolinska institutet har sedan 1963 varje år hållits en frivillig kurs i tropikmedicin med ekonomiskt stöd av SIDA. Kursen, som under de senare åren ökat i omfång, omfattar nu ca 130 timmar. Varje kurs pågår under en månad och är öppen för sammanlagt 30 medicine studerande och färdiga läkare. Intresset för kursen har varit mycket stort. Förutom från karolinska institutet har studerande även från Uppsala och andra lärosäten deltagit. Kursen i tropikmedicin har studerandena i allmänhet kunnat kombinera med kurserna i ftisiologi eller rättsmedicin.

Den av oss föreslagna studieordningen för det kliniska stadiets andra del tillåter inte att man däri inför ytterligare undervisning av den omfattning, varom här är fråga. Vi vill därför understryka vikten av att viss grundläggande utbildning i tropikmedicin meddelas inom ramen för kursen i infektionsmedicin på sätt som redan nu sker.

Vidare räknar vi med att särskild undervisning i tropikmedicin skall kunna ges för blivande specialister i akuta in-

fektionssjukdomar inom ramen för den systematiska undervisning som enligt det nordiska avtalsförslaget skall ingå i specialistutbildningen. För andra läkare än de som nyss nämnts torde dock behovet av nuvarande frivilliga kurser i tropikmedicin komma att kvarstå.

I avsnittet 2.4.3.1. som avser ämnet medicin har vi föreslagit, att utbildningen i det nuvarande ämnet ftisiologi skall överföras till kurserna i medicin och infektionsmedicin. Av den nuvarande utbildningen i ftisiologi omfattar omkring 4 timmar tuberkulosens epidemiologi. Vi anser att dessa timmar kan överföras till kursen i infektionsmedicin utan att timantalet i detta ämne behöver ökas. Under denna kurs bör bl.a. verksamheten vid centraldispensär demonstreras. Någon annan ändring i studieplanerna för ifrågavarande ämne anser vi inte nödvändig.

Vi föreslår att följande skall gälla för undervisningen i ämnet infektionsmedicin.

Studiekursen förläggs till första terminen av det kliniska stadiets andra del. Den samordnas med kursen i dermatovenereologi och med den ena delen av kursen i försvars- och katastrofmedicin (2.5.3.2.). Kursen skall ha till mål att ge de studerande sådana kunskaper om de smittsamma sjukdomarnas klinik, epidemiologi och profylax, som är av praktiskt och vetenskapligt intresse för varje läkare. I kursen bör ingå även de kliniska delarna av krigsepidemiologin samt viss undervisning i tuberkulosens epidemiologi och tropisk medicin. Under kursen bör de studerande liksom nu ha att följa ca 50 timmar föreläsningar med demonstrationer. Därjämte bör meddelas ca 10 timmar praktisk undervisning i de vanligaste undersöknings- och ympningsmetoderna. Inom ramen för kursen bör vidare ges särskild undervisning i klinisk bakteriologi och virologi under ca 8 timmar. Under sammanlagt två veckor bör de studerande delta i det praktiska arbetet på kliniken. Normalt bör studietiden för ämnet infektionsmedicin inte överstiga tio veckor. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen, som normalt bör kunna avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande undervisningen i infektionsmedicin vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner för klinisk epidemiologi.

2.5.3.6. Försvars- och katastrofmedicin (= krigsmedicin jämte grundkurs i civil krigssjukvård)

Enligt nu gällande studieplaner omfattar kursen i krigsmedicin en månad. Under kursen följer de studerande ca 30 timmar föreläsningar. Därjämte bevistar de ca 45 timmar demonstrationer. Slutlig kunskapskontroll sker i form av kursförhör, som förrättas av kursledaren omedelbart efter kursens slut. Normalt bör studietiden inte överstiga en månad; vid karolinska institutet dock två månader enligt universitetskanslersämbetets medgivande.

LUK utgick i sitt förslag från att krigsmedicinsk undervisning skulle komma samtliga studerande till del. Detta borde i första hand ske genom att vid undervisningen i de olika ämnena lärarna även beaktade de ämnesområden, som var av krigsmedicinsk betydelse. Vidare fann LUK med hänsyn till krigsmedicinens behov angeläget att de studerande mera aktivt än tidigare deltog i kirurgiskt arbete. Bl.a. av denna anledning föreslogs kirurgiassistenttjänstgöringen bli utvidgad till tre månader. Härutöver föreslog LUK, att i läkarutbildningen skulle tillkomma en särskild kurs i krigsmedicin under en månad.

Enligt LUK skulle undervisningen i krigsmedicin ha som mål att ge de stu-

derande erforderliga kunskaper om den civila och militära krigssjukvårdens uppgifter och organisation inom totalförsvaret. Särskild uppmärksamhet borde ägnas åt läkarens upgifter inom verksamhetsområden av speciell betydelse ur försvarsmedicinsk synpunkt, bl.a. krigshygien, krigsepidemiologi, krigskirurgi och krigspsykiatri.

Den nuvarande uppläggningen av utbildningen i krigsmedicin överensstämmer med vad LUK sålunda föreslog. Här bör erinras om att, när LUK framlade sitt förslag om krigsmedicinsk utbildning, det vid sidan om läkarutbildningen endast fanns en dylik utbildning för vapenföra läkare under värnpliktstjänstgöringen. Det ansågs därför nödvändigt att inom läkarutbildningens ram bereda sådan utbildning i detta ämne, att samtliga läkare och då även de icke vapenföra manliga läkarna samt de kvinnliga läkarna kunde engageras i totalförsvaret. Förhållandena har emellertid ändrats genom att statsmakterna på grundval av förslag i betänkandet Läkaren i totalförsvaret (SOU 1961:63) beslutat att samtliga läkare, som är eller avses bli krigsplacerade inom den civila krigssjukvården skall genomgå särskild försvarsmedicinsk utbildning, omfattande grundkurs om ca två veckor (prop. 1963:106, L²U 52, rskr 275).

I nyssnämnda betänkande framlades också vissa förslag rörande innehållet i och organisationen av den krigsmedicinska kursen under läkarutbildningen. Förslagen innebar i huvudsak en ökning av antalet föreläsningar på bekostnad av demonstrationerna. Departementschefen fann dessa förslag och frågan om en samordning av den krigsmedicinska kursen och de i den civila krigssjukvårdsutbildningen ingående grundkurserna vara av beskaffenhet att böra närmare övervägas av universitetskanslersämbetet.

Vid en av kanslersämbetet anordnad ämneskonferens i krigsmedicin den 20 februari 1964 diskuterades de här nämnda frågorna. För fortsatt behandling av detta ärende bildades genom kanslersämbetets försorg en Samarbetsgrupp för försvarsmedicinsk läkarutbildning (Sam FLU), som framlade sina förslag i maj 1966 i ett stencilerat betänkande.

Sam FLU förutsatte att den krigsmedicinska kursen skulle ersättas av en försvars- och katastrofmedicinsk kurs på grundval av i SOU 1961:63 avgivet förslag. Innehållets tyngdpunkt skulle sålunda bli av rent försvarsmedicinsk karaktär. Sam FLU föreslog att grundkursen i civil krigssjukvård skulle anslutas till den försvars- och katastrofmedicinska kursen. Målsättningen skulle vara att ge god kännedom om den civila krigssjukvården, främst läkarnas verksamhet inom krigssjukvårdsområde, vid beredskapssjukhus och vid civilförsvaret. Särskild vikt avsågs bli lagd på den tillämpade delen av utbildningen. Grundkursen skulle förläggas till universitetsorterna och i görligaste mån samordnas med den försvars- och katastrofmedicinska kursen. De medicinska avsnitten i sistnämnda kurs föreslogs bli sammankopplade med den organisatoriska och tillämpningsmässiga utbildningen i krigssjukvård i grundkursen. Utbildningsenheten skulle genomgås av alla medicine kandidater.

Utbildningsenheten kunde med hänsyn till sin omfattning i stort genomgås antingen under en månad på heltid eller under två månader på halvtid, det senare alternativet i likhet med de kliniska tvåmånaderskurserna inom medicine licentiatstudierna. Enmånadskurser av heltidskaraktär ansågs innebära en mycket komprimerad utbildning och skulle bli ytterst känsliga för förändringar i den effektiva kurstiden genom infallande helger eller dylikt. Sam FLU ansåg sig dock inte böra framlägga något bestämt förslag i fråga om kursens tidsutsträckning. Sam FLU föreslog därför blott, att

de båda kurserna samordnades, varefter det fick ankomma på universitetsmyndigheterna att avgöra, huruvida dessa skulle ges som hel- eller halvtidskurser. Kursen borde förläggas till det s.k. fria kliniska stadiet.

Vid ämneskonferenser i krigsmedicin hade — som en erfarenhet av nu rådande system — framhållits svårigheterna att få utrymme för de krigsmedicinska aspekterna i de ordinarie civila medicinska kurserna och tjänstgöringarna. Endast i begränsad utsträckning syntes så ha skett och någon förändring i detta avseende torde ej vara att förvänta. Detta ökade betydelsen av att få en kursform, som till övervägande delen avsågs för försvarsmedicinsk utbildning.

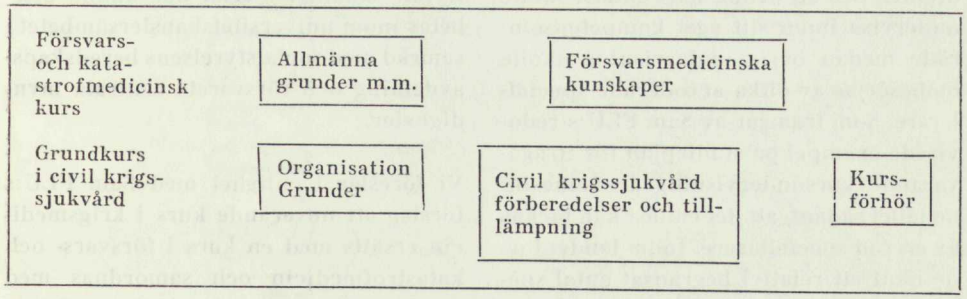
Sam FLU återgav kunskapsinnehållet i den nya utbildningsenheten på sätt som anges nederst på denna sida.

Inom Sam FLU hade vidare ett exempel på studieplan utarbetats (se schema s. 121). Vägledande i detta arbete hade varit att med bibehållen målsättning söka begränsa tidsåtgången. Genom kombinationen av kurserna, genom målinriktade enskilda förberedelser för främst tillämpningsavsnitten och med moderna pedagogiska utbildningsmetoder och hjälpmedel hade Sam FLU bedömt det möjligt att nedbringa kurstiden vad gäller katedrala (motsvarande) undervisningsmoment och tillämpningar från ca 60 + 66 timmar till sammanlagt ca 70 timmar, vartill kom ca 30 timmar enskilda förberedelser inom grundkursen.

Sam FLU:s betänkande och förslag vilar efter remissbehandling hos universitetskanslersämbetet i avvaktan på resultatet av vår utredning.

I vårt förslag till utbildningsplan för det kliniska stadiet (2.5.3.2.) har vi placerat den krigsmedicinska kursen under första terminen. För denna placering talar enligt vår mening, att det ur beredskapssynpunkt är viktigt att krigsmedicinsk undervisning kan meddelas så tidigt som möjligt under grundutbildningen samt att man under denna termin har goda möjligheter att samordna undervisningen i krigsepidemiologi och krigspsykiatri med kurserna i klinisk epidemiologi och psykiatri. En viss nackdel är kanske att man inte har samma möjlighet som tidigare att integrera kursen i hygien med undervisningen i krigshygien. Det har dock inte synts oss möjligt att samordna alla dessa tre kurser under en och samma termin. Vi vill i detta sammanhang också erinra om att det i prop. 1954:212 förutsattes, att lärarna i de olika ämnena särskilt skulle beakta de ämnesområden, som är av krigsmedicinsk betydelse. Viss undervisning i krigshygien skall alltså ges under kursen i hygien.

Beträffande Sam FLU:s förslag att samordna den nuvarande kursen i krigsmedicin — av Sam FLU benämnd kurs i försvars- och kastastrofmedicin (FKMK) — med den av riksdagen 1963 beslutade grundkursen i civil krigssjukvård och att inordna denna sammanslag-



na kurs under den medicinska grundutbildningen vill vi anföra följande.

Den nuvarande kursen i krigsmedicin kan utan svårighet infogas i undervisningen under första terminen av det kliniska stadiets andra del, varvid den bör kunna kombineras med kurserna i dermato-venereologi och infektionsmedicin. Vi anser emellertid, att det inte möter något hinder att på det sätt som förordats inplacera hela den av utredningen föreslagna undervisningen i försvars- och katastrofmedicin under en och samma termin. Härvid bör kursen lämpligen bestå av två delar, vilka båda bör kunna kombineras antingen med kurserna i dermato-venereologi och infektionsmedicin eller med kursen i psykiatri.

Sam FLU erinrade om att de mycket stora svårigheter, som den nuvarande krigsmedicinska undervisningen haft att brottas med till stor del berott på de begränsade lärarresurserna och svårigheten att ordna lärarfrågan på de olika studieorterna. För att lösa lärarfrågan föreslog Sam FLU, att vid vart och ett av de medicinska lärosätena skulle inrättas särskilda laboraturer i försvars- och katastrofmedicin. Vi tror emellertid inte, att tillkomsten av sådana laboratorsbefattningar mer än delvis skulle kunna lösa försvars- och katastrofmedicinens lärarproblem. Sam FLU förutsatte, att laboratorn endast skulle ha sin vetenskapliga utbildning inom något av de många medicinska verksamhetsfält, som har anknytning till försvars- och katastrofmedicinen och att denne själv endast skulle undervisa inom sitt eget kompetensområde medan övrig undervisning skulle ombesörjas av olika arvoderade speciallärare. Som framgår av Sam FLU:s redovisade exempel på studieplan för ifrågavarande kursundervisning är ämnesinnehållet sådant, att det endast kan täckas av en rad speciallärare. Inom landet torde blott ett relativt begränsat antal specialister behärska de olika aspekterna på försvars- och katastrofmedicinen. Med hänsyn härtill och till ämnets betydelse synes det oss utomordentligt angeläget, att man organiserar undervisningen i försvars- och katastrofmedicin centralt med hjälp av kvalificerad expertis. Enligt vår uppfattning torde ämnet vara synnerligen väl lämpat för en programmerad undervisning baserad på moderna tekniska hjälpmedel, i första hand föreläsningar och demonstrationer inspelade på film eller videoband. En sådan undervisning bör lämpligen kompletteras med föreläsningar, seminarier och exkursioner under medverkan av lärosätets egna lärarkrafter (t.ex. lärare i epidemiologi, psykiatri, hygien, kirurgi etc.). Programmerad undervisning har dessutom den fördelen att den kan förläggas till tid, som inte hindrar klinisk tjänstgöring. Dessutom kan den vid behov dubbleras och uppdelas på olika avsnitt, som vart för sig kan kombineras, det ena med kurserna i dermato-venereologi och infektionsmedicin samt det andra med kursen i psykiatri.

Med representanter för universitetskanslersämbetet, medicinalstyrelsens sjukvårdsberedskapsnämnd och försvarsmakten har vi under hand diskuterat frågan om en central ledning av undervisningen i försvars- och katastrofmedicin. Härvid har framkommit, att det synes möjligt att organisera undervisningen centralt med hjälp av olika experter samt att huvudsakligen basera den på film- och TV-inspelat undervisningsmaterial. Sådant material bör kunna utarbetas inom universitetskanslersämbetet i samråd med socialstyrelsens beredskapsavdelning och försvarets centrala myndigheter.

Vi föreslår i enlighet med Sam FLU:s förslag att nuvarande kurs i krigsmedicin ersätts med en kurs i försvars- och katastrofmedicin och samordnas med den av riksdagen år 1963 beslutade

Exempel på studieplan för försvars- och katastrofmedicinsk kurs (FKMK) och grundkurs i civil krigssjukvård (GK). Summa ca 70 timmar jämte ca 30 timmar för enskilda förberedelser.

Försvars- och katastrofmedicinsk kurs (FKMK)

	Tim. F	T
1. Försvarsmedicinen i totalförsvaret	1	
2. Katastrofmedicin i fredstid	1	
3. Hygien	3	
4. Epidemiologi	3	
5. Atomstridsmedlens medicinska verkningar	4	
6. Biologiska stridsmedlens verkningar	3	
7. Kemiska stridsmedlens verkningar	2	
8. Kirurgi	4	
9. Invärtes medicin m.m.	3	
10. Psykologi och psykiatri	4	
11. Försvarsmedicinsk forskning	2	
12. Diskussioner m.m.		5
	30	+5

S:a ca 35 timmar

Grundkurs i civil krigssjukvård (GK)

	Tim. F	T
1. Försvarspolitisk översikt	1	
2. Totalförsvarets ledning centralt, regionalt, lokalt	1	
3. Anfalls- och försvarsmedel	1	
4. Medicinsk katastrofberedskap i fredstid		3
5. Civilförsvaret — Utrymning — Inkvartering	1	1
6. Den civila hälso- och sjukvårdens uppgifter och verksamhet under beredskaps- och krigstillstånd	2	
7. Civilförsvarets sjukvård	1	1
8. Militär sjukvård	1	1
9. Samhällets omställning från freds- till krigstillstånd	1	1
10. Verksamheten i krigssjukvårdsområde		3
11. Sjukhusvård och dess försörjning		3
12. Hälso- och sjukvård i samband med atomvapenanfall		3
13. Hälso- och sjukvård i samband med biologisk och kemisk krigföring		3
14. Psykologi och psykiatri under krigsförhållanden		2
15. Demonstrationer, diskussioner m.m.		5
	9	+26

S:a ca 35 timmar

16. Enskilda förberedelser — ca 30 timmar

S:a ca 65 timmar

F = Föreläsning T = Tillämpning (demonstration, diskussion, genomgång, grupparbete)

grundkursen i civil krigssjukvård. Studiekursen skall avse att ge de studerande dels goda medicinska kunskaper inom de områden som är särskilt aktuella vid beredskap och krig samt vid katastrofsituationer i fred, dels god kännedom om den civila krigssjukvårdens organisation samt om grunderna och riktlinjerna för dess genomförande. Kursen bör ha i huvudsak det av Sam FLU föreslagna innehållet och förläggas till första terminen av det kliniska stadiets andra del. Kursen bör bestå av två delar, som båda skall kunna kombineras antingen med kurserna i dermato-venereologi och infektionsmedicin eller med kursen i psykiatri. Det bör uppdras åt en särskild arbetsgrupp inom universitetskanslersämbetet att organisera utbildningen i samråd med socialstyrelsens beredskapsavdelning och försvarets centrala myndigheter.

2.5.3.7. Obstetrik och gynekologi

Enligt nu gällande studieplaner omfattar kursen i obstetrik och gynekologi tre månader. Inom ramen för kursen meddelas särskild undervisning i gynekologisk radioterapi, klinisk bakteriologi, patologi och röntgendiagnostik. Under kursen följer de studerande ca 100 timmar föreläsningar, varvid några av föreläsningarna kan utbytas mot konferenser under medverkan av lärare i andra ämnen såsom de nyss nämnda jämte socialmedicin. Härutöver skall de studerande följa ca 4 timmar föreläsningar och ca 6 timmar demonstrationer i gynekologisk radioterapi. De studerande erhåller 20 timmar handledning i obstetriska och gynekologiska undersökningsmetoder samt i valda delar av den obstetriska operationsläran. Under kursen tjänstgör de studerande vidare i tur och ordning på förlossningsavdelning med jourtjänst för att själva under läkares och barnmorskors överinseende sköta förlossningar och utföra enklare ingrepp. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen. Normalt bör studietiden inte överstiga tre månader. Samtidigt med kursen i obstetrik-gynekologi genomgår de studerande vanligtvis kursen i rättsmedicin.

LUK behandlade ämnet obstetrik-gynekologi som ett kliniskt specialämne och ansåg, att undervisningen i ämnet endast skulle omfatta det som var av praktiskt och vetenskapligt intresse för varje läkare. LUK erinrade om att en allt större andel av förlossningarna ägde rum på sjukhus och att ett mycket obetydligt antal förlossningar sköttes i öppen vård. Med hänsyn till det härav följande minskade behovet av obstetrisk utbildning för allmänläkarna m.fl. samt till den fortgående utbyggnaden av specialistväsendet i obstetrik-gynekologi övervägde LUK en nedskärning av kursen i ämnet till två månader. LUK ansåg emellertid, att utvidgningen av den förebyggande mödravården samt tillkomsten av vissa nya områden inom gynekologin, såsom exempelvis hormonläran, givit större innehåll åt vissa partier av undervisningen. Man stannade därför vid att föreslå en nedskärning av kursen från fyra till tre månader. I prop. 1954:212 anslöt sig departementschefen till LUK:s förslag. Statsutskottet erinrade beträffande utbildningen i obstetrik och gynekologi om att de studerande, som i sin framtida verksamhet ansåg sig ha behov av ytterligare praktisk övning i dessa ämnen, kunde förlägga sina två valfria assistenttjänstgöringsmånader till obstetrisk-gynekologisk avdelning. Med anledning av yrkanden i tre skilda motioner framhöll utskottet, att det kunde råda viss tveksamhet om inte en månads obligatorisk assistenttjänstgöring i obstetrik-gynekologi kunde anses önskvärd. Utskottet förutsatte, att Kungl. Maj:t sedan erfarenhet vunnits rörande den nya studieordningen tog ifrågavarande spörsmål un-

der förnyat övervägande. Utskottet underströk nödvändigheten av att garantier på lämpligt sätt skapades för att det inte vid lasarettsavdelningar med förlossningsfall kunde komma att saknas läkare med mera än grundutbildning i ämnet.

Som bakgrund till våra överväganden rörande utbildningen i obstetrik och gynekologi vill vi betona, att sedan år 1954, då LUK framlade sitt betänkande, har specialiseringen beträffande obstetrik och gynekologi fortskridit. Det är härvid av intresse att jämföra antalet förlossningar fördelade efter vårdform under senare år. Nedanstående tabell är hämtad ur SOS Allmän hälso- och sjukvård år 1964. Förlossningarna är procentuellt fördelade efter vårdform.

År	Anstalter av typ			Öppen vård	Totalt
	I	II	III		
1950	45,6	41,4	7,1	5,9	100,0
1955	59,0	33,3	5,3	2,4	100,0
1960	67,3	30,8	1,3	0,6	100,0
1963	73,9	25,1	0,7	0,3	100,0
1964	75,0	24,2	0,6	0,2	100,0

Typ I = Förlossningsavdelning med egen specialutbildad läkare.
Typ II = Annan förlossningsavdelning än typ I vid lasarett eller förlossningshem vid sjukstuga.
Typ III = Övriga förlossningshem.

Antalet specialister i obstetrik och gynekologi har ökat under de senaste åren på sätt som framgår av följande siffror. (Uppgifter om antalet specialister finns tillgängliga först fr.o.m. år 1960.)

År	1960	1963	1964	1965	1966
Antal specialister..	253	288	298	322	331

Enligt våra direktiv bör vi undersöka behovet av de mera specialiserade momenten i grundutbildningen liksom deras lämpliga omfattning och därvid särskilt beakta de skilda ämnena under femte och sjätte studieåren. Det är inte minst med hänsyn till den fortskridande specialiseringen av förlossningsvården naturligt, att vi särskilt uppmärksammar ämnet obstetrik-gynekologi.

Vi har i det föregående redogjort för vårt förslag till studieordning för det kliniska stadiets andra del (2.5.3.2.). Enligt detta skall utbildningen omfatta en tid av 15 månader, fördelade på tre terminer om fem månader. I likhet med LUK anser vi, att man under detta skede måste lägga särskild vikt vid de centrala ämnena pediatrik, psykiatri och socialmedicin. Vi anser oss också ha gjort detta i vårt förslag till studieordning. Omfattningen av undervisningen i ämnet obstetrik-gynekologi måste vidare ses mot bakgrunden av dess karaktär av specialämne. Vi anser att man måste beakta specialistväsendets fortsatta utbyggnad, vilken medför att det i framtiden kommer att bli allt flera specialistutbildade läkare. Enligt vårt i avsnittet 2.5.3.1. omnämnda förslag om den särskilda utbildning för kompetens att bedriva allmän praktik, som också bör vara behörighetsvillkor för provinsialläkartjänst m.m., skall härför bl.a. krävas tre måna-

ders tjänstgöring som läkare i underordnad ställning vid gynekologisk-obstetrisk klinik. Vi vill i detta sammanhang härutöver erinra om att vi föreslagit att viss undervisning i abdominell gynekologi skall äga rum under kirurgikursen.

Med hänsyn till vad som här anförts, anser vi att kursen i obstetrik och gynekologi bör kunna förkortas från tre till två och en halv månader. Vissa delar av utbildningen i ämnet obstetrik och gynekologi synes enligt vår mening vara väl lämpade för samundervisning med pediatrik. Detta gäller bl.a. den förebyggande mödra- och barnavården samt nyföddhetsperioden. Vi anser att denna undervisning bör kunna rymmas inom de ca 100 föreläsningstimmar som kursen nu omfattar, varvid ca 22 timmar kan ges som samundervisning med lärare i pediatrik samt behandla nyföddhetsperiodens fysiologi och patologi samt förebyggande mödravård. För att belysa syftet med sistnämnda undervisning anger vi här en tänkbar uppläggning av undervisningen rörande nyföddhetsperioden och förebyggande mödravård. I de med [1] betecknade avsnitten meddelas som regel undervisning under såväl kursen i obstetrik och gynekologi som under kursen i pediatrik.

Respiratorisk och cirkulatorisk anpassning till extrauterint liv (3 timmar)[1].
Erythroblastos och ikterus (3 timmar)[1].
Prematuritet, dysmaturitet, postmaturitet 3 timmar)[1].
Hypoglykemi i nyföddhetsperioden (1 timme).
Diabetesmödrar och deras barn (2 timmar)[1].
Missbildningar oförenliga med extrauterint liv (2 timmar).
Foster- och nyföddhetsimmunologi samt infektioner (4 timmar)[1].
Förebyggande mödravård (4 timmar).

Vi anser att de studerande under kursen bör tjänstgöra två veckor vid nyföddhetsavdelning under handledning av pediatriker. Härvid bör, om så befinns lämpligt, de studerande ha möjlighet att delta i jourverksamheten vid förlossningsavdelning. Eftersom kursen i övrigt inte kan kombineras med annan klinisk tjänstgöring, bör detta lätt kunna arrangeras. Antalet kursdeltagare är dessutom vid alla studieorter så stort, att de studerande inte dagligen kan tjänstgöra vid förlossningsavdelning.

Vi vill vidare erinra om att enligt gällande studieplan skall undervisning under kursen meddelas även i förebyggande mödravård, i olika socialmedicinska spörsmål, i lagstiftningen om aborter och steriliseringar m.m. samt att särskild uppmärksamhet skall ägnas sexualhygieniska åtgärder och preventivteknik.

Sammanfattningsvis föreslår vi att följande skall gälla för undervisningen i ämnet obstetrik och gynekologi.

Under kursen i kirurgi ges av lärare i obstetrik-gynekologi och i kirurgi 5 timmar samundervisning rörande abdominell gynekologi. Studiekursen i gynekologi och obstetrik omfattar en tid av tio veckor och förläggs till andra terminen av det kliniska stadiets andra del. Kursen avser huvudsakligen att ge de studerande sådana kunskaper i obstetrik och gynekologi, som är av praktiskt och vetenskapligt intresse för varje läkare. Under kursen skall de studerande följa ca 100 timmar föreläsningar, kliniska demonstrationer och seminarieövningar eller konferenser. Härvid skall under ca 22 timmar i samundervisning med lärare i pediatrik behandlas nyföddhetsperiodens fysiologi och patologi samt förebyggande mödravård. Härutöver skall de studerande följa ca 4 timmar föreläsningar och ca 6 timmar demonstrationer i gynekologisk radioterapi. Vidare skall

under kursen meddelas ca 20 timmar handledningsundervisning i obstetriska och gynekologiska undersökningsmetoder. Handledningsundervisning förutsätts i största möjliga utsträckning bedrivas som gruppundervisning, varvid varje studerande bör följa ca 10 timmar. Under kursen skall de studerande tjänstgöra på förlossningsavdelning, gynekologisk avdelning, nyföddhetsavdelning och poliklinik. Tjänstgöring vid nyföddhetsavdelning skall omfatta minst två veckor. Normalt bör studietiden för ämnet obstetrik och gynekologi inte överstiga tio veckor. Därvid förutsätts att de studerande samtidigt kan genomgå kursen i rättsmedicin. Tentamen i ämnet skall normalt kunna avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande kursen i obstetrik och gynekologi vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.8. Oftalmiatrik

Enligt gällande studieplaner omfattar kursen i oftalmiatrik två månader. De studerande följer ca 50 föreläsningar. I början av kursen meddelas under ca 10 timmar undervisning i oftalmologiska undersökningsmetoder. Under medverkan av läraren i socialmedicin sker även viss samundervisning med ämnet socialmedicin. Från och med tredje kursveckan deltar de studerande varannan dag i arbetet på den öppna ögonmottagningen, varvid de själva i mån av förmåga undersöker och behandlar patienter under vederbörande läkares överinseende. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen. Normalt bör studietiden inte överstiga två månader. Kursen i oftalmiatrik kombineras vanligtvis med annan klinisk kurs om två månader.

Några förslag till ändringar i studieplanen för ämnet oftalmiatrik har inte framförts sedan nuvarande studieordning infördes. Vi finner för vår del heller inte skäl föreligga att föreslå någon ändring, utan vi anser att målsättningen för och omfattningen av undervisningen i ämnet bör vara oförändrad. Vi vill i detta sammanhang erinra om att enligt prop. 1954:212 någon praktisk tjänstgöring på vård- och operationsavdelning inte skall fordras av de studerande.

Vi har tidigare föreslagit att kursen i oftalmiatrik skall förläggas till andra terminen av det kliniska stadiets andra del och samordnas med kurserna i oto-rhino-laryngologi och rättsmedicin (2. 5.3.2.). Vi vill här påpeka att enligt gällande utbildningsplan kan de studerande samtidigt genomgå kurserna i oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi.

Vi föreslår att följande skall gälla för undervisningen i ämnet oftalmiatrik.

Studiekursen, som omfattar tio veckor och förläggs till andra terminen av det kliniska stadiets andra del, skall huvudsakligen avse att ge de studerande sådana kunskaper i oftalmiatrik och oftalmologisk undersökningsteknik, som är av praktiskt värde för varje läkare. Under kursen skall de studerande följa ca 50 timmar föreläsningar. Under kursen skall anordnas praktisk undervisning, omfattande ca 10 timmar övningar i oftalmiatriska undersökningsmetoder. Jämsides med kursen skall de studerande under fyra veckor tjänstgöra vid öppen ögonmottagning. Studietiden för ämnet bör inte överstiga tio veckor. Därvid förutsätts att de studerande samtidigt deltar i övrig undervisning under terminen. Tentamen skall normalt kunna avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande kursen i oftalmiatrik vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.9. Oto-rhino-laryngologi

Enligt gällande studieplaner omfattar kursen i oto-rhino-laryngologi två må-

nader. De studerande följer ca 50 timmar föreläsningar. De deltar vidare i den undervisning som ges i tillämpliga delar av radioterapi och röntendiagnostik. Några av föreläsningarna kan utbytas mot konferenser anordnade gemensamt med läraren i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi eller socialmedicin.

Varje studerande erhåller vid kursens början praktisk undervisning i oto-rhino-laryngologisk undersökningsteknik.

I anslutning till kursen förekommer patient- och operationsdemonstrationer. Under kursen deltar de studerande i praktiskt arbete under ca sex veckors tid, varav hälften på klinik och hälften på poliklinik. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen. Normalt bör studietiden för ämnet inte överstiga två månader. Därvid förutsätts att de studerande i den omfattning utbildningsplanen tillåter samtidigt deltar i annan undervisning.

Med hänsyn till att studieplanerna vid de olika lärosätena sinsemellan något avviker från varandra, vill vi erinra om vad LUK ansåg om undervisningen i ämnet oto-rhino-laryngologi. Man ansåg att undervisningen borde läggas upp så, att de studerande i stor utsträckning fick arbeta med det polikliniska klientelet, vilket mest ansågs likna det som allmänläkaren hade att ta ställning till, medan tjänstgöringen på vårdavdelning enligt LUK hade relativt mindre betydelse. LUK ansåg dock, att det torde vara nödvändigt att även i den kliniska verksamheten demonstrera användningen av moderna läkemedel av typen kemoterapeutika och antibiotika inom oto-rhino-laryngologin. De studerande borde enligt LUK under kursen få tillfälle att under lärarnas överinseende utföra smärre ingrepp, såsom paracentes, öppnande av halsböld och dylikt. Vid undervisningen borde audiologin och foniatrin vinna beaktande. Under föreläsningarna skulle vidare inledningsvis beröras med ämnet sammanhängande delar av anatomin, fysiologin, bakteriologin och röntgenologin, eventuellt genom någon eller några föreläsningar av specialister. De socialmedicinska synpunkterna på ämnet borde slutligen särskilt understrykas.

Vi har tidigare i avsnittet om det kliniska stadiets första del (2.4.2.) redogjort för AIS-kommitténs förslag att viss undervisning och praktisk tjänstgöring i radioterapi med tumördiagnostik samt ett antal föreläsningar och praktiska övningar i odontologi skulle överföras till kursen i oto-rhino-laryngologi. Kursen skulle härigenom utökas med ca 10 undervisningstimmar samt härutöver praktiska övningar av viss omfattning. Enligt AIS-kommittén skulle till detta komma två veckors praktiskt arbete vid radioterapeutisk klinik.

Några andra förslag till förändringar i studieplanen för ämnet oto-rhino-laryngologi synes inte ha framkommit, sedan nuvarande studieordning infördes.

Vi anser att kursens uppläggning och målsättning alltjämt i huvudsak skall vara oförändrad. Kursen förläggs till andra terminen av det kliniska stadiets andra del och kombineras med kurserna i oftalmiatrik och rättsmedicin.

I våra överväganden om ämnet kirurgi (2.4.3.2.) har vi föreslagit, att de studerande i samband med kursen i oto-rhino-laryngologi skall tjänstgöra vid radioterapeutisk klinik. Vi anser att en sådan tjänstgöring omfattande två veckor bör kunna fullgöras då, såsom nyss nämnts, kurstiden beräknas bli tio mot nu åtta veckor och vidare någon avdelningstjänstgöring inte är avsedd att ingå i den samtidigt infallande kursen i oftalmiatrik. Vi anser att i kursen i oto-rhino-laryngologi bör ingå 4 timmar samundervisning med radioterapi med tumördiagnostik. Vidare har vi i avsnittet 2.4.3.2. föreslagit, att utbildningen i odontologi

överförs till kursen i oto-rhino-laryngologi. För denna senare undervisning anser vi, att man bör beräkna ca 5 föreläsningstimmar samt högst 5 demonstrationer.

Till skillnad från vad som är fallet exempelvis under kurserna i dermatovenereologi, neurologi och oftalmiatrik finns f.n. inga särskilda undervisningstimmar avsatta under kursen i oto-rhinolaryngologi för till ämnet hörande undersökningsteknik och diagnostik. Vi anser att ca 10 timmar bör anslås för detta ändamål och att dessa undervisningstimmar i första hand skall användas till gruppundervisning, som för varje studerande bör omfatta minst 5 timmar.

Sammanfattningsvis föreslår vi att följande skall gälla för undervisningen i ämnet oto-rhino-laryngologi.

Studiekursen, som omfattar tio veckor och förläggs till andra terminen av det kliniska stadiets andra del, skall huvudsakligen avse att bibringa de studerande sådana kunskaper i oto-rhino-laryngologi jämte hithörande delar av audiologi, foniatri, oto-neurologi och käksjukdomar som är av praktiskt och vetenskapligt intresse för varje läkare. Under kursen skall de studerande följa ca 60 timmar föreläsningar, demonstrationer och seminarier. Inom kursens ram skall under 4 timmar meddelas särskild undervisning i radioterapi med tumördiagnostik. Under kursen bör dessutom meddelas ca 10 timmar handledningsundervisning i oto-rhino-laryngologisk undersökningsteknik och diagnostik. Under kursen skall de studerande tjänstgöra sex veckor vid klinik och poliklinik, varav två veckor vid radioterapeutisk klinik. Normalt bör studietiden inte överstiga tio veckor, varvid förutsätts att de studerande samtidigt kan delta i övrig undervisning under terminen. Tentamen skall normalt avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande kursen i oto-rhino-laryngologi vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.10. Rättsmedicin

Enligt gällande studieplaner omfattar kursen i rättsmedicin tre månader, utom vid karolinska institutet, där den pågår två månader. Under kursen följer de studerande ca 15 timmar föreläsningar och bevistar ca 5 demonstrationer av mediko-legala förrättningar. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen.

Studiekursen avser att bibringa de studerande den orientering över och den förståelse för rättsmedicinska frågeställningar och undersökningsmetoder, som är nödvändiga för den allmänpraktiserande läkaren, sjukhusläkaren och tjänsteläkaren. I ämnet rättsmedicin innefattas inte rättspsykiatrin, som ingår i kursen i psykiatri.

Vi har inte funnit några skäl som talar för en förändrad målsättning av studiekursen eller av nu disponibel undervisningstid.

Vi föreslår att följande skall gälla för undervisningen i ämnet rättsmedicin.

En eller två kurser anordnas under den andra terminen av det kliniska stadiets andra del samt kombineras med kurserna i oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi. Kursen avser huvudsakligen att bibringa de studerande sådan förståelse för rättsmedicinska problem och undersökningsmetoder, som fordras av varje läkare. Under kursen skall de studerande följa ca 15 timmar föreläsningar samt bevista ca 5 demonstrationer av mediko-legala förrättningar. Tentamen skall normalt kunna avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande kursen i rättsmedicin vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.11. Pediatrik

Enligt gällande studieplaner omfattar kursen i pediatrik, om den ges i kombination med socialmedicin, fyra månader eller utan denna kombination tre månader. De studerande följer under kursen ca 130 timmar föreläsningar och kliniska demonstrationer. De bevistar vidare den samundervisning, som anordnas i pediatrik och patologi i form av 3 à 10 timmar demonstrationer och konferenser samt deltar i visitronder på epidemisjukhus omfattande 4 à 6 timmar. Några av föreläsningarna kan utbytas mot konferenser under medverkan av lärare i socialmedicin eller i klinisk farmakologi. Inom ramen för kursen meddelas i viss utsträckning särskild undervisning i barnröntgenologi, barnortopedi, barnkirurgi, klinisk bakteriologi och skyddsympningar, barnpatologi och klinisk farmakologi. Den praktiska tjänstgöringen pågår under hela kursen och utgörs av kliniska ronder och gruppvis anordnade demonstrationer och arbete på vårdavdelningar, poliklinik, barnavårdscentral samt deltagande i barnläkares ronder vid kvinnoklinik. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen. Normalt bör studietiden inte överstiga fyra månader. Därvid förutsätts att de studerande samtidigt genomgår kurs i barnpsykiatri samt huvudkurs i socialmedicin.

Studiekursen avser huvudsakligen att bibringa de studerande tillfredsställande kunskaper i barnaålderns fysiologi, i barnsjukdomarnas patologi och terapi samt i förebyggande pediatrik.

LUK betraktade pediatriken som ett av de kliniska huvudämnena, och med en omfattning av fyra månader avsågs kursen i pediatrik bli den största kliniska kursen näst efter medicin och kirurgi. Den föreslagna obligatoriska kombinationen med slutkursen i socialmedicin, som väsentligen var en föreläsningskurs, ansåg LUK inte skulle förta värdet av denna utökning av undervisningstiden utan snarare bidra till att undervisningen i pediatrik kunde koncentreras på den kliniska delen av ämnet.

Ett förhållande av stor betydelse för resultatet av kursen i pediatrik var enligt LUK dess förläggning i studieplanen. Undervisningen i sådana barnaålderns sjukdomar, som även fanns i andra åldersgrupper, underlättades uppenbarligen väsentligt, om motsvarande kliniska kurser, som avsåg patienter i vuxen ålder hade fullgjorts. En sådan anordning möjliggjorde givetvis en koncentration av pediatrikundervisningen till det för barnaåldern speciellt utmärkande. Såsom tidigare anförts ansåg LUK att den fria studieordningen som regel inte borde frångås under de kliniska studiernas senare skede. I fråga om pediatriken ansåg LUK emellertid att man borde göra ett undantag och föreslog, att de studerande efter medicin- och kirurgikurserna skulle ha fullgjort kurserna i dermatovenereologi, klinisk epidemiologi, ftisiologi, neurologi, obstetrik-gynekologi, otorhino-laryngologi samt psykiatri, innan tillträde lämnades till kursen i pediatrik.

I prop. 1954:212 tillstyrkte departementschefen i huvudsak LUK:s förslag, vilket enligt hans mening innebar en kraftig förstärkning av pediatrikundervisningen. Med hänsyn till de rådande svårigheterna att på vissa universitetssjukhus ta emot mer än 20 elever per kurs förordade departementschefen, att kanslern erhöll rätt att på hemställan av vederbörande fakultet fastställa sådan studieplan för fakulteten, att pediatrikkursen skulle ges under tre månader med ca 20 deltagare tre gånger årligen utan kombination med socialmedicin.

Det har inte synts oss möjligt att infoga den nuvarande pediatrikkursen, omfattande en tid av fyra månader, i ett bundet kliniskt skede bestående av tre terminer på fem månader. För närvarande ges den

fyra månader långa kursen antingen två eller tre gånger årligen. I det senare fallet pågår tidvis två kurser samtidigt. Denna senare studieplan tillämpas f.n. vid medicinska fakulteterna i Göteborg och Lund. Schemaläggningen försvåras alltså av pediatrikkursens längd. Vidare har vi att ta hänsyn till den nu gällande bestämmelsen, att endast kurserna i hygien, oftalmiatrik, krigsmedicin och rättsmedicin får fullgöras efter kurserna i pediatrik, socialmedicin och barnpsykiatri.

Vi har diskuterat ett flertal alternativ för inplacering av ämnet pediatrik i en bunden studieordning. Bl.a. har vi övervägt möjligheten att kombinera kurserna i pediatrik och obstetrik-gynekologi, varigenom kombinationen med socialmedicin skulle brytas. Vissa avsnitt av dessa båda ämnen, bl.a. den förebyggande mödra- och barnavården samt nyföddhetsperioden, lämpar sig väl för samundervisning. Genom en sådan kombination skulle man kunna uppnå en studietidsvinst, som kunde tillåta att de båda kurserna infogades under en termin på fem månader. Flera skäl talar dock mot en sådan anordning. Bl.a. måste då den huvudsakliga undervisningen i socialmedicin förläggas till en tidigare termin. Ämnesföreträdarna för socialmedicin har framhållit vikten av att huvudundervisningen i detta ämne får avsluta den medicinska grundutbildningen. Ämnesföreträdarna i pediatrik har dessutom påpekat vikten av att alla studerande tidigt under pediatrikkursen får eller helst före dess början har fått undervisning i nyföddhetsperiodens fysiologi och patologi. Pågår undervisningen i pediatrik och obstetrik-gynekologi jämsides under samma termin, kan nämnda önskemål inte tillgodoses för alla studerande. Vi har därför på sätt som ovan redovisats valt att förlägga undervisningen i obstetrik-gynekologi till andra terminen av det kliniska skedets andra del, varvid de studerande samtidigt får dels undervisning om nyföddhetsperioden, dels tillfälle att tjänstgöra vid nyföddhetsavdelning (2.5.3.2.). Eftersom nämnda avsnitt av pediatrikundervisningen sålunda integreras med kursen i obstetrik-gynekologi, blir det enligt vår mening möjligt att minska kursen i pediatrik från tre till två och en halv månader. Studiekursen i pediatrik förläggs till det kliniska stadiets tredje termin och kombineras med kurs i barnpsykiatri.

Vi har övervägt att minska undervisningsvolymen under det terminsblock i vilket pediatrikkursen ingår genom att inordna huvuddelen av undervisningen i barnpsykiatri i kursen i psykiatri. Ämnesföreträdare för pediatrik och barnpsykiatri har dock förklarat det vara utomordentligt väsentligt, att barnpsykiatrin till största delen undervisas samtidigt med pediatrik. Med hänsyn till den undervisning i pediatrik, som redan givits under kurserna i klinisk propedeutik samt obstetrik och gynekologi, anser vi, att antalet föreläsningstimmar och demonstrationer under studiekursen kan minskas från nuvarande ca 130 till ca 110. Övrig undervisning bör kunna ges på sätt som nu sker.

I vårt förslag till studieordning för det kliniska stadiets andra del har vi till dess tredje termin förlagt, förutom kurserna i pediatrik och barnpsykiatri, även kurserna i hygien, neurologi och socialmedicin. Den av oss föreslagna studieordningen med halvterminsblock innebär, att hälften av de studerande kommer att följa undervisningen i hygien, neurologi och socialmedicin, först sedan de genomgått kursen i pediatrik. Ämnesföreträdare för pediatrik och socialmedicin har ansett, att nämnda förhållanden inte bör utgöra något väsentligt hinder för en studieordning enligt vårt förslag, då samtliga kurser följer i direkt anslutning till varandra. Vi anser att vårt förslag till

utbildning i ämnet pediatrik innebär vissa fördelar jämfört med vad som gäller för närvarande. Nu gällande studieplan tillkom med den förutsättningen, att det årliga antalet kursdeltagare inte vid något undervisningssjukhus skulle överstiga 60 studerande och att undervisningen skulle pågå under åtta månader av året. Enligt den av oss föreslagna studieordningen kan man vid de pediatriska undervisningsklinikerna anordna avdelningstjänstgöring för de studerande under tio månader av året. De studerande kommer dessutom att redan före pediatrikkursens början ha tjänstgjort vid nyföddhetsavdelning.

Vårt förslag beträffande undervisningen i pediatrik under grundutbildningen måste vidare ses mot bakgrunden av vårt förslag till utbildning av allmänläkare, en utbildning som vi samtidigt förutsätter vara behörighetsvillkor för provinsialläkartjänst m.m. I denna skall, som tidigare omnämnts, obligatoriskt ingå bl.a. tre månaders sjukhustjänstgöring vid pediatrisk klinik (2.5.3.1.). Vi utgår också från att specialistväsendet för pediatrikens del i framtiden kommer att väsentligt utbyggas.

Sammanfattningsvis föreslår vi att följande skall gälla för undervisningen i ämnet pediatrik.

Under kursen i klinisk propedeutik ges av lärare i pediatrik ca 3 timmar undervisning rörande den normala somatiska utvecklingen.

Under kursen i obstetrik och gynekologi tjänstgör de studerande två veckor vid nyföddhetsavdelning samt åhör 22 timmar föreläsningar om nyföddhetsperiodens fysiologi och patologi samt den förebyggande mödravården. Dessa föreläsningar ges som samundervisning av lärare i pediatrik och obstetrik-gynekologi.

Studiekursen, som omfattar en tid av tio veckor och förläggs till tredje terminen av det kliniska stadiets andra del, avser huvudsakligen att bibringa de studerande sådana kunskaper i pediatrik som är av praktiskt och vetenskapligt värde för varje läkare. Under kursen skall de studerande följa ca 110 timmar föreläsningar, kliniska demonstrationer och seminarieövningar eller konferenser. Under kursen skall de studerande också tjänstgöra vid klinik och poliklinik samt vid barnavårdscentral. Normalt bör studietiden för ämnet pediatrik inte överstiga tio veckor. Därvid förutsätts att de studerande samtidigt kan genomgå kursen i barnpsykiatri. Tentamen i ämnet skall normalt kunna avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande kursen i pediatrik vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.12. Barnpsykiatri

Kursen i barnpsykiatri ges i anslutning till kursen i pediatrik.

Under kursen följer de studerande ca 15 timmar föreläsningar. I anslutning till kursen anordnas särskilda ronder och demonstrationer av undersöknings- och terapiteknik, testningsmetoder m.m., i vilka de studerande deltar i mindre grupper.

Vi vill här framhålla, att man i prop. 1954:212 förutsatte att de kliniska demonstrationerna skulle ingå i de 15 timmar föreläsningar, som undervisningen skulle omfatta.

Sedan nuvarande studieordning infördes, har den psykiatriska barna- och ungdomsvården fått en allt större betydelse för samhället. Vi räknar med att det stora behovet av dylik vård i första hand skall tillgodoses genom en fortsatt utbyggnad av specialiteten barn- och ungdomspsykiatri. Vi anser därför, att målsättningen för och omfattningen av undervisningen i ämnet barnpsykiatri

under grundutbildningen i huvudsak bör vara oförändrad. Vi vill i detta sammanhang erinra om de möjligheter för vidareutbildning i barn- och ungdomspsykiatri, som vi tänkt oss skall finnas för även icke blivande specialister inom disciplinen. Enligt de förslag till vidareutbildning, som vi i det följande framlägger, föreslår vi dels under allmänutbildningen en obligatorisk tre månader lång tjänstgöring vid psykiatrisk alternativt barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, dels en sex månader lång obligatorisk sidoutbildning i barn- och ungdomspsykiatri för alla blivande barnläkare.

Vi har diskuterat barnpsykiatrins placering under det kliniska stadiet och undersökt möjligheten av att förlägga all undervisning i barnpsykiatri till kursen i psykiatri i avsikt att minska undervisningsvolymen under huvudkursen i pediatrik. Företrädare för barnpsykiatri och pediatrik har härvid framhållit, att den huvudsakliga undervisningen i ämnet alltjämt bör vara förlagd till pediatrikkursen. Enligt vår mening kan dock den del av undervisningen som avser ungdomspsykiatrin meddelas av lärare i barnpsykiatri i samband med kursen i psykiatri. Det bör emellertid ankomma på universitetskanslersämbetet att på hemställan av vederbörande fakultet fastställa sådan omfördelning av undervisningen.

Sammanfattningsvis föreslår vi att följande skall gälla för undervisningen i ämnet barnpsykiatri.

Under kursen i klinisk propedeutik ges av lärare i barnpsykiatri ca 3 timmar föreläsningar rörande utvecklingspsykologi.

Kursen i barnpsykiatri, som genomgås samtidigt med kursen i pediatrik, avser huvudsakligen att bibringa de studerande sådana kunskaper i barnpsykiatrins diagnostik och terapi jämte anknytning till socialvård, skolväsende och rättsväsende som är av praktiskt och vetenskapligt värde för varje läkare. Under kursen skall de studerande följa ca 15 timmar föreläsningar inklusive kliniska demonstrationer. Kunskapskontroll i ämnet sker i form av kursförhör inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande kursen i barnpsykiatri vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.13. Socialmedicin

Undervisningen i socialmedicin meddelas under olika skeden av studierna. Under det propedeutiska året genomgår de studerande en förberedande kurs i socialmedicin omfattande 15 timmar (i prop. 1954:212 förutsattes att 5 timmar skulle avse förberedande undervisning i hygien). Därjämte förekommer under medicine licentiatexamens andra avdelning samundervisning mellan socialmedicin och olika kliniska ämnen. I prop. 1954: 212 förutsattes att denna undervisning skulle omfatta 40 timmar årligen, varav 12 timmar i samband med medicinundervisningen och 8 timmar i samband med kirurgiundervisningen, dvs. 6 respektive 4 timmar per kurs. Återstående 20 timmar skulle fördelas på undervisningen i dermato-venereologi, obstetrik och gynekologi, oftalmiatrik, oto-rhinolaryngologi, pediatrik och psykiatri. Enligt nu gällande studieplaner omfattar huvudkursen ca en månad. Under kursen följer de studerande 35 à 40 timmar föreläsningar i socialmedicin inklusive medicinsk och social lagstiftning samt deltar i seminarier och exkursioner under 15 à 20 timmar. Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen, vilken ej innefattar praktiska prov. Enligt studieplanerna för Göteborg, Lund och Stockholm bör studietiden normalt inte överstiga en månad, varvid förutsätts, att

de studerande samtidigt deltar i övrig undervisning, som är förlagd till denna tid. Enligt studieplanerna för Uppsala och Umeå bör studietiden normalt inte överstiga fyra månader, varvid förutsätts att de studerande samtidigt genomgår kurserna i pediatrik och barnpsykiatri.

LUK ansåg det vara nödvändigt att vissa centrala kliniska ämnen gavs större vikt än andra. Det var också, ansåg LUK, viktigt att hålla distinktionen mellan huvudämnen och specialämnen klar i den kliniska utbildningen. Till de kliniska huvudämnena räknade LUK bl.a. ämnet socialmedicin, som i framtiden antogs tillkomma som ett väsentligt moment i läkarens arbete ju mera detta fördes över på det förebyggande och sociala planet.

I prop. 1954:212 underströk departementschefen samhällets önskemål att genom hälsovårdande och förebyggande åtgärder hindra sjukdomarna att uppkomma snarare än att bota dem. Enligt departementschefens mening var det högst angeläget att de medicinska lärosätena fick ökade resurser till sitt förfogande för undervisning och forskning inom den förebyggande medicinens hela fält.

Sedan den nuvarande studieordningen infördes har det socialmedicinska tänkesättet kommit att spela en allt större roll inom hälso- och sjukvården. Det är enligt vår mening angeläget, att de studerande under grundutbildningen bibringas goda kunskaper i ämnet socialmedicin. Vi anser oss ha beaktat detta på ett tillfredsställande sätt i den studieordning som vi föreslår. Vi vill här förutskicka att enligt vårt förslag till vidareutbildning viss tjänstgöring i öppen vård försöksvis kan komma att ingå i den för alla läkare obligatoriska allmänutbildningen. Vidare föreslås att allmänläkarnas utbildning skall innefatta tre månaders obligatorisk tjänstgöring i öppen vård. Under dessa tjänstgöringar skall den socialmedicinska aspekten på hälso- och sjukvården beaktas.

Vi har tidigare redovisat vårt förslag rörande utbildningen i socialmedicin under det propedeutiska stadiet och det kliniska stadiets första del. I det följande kommer vi att behandla den utbildning i ämnet, som bör ges under de olika studiekurserna under det kliniska stadiets andra del.

Vi har tidigare föreslagit att huvudkursen i socialmedicin förläggs till den tredje terminen av det kliniska stadiets andra del och samordnas i ett halvterminsblock med hygien och neurologi. Vi vill här peka på de möjligheter till samundervisning, som denna ämneskombination erbjuder, framför allt mellan socialmedicinen och det närstående ämnet hygien. Samundervisning torde med fördel kunna anordnas också mellan socialmedicin och neurologi, i första hand rörande den socialmedicinskt betydelsefulla neurologiska rehabiliteringen. Eftersom ämnena socialmedicin, hygien och neurologi studeras samtidigt, synes det oss lämpligt att man vid uppläggningen av undervisningen eftersträvar en fördelning av tentamina i ämnena under kursens två sista veckor.

Den av oss föreslagna bundna studiegången under det nuvarande fria kliniska stadiet erbjuder enligt vår mening stora möjligheter till systematisk samordning av undervisningen mellan socialmedicinen och de olika kliniska disciplinerna. På ett sätt som är otänkbart enligt nu gällande studieordning, där de studerande inte passerar detta stadium i en på förhand bestämd ordning, bör man kunna lägga upp samundervisningen under hela stadiet på ett rationellt och systematiskt sätt. I prop. 1954:212 förutsattes, att det skulle vara 6 timmar samundervisning med socialmedicin under medicinkursen och 4 timmar under kirurgikursen samt att socialmedicinen dessutom

för sin undervisning årligen skulle disponera 20 timmar att fördela mellan de kliniska specialämnena. Det angavs inte hur denna fördelning skulle ske. Enligt vår mening bör man beräkna 2 timmar samundervisning under envar av kurserna i dermato-venereologi, oftalmiatrik och oto-rhino-laryngologi samt 4 timmar under envar av kurserna i obstetrik-gynekologi, pediatrik och psykiatri. Det totala antalet timmar socialmedicinsk undervisning som årligen bör ges under det kliniska stadiets andra del kan sedan för varje lärosäte beräknas med utgångspunkt från denna fördelning av samundervisningen. I de fall kurserna hålls fyra gånger årligen bör sålunda meddelas sammanlagt 72 timmar socialmedicinsk undervisning.

Med hänsyn till den förbättrade undervisning i socialmedicin, som införandet av en bunden studiegång under hela det kliniska stadiet erbjuder, anser vi, att antalet föreläsningstimmar under huvudkursen inte behöver ökas med mer än de 5 timmar som föreslås bli överförda från det propedeutiska året (2.3.3.7.).

Sammanfattningsvis föreslår vi att följande skall gälla för undervisningen i ämnet socialmedicin.

Undervisning i socialmedicin skall meddelas under medicine licentiatstudiernas samtliga stadier. Undervisningens syfte är att belysa de sociala komponenterna i sjukdomarnas orsaker liksom sjukdomarnas sociala konsekvenser samt att lära de studerande att se patienten i relation till sin miljö och förstå att denna relation måste beaktas i det kliniska arbetet. Undervisningen skall vidare ge kunskap om sjukdomspanoramats utseende och förändringar samt om den epidemiologiska metodikens tillämpning vid studium av sjukdom som gruppföreteelse. De studerande skall bibringas insikt i den förebyggande medicinens förutsättningar likaväl som i rehabiliteringens syfte och möjligheter. Undervisningen syftar även till att beskriva hälso- och sjukvårdens samt socialvårdens organisation och arbetsformer och att ge kunskap om för läkaren väsentliga avsnitt av sociallagstiftningen och författningar rörande medicinalpersonalens och särskilt läkarnas arbete.

Under det propedeutiska stadiet skall de studerande i samband med kursen i klinisk propedeutik följa ca 10 timmar föreläsningar.

Under det kliniska stadiets första del skall de studerande följa 10 timmar föreläsningar förlagda inom ramen för de kliniska föreläsningarna i medicin och kirurgi, varav 6 timmar under medicinkursen och 4 timmar under kirurgikursen.

Under det kliniska stadiets andra del skall de studerande delta i den samundervisning, som ges mellan socialmedicin och de olika kliniska ämnena. Härvid beräknas 2 timmar falla på vart och ett av ämnena dermato-venereologi, oftalmiatrik, oto-rhino-laryngologi samt 4 timmar på vartdera av ämnena obstetrik och gynekologi, pediatrik samt psykiatri.

Huvudkursen i socialmedicin, som omfattar en tid av tio veckor, förläggs till tredje terminen av det kliniska stadiets andra del. Under kursen skall de studerande följa ca 40 timmar föreläsningar i socialmedicin inklusive medicinsk och social lagstiftning samt delta i ca 20 timmar seminarier och demonstrationer. Inom kursens ram bör ca 5 timmar ägnas samundervisning med hygien och ca 2 timmar samundervisning med neurologi. Normalt bör studietiden för ämnet socialmedicin inte överstiga tio veckor. Därvid förutsätts att de studerande samtidigt kan genomgå kurserna i hygien och neurologi. Tentamen i ämnet skall normalt kunna avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande kursen i socialme-

dicin vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.14. Neurologi

Enligt gällande studieplaner omfattar kursen i neurologi två månader och genomgås i obligatorisk kombination med psykiatri. Under kursen följer de studerande ca 50 timmar föreläsningar (i Göteborg ca 56 timmar). Särskild undervisning meddelas i klinisk neurofysiologi, neuroröntgenologi och neuropatologi. Samundervisning kan även förekomma med andra kliniska ämnen genom utbyte av föreläsningar mot konferenser, anordnade gemensamt med företrädare för t.ex. ämnena psykiatri och socialmedicin. Någon terapikonferens kan anordnas under medverkan av lärare i klinisk farmakologi. Härutöver följer de studerande ca 6 timmar föreläsningar i neurokirurgi (i Lund 8 à 10 och i Göteborg ca 20, vilka senare dock ingår i det totala antalet — 56 — föreläsningstimmar under kursen). Neurologisk undersökningsteknik demonstreras och inövas under högst 20 timmar. I Göteborgs studieplan anges att härav bör 8 timmar avse klinisk neurofysiologi samt 6 timmar neuroröntgenologi. Under kursen fullgör vidare varje studerande klinisk tjänstgöring på neurologisk klinik och poliklinik under tillhopa en månad. Slutlig kunskapskontroll i neurologi sker i form av tentamen. Normalt bör studietiden för ämnet inte överstiga två månader.

LUK framhöll att neurologi och psykiatri hade ett nära samband med varandra ur såväl sjukvårds- som undervisningssynpunkt och föreslog därför, att de studerande skulle genomgå kurserna i neurologi och psykiatri i obligatorisk kombination. LUK föreslog i övrigt ingen väsentlig förändring i dåvarande undervisning i neurologi. Liksom dittills borde ges 50 timmar föreläsningar, varav ungefär 2/3 kliniska och 1/3 polikliniska. Där lärare i neurofysiologi fanns, borde denne medverka i kursen med ett lämpligt antal föreläsningar i sitt ämne. Under en inledande period av kursen borde de studerande i mindre grupper även få tillfälle att under kvalificerad ledning särskilt inöva de neurologiska undersökningsmetoderna. I samband med sina beräkningar av undervisningsvolymen vid neurologiska klinikerna i Uppsala och Lund uppskattade LUK omfattningen av handledningsundervisningen för lärarens del till 20 timmar per kurs. Det förutsattes alltså inte, att varje studerande skulle delta 20 timmar i handledningsundervisning.

Undervisning i neurologi skulle också enligt LUK:s förslag meddelas under det propedeutiska året samt i samband med vissa kliniska konferenser. Lärare i neurologi beräknades härvid medverka årligen under 4 timmar i samband med kurserna i kliniska undersökningsmetoder och under 16 timmar i samband med de kliniska konferenserna. LUK föreslog dessutom, att i samband med undervisningen i neurologi och psykiatri skulle särskild undervisning om 6 timmar meddelas i de delar av neurokirurgin, som var av särskilt intresse för ämnena i fråga. När fråga var om neurokirurgi framhöll LUK i övrigt att neurotraumatologin var av betydande intresse för olycksfallskirurgin. Man föreslog att sådan undervisning skulle meddelas av en neurokirurg under kirurgikursen och omfatta 6 à 8 timmar föreläsningar inklusive patientdemonstrationer. Uppdelningen av undervisningen i neurokirurgi på kurserna i kirurgi, neurologi och psykiatri borde emellertid enligt LUK inte vara obligatorisk, utan hela undervisningen borde kunna ges under neurologi- och psykiatrikurserna med 10 à 12 timmar föreläsningar inklusive patientdemonstrationer.

LUK:s förslag rörande undervisningen i neurologi och neurokirurgi antogs sedermera av statsmakterna.

Sedan nu gällande studieordning infördes har diskussionen rörande undervisningen i ämnet neurologi framför allt rört kursens obligatoriska kombination med kursen i psykiatri. Dessutom har bl.a. diskuterats en viss utökning av undervisningen i neurofysiologi samt ett utnyttjande av klientelet på de neurokirurgiska klinikerna för neurologiundervisningen.

Vid vår behandling av ämnet psykiatri har vi redogjort för vad som i AIS-kommitténs betänkande anfördes beträffande de stora olägenheter som kombinationen psykiatri-neurologi inneburit för psykiatriundervisningens del. Erfarenheterna hade bl.a. visat, att de studerandes tid under denna utbildningsperiod blivit i alltför hög grad belastad av det relativt stora antalet undervisningstimmar i neurologi.

Vi har ovan föreslagit, att kombinationen neurologi-psykiatri skall brytas och studiekursen i ämnet neurologi förläggas till tredje terminen av det kliniska stadiets andra del i kombination med kurserna i socialmedicin och hygien. Vi förutsätter härvid, att den praktiska tjänstgöringen i neurologi anpassas till den samtidigt pågående undervisningen i socialmedicin och hygien. Vi vill också erinra om att vi tidigare pekat på de möjligheter till samundervisning rörande socialmedicinska aspekter på nervsjukdomarna, särskilt neurologisk rehabilitering, som en sådan kombination erbjuder och att vi föreslagit att man anslår 2 timmar för dylik samundervisning.

Undervisningen i neurofysiologi berördes också i AIS-kommitténs betänkande. Kommittén föreslog under hänvisning till en av Svensk förening för neurofysiologi till kanslern för rikets universitet den 26 februari 1963 ingiven skrivelse, att särskild undervisning i ämnet skulle ges under det propedeutiska året med 2 timmar föreläsningar och 2 timmar demonstrationer. Vi har tidigare i våra överväganden om klinisk kemi och klinisk fysiologi under det propedeutiska stadiet (2.3.3.6.) förutsatt, att 2 timmar särskild undervisning i neurofysiologi skall meddelas under kursen i klinisk fysiologi av lärare i klinisk neurofysiologi.

Ett samordnande av undervisningen i ämnena neurologi och neurokirurgi diskuterades av 1955 års läkarutbildningsberedning i betänkandet Kliniska utbildningsplatser för blivande läkare (SOU 1956:34). Beredningen ansåg, att klientelet på de neurokirurgiska klinikerna i större utsträckning borde utnyttjas för neurologiundervisningen och hänvisade till ett av professorn i neurologi vid medicinska fakulteten i Göteborg, T. Broman, till utredningen lämnat förslag i denna del. Enligt professor Broman skulle de studerande under kursen i neurologi tjänstgöra halva tiden på neurologisk poliklinik, medan den andra hälften av tjänstgöringen skulle ske alternativt på den neurologiska kliniken eller på den neurokirurgiska kliniken. Av de båda ämnenas sammanlagda föreläsningstimmar, som då var ca 50 timmar föreläsningar i neurologi och 10 à 12 föreläsningar i neurokirurgi skulle enligt professor Bromans förslag neuromedicinen få sig tilldelat ca 40 timmar föreläsningar och neurokirurgin ca 20 föreläsningar. LUB underströk för sin del i sina två stencilerade betänkanden Ökad läkarutbildning i Göteborg och Ökad läkarutbildning vid medicinska fakulteten i Lund angelägenheten av att undervisningen i neurologi lades upp så, att även neurokirurgiska klinikens patientmaterial kunde utnyttjas i undervisningssyfte.

Vi har tidigare i avsnittet om det kliniska stadiets första del föreslagit, att

undervisningen i neurotraumatologi — som beräknats omfatta 6 à 8 timmar föreläsningar — alltid förläggs till kursen i kirurgi. Vi anser nämligen att den undervisning i olycksfallskirurgi, som meddelas under detta skede av studierna också bör omfatta neurotraumatologin. Med hänsyn till att enligt vårt förslag till studieordning kursen i neurologi kommer att kombineras med kurserna i socialmedicin och hygien anser vi vidare, att antalet undervisningstimmar under kursen i neurologi bör begränsas. Vi anser därför, att övrig neurokirurgiundervisning — omfattande 6 timmar föreläsningar — bör ges som samundervisning med lärare i neurologi inom neurologikursens ram. Vi har samtidigt förutsatt att undervisning i neurologi under motsvarande antal timmar skall meddelas inom ramen för kursen i psykiatri och där ges som samundervisning mellan lärare i neurologi och psykiatri (2.5.3.3.).

Inom ramen för kursen i neurologi bör alltjämt meddelas undervisning i neurofysiologi och — om så är möjligt — även i neuroröntgenologi och neuropatologi. Intet hinder bör möta att fördela de 50 föreläsningstimmarna mellan neurologi och neurokirurgi på likartat sätt som gäller för ämnet neurologi vid universitetet i Göteborg enligt av universitetskanslersämbetet den 30 juni 1966 fastställd studieplan.

Vi förutsätter att den handledningsundervisning i inövandet av neurologiska undersökningsmetoder, som i prop. 1954: 212 för lärarens del uppskattades till ca 20 timmar per kurs, i lämplig omfattning används för gruppundervisning.

Vi vill slutligen erinra om att vi föreslagit att under kursen i klinisk propedeutik skall ges 2 timmar undervisning av lärare i neurologi i samband med genomgången av kliniska undersökningsmetoder samt att lärare i neurologi också skall tillsammans med lärare i andra ämnen medverka under kursen i medicin i samband med kliniska konferenser på sätt som angivits i prop. 1954:212.

Sammanfattningsvis föreslår vi att följande skall gälla för undervisningen i ämnet neurologi.

Under det tredje studieåret skall de studerande i samband med kursen i klinisk propedeutik delta i 2 timmar undervisning i neurologisk anamnesupptagning och undersökningsteknik.

Under kursen i medicin skall ges 6 timmar samundervisning mellan medicin och neurologi.

Under kursen i psykiatri skall ges 6 timmar samundervisning mellan psykiatri och neurologi.

Studiekursen i neurologi, som omfattar en tid av tio veckor och förläggs till tredje terminen av det kliniska stadiets andra del, avser huvudsakligen att bibringa de studerande sådana kunskaper i neurologi som är av praktiskt och vetenskapligt intresse för varje läkare. Under kursen skall de studerande följa ca 50 timmar kliniska och polikliniska föreläsningar. Häri ingår minst 6 timmar föreläsningar i neurokirurgi. Under kursen bör härutöver meddelas ca 20 timmar undervisning i neurologiska undersökningsmetoder. Varje studerande skall tjänstgöra på neurologisk klinik och — om så är möjligt — även på neurokirurgisk klinik samt på poliklinik under tillhopa en månad. Normalt bör studietiden för ämnet inte överstiga tio veckor. Härvid förutsätts att de studerande samtidigt kan genomgå kurserna i socialmedicin och hygien. Tentamen i ämnet skall normalt kunna avläggas inom kursens ram.

I övrigt gäller beträffande undervisningen i neurologi vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.15. Hygien

Enligt gällande studieplaner omfattar kursen i hygien två månader. De studerande följer ca 45 timmar föreläsningar, seminarier och demonstrationer. I prop. 1954:212 förutsattes emellertid, att kursen skulle ha en omfattning av 40 timmar föreläsningar och demonstrationer, varvid utbildning i hygien skulle inledas redan under det propedeutiska året med ca 5 timmar undervisning, ingående i den propedeutiska kursen i socialmedicin.

Slutlig kunskapskontroll sker i form av tentamen, som ej är förenad med praktiskt prov. Studietiden bör normalt inte överstiga två månader.

Vi har tidigare föreslagit, att den i prop. 1954:212 angivna samundervisningen med socialmedicin under det propedeutiska året, innefattande 5 timmar per kurs, skall ske inom ramen för undervisningen i socialmedicin. Någon annan förändring i nu gällande studieplaner har vi inte funnit motiverad.

Vi föreslår att följande skall gälla för undervisningen i hygien.

Studiekursen skall alltjämt huvudsakligen avse att bibringa de studerande grundläggande kunskaper i teoretisk och praktisk hygien, särskilt rörande de yttre faktorerna i människans omgivning, som inverkar på det allmänna hälsotillståndet, och de preventiva och konstruktiva åtgärder, som kan vidtas för att förbättra denna omgivning. Kursen förläggs till tredje terminen av det kliniska stadiets andra del och samordnas med socialmedicin och neurologi. Under kursen skall de studerande följa ca 45 timmar föreläsningar och demonstrationer, varav 5 timmar skall ges i samundervisning med socialmedicin. Normalt bör studietiden för ämnet hygien inte överstiga tio veckor, varvid förutsätts att de studerande samtidigt deltar i övrig undervisning, som är förlagd till denna tidpunkt. Tentamen skall normalt kunna avläggas inom kursens ram. I övrigt gäller beträffande kursen i hygien vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.16. Ftisiologi

Enligt gällande studieplaner omfattar kursen i ftisiologi en månad. Under kursen följer de studerande ca 10 timmar föreläsningar inklusive demonstrationer. Föreläsningarna berör i huvudsak lungtuberkulosens diagnostik och terapi. De studerande skall vidare delta i det praktiska arbetet vid lungklinik och eventuellt vid centraldispensär i en omfattning motsvarande halvdagsarbete under 14 dagar. Kursen kan kombineras med kurs i annat ämne.

Den tidigare diskussionen kring ämnet ftisiologi har behandlats i avsnitten 2.4.2. och 2.5.3.5. Vi har i avsnitten 2.4.3.1. och 2.5.3.5. framfört vårt förslag beträffande utbildningen i ftisiologi, varvid vi anslutit oss till AIS-kommitténs synpunkter i denna fråga.

Vårt förslag beträffande utbildningen i ftisiologi innebär sammanfattningsvis följande.

Nuvarande särskilda kurs i ftisiologi under det kliniska stadiet utgår och motsvarande undervisning meddelas i huvudsak under medicinkursen. Av den nuvarande undervisningen i ftisiologi bör omkring 4 timmar avse tuberkulosens epidemiologi. Dessa timmar överförs till kursen i infektionsmedicin, under vilken bl.a. verksamheten vid centraldispensär bör demonstreras. Resterande 6 föreläsningstimmar infogas i medicinkursen. De studerande bör fullgöra minst två veckors tjänstgöring vid lungklinik. Nuvarande visitronder vid lungkliniker under medicinkursen bör härigenom kunna slopas.

2.5.3.17. Radioterapi med tumördiagnostik

Enligt gällande studieplaner sker utbildning i radioterapi med tumördiagnostik under kurserna i kirurgi, obstetrik och gynekologi samt i vissa andra kliniska ämnen.

Under kursen i kirurgi omfattar undervisningen i radioterapi med tumördiagnostik 15 timmar föreläsningar och demonstrationer. De studerande bör dessutom delta i de konferenser, som hålls mellan läkarna vid de radioterapeutiska och kirurgiska klinikerna. Föreläsningar och demonstrationer berör dels diagnostik — med huvudvikten lagd på tidigdiagnostik — och kliniskt förlopp av maligna tumörer och systemsjukdomar, dels grundprinciperna för den joniserande strålningens biologiska verkan och indikationerna för strålterapi. Konferenserna berör särskilt frågan om kirurgiska ingrepp eller radiologisk behandling eller kombinationer av dessa metoder i anslutning till aktuella fall. Under två veckor av kursen i kirurgi tjänstgör de studerande vid radioterapeutisk klinik och poliklinik (motsvarande).

Under kursen i obstetrik och gynekologi följer de studerande särskild undervisning i radioterapi vid gynekologiska sjukdomar i form av ca 4 timmar föreläsningar (i Stockholm 6) och ca 7 timmar demonstrationer (i Stockholm 6).

Inom ramen för de olika kurserna under det s.k. fria kliniska stadiet meddelas i den utsträckning så prövas erforderligt fortsatt undervisning i radioterapi med tumördiagnostik.

Den för medicine licentiatexamen föreskrivna assistenttjänstgöringen, omfattande två månader vid specialklinik, kan fullgöras i radioterapi med tumördiagnostik.

Särskild kunskapskontroll i radioterapi med tumördiagnostik under grundutbildningen är inte föreskriven.

LUK framhöll vikten av en obligatorisk undervisning i radioterapi med tumördiagnostik under läkarutbildningen och betydelsen av att patientmaterialet vid de radioterapeutiska klinikerna utnyttjades i denna undervisning. Det var enligt LUK ur undervisningssynpunkt av den största vikt, att ämnesföreträdarna bedrev ett intimt samarbete med representanterna för radioterapin under tiden för kirurgiundervisningen och undervisningen i obstetrik och gynekologi samt i viss utsträckning också andra kliniska ämnen. LUK ansåg att härigenom mycket skulle kunna vinnas med hänsyn till tidigdiagnostik av maligna tumörer. LUK:s förslag rörande undervisningen i radioterapi återfinns i huvudsak i nu gällande studieplaner i ämnet.

AIS-kommittén anförde att företrädare för radioterapi för kommittén hade framhållit, att svårigheter uppkommit att anordna den praktiska tjänstgöringen i ämnet på sätt som förutsatts i prop. 1954: 212. Av detta skäl hade föreslagits en senareläggning av det praktiska arbetet, helst utformat såsom en fristående tjänstgöring. Med hänsyn till radioterapins nära beröring med flera andra discipliner än kirurgin hade man förordat en uppdelning av föreläsnings- och demonstrationsundervisningen på kirurgikursen och öronkursen. Vidare hade föreslagits en utökning av undervisningen i radioterapi med 10 timmar. Flertalet företrädare för kirurgin hade tillstyrkt förslagen att flytta den praktiska tjänstgöringen i radioterapi från kirurgiterminen och att under kirurgikursen begränsa undervisningen i radioterapi till de delar av ämnet som hade omedelbart samband med kirurgiundervisningen.

AIS-kommittén föreslog, efter att ha påpekat att viss undervisning i bl.a. strålbiologi och strålskydd skulle ges under den förberedande kursen i röntgendiagnostik under det propedeutiska året (2. 3.3.7.), att undervisningen i radioterapi

med tumördiagnostik skulle bli uppdelad i tre delar. Under kursen i kirurgi skulle meddelas viss undervisning i form av föreläsningar, demonstrationer och konferenser, omfattande ca 8 timmar och huvudsakligen berörande de delar av ämnet som hade nära anknytning till kirurgiundervisningen. Till kursen i oto-rhino-laryngologi skulle förläggas ca 8 timmar föreläsningar och demonstrationer samt nuvarande tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik (två veckor). Slutligen skulle liksom hittills meddelas undervisning i radioterapi under ca 4 timmar under kursen i obstetrik och gynekologi, till vilken även viss praktisk tjänstgöring liksom nu skulle anknytas.

Vid remissbehandlingen av AIS-kommitténs betänkande tillstyrktes förslagen om radioterapin i huvudsak av fakulteterna vid universiteten i Uppsala och Umeå. Fakulteten vid universitetet i Lund hyste stor tvekan angående lämpligheten av att överföra större delen av nuvarande undervisning i radioterapi med tumördiagnostik under kirurgikursen till andra senare kurser och hänvisade härvid bl.a. till särskild skrivelse av professorn H. Wulff (2.4.2.). Fakulteten vid universitetet i Göteborg ansåg att nuvarande studieordning borde bibehållas.

I likhet med AIS-kommittén anser vi, att undervisning i strålbiologi, strålfysik och strålskydd skall meddelas under det propedeutiska stadiet (2.3.3.7.).

Beträffande övrig undervisning i radioterapi med tumördiagnostik har vi ställt oss tveksamma till AIS-kommitténs förslag att överföra större delen av denna till kursen i oto-rhino-laryngologi. Vi har tidigare påpekat att vi i likhet med bl.a. professorn H. Wulff anser, att vissa pedagogiska skäl talar för att undervisningen i radioterapi med tumördiagnostik bör ske i samband med undervisningen i kirurgi (2.4.3.2.). Vi anser emellertid, att en förläggning av den praktiska tjänstgöringen i radioterapi samtidigt med kursen i oto-rhino-laryngologi medför avsevärda fördelar, framför allt från schemateknisk synpunkt. Enligt vår mening bör det viktiga sambandet mellan undervisningen i kirurgi och radioterapi med tumördiagnostik alltjämt kunna upprätthållas på ett tillfredsställande sätt, om huvudparten av föreläsningarna i radioterapi med tumördiagnostik även i fortsättningen ges under kursen i kirurgi. En del av dessa bör kunna ingå i de kliniska föreläsningarna i kirurgi och ges som gemensamundervisning av lärare i de båda ämnena. Under kursen i kirurgi bör några visitronder anordnas vid radioterapeutisk klinik. Den övriga praktiska tjänstgöringen vid radioterapeutisk klinik och poliklinik bör däremot kunna förläggas samtidigt med kursen i oto-rhino-laryngologi. Viss föreläsningsundervisning i radioterapi med tumördiagnostik bör meddelas under kurserna i oto-rhino-laryngologi och dermato-venereologi.

Sammanfattningsvis föreslår vi att följande skall gälla för undervisningen i radioterapi med tumördiagnostik.

Undervisningen skall avse att ge de studerande sådana kunskaper om radioterapins möjligheter och om tumördiagnostik som är av värde för varje läkare.

Under kursen i klinisk propedeutik skall de studerande följa ca 5 timmar föreläsningar i strålbiologi, strålfysik och strålskydd.

Under kursen i kirurgi skall de studerande följa ca 14 timmar föreläsningar och demonstrationer, varav ca 4 timmar såsom gemensamundervisning i de kliniska föreläsningarna i kirurgi.

Under kursen i obstetrik och gynekologi skall de studerande följa särskild undervisning i radioterapi vid gynekologiska sjukdomar i form av ca 4 timmar föreläsningar och ca 6 timmar demonstrationer.

Särskild undervisning i radioterapi

med tumördiagnostik skall meddelas inom ramen för kursen i oto-rhino-laryngologi med ca 4 och för kursen i dermato-venereologi med ca 2 timmar föreläsningar och demonstrationer.

Jämsides med kursen i oto-rhino-laryngologi skall de studerande under två veckor tjänstgöra vid radioterapeutisk klinik och poliklinik (motsvarande). Undervisning i radioterapi med tumördiagnostik skall vidare i den utsträckning så prövas erforderligt meddelas under det kliniska stadiets andra del.

2.5.3.18. Röntgendiagnostik

Enligt gällande studieplaner meddelas undervisning i röntgendiagnostik i form av en förberedande kurs under det propedeutiska året samt under kurserna i medicin, kirurgi och vissa specialämnen.

Den förberedande kursen i röntgendiagnostik anordnas två gånger årligen under femte eller sjätte studieterminen. De studerande följer under kursen ca 15 timmar föreläsningar behandlande bl.a. röntgenteknik och olika röntgendiagnostiska metoder samt deras tillämpning på olika organsystem.

Under kursen i medicin följer de studerande ca 20 och under kursen i kirurgi ca 40 timmar föreläsningar och demonstrationer. Härvid meddelas fortlöpande undervisning i röntgendiagnostik inom olika organsystem.

Under kurserna i neurologi, obstetrik och gynekologi, pediatrik samt oto-rhino-laryngologi följer de studerande enstaka föreläsningar och demonstrationer som kan anordnas i röntgendiagnostik.

Den för medicine licentiatexamen föreskrivna valfria assistenttjänstgöringen omfattande två månader vid specialklinik kan även fullgöras i röntgendiagnostik.

Särskild kunskapskontroll i ämnet är inte föreskriven.

LUK betonade den mycket stora betydelsen av den moderna röntgendiagnostiken för såväl den på sjukhus verksamme läkaren som för praktikern. Undervisningen i ämnet ansågs följaktligen vara av stor vikt i den allmänna läkarutbildningen. Varje läkare måste i framtiden enligt LUK kunna tolka ett röntgenutlåtande, känna till röntgendiagnostikens möjligheter och värde och även kunna utföra röntgengenomlysning av thorax samt enklare frakturkontroller. Det var med denna målsättning som undervisning i röntgendiagnostik borde anordnas.

AIS-kommittén påpekade att undervisningen under den förberedande kursen i röntgendiagnostik vid tillfället för utredningen var något olika utformad vid skilda lärosäten med avseende på sitt innehåll. Allmän enighet syntes emellertid råda om att röntgendiagnostikens fysikaliska grunder samt allmänna frågor rörande strålbiologi och strålskydd borde avhandlas på detta stadium. Den kliniska tillämpningen av röntgendiagnostiken hade dock, framhöll AIS-kommittén, föreslagits böra begränsas och undervisningen sålunda erhålla en mera teoretisk inriktning. AIS-kommittén ansåg att de kliniska aspekterna på röntgendiagnostikens tillämpning syntes kunna inordnas i undervisningen i kliniska undersökningsmetoder och den förberedande undervisningen i medicin och kirurgi samt meddelas av de lärare, som gav denna undervisning, utan att särskild tid beräknades härför. Den tid, som härigenom frigjordes, borde enligt AIS-kommitténs mening användas för en orientering över den biologiska effekten av den högenergetiska strålning, som åstadkoms genom den under senare år inom radioterapin införda avancerade apparaturen samt genom radioaktiva isotoper, vilka funnit vidgad användning inom såväl diagnostik som terapi. En så-

dan anordning skulle enligt kommittén självfallet innebära en viss avlastning av undervisningen i radioterapi under senare utbildningsstadier.

För AIS-kommittén hade framhållits, att undervisningen i röntgendiagnostik hade en förhållandevis stor omfattning under kirurgikursen och att antalet föreläsningar borde beskäras till förmån för gruppundervisning, vilket redan skett vid vissa lärosäten. Kommittén föreslog också en viss nedskärning av undervisningen i röntgendiagnostik under kirurgikursen, så att undervisningen skulle komma att omfatta ca 20 timmar för varje studerande. Härvid framhölls angelägenheten av att denna undervisning i stor utsträckning bedrevs såsom gruppundervisning och inte såsom föreläsningsundervisning i traditionell form. Kommittén erinrade i detta sammanhang om att LUK hade förutsatt, att de studerande — utöver den särskilda undervisningen i ämnet — skulle delta i rutinmässiga demonstrationer av röntgenbilder m.m. i samband med det dagliga sjukvårdsarbetet. Kommittén förutsatte att de studerande deltog i sådana röntgenronder, vilka som ett naturligt led ingick i det praktiska arbetet vid kliniken.

Remissinstanserna hade i huvudsak inga erinringar mot AIS-kommitténs förslag att den förberedande kursen i röntgendiagnostik under det propedeutiska året skulle få en mera teoretisk inriktning. Medicinska fakulteten i Umeå instämde i ett förslag från ämnesföreträdarna i röntgendiagnostik och radioterapi att undervisningen i strålfysik, strålskydd och strålbiologi skulle preciseras till att omfatta 5 timmar och att namnet på kursen borde ändras till "Förberedande kurs i radiologi".

Fakulteterna vid universiteten i Uppsala och Umeå avstyrkte den föreslagna minskningen av undervisningen i röntgendiagnostik under kirurgikursen. Fakulteten vid universitetet i Lund ville f.n. inte ansluta sig till en fullt så omfattande nedskärning, som förslaget innebar, och fakulteten vid universitet i Göteborg ansåg, att en minskning till hälften av antalet föreläsningar var möjlig under förutsättning att sådan gruppundervisning infördes, att antalet undervisningstimmar per studerande blev oförändrat. Fakulteterna vid universiteten i Göteborg och Umeå ansåg, att undervisningen i röntgendiagnostik borde vara förenad med kunskapskontroll.

Vi har tidigare i avsnittet 2.3.3.7. rörande klinisk propedeutik framhållit, att vi i likhet med AIS-kommittén anser, att den förberedande undervisningen i röntgendiagnostik under det propedeutiska stadiet bör ha en mera teoretisk inriktning samt föreslagit, att denna undervisning skall ingå i kursen i klinisk propedeutik som ett särskilt ämnesavsnitt benämnt radiologi.

Mot bakgrund av våra direktiv att kritiskt avväga grundutbildningens innehåll mot vidareutbildningen och begränsa utbildningstiden i licentiatstudiernas olika ämnen till det oundgängligen nödvändiga vill vi framhålla, att vi anser att undervisningen i röntgendiagnostik under grundutbildningen enbart skall avse att ge de studerande sådana kunskaper i röntgendiagnostikens möjligheter som är av värde för varje läkare. Undervisningen skall däremot inte avse utbildning i självständig röntgendiagnostisk verksamhet.

Under det kliniska stadiets första del bör antalet undervisningstimmar i röntgendiagnostik per studerande vara oförändrat. Vi anser dock i likhet med AIS-kommittén, att en viss minskning av antalet föreläsningstimmar kan vara motiverad. Undervisningen bör nämligen enligt vår mening i största möjliga utsträckning bedrivas som gruppundervis-

ning, varjämte varje studerande under handledning bör delta i det praktiska arbetet på röntgenavdelningen.

Flera ämnesföreträdare har föreslagit att särskild kunskapskontroll i form av kursförhör eller tentamen skall anordnas i röntgendiagnostik. Vi kan inte biträda detta förslag. I detta sammanhang vill vi erinra om att tentamen i medicin och kirurgi enligt gällande utbildningsplan skall i tillämpliga delar innefatta kontroll av de studerandes kunskaper i röntgendiagnostik. Vi utgår från att så blir fallet också i samband med den läkarexamen, som vi kommer att föreslå i avsnittet 3.2.3.

Vi vill framhålla, att alla läkare kommer att få tillfälle till utbildning i röntgendiagnostik under den av oss föreslagna allmänutbildningen vid medicinsk och kirurgisk klinik i samband med de röntgenronder som rutinmässigt ingår i sjukvården vid dessa kliniker.

Sammanfattningsvis föreslår vi att följande skall gälla för undervisningen i röntgendiagnostik.

Undervisningen skall avse att ge de studerande sådana kunskaper om röntgendiagnostikens möjligheter som är av värde för varje läkare. Under kursen i klinisk propedeutik skall de studerande följa 15 timmar föreläsningar, varav ca 5 timmar i strålbiologi, strålfysik och strålskydd och ca 10 timmar i elementär röntgendiagnostik.

Under kursen i medicin skall de studerande följa ca 20 timmar föreläsningar och demonstrationer.

Under kursen i kirurgi skall meddelas ca 40 timmar föreläsnings- och demonstrationsundervisning i röntgendiagnostik. Härvid skall de studerande följa ca 20 timmar föreläsningar, varjämte de under ca 20 timmar skall handledas i det praktiska arbetet på röntgenavdelningen.

Under det kliniska stadiets andra del meddelas undervisning i röntgendiagnostik i den utsträckning så prövas erforderligt.

I övrigt gäller beträffande undervisningen i röntgendiagnostik vad som nu är föreskrivet i av universitetskanslersämbetet fastställda studieplaner.

2.5.3.19. Medicinens historia

Utbildning i medicinens historia finns ej föreskriven i gällande utbildningsplan utan är frivillig.

I enlighet med vad som förutsattes i prop. 1954:212 är till varje lärosätes förfogande ställt ett arvode för en lärare i medicinens historia med uppgift att en gång årligen ge en serie på 10 föreläsningar. Undervisningen skall inte vara förenad med förhör och ej heller bunden till någon viss del av studierna. Den skall anordnas så att alla intresserade kan bli i tillfälle att avsätta den nödvändiga tiden för denna undervisning.

LUK betonade önskvärdheten av att en undervisning i medicinens historia kom till stånd vid våra lärosäten. En sådan åtgärd kunde enligt LUK 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. LUK fann det inte nödvändigt, att undervisningen inrymde en systematisk översikt över ämnet utan ville för sin del nöja sig med den rekommendationen, att sådana delar av medicinens historia skulle behandlas, som belyste medicinens utveckling allmänt och i vårt land.

Föreläsningsserier i medicinens historia har på det sätt som förutsattes i prop. 1954:212 som regel årligen kunnat anordnas vid de olika lärosätena, trots att det tidvis rått svårigheter att skaffa lärare för ifrågavarande undervisning.

Vi anser det vara angeläget att undervisning i medicinens historia även fortsättningsvis bedrivs i samma omfattning som hittills. Föreläsningarna bör enligt vår mening förläggas så, att studerande som genomgår det kliniska stadiets andra del i första hand har möjlighet att åhöra desamma.

KAPITEL 3

Vidareutbildning

Den del av utbildningen, som följer efter medicine licentiatexamen och som huvudsakligen under utövning av läkaryrket leder fram till läkarnas slutliga verksamhet på skilda områden, kallas vidareutbildning (1.6.3.). Enligt den nordiska arbetsgruppens förslag till överenskommelse om enhetliga regler rörande specialistkompetens för nordiska läkare (bil. 1) skall vidareutbildningen för den, som erhåller specialistkompetens, bestå av dels en allmän utbildningsperiod, dels huvudutbildning inom den specialitet, vari specialistkompetens söks, och dels sidoutbildning inom annan specialitet som är av betydelse för den sökta kompetensen. Vidare skall prövning i någon form ha skett av att den blivande specialisten förvärvat för ändamålet erforderliga kunskaper.

I vårt uppdrag ingår att överväga frågan, huruvida assistenttjänstgöringarna helt eller delvis skall utgå ur grundutbildningen och inordnas i den föreslagna allmänna utbildningsperioden. Redan i avsnittet 2.4.3.1. har vi utgått från att dessa tjänstgöringar helt skall inordnas i nämnda period.

Enligt direktiven har vi också att beakta de erfarenheter och undersökningar som gjorts utomlands rörande bl. a. förhållandet mellan grundutbildning och vidareutbildning. I detta avseende har vi framför allt tagit fasta på den ordning som råder i Danmark och Norge, där för fullständig rätt att utöva läkaryrket krävs viss tjänstgöring i underordnad ställning, s.k. turnustjänstgöring. I detta sammanhang bör sägas att vi kommer att föreslå, att den tjänstgöring som avses skola ersätta assistenttjänstgöringarna bör omfatta femton månader och vara obligatorisk för alla läkare. Tjänstgöringen bör få ingå i den allmänna utbildningsperiod, som enligt det nordiska avtalsförslaget inleder vidareutbildningen till specialist. Denna obligatoriska tjänstgöring, som i Danmark och Norge sålunda kallas turnustjänstgöring, kommer vi i det följande att benämna allmänutbildning.

I avsnittet 2.5.3.1. har vi förutskickat att vi kommer att föreslå att särskilda utbildningskrav uppställs för att en läkare skall få rätt att för allmänheten tillkännage "allmän praktik".

I anslutning till det anförda uppdelar vi i detta kapitel vidareutbildningen i tre avsnitt, nämligen allmänutbildning, specialistutbildning och särskild utbildning för allmän praktik.

3.1. Allmänutbildning

3.1.1. Nuvarande förhållanden

Den erfarenhet av praktiskt sjukvårdsarbete, som den av oss föreslagna allmänutbildningen avser att ge, tillgodoses f.n. i viss mån av assistenttjänstgöringarna som ingår i medicine licentiatexamen. Tjänstgöringarna är huvudsakligen förlagda till sjukhus. Pro-

fessionellt ansvar är inte förenat med tjänstgöringarna, som i princip är oavlönade. Den, som tjänstgjort som underläkare vid sjukhus, kan dock efter prövning av det utbildningsmässiga värdet få tillgodoräkna sig denna tjänstgöring som assistenttjänstgöring. Sådant tillgodoräknande sker f. n. i betydande omfattning, eftersom rådande läkarbrist gör det lätt att få vikariat. Vidare är det vanligt, att de studerande före medicine licentiatexamen fullgör ytterligare sjukhustjänstgöring som vikarierande underläkare.

Enligt gällande utbildningsplan, som fastställts den 15 juni 1966, omfattar tredje avdelningen av medicine licentiatexamen följande assistenttjänstgöringar, nämligen fyra månader vid medicinsk klinik, tre månader vid kirurgisk klinik och valfritt *antingen* två månader vid specialklinik (specialavdelning) eller vid särskild institution, avseende annat i medicine licentiatexamen ingående kliniskt examensämne än medicin och kirurgi eller något av ämnena klinisk kemi, klinisk fysiologi, klinisk bakteriologi, patologi, anestesiologi, barnpsykiatri, ftisiologi, ortopedi, radioterapi med tumördiagnostik eller röntgendiagnostik *eller* två månader i öppen vård.

Möjligheten att fullgöra assistenttjänstgöring i öppen vård har införts genom nyssnämnda utbildningsplan. Tjänstgöringen är anordnad på försök.

Assistenttjänstgöringarna får fullgöras i valfri ordning.

Tjänstgöringarna vid sjukhusklinik eller vid särskild institution skall förläggas till undervisningssjukhus eller till sådana sjukhuskliniker eller institutioner, som universitetskanslersämbetet särskilt godkänt för ändamålet. Därvid gäller följande särskilda bestämmelser.

Tjänstgöringen vid medicinsk klinik skall påbörjas och under tre månader fullgöras vid annat sjukhus än undervisningssjukhus samt avslutas med en månads tjänstgöring vid undervisningssjukhus.

Tjänstgöringen vid kirurgisk klinik skall i sin helhet fullgöras vid annat sjukhus än undervisningssjukhus.

Den valfria tjänstgöringen, med undantag för tjänstgöring i öppen vård, skall i sin helhet fullgöras antingen vid undervisningssjukhus eller vid specialklinik (institution), som ej tillhör undervisningssjukhus. Tjänstgöring avseende annat i medicine licentiatexamen ingående kliniskt examensämne än medicin och kirurgi eller något av ämnena anestesiologi, barnpsykiatri, ftisiologi, ortopedi, radioterapi med tumördiagnostik eller röntgendiagnostik får dock inte fullgöras vid undervisningssjukhus under tid, då kurs pågår i det ämne tjänstgöringen avser.

Tjänstgöringen i öppen vård skall under handledning fullgöras hos provinsialläkare, som anvisats av medicinalstyrelsen i samråd med universitetskanslersämbetet.

Tjänstgöring som provinsialläkare får också tillgodoräknas som assistenttjänstgöring, under förutsättning att den fullgjorts under handledning av provinsialläkare som anvisats på tidigare angivet sätt.

Medicinalstyrelsen har genom beslut senast den 9 mars 1967 anvisat 40 provinsialläkare, hos vilka 62 medicine kandidater årligen kan fullgöra assistenttjänstgöring i öppen vård.

3.1.2. Förhållandena i de nordiska länderna

I det följande redovisas de krav på praktiskt sjukvårdsarbete, som gäller för läkarbehörighet i dessa länder.

I *Danmark* berättigar läkarexamen endast till en begränsad auktorisation. Läkare med sådan auktorisation får endast tjänstgöra i underordnad ställning på sjukhus, som skeppsläkare eller som amanuens hos eller tillfällig vikarie för en praktiserande läkare. För fullständig auktorisation fordras ett års klinisk sjukhusutbildning som läkarkandidat, s. k. turnus. Utbildningen förvärvas genom tjänstgöring antingen på medicinsk och kirurgisk specialavdelning eller på sjukhus, vilkas patientmaterial är av blandad medicinsk-kirurgisk beskaffenhet. Normalt krävs fem till sex månaders sammanhängande tjänstgöring på allmän medicinsk avdelning och minst tre månaders kontinuerlig tjänstgöring på allmän kirurgisk avdelning. Också tre månaders annan sjukhustjänstgöring kan ifrågakomma. Läkarkandidaten erhåller lön under denna tjänstgöring.

I *Finland* innefattar utbildningen fram till medicine licentiatexamen krav på viss sjukhustjänstgöring som amanuens. För denna tjänstgöring utgår viss mindre ersättning. Sedan 1964 gäller vid Helsingfors universitet, att sådan amanuens skall tjänstgöra sammanlagt tio månader vid olika sjukhusavdelningar eller vid medicinsk-teoretiska institutioner. Av tjänstgöringen skall fyra månader fullgöras på invärtesmedicinsk avdelning, varav en månad på poliklinik, och två månader på kirurgisk avdelning. Resterande fyra månader får amanuensen valfritt fullgöra vid olika avdelningar eller polikliniker under två perioder, vardera om två månader. En lika lång tjänstgöring vid teoretiska universitetsinstitutioner godkänns också.

I *Norge* krävs för auktorisation turnustjänstgöring efter avlagd medicinsk ämbetsexamen. Denna tjänstgöring omfattar ett och ett halvt år, varav ett halvt år vid kirurgisk och ett halvt år vid medicinsk sjukhusavdelning samt ett halvt år såsom assistent hos praktiserande offentlig läkare. Turnuskandidaterna har under denna tid tillfälligt tillstånd att bedriva läkarverksamhet och uppbär lön.

3.1.3. Tidigare diskussion

3.1.3.1. Obligatoriskt sjukhusår respektive assistenttjänstgöring

Frågan om den obligatoriska sjukhustjänstgöringens ställning i läkarutbildningen har diskuterats under lång tid. 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunniga föreslog i sitt betänkande om de yngre sjukhusläkarnas avlönings-, arbets- och bostadsförhållanden (SOU 1942: 4) att ettåriga aspirantläkartjänster skulle inrättas, vilka skulle reserveras för de nylegitimerade läkarna. Dessa skulle härigenom få ett tillfälle att visa sina förutsättningar för sjukhustjänstgöring. Först sedan aspiranttjänstgöringen fullgjorts skulle vederbörande kunna ifrågakomma till förordnande som underläkare. Tjänsterna hade sin förebild i den ordning, som ägde tillämpning inom förvaltningen, rättskipningen och undervisningsväsendet och motiverades inte i första hand ur utbildningssynpunkt.

Vid remissbehandlingen framkom erinringar mot förslaget och man efterlyste en mera ingående utredning angående behovet av assistentläkare 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 föranledde inga statsmakternas åtgärder.

LS ägnade i sitt tredje betänkande ett kapitel åt frågan om ett praktiskt sjukhusår. Efter en översikt om förhållandena i vissa andra länder konstaterade utredningen, att det även i vårt land förelåg behov av kompletterande sjukhusutbildning utöver examen. En förutsättning för att denna utbildning skulle kunna bli av verkligt värde var dock enligt LS att läkarna därvid kunde infogas i sjukvårdsarbetet och under ansvar aktivt delta som underläkare och helst som läkare med egen vårdavdelning. LS tog för egen del avstånd från hälso- och sjukvårdssakkunnigas förslag om aspirantläkartjänster, då de nyutexaminerade läkarna därigenom endast skulle få tjänstgöra som assistenter vid sidan av den ordinarie läkarstaben. Vidare anförde LS bl. a. följande.

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 — — — 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 — — — 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 inrättandet av ett större antal korttidstjänster i form av extraläkartjänster med ettårsförordnande. Behovet av sådana tjänster uppskattades till omkring 100.

Vid remissbehandlingen föreslog medicinalstyrelsen och Svenska läkaresällskapet 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 en viss differentiering kunde äga rum med hänsyn till läkarnas kommande verksamhet. Denna differentiering utvecklades närmare av Svenska läkaresällskapet, som föreslog att sådana tjänster 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 psykiatrer skulle tjänstgöra vid medicinsk avdelning samt slutligen blivande kirurger, kvinnoläkare, ögon- och öronläkare vid kirurgisk avdelning eller odelat lasarett.

Från huvudmännens sida framfördes betänkligheter mot bl. a. de ekonomiska konsekvenserna av förslaget. Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsberedning ifrågasatte sålunda, om inte utbildningstjänsterna helt eller delvis borde bekostas av staten.

Svenska landstingsförbundet anförde, ati 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 inte staten rätt väsentligt borde bidra 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.

Förslagen i LS tredje betänkande föranledde ingen åtgärd.

LUK behandlade i sitt betänkande ingående frågan om det var nödvändigt eller lämpligt att kräva, att varje läkare tjänstgjorde på sjukhus, innan han fick rätt att självständigt utöva läkaryrket. Enligt kommitténs mening sammanhängde frågan i första hand med den uppgift som tjänstgöringen i fråga tilldelades ur utbildningssynpunkt. Härvid borde ordet utbildning fattas i dess vidaste bemärkelse.

En grundläggande del av den praktiskt inriktade yrkesutbildningen måste alltid, anförde LUK, ges i samband med den för alla läkare gemensamma licentiatutbildningen. Denna form av praktisk undervisning hade dock en naturlig begränsning. Den kliniska utbildningen måste meddelas kursvis vid undervisningsklinikerna. Den praktiskt inriktade licentiatutbildningen kunde därför ge en solid och vetenskapligt grundad kunskap om klinisk bedömning och kliniska arbetsmetoder men den kunde aldrig ge en bred erfarenhet och en tillräcklig sjukvårdsrutin. Sålunda kunde den inte anses vara tillräcklig som grund för enskilt utövande av läkarverksamhet.

Först det praktiska arbetet ute i sjukvården gav enligt LUK en konsolidering av de tidigare förvärvade kunskaperna. Därvid vidgades läkarens personliga erfarenhet, hans kunskap om de kliniska arbetsmetoderna mognade till en effektiv sjukvårdsrutin, och sist men inte minst, kraven på hög medicinsk standard i sjukvårdsarbetet inympades i honom. De lärdomar, som licentiatutbildningen gett, kunde aldrig smältas och utnyttjas, utan att den nyblivne läkaren så snart som möjligt efter sin examen blev i tillfälle att i praktiskt sjukvårdsarbete under eget ansvar utvidga sin erfarenhet. Om denna period av erfarenhetsförvärvande alltjämt kallades utbildning så var detta blott i den mening, som all kvalificerad läkarverksamhet är det genom läkarens hela liv.

Anordnandet av en obligatorisk period av sjukhusarbete syntes LUK kunna ske efter tre principiellt skilda alternativ. Enligt det första gavs en så ingående praktisk utbildning före licentiatexamen, att den studerande efter denna utan vidare borde få öppna egen läkarpraktik. Det andra hade till ett minimum reducerad praktisk utbildning före licentiatexamen, så att längre eller kortare sjukhustjänstgöring måste erfordras, innan han fick öppna egen praktik. Det tredje utgjorde en medelväg mellan dessa, varvid blott en kortare tids underläkartjänstgöring skulle bli nödvändig för att ge rätt till egen praktik.

Den bästa principiella lösningen syntes LUK vara en läkarutbildning, som

gav en praktisk rutin i de för allmänpraktikern nödvändiga disciplinerna under en tämligen lång obligatorisk sjukhustjänstgöring i underläkarställning. Detta motsvarade närmast det ovan angivna andra alternativet.

Vid sina undersökningar beträffande möjligheterna att bereda alla läkare en längre tids obligatorisk sjukhustjänstgöring sade sig LUK ha stött på sådana svårigheter, att kommittén inte ansåg sig kunna framlägga ett dylikt förslag till utbildning. Det var enligt kommittén inte möjligt att utan exceptionella åtgärder skaffa fram underläkartjänster med ettårsförordnande för alla läkare. Antingen skulle ett betydande antal underläkartjänster omvandlas till ettårsförordnanden, vilket måste betecknas som ett stort ingrepp i sjukhusorganisationen, eller också skulle ca 150 underläkartjänster inrättas, vilket utgjorde en ekonomisk fråga av betydande räckvidd. Båda dessa åtgärder ansåg kommittén vara av den art, att de kunde rekommenderas endast om synnerligen starka skäl talade härför.

LUK utformade i stället sin utbildningsplan efter följande linjer. Grundutbildningen måste inbegripa assistenttjänstgöringar, som syftade att ge ökad praktisk förfarenhet i de centrala kliniska ämnena medicin och kirurgi samt i ett valfritt kliniskt specialämne. Genom att samla assistenttjänstgöringarna i ett sista skede av grundutbildningen och genom att rekommendera att de förlades även till andra sjukhus än undervisningssjukhusen sökte kommittén tillgodose kravet, att assistenttjänstgöringsperioden skulle ge tillfälle till ett arbete i sjukvården, som närmade sig underläkarens. Kommittén strävade sålunda att så långt möjligt var utforma assistenttjänstgöringsperioden som en motsvarighet till en obligatorisk sjukhustjänstgöring i underläkarställning. Efter denna grundutbildning ansåg kommittén det önskvärt med en vidareutbildning inte endast för specialläkarna utan även för allmänläkarna och tjänsteläkarna.

Beträffande de discipliner, vari assistenttjänstgöringarna skulle fullgöras, anförde LUK följande.

Undervisningen i medicin kunde inte avslutas med kursen i ämnet. Denna inföll nämligen under ett så tidigt skede av studierna, att den studerande saknade perspektiv på lärostoffet, framför allt på grund av bristande kunskaper i andra kliniska ämnen, av vilka de flesta hade anknytning till invärtesmedicinen. Först när övriga kliniska kurser passerats, hade den studerande enligt LUK förutsättningar att helt tillgodogöra sig en avslutande undervisning i medicin. Vidare fann LUK det önskvärt, att den studerande i ett så betydelsefullt ämne som invärtesmedicin också fick en mera omfattande och växlande praktisk erfarenhet genom mera självständigt arbete än vad som var möjligt under medicinkursen.

Vidare ansåg LUK, att man under kursen i kirurgi inte kunde ta större hänsyn till kraven på manuell träning. En dylik utbildning och undervisning borde enligt LUK ske på ett senare stadium, då den studerande under ett visst eget ansvar kunde få delta i det kliniskt kirurgiska arbetet, dvs. under assistenttjänstgöringen i kirurgi. Denna borde enligt LUK fullgöras på ett så sent stadium i studiegången att den studerande fått sin utbildning i de kliniska specialämnena och därigenom återkom till studiet av kirurgin med vidgad medicinsk erfarenhet och bättre kliniskt omdöme.

Slutligen uttalade LUK att assistenttjänstgöringen i valfritt ämne var avsedd att ge de studerande möjlighet

att inom ramen för examensstudierna ytterligare förkovra sig i visst ämne.

Vid remissbehandlingen av LUK:s betänkande tillstyrkte universitetsmyndigheterna assistenttjänstgöringarnas längd och förläggning till medicine licentiatexamens tredje avdelning. Samtliga ansåg dock att medicinassistenttjänstgöringens sista två månader obligatoriskt borde ske vid universitetsklinik. Lärarkollegiet vid karolinska institutet uttalade att åtminstone en månad av assistenttjänstgöringen även i kirurgi borde förläggas till den klinik, där tentamen skulle äga rum. Universitetskanslern anförde, att åtminstone sista månaden av såväl medicin- som kirurgiassistenttjänstgöringen borde förläggas till den klinik, där den studerande fullgjort sina kurser i medicin respektive kirurgi. I omedelbar anslutning till assistenttjänstgöringen i kirurgi borde vidare, ansåg kanslern, fullgöras en månads assistenttjänstgöring i obstetrik och gynekologi. Den borde i regel förläggas till universitetsklinik. Om två månader av kirurgiassistenttjänstgöringen fullgjordes vid annat sjukhus, syntes emellertid den studerande, som så önskade, böra i omedelbar anslutning härtill få fullgöra även assistenttjänstgöringen i obstetrik och gynekologi vid samma sjukhus, innan den återstående månaden av assistenttjänstgöringen i kirurgi fullgjordes vid universitetskliniken. Tentamen i obstetrik och gynekologi borde enligt kanslern avläggas först, sedan den studerande fullgjort assistenttjänstgöring i ämnet.

Övriga remissinstanser, som ävenledes tillstyrkte assistenttjänstgöringar i den av LUK föreslagna omfattningen, hade åtskilliga synpunkter på tjänstgöringarnas anordnande m. m. Stockholms stads sjukhusdirektion fann kommitténs förslag, att assistenttjänstgöringarna skulle kunna förläggas till sjukhus, som inte var universitetsklinik, rationellt och riktigt. Då kandidaten, som hade samtliga kurser bakom sig, torde kunna vara till viss nytta i sjukvårdsarbetet, var det enligt direktionens mening inte alls uteslutet att bereda dessa icke legitimerade läkare vikariat såsom underläkare och extraläkare, beträffande vilka det förelåg ett starkt behov. Ett visst ekonomiskt bidrag från statens sida ansåg direktionen dock måste förutsättas, enär de inte kunde helt motsvara en utbildad läkares kapacitet. Det syntes styrelsen för Svenska landstingsförbundet viktigt, att dessa tjänstgöringar i första hand förlades till andra sjukhus än undervisningssjukhus, då möjligheterna för de blivande läkarna att delta i det praktiska sjukhusarbetet var väsentligt större vid de förstnämnda sjukhusen än vid undervisningssjukhusen. Styrelsen förklarade sig också villig att för sin del medverka till att dylika assistenttjänstgöringar möjliggjordes vid landstingens sjukhus. Sveriges läkarförbund tillstyrkte förslaget, att assistenttjänstgöringarna skulle kunna helt eller delvis förläggas till sjukhus utanför undervisningskliniken. Förbundet räknade med att lasaretts- och underläkarna skulle lämna sin positiva medverkan härtill. Det borde emellertid enligt förbundets mening beaktas, att genomförandet av förslaget skulle komma att kräva särskilda anslag för utökad undervisningsmateriel och ökat lokalbehov.

I prop. 1954: 212 uttalade departementschefen att han med tillfredsställelse uppmärksammat det positiva gensvar, som kommitténs förslag i fråga om assistenttjänstgöringarna mött hos huvudmännen och läkarorganisationerna. Detta borde enligt departementschefen vara en garanti för att tjänstgö-

ringarna kunde anordnas i enlighet med kommitténs intentioner och att de skulle komma att ge det avsedda resultatet.

AIS-kommittén ansåg i fråga om assistenttjänstgöringen i valfritt ämne att det kunde ifrågasättas om den utbildning, som denna tjänstgöring innebar, var av sådan karaktär att den borde ingå i den medicinska grundutbildningen. Kommittén fann för sin del det vara riktigare, att man i grundutbildningen endast infogade sådana utbildningsmoment som var gemensamma för samtliga studerande. De former under vilka assistenttjänstgöringen f. n. fullgjordes och dess inplacering efter kunskapskontrollen i motsvarande ämne innebar att den främst gav de studerande möjlighet att förvärva viss sjukvårdsrutin. Även detta förhållande gav större anledning att räkna denna utbildningsperiod till vidareutbildningen än till grundutbildningen. Kommittén var emellertid inte beredd att föreslå att assistenttjänstgöringen i valfritt ämne borttogs.

Vid remissbehandlingen av AIS-kommitténs betänkande framhöll medicinska fakulteten i Uppsala att assistenttjänstgöringen i valfritt ämne borde bibehållas i medicine licentiatutbildningen, i första hand för att stärka undervisningen i invärtesmedicin och dess angränsande områden. Fakulteten betraktade undervisningen i invärtesmedicinens hela område såsom en fundamental del av läkarutbildningen och ansåg att den borde förstärkas i samband med det aktuella förslaget. Fakulteten ville åstadkomma detta genom att förlägga minst den ena och helst båda de två månaderna assistenttjänstgöring i valfritt ämne till undervisningssjukhus, organiserad på så sätt att de studerande under minst två månader följde dels viss del av pågående kursundervisning i medicin och dels viss särskilt anordnad konferensundervisning av mera kvalificerad eller komplicerad natur, eller av integrationskaraktär, t. ex. specialdiagnostik, farmakoterapi, rehabilitering m. m. Medicinska fakulteten i Göteborg ansåg att det var uppenbart att den öppna sjukvårdens speciella problematik i allmänhet blev ofullständigt belyst under läkarutbildningen i dess nuvarande form. Det måste anses som en angelägen reform att fylla denna lucka i utbildningen, men detta torde enligt fakulteten svårligen kunna ske nu. Emellertid borde det som ett provisorium vara möjligt att få fullgöra den valfria assistenttjänstgöringen i öppen vård, men då endast inom provinsialläkardistrikt med tvåläkarstation och där två väl kompetenta läkare var i tjänst.

Den nordiska arbetsgruppen uttalade i sitt betänkande, att i den allmänna utbildningsperioden borde få ingå turnustjänstgöringen i Danmark och Norge, amanuenstjänstgöringen i Finland och assistenttjänstgöringen i Sverige.

Vid remissbehandlingen av nämnda betänkande mötte förslaget att assistenttjänstgöringen skulle få inräknas i den allmänna utbildningsperioden vissa erinringar. Sålunda ansåg Sveriges läkarförbund, att det var principiellt fel att inräkna assistenttjänstgöringen i vidareutbildningen för specialitet. Grundutbildningen fram till legitimation respektive fullständig auktorisation borde enligt förbundets mening vara fullgjord innan vidareutbildningen påbörjades, särskilt som professionellt ansvar för patienterna ej åvilade den som fullgjorde assistenttjänstgöring. Möjligen skulle sådan del av assistentmånaderna, som fullgjorts med förordnande, kunna få tillgodoräknas. Enligt medicinalstyrelsen kunde förslaget i denna del inte utan vidare accepteras.

Frågan borde utredas närmare bl a. med hänsyn till att den allmänna utbildningsperioden enligt förslaget skulle avse tjänstgöring som läkare i underordnad ställning. Svenska läkaresällskapet och medicinska fakulteterna i Göteborg och vid karolinska institutet var också tveksamma, men accepterade ändå förslaget i denna del. Det gjorde även medicinska fakulteterna i Uppsala och Umeå. I detta sammanhang berörde flera remissorgan frågan — som förslaget inte avsåg att reglera — om assistenttjänstgöringen borde förläggas före eller efter medicine licentiatexamen. Medicinska fakulteterna vid karolinska institutet, i Göteborg och i Uppsala yttrade härom bestämt — med instämmande av Sveriges förenade studentkårer — att assistenttjänstgöringen borde obligatoriskt ingå i medicine licentiatexamen. Härvid framhöll medicinska fakulteten i Göteborg och Sveriges förenade studentkårer betydelsen av att assistenttjänstgöringen stimulerade till studier, eftersom den föregick tentamina i de stora och grundläggande ämnena medicin och kirurgi.

3.1.3.2. Tjänstgöring i öppen vård

Varken LS eller LUK föreslog någon obligatorisk tjänstgöring i öppen vård under grundutbildningen.

Vid remissbehandlingen av LS tredje betänkande föreslog medicinalstyrelsen att en obligatorisk tre månaders tjänstgöring som t. f. tjänsteläkare eller extra läkare i öppen vård skulle införlivas med läkarutbildningen.

Vid remissbehandlingen av LUK:s betänkande ansåg medicinalstyrelsen att det borde övervägas att bland utbildningskraven uppta assistenttjänstgöring hos tjänsteläkare i öppen vård under åtminstone en månad. Om motsvarande ökning av studietiden inte skulle anses lämplig, kunde för denna tjänstgöring tas i anspråk en av de båda månader som enligt den uppgjorda planen var anslagen åt assistenttjänstgöring i valfritt ämne. Sveriges läkarförbund och Sveriges förenade studentkårer ansåg det vara önskvärt att den valfria assistenttjänstgöringen även fick fullgöras som biträdande provinsialläkare under ordinarie provinsialläkares ledning. Detta skulle enligt förbundets mening ge den studerande värdefull erfarenhet av de i fältet arbetande läkarnas förhållanden, vilket inte minst för blivande kliniker skulle vara betydelsefullt.

I prop. 1954: 212 uttalade departementschefen (s. 49), att han fann förslaget beaktansvärt att den studerande skulle få ägna en eller båda av assistenttjänstgöringsmånaderna i valfritt ämne åt tjänstgöring hos tjänsteläkare i öppen vård. Han förklarade sig dock inte beredd att utan ytterligare överväganden tillstyrka förslaget. Därest anordningen senare syntes böra införas, uttalade departementschefen vidare, torde det ankomma på Kungl. Maj:t att förordna härom.

I skrivelse till Kungl. Maj:t den 7 april 1965 angående åtgärder för att öka rekryteringen av provinsialläkare upptog medicinalstyrelsen på nytt frågan om läkarutbildningen i vad den avsåg den öppna vården och anförde bl. a. följande.

Under den praktiska delen av läkarutbildningen har utrymme inte getts åt tjänstgöring inom öppen allmän hälsovård — frånsett vad som innefattas i poliklinik-tjänstgöring å sjukhusen. De problem av allmänmedicinsk, social och psykologisk natur som varje läkare, vare sig han är tjänsteläkare eller icke, ställes inför, får medicinaren med nuvarande utbildning praktiskt taget ingen direkt kontakt med. Detta torde utan tvekan få anses som en brist i utbildningen — såväl för den som avser att ägna sig åt arbete i öppen vård

som för den blivande sjukhusläkaren. De ekologiska faktorerna har ju på senare tid tillmätts allt större betydelse för individens psykiska och fysiska hälsa och en vittgående erfarenhet och kännedom beträffande dessa kan anses vara en av grundförutsättningarna för en modern socialmedicinskt betonad hälso- och sjukvård. Dessa förhållanden har beaktats i den framlagda utredningen om specialistkompetens för nordiska läkare.

I skrivelsen föreslog styrelsen vidare förnyat övervägande av möjligheten att infoga öppen vård inom ramen av de två valfria assistenttjänstgöringsmånaderna.

AIS-kommittén fann det angeläget att man i grundutbildningen infogade utbildningsmoment avseende den öppna vården. Detta syntes bäst kunna ske i form av assistenttjänstgöring hos därtill lämpade tjänsteläkare — i första hand som en obligatorisk assistenttjänstgöring. En sådan tjänstgöring bedömdes böra omfatta minst en månad. Om en obligatorisk assistenttjänstgöring i öppen vård omfattande en månad fick ersätta assistenttjänstgöring i valfritt ämne skulle enligt kommittén den sammanlagda, av kurser och assistenttjänstgöringar bundna studietiden kunna hållas oförändrad även med den mindre utökningen av kurstiden under det fria kliniska stadiet som kommitténs förslag innebar.

Numera kan den valfria delen av assistenttjänstgöringarna fullgöras i öppen vård hos vissa provinsialläkare.

3.1.4. Överväganden och förslag

3.1.4.1. Assistenttjänstgöringar

Tjänstgöringarna under den allmänna utbildningsperioden skall enligt den nordiska arbetsgruppens förslag fullgöras i underordnad ställning med fullt professionellt ansvar. Sådant ansvar har ej den som i dag tjänstgör som assistent, såvida inte tjänstgöringen sker som underläkarvikarie. I detta senare fall är vederbörande nämligen behörig att utöva läkaryrket och har därmed ansvar som läkare.

Ett inordnande av assistenttjänstgöringarna i den allmänna utbildningsperioden kräver sålunda att de förenas med professionellt ansvar. I avsnittet 5.1.4. framlägger vi förslag, varigenom de som avlagt den nya medicine licentiatexamen kommer att vara behöriga att utöva tjänst som läkare under allmänutbildningen (se även förslaget till kungörelse om allmänutbildning för legitimation såsom läkare samt om läkarexamen). Av betydelse är därvid frågan om de nya medicine licentiaternas kompetens att tjänstgöra under fullt professionellt ansvar.

Enligt gällande bestämmelser kan medicine kandidat få förordnande att uppehålla läkartjänst eller att tjänstgöra som extra läkare i öppen och sluten vård under förutsättning att han undergått godkänd tentamen i ämnet farmakologi och avslutat för avläggande av medicine licentiatexamen föreskriven tjänstgöring i medicin och kirurgi med undantag av assistenttjänstgöring i dessa ämnen. Avser förordnandet tjänstgöring i öppen vård, skall vederbörande ha genomgått föreskriven kurs i obstetrik och gynekologi.

Den under de senaste tio åren alltmer acccentuerade läkarbristen har nödvändiggjort ett ökat utnyttjande av medicine kandidater i sjukvården. Förhållandet belyses av siffrorna i tabell 3:1.

Sedan lång tid tillbaka tjänstgör sålunda medicine kandidater som läkarvikarier dels i underordnad ställning på sjukhus och dels i självständig ställning i öppen vård. De medicine licentiater som enligt vårt förslag skall fullgöra allmänutbildningen kommer att arbeta som underordnade läkare. Eftersom li-

Tab. 3:1. Antal vakanta läkartjänster, uppehållna av medicine kandidater under perioden 1958—1967.

År	Antal vakanta tjänster, uppehållna av medicine kandidater							
	omkring den 1 april				omkring den 1 oktober			
	såsom provinsialläkare	vid sjukhus för somatisk vård	vid sjukhus för psykiatrisk vård	Summa	såsom provinsialläkare	vid sjukhus för somatisk vård	vid sjukhus för psykiatrisk vård	Summa
1958	18	45	8	71	13	70	2	85
1959	18	57	3	78	16	72	3	91
1960	15	66	4	85	15	113	6	134
1961	18	107	19	144	14	129	18	161
1962	20	177	22	219	12	172	24	208
1963	22	203	29	254	20	170	29	219
1964	46	225	24	295	31	211	22	264
1965	31	227	27	285	24	278	25	327
1966	48	238	28	314	51	336	28	415
1967	47	288	41	376				

centiaterna kommer att ha fullgjort alla kurser och tjänstgöringar samt undergått tentamina i även medicin och kirurgi, måste de vara betydligt bättre skickade att arbeta under professionellt ansvar än dagens medicine kandidater. Vi anser sålunda att licentiaterna kommer att vara kompetenta att tjänstgöra i underordnad ställning inom öppen och sluten vård under den allmänna utbildningsperioden.

För att inordna assistenttjänstgöringarna i den allmänna utbildningsperioden och möjliggöra övriga till perioden hörande tjänstgöringar krävs att man inrättar ett ganska betydande antal underordnade läkartjänster vid sjukhusen (3.5.1.4.). I detta sammanhang måste beaktas att relativt många sjukhusläkartjänster f. n. är vakanta och att medicinalstyrelsen på grund av den bristande tillgången på läkare måste avslå framställningar från sjukvårdshuvudmännen att få inrätta nya från sjukvårdens synpunkt välmotiverade tjänster. Det föreligger sålunda behov av ytterligare sjukhusläkare. Detta behov sammanfaller med kravet på ett ökat antal läkartjänster för praktisk tjänstgöring inom vidareutbildningens ram. Tjänsternas antal måste även ses mot bakgrunden av statsmakternas tidigare beslut om ökad läkarutbildning.

Vi föreslår således, att assistenttjänstgöringarna utgår ur grundutbildningen och ersätts av en obligatorisk läkartjänstgöring, kallad allmänutbildning. Denna inordnas i den föreslagna allmänna utbildningsperioden på sätt som i det följande kommer att redovisas.

3.1.4.2. Tjänstgöring vid medicinsk och kirurgisk klinik

Enligt det nordiska avtalsförslaget skall minst ett år av den allmänna utbildningsperioden vara klinisk sjukhustjänstgöring, i vilken skall ingå tjänstgöring vid både medicinsk och kirurgisk klinik.

Nuvarande assistenttjänstgöring omfattar vid medicinsk klinik fyra månader och vid kirurgisk klinik tre månader.

Invärtesmedicin och kirurgi är centrala kliniska discipliner. Vi anser därför att tjänstgöringarna i dessa äm-

nen bör omfatta den minimitid om sex månader, som den nordiska arbetsgruppen i princip ansåg borde fixeras för tjänstgöringarna inom den allmänna utbildningsperioden. Om så sker kan — såsom vi rekommenderar i avsnittet 3.1.4.4. — en till två månader av tjänstgöringstiden vid medicinsk klinik utnyttjas till integrerad tjänstgöring i öppen och sluten vård. Av tjänstgöringen vid kirurgisk klinik bör en till två månader ägnas åt att ge läkarna erfarenhet av arbete vid intensivvårdsavdelning, där de svårast sjuka patienterna i allt större utsträckning vårdas. Särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas åt s. k. akut hjärt-lungräddning. Varje läkare bör nämligen känna till hur man behandlar akut uppkomna situationer med sviktande vitala livsfunktioner. Med hänsyn till intensivvårdens nuvarande organisation torde bästa sättet att förvärva sådan erfarenhet i allmänhet vara tjänstgöring vid anestesiavdelning, där intensivvård bedrivs. Detta torde lätt kunna arrangeras under tjänstgöringen vid kirurgisk klinik på grund av det nära samarbetet mellan kirurger och anestesiologer. Eftersom erfarenhet av den i detta sammanhang viktigaste delen av intensivvården, akut hjärt-lungräddning, kan förvärvas i praktiskt anestesiologiskt arbete, bör tjänstgöringen under en övergångstid också kunna äga rum vid en anestesiavdelning, som saknar särskild intensivvårdsavdelning.

Från utbildningssynpunkt ligger ett obestridligt värde i att tjänstgöringarna vid medicinsk och kirurgisk klinik är relativt långa. Men också sjukvårdsmässiga och organisatoriska skäl talar för att det första året av den allmänna utbildningsperioden, i vilket allmänutbildningen avses ingå, inte bör splittras på flera, kortvariga tjänstgöringar. Våra förslag i avsnittet 3.5.1.4. innebär, att ett relativt stort antal läkare kommer att fullgöra detta första år på lasarett med kliniker för medicin och kirurgi samt avdelningar för röntgen och anestesi. Under tjänstgöringarna på de medicinska och kirurgiska klinikerna kommer läkarna att ombesörja en inte obetydlig del av sjukvårdsarbetet vid dessa. Av detta skäl och för att läkarskiftena mellan klinikerna skall kunna ske på ett smidigt sätt bör tjänstgöringstiderna vid klinikerna vara lika långa. Eftersom invärtesmedicinen är av grundläggande betydelse för alla läkare, anser vi att tjänstgöringen vid medicinsk klinik bör inleda allmänutbildningen.

Vi föreslår sålunda att allmänutbildningen inleds med sex månaders tjänstgöring vid medicinsk klinik samt att därefter följer sex månaders tjänstgöring vid kirurgisk klinik. Av tjänstgöringstiden vid kirurgisk klinik skall en till två månader fullgöras vid anestesiavdelning, där intensivvård bedrivs.

3.1.4.3. Tjänstgöring vid psykiatrisk klinik

I vårt uppdrag ingår att pröva i vad mån den föreslagna allmänna utbildningsperioden obligatoriskt bör innefatta viss tids tjänstgöring inom psykiatrisk vård.

Enligt gällande utbildningsplan för medicine licentiatexamen kan den valfria delen av assistenttjänstgöringarna fullgöras vid psykiatrisk klinik.

Varken i det nordiska avtalsförslaget eller i motiven till detta berörs frågan om obligatorisk psykiatritjänstgöring. Ej heller ingår sådan tjänstgöring i den utbildning, som i Danmark, Finland och Norge krävs för fullständig läkarbehörighet.

Vid våra kontakter med bl. a. företrädare för ämnet psykiatri vid de medicinska fakulteterna samt med repre-

sentanter för Svenska psykiatriska föreningens rekryteringskommitté framkom, att man bland psykiatrer allmänt ansåg att det borde krävas viss tjänstgöring inom psykiatrisk vård under allmänutbildningsperioden. Bland företrädare för andra ämnen vid fakulteterna var meningarna delade på denna punkt.

För obligatorisk tjänstgöring i psykiatri har framförts bl. a. följande argument. Alla läkare behöver väsentligt utökade kunskaper i psykiatri. Skälet härtill är framför allt, att man inom denna specialitet arbetar med en undersöknings- och behandlingsmetodik, som nödvändiggör ett ständigt beaktande av patientpsykologiska principer. Detta återkommer i form av särskild träning beträffande intervjuteknik, psykologiskt tillrättalagd undersökningsmetodik, hänsynstagande till patientens motivation för medverkan inte minst i behandlingssammanhang m. m. Vidare har påpekats, att nästan varje läkare i sin sjukvårdande verksamhet möter rent psykiatriska fall.

Enligt flera undersökningar upptar de psykiska sjukdomarna en stor andel av sjukdomspanoramat. Här må nämnas riksförsäkringsverkets undersökning under januari 1961 om den procentuella fördelningen av invalidpensioner och sjukbidrag efter invaliditetsorsak. Av denna framgår, att andelen patienter med psykiska sjukdomar var 39,7 % hos kvinnor och 41,5 % hos män. Enligt G. Inghe (Socialmedicinsk tidskrift 44: 55, 1967) utgör vidare de psykiska sjukdomarna den viktigaste anledningen till att värnplikten inte kan fullgöras på normalt sätt. En sammanställning har också gjorts av de s. k. 90-dagarsfallen i landets fyra största städer år 1962 (Lindgren, Blomquist o. a., Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 32). Den allmänna försäkringskassan och i förekommande fall dess förtroendeläkare skall med vissa undantag från rehabiliteringssynpunkt granska varje fall där sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård utgetts för 90 dagar i följd. Av samtliga 37 000 sålunda undersökta 90-dagarsfall företedde en femtedel psykisk sjukdom, vilket innebar, att psykiska sjukdomar näst efter rörelseorganens sjukdomar utgjorde den största enskilda sjukdomsgruppen. I en restgrupp opreciserade fall förmodade man dessutom, att psykisk sjukdom i många fall utgjorde främsta anledningen till den föreliggande arbetsoförmågan. Man beräknade därför, att psykiska sjukdomar i omkring 30 % var huvudsaklig orsak till nedsatt arbetsförmåga bland 90-dagarsfallen. Således synes psykisk sjukdom utgöra en väsentlig orsak till nedsättning av arbetsförmågan även vid måttligt långdragna sjukdomsfall. Slutligen kan nämnas att patienter med psykiska sjukdomar enligt G. Inghe (1967 se ovan) belägger omkring 40 % av det totala vårdplatsantalet i landet.

Mot obligatorisk tjänstgöring i psykiatri har i huvudsak anförts följande skäl. Vissa läkarkategorier — huvudsakligen patologer och vissa laboratorieläkare — har ingen eller obetydlig direkt kontakt med patienter. Någon psykiatritjänstgöring skulle därför inte behövas för dessa läkarkategorier. Som ett genmäle härtill har från psykiatriskt håll framhållits, att laboratorieläkarnas behov av kunskaper i psykiatri kommer att öka i den mån de laboratoriemässiga psykiatriska undersökningsmetoderna ökar i samma snabba takt som hittills.

Frågan om obligatorisk tjänstgöring i psykiatrisk vård under allmänutbildningen måste även bedömas mot bakgrund av den omfattning ifrågavarande ämne fått under grundutbildningen. Vidare måste hänsyn tas till psykiatrins ställning inom den fortsatta vidareut-

bildningen. Våra förslag om grundutbildningen innebär en förstärkning av utbildningen i psykiatri. För vidareutbildningens del föreslår vi också — förutom särskilda utbildningslinjer i det psykiatriska området — att obligatorisk psykiatritjänstgöring skall ingå i sidoutbildningen för sju olika specialiteter.

Beträffande längden av en obligatorisk tjänstgöring i psykiatri under allmänutbildningen ansåg företrädarna för psykiatri vid de medicinska fakulteterna, att psykiatritjänstgöringen liksom tjänstgöringarna i medicin och kirurgi borde omfatta sex månader.

Några svårigheter i fråga om utbildningsplatser torde inte föreligga. Enligt Svenska psykiatriska föreningens rekryteringskommitté kan nämligen den psykiatriska sjukvården för tiden 1969 och de närmaste åren därefter beräknas ha en rimlig kapacitet för dels tre månaders utbildning för alla läkare, dels i genomsnitt sex månaders sidoutbildning för 40 % av det totala antalet utexaminerade läkare och dels fyra års huvudutbildning av 40 psykiatrer årligen.

Vid bedömningen av skälen för och emot obligatorisk psykiatritjänstgöring under allmänutbildningen finner vi de motiv som talar för en obligatorisk tjänstgöring väga över de som talar emot. Visserligen kan det inte göras gällande att läkarna inom alla laboratoriedisciplinerna för sin utbildning behöver obligatorisk tjänstgöring i psykiatri. Vi anser dock, att sådan tjänstgöring bör vara ett krav för oinskränkt behörighet att utöva läkaryrket, dvs. legitimation. Enligt vår uppfattning måste ökad erfarenhet av den psykiatriska sjukvården betraktas som värdefull för alla kategorier av läkare och således även för laboratorieläkare.

Psykiatritjänstgöringen är avsedd att ge läkarna en allsidig erfarenhet av verksamheten på detta område. Tjänstgöringen bör därför fullgöras vid psykiatriska kliniker, till vilka vi också räknar barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, med en väl differentierad öppen och sluten vård.

Vi föreslår sålunda att i allmänutbildningen ingår tre månaders tjänstgöring vid psykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Tjänstgöringen, som bör följa omedelbart efter tjänstgöringen vid kirurgisk klinik, bör endast få fullgöras vid sådana kliniker, som har en väl differentierad öppen och sluten psykiatrisk sjukvård och där verksamheten sålunda har ett allmänt utbildningsvärde. Endast sådana kliniker, som uppfyller detta krav, bör godkännas för tjänstgöringen.

3.1.4.4. Tjänstgöring i öppen vård

Enligt direktiven har vi att pröva i vad mån den föreslagna allmänna utbildningsperioden bör innefatta viss tids tjänstgöring i öppen vård.

Det nordiska avtalsförslaget innebär att upp till ett år av perioden kan anslås till tjänstgöring i öppen vård. I motiven till förslaget uttalade arbetsgruppen att det var fördelaktigt om ett halvt års sådan tjänstgöring kunde inpassas i perioden. Det torde, tillade arbetsgruppen, inte vara möjligt att redan från början fordra att arbetet i den öppna vården skulle ske under övervakning men så småningom borde så bli fallet.

Enligt gällande utbildningsplan för medicine licentiatexamen kan den valfria delen av assistenttjänstgöringarna fullgöras i öppen vård.

Varken i Danmark eller Finland krävs tjänstgöring i öppen vård för fullständig läkarbehörighet. Däremot fordras i Norge sådan tjänstgöring under sex månader.

Som skäl för obligatorisk tjänstgö-

ring i öppen vård under allmänutbildningen kan framför allt anföras att sådan tjänstgöring ger erfarenheter av en kvantitativt mycket betydande del av sjukvården i landet. Den öppna vården innehåller också moment som inte förekommer i den slutna vården. Särskilt gäller detta förebyggande hälsovård — ett område som sannolikt kommer att expandera — omgivningshygien och viss socialmedicinsk verksamhet. Den i öppen vård förekommande kontakten mellan läkaren och patienten i dennes hemmiljö innebär även en möjlighet för läkaren att bättre förstå patientens sjukdomstillstånd. Dessutom får läkaren i öppen vård nyttig erfarenhet av att handlägga sjukdomsfall utan att ha omedelbar tillgång till den omfattande service och de konsultationsmöjligheter, som finns på sjukhusen.

Mot ett krav på obligatorisk tjänstgöring i öppen vård kan anföras följande synpunkter. Under grundutbildningen är utbildningen i öppen vård väl tillgodosedd genom den polikliniska undervisning i form av föreläsningar och arbete på poliklinik, som ingår i medicin- och kirurgikurserna samt i kurserna avseende ett flertal andra ämnen under det s. k. fria kliniska stadiet. Från öppenvårdssynpunkt är skillnaden mellan den behandling, som meddelas patienterna på en poliklinik och en praktiker- eller tjänsteläkarmottagning, inte stor. Laboratorieresurserna är givetvis väsentligt större på sjukhusen. Emellertid utbyggs laboratorieverksamheten alltmer och praktiskt taget alla läkare i öppen vård kan nu utan alltför lång väntetid få besked om prov som de sänt till laboratorium för analys. Vidare tillkommer att tjänsteläkarnas sjukbesök i hemmen efter hand minskar och att tendensen att inrätta flerläkarstationer innebär en centralisering av den öppna sjukvården till inrättningar, som behandlingsmässigt föga skiljer sig från sjukhusens öppna vård. En- och flerläkarstationernas utrustning och övriga resurser gör dock att man vid dessa inte kan bedriva en lika avancerad sjukvård som på sjukhusen. Från denna synpunkt är utbildningsmöjligheterna vid läkarstationerna sämre.

Det bör framhållas att enligt vår mening vikariat som provinsialläkare inte kan anses som fullvärdig utbildning i öppen vård, eftersom sådan tjänstgöring sker utan handledning. Viss tveksamhet råder om praktiska möjligheter föreligger att tillgodose ett krav på obligatorisk tjänstgöring i öppen vård. Innan ett sådant krav uppställs, måste finnas ett tillräckligt antal läkarstationer där utbildning kan ske. För närvarande kan som en försöksverksamhet den valfria delen av assistenttjänstgöringarna fullgöras hos 40 provinsialläkare, varav 10 vid enläkarstationer, 26 vid tvåläkarstationer och 4 vid treläkarstationer. Den 1 januari 1967 fanns 80 flerläkarstationer, varav 67 med två, 12 med tre och 1 med fyra läkare. Det kan nämnas att medicinalstyrelsen, för att få en uppfattning om de praktiska möjligheterna att anordna assistenttjänstgöring i öppen vård, den 27 juli 1965 anmodade länsläkarna att inkomma med uppgifter om bl. a. läkardistrikt med befattningshavare inom respektive län, som kunde anses lämpliga för dylik verksamhet, och hur många månader per år som dessa var villiga att motta och handleda assistenter. Av svaren från 23 länsläkare framgick, att ett 90-tal provinsialläkare på lika många platser i landet befunnits lämpliga och villiga att medverka som handledare i verksamheten. Inalles skulle dessa provinsialläkare kunna åta sig handledningen under 275 assistenttjänstgöringsmånader per år. På ca 30 platser kunde bostad utan svårighet ordnas.

åt assistenterna under tjänstgöringstiden. Flera länsläkare betonade att assistenttjänstgöringen kunde bli en stimulans i arbetet både för den handledande provinsialläkaren och för assistenten och på så sätt verka befrämjande för rekryteringen till provinsialläkarkåren. Det bör också sägas att åtskilliga av de tillfrågade provinsialläkarna under hänvisning till sin stora arbetsbörda förklarat sig vara förhindrade att motta assistenter.

För att i största möjliga utsträckning ge läkarna tillfälle till utbildning i öppen vård utan att direkt föreslå en särskild obligatorisk tjänstgöring inom detta verksamhetsområde, har vi övervägt ett annat alternativ, nämligen en form av integrerad öppen och sluten vård. Det enhetliga huvudmannaskapet för den öppna och den slutna vården har öppnat möjligheter till utbyte av läkare mellan de båda vårdområdena. Statsmakterna har ansett att dessa möjligheter bör på allt sätt främjas. För detta ändamål har i sjukvårdslagen intagits en bestämmelse av innebörd att för en tid av högst tre månader under samma kalenderår sjukhusläkare av alla kategorier kan förordnas till extra provinsialläkare och omvänt att alla kategorier av läkare i läkardistrikt får förordnas till extra läkare på sjukhus utan att medicinalstyrelsen medgivit tjänsternas inrättande.

Stadgandet ligger i linje med den allmänt omfattade åsikten att sluten och öppen vård i största möjliga utsträckning bör integreras. Den nuvarande uppdelningen av läkarkåren i sjukhusläkare och läkare som helt eller nästan helt är verksamma i öppen vård bör såvitt möjligt överbryggas genom ett nära samarbete och genom ömsesidig insyn i de båda verksamhetsområdena.

För att uppnå detta syfte — att lära läkaren inse vikten av integration och samarbete mellan öppen och sluten vård — tror vi att det är viktigt att tjänstgöringen i öppen vård sker i samarbete med en medicinsk klinik, och att läkaren under tjänstgöringen i öppen vård alltjämt är knuten till den medicinska kliniken och i mån av tid deltar både i den sjukvård och den utbildning som bedrivs där.

För en sådan integrerad tjänstgöring anser vi att följande huvudprinciper kan tillämpas[1].

De läkarstationer, vid vilka integrerad tjänstgöring kan bedrivas, utväljs i samråd mellan provinsialläkarnas förtroendeläkare hos vederbörande landsting och överläkaren vid den medicinska klinik där allmänutbildningen fullgörs.

Tjänstgöringen får inte ske som vikariat.

Målsättningen för tjänstgöringen är att ge de tjänstgörande en så realistisk bild som möjligt av den öppna vårdens arbetsmiljö, och att på så sätt skapa förutsättningar för en bättre integration mellan de båda vårdformerna.

Områden som f. n. skapar huvudproblem i sjukvårdsorganisationen — åldrings- och långtidsvården samt den psykiatriska öppna vården — bör ägnas särskilt intresse.

För att kunna göra sig en nyanserad föreställning om samarbetet mellan öppen och sluten vård måste den tjänstgörande läkaren också få realistiska erfarenheter av den öppna vårdens vardagsarbete. Sjukresor, jourarbete, hembesök — särskilt med distriktssköterskorna hos hemvårdsfall — deltagande i nämndsammanträden och utred-

[1] Vårt förslag bygger i väsentliga delar på en av provinsialläkaren G. Haglund utarbetad promemoria med synpunkter på innehållet i en ev. obligatorisk tjänstgöring i öppen vård under allmänutbildningsperioden.

ning av nykterhets- och socialvårdsfall ger möjligheter till många värdefulla erfarenheter. Det direkta läkararbetet bör den tjänstgörande följa och själv delta i under några vanliga mottagningsdagar. Vidare bör han medfölja vid och själv gå ronder på ålderdomshem, sjukhem och skolmottagningar etc. och iaktta samarbetet med polismyndigheter. Problem och frågeställningar vid pensionsutredningar och andra kvalificerade utlåtanden bör belysas. Han bör vidare följa provinsialläkarens arbetsledande funktioner och delta i de konferenser med personalen, som regelbundet bör ordnas. Slutligen bör han utnyttja de möjligheter som kan finnas till studiebesök vid olika institutioner och anstalter inom distriktet.

Under hänvisning till den tidigare förda diskussionen skulle vi finna det värdefullt om tjänstgöring vid medicinsk klinik också omfattade tjänstgöring i integrerad öppen och sluten vård. Under fyra till fem månader av tjänstgöringen vid medicinsk klinik borde läkaren vara helt knuten till kliniken. Under en tid av högst två månader borde han vidare, ehuru fortfarande formellt anställd vid medicinska kliniken, i viss utsträckning följa arbetet hos en provinsialläkare som är verksam inom sjukhusets upptagningsområde och om möjligt stationerad på samma ort som sjukhuset. Vi är väl medvetna om att det kan vara svårt att omedelbart organisera en sådan tjänstgöring i alla sjukvårdsområden. Vi föreslår dock att man i största möjliga utsträckning ordnar en försöksverksamhet efter dessa riktlinjer. Erfarenheterna av verksamheten bör därefter läggas till grund för ställningstagandet om allmänutbildningen obligatoriskt skall innefatta tjänstgöring i öppen vård.

3.1.4.5. Kunskapskontroll

Enligt det nordiska avtalsförslaget skall prövning i någon form ha skett av att den, som erhåller specialistkompetens, förvärvat för ändamålet erforderliga kunskaper.

Vi kommer i det följande att föreslå att kunskapskontrollen under vidareutbildningen skall ske dels som en för alla läkare obligatorisk examination — läkarexamen — avseende i huvudsak invärtesmedicin och kirurgi och dels som en examination för blivande specialister i anslutning till den systematiska undervisning, som vi kommer att behandla i avsnittet 3.3 5. Beträffande läkarexamen hänvisas till avsnittet 3.2. och i fråga om kunskapskontrollen för blivande specialister till avsnittet 3.3.6.

3.2. Läkarexamen

3.2.1. Nuvarande förhållanden

Slutlig kunskapskontroll i medicin och kirurgi sker i form av tentamen. De studerande får inte genomgå tentamen i ämnena, förrän de fullgjort föreskriven assistenttjänstgöring vid medicinsk respektive kirurgisk klinik. Före tentamen i kirurgi skall de dessutom ha genomgått godkänd kunskapskontroll i ortopedi, vilken utgör deltentamen i kirurgi. Tentamen i medicin skall ske vid det lärosäte, där de studerande fullgjort den sista månaden av assistenttjänstgöringen och tentamen i kirurgi bör ske inför den lärare, vid vars klinik de studerande fullgjort kursen i kirurgi. Tentamen förrättas av lärare i respektive ämne enligt konsistoriets närmare bestämmande. Tentamen i medicin innefattar även i tillämpliga delar kontroll av de studerandes kunskaper i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi, klinisk fysiolo-

gi, klinisk kemi och röntgendiagnostik samt även kontroll av de studerandes kunskaper i ftisiologi. Tentamen i kirurgi innefattar även i tillämpliga delar kontroll av de studerandes kunskaper i klinisk bakteriologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, radioterapi med tumördiagnostik och röntgendiagnostik.

Studerande, som under samma termin två gånger genomgått tentamen i visst examensämne utan att denna godkänts, har inte rätt att under denna termin påfordra förnyad tentamen i ämnet. Har studerande underkänts fyra gånger vid tentamen i samma ämne kan fakulteten besluta, att han inte vidare får genomgå prövning inom fakulteten.

3.2.2. Tidigare diskussion

LUK framhöll, att det för det slutliga studiet i huvudämnena medicin och kirurgi skulle vara en avsevärd fördel, om de studerande redan ägde viss kunskap och erfarenhet beträffande övriga kliniska ämnen. Med assistenttjänstgöringarna förlagda sist i studiegången skulle de studerande komma 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 i fråga. Tentamensläsningen skulle härigenom kunna bedrivas effektivare och med större intresse än som annars skulle vara fallet. Dessa synpunkter motiverade LUK:s sedermera fastställda förslag att tentamina i medicin och kirurgi skulle avläggas först sedan de studerande fullgjort assistenttjänstgöringen i respektive ämne.

3.2.3. Överväganden och förslag

I vårt uppdrag ingår att pröva möjligheterna att alltjämt låta tentamen i examensämnet medicin ingå i den avslutande delen av grundutbildningen, även om assistenttjänstgöringarna helt eller delvis utgår ur densamma.

Medicin och kirurgi är två stora och för alla läkare betydelsefulla kliniska ämnen. Undervisningen i de två ämnena är f. n. upplagd på likartat sätt. Den omfattar sålunda i bägge fallen dels en kurs om en termin, dels obligatorisk assistenttjänstgöring och dels tentamen, som får äga rum först efter assistenttjänstgöringen. Med hänsyn härtill anser vi det nödvändigt att liksom LUK behandla ämnet kirurgi på samma sätt som ämnet medicin, när fråga är om placeringen av tentamen.

Kunskapskontrollen i medicin och kirurgi under grundutbildningen har vi behandlat i avsnittet 2.4.3.3. Vi har där angivit varför vi inte ansett oss kunna föreslå en slutlig tentamen under grundutbildningen utan endast en mindre tentamen i omedelbar anslutning till respektive kurs under fjärde studieåret, kompletterad med en slutlig kunskapskontroll efter fullgjord allmänutbildning vid medicinsk och kirurgisk klinik. Målet för kunskapskontrollen under vidareutbildningen bör vara att bedöma, om läkarens kunskaper i medicin och kirurgi är tillräckliga för behörighet att självständigt utöva läkaryrket (legitimation). Med hänsyn härtill synes det inte vara nödvändigt att vid kontrollen betygsgradera kunskaperna.

Vi har övervägt huruvida universiteten eller annan myndighet bör svara för kunskapskontrollen. Eftersom läkarna redan avlagt akademisk slutexamen (medicine licentiatexamen) synes i enlighet med nu gällande ordning en ytterligare kunskapskontroll vid universiteten kunna ske endast i form av s. k. efterprövning för högre betygsgrad. Efterprövning kan enligt stadgan angående medicinska examina undergås i

examensämne, som ingår i medicine kandidatexamen, men däremot ej i sådant ämne som ingår i medicine licentiatexamen.

Det synes oss av flera skäl dock inte vara lämpligt att genomföra den här aktuella kunskapskontrollen i form av efterprövning. För närvarande finns två betygsgrader i såväl medicine kandidat- som licentiatexamen, nämligen godkänd och berömlig. Efterprövning avser den högre betygsgraden och de fordringar, som enligt nuvarande studieplaner gäller för betyget berömlig i medicin respektive kirurgi, motsvarar inte vår målsättning för ifrågavarande examination. En efterprövning skulle vidare innebära, att med oförändrat antal studerande examinationens omfattning ungefär fördubblades för lärarna i medicin och kirurgi. Härutöver bör beaktas även det förhållandet att antalet studerande framdeles kommer att öka ytterligare. Tentamen i medicin skulle dessutom försvåras genom att examinatorerna inte skulle ha följt tentanderna i det praktiska arbetet på kliniken under tiden närmast före examen, vilket nu är fallet. Mot denna bakgrund anser vi oss inte kunna förorda att avsedd kunskapskontroll sker i form av efterprövning.

Universiteten bör sålunda inte handha den slutliga kunskapskontrollen i medicin och kirurgi, utan ansvaret för denna bör åvila något annat organ, lämpligen den statens nämnd för läkares vidareutbildning, vars inrättande vi föreslår i avsnittet 3.5.8.3.

Vår expert, professorn Gunnar Ström, har i bilaga 3 redovisat några synpunkter på kunskapskontroll under läkarutbildningen med särskild hänsyn till erfarenheter från USA, där läkarexamen efter fullgjord sjukhustjänstgöring (internship) sedan många år utgör krav för legitimation i de flesta delstater. Vi anser att den slutliga kunskapskontrollen i medicin och kirurgi bör kunna utformas på liknande sätt som i USA. Av praktiska skäl bör kontrollen ske som en för både medicin och kirurgi gemensam examination, lämpligen kallad läkarexamen.

Vi är medvetna om att det kan synas ologiskt att använda beteckningen läkarexamen för en kunskapskontroll, som inträffar först sedan vederbörande varit verksam som läkare i minst ett år. Vi har också diskuterat andra namn såsom behörighetsexamen och ämbetsexamen, eftersom den skall ligga till grund för legitimation. Vi anser emellertid läkarexamen vara den utifrån främst språkliga utgångspunkter bästa beteckningen.

Följande krav torde kunna uppställas på en sådan läkarexamen. Den bör ge ett rättvist resultat, kunna praktiskt användas vid kontroll av ett stort antal läkare samtidigt och kunna genomföras under medverkan av ett litet antal lärare. Vidare bör den vara förenad med relativt små kostnader. Dessa krav talar för att en rationaliserad tentamensprocedur kommer till användning. En sådan kan åstadkommas genom att man för besvarandet av tentamensfrågorna använder flervalsmetoden (multiple choise) och bearbetar de avgivna svaren datamaskinellt. För prövning av förmågan att tolka, värdera och med omdöme och mognad utnyttja kliniska data kan man använda komplicerade frågesituationer, där visning av journal-, kurv- och bildmaterial, skioptikonbilder i färg, filmavsnitt och TV-band ingår, men där svaren avges enligt flervalsmetoden.

En examination av denna typ kan göras mycket allsidig och realistisk, dessutom identisk för alla samtidigt examinerade läkare och på lång sikt likartad. Den kommer att under uppläggningsstadiet kräva mycket arbete. En-

ligt våra förslag beträffande övergången till den nya grundutbildningen och vidareutbildningen (kap. 7), kan den första läkarexamen beräknas ske i juni 1973. Det finns sålunda möjlighet för en expertgrupp att under flera år förbereda examinationen. Som framgår av bilaga 3 torde möjligheter finnas att till en början utnyttja de resurser och erfarenheter som finns utomlands. Enligt vad vi erfarit försöker man också redan nu på olika håll i vårt land utveckla examinationer enligt flervalsmetoden, bl. a. med datamaskinell bedömning av prövningsresultaten. Ett dylikt förfarande prövas sålunda inom flera medicinska fakulteter. Särskilt bör framhållas, att under det senaste året ett samarbete inletts mellan de medicinska klinikerna vid fakulteterna i Lund, Stockholm och Göteborg i fråga om kontrollen av utbildningsresultatet under medicinkursen. Därvid används flervalsmetoden. Vi vill slutligen påpeka, att statskontoret har en arbetsgrupp för kunskaps-, lämplighets- och prestationsvärdering, den s. k. KLP-gruppen. Denna har till uppgift att åstadkomma bl. a. tekniska förutsättningar för att på riksplanet kunna genomföra examinationer med datamaskinell rättning.

Läkarexamen skulle kunna anordnas flera gånger årligen. Det synes oss emellertid onödigt arbetskrävande att genomföra mera än två examinationer varje år. Våra förslag i avsnittet 2.1.2.3. innebär att medicine licentiatexamen normalt kommer att avläggas omkring den 1 februari och 1 juli varje år. I avsnittet 3.5.6.3. kommer vi att föreslå att fördelningen av läkare på tjänster för allmänutbildningen skall ske ske fyra gånger årligen. Alla läkare, som avlagt medicine licentiatexamen omkring den 1 februari, kommer den 31 maj påföljande år att ha fullgjort föreskriven allmänutbildning vid medicinsk och kirurgisk klinik. De som avlagt examen omkring den 1 juli kommer att ha fullgjort motsvarande tjänstgöring den 30 november påföljande år. Läkarexamen kan sålunda lämpligen förläggas till månaderna juni och december.

En studerande har enligt nu gällande stadga för medicinska examina rätt att tentera sammanlagt fyra gånger i samma ämne innan fakulteten kan besluta, att han inte vidare får undergå prövning. Med hänsyn härtill anser vi, att läkare bör ha rätt att fyra gånger undergå den av oss föreslagna kunskapskontrollen i medicin och kirurgi. Statens nämnd för läkares vidareutbildning bör därefter ta ställning till om han skall få undergå ytterligare kunskapskontroll.

Vi föreslår sålunda följande. Slutlig kunskapskontroll i medicin och kirurgi skall anordnas som en gemensam, icke betygsgraderad examination, kallad läkarexamen. Denna skall få avläggas först sedan föreskriven allmänutbildning vid medicinsk och kirurgisk klinik fullgjorts. Innehållet i läkarexamen skall i huvudsak motsvara fordringarna i nuvarande tentamina i medicin och kirurgi. Examen skall sålunda i tillämpliga delar innefatta kontroll även av läkarens kunskaper i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, röntgendiagnostik och radioterapi med tumördiagnostik. Vidare bör den, såsom vi föreslagit i avsnittet 2.3.3.5., i tillämpliga delar omfatta kontroll av läkarens kunskaper i patologi.

Läkarexamen skall vara skriftlig och anordnas två gånger per år. Vid dess genomförande bör flervalsmetod i någon form, kombinerad med databehandling, komma till användning. Statens nämnd för läkares vidareutbildning

skall handha läkarexamens organisation. Den, som underkänts fyra gånger i läkarexamen, bör endast efter särskilt tillstånd av nämnden få undergå ytterligare prövning.

3.3. Specialistutbildning

Enligt det nordiska avtalsförslaget skall vidareutbildningen till specialist bestå av dels en allmän utbildningsperiod, dels huvudutbildning inom den specialitet, vari specialistkompetens söks, och dels sidoutbildning inom annan specialitet, som är av betydelse för den sökta kompetensen.

Dessutom skall prövning i någon form ha skett av att sökanden förvärvat för ändamålet erforderliga kunskaper.

3.3.1. Den allmänna utbildningsperioden

Den allmänna utbildningsperioden skall enligt avtalsförslaget omfatta omkring två år och avse tjänstgöring såsom underordnad läkare i öppen eller sluten vård. Minst ett år av perioden skall vara klinisk sjukhustjänstgöring, i vilken skall ingå tjänstgöring vid såväl invärtesmedicinsk som kirurgisk avdelning.

3.3.1.1. Nuvarande förhållanden

Ingen allmän utbildningsperiod är föreskriven i nu gällande specialistbehörighetsbestämmelser. En viss motsvarighet till den föreslagna perioden kan dock nuvarande, i grundutbildningen ingående assistenttjänstgöring (3.1.4.1.) sägas vara.

3.3.1.2. Förhållandena i de nordiska länderna

Av de nya, i *Danmark* utfärdade specialistutbildningsbestämmelserna (1.4.2.1.) framgår, att den allmänna utbildningsperioden består av den s. k. turnustjänstgöringen om ett år samt ett års tjänstgöring i öppen vård eller vid andra sjukhusavdelningar än sådana, där huvudutbildningen och i allmänhet sidoutbildningen i vederbörande specialitet kan förvärvas.

Enligt de nya, i *Finland* meddelade bestämmelserna om vidareutbildning för beviljande av specialisträttigheter (1.4.2.1.) omfattar den allmänna utbildningsperioden ett års tjänstgöring på sjukhus, ett halvt års verksamhet som läkare i öppen vård och ett halvt års valfri utbildning. Tjänstgöringarna skall huvudsakligen fullgöras före specialutbildningen, dvs. huvud- och sidoutbildningen. Högst ett års tjänstgöring före legitimation godkänns som allmän utbildning.

Av sjukhustjänstgöring före licentiatexamen som amanuens eller av annan tjänstgöring på sjukhus, som specialitetskommissionen anser likvärdig, godkänns högst tio månader som allmän utbildning. I sjukhustjänstgöringen bör ingå minst fyra månaders utbildning i invärtesmedicin och minst två månaders utbildning i kirurgi. Den invärtesmedicinska och kirurgiska tjänstgöringen bör fullgöras efter legitimation eller tidigast efter slutförandet av alla kliniska kurser.

Med verksamhet i öppen vård avses tjänstgöring som kommunal-, köpings- eller stadsläkare eller annan kommunal praktiserande läkare eller truppläkare eller såsom arbetsplatsläkare i huvudtjänst vid en stor arbetsplats (över 500 arbetare). Likställd med verksamheten som läkare i öppen vård anses tjänstgöring som läkare vid odelat lasarett och av specialitetskommissionen godkänd tjänstgöring som läkare vid ett delat sjukhus, då tjänstgöringen kan

anses vara jämställd med tjänstgöring som läkare i öppen vård. Tjänstgöringen som läkare i öppen vård kan ersättas med verksamhet i annan av specialitetskommissionen godkänd läkarbefattning som huvudtjänst, t. ex. tjänstgöring vid medicinsk-teoretisk universitetsinstitution eller statens medicinska institut.

Den valfria utbildningen kan förvärvas genom tjänstgöring vid undervisnings- eller specialiseringssjukhus eller vid sjukhus, avdelning eller institut, där chefsläkaren är specialist, utom vid undervisningssjukhus på samma område, i statlig eller kommunal läkarbefattning som huvudtjänst, vid medicinsk-teoretisk universitetsinstitution, vid statens medicinska institutioner och genom verksamhet som läkare i annan av specialitetskommissionen godkänd tjänst.

Fristående tjänstgöring av kortare längd än sex dagar godkänns inte som valfri utbildning.

Av de nya, i *Norge* antagna specialistreglerna (1.4.2.1.) framgår, att den allmänna utbildningsperioden består av turnustjänstgöringen om ett och ett halvt år. För läkare, som inte fullgjort denna tjänstgöring, gäller följande krav, nämligen minst ett års tjänstgöring i öppen vård utan samtidig anställning vid sjukhus, institution eller liknande antingen som assistent hos eller vikarie för distriktsläkare eller som självständigt praktiserande läkare samt minst ett års sjukhustjänstgöring, varav i allmänhet minst fyra månader vid vardera medicinsk och kirurgisk avdelning. För den som fullgjort en sammanhängande praktisk tjänstgöring som kan anses likvärdig med turnustjänstgöring hos praktiserande offentlig läkare kan läkarföreningens centralstyrelse nedsätta kravet på ett års tjänstgöring i öppen vård till ett halvt år.

3.3.1.3. Tidigare diskussion

I den allmänna utbildningsperioden borde enligt den nordiska arbetsgruppen få ingå turnustjänstgöringen i Danmark och Norge, amanuenstjänstgöringen i Finland och assistenttjänstgöringen i Sverige. Periodens tjänstgöringar borde i princip förläggas till tiden före den egentliga specialistutbildningen men vissa undantag härifrån torde, ansåg arbetsgruppen, i nuvarande läge få accepteras.

Minst ett år av perioden skall enligt avtalsförslaget vara klinisk sjukhustjänstgöring, varav en del vid medicinsk klinik och en annan del vid kirurgisk klinik. I övrigt borde enligt motiven till förslaget hinder inte föreligga för att en mindre del av denna tjänstgöring fullgjordes inom sidoutbildningen för den specialitet, som läkaren avsåg att utbilda sig för. Arbetsgruppen framhöll vidare, att det ur vissa synpunkter kunde vara fördelaktigt att fixera en minimitid av sex månader för varje typ av tjänstgöring inom perioden. Emellertid fann arbetsgruppen att rådande förhållanden i de nordiska länderna gjorde att perioder på ner till tre månader måste accepteras. Arbetsgruppen uttalade vidare, att det var fördelaktigt om ett halvt års tjänstgöring inom öppen vård kunde inpassas i perioden. Det torde, ansåg arbetsgruppen, dock inte vara möjligt att redan från början fordra att arbetet i den öppna vården skulle ske under övervakning men så småningom borde detta bli fallet.

Vid remissbehandlingen av den nordiska utredningen mötte arbetsgruppens förslag, att assistenttjänstgöringarna skulle få inräknas i den allmänna utbildningsperioden vissa erinringar (3.1.3.1.). Perioden borde enligt Sveriges läkarförbund lämpligen omfatta minst ett halvt år invärtesmedicin och

minst ett halvt år kirurgi, då tjänstgöring inom dessa moderdiscipliner måste anses vara av grundläggande betydelse för den fortsatta utbildningen. Medicinska fakulteten i Uppsala uttalade att även psykiatri om möjligt borde ingå i perioden. Svenska landstingsförbundet ansåg det vara av synnerlig betydelse, att utbildningen under perioden utformades på sådant sätt, att intresset för verksamhet som tjänsteläkare stimulerades, och att åtminstone en viss del av bristen på läkare i denna sektor täcktes genom krav på utbildning i form av tjänstgöring som tjänsteläkare.

3.3.1.4. Överväganden och förslag

Vi har tidigare föreslagit, att alla läkare under femton månader skall tjänstgöra i underordnad ställning, varav sex månader vid vardera medicinsk och kirurgisk klinik samt tre månader vid psykiatrisk klinik (3.1.4.). Denna tjänstgöring, som vi kallar allmänutbildning, tillgodoser bestämmelsen i det nordiska avtalsförslaget att den allmänna utbildningsperioden skall omfatta tjänstgöring vid både medicinsk och kirurgisk klinik. Genom att föreslå en för alla läkare obligatorisk tjänstgöring i psykiatri har vi tagit hänsyn till önskemålet att förbättra utbildningen i psykiatri. Vårt förslag att tjänstgöringen vid medicinsk klinik också bör avse integrerad tjänstgöring i öppen och sluten vård kommer — i den mån detta kan realiseras — att ge läkarna ökad insikt i den öppna vårdens arbetsförhållanden samt att stimulera intresset för verksamhet som tjänsteläkare.

Syftet med den allmänna utbildningsperioden är enligt den nordiska arbetsgruppen att läkaren under självständigt arbete skall förskaffa sig nödig erfarenhet och uppnå en viss praktisk förfarenhet och rutin. Detta syfte anser vi uppnått genom den föreslagna, för alla läkare obligatoriska allmänutbildningen.

Återstoden av perioden, nio månader, anser vi med fördel kunna utnyttjas för tjänstgöring inom områden av betydelse för den sökta kompetensen, dock ej vid klinik, avdelning eller institution, vid vilken huvud- eller sidoutbildning skall fullgöras för förvärvande av den aktuella specialistkompetensen. Härav följer att valfriheten i fråga om niomånadersperiodens fullgörande är begränsad bl. a. i de fall, där i förslaget till kungörelse om läkares specialistbehörighet m. m. flera olika alternativ uppställts för huvud- och sidoutbildningen (se allmän internmedicin, handkirurgi m. fl.). Denna ordning torde ibland kunna medföra olägenheter från praktisk synpunkt. Vi föreslår därför att statens nämnd för läkares vidareutbildning får befogenhet att i särskilda fall medge undantag från den allmänna regeln att perioden inte får fullgöras inom specialitet som ingår i utbildningskraven för den sökta specialistkompetensen.

Eftersom niomånadersperioden i många fall lämpligen kan förläggas till tiden efter huvudutbildningen, bör den få äga rum när som helst under utbildningstiden. Detta synes möjligt eftersom arbetsgruppen uttalat, att man i nuvarande läge torde få acceptera vissa undantag från principen att den allmänna utbildningsperiodens tjänstgöringar bör förläggas till tiden före den egentliga specialistutbildningen. Beträffande denna tjänstgöring bör enligt vår mening — bl. a. av sjukvårdsorganisatoriska skäl — så få begränsande föreskrifter som möjligt meddelas. Det bör dock krävas, att tjänstgöringen sker under handledning.

Vi föreslår således att den allmänna utbildningsperioden förutom den för alla läkare erforderliga allmänutbild-

ningen om 15 månader skall omfatta nio månaders i huvudsak valfri tjänstgöring i underordnad ställning. Denna tjänstgöring bör få fullgöras 1) i läkardistrikt, 2) vid lasarett eller sjukstuga, 3) vid enskild sjukvårdsinrättning, som godkänts för sådan utbildning av statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.) eller 4) vid medicinsk-teoretisk institution. I sistnämnda fall bör tjänstgöring som assistent och förste amanuens räknas som heltids- respektive halvtidstjänstgöring. Som regel får tjänstgöringen inte fullgöras i specialitet, inom vilken sökanden har att fullgöra huvud- eller sidoutbildning för förvärvande av den avsedda specialistkompetensen. Beträffande tjänstgöringen i läkardistrikt torde det först på längre sikt kunna krävas att den skall äga rum som underordnad läkare. Under en övergångstid bör därför intill sex månader av sådan tjänstgöring få fullgöras i självständig ställning.

Vi föreslår vidare att niomånadersperioden får fullgöras vid valfri tid under utbildningen.

3.3.2. Huvud- och sidoutbildning

Den del av vidareutbildningen till specialist, som i det nordiska avtalsförslaget kallas huvudutbildning och sidoutbildning, motsvarar vad som i nu gällande bestämmelser benämns grundutbildning respektive obligatorisk randutbildning. Huvudutbildningen och sidoutbildningen skall enligt förslaget fullgöras efter erhållandet av obegränsad legitimation som läkare och omfatta minst fyra års sjukhustjänstgöring, varav huvudutbildningen minst tre år och sidoutbildningen som regel minst ett halvt år. För s. k. grenspecialitet krävs förutom kompetens i huvudspecialiteten två års tjänstgöring inom grenspecialiteten. Huvudutbildningen och sidoutbildningen får endast fullgöras vid sjukhus som godkänts härför. Dessa sjukhus skall uppdelas i två kategorier, I undervisningssjukhus, större centralsjukhus och vissa specialsjukhus samt II övriga godkända sjukhus. Den till minst ett år av huvudutbildningen fastställda tjänstgöringen vid sjukhus av kategori I skall kombineras med systematisk undervisning.

3.3.2.1. Nuvarande förhållanden

Nu gällande specialistbehörighetsbestämmelser redovisas i avsnittet 1.3.2.1.

3.3.2.2. Förhållandena i de nordiska länderna

Som framgår av avsnittet 1.4.2.1 har i Danmark, Finland och Norge meddelats nya specialistutbildningsbestämmelser, sedan den nordiska arbetsgruppen framlagt sitt betänkande. För information om de regler rörande huvud- och sidoutbildningen, som gäller i dessa länder hänvisas till nämnda avsnitt.

3.3.2.3. Tidigare diskussion

SUK avgav under mars 1960 förslag till bl. a. nya specialistutbildningsbestämmelser, vilka senare samma år antogs av Sveriges läkarförbunds fullmäktige. Förslaget kom att ligga till grund för det av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet utarbetade och till Kungl. Maj:t den 23 januari 1962 överlämnade förslaget till nya specialistbehörighetsbestämmelser (1.2.). I detta uppdelades utbildningen i grundutbildning, obligatorisk randutbildning och valfri randutbildning. Specialitetsförteckningen upptog 39 specialiteter — en ökning med 11 i förhållande till gällande förteckning (3.3.3.3.). Förslaget innebar vidare en förlängning av den totala utbildningstiden med ett till två år. Av ökningen föll en väsentlig del på randutbildning-

en. Tjänstgöring i öppen vård godtogs till en tid av högst sex månader som fakultativ randutbildning beträffande alla specialiteter. Vidare uppställdes krav på kunskapskontroll.

Vid remissbehandlingen av nämndens förslag ansåg universitetskanslern att det var tveksamt om värdet av den valfria randutbildningen uppvägde de nackdelar som från andra utgångspunkter uppstod på grund av förlängningen av utbildningstiden, detta särskilt med hänsyn till att sjukhustjänstgöring föreslogs få tillgodoräknas även om den ej var av betydelse för specialiteten i fråga. De medicinska lärosätena uttalade att de föreslagna utbildningstiderna motsvarade dagens krav på specialister ur praktisk medicinsk och vetenskaplig synpunkt. Svenska landstingsförbundet framhöll att det kunde ifrågasättas om inte utbildningskraven tilltagits i överkant. Svenska stadsförbundet fann det ej påkallat att skärpa utbildningskraven i den omfattning som föreslagits. Viss ökning av grundutbildningstiden borde enligt stadsförbundet utan större olägenheter kunna genomföras men skärpningen av randutbildningskraven borde anstå tills bristsituationen på läkarmarknaden lättat. Sveriges läkarförbund ansåg att den förlängning av utbildningstiden, som förslaget innebar, var måttlig och nödvändig för att specialisten skulle kunna motsvara de växande fordringarna inom hans egentliga fack men också inom angränsande.

Den nordiska arbetsgruppen uttalade i motiven till avtalsförslaget att huvudutbildningen aldrig i sin helhet kunde få fullgöras vid sjukhus av kategori II. Däremot borde hinder inte möta mot att hela sidoutbildningen ägde rum vid sjukhus tillhörande denna kategori. Vidare anförde arbetsgruppen, att undantag från regeln att huvudutbildningen skulle omfatta minst tre år och sidoutbildningen minst ett halvt år var motiverade i vissa fall, särskilt i fråga om laboratoriespecialiteterna. I de fall, där sidoutbildningens längd minskades, måste dock huvudutbildningen tidsmässigt ökas i motsvarande grad. Sidoutbildningen borde fullgöras i vissa angivna obligatoriska discipliner. Arbetsgruppen förutsatte, att detaljbestämmelser om sidoutbildningen skulle utarbetas på nationell nivå under hänsynstagande till förhållandena i de övriga nordiska länderna. Vidare framhöll arbetsgruppen, att heltidstjänstgöring vid medicinsk-teoretisk institution i viss utsträckning borde kunna likställas med sjukhustjänstgöring. Arbetsgruppen påpekade också, att den undervisning i form av dagliga konferenser inom de olika specialiteterna och i förekommande fall överläggningar med företrädare för andra specialiteter som meddelades på de flesta sjukhus, borde stimuleras och ges ökad betydelse vid alla sjukhus där vidareutbildning ägde rum.

Vid remissbehandlingen av den nordiska arbetsgruppens betänkande ansåg medicinska fakulteten i Uppsala att den föreslagna tidslängden för specialistutbildningen kunde accepteras. Hela huvud- och sidoutbildningen måste nämligen enligt avtalsförslaget fullgöras efter avlagd medicine licentiatexamen. Vidare upptog förslaget vissa föreskrifter som borde höja den genomsnittliga kvaliteten på utbildningen, framför allt att minst ett år av huvudutbildningen skulle fullgöras vid sjukhus av kategori I och att prövning i någon form skulle ske av att en sökande förvärvat för specialistkompetens erforderliga kunskaper. Medicinska fakulteten i Lund fann de föreslagna kraven på tjänstgöringar i princip godtagbara. Svenska läkaresällskapet uttalade, att utbildningstidens längd i allmänhet torde vara helt acceptabel. Det kunde dock dis-

kuteras huruvida inte en längre utbildning för vissa tekniskt betonade specialiteter skulle vara önskvärd. Sällskapet förutsatte därför, att fortsatt utbildning efter avslutad specialistutbildning inte skulle komma att försvåras genom för stora restriktioner i fråga om underläkarförordnandenas längd. — Remissinstanserna accepterade också att huvud- och sidoutbildningen endast skulle få fullgöras vid härför godkända sjukhus samt att systematisk undervisning och kunskapsprövning skulle införas.

3.3.2.4. Överväganden och förslag

Den sammanlagda, i det nordiska avtalsförslaget angivna minimitiden för vidareutbildning till specialist — omkring två års allmän utbildning och fyra års huvud- och sidoutbildning — accepterades i stort sett av remissinstanserna (3.3.2.3.).

Med hänsyn till att förslaget innefattar krav på bl. a. systematisk undervisning och kunskapskontroll anser vi, att den föreslagna tiden i huvudsak är tillräcklig. Vi ansluter oss dock till den av Svenska läkaresällskapet uttalade uppfattningen, att en längre utbildning kunde vara önskvärd för vissa tekniskt betonade specialiteter. Det synes möjligt att tillgodose ett sådant önskemål utan att överskrida de tidsramar, som det nordiska avtalsförslaget anger. Vi hänvisar därvid till vad vi anför under avsnittet 3.3.3.4. om grenspecialiteter. Vi föreslår inte i något fall en så lång tid för huvud- och sidoutbildning som sex år. Emellertid anser vi det motiverat att för dels specialiteterna inom grupperna invärtes sjukdomar, kirurgiska sjukdomar och psykiska sjukdomar och dels vissa huvudsakligen tekniskt betonade specialiteter något överskrida avtalsförslagets minimitid för huvud- och sidoutbildningen.

Under huvudutbildningen bör den undervisning i form av handledning och konferenser, som närmare berörs i avsnittet 3.3.5.4., kunna genomföras.

Enligt avtalsförslaget får huvudutbildningen och sidoutbildningen bara fullgöras vid sjukhus, som godkänts härför. De godkända sjukhusen skall indelas i två kategorier. I motiven till förslaget uttalade arbetsgruppen att det ur flera synpunkter kunde vara fördelaktigt att huvudutbildningen ägde rum vid sjukhus av både kategori I och II. Det borde därför vara de enskilda länderna obetaget att kräva sådan fördelning av tjänstgöringen där förhållandena medgav det. Vi anser att sjukvårdens organisation i vårt land är sådan att huvudutbildningen — bortsett från det år som alltid måste fullgöras vid kategori I — bör valfritt få ske vid sjukhus av kategori I eller II.

Vi föreslår följande. Huvudutbildningen i de olika specialiteterna skall omfatta en tid av tre till fyra år, för neurokirurgi och thoraxkirurgi dock fem år. Sidoutbildningen skall pågå under en tid av ett halvt till ett och ett halvt år och fullgöras i för varje specialitet särskilt angivna discipliner. Huvud- och sidoutbildningen får påbörjas först sedan allmänutbildningen fullgjorts och läkarexamen avlagts. Huvudutbildningen och sidoutbildningen skall fullgöras vid sjukhus (kliniker, avdelningar) eller inrättningar, som efter prövning godkänts för sådan utbildning (3.5.2.). Minst ett år av huvudutbildningen skall fullgöras vid sjukhus av kategori I.

3.3.3. Specialitetsförteckning

Den nordiska arbetsgruppen ansåg det inte påkallat, att de nordiska länderna

träffade överenskommelse om vilka specialiteter som skulle finnas i de skilda länderna. Bestämmandet härav borde alltså träffas på nationellt plan. Detta hindrade enligt arbetsgruppen inte att en större likformighet även på detta område borde komma till stånd. För detta ändamål borde varje land låta överse och revidera sin förteckning över specialiteter.

Av det nordiska avtalsförslaget framgår, att inom område för större specialitet såsom invärtesmedicin och allmän kirurgi kan erkännas specialitet i begränsat område — grenspecialitet — utan att denna anordnas som självständig specialitet. För specialistkompetens i grenspecialitet skall enligt förslaget krävas, att sökanden förvärvat sådan kompetens i huvudspecialiteten och därjämte fullgjort tjänstgöring under minst två år inom området för grenspecialiteten.

3.3.3.1. Nuvarande förhållanden

Enligt gällande bestämmelser (1.3.2.1.) får bevis om specialistkompetens avse en eller flera av specialiteterna enligt följande

specialitetsschema

1. Anestesiologi
2. Bakteriologi och skyddsympningar
3. Barnaålderns invärtes sjukdomar
4. Barnaålderns kirurgiska sjukdomar
5. Barnaålderns psykiska och nervösa sjukdomar
6. Hjärtsjukdomar
7. Hud- och könssjukdomar
8. Invärtes sjukdomar
9. Kirurgiska sjukdomar
10. Klinisk epidemiologi och akuta infektionssjukdomar
11. Klinisk fysiologi
12. Klinisk kemi
13. Kvinnosjukdomar och förlossningar
14. Lungsjukdomar
15. Matsmältningsorganens sjukdomar
16. Nervsjukdomar
17. Neurokirurgi
18. Ortopedi
19. Plastikkirurgi
20. Psykiska och nervösa sjukdomar
21. Radiumbehandling
22. Röntgenbehandling
23. Röntgenundersökning
24. Röst- och talrubbningar
25. Tändernas sjukdomar
26. Ämnesomsättningens sjukdomar
27. Ögonsjukdomar
28. Öron-, näs- och halssjukdomar

3.3.3.2. Förhållandena i de nordiska länderna

I Danmark, Finland och Norge har meddelats nya specialistutbildningsbestämmelser (1.4.2.1.). I länderna gällande specialitetsförteckningar framgår av tabell 3:2.

3.3.3.3. Tidigare diskussion

Enligt det av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet utarbetade, den 19 december 1961 dagtecknade förslaget till nya specialistbehörighetsbestämmelser fick bevis om specialistkompetens avse en eller flera av specialiteterna enligt följande

specialitetsförteckning

1. Anestesiologi
2. Barnaålderns sjukdomar
   - A. Barnaålderns invärtes sjukdomar
   - B. Barnaålderns kirurgiska sjukdomar
   - C. Barnaålderns mentala sjukdomar
3. Hud- och könssjukdomar
4. Invärtes sjukdomar
   - A. Allmän invärtes medicin
   - B. Hjärtsjukdomar
   - C. Insöndringsorganens sjukdomar
   - D. Invärtesmedicinska allergisjukdomar

Tabell 3: 2. I Danmark, Finland och Norge gällande specialitetsförteckningar

Danmark	Finland	Norge
	Specialområden	I. *Spesialiteter med fastsatte krav til spesialutdannelse*
1. Anæstesiologi	1. Anestesiologi	1. Anestesiologi
2. Børnepsykiatri	2. Arbetsmedicin	2. Barnepsykiatri
3. Cardiologi eller hjerte- og kredsløbssygdomme	3. Barnpsykiatri	3. Barnesykdommer
4. Dermato-venerologi eller hud- og kønssygdomme	4. Barnsjukdomar	4. Fysikalsk medisin
5. Diagnostisk radiologi eller røntgenundersøgelse	5. Fysikalisk terapi	5. Fødselshjelp og kvinnesykdommer
6. Fysiurgi	6. Hud- och könssjukdomar	6. Generell kirurgi
7. Gynækologi og obstetrik eller kvindesygdomme og fødselshjælp	7. Hälsovård	7. Hud- og veneriske sykdommer
8. Intern medicin eller medicinske sygdomme	8. Invärtes sjukdomar	8. Immunhematologi
9. Kirurgi eller kirurgiske sygdomme	9. Kirurgiska sjukdomar	9. Indremedisin
10. Klinisk blodtypeserologi	10. Klinisk farmakologi	10. Kjeve- og munnhulesykdommer
11. Klinisk fysiologi	11. Klinisk fysiologi	11. Klinisk kjemi
12. Klinisk kemi	12. Klinisk hematologi	12. Klinisk nevrofysiologi
13. Klinisk mikrobiologi	13. Klinisk kemi	13. Lungesykdommer
14. Klinisk neurofysiologi	14. Klinisk mikrobiologi	14. Medisinsk mikrobiologi
15. Medicinske lungesygdomme	15. Klinisk neurofysiologi	15. Medisinsk radiologi
16. Nefrologi eller medicinske nyresygdomme	16. Kvinnosjukdomar och förlossningar	16. Nevrokirurgi
17. Neurokirurgi eller kirurgiske nervesygdomme	17. Käkkirurgi	17. Nevrologi
18. Neuromedicin eller medicinske nervesygdomme	18. Lungsjukdomar	18. Ortopedisk kirurgi
19. Oftalmologi eller øjensygdomme	19. Neurokirurgi	19. Patologi
20. Ortopædisk kirurgi	20. Neurologi	20. Plastikkirurgi
21. Oto-rhino-laryngologi eller øre-næse-halssygdomme	21. Patologi	21. Psykiatri
22. Patologisk anatomi og histologi eller vævsundersøgelse	22. Psykiatri	22. Revmatiske sykdommer
23. Plastikkirurgi	23. Radiologi	23. Terapeutisk radiologi
24. Psykiatri	24. Radioterapi	24. Urinveiskirurgi
25. Pædiatri eller børnesygdomme	25. Reumatiska sjukdomar	25. Øre-nese-halssykdommer
26. Terapeutisk radiologi eller strålebehandling	26. Rättsmedicin	26. Øyesykdommer
27. Thoraxkirurgi eller brysthulens kirurgiske sygdomme	27. Röst- och talrubbningar	II. *Spesialiteter uten fastsatte krav til spesialutdannelse*
		1. Attføringsmedisin
28. Tropemedicin	28. Ögonsjukdomar	2. Barnekirurgi
29. Urologi eller urinvejenes kirurgiske sygdomme	29. Öron-, näs- och strupsjukdomar	3. Fordøyelsessykdommer
		4. Hjertesykdommer
		5. Klinisk fysiologi
	Grenspecialområden	6. Thoraxkirurgi
	Sju sådana finns. Dessa redovisas i avsnittet 3.3.3.4.	7. Tropesykdommer
		8. Yrkessykdommer

E. Klinisk epidemiologi och akuta infektionssjukdomar
F. Lungsjukdomar
G. Matsmältningsorganens sjukdomar
H. Medicinska njursjukdomar
I. Reumatiska sjukdomar

5. Kirurgiska sjukdomar
A. Allmän kirurgi
B. Barnaålderns kirurgiska sjukdomar, se 2. B.
C. Handkirurgi
D. Neurokirurgi
E. Ortopedi
F. Plastikkirurgi
G. Thoraxkirurgi
H. Urologi

6. Klinisk laboratorieverksamhet
A. Blodgruppsserologi och transfusionslära
B. Klinisk bakteriologi
C. Klinisk fysiologi
D. Klinisk kemi
E. Klinisk neurofysiologi
F. Klinisk virologi

7. Kvinnosjukdomar och förlossningar
8. Mentala sjukdomar
A. Allmän psykiatri
B. Barnaålderns mentala sjukdomar, se 2. C.
C. Rättspsykiatri

9. Neurologi
10. Radiologi
A. Diagnostisk radiologi
B. Terapeutisk radiologi
C. Diagnostisk radiologi och röntgenterapi
D. Gynekologisk terapeutisk radiologi

11. Röst- och talrubbningar
12. Stomatologi
13. Ögonsjukdomar
14. Öron-, näs- och halssjukdomar

Remissinstanserna godtog specialistbehörighetsnämndens förslag till specialitetsförteckning. Medicinska fakulteten i Lund ansåg dock att förteckningen borde kompletteras med ämnet klinisk patologi.

Vid remissbehandlingen av den nordiska arbetsgruppens betänkande förutsatte medicinalstyrelsen, att frågan om vilka huvudspecialiteter och grenspecialiteter, som skulle finnas i fortsättningen, avgjordes i samband med utfärdandet av svenska detaljbestämmelser om läkares specialistbehörighet. Bestämmelserna borde enligt styrelsen ta hänsyn till behovet av flexibilitet i specialitetsindelningen så att en fortgående utveckling inom sjukvården befrämjades. Medicinska fakulteten i Uppsala underströk önskvärdheten av att detaljbestämmelserna fick karaktär av föreskrifter från medicinalstyrelsen och inte av Kungl. Maj:ts stadgar, så att sådana detaljer som specialitetsbeteckningarna och sammansättningen av kraven för varje specialitet på ett smidigt sätt fortlöpande kunde anpassas till den successiva förändringen inom medicinsk undervisning och sjukvårdens organisation. Vidare fann fakulteten det värdefullt med den differentiering av specialistutbildningen, som de särskilda kompetenskraven för grenspecialitet utgjorde.

3.3.3.4. Överväganden och förslag

I vårt uppdrag ingår att uppgöra förslag till specialitetsschema.

Syftet med schemat blir avgörande för dess omfattning. Enligt vår mening bör schemat utgöra en förteckning över de olika områden av medicinen, inom vilka speciell kompetens kan förvärvas och praktisk läkarverksamhet tillämpas. Förteckningen bör dels kunna vägleda den vårdsökande allmänheten, företrädesvis i öppen vård, och dels i största möjliga utsträckning motsvara sjukvårdsorganisationens aktuella uppdelning i olika specialområden.

Vi anser att specialitetsförteckningen

bör uppta varje väl etablerad specialitet. För detta begrepp uppställer vi följande kriterier. Specialiteten skall vara klart avgränsad mot andra specialiteter och mot den allmänna medicinska verksamheten samt ha sådan karaktär att systematisk undervisning och vetenskaplig forskning kan bedrivas inom dess gränser. Specialiteten skall dessutom vara väl infogad i sjukvårdsorganisationen och ha ett tillräckligt antal kompetenta företrädare för att garantera en fortsatt utveckling och möjliggöra utbildning av blivande specialister.

Från dessa utgångspunkter har vi granskat nu gällande specialitetsschema och funnit att det ej motsvarar de uppställda kraven; vissa däri upptagna specialiteter är inaktuella eller har mindre adekvata beteckningar och bör därför utgå eller få andra namn medan ett antal nya specialiteter bör tillkomma.

Gällande förteckning upptar specialiteten *tändernas sjukdomar,* för vilken krävs bl. a. sådan utbildning som är föreskriven för legitimation som tandläkare. Det kan i och för sig ifrågasättas om det bör finnas en läkarspecialitet, i vilken ingår krav på tandläkarexamen. Efter 1961 har inget bevis om ny specialistkompetens meddelats i denna specialitet, varför intresset för densamma kan sägas vara ringa. Specialiteten kan visserligen i merithänseende tänkas ha intresse för lasarettstandläkare. En för sådana befattningar lämpligare och dessutom mindre tidskrävande utbildning är emellertid tandläkarutbildning, kompletterad med tand- och käkkirurgisk specialistutbildning. Till detta kommer att ytterligare specialiteter eller subspecialiteter kan förväntas bli företrädda inom odontologin i sluten vård, men dessa torde knappast kunna utvecklas från den medicinska specialiteten tändernas sjukdomar. Vi anser därför, att denna inte bör upptas i den nya specialitetsförteckningen.

Följande specialiteter anser vi bör få ändrade beteckningar nämligen bakteriologi och skyddsympningar, barnaålderns kirurgiska sjukdomar, barnaålderns psykiska och nervösa sjukdomar, klinisk epidemiologi och akuta infektionssjukdomar, psykiska och nervösa sjukdomar, radiumbehandling, röntgenbehandling samt röntgenundersökning.

Bakteriologi och skyddsympningar bör, i överensstämmelse med andra specialiteter inom gruppen klinisk laboratorieverksamhet, benämnas *klinisk* bakteriologi. Skyddsympningar bör ej särskilt anges. Konsekvensen skulle annars fordra att ordet skyddsympningar också ingick i beteckningen för annan specialistverksamhet, där skyddsympningar ofta förekommer, exempelvis akuta infektionssjukdomar och barnaålderns invärtes sjukdomar.

Barnaålderns kirurgiska sjukdomar. Specialiteten bör heta *barnkirurgi* i analogi med andra specialiteter inom gruppen kirurgiska sjukdomar.

Barnaålderns psykiska och nervösa sjukdomar. Specialitetens beteckning bör vara *barn- och ungdomspsykiatri* i konsekvens med namnen på övriga psykiatriska specialiteter och i överensstämmelse med den vanliga benämningen på klinikerna i fråga.

Klinisk epidemiologi och akuta infektionssjukdomar bör benämnas enbart *akuta infektionssjukdomar.* I avsnittet 2.5.3.5. har vi föreslagit att benämningen på examensämnet klinisk epidemiologi, som ingår i medicine licentiatexamen, skall ändras till infektionsmedicin. Vi framhöll där bl. a. att begreppen epidemi och epidemiologi under senare år fått en vidare innebörd än tidigare samt att de tidigare epidemisjukhusen har ombildats till eller avses bli ersatta av infektionskliniker.

Psykiska och nervösa sjukdomar är enligt vår mening inte en adekvat beteckning på denna specialitet, eftersom den lätt kan förväxlas med specialiteten nervsjukdomar. Specialiteten bör därför heta *psykiska sjukdomar eller allmän psykiatri.*

Radiumbehandling och röntgenbehandling. För dessa båda specialiteter föreligger i det närmaste identiska utbildningskrav. Vid de radioterapeutiska klinikerna förekommer alla typer av strålbehandling, varför den riktiga beteckningen på bägge specialiteterna bör vara *allmän radioterapi.* Detta motsvarar benämningen på de kliniker, som företräder specialiteten.

Röntgenundersökning. Vi anser att beteckningen *röntgendiagnostik* bäst svarar mot specialitetens inordning i sjukvården.

Vi anser också, att det i likhet med vad som skett i Danmark är ändamålsenligt att beträffande ett flertal specialiteter införa både nationell och internationell beteckning.

Följande specialiteter, som alla är väl etablerade, bör enligt vår mening upptas i den nya specialitetsförteckningen, nämligen *medicinska njursjukdomar eller nefrologi, reumatiska sjukdomar eller reumatologi, handkirurgi, thoraxkirurgi, urologisk kirurgi, blodgruppsserologi och transfusionslära, klinisk neurofysiologi, klinisk patologi, klinisk virologi, rättspsykiatri* samt *gynekologisk radioterapi.*

Vi har vidare diskuterat huruvida ytterligare medicinska ämnesområden bör bli representerade i specialitetsförteckningen. Till dessa hör bl. a. geriatrik, långvårdsmedicin, rehabilitering, fysikalisk terapi, yrkesmedicin och företagshälsovård, internmedicinska allergisjukdomar samt diagnostisk radiologi i kombination med röntgenterapi. En del av dessa områden är visserligen representerade i sjukvårdsorganisationen men deras avgränsning gentemot andra specialiteter synes oklar. I det följande behandlas nämnda områden var för sig.

Geriatrik. För närvarande finns endast en geriatrisk klinik, nämligen vid Södersjukhuset i Stockholm. En professur i geriatrik har inrättats vid Uppsala universitet fr. o. m. 1 juli 1967. Professuren skall vara förenad med överläkartjänst vid en blivande geriatrisk klinik vid Kungsgärdets sjukhus. Vidare kan nämnas att överläkaren vid klinik I å Vasa sjukhus i Göteborg är docent i geriatrik. Ämnesområdet har sålunda företrädare men kan inte sägas vara tillräckligt avgränsat mot framför allt långvårdsmedicin, allmän internmedicin samt allmän psykiatri för att motivera att geriatrik införs i specialitetsförteckningen.

Långvårdsmedicin. Långvårdens utbyggnad i landet har debatterats livligt. Kliniker för långvarigt kroppssjuka finns vid många sjukhus och planeras vid andra. Dessutom finns ett stort antal sjukhem för långvarigt kroppssjuka. Oaktat långvården fyller en mycket viktig funktion i sjukvårdsorganisationen och torde komma att utbyggas i betydande omfattning, är vi dock tveksamma om långvården bör anses som en specialitet, som är väl avgränsad mot närliggande specialiteter och då i första hand allmän internmedicin. Patienterna på klinikerna och sjukhemmen för långvarigt kroppssjuka torde huvudsakligen ha invärtesmedicinska sjukdomar. Långvårdsläkarna bör därför besitta en mycket god kunskap om invärtes sjukdomar och sålunda ha specialistkompetens i allmän internmedicin. Vi är väl medvetna om att man uttryckt farhågor för att rekryteringssvårigheter kunde uppkomma inom denna sektor om långvårdsmedicin ej godtogs som specialitet.

Detta är enligt vår mening inte en tillräcklig motivering för att acceptera långvårdsmedicin som en egen specialitet. I samband härmed vill vi framhålla, att enligt de för specialiteten allmän internmedicin föreslagna utbildningskraven kommer upp till ett år av den erforderliga tjänstgöringen vid medicinsk klinik att kunna fullgöras vid klinik för långvarigt kroppssjuka. Detta bör medföra att läkarnas intresse för långvårdsverksamheten kommer att stimuleras. Vi utgår också från att det för behörighet till överläkar- och biträdande överläkartjänst vid klinik eller sjukhem för långvarigt kroppssjuka kommer att fordras specialistkompetens i allmän internmedicin. Detta torde böra beaktas av socialstyrelsen när den — såsom vi i avsnittet 5.2.3. förutsätter kommer att ske — framlägger förslag till behörighetskrav för vissa sjukhusläkartjänster.

Rehabilitering. Detta område har under de senaste åren rönt stor uppmärksamhet. Vid flera centrallasarett har rehabiliteringskliniker inrättats och ytterligare sådana planeras. Medicinalstyrelsen har förordat, att klinikerna organiseras som somatiska rehabiliteringskliniker. Det är emellertid ovisst hur disciplinen slutligen kommer att utformas. Den medicinska rehabiliteringen har nämligen utvecklats från bl. a. neurologi, ortopedi och psykiatri. Den har också i det praktiska arbetet nära samband med fysioterapi. Sålunda finns vid karolinska sjukhuset en avdelning för fysioterapi och medicinsk rehabilitering och vid Sahlgrenska sjukhuset en avdelning för fysikalisk terapi och medicinsk rehabilitering. Även på andra sätt föreligger olikheter mellan landets olika sjukhusavdelningar för medicinsk rehabilitering, t. ex. beträffande andelen sluten och öppen vård och anknytningen till arbetsvårdens rehabiliteringsverksamhet. Mot bakgrunden härav anser vi det nu vara för tidigt att föreslå specialistbestämmelser för rehabilitering. Sådana skulle nämligen kunna komma att binda utvecklingen. Vi räknar dock med att rehabilitering inom en nära framtid kommer att intas i specialitetsförteckningen.

Fysikalisk terapi. Fysikalisk terapi, fysioterapi eller fysikalisk medicin, som omfattar sjukgymnastik, arbetsterapi och andra former av fysikaliska övningar och behandlingsmetoder samt därtill ansluten diagnostik av rörelseorganens funktion, är en specialitet i Danmark (fysiurgi), Norge (fysikalsk medisin) och Finland (fysikalisk terapi). I Sverige finns dock endast vid Lunds lasarett en organisatoriskt självständig sjukgymnastikavdelning under medicinsk ledning. De olika fysikaliska behandlingsformerna har en stor och växande betydelse och efter hand som utbildningen av sjukgymnaster och arbetsterapeuter ökar torde allt flera läkare bli inkopplade på verksamheten som medicinskt ansvariga. Det är dock ovisst om detta kommer att ske på så sätt att man inrättar organisatoriskt självständiga enheter för fysikalisk medicin. Vi anser därför att tillräckliga skäl f. n. inte föreligger att föreslå fysikalisk medicin som specialitet.

Yrkesmedicin och företagshälsovård. För närvarande finns tre yrkesmedicinska kliniker och en sådan avdelning inom landet. Dessutom bedrivs yrkesmedicinsk verksamhet vid arbetsmedicinska institutet i Stockholm. I betänkandet Yrkesmedicinska sjukhusenheter — behov och organisation (SOU 1963: 46) uttalades, att behov förelåg av yrkesmedicinska sjukhusenheter både vid regionsjukhusen och vid centrallasarett inom mera industrialiserade områden. Den medicinska verksamhet, som förekommer vid de yrkesmedicinska enheterna är mångskiftande. Den be-

drivs ej sällan i lagarbete mellan olika internmedicinska specialister och andra specialister, t. ex. dermatologer.

Inom arbetarskyddsstyrelsen pågår en utredning om företagshälsovårdens framtida utformning. Vi har kännedom om att utredningen behandlat frågan om kompetensen hos de läkare, som skall vara verksamma som industriläkare eller i övrigt inom företagshälsovården. Därvid har diskuterats möjligheten att anordna en gemensam utbildning för dessa läkare och för blivande specialister i yrkesmedicin med huvudutbildningen förlagd till invärtesmedicinska och yrkesmedicinska kliniker. Utredningen har emellertid, enligt vad vi erfarit, ansett att företagsläkarna i stället borde ha en allmänpraktikerutbildning, kompletterad med en särskild yrkesmedicinsk utbildning om ca ett år vid bl. a. yrkesmedicinsk klinik och vid arbetsmedicinska institutet.

Det synes sålunda vara svårt att nu utforma ett utbildningsprogram som är lämpligt för yrkesmedicinsk verksamhet i både öppen och sluten vård. Yrkesmedicinen synes ej heller vara klart avgränsad mot andra specialiteter. Med hänsyn härtill och i avvaktan på resultatet av pågående utredning inom arbetarskyddsstyrelsen är vi f. n. inte beredda att föreslå en självständig specialitet i yrkesmedicin eller företagshälsovård. Vi kommer i det följande att behandla yrkesmedicinen i samband med frågan om ett eventuellt införande av grenspecialiteter.

Internmedicinska allergisjukdomar. 1967 års sjukhusförteckning upptar två allergologiska kliniker. Den ena kliniken är inrättad vid karolinska sjukhuset. Dess överläkare är samtidigt professor i klinisk dermatologisk allergologi. Vid kliniken behandlas huvudsakligen patienter med allergiska hudsjukdomar. Den andra kliniken är inrättad vid Sahlgrenska sjukhuset. Dess överläkare är docent i medicin, företrädesvis allergologi. Vid kliniken behandlas i första hand patienter med invärtes allergiska sjukdomar, framför allt astma. Patienter med dylika sjukdomar behandlas i övrigt vid både medicinska kliniker och lungkliniker. Vid vissa kliniker förekommer detta i stor omfattning. Så är exempelvis förhållandet vid medicinska kliniken II vid S:t Görans sjukhus, där överläkaren är docent i invärtesmedicinsk allergologi, och vid medicinska kliniken A i Lund. Lungkliniker har först under senare år i större utsträckning inrättats vid sjukhusen. Vid dessa kliniker behandlas numera även ett icke ringa antal astmapatienter. Som exempel härpå kan nämnas medicinska thoraxkliniken vid karolinska sjukhuset samt lungklinikerna vid akademiska sjukhuset och vid regionsjukhuset i Örebro.

I övrigt förekommer allergisjukdomar inom olika specialområden av medicinen, framför allt inom dermatologi, otorhino-laryngologi och pediatrik. Vid vissa kliniker inom dessa specialiteter bedrivs allergologisk sjukvård i betydande omfattning.

Internmedicinsk allergologi utgör sålunda enligt vår mening inte ett område av medicinen, som kan sägas vara väl avgränsat mot andra specialiteter. Dessutom är dess plats i sjukvårdsorganisationen f. n. oklar. Vi anser oss därför inte kunna föreslå att internmedicinska allergisjukdomar införs i specialitetsförteckningen som en självständig specialitet.

Diagnostisk radiologi och röntgenterapi. I den av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet år 1961 uppgjorda specialitetsförteckningen föreslogs bl. a. specialiteten diagnostisk radiologi och röntgenterapi. I utbildningskraven för denna specialitet

ingick bl. a. fyra års tjänstgöring vid röntgen- eller röntgendiagnostisk avdelning och ett års tjänstgöring vid allmän avdelning av radioterapeutisk klinik. Beteckningen specialist i diagnostisk radiologi och röntgenterapi kan inte anses korrekt efter så kort utbildning i röntgenterapi. Eftersom viss röntgenterapeutisk verksamhet bedrivs vid många röntgenavdelningar i vårt land, synes det önskvärt att läkarna i överordnad ställning vid dessa avdelningar har viss utbildning i radioterapi. I analogi härmed förefaller det önskvärt, att de överordnade läkarna vid kirurgiska kliniker med förlossningsavdelning har viss utbildning i obstetrik. Det synes oss dock inte lämpligt, att man tillgodoser dessa önskemål genom att tillskapa dubbelspecialiteter såsom diagnostisk radiologi och röntgenterapi respektive allmän kirurgi och förlossningar. Om röntgenbehandling skall bedrivas vid vissa röntgenavdelningar, bör kravet på utbildning i röntgenterapi tillgodoses genom särskilda behörighetskrav. Vi anser oss därför inte böra föreslå diagnostisk radiologi och röntgenterapi som specialitet.

Som framgår av avsnittet 1.4.2.1. och bilaga 5 har några *grenspecialiteter* enligt det nordiska avtalsförslagets regler (3.3.3.) inte anordnats i Danmark och Norge. Dock anses i Danmark kardiologi, medicinska lungsjukdomar och nefrologi vara grenspecialiteter inom området för medicin samt ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi och urologi inom området för kirurgi. Av utbildningskraven framgår, att det i de s. k. grenspecialiteterna krävs två eller tre års huvudutbildning i medicin respektive kirurgi. För specialiteterna internmedicin och kirurgi fordras däremot fem års utbildning.

De finska bestämmelserna innehåller följande grenspecialområden, nämligen på området för barnsjukdomar: barnneurologi; på området för kirurgiska sjukdomar: barnkirurgi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi samt urologi; på området för kvinnosjukdomar och förlossningar: gynekologisk radioterapi samt på området för neurologiska sjukdomar: barnneurologi.

Enligt vår mening bör grenspecialiteter bara anordnas i de fall, där grenspecialiteten är så intimt knuten till sin huvudspecialitet att för specialistkompetens i grenspecialiteten ovillkorligen måste fordras sådan kompetens i huvudspecialiteten.

Flera av de specialiteter, som enligt vår mening bör upptas i den nya specialitetsförteckningen, har genom subspecialisering utvecklats från en moderdisciplin. Alla de föreslagna specialiteterna är emellertid så väl avgränsade och inordnade i sjukvårdsorganisationen, att det saknas anledning att inrätta dem som grenspecialiteter enligt det nordiska avtalsförslagets regler.

I detta sammanhang vill vi erinra om att flera specialiteter enligt nu gällande bestämmelser får annonseras samtidigt. Förutsättningen för att detta skall vara tillåtet anser vi vara att den, som innehar kompetens i flera specialiteter, kan vidmakthålla sina kunskaper i de olika specialiteterna. Detta är enligt vår mening möjligt endast när fråga är om två specialiteter mellan vilka det föreligger en nära släktskap. Så är fallet beträffande t. ex. en huvudspecialitet och dennas grenspecialiteter. Eftersom vi inte kommer att föreslå några grenspecialiteter, anser vi att det bör vara tillåtet att tillkännage specialiteterna allmän internmedicin och allmän kirurgi tillsammans med en annan specialitet inom respektive specialitetsgrupp. Till gruppen invärtes sjukdomar räknar vi således förutom allmän internmedicin

även endokrinologi, kardiologi, akuta infektionssjukdomar, pneumologi, gastroenterologi, nefrologi och reumatologi. Till gruppen kirurgiska sjukdomar räknar vi förutom allmän kirurgi även barnkirurgi, handkirurgi, neurokirurgi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi och urologisk kirurgi. För att undvika att utbildningstiden blir alltför lång för den som vill förvärva kompetens i två sådana specialiteter bör i den ena specialiteten fullgjord tjänstgöring få tillgodoräknas för den andra, om tjänstgöringen i fråga ingår i utbildningskraven för jämväl den senare specialiteten. Om man från denna utgångspunkt granskar våra förslag till huvud- och sidoutbildning i de aktuella specialiteterna, visar det sig att den sammanlagda utbildningstiden för att förvärva kompetens i två specialiteter ungefärligen motsvarar den som enligt avtalsförslaget krävs för grenspecialitet. Den av oss föreslagna ordningen synes sålunda stå i överensstämmelse med den av nordiska arbetsgruppen uttalade uppfattningen, att den enskilde läkaren bör begränsa sin verksamhet till en enda specialitet, eventuellt med tillägg av en tillhörande grenspecialitet.

Möjligheten att annonsera två specialiteter inom en och samma specialitetsgrupp synes också böra finnas när det gäller specialiteterna allmän psykiatri samt oto-rhino-laryngologi. Till gruppen psykiska sjukdomar räknar vi förutom allmän psykiatri även barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri. Till gruppen öron-, näs- och halssjukdomar räknar vi förutom oto-rhino-laryngologi även audiologi samt foniatri. Eftersom specialiteterna gynekologisk radioterapi samt kvinnosjukdomar och förlossningar är besläktade bör också dessa få tillkännages tillsammans. Likaså bör specialiteten pediatrik få annonseras tillsammans med specialiteten barn- och ungdomspsykiatri. Anledningen härtill är att barnläkarna ofta handlägger barn- och ungdomspsykiatriska frågor.

Vi anser sålunda, att de specialiteter, som f. n. skulle kunna ifrågakomma som grenspecialiteter, har sådan karaktär att de bör vara självständiga specialiteter. Emellertid går utvecklingen på flera områden mot ytterligare specialisering och det kan därför i framtiden bli aktuellt att anordna sådana nya specialiteter som grenspecialiteter. Följande exempel kan härvid nämnas. Geriatrik, långvårdsmedicin och yrkesmedicin kan inrättas som grenspecialiteter inom området för allmän internmedicin; de båda förstnämnda också inom området för allmän psykiatri. Barnkardiologi och barnneurologi kan vidare inrättas som grenspecialiteter inom området för pediatrik, rehabilitering som grenspecialitet inom områdena för neurologi, ortopedisk kirurgi och allmän psykiatri samt allergologi som grenspecialitet inom områdena för allmän internmedicin, pneumologi, dermatologi och venereologi, oto-rhinolaryngologi jämte pediatrik.

Statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.) bör få till uppgift att föreslå de grenspecialiteter som motiveras av utvecklingen.

Vi föreslår följande specialitetsförteckning:

1. anestesiologi
2. barnaålderns invärtes sjukdomar eller pediatrik
3. hudsjukdomar och veneriska sjukdomar eller dermatologi och venereologi
4. invärtes sjukdomar:
   a. invärtes sjukdomar eller allmän internmedicin
   b. endokrina sjukdomar eller endokrinologi
   c. hjärtsjukdomar eller kardiologi
   d. akuta infektionssjukdomar
   e. lungsjukdomar eller pneumologi
   f. matsmältningsorganens medicinska sjukdomar eller gastroenterologi

g. medicinska njursjukdomar eller nefrologi
h. reumatiska sjukdomar eller reumatologi
5. kirurgiska sjukdomar:
a. kirurgiska sjukdomar eller allmän kirurgi
b. barnkirurgi
c. handkirurgi
d. neurokirurgi
e. ortopedisk kirurgi
f. plastikkirurgi
g. thoraxkirurgi
h. urologisk kirurgi
6. klinisk laboratorieverksamhet:
a. blodgruppsserologi och transfusionslära
b. klinisk bakteriologi
c. klinisk fysiologi
d. klinisk kemi
e. klinisk neurofysiologi
f. klinisk patologi
g. klinisk virologi
7. kvinnosjukdomar och förlossningar eller gynekologi och obstetrik
8. nervsjukdomar eller neurologi
9. psykiska sjukdomar:
a. psykiska sjukdomar eller allmän psykiatri
b. barn- och ungdomspsykiatri
c. rättspsykiatri
10. radiologi:
a. röntgendiagnostik
b. allmän radioterapi
c. gynekologisk radioterapi
11. ögonsjukdomar eller oftalmologi
12. öron-, näs- och halssjukdomar:
a. öron-, näs- och halssjukdomar eller oto-rhino-laryngologi
b. hörselrubbningar eller audiologi
c. röst- och talrubbningar eller foniatri

Vidare föreslår vi

att specialiteterna allmän internmedicin, allmän kirurgi, allmän psykiatri samt oto-rhino-laryngologi får tillkännages tillsammans med en annan specialitet tillhörande samma specialitetsgrupp,

att specialiteten kvinnosjukdomar och förlossningar får tillkännages tillsammans med specialiteten gynekologisk radioterapi samt

att specialiteten pediatrik får tillkännages tillsammans med specialiteten barn- och ungdomspsykiatri.

3.3.4. Utbildningskrav i de olika specialiteterna

Enligt det nordiska avtalsförslaget skall huvudutbildningen fullgöras inom den specialitet, vari specialistkompetens söks, och sidoutbildningen inom annan specialitet, som är av betydelse för den sökta kompetensen.

3.3.4.1. Nuvarande förhållanden

Gällande utbildningskrav i de skilda specialiteterna återfinns i bilaga 4.

3.3.4.2. Förhållandena i de nordiska länderna

Utbildningskraven i de olika specialiteterna enligt de nya specialistbehörighetsbestämmelserna i Danmark, Norge och Finland redovisas i bilaga 5.

3.3.4.3. Tidigare diskussion

Utbildningskraven enligt det av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet år 1961 utarbetade förslaget till nya specialistbehörighetsbestämmelser är publicerade i Svenska Läkartidningen 1962: *59:* 209, 424.

I motiven till det nordiska avtalsförslaget framhöll arbetsgruppen, att sidoutbildningen borde fullgöras i vissa angivna obligatoriska discipliner. Arbetsgruppen ansåg inte, att de nordiska reglerna borde innehålla bestämmelser om vilken sidoutbildning, som borde krävas för varje specialitet, utan det borde ankomma på varje land att självt bestämma härom. Den skillnad i specialistutbildningen i de olika länderna, som härigenom kunde uppkomma, ansåg arbetsgruppen inte vara större än att utbildning som fullgjorts i ett land likväl borde kunna accepteras även i de övriga länderna. Arbetsgruppens förslag

förutsatte sålunda att detaljbestämmelser om sidoutbildningen utarbetades på nationell nivå under hänsynstagande till förhållandena i de övriga länderna.

Vid remissbehandlingen av arbetsgruppens betänkande uttalade Svenska landstingsförbundet, att de särbestämmelser beträffande specialistutbildningen, som utfärdades för Sveriges del, måste ta hänsyn till de gemensamma regler som utredningen framlagt i sitt förslag till avtal och till den aktuella sjukvårdspolitiska situation och de andra förhållanden, som var rådande eller förväntades komma att bli rådande i vårt land. Förbundet fann att det i utredningen framlagda förslaget till specialistutbildning för läkare inte innehöll några moment som stred mot utvecklingen på det sjukvårdsområde, som förbundet hade anledning bevaka. Det innehöll fastmer moment av uppenbart värde för att åstadkomma en kvalitativ förbättring av denna utbildning och förbundet tillstyrkte därför att förslaget ratificerades.

3.3.4.4. Överväganden och förslag

Vårt förslag till fordringar på huvud- och sidoutbildning i varje specialitet redovisas i förslaget till kungörelse om läkares specialistbehörighet m. m. En jämförande översikt mellan dessa krav och dem som nu gäller i Danmark, Finland och Norge återfinns i bilaga 5. De föreslagna fordringarna torde böra kommenteras beträffande några specialiteter. Inledningsvis vill vi erinra om att vidareutbildningen till specialist inleds med en allmän utbildningsperiod, vari ingår dels allmänutbildning och dels nio månaders i huvudsak valfri tjänstgöring.

Inom specialitetsgruppen *invärtes sjukdomar* har föreslagits viss gemensam utbildning. Härigenom uppnås kortast möjliga utbildningstid för den som önskar förvärva kompetens i två specialiteter inom gruppen (3.3.3.4.). Sålunda ingår i utbildningskraven för samtliga specialiteter minst två års tjänstgöring vid medicinsk klinik med undantag av specialiteten akuta infektionsjukdomar, i vilken tjänstgöringen är fastställd till endast ett halvt år. I denna specialitet fordras dock tre års tjänstgöring vid infektionsklinik, vilken i viss mån kan anses utgöra en ersättning för den kortare tjänstgöringen vid medicinsk klinik. Ett halvt års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik har föreslagits för specialiteterna allmän internmedicin, endokrinologi och kardiologi. För de övriga i gruppen ingående specialiteterna har vi ansett den föreslagna sidoutbildningen mera angelägen än tjänstgöring vid psykiatrisk klinik.

Beträffande gruppen *kirurgiska sjukdomar* har vi för alla specialiteter utom neurokirurgi föreslagit en gemensam basutbildning i allmän kirurgi om två år för att bl. a. tillgodose önskemålet om en större integration mellan de kirurgiska specialiteterna. För specialiteten handkirurgi får dock upp till ett år av denna tid fullgöras vid ortopedisk, ortopedisk-kirurgisk eller plastikkirurgisk klinik.

För *specialiteter med betydande operativ verksamhet,* dvs. specialiteterna inom gruppen kirurgiska sjukdomar samt specialiteterna gynekologi och obstetrik samt oto-rhino-laryngologi, har vi ansett det nödvändigt med obligatorisk sidoutbildning i anestesiologi. Även i fortsättningen kommer nämligen anestesier ofta att ges under överinseende av den opererande läkaren, eftersom anestesiolog ej kommer att kunna närvara vid varje operation. Ett visst ansvar för anestesin kommer i sådant fall att åvila operatören, som därför måste kunna ingripa vid eventuella komplikationer. Vi anser att en läkare under

sex månaders tjänstgöring vid anestesiavdelning bör kunna förvärva tillräcklig erfarenhet för att vara i stånd att bemästra de vanligaste akuta anestesikomplikationerna.

Beträffande specialiteterna *klinisk bakteriologi* och *klinisk virologi* bör, efter prövning av statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.), tjänstgöring vid vissa speciallaboratorier få tillgodoräknas såsom huvudutbildning.

Svenska patologförbundet har förordat sex månaders tjänstgöring vid klinisk-cytologiskt laboratorium som obligatorisk utbildning i specialiteten *klinisk patologi*. För närvarande finns dock inte tillräckligt många utbildningsplatser vid dessa laboratorier. Vi har därför ej ansett oss kunna föreslå att ett sådant krav införs. Eftersom kliniskcytologiskt laboratorium är att anse som patologisk specialavdelning, bör dock tjänstgöring vid sådant laboratorium intill en tid av ett år få tillgodoräknas som huvudutbildning i klinisk patologi.

I sidoutbildningen för specialiteterna *allmän psykiatri* och *rättspsykiatri* ingår enligt våra förslag ett halvt års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik. Om ett stort antal psykiatrer snabbt behöver utbildas, kan brist på utbildningsplatser vid neurologiska och neurokirurgiska kliniker tänkas uppkomma. Vid sådant förhållande bör i enlighet med våra förslag i avsnittet 3.5.8.3. statens nämnd för läkares vidareutbildning kunna anordna särskilda kurser i neurologi som ersättning för tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik.

Svenska radiologförbundet har uttalat att sex månaders tjänstgöring vid gynekologisk avdelning av radioterapeutisk klinik obligatoriskt bör ingå i sidoutbildningen för specialiteten *allmän radioterapi*. Förslaget synes oss inte tillräckligt motiverat på grund av den gynekologiska radioterapins speciella karaktär.

Vi föreslår att utbildningen i de skilda specialiteterna skall omfatta de tjänstgöringar, som anges i förslaget till kungörelse om läkares specialistbehörighet m. m.

3.3.5. Undervisning och studier

Enligt det nordiska avtalsförslaget skall tjänstgöring vid sjukhus av kategori I (3.5.2.) kombineras med på lämpligt sätt anordnad systematisk undervisning.

3.3.5.1. Nuvarande förhållanden

Som framgår av avsnittet 1.3.2.1. ingår ingen systematisk undervisning i nuvarande specialistutbildning. Däremot anordnas frivilliga vidareutbildningskurser samt viss annan utbildning (1.3.2.3.).

3.3.5.2. Förhållandena i de nordiska länderna

I *Danmark* krävs att den blivande specialisten under ett år av huvudutbildningen varit anställd på en s. k. undervisningstjänst vid avdelning, som ensam eller i samarbete med andra avdelningar (institutioner) genomför ett av sundhedsstyrelsen godkänt undervisningsprogram, samt att anställningen varit kontinuerlig. I vissa specialiteter fordras dock mer än ett års anställning på undervisningstjänst; tiden uppgår maximalt till två år. I dessa fall är den kontinuerliga anställningen uppdelad i perioder om ett halvt år, som skall fullgöras vid olika avdelningar eller grupper av avdelningar. Vidare fordras att läkaren samtidigt med anställningen på undervisningstjänst deltar i anordnad undervisning. Detta krav gäller dock inte i specialiteter, vari årligen utbildas ett litet antal läkare. I dessa specialiteter får läkarna delta i under-

visningen utan att de samtidigt är anställda på undervisningstjänst.

Undervisningen i de olika specialiteterna omfattar sammanlagt 120 timmar och är organiserad på följande sätt. I vissa specialiteter sker undervisningen helt vid de s. k. undervisningsavdelningarna, som själva ombesörjer undervisningen med biträde av tillkallade lärarkrafter. I andra specialiteter är undervisningen vid sådan avdelning kombinerad, vilket innebär att läkaren samtidigt med anställningen på undervisningstjänst under ett begränsat antal timmar deltar i kurser som arrangeras utanför avdelningen. I specialiteter med ett litet årligt antal utbildningssökande läkare hålls vart annat eller vart tredje år kurser, som är öppna för läkare som är eller varit anställda på undervisningstjänst. Dessa och övriga i undervisningen ingående kurser är som regel centraliserade till Köpenhamn men i enstaka fall till Århus. Kurserna är antingen weekend-kurser eller uppdelade på enstaka timmar och omfattar mellan åtta och tolv deltagare.

Undervisningen organiseras av de olika specialistföreningarna och administreras av dessa i samarbete med de särskilda undervisningsavdelningarna.

De läkare, som deltar i centraliserade kurser, erhåller traktamentsersättning och i förekommande fall reseersättning. I undervisningen medverkande lärare uppbär särskild ersättning.

Specialistnämnden har bestämt att undervisningsprogrammen skall omfatta följande.

1. Övervakad undersökning och behandling av patienter på vårdavdelning och eventuellt på poliklinik, t. ex. så att reservelægen upprättar undersöknings- och behandlingsprogram för ett begränsat antal av avdelningens patienter.

2. Deltagande i konferenser, som förutom rutinkonferenser om patientbehandling bör omfatta litteraturmöten och konferenser om vederbörande avdelnings löpande forskning.

3. Systematisk undervisning under 60 timmar per halvår med undantag av sommarmånaderna. Undervisningen skall avse både teoretiska och kliniska ämnen. Det skall finnas ett program, som anger undervisningens fördelning på timmar. En lämplig balans mellan teori och klinik bör eftersträvas. Vidare bör ett mindre antal ämneskretsar behandlas grundligt och varje ämneskrets samlat.

4. Träning i användandet av medicinsk litteratur, vari ingår att reservelægen bör visa sin färdighet på området genom att utarbeta en översikt på grundval av litteraturstudier.

I *Finland* är den systematiska undervisningen under förberedelse.

I *Norge* fordras att sjukhus eller sjukhusavdelningar tillhörande kategori I har ett löpande, av läkarföreningens centralstyrelse godkänt undervisningsprogram. Detta krav har emellertid ännu inte trätt i kraft. Vidare har centralstyrelsen befogenhet att i samråd med specialistkommittéerna och de medicinska fakulteterna bestämma att i utbildningen för specialiteter, där så anses nödvändigt eller ändamålsenligt, skall ingå krav på deltagande i obligatoriska kurser.

3.3.5.3. Tidigare diskussion

Den nordiska arbetsgruppen fann det vara viktigt, att sjukhustjänstgöringen under vidareutbildningen till specialist kompletterades med systematisk undervisning och studier. Härom anförde arbetsgruppen följande.

Redan nu meddelas på de flesta sjukhus undervisning i form av dagliga konferenser inom de olika specialiteterna och i förekommande fall överläggningar med företrädare för andra specialiteter. Denna form av undervisning bör stimuleras och ges ökad betydelse vid alla sjukhus, där vidareutbildning äger rum. Emellertid kan sjukhustjänstgöringen med endast denna form av undervisning icke anses ge tillräckliga garantier för att erforderlig kom-

petens uppnås. Systematisk undervisning bör därför införas. — Huvudinnehållet i den systematiska undervisningen bör vara av klinisk-vetenskaplig art men de aspekter, som de teoretiska medicinska disciplinerna erbjuder, bör inbyggas i undervisningen genom deltagande i lämplig utsträckning av lärare från dessa ämnesområden. — Den systematiska undervisningen bör såvitt möjligt meddelas under vidareutbildningen vid sjukhusen av kategori I och dessa sjukhus bör för ändamålet förses med tillräckliga resurser i form av lärare, laboratorier och biblioteksservice. I den mån akademiska lärare deltager i undervisningen bör denna tjänstgöring få ingå i deras undervisningsskyldighet. Även för dem, som tjänstgör vid vidareutbildningssjukhus av kategori II, bör det skapas möjligheter att deltaga i undervisningen. — På vilket sätt den systematiska undervisningen bör organiseras är beroende på såväl de lokala förhållandena som de olika specialområdena. För att tillgodose de kliniskt-vetenskapliga aspekterna är det dock nödvändigt att undervisningen knytes till sjukhus, som i erforderlig utsträckning har tillgång till lärare, patientmaterial och servicespecialiteter samt resurser för teoretisk undervisning. — Undervisningen i vad avser de kliniskt-vetenskapliga aspekterna inom vederbörande specialitet bör i väsentlig grad kunna meddelas av läkare, anställda vid sjukhusen ifråga. Däremot bör undervisningen såvitt gäller de medicinskt-teoretiska disciplinerna äga rum i nära anslutning till vetenskapliga institutioner. Det torde bli erforderligt att ordna denna undervisning och sådan, som avser särskilda undersökingsmetoder eller specialområden inom specialiteten, gruppvis för flera specialiteter eller sjukhus och meddela undervisningen i form av kurser eller reguljär undervisning. — Det bör övervägas, om icke kurser i de olika ämnena eller i varje fall vissa av dem skulle kunna göras i nordisk regi och cirkulera mellan ländernas undervisnings- och centralsjukhus, i synnerhet när fråga är om starkt specialiserade fackområden, som endast sökes av få blivande specialister, och där högt kvalificerade utbildningscentra endast finnes i ett eller två av de nordiska länderna. — Det bör ankomma på staten och sjukhushuvudmännen att vidta sådana åtgärder, att ifrågavarande undervisning göres möjlig. Härvid bör bl. a. beaktas behovet av särskilda lärartjänster eller lärararvoden och de speciella undervisningsanordningar som kan bli erforderliga liksom att staten och sjukhushuvudmännen bör ställa sig välvilliga till ansökan om ledighet med lön och vikarie, när utbildningssökande lärare önskar deltaga i undervisningen. — Det skisserade undervisningssystemet bör kunna organiseras antingen av regeringarna genom deras medicinalstyrelser (motsvarande) eller de akademiska läroanstalterna eller de vetenskapliga specialistföreningarna eller av samtliga dessa instanser i samråd. Varje land bör avgöra vilken organisation som är den lämpligaste. En viss instans bör dock ha ansvaret för organisationen av utbildningen, och denna instans bör få erforderliga resurser för ändamålet.

Remissmyndigheterna hälsade med tillfredsställelse förslaget om införande av systematisk undervisning. I flertalet yttranden underströks att undervisningen krävde ökade undervisningsresurser, i första hand lärare. Medicinalstyrelsen anförde att sådan undervisning borde innefatta såväl en kontinuerlig undervisning med anknytning till sjukvårdsarbetet (sjukhuskonferenser, undervisningsronder, lokala kurser etc.) som kongresser och fackmöten eller korta kurser av rikskaraktär eller nordisk karaktär. För vissa moment av undervisningen kunde det därvid bli nödvändigt med en försöksverksamhet, innefattande jämväl nya undervisningsmetoder. Givetvis borde alla resurser inom undervisningsområdet i görligaste mån samordnas. En systematisk undervisning under specialistutbildningen skulle komma att ställa stora krav ej endast på tillräckligt antal lärare och andra resurser utan även på den praktiska sjukvården och sjukvårdshuvudmännen. Universitetskanslersämbetet utgick ifrån att den systematiska undervisningen i huvudsak skulle meddelas vid undervisningssjukhusen. Endast där, ansåg ämbetet, torde finnas de kvalificerade lärare, som skulle kunna ge utbildning av klinisk-vetenskaplig art samt ge de medicinskt teoretiska aspekter, som erford-

rades. Ett realiserande av förslaget torde enligt ämbetet förutsätta en förstärkning av de medicinska fakulteternas lärarresurser. Ansvaret för organisationen av den systematiska undervisningen borde vidare enligt ämbetet helt läggas på universitetsmyndigheterna. Medicinska fakulteten i Uppsala och Sveriges läkarförbund ville att en försöksverksamhet på området skulle igångsättas. Medicinska fakulteten i Lund betonade också behovet av större laboratorier, förbättrad biblioteksservice och flera undervisningslokaler. De nuvarande undervisningssjukhusen var enligt fakulteten mest lämpade som centraler för undervisningen, som borde kunna samordnas av en kommitté knuten till universitetskanslersämbetet. Medicinska fakulteten vid karolinska institutet framhöll att man torde böra räkna med att en genomgång av hela kunskapsstoffet för de olika specialiteterna måste ske på ett år, eftersom flertalet blivande specialister inte kunde beredas plats vid universitetssjukhus under längre tid. Svenska stadsförbundet ville kraftigt understryka att anordnande av speciell vidareutbildning av läkare vid kommunala sjukhus var en förhandlingsfråga mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Därvid framhöll förbundet att sjukvårdshuvudmännen ansåg att vidareutbildning av läkare var en statlig angelägenhet.

I en vid det andra nordiska medicinska undervisningsmötet i Göteborg (oktober 1966) antagen resolution behandlades frågan om systematisk undervisning. I resolutionen framhölls bl. a. följande.

Specialistutbildningens utformning har i de skandinaviska länderna av gammalt präglats av en nära anknytning av denna utbildning till praktiskt kliniskt arbete. Handledning av erfarna lärare på olika nivåer under läkarens tjänstgöring måste även i framtiden bli det väsentliga inslaget i vidareutbildningen med syfte att även inprägla ett vetenskapligt tänkesätt. Den medicinska vetenskapens snabba utveckling och de resulterande tekniskt komplicerade undersöknings- och behandlingsmetoderna kräver nu en komplettering med en systematisk undervisning. Denna kan ges som relativt korta, koncentrerade kurser, av vilka de blivande specialisterna bör genomgå ett visst antal under sin vidareutbildning. Förutom kursverksamheten ankommer det på de olika undervisningscentra att anordna planmässigt uppbyggda, löpande serier av föreläsningar, demonstrationer och seminarier, till vilka läkarna i en ort eller ett större område kan samlas. Dessa två former av systematisk undervisning kompletterar varandra. Vidare bör övriga undervisningstillfällen (sjukhus- eller klinikkonferenser, staff-meetings, institutionsmöten, läkarföreningarnas föreläsningsserier, gästföreläsningar) utnyttjas genom en samordning med övrig undervisning inom vidareutbildningens ram. — Undervisningen bör gå utöver den kurativa medicinens sfär för att omfatta också förebyggande och hälsovårdande åtgärder. Vidareutbildningen kan bl. a. därigenom bidraga att skapa förståelse för samhälleliga och mänskliga problem i den medicinska verksamheten.

3.3.5.4. Överväganden och förslag

I detta avsnitt kommer vi att framlägga förslag om systematisk undervisning. Det synes oss lämpligt uppdela de olika typer av undervisning och studier, som ingår i den fortsatta medicinska utbildningen, på följande sätt:

a) undervisning och handledning under arbetet i sjukvården,

b) systematiska kurser och självstudier samt

c) övrig informations-, undervisnings- och studieverksamhet.

a) Undervisning och handledning under arbetet i sjukvården

Härmed avser vi den dagliga tillsyn, handledning och kontroll, som varje överordnad sjukhusläkare normalt utövar beträffande sina underordnade läkare. Härutöver bör vid alla sjukhus av

kategori I och II anordnas regelbundna konferenser och möten för dels läkare inom kliniken (t. ex. diskussioner av aktuella fall samt behandlingsprinciper, redogörelser för efterundersökningar och litteraturgenomgångar), dels läkare vid två eller flera kliniker eller avdelningar (t. ex. diagnostiska ronder) och dels läkare verksamma inom hela sjukhuset och dess upptagningsområde.

b) Systematiska kurser och självstudier

Av skäl som i det följande anges bör den systematiska undervisningen under specialistutbildningen organiseras som dels planlagda självstudier och dels ett antal korta heltidskurser, förlagda till sådana sjukhus som har tillräckliga resurser härför. Kurserna bör avslutas med kunskapskontroll (3.3.6.). Enligt våra förslag i avsnittet 3.5.2.4. bör undervisningssjukhusen och i princip ett s. k. centrallasarett i varje sjukvårdsområde klassificeras som kategori I. Detta innebär dock inte att resurserna för systematisk undervisning förutsätts vara lika stora vid alla sjukhus av denna kategori. Läkarstaberna vid de skilda sjukhusen kommer nämligen att variera i fråga om storlek och sammansättning samt därmed också tillgången på kvalificerade lärare för undervisningen. Vidare kommer sjukhusen inte att vara lika välutrustade i fråga om lokaler, laboratorier, biblioteksservice och tekniska hjälpmedel för undervisning. De av oss ställda kraven på kategori I-sjukhus innebär att dessa sjukhus visserligen kommer att ha tillfredsställande resurser för den tidigare nämnda undervisningen och handledningen under arbetet i sjukvården men inte för den systematiska undervisningen. För att bereda alla blivande specialister inom de olika specialiteterna likvärdig undervisning torde det därför vara lämpligt att den systematiska undervisningen ges i form av kurser, som förläggs till sjukhus med för ändamålet erforderliga resurser, företrädesvis undervisningssjukhus.

Den systematiska undervisningens volym diskuterades inte av den nordiska arbetsgruppen. Enligt vår mening är det i och för sig inte heller mängden av undervisning i olika former, som är helt avgörande för bedömningen av vidareutbildningen, utan vilket kunskaps- och erfarenhetsmässigt resultat som erhålls av den samlade, av teori och praktik bestående läkarutbildningen. Här spelar kunskapsprövningen en viktig roll.

I Danmark har som en allmän riktlinje undervisningens omfattning fastställts till 120 timmar för varje blivande specialist. Denna undervisningsvolym beräknad som föreläsningar anser vi tills vidare vara rimlig. Undervisningen bör avse de väsentligaste delarna av respektive ämnen och fördelas på ett bestämt antal kurser, som var och en omfattar ett visst antal timmar. De läkare, som antas till en kurs, bör förbereda sig genom självstudier enligt anvisningar och delvis med studiematerial från kursledningen. Det måste nämligen understrykas, att den kursbundna undervisningen framför allt måste bygga på läkarnas självverksamhet. Kurserna riktar in studierna och innebär bl. a. avancerad tillämpning, genomgång av viktiga nyheter m. m. För att tid skall finnas för demonstrationer, praktiska övningar och självstudier bör det dagliga antalet föreläsningar ej vara för stort. Undervisningens former bör vara utbytbara enligt de regler som gäller vid universiteten. Föreläsningstimmar bör således kunna ersättas av annan bunden undervisning i form av demonstrationer och praktiska övningar. Dessutom bör tid beräknas för enskilda förberedelser och grupparbete. Slutligen måste tid för kunskapskontroll avsättas.

Eftersom de som deltar i den kurs-

bundna systematiska undervisningen måste vara lediga från sina sjukhustjänster, torde det med hänsyn till sjukvården inte vara lämpligt att kurserna pågår under längre tid än högst en vecka. Om undervisningen beräknas motsvara fyra till fem föreläsningar per dag, kommer under en femdagarskurs att meddelas 20 till 25 timmar föreläsningar eller därmed jämförbar undervisning. För undervisning motsvarande 120 föreläsningstimmar krävs sålunda sex veckolånga kurser eller, om kurserna är av kortare längd, ett större antal kurser.

Antalet deltagare per kurs måste avpassas så att demonstrationer och praktiska övningar kan äga rum. Antalet bör därför i allmänhet inte överstiga 25. Det torde också vara ändamålsenligt att lägga upp kurserna på olika sätt beroende på undervisningens innehåll. Bindande regler bör därför inte uppställas i detta avseende.

c) Övrig informations-, undervisnings- och studieverksamhet

I syfte att vidmakthålla och fördjupa sin yrkesskicklighet och förvärva kunskap om nya vetenskapliga, tekniska och praktiska framsteg inom medicinen bedriver många läkare omfattande självstudier. Viss informations- och undervisningsverksamhet äger rum i regi av bl. a. läkarsammanslutningar. Verksamheten, som delvis stöds av statliga och kommunala myndigheter, omfattar bl. a. föreläsningar eller föreläsningsserier, speciella kurser med vetenskaplig eller praktisk inriktning, kongresser och möten för vetenskapliga förhandlingar samt studieresor. Denna aktivitet är av mycket stor betydelse och bör därför utvidgas, bl. a. genom att man i högre grad än hittills använder moderna kommunikations- och undervisningsmetoder. Härför fordras dock ett ökat stöd från samhällets sida.

Under senare år har vidareutbildningskurser hållits på de skilda universitetsorterna. De har varit organiserade på olika sätt. Vissa lokala kurser har ägt rum i form av kvällsföreläsningar varje vecka under en större eller mindre del av terminen. Andra kurser har varit öppna för deltagare från hela landet och omfattat en vecka eller ett veckoslut. Kurserna har också haft olika syften. Vissa av dem har varit mycket starkt specialiserade och skulle ej utan vidare kunna inpassas i den tidigare diskuterade kursbundna undervisningen för specialister. Sådana kurser är dock även i fortsättningen nödvändiga för medicinens utveckling och medel bör därför beräknas för dessa.

Vi föreslår sålunda att varje blivande specialist under huvudutbildningen skall genomgå systematisk undervisning i en omfattning som bör motsvara ca 120 timmar föreläsningar. Undervisningen skall fördelas på ett visst antal kurser, som tillsammans motsvarar sex veckolånga kurser. Antalet kursdeltagare bör i allmänhet ej överstiga 25 per kurs. Kurserna skall förberedas genom självstudier enligt anvisningar från kursledningen och undervisningen bör avse de väsentligaste delarna av respektive ämnen. Förutom föreläsningar bör demonstrationer och praktiska övningar äga rum under kurserna. Vi föreslår vidare, att statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.) skall administrera den systematiska undervisningen.

3.3.6. Kunskapskontroll

Enligt det nordiska avtalsförslaget skall prövning i någon form ha skett av att den, som erhåller specialistkompetens, förvärvat för ändamålet erforderliga kunskaper.

3.3.6.1. Nuvarande förhållanden

Ingen kunskapsprövning fordras enligt

nu gällande specialistbehörighetsbestämmelser (1.3.2.1.).

3.3.6.2. Förhållandena i de nordiska länderna

I avsnittet 1.4.2.1. har vi redogjort för de nya i Danmark, Finland och Norge meddelade specialistbestämmelserna.

Av redogörelsen framgår att inget kunskapsprov förekommer i Danmark men att sådant krävs enligt de finska och norska reglerna. Det bör dock observeras att bestämmelsen om specialistprov ännu inte trätt i kraft i Norge.

Vad gäller den i Finland tillämpade ordningen vill vi utöver vad som framgår av redogörelsen lämna följande upplysningar. Fr. o. m. den 1 januari 1962 fordras för erhållande av specialiserättigheter, att vederbörande avlagt godkänd specialistexamen. Sådan äger rum tre gånger om året i Helsingfors, två under vårterminen och en under höstterminen. Prövningen är skriftlig och får genomgås tidigast under specialistutbildningens sista år. En särskild nämnd utarbetar i provet ingående frågor samt bedömer svaren å dessa. Nämnden kan påfordra att det skriftliga provet kompletteras med muntligt förhör. Den, som avlagt godkänd examen, erhåller betyg häröver. I nämnden ingår som ledamöter f. n. två till tre lärare — professorer eller docenter inom respektive fack. I praktiken utarbetar två examinatorer frågorna och bedömer de avgivna svaren. Examinatorerna representerar i växlande kombinationer skilda universitet. Examinatorerna ersätts för sin medverkan genom att varje examinand har att erlägga 20 mark till varje examinator, vartill i förekommande fall kommer stämpelavgift om 15 mark för betyget. Den obligatoriska utgiften för examinanden är sålunda 55 mark. Under åren 1964—1966 deltog 106, 133 respektive 139 läkare i examen, varav 8, 14 och 22 blev underkända.

För några specialområden, t. ex. barnsjukdomar och radiologi, har kraven för att få avlägga specialistexamen publicerats. På området för barnsjukdomar har t. ex. fordrats:

1. studium av någon av de mera omfattande läroböckerna i pediatrik;
2. att under 3 år tagit del av innehållet i
   a) två av följande internationella periodiska publikationer i pediatrik, varav en tysk och en engelsk, nämligen Pediatrics, Journal of Pediatrics, American Journal of Diseases of Children, Archives of Disease in Childhood, Archiv für Kinderheilkunde, Monatschrift für Kinderheilkunde och Zeitschrift für Kinderheilkunde,
   b) Annales Paediatriae Fenniae och Acta Paediatrican,
   c) tidskriften Duodecim samt
   d) Yearbook of Pediatrics.

På området för radiologi har krävts:

1. studium av
   a) Schinz-Baensch-Uhlinger; Lehrbuch d. Röntgendiagnostik (med kompletterande delar) eller alternativt Chanks — Kerley: Text-Book of X-Ray Diagnosis,
   b) Janker-Rossmann: Grundriss d. Röntgentherapie, Springer-Verlag, Fuchs: Röntgentherapie, Urban & Schwarzenberg, samt Quimby: Safe Handling of Radioactive Isotopes in Medical Practice, New York 1960;
2. att under 3 år tagit del av innehållet i följande tidskrifter, nämligen Fortschritte a.d. Geb. d. Röntgenstr., Acta radiologica, British Journal of Radiology samt Radiology.

3.3.6.3. Tidigare diskussion

Enligt de av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet år 1961 föreslagna specialistbehörighetsbestämmelserna skulle läkaren efter avslutad utbildning genomgå särskild kunskapsprövning. Nämnden framhöll att kravet på kunskapsprövning framkommit mot bakgrunden av det varierande värdet av de praktiska sjukhustjänstgöringarna

samt nödvändigheten av att avstå från universitetsklinisk tjänstgöring på grund av otillräckligt antal utbildningstjänster. Den tidigare principen med enbart hopsummering av olika sjukhustjänstgöringar för vinnande av specialistkompetens innefattade enligt nämndens mening inte tillräcklig garanti för att vederbörande tillägnat sig nödvändiga kunskaper. Kunskapsprövningen borde, ansåg nämnden, anförtros åt undervisningsmyndigheterna. Den egentliga examinationen av blivande specialister var en fråga, som intimt sammanhängde med läkarutbildningen över huvud taget och med den vidareutbildning för specialister, vilken nämnden fann påkallad och som naturligen borde knytas till undervisningssjukhusen. Vid dessa stod erfarna examinatorer till förfogande och dessa kunde förutsättas disponera ett tillräckligt kliniskt material för den praktiska prövningen. Nämnden förordade därför i princip att för varje medicinsk fakultet eller högskola och för varje specialitet skulle av universitetskanslern utses helst två specialistexaminatorer att för en period om fyra år gemensamt förrätta kunskapsprövningen. Det syntes nämnden böra ankomma på kanslern att närmare utforma denna kunskapskontroll. Åt kanslersämbetet borde vidare överlämnas den inom nämnden väckta frågan på vad sätt en likformighet i bedömningen av de specialistsökande skulle kunna åstadkommas. Över genomgången godkänd prövning skulle intyg utfärdas. Kunskapsprövningen borde i princip omfatta alla blivande specialister. Dispensmöjligheter borde dock föreligga för särskilt kvalificerade, t. ex. då vederbörande på tillfredsställande sätt dokumenterat sig genom vetenskapliga arbeten eller lärarverksamhet inom disciplinen. Denna dispensrätt borde ligga hos nämnden, där ärendet slutgiltigt skulle avgöras. Specialistexaminatorerna förutsattes komma att erhålla ekonomisk gottgörelse för uppdraget att medverka i kunskapsprövningen. De blivande specialisternas deltagande i kostnaderna för denna verksamhet genom en särskild examensavgift kunde enligt nämnden diskuteras.

Vid remissbehandlingen av nämndens förslag framhöll universitetskanslern, att han på grundval av den föreliggande utredningen inte var beredd att ta ställning till frågan om kunskapsprövning borde anordnas eller på vad sätt en dylik prövning lämpligen borde utformas och organisatoriskt genomföras. Den av nämnden föreslagna organisatoriska utformningen ansåg han sig dock inte kunna tillstyrka. De medicinska läroanstalterna tillstyrkte att kunskapskontroll skulle införas. Vad gällde formerna för prövningen ansåg medicinska fakulteten i Uppsala att det fordrades enhetlighet beträffande kunskapskraven inom varje specialitet och likvärdighet mellan de olika specialiteterna samt en god säkerhet hos de använda prövningsmetoderna. För detta ändamål borde man för flertalet specialiteter organisera examinationen med för riket gemensamma kommittéer. Lärarkollegiet vid medicinska högskolan i Umeå ifrågasatte om inte en central, för riket gemensam examinationskommitté skulle tillförsäkra en större enhetlighet i bedömningen än vad systemet med regionala examinatorer tillät. Svenska landstingsförbundet ställde sig mycket tveksamt till förslaget om kunskapskontroll och Svenska stadsförbundet ansåg förslaget ej påkallat.

I en vid det första nordiska undervisningsmötet i Helsingfors (februari 1964) antagen resolution uttalades, att de medicinska fakulteterna och högskolorna hade en väsentlig och växande uppgift att fylla inom vidareutbildningen och

att läroanstalterna således borde påta sig en huvudroll vid planläggningen och genomförandet av denna utbildnings teoretiska och vetenskapliga del samt att deras lärare också borde biträda vid den nödvändiga prövningen av utbildningsresultaten inom de skilda specialiteterna.

Den nordiska arbetsgruppen uttalade i sitt betänkande, att det var önskvärt att någon form av prövning av den vidareutbildade läkarens kvalifikationer skedde. Detta för att säkerhet skulle erhållas att den blivande specialisten förvärvat erforderliga kunskaper. Skäl syntes enligt arbetsgruppen ej föreligga att framlägga närmare förslag beträffande formerna för kunskapsprövningen, i den mån sådan kom till stånd i de olika länderna. Det i Finland anordnade prövningsförfarandet ansåg arbetsgruppen dock motsvara de krav, som borde uppställas, och kunna tjäna till vägledning vid införande av examination i övriga länder.

Remissinstanserna accepterade med tillfredsställelse arbetsgruppens förslag om kunskapsprövning. Universitetskanslersämbetet fann det naturligt, att lärarna vid de medicinska fakulteterna medverkade häri. Universitetsmyndigheterna borde därför få tillfälle att delta i organisationen av kunskapskontrollen. Medicinska fakulteten i Uppsala framhöll, att en absolut förutsättning för att specialistexamen skulle accepteras var att examinationsproceduren gjordes rättvisande och rimlig och allsidigt belyste alla de sidor av en läkares kunskaper och färdigheter som behövdes för specialistverksamheten. Medicinska fakulteten i Lund föreslog att kunskapsprövningen skulle bli en nationell angelägenhet. Den borde enligt fakulteten kunna skötas av en nämnd inom varje specialitet.

I en vid det andra nordiska undervisningsmötet i Göteborg (oktober 1966) antagen resolution hette det att inom vidareutbildningen till specialist en kunskapskontroll i någon form syntes nödvändig, antingen ansluten till den systematiska undervisningens kurser eller förlagd i vidareutbildningens slutfas eller som en kombination av båda dessa möjligheter. Den kunskapskontroll som prövades i Finland kunde, sades det, ge vägledning för ytterligare försök.

3.3.6.4. Överväganden och förslag

Vi ansluter oss till den nordiska arbetsgruppens uppfattning att prövning i någon form bör ske av den vidareutbildade läkarens kvalifikationer. Målsättningen för en sådan prövning bör vara att bedöma, om läkarens kunskaper är tillräckliga för hans verksamhet som specialist. Något behov av en betygsgraderad kunskapskontroll torde således inte föreligga. I bilaga 3 diskuterar vår expert, professorn Gunnar Ström, olika former för specialistexamination med utgångspunkt från förhållandena i USA. Flera alternativ kan således ställas upp, t. ex. ett flertal mindre examinationer i anslutning till de i avsnittet 3.3.5.4. föreslagna kurserna eller en enda avgörande examination, som skulle tillåta läkare att klara specialistexamen helt på grundval av självstudier och praktisk sjukhusverksamhet utan deltagande i de föreslagna kurserna. Som ytterligare alternativ nämns ett specialsystem för vetenskapligt särskilt kvalificerade läkare (t. ex. lärare vid undervisningssjukhus).

Eftersom vi föreslår att den systematiska undervisningen skall ges i form av kurser, synes det lämpligt att kunskapskontroller organiseras i anslutning till kurserna. Kursledaren bör svara för kunskapskontrollen i anslutning till kursen men det bör åvila statens nämnd för

läkares vidareutbildning (3.5.8.3.) att tillse att största möjliga enhetlighet beträffande kunskapskraven kommer att råda både mellan de olika kurserna i samma specialitet och mellan kurserna i olika specialiteter.

För att kontrollsystemet skall få önskvärd flexibilitet bör dispensmöjligheter finnas, t. ex. i de fall då en läkares skicklighet inom den aktuella specialiteten är otvetydig och minst likvärdig med den, vartill utbildningsbestämmelserna syftar, men då han av särskilda skäl varit förhindrad att delta i alla kurser som fordras i specialiteten.

Vi har i avsnittet 3.3.5.4. framhållit, att undervisningen jämte självstudierna bör omfatta de väsentligaste delarna av respektive ämne. Om så sker bör även kunskapskontrollen i form av förhör i anslutning till kurserna kunna innefatta de viktigaste ämnesavsnitten. Det torde därför inte vara nödvändigt att dessutom anordna en samlad examination som krav för specialistbehörighet. Vi anser det önskvärt, att alla blivande specialister genomgår de föreslagna kurserna, och föreslår därför ej alternativet att en enda stor examination skulle ersätta kursförhören.

I detta sammanhang vill vi erinra om att vi i avsnittet 3.2.3. föreslagit att en ny medicinsk examen — läkarexamen — skall avläggas efter allmänutbildningen vid medicinsk och kirurgisk klinik. Denna examen kan sägas inleda den egentliga specialistutbildningen och innebär en garanti för att den blivande specialisten vid sin fortsatta läkartjänstgöring har tillfredsställande grundkunskaper i dessa ämnen. Kombinationen av läkarexamen och förhör i anslutning till föreskrivna kurser torde innebära tillräcklig säkerhet för att specialisten förvärvat erforderliga kunskaper.

Vi föreslår att den, som erhåller specialistkompetens, skall ha nöjaktigt genomgått kunskapskontroll och att denna sker i anslutning till de kurser, som enligt bestämmande av statens nämnd för läkares vidareutbildning ingår i de olika specialiteterna. Vi föreslår vidare att kunskapskontrollen sker genom kursledarens försorg.

3.4. Utbildning för allmän praktik

Den nordiska arbetsgruppen framhöll i sitt betänkande, att läkarutbildningens terminologiska uppdelning i grundutbildning, vidareutbildning och efterutbildning hade bl. a. den fördelen, att i den kunde infogas regler också för utbildningen av en läkare, som skulle handha allmän praktik. Om en särskild regel för allmänläkares utbildning skulle formuleras i något land, kunde den enligt arbetsgruppen utformas som en regel för rättighet att bedriva allmän praktik under eget ansvar. Därmed undgicks svårigheten att fixera allmänpraktiken som en form av specialistverksamhet.

3.4.1. Nuvarande förhållanden

Avlagd medicine licentiatexamen berättigar till legitimation. Denna innebär en permanent och oinskränkt behörighet att utöva läkaryrket.

Sveriges läkarförbunds fullmäktige har den 28 maj och 11 december 1960 antagit interkollegiala bestämmelser angående vidareutbildning för läkare. För vinnande av allmänpraktikerkompetens fordras enligt bestämmelserna följande utbildning, nämligen

ett års tjänstgöring vid allmän medicinsk avdelning,

ett halvt års tjänstgöring vid allmän kirurgisk avdelning eller odelat lasarett,

ett halvt års tjänstgöring vid psykiatrisk avdelning eller mentalsjukhus,

ett års tjänstgöring vid avdelning för sluten vård.

3.4.2. Förhållandena i andra länder

Särskild utbildning för allmän praktik utöver den, som krävs för erhållande av fullständig legitimation, förekommer varken i Danmark, Finland eller Norge.

I *Danmark* har emellertid en av de läkarvetenskapliga fakulteterna tillsatt kommitté i ett betänkande om läkarutbildningen (se Ugeskrift for læger 1965, nr 3 B) behandlat frågan om vidareutbildning till allmän praktik. Målsättningen för denna utbildning anges vara att ge den kandidat, som avser att öppna egen praktik, en teoretisk och praktisk utbildning, som med ämbetsexamen som grund gör honom fullt kvalificerad till självständig verksamhet som läkare. Som krav för auktorisation som självständigt praktiserande läkare föreslås i huvudsak följande utbildning och undervisning:

I. En tvåårig klinisk utbildning i följande ämnen:
   1. *Invärtesmedicin.* Minst sex månaders tjänstgöring som reservelæge på centralsjukhus eller delat sjukhus.
   2. *Kirurgi.* Minst tre månaders tjänstgöring som reservelæge på centralsjukhus eller delat sjukhus.
   3. *Psykiatri.* Minst tre månaders tjänstgöring på psykiatrisk mottagningsavdelning eller mentalsjukhus.
   4. *Gynekologi och obstetrik.* Minst två månaders tjänstgöring som reservelæge på gynekologisk-obstetrisk specialavdelning.
   5. *Annan klinisk tjänstgöring.* Utöver minimiutbildningen på sammanlagt 14 månader i de ämnen som tidigare nämnts krävs ytterligare tio månaders klinisk tjänstgöring på en eller flera valfria sjukhusavdelningar; det är önskvärt att i varje fall en del av tjänstgöringen äger rum på specialavdelning för barnsjukdomar, hud- och könssjukdomar, neurologi, ögonsjukdomar eller öron-, näs- och halssjukdomar eller som assistent hos allmänt praktiserande läkare.

II. *En två månaders kursbunden utbildning,* som omfattar dels en övervägande teoretisk undervisning i socialmedicin, hygien och farmakologi och dels en kombinerad teoretisk och klinisk undervisning i barnsjukdomar, hud- och könssjukdomar, neurologi, ögonsjukdomar och öron-, näs- och halssjukdomar med särskild vikt på undervisningen i barnsjukdomar samt hud- och könssjukdomar.
   Kursen avslutas med kunskapsprov i socialmedicin, hygien och farmakologi.

Enligt meddelande den 4 mars 1965 från den danska turnuskommittén kan man se fram emot, att en kommande nyordning av det läkarvetenskapliga studiet kommer att medföra behov av en tvåårig sjukhusutbildning för blivande praktiserande läkare. Kommittén förordar därför, att man redan nu på lämpliga sjukhus försöksvis etablerar kontinuerliga anställningar, som omfattar tjänstgöring vid flera avdelningar. Följande ordning rekommenderas, nämligen sex månaders allmän medicin, tre till sex månaders kirurgi varav minst tre månaders allmän kirurgi, minst tre månaders obstetrik och gynekologi och tre till sex månaders psykiatri samt andra särskilt för blivande praktiserande läkare lämpliga ämnen.

I *Norge* har en av den norska läkarföreningens centralstyrelse utsedd kommitté den 18 januari 1967 framlagt en utredning om systematisk vidareutbildning för allmän praktik. Kommittén föreslår att centralstyrelsen skall kunna godkänna läkare som allmänpraktiker och förordar följande utbildningskrav:

Allmän praktik
Två års heldagsverksamhet i självständig praktik som vikarie eller assistent hos praktiserande läkare (däribland offentlig läkare med praktik).

Sjukhustjänstgöring
1. Huvudutbildning:
   Två års tjänstgöring vid avdelningar för allmän kirurgi, invärtesmedicin och psykiatri — minst ett halvt år vid varje avdelning.
2. Sidoutbildning:
   Ett och ett halvt års tjänstgöring, fördelad på minst tre avdelningar för föl-

jande discipliner: rehabilitering, barnsjukdomar, fysikalisk medicin, hud- och veneriska sjukdomar, förlossningar och kvinnosjukdomar, neurologi, ortopedisk kirurgi, reumatologi, öron-, näs- och halssjukdomar eller ögonsjukdomar.

Vidare föreslår kommittén att sökande efter centralstyrelsens närmare bestämmande skall ha deltagit i kurs samt avlagt examen. Det bör upplysas att det av kommittén framlagda förslaget inte godtagits av läkarföreningens landsstyrelse, som fattat beslut om ny utredning av ärendet.

I *Schweiz* har läkarförbundet fastställt regler för förvärv av titeln »Arzt für Allgemeine Medizin FMH». Enligt reglerna krävs efter statsexamen en femårig utbildning, som omfattar:

ett års tjänstgöring i kirurgi,
ett års tjänstgöring i invärtesmedicin,
ett halvt års tjänstgöring i kvinnosjukdomar och förlossningar,
två och ett halvt års valfri tjänstgöring,
vari får inräknas högst ett års tjänstgöring vid medicinsk-teoretisk institution.

I *Förenta staterna* har man försöksvis startat en utbildning i »Family and General Practice». Denna omfattar två års tjänstgöring. Det första året är likvärdigt med det sjukhusår som krävs för statlig legitimation (internship) och det andra året motsvarar ett specialistutbildningsår (residency).

3.4.3. Tidigare diskussion

Före den av 1954 års riksdag beslutade omorganisationen av läkarutbildningen var målsättningen för denna utbildning att ge de studerande en så grundläggande medicinsk allmänbildning att man kunde anförtro dem utövandet av allmän läkarpraktik. Denna målsättning kom sedermera att ändras i samband med ställningstagandet till LUK:s förslag. Målet för nuvarande utbildning fram till medicine licentiatexamen, som berättigar till legitimation, är att ge den nödvändiga grundvalen för en senare, huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning för olika former av medicinsk verksamhet (1.5.1.).

LUK utarbetade efter överläggningar med Sveriges läkarförbund ett förslag till vidareutbildning för allmänpraktiker. Utbildningen omfattade minst två års tjänstgöring på sjukhus i underordnad ställning med tjänstårsrätt. Av dessa två år skulle ett år fullgöras på invärtesmedicinsk avdelning, odelat lasarett eller sjukstuga. Intill ett halvt år av denna tid skulle dock kunna utbytas mot tjänstgöring på kirurgisk lasarettsavdelning. Till denna ettåriga tjänstgöring skulle läggas fyra månaders tjänstgöring på psykiatrisk klinik eller sinnessjukhus samt åtta månaders tjänstgöring på valfri klinisk avdelning. LUK ansåg att en rekommendation från Sveriges läkarförbund till dess medlemmar, att den som ämnade öppna allmän praktik borde genomgå nämnda sjukhusutbildning, var en ur samhällets synpunkt tillräcklig åtgärd för att tillgodose behovet av en förbättrad sjukhusutbildning för allmänpraktikerna. LUK påpekade emellertid att om situationen skulle tendera mot ett tillstånd, där allt flera läkare trots tillgång på utbildningsplatser inte följde läkarförbundets rekommendationer i fråga om utbildningen för allmänpraktiker, så måste förhållandena omprövas och av läget påkallade åtgärder vidtas. I första hand ansåg LUK att därvid måste komma i fråga att begränsa licentia practicandi på så sätt, att behörighetsvillkor för sådan verksamhet uppställdes och att kontrollen av reglernas efterlevnad överfördes till medicinalstyrelsen.

Vid remissbehandlingen hade medicinalstyrelsen intet att erinra mot det av LUK framlagda förslaget. Sveriges läkarförbund underströk starkt svårig-

heterna att beträffande vidareutbildningen åstadkomma alltför detaljerade bestämmelser och ansåg det både ur sjukvårdens och läkarnas synpunkt vara ett intresse, att vidareutbildningen kunde ske så smidigt och efter så fria normer som möjligt. Med anledning av att kommittén föreslagit en vidareutbildning för allmänpraktiker om två och för tjänsteläkare om tre års sjukhustjänstgöring hävdade läkarförbundet bestämt, att sjukhusutbildningen borde ha samma längd för allmänpraktiker och tjänsteläkare. Härigenom kunde en allmänpraktiker utan svårighet, om han så önskade, övergå till tjänsteläkarbanan. Något hinder att låta sjukhusutbildningens innehåll vara likartat för allmänpraktiker och tjänsteläkare förelåg inte enligt läkarförbundets mening.

Departementschefen uttalade i prop. 1954: 212, att LUK:s ställningstagande inte föranledde någon erinran. Han framhöll dock att vederbörande myndigheter med uppmärksamhet borde följa utvecklingen i fråga om allmänläkarnas vidareutbildning, så att åtgärder kunde vidtas i den mån förhållandena så erfordrade.

Den av medicinalstyrelsen tillkallade vidareutbildningskommittén (1.2.) anförde i sitt betänkande, som innehöll en utredning om behovet av och tillgången på utbildningsplatser, bl. a. följande. Vid sina överväganden av frågan om utbildningens längd hade kommittén funnit att denna borde vara tre år för både allmänläkare och tjänsteläkare. Denna utbildningstid borde vara lämplig med hänsyn till de kunskaper och färdigheter, som avsågs bli inhämtade under utbildningen. Å ena sidan hade nämligen vidareutbildningskommittén i likhet med läkarutbildningskommittén inte funnit det påkallat att sätta utbildningstiden för allmänpraktiker och tjänsteläkare så högt som till fem år, som var längden på specialistutbildning. Å andra sidan hade det ansetts önskvärt, att vidareutbildningen erhöll karaktär av specialistutbildning för ifrågavarande läkarkategorier, varvid en utbildningstid om tre år ansetts utgöra en minimitid. Från Sveriges läkarförbunds sida hade framhållits värdet av att de allmänpraktiserande läkare, som genomgått denna utbildning, skulle få annonsera sig som allmänpraktiker och räkna detta som en specialistutbildning till skillnad från andra läkare, vilka endast skulle få kalla sig legitimerade läkare. Kommittén anslöt sig härtill och räknade med att ett större antal läkare härigenom skulle bli benägna att genomgå vidareutbildning vid sjukhus för att sedan som specialister i allmän praktik ägna sig åt öppen vård. Skapandet av ifrågavarande specialitet skulle dessutom ha ett visst praktiskt psykologiskt värde, då allmänheten på så sätt skulle erhålla upplysning om dessa läkares bättre utbildning i förhållande till de enbart legitimerade, ett förhållande som i sin tur också skulle komma att stimulera till genomgående av nämnda utbildning för dem som annars ej avsett att göra detta. Enligt kommitténs mening borde utbildningen obligatoriskt omfatta ämnena invärtesmedicin, pediatrik, kirurgi och psykiatri, varjämte sjukhusutbildning i ett eller flera valfria ämnen skulle äga rum. Med hänsyn till att tillgången på utbildningstjänster inom pediatriken enligt de av kommittén gjorda beräkningarna inte skulle bli tillräckligt stor, fann sig kommittén nödsakad att slopa tanken på obligatorisk utbildning i pediatrik. Kommittén föreslog att den treåriga vidareutbildningen för blivande allmänpraktiker respektive tjänsteläkare skulle bestå av följande sjukhustjänstgöringar, nämligen ett år vid in-

värtesmedicinsk avdelning, ett halvt år vid allmänkirurgisk avdelning eller odelat lasarett, ett halvt år i första hand vid psykiatrisk lasarettsavdelning eller sinnessjukhus med stor intagning av lättare fall och i andra hand jämväl på övriga sinnessjukhus samt ett år på valfri sjukhusavdelning. Beträffande sistnämnda tjänstgöring rekommenderade kommittén särskilt pediatrisk avdelning.

Vid remissbehandlingen av det av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet år 1961 utarbetade förslaget till nya specialistutbildningsbestämmelser framhöll medicinska fakulteten i Uppsala, att behov förelåg av särskilda behörighetsregler för »kompetens som allmänpraktiker», innebärande tre års sjukhustjänstgöring inkluderande invärtesmedicin, kirurgi, psykiatri och helst pediatrik. Dessa tjänstgöringskrav borde enligt fakulteten även vara vägledande vid kompetensbedömning av sökande till vissa tjänsteläkarbefattningar. Fakultetens förslag innebar inte att dylika krav obligatoriskt skulle ställas på alla praktiserande läkare. ÖHS-kommittén uttalade, att det kunde ifrågasättas om man inte borde fastställa kompetensregler för en »allmänläkarspecialitet». Visserligen var själva ordet »allmänläkarspecialitet» otjänligt därför att de båda leden i detsamma innebar en motsättning, men i sak förelåg ett behov av att även allmänläkare fick tillfälle att dokumentera en uppnådd högre kompetens än den läkarlegitimationen innebar. Denna högre kompetens borde då kunna få vara jämställd med specialistkompetens. Kommittén ansåg det nämligen angeläget att förtjänta allmänläkare kunde erhålla en mera erkänd ställning. Detta var betydelsefullt med hänsyn till det kvalitativa urvalet av de läkare som inriktade sig på »hela människan» och ville se sammanhanget i hennes somatiska och psykiska konstitution. Kommittén behandlade inte frågan hur kompetenskraven för denna kategori av läkare närmare skulle utformas.

3.4.4. Överväganden och förslag

I vårt uppdrag ingår att överväga möjligheterna att begränsa tidsåtgången för grundutbildningen mot bakgrund av den utvidgning och förstärkning av vidareutbildningen som kan föranledas av de förslag som framlagts av den nordiska arbetsgruppen. Våra ställningstaganden i fråga om grundutbildningen och då särskilt ämnena psykiatri, obstetrik och gynekologi, socialmedicin samt pediatrik har gjorts med tanke på bl. a. de förslag, som vi framlägger i detta avsnitt.

Legitimationen är beviset på läkarens rätt att utan begränsning utöva sitt yrke. Klart är emellertid att de kunskaper och färdigheter, som förvärvas under utbildningen fram till nuvarande medicine licentiatexamen och därmed legitimation, är ett absolut minimum för självständig läkarpraktik. Det är därför ett starkt önskemål, att ingen läkare driver sådan verksamhet utan en betydligt mer omfattande praktisk utbildning än den som erhålls under grundutbildningen. Trots den förstärkning av den praktiska utbildningen före erhållandet av legitimationen, som vårt förslag om allmänutbildningen innebär, finner vi det motiverat att föreslå, att särskilda utbildningskrav uppställs för att en läkare skall få rätt att för allmänheten tillkännage »allmän praktik», sålunda en parallell till vad som gäller för rätt att annonsera specialistkompetens. En legitimerad läkare utan vidare praktisk utbildning kommer följaktligen att vara juridiskt berättigad att ha mottagning för allmänheten men äger därvid inte annonsera eller åberopa annat än att han är legitimerad läkare. Bevis om

rätt att bedriva allmän praktik bör meddelas av samma organ som utfärdar bevis om specialistbehörighet. Denna ordning skulle på samma sätt som annonserandet av specialistkompetens innebära en förbättrad vägledning för allmänheten.

Huvudinnehållet i utbildningen för allmänpraktiker bör avse invärtesmedicin, allmän kirurgi och psykiatri, eftersom den övervägande delen av öppnavårdsklientelet tillhör dessa specialiteter. Den ökade betydelsen av familjeplanering och den växande omfattningen av hälsoundersökningar av kvinnor gör att någon tids tjänstgöring på kvinnoklinik även bör ingå i utbildningen. Med hänsyn till att många av läkarna är verksamma i den förebyggande barnavården synes det lämpligt att utbildningen omfattar också tjänstgöring vid barnklinik. Vidare utgör infektionssjukdomarna ett stort inslag i den öppna vården, vilket talar för att i utbildningen bör ingå viss tjänstgöring på infektionsklinik. Slutligen bör någon tids tjänstgöring i öppen vård under handledning höra till utbildningen som ett komplement till undervisningen i socialmedicin under grundutbildningen.

Tjänstgöring i öppen vård har inte tidigare varit ett obligatoriskt led i läkarutbildningen. Vi vill därför framföra några synpunkter som skulle kunna tjäna till ledning vid utformandet av tjänstgöringen. Härvid utgår vi från att i framtiden underordnade läkarbefattningar kommer att i ökad utsträckning inrättas inom den öppna vården, t. ex. vid läkarstationer. Innehav av sådana tjänster bör enligt vår mening vara lämpliga för bl. a. de läkare, som ämnar utbilda sig för allmän praktik. För att möjliggöra en kontinuerlig handledning bör dessa läkares tjänstgöring fullgöras vid läkarstationer som har minst två överordnade läkare. Det synes ändamålsenligt att tjänstgöringen indelas i två perioder. Under den första presenteras läkarstationens organisation och verksamhet liksom kommunens socialvårdsorgan, landstinget och dess organ för öppen vård samt överordnade myndigheter. Under denna period bör läkaren delta i förekommande konferenser och sammanträden med olika myndigheter. Läkarens deltagande i sjukvårdsarbetet bör organiseras så att han får tid till studier av bl. a. åldringsvård, långtidsvård, hemsjukvård, skolhälsovård, förebyggande mödra- och barnavård, nykterhetsvård och arbetsvård. Under den andra perioden bör läkaren arbeta mera självständigt med sådana uppgifter som nyss nämnts. Tjänstgöringen bör dock inte fullgöras som vikarie, eftersom läkaren även under denna period bör ha möjlighet att rådgöra med handledare.

Av skäl som redovisas i avsnittet 3.5.6.3. anser vi, att nio månader av denna utbildning bör få fullgöras före legitimationen.

Vi föreslår sålunda att i lagen om behörighet att utöva läkaryrket intas en bestämmelse, enligt vilken läkare inte får tillkännage för allmänheten att han bedriver allmän praktik med mindre han — på sätt som Kungl. Maj:t närmare föreskriver — genomgått särskild utbildning för ändamålet och erhållit bevis därom. Denna utbildning bör utöver allmänutbildningen omfatta följande tjänstgöringar — varav högst nio månader bör få fullgöras före erhållandet av legitimationen — nämligen

ett års tjänstgöring vid medicinsk klinik,

ett halvt års tjänstgöring vid kirurgisk klinik,

ett halvt års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik,

tre månaders tjänstgöring vid kvinnoklinik,

tre månaders tjänstgöring vid pediatrisk klinik,

tre månaders tjänstgöring vid infektionsklinik,
tre månaders tjänstgöring i läkardistrikt.

3.5. Vidareutbildningens organisation och administration

3.5.1. Sjukhus för allmänutbildning

Det nordiska avtalsförslaget anger inga regler om godkännande av sjukhus för den allmänna utbildningsperiodens tjänstgöringar.

3.5.1.1. Nuvarande förhållanden

Eftersom den av oss föreslagna allmänutbildningen i viss mån svarar mot de nuvarande assistenttjänstgöringarna, anser vi det lämpligt att redogöra för vad som gäller i fråga om de sjukhus, vid vilka assistenttjänstgöringarna får fullgöras.

Enligt gällande utbildningsplan för medicine licentiatexamen skall tre månader av assistenttjänstgöringen vid medicinsk klinik och hela denna tjänstgöring vid kirurgisk klinik fullgöras vid annat av universitetskanslersämbetet godkänt sjukhus än undervisningssjukhus. Den fjärde, avslutande månaden av tjänstgöringen vid medicinsk klinik måste fullgöras vid universitetssjukhus. Den valfria assistenttjänstgöringen skall om den inte avser öppen vård fullgöras antingen vid undervisningssjukhus under tid, då kurs ej pågår i det ämne tjänstgöringen avser, eller vid av ämbetet godkänd specialklinik (institution) som inte tillhör undervisningssjukhus. Ämbetet har den 23 februari 1965 utfärdat nu gällande förteckningar över sålunda godkända kliniker och institutioner. Förteckningarna upptar i fråga om här aktuella specialiteter flertalet medicinska, kirurgiska och psykiatriska kliniker vid andra sjukhus än undervisningssjukhus samt tio lasarett för psykiatrisk vård.

Sjukvårdshuvudmännen ställde sig positiva till införandet av nu rådande ordning. Sålunda rekommenderade Svenska landstingsförbundet den 7 februari 1958 landstingen att bevilja medicine studerande, som på andra sjukhus än undervisningssjukhus fullgjorde assistenttjänstgöring, fri kost och fri bostad eller, om bostad inte kunde tillhandahållas, bostadsbidrag med tre kronor per dag samt fria skyddskläder, i den mån behov därav prövades föreligga.

3.5.1.2. Förhållandena i de nordiska länderna

I fråga om de sjukhus som i *Danmark* är godkända för s. k. turnustjänstgöring gäller följande. Om det är nödvändigt för att bereda läkarkandidaterna möjlighet att kort efter examen fullgöra denna tjänstgöring, kan inrikesministern efter vissa regler ålägga statens och kommunernas sjukhus samt privata sjukhus, som uppbär statsbidrag, eller på vilka patienter inläggs för offentlig räkning, att motta läkarkandidater till ett antal som står i relation till deras behov av läkarutbildad personal. I praktiken har det inte förelegat några svårigheter på denna punkt, utan saken har i allt väsentligt ordnats genom frivilliga avtal. Två gånger årligen upprättar sundhedsstyrelsen efter överläggningar med en kommitté om fem ledamöter en förteckning över godkända medicinska och kirurgiska specialavdelningar samt sjukhus med blandat medicinskt och kirurgiskt patientmaterial. Tjänsterna vid dessa sjukhus söks i vanlig ordning. Av kommitténs ledamöter representerar en vissa sjukhushuvudmän, en sjukhusföreningen, två sjukhusöverläkarnas organisationer i Köpenhamn och landsorten samt en föreningen för yngre läkare. Tjänstgöring vid andra avdelningar el-

ler sjukhus än de i förteckningen upptagna kan efter sundhedsstyrelsens prövning godkännas som s. k. turnus. Läkare som visar att han inte inom ett år efter examen kunnat få anställning vid specialavdelning som upptas i förteckningen får av sundhedsstyrelsen efter ansökan, ingiven senast två år efter examen, anvisning på tjänst vid sådan avdelning.

I *Finland* får den för medicine licentiatexamen föreskrivna amanuenstjänstgöringen fullgöras vid universitetssjukhus och efter tillstånd av vederbörande kommun eller kommunförbund vid annat sjukhus, som medicinalstyrelsen godkänt. Härför fordras att överläkaren i fråga är docent eller har docentkompetens samt att man på avdelningen förbinder sig att anordna systematisk undervisning för amanuensen i form av bl. a. undervisningsronder och seminarier. Medicinalstyrelsen beslutar i ärendet efter att ha inhämtat utlåtande av en utav statsrådet tillsatt delegation. Denna består av elva ledamöter, varav en representerar ministeriet för inrikesärenden, en undervisningsministeriet, tre de medicinska fakulteterna, två medicinalstyrelsen och fyra vissa kommunförbund. Medicinalstyrelsen fastställer också det högsta antal amanuenser som får tjänstgöra vid de olika avdelningarna.

I *Norge* är ordningen följande. Turnustjänstgöringen administreras av helsedirektoratet. Sjukhusen kan inte åläggas att motta turnuskandidater. De sjukhus som önskar komma i fråga vid fördelningen av kandidaterna ansöker om detta hos direktoratet. Det förutsätts att turnuskandidaterna vid sjukhus skall göra vanligt kandidatarbete och ersätta ordinarie kandidater, dvs. läkare i den lägsta tjänsteställningen. I Norge har inga svårigheter förelegat att skaffa ett tillräckligt antal turnusplatser och efter turnusordningens införande 1954 har det funnits ett fast antal »turnussjukhus». En förutsättning för att ett sjukhus skall antas som turnussjukhus är i allmänhet att sjukhuset består av minst en medicinsk och en kirurgisk avdelning samt en röntgenavdelning.

3.5.1.3. Tidigare diskussion

Frågan om assistenttjänstgöringarnas anordnande har utretts av AIS-kommittén. Vad gäller tjänstgöringarna i medicin och kirurgi vid andra sjukhus än undervisningssjukhus anförde kommittén i en den 24 juni 1960 dagtecknad utredning bl. a. följande.

Vid valet av sjukhusavdelningar synes hänsyn böra tagas till såväl lasarettsläkarnas kompetens som sjukhusavdelningarnas storlek och karaktär. Beträffande den förstnämnda faktorn kan framhållas, att samtliga landets lasarettsläkare äga en omfattande utbildning och erfarenhet inom sin specialitet, ofta delvis förvärvad som läkare vid undervisningssjukhus. Däremot finnas betydande skillnader beträffande deras dokumenterade vetenskapliga skicklighet och undervisningsvana. Lasarettsläkarna skola icke meddela assistenterna undervisning i form av föreläsningar eller seminarier utan ha att vägleda dem i deras praktiskt kliniska handlande. Lasarettsläkarna vid de medicinska och kirurgiska sjukhusavdelningarna synas därför kompetenta att meddela den undervisning, som enligt läkarutbildningskommitténs betänkande (SOU 1953:7) och den av riksdagen antagna propositionen (1954:212) skall förekomma under assistenttjänstgöringarna. Någon detaljgranskning av de olika sjukhusavdelningarnas sängantal resp. den öppna vårdens omfattning har icke företagits. Ehuru vi äro medvetna om att antalet vid varje avdelning anställda läkare icke är ett absolut mått på sjukhusavdelningens storlek, har dock läkarantalet lagts till grund för bedömning av huruvida en sjukhusavdelning skall anses lämplig att användas för assistenttjänstgöring. — Beträffande såväl medicin som kirurgi ha såsom minimikrav uppställts, att vid sjukhusavdelningen skall förutom överläkaren

vara anställda ytterligare tre läkare. I ett fåtal fall ha dock kraven ställts lägre, vilket betingats därav att även andra specialiteter äro representerade vid sjukhusen i fråga. — Genom en sådan begränsning av sjukhusavdelningarnas antal vinnes bl. a. följande. Assistenttjänstgöringarna komma att i stor utsträckning fullgöras på lasarett, där möjligheter till noggrann penetration ur diagnostisk och terapeutisk synpunkt föreligga för mer komplicerade fall. Å lasarett av denna storleksordning förekommer oftast konsultationsverksamhet och anordnas dessutom i viss utsträckning staffmeetings, vilket måste anses vara av stort värde för de studerande. Därjämte har en begränsning av antalet utnyttjade lasarett administrativa fördelar genom att fördelningen av de studerande förenklas, samtidigt som sjukhusen kunna räkna med en relativt kontinuerlig tillströmning av studerande. Det sistnämnda förhållandet har tidigare framförts som ett önskemål av representanter för sjukhushuvudmännens organisationer. — Vad gäller sjukhusavdelningarnas karaktär anse vi, att endast avdelningar med ett allmänt och växlande patientmaterial skola utnyttjas för assistenttjänstgöring. Vissa specialinriktade avdelningar synas därför ej böra komma i fråga, även om de med hänsyn till sin storlek bort tagas med. Sådana sjukhusavdelningar äro t. ex. beträffande medicin avdelningar med övervägande allergologiskt eller reumatologiskt klientel och beträffande kirurgi de ortopediska avdelningarna. — — — För att assistenttjänstgöringarna skola bliva av det värde, som avsetts, synes det nödvändigt dels att tillräckligt material av inneliggande patienter står till förfogande, dels att fullgod handledning erhålles. Vid våra överväganden i denna fråga har vi kommit till den uppfattningen, att minst en vårdavdelning, vars underläkare är legitimerad läkare eller innehar allmän behörighet, bör stå till förfogande för varje assistent. Antalet assistentplatser vid en viss sjukhusavdelning bör sålunda kunna variera från tid till annan beroende på aktuella antalet vakanser, på semesterförhållanden osv. Olägenheterna härav torde kunna elimineras genom att intima kontakter upprätthållas mellan sjukhusavdelningarna och det organ, som hänvisar de studerande till dessa. — — — Assistenttjänstgöringarna äro enligt vår mening att betrakta som heltidsarbete, varvid dock rimlig tid bör kunna avsättas för bokliga studier i ämnet. Det praktiska arbetet bör vara sådant, att assistenterna inhämta största möjliga kunskaper. Detta innebär, att de icke lämpligen böra belastas med alltför mycket enkelt rutinarbete. Det synes önskvärt, att assistenten i den mån det av organisatoriska och andra skäl befinnes lämpligt så intimt som möjligt följer underläkaren i hans arbete, vari även inräknas jourtjänst. — — — För att avsikten med assistenttjänstgöringarna skall nås, är det nödvändigt, att såväl lasarettsläkaren som vederbörande underläkare meddelar assistenterna en viss undervisning och handledning i samband med ronder, operationer, behandlingar och dylikt. Detta medför uppenbart ett visst merarbete för dessa läkare. Å andra sidan torde assistenternas insatser kunna innebära en så stor avlastning för berörda läkare, att någon egentlig tidsspillan ej uppstår.

Vid remissbehandlingen av den nordiska arbetsgruppens betänkande framhöll medicinska fakulteterna i Göteborg och Uppsala önskvärdheten av att man i framtiden förlade en något större del än dittills av assistenttjänstgöringarna till universitetssjukhus eller sjukhus av kategori I. Medicinska fakulteten i Uppsala ansåg, att detta lämpligen kunde åstadkommas genom en föreskrift att den valfria assistenttjänstgöringen om två månader endast fick fullgöras på sjukhus av kategori I. De studerande skulle i så fall åläggas att samtidigt med sin assistenttjänstgöring följa den systematiska undervisning för underläkare som i framtiden skulle anordnas vid dylika sjukhus, dels i det ämne där tjänstgöringen fullgjordes och dels i ämnena medicin och kirurgi. I denna del anförde universitetskanslersämbetet följande.

Önskemål har framförts, att assistenttjänstgöringen skall kunna fullgöras vid undervisningssjukhus i större omfattning än som är möjligt för närvarande. Ämbetet anser sig icke nu kunna ta ställning till denna fråga men ställer sig principiellt tveksamt angående lämpligheten att öka assistenttjänstgöringen på dessa sjukhus. Ämbetet vill erinra om att vid ställningsta-

gandet till nuvarande läkarutbildningsorganisation år 1954 det från statsmakternas sida framhölls som en fördel, att utbildningen förlades även till andra sjukhus (prop. 1954: 212, sid 48). Pågående utvidgning av läkarutbildningen innebär vidare en tung belastning av undervisningssjukhusen. Härutöver kommer specialistutbildningen — om förevarande förslag realiseras — att ställa krav på betydande utbildningsresurser på undervisningssjukhusen.

3.5.1.4. Överväganden och förslag

Vid bedömning av frågan vid vilka sjukhus allmänutbildningen bör få fullgöras måste hänsyn tas till antalet läkare som beräknas genomgå denna tjänstgöring.

Med utgångspunkt från statsmakternas beslut om intag av medicine studerande läsåren 1966/67—1969/70 har vi beräknat antalet läkare som blir färdiga för allmänutbildning fr. o. m. år 1972 (tabell 3: 3). För beräkningen gäller följande förutsättningar. Andelen kvinnliga studerande antas vara 30 %. Studieavbrotten uppskattas till 5 % för manliga studerande och 15 % för kvinnliga. Antalet utländska läkare och svenska medborgare med medicinska studier i utlandet, som kommer att här i landet genomgå praktisk tjänstgöring jämförbar med allmänutbildningen, antas under perioden uppgå till 50 per år. Vidare antas att det propedeutiska stadiet enligt vårt förslag införs höstterminen 1968 och att den nya medicine licentiatexamen avläggs första gången omkring den 1 februari 1972. Av tabellen framgår, att antalet läkare, som beräknas kunna genomgå allmänutbildningen, kommer att vara 747 år 1972 och öka till 893 år 1975.

Alla läkare bör i anslutning till avlagd medicine licentiatexamen beredas plats på sjukhusen för att fullgöra allmänutbildningen. Det är nödvändigt att på något sätt säkerställa erforderlig platstillgång, vilket synes kunna ske enligt två alternativ. Den ena möjligheten är att sjukvårdshuvudmännen i lag åläggs att motta läkarna vid sina lasarett. Den andra möjligheten är att staten och huvudmännen träffar avtal som säkerställer tjänstgöringsmöjligheterna. Vi förordar det senare alternativet.

Allmänutbildningen bör inte få fullgöras vid undervisningssjukhus med hänsyn till att dessa sjukhus förutom forskningsuppgifter har att ombesörja läkarnas grundutbildning liksom en stor del av huvudutbildningen i specialistutbildningen och den största delen av den för denna utbildning erforderliga systematiska undervisningen. Vidare är klinikerna vid undervisningssjukhusen ofta i hög grad specialinriktade. Risk finns därför att en till dessa kliniker förlagd tjänstgöring inte ger en så allsidig utbildning som i detta sammanhang är önskvärt. De minsta lasaretten, dvs. de odelade, har begränsade möjligheter att ge erforderlig utbildning. De bör därför inte heller godtas för allmänutbildningens tjänstgöringar i medicin och kirurgi.

De sjukhus som kan ifrågakomma för dessa tjänstgöringar är sålunda de s. k. centrallasaretten och normallasaretten. För att ge läkarna erfarenhet av intensivvård och akut hjärt-lungräddning är det, såsom vi närmare utvecklat i avsnittet 3.1.4.2., nödvändigt att en anestesiavdelning finns vid de normallasarett där kirurgitjänstgöringen får fullgöras. Om normallasarett utan sådan avdelning accepteras, skulle följden bli att ett antal läkare efter medicintjänstgöringen vid dessa lasarett måste flytta till andra sjukhus. Eftersom det f. n. bara finns åtta normallasarett utan anestesiavdelning, torde här angiven ordning inte medföra några nämnvärda olägenheter.

Av sociala och organisatoriska skäl bör det första allmänutbildningsåret

Tab. 3:3. Antal läkare som fr. o. m. 1972 beräknas fullgöra allmänutbildningens tjänstgöringar i medicin, kirurgi och psykiatri

Intagnings-läsår	Antal nybörjarplatser vid de medicinska fakulteterna					Antal nybörjare			Bortfall		Läkare, färdiga för allmänutbildning			År då allmän-utbild-ningen börjar
						totalt	därav							
	Uppsala	Lund/ Malmö	Göteborg	Stock-holm	Umeå		manl. (70 %)	kvinnl. (30 %)	manl. stud. (5 %)	kvinnl. stud. (15 %)	efter svensk medicine licentiat-examen	efter utländsk medicinsk examen	totalt	
1966/67	110	190	168	208	82	758	531	227	27	34	697	50	747	1972
1967/68	196[1]	190	168	208	82	844	591	253	30	38	776	50	826	1973
1968/69	196	190	168	208	82	844	591	253	30	38	776	50	826	1974
1969/70 och följande år	196	190	168	280	82	916	641	275	32	41	843	50	893	1975 och följande år

[1] Fr. o. m. läsåret 1969/70 kommer härav 84 studerande att överföras till en ny utbildningsenhet i Linköping för propedeutisk och klinisk utbildning.

kunna fullgöras vid ett och samma sjukhus. Den obligatoriska psykiatritjänstgöringen bör såsom framgår av avsnittet 3.1.4.3. fullgöras vid sådana psykiatriska eller barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, som har en väl differentierad öppen och sluten vård och där verksamheten sålunda har ett allmänt utbildningsvärde. Tjänstgöringen bör om möjligt äga rum vid det sjukhus, där medicin- och kirurgitjänstgöringarna sker. Om sjukhuset saknar psykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik bör tjänstgöringen förläggas till en motsvarande, så nära som möjligt belägen klinik.

För att tillgodose de nyblivna medicine licentiaternas behov av handledning bör minst två läkare i överordnad ställning finnas vid varje klinik, där allmänutbildning fullgörs.

I bilaga 6 anges de lasarett, som vi i nuvarande läge anser kunna godtas för allmänutbildning. För de lasarett, som saknar psykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, anges också det sjukhus där psykiatritjänstgöringen bör kunna ske. I bilaga 7 framlägger vi ett preliminärt förslag till fördelning av läkartjänster för allmänutbildning vid medicinska och kirurgiska kliniker under olika år. I bilagan har tjänsterna, enligt det beräknade behov som framgår av tabell 3: 3, fördelats i förhållande till nuvarande vårdplatsantal vid respektive kirurgiska klinik på sådant sätt att antalet tjänster vid kategori II-kliniker blivit dubbelt så stort som vid kliniker av kategori I. De senare klinikerna förutsätts nämligen få ett i förhållande till kategori II-klinikerna större antal läkare, som fullgör huvudutbildning. Fördelningen grundar sig på den kategoriindelning av sjukhusen som anges i bilaga 8.

Det sålunda framräknade behovet av tjänster för medicin- och kirurgitjänst-

Tab. 3: 4. Förhållandet mellan antalet läkare, som beräknas fullgöra allmänutbildningens kirurgitjänstgöring, och nuvarande antal vårdplatser vid kirurgiska kliniker av kategori I och II

År	1972	1973	1974	1975 och därefter
Kategori I...	1: 32	1: 28	1: 28	1: 26
Kategori II..	1: 16	1: 14	1: 14	1: 13

göringarna under vart och ett av åren 1972—1975 uppgår till respektive 790, 894, 894 och 962. Det sistnämnda talet kommer att vara aktuellt även efter år 1975, om intagningen av medicine studerande efter läsåret 1969/70 hålls vid oförändrad nivå eller 916 per år. Förhållandet mellan antalet läkare, som beräknas fullgöra allmänutbildningens kirurgitjänstgöring, och nuvarande antal vårdplatser vid kirurgiska kliniker av kategori I och II framgår av tabell 3: 4.

Då tjänstgöringstiden vid medicinsk respektive kirurgisk klinik under allmänutbildningen endast är sex månader måste det i bilaga 7 angivna antalet erforderliga läkartjänster vid dessa kliniker dubbleras för att kunna jämföras med uppgifterna i tabell 3: 3. Eftersom kvoten i tabell 3: 4 är förenklad till hela tal blir totalantalet tjänster enligt bilaga 7 något större än det i tabell 3: 3 angivna antal läkare, som under respektive år beräknas genomgå allmänutbildning. Det förväntas också att det antal läkare, som varje år fullgör allmänutbildning, kommer att variera något kring det i tabell 3: 3 beräknade antalet beroende på av olika skäl föranledda studieförseningar etc.

Det bör åligga statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.) att dels efter prövning godkänna sjukhus för allmänutbildning, dels fortlöpande granska verksamheten vid sjukhusen och dels

tillse att fördelningen av läkartjänster vid sjukhusen blir så jämn som möjligt.

Vi föreslår sålunda att staten och sjukvårdshuvudmännen träffar avtal, som garanterar att läkarna i anslutning till avlagd medicine licentiatexamen kan börja sin allmänutbildning. Vidare föreslår vi att utbildningen vad gäller medicin och kirurgi inte får fullgöras vid undervisningssjukhus, odelade lasarett eller delade lasarett utan anestesiavdelning. I fråga om motsvarande utbildning i psykiatri föreslår vi, att den endast får ske vid sådana psykiatriska och barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, som har en väl differentierad öppen och sluten vård.

Slutligen föreslår vi att statens nämnd för läkares vidareutbildning får befogenhet att i samråd med vederbörande sjukvårdshuvudman och på grundval av det avtal, som enligt ovan föreslås bli träffat, bestämma dels vid vilka sjukhus allmänutbildningen får fullgöras och dels antalet läkartjänster vid de sålunda godkända sjukhusen.

3.5.2. Sjukhus för fortsatt vidareutbildning

Enligt det nordiska avtalsförslaget får huvud- och sidoutbildning endast fullgöras vid sjukhus, som efter prövning godkänts härför. Dessa sjukhus skall indelas i två kategorier. Till kategori I hänförs universitetssjukhus, andra undervisningssjukhus, större centralsjukhus och vissa specialsjukhus. Kategori II består av övriga godkända sjukhus. Tjänstgöring vid sjukhus av kategori I skall kombineras med systematisk undervisning och minst ett år av huvudutbildningen skall fullgöras vid sådant sjukhus.

3.5.2.1. Nuvarande förhållanden

Enligt nu gällande specialistbehörighetsbestämmelser är varje undervisningssjukhus, lasarett, sanatorium eller epidemisjukhus utan individuell prövning godkänt för specialistutbildning. Vidare har medicinalstyrelsen förklarat vissa andra svenska sjukvårdsanstalter och inrättningar liksom de anstalter och inrättningar i Danmark, Finland och Norge, vid vilka tjänstgöring får fullgöras för förvärvande av specialistkompetens i respektive land, vara från utbildningssynpunkt likvärdiga med tidigare nämnda sjukhus. Någon kategoriindelning av sjukhusen förekommer inte.

3.5.2.2. Förhållandena i de nordiska länderna

De regler om utbildningssjukhusen, som gäller i Danmark, Finland och Norge enligt de nya i dessa länder utfärdade specialistbestämmelserna, framgår av den redogörelse som lämnats i avsnittet 1.4.2.1.

3.5.2.3. Tidigare diskussion

Det av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet år 1961 utarbetade förslaget till nya specialistbehörighetsbestämmelser (1.2.) innebar ingen ändring av nuvarande ordning i fråga om utbildningssjukhusen.

Den nordiska arbetsgruppen fann det angeläget, att vidareutbildningen till specialist endast ägde rum vid sådana sjukhus, där garantier förelåg för en god och allsidig utbildning. Hit var i första hand att hänföra universitetssjukhus, andra undervisningssjukhus och större centralsjukhus samt vissa specialsjukhus. Denna sjukhuskategori hade de bästa förutsättningarna för att kunna erbjuda en kvalificerad utbildning. Det borde, ansåg arbetsgruppen, fordras att minst ett år av huvudutbildningen ägde rum vid sådant sjukhus — sjukhus av kategori I. I andra hand borde vidareutbildningen få ske vid andra

sjukhus, där minst fyra specialiteter var representerade — sjukhus av kategori II.

Till sjukhus av kategori II borde enligt arbetsgruppen inte automatiskt hänföras alla sjukhus, där minst fyra specialiteter var företrädda, utan en prövning borde ske in casu av den myndighet, som beviljade specialistkompetens. Prövningen borde avse att de olika avdelningarna i avseende på verksamhetens omfattning och kvalitet erbjöd garantier för en godtagbar utbildning. Det var följaktligen inte nödvändigt, att alla avdelningar vid sådant sjukhus godkändes för vidareutbildning. Vissa undantag från dessa regler torde dock, anförde arbetsgruppen, vara oundgängliga bl. a. på grund av utbildningsplatsernas otillräcklighet. Vad gällde specialiteterna medicin, kirurgi och röntgendiagnostik borde sålunda även sjukhus med endast tre specialiteter få godtas som sjukhus av kategori II, dock endast efter prövning av varje avdelnings förutsättningar. Vidare borde det enligt arbetsgruppen kunna accepteras att tjänstgöring vid sjukhus, som inte fyllde kraven för att kunna hänföras till kategori II, fick tillgodoräknas till viss del, så att man skulle behöva tjänstgöra t. ex. dubbelt så lång tid på sådant sjukhus.

Vid remissbehandlingen av det nordiska avtalsförslaget hälsades förslaget att huvud- och sidoutbildningen endast skulle få fullgöras vid härför godkända sjukhus med tillfredsställelse. Direktionen för akademiska sjukhuset yttrade att det givetvis var tillfredsställande att huvud- och sidoutbildningen endast fick fullgöras vid sjukhus, som hade sådan standard att de godkänts för specialistutbildning, men såg särskilt tydligt risken att det kunde uppstå svårigheter för läkarna vid de mindre sjukhusen att genom tjänstgöring vid större sjukhus komplettera sin utbildning för specialistkompetens. Sveriges läkarförbund ville särskilt understryka värdet av den reform som kraven innebar att viss del av utbildningen skulle ske vid kvalificerade sjukhus. Svenska landstingsförbundet ansåg att bestämmelserna om att vissa delar av utbildningen skulle fullgöras vid bestämda slag av sjukhus hade sitt givna värde, då man därigenom införde i utbildningen ett kvalitativt moment, som tidigare saknats. Landstingsförbundet underströk dock, att bestämmelser av detta slag också kunde medföra komplikationer som kunde vara besvärande, när det gällde att för samtliga specialiteter skapa de resurser som behövdes för reformens genomförande.

Beträffande förslaget att de godkända sjukhusen skulle uppdelas i kategorier förutsattes i flera yttranden, att till kategori I inte hänfördes andra sjukhus än sådana, där den förutsatta systematiska undervisningen verkligen kunde meddelas. Medicinska fakulteterna i Uppsala och vid karolinska institutet ansåg sålunda, att till kategori I endast borde räknas universitetssjukhus samt större sjukhus på orter där medicinsk undervisning bedrevs. Medicinska fakulteten i Lund ansåg att det år av huvudutbildningen, som skulle äga rum vid sjukhus av kategori I, borde fullgöras vid sjukhus med tillgång till teoretiska institutioner, dvs. i praktiken vid undervisningssjukhus, eftersom denna del av utbildningen skulle kombineras med såväl klinisk som teoretisk undervisning. Direktionen för karolinska sjukhuset ansåg det dock angeläget, att sådan undervisning såvitt möjligt anordnades vid vissa större centrallasarett, då eljest samtliga blivande specialister under minst ett år skulle tjänstgöra vid antingen universitetssjukhus eller annat större sjukhus i stad, där medicinsk undervisning bedrevs.

3.5.2.4. Överväganden och förslag

Den nordiska arbetsgruppen anger ej vilka generella fordringar som ett sjukhus bör uppfylla för att bli godkänt för vidareutbildning. Enligt vår uppfattning bör vissa krav ställas dels på sjukhusets storlek, dvs. uppdelning på kliniker (avdelningar) och därmed också på patientomsättningen och patientmaterialets allsidighet, dels på klinikernas läkarstab och dels på sjukhusets övriga utbildningsresurser.

Vi anser i likhet med den nordiska arbetsgruppen att i första hand universitetssjukhus, andra undervisningssjukhus, större centralsjukhus och vissa specialsjukhus bör godkännas för vidareutbildning. I andra hand bör godtas sjukhus med minst fyra specialiteter. Vad gäller specialiteterna medicin, kirurgi och röntgendiagnostik ansåg arbetsgruppen dock att även sjukhus med endast tre specialiteter borde kunna godkännas. I motsats till arbetsgruppen anser vi att som krav för godkännande bör gälla att även anestesiavdelning finns vid sjukhuset. Utvecklingen är den, att de s. k. normallasaretten efter hand förses med sådana avdelningar, varför vårt ställningstagande på denna punkt inte kommer att medföra några nämnvärda olägenheter.

Sjukhusen bör vara så utrustade t. ex. vad gäller konferenslokaler och bibliotekssservice, att det blir möjligt att genomföra den undervisning i form av bl. a. handledning och konferenser, som enligt våra förslag i avsnittet 3.3.5.4. skall anordnas under huvud- och sidoutbildningen. För detta ändamål fordras vidare att läkarna i överordnad ställning innehar specialistkompetens samt att de inte har alltför många läkare att handleda. Det har tidigare framhållits, att minst två läkare i överordnad ställning bör finnas vid varje klinik där läkare under allmänutbildning tjänstgör (3.5.1.4.). Även under den fortsatta vidareutbildningen bör antalet läkare i överordnad ställning vara tillräckligt stort för att dessa skall kunna ha överinseende över de blivande specialisterna. En läkare i överordnad ställning torde ej kunna utöva tillsyn över mer än tre blivande specialister.

De för vidareutbildning godkända sjukhusen skall enligt avtalsförslaget allt efter sina resurser att meddela utbildning indelas i två kategorier, I och II. Den till minst ett år av huvudutbildningen fastställda tjänstgöringen vid sjukhus av kategori I skall kombineras med på lämpligt sätt anordnad systematisk undervisning. Sådana sjukhus borde enligt arbetsgruppen förses med för ändamålet tillräckliga resurser i form av lärare, laboratorier och bibliotekssservice. Vad nu sagts synes oss innebära att den systematiska undervisningen helst bör meddelas på eller i omedelbar närhet av den ort, där kategori I-sjukhuset är beläget. Från denna utgångspunkt torde endast ett fåtal sjukhus utöver undervisningssjukhusen kunna hänföras till kategori I. Vi har tidigare föreslagit, att den systematiska undervisningen skall koncentreras till kurser, förlagda till företrädesvis undervisningssjukhusen (3.3.5.4.). På grund härav är det inte nödvändigt att tjänstgöringen fullgörs på den ort, där den systematiska undervisningen ges, även om det från andra synpunkter sett skulle vara värdefullt för alla blivande specialister att under ett år få tjänstgöra vid ett undervisningssjukhus. Svårigheterna att skapa tillräckligt många utbildningsplatser vid dessa sjukhus skulle emellertid sannolikt bli mycket stora i ett flertal specialiteter. Från social synpunkt torde det också vara önskvärt att hela specialistutbildningen kan förläggas till så många sjukhus som möjligt. Även behovet av kontinuitet i sjukvården talar

för en sådan anordning. Vi anser därför, att även större centralsjukhus bör hänföras till kategori I. Inom varje större sjukvårdsområde torde det s. k. centrallasarettet som regel kunna godkännas. Centrallasarettet bör dock vara väl utbyggt och ha ett tillräckligt befolkningsunderlag för att patientmaterialet skall bli tillräckligt omfattande och differentierat. Vidare bör lasarettet vara tillfredsställande utrustat i fråga om laboratorier, biblioteksservice och konferenslokaler. Eftersom specialiteterna inte är lika utbyggda på alla centrallasarett, bör varje klinik eller avdelning granskas innan de placeras i kategori I. Det torde härvid kunna inträffa, att inte alla kliniker (avdelningar) vid ett sjukhus blir hänförda till samma kategori.

Med utgångspunkt från vad ovan anförts bör sålunda samtliga övriga sjukhus med minst fyra specialiteter, nämligen medicin, kirurgi, röntgendiagnostik och anestesi placeras i kategori II.

Granskningen av läkarstabernas sammansättning och kompetens är särskilt viktig beträffande sjukhus av kategori I. Speciella krav bör därför ställas på kompetensen hos läkare, som vid sådana sjukhus har att handleda de blivande specialisterna. Dessa bör bibringas ett kritiskt vetenskapligt tänkande och lära sig utnyttja vetenskaplig litteratur för att kunna följa medicinens utveckling. Det får därför anses nödvändigt att någon av läkarna i överordnad ställning vid en kategori I-klinik har vetenskapliga meriter och även viss erfarenhet av undervisning.

I vårt uppdrag ingår att föreslå de sjukhus och kliniker, som bör godkännas för huvud- och sidoutbildning, fördelade på kategorier. Vi har dock inte kunnat granska verksamheten och resurserna vid varje sjukhus (klinik, avdelning) för sig med hänsyn till de indelningskrav vi tidigare angivit. Organisationen av de olika sjukhusen kommer ju för övrigt att kunna ändras i många avseenden, innan de nu aktuella bestämmelserna träder i kraft. För att illustrera vårt förslag framlägger vi emellertid i bilaga 8 ett exempel på kategoriindelningen av de sjukhus, som i nuvarande läge skulle kunna godkännas för huvud- och sidoutbildning. Vid exemplets uppgörande har vi varit tveksamma om till vilken kategori några större delade lasarett bör hänföras med hänsyn till deras storlek och differentiering på specialiteter. Vidare har i något fall befolkningsunderlaget för vederbörande sjukhus ansetts lågt. De sjukhus, om vilka tveksamhet rått, är bl. a. Hudiksvalls, Skellefteå, Visby, Västerviks och Örnsköldsviks lasarett.

Vi föreslår således att huvudutbildningen och sidoutbildningen endast får fullgöras vid sjukhus, som efter prövning godkänts härför. Som krav för godkännande bör gälla att sjukhuset omfattar minst fyra specialiteter, nämligen medicin, kirurgi, röntgendiagnostik och anestesi. Vissa specialsjukhus bör dock godtas utan att dessa specialiteter finns representerade. Sjukhusens patientmaterial bör vara tillräckligt stort och allsidigt sammansatt. Vidare bör alla läkare i överordnad ställning vara specialistkompetenta i respektive specialitet. Sjukhuset bör dessutom ha viss biblioteksservice och vara försett med lokaler för konferenser.

Vi föreslår vidare att de godkända sjukhusen indelas i kategori I och II. I princip bör varje sjukvårdsområde — eller område av motsvarande storlek efter ett eventuellt genomförande av ny länsindelning — ha ett kategori I-sjukhus. Därutöver bör ytterligare kliniker inom sjukvårdsområdet kunna hänföras till kategori I, om tillräckliga resurser finns för vidareutbildning samt om en

av läkarna i överordnad ställning har följande kvalifikationer.

Vid varje kategori I-klinik bör en av läkarna i överordnad ställning ha tjänstgjort minst tre år vid sjukhus, där regelbunden i huvudutbildningen ingående systematisk undervisning bedrivs, samt ha vetenskapliga meriter och viss erfarenhet av undervisning av blivande läkare eller specialister.

Vi föreslår dessutom att statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.) får till uppgift att bestämma vid vilka sjukhus (kliniker, avdelningar) specialistutbildningen får fullgöras. Vidare bör nämnden verkställa kategoriindelningen av sjukhusen. Det torde härvid vara nödvändigt att under en övergångstid acceptera även sådana sjukhus (kliniker, avdelningar), som inte fyller alla de ovannämnda kraven. Nämnden bör också kontinuerligt granska de godkända klinikerna med avseende på deras resurser för vidareutbildning och vidta erforderliga ändringar av kategoriindelningen.

3.5.3. Behov av underordnade läkartjänster

Enligt det nordiska avtalsförslaget skall både huvudutbildningen och sidoutbildningen i princip fullgöras i underordnad ställning.

3.5.3.1. Nuvarande förhållanden

Specialistkompetens förvärvas f. n. huvudsakligen genom tjänstgöring vid sjukhus eller medicinsk-teoretisk institution. Tjänstgöringen skall fullgöras som underläkare eller eljest i underordnad ställning (1.3.2.1.). Vid slutet av år 1966 uppgick antalet underläkartjänster vid undervisningssjukhus, lasarett[1], sanatorier och epidemisjukhus till ca 2 500. Detta antal torde vara tillräckligt för att fylla nuvarande behov av vidareutbildningstjänster. Som framgår av tabellerna 3:3 (s. 200) och 3:8 (s. 213) kommer dock antalet läkare att öka starkt i framtiden.

Enligt 17 § sjukvårdslagen fordras medicinalstyrelsens tillstånd för att inrätta dels läkartjänster inom läkardistriktens organisation och dels tjänster som överläkare, biträdande överläkare, underläkare eller extra läkare inom den slutna vården. Utan tillstånd får dock för en tid av högst tre månader alla kategorier av läkare i läkardistrikt förordnas till extra läkare på sjukhus och omvänt sjukhusläkare av alla slag förordnas till extra provinsialläkare.

I medicinalstyrelsens cirkulär den 2 oktober 1957 (viss ändring den 13 juni 1963) anfördes följande i fråga om de normer som styrelsen brukat följa vid beräkning av antalet underläkartjänster.

Å *odelat lasarett, kirurgisk, obstetrisk-gynekologisk* och *öronavd.* beräknas en läkare (överläkare inräknad) för varje 600-tal intagna patienter per år. Å barnbördsavd. inräknas endast halva antalet patienter. På *medicinska, pediatriska* och *dermatologiska avd.* samt *epidemiavd.* är motsvarande tal 500. Vid *röntgenavd.* beräknas en underläkare, då antalet undersökningar för år uppnår 4 500, och ytterligare en för varje ökning med 6 000. På *anestesiavd.* medges en underläkare, då antalet anestesier för vilka narkosläkare svarar uppgår till ca 2 000 årl. Vid ca 3 000 anestesier medges ännu en underläkare osv. Vid avd. särskilt inrättad eller avdelad för klinik för tidskrävande specialkirurgi medges en underläkare, då anestesierna utgör 500 per år. Vid *patologisk avd.* har för en underläkartjänst krävts ca 300 obduktioner och 2 000 histo-pat. undersökningar per år. Vid *kliniskt-kemiska laboratorier* gäller, att vid ca 300 000 analyser en underläkartjänst kan inrättas och ytterligare en för varje följande 100 000. Tilldelningen måste dock bedömas från fall till fall. För *sanatoriernas* del medges en underläkare vid ett patientantal av 60 à 65 och två, då patientantalet uppgår till 120; vid högre antal beräknas

[1] Med lasarett avses numera även de förutvarande mentalsjukhusen med egen överläkare.

en underläkare för varje 100-tal patienter över 120. — Vid inrättande av tjänster vid nu angivna sjukhus ha dock särskilda hänsyn tagits till omfattningen av den öppna vården. Undervisningsskyldighet vid sjuksköterskeskolor, vetenskaplig verksamhet och andra för varje särskilt fall gällande omständigheter ha även tagits i betraktande, varvid tilldelningen av underläkare i enstaka fall gjorts frikostigare. — För andra än här nämnda specialiteter finnas icke några särskilda normer fastställda.

I styrelsens cirkulär den 14 februari 1961 (MF nr 14) meddelades, att en strängare restriktivitet än tidigare tillämpats tills vidare måste iakttas vid inrättande av nya läkartjänster inom den slutna kroppssjukvården. Tilldelningen av sådana läkartjänster måste sålunda tills vidare i första hand förbehållas nytillkommande vårdplatser och nya serviceavdelningar vid sjukhusen. Vid redan befintliga sjukhus med oförändrat platsantal kunde behovet av förstärkning av läkarkrafterna tillgodoses först i andra hand efter noggrann prövning från fall till fall. Det förhållandet, att de dittills tillämpade normernas krav för erhållande av ytterligare läkare i det enskilda fallet uppfyllts, skulle sålunda inte i och för sig komma att medföra att huvudmannen erhöll begärt medgivande att inrätta läkartjänsten i fråga.

3.5.3.2. Tidigare diskussion

Av sjukhuslagstiftningskommitténs betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27) och departementschefens anförande i prop. 1959: 19 framgår att motivet för att uppställa ett generellt krav på tillstånd för inrättande av tjänster som överläkare, biträdande överläkare, underläkare eller extra läkare var den knappa tillgången på läkare som gjorde att de tillgängliga läkarkrafterna måste reserveras för de mest angelägna behoven. Vad gäller läkartjänsterna inom läkardistriktens organisation uttalade departementschefen i prop. 1961: 181 att även efter huvudmannaskapets överförande till landstingen borde staten ha vissa befogenheter med avseende å organisationen. Bl. a. borde, på motsvarande sätt som stadgats i sjukhuslagen beträffande sjukhus och sjukvårdande verksamhet, gälla att medicinalstyrelsen skulle utöva högsta tillsynen över tjänsteläkarverksamheten. Så länge påtaglig läkarbrist rådde, var det nödvändigt att en omsorgsfull avvägning skedde av läkartilldelningen för olika ändamål. Med hänsyn härtill och i analogi med sjukhuslagstiftningens regler borde läkartjänster i den öppna vården inte få inrättas utan att medicinalstyrelsen lämnade medgivande därtill.

Vid remissbehandlingen av den nordiska arbetsgruppens betänkande berördes i flera yttranden frågan om antalet utbildningstjänster för vidareutbildningen räckte. Universitetskanslersämbetet fann ett centralt problem i hela undervisningsprogrammet vara, huruvida ett tillräckligt stort antal utbildningsplatser kunde anordnas på sjukhusen av kategori I för alla de läkare, som borde erhålla specialistutbildning. Denna fråga borde enligt ämbetet bli föremål för en särskild prövning vid utredningen om utformningen av specialistutbildningen i de skilda ämnena.

Medicinska fakulteten i Uppsala uttalade bl. a. följande.

En viktig punkt i hela vidareutbildningsproblemet är huruvida tillräckligt stort antal utbildningsplatser finnes i alla specialiteter för alla de läkare som önskar genomgå specialistutbildning. Detta problem sammanhänger givetvis med hur stora samhällets behov av specialister är och med frågan huru stor proportion av de nyexaminerade läkarna som önskar påbörja respektive fullfölja specialistutbildning, men även med vissa organisatoriska frågor, t. ex. hur förordnanden på under-

läkartjänster vid sjukhus av kategori I skall utnyttjas beträffande möjlighet till omförordnande. Fakulteten utgår därvid från att antalet och typen av läkartjänster i sluten och öppen vård avgöres med hänsyn endast till det föreliggande behovet av sjukvård och hälsovård. Det föreliggande förslaget tar dock hänsyn till möjligheten av att antalet utbildningsplatser för vissa specialiteter under en övergångsperiod kan visa sig otillräckligt genom att föreslå en längre övergångstid än åtta år innan tjänstgöringsåret vid sjukhus av kategori I göres obligatoriskt.

Medicinska fakulteten vid karolinska institutet framhöll, att svårigheter kunde väntas uppstå för beredande av plats för den minst ettåriga tjänstgöringen på sjukhus av kategori I. Hur stort antal sådana tjänster som måste inrättas för att vid den föreslagna övergångstidens slut detta förslag skulle kunna förverkligas kunde enligt fakulteten ej avgöras utan en ingående utredning av hela frågan. Direktionen för karolinska sjukhuset anförde, att man hade anledning att vänta sig att det inom en inte alltför avlägsen framtid skulle komma att finnas vissa förutsättningar att tillgodose ett ökat behov av utbildningsplatser, men att säkerligen ett inte obetydligt antal underläkartjänster med förordnandetiden begränsad till ett år måste inrättas på sjukhus av kategori I. Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala yttrade, att man inte kunde bortse från den möjligheten att för vissa discipliner, där behovet av specialister även i den öppna vården var stort, antalet tillgängliga utbildningsplatser väsentligt understeg vad som skulle behövas. Det betydde att frågan om läkartjänster, som inte i första hand var motiverade av sjukvårdens behov utan av utbildningsbehovet, kunde bli aktuell. Härvid borde också beaktas, att behovet av tjänster för sidoutbildning kunde vara förhållandevis större i vissa specialiteter än i andra.

Svenska landstingsförbundet anförde följande.

Vidare måste ingående uppmärksamhet ägnas åt frågan om balansering mot varandra av behovet att utbilda specialister och resurserna härför i form av utbildningsplatser. I en del specialiteter och vid vissa sjukhus kan man förvänta sig att antalet för sjukvården behövliga befattningar inte räcker till för utbildningen av specialister. Detta kan få som följd inrättandet av ett antal befattningar, vars värde för sjukvården är reducerat. Vidare får inrättandet av ett större antal dylika befattningar och deras tillsättande med innehavare till följd att ett antal läkare väsentligen tjänstgör för sin egen utbildnings skull och icke för att tillgodose ett sjukvårdsbehov, vilket måste anses vara en klart negativ effekt så länge det råder brist på läkare.

3.5.3.3. Överväganden och förslag

Enligt direktiven har vi att bedöma behovet av utbildningstjänster.

Dagens sjukvård kännetecknas bl. a. av stor läkarbrist. Många angelägna krav på ökning av antalet läkare vid sjukhusen kan f. n. inte tillgodoses. I samband med att läkartillgången framdeles stiger (tabell 3: 3 s. 200 och tabell 3: 8 s. 213) torde det dock vara möjligt att successivt öka antalet läkartjänster av olika kategorier även vid sjukhusen. Härigenom skapas — som vi kommer att belysa längre fram — ett sjukhusorganisatoriskt underlag i fråga om tillgång på läkartjänster för att genomföra våra förslag.

Behovet av underordnade läkartjänster för vidareutbildning beror i första hand på vilka anspråk samhället har i fråga om läkare med särskild vidareutbildning, dvs. bl. a. specialister, tjänsteläkare och läkare med rätt att annonsera allmän praktik. Härtill kommer sådana faktorer som läkarnas fördelning på olika verksamhetsområden samt för dessa uppställda utbildningskrav.

Enligt medicinalstyrelsens enkät till läkarna den 1 april 1964 innehade 33 %

av dessa specialistbehörighet och enligt motsvarande enkät den 1 december 1965 hade andelen specialistkompetenta läkare stigit till 40 %. Den ökning, som sålunda inträtt, kan möjligen i någon mån bero på att läkare, som redan före enkäten 1964 fyllde utbildningskraven för specialistbehörighet, först under tiden mellan enkäterna begärt sådan. Ökningen torde dock väsentligen vara att tillskriva ett stegrat intresse hos läkarna för målinriktad vidareutbildning. Eftersom sjukvården i hög grad präglas av ökad specialisering, kan detta intresse antas växa ytterligare i framtiden. En annan faktor som man inte kan förbigå är att allmänheten, när så är möjligt, i många fall synes vilja hänvända sig till läkare som är specialister framför att gå till allmänläkare. Den övergång från mer eller mindre geografiskt och medicinskt isolerade enläkarstationer till två- och flerläkarstationer, som nu äger rum inom tjänsteläkarorganisationen, möjliggör också en viss ytterligare specialisering inom denna vårdgren.

Man måste således räkna med att flertalet läkare kommer att vidareutbilda sig. När det gäller att bedöma frågan om läkarnas fördelning på skilda specialiteter uppkommer mycket stora svårigheter. Dessa belyses av förhållandena inom den psykiatriska vården.

Mentalsjukvårdsberedningen framlade i två delbetänkanden, Psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1957: 40) och Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar (SOU 1958: 20), samt i huvudbetänkandet Mentalsjukvården — planering och organisation (SOU 1958: 38) ett långsiktigt program för mentalsjukvårdens organisation. Delegationen beräknade läkarbehovet inom de olika vårdkategorierna av mentalvården år 1970 till 1 836 läkare. Läkarprognosutredningen påpekade i betänkandet Om läkarbehov och läkartillgång (SOU 1961: 8) att delegationen vid sin beräkning utgått från invånarantalet vid 1957 års ingång. Om hänsyn togs till senare uppgifter om ökning av invånarantalet, skulle år 1970 komma att behövas ca 2 000 psykiatrer. Läkarprognosutredningen beräknade för sin del psykiaterbehovet år 1970 till 1 930. Med hänsyn till att tillgången på läkare inom det psykiatriska vårdområdet år 1960 uppgick till ca 500 skulle det sålunda under perioden 1960—1970 erfordras en nettorekrytering av 140 psykiatrer varje år. Enligt en av Svenska psykiatriska föreningens rekryteringskommitté gjord undersökning rörande antalet besatta tjänster inom den psykiatriska vården skulle dock det totala psykiatertillskottet under perioden 1956—1965 ha varit endast 25—30 per år.

Detta exempel åskådliggör svårigheterna att förutse utvecklingen inom olika specialiteter. Om samhället i högre grad än vad som hittills skett vill inrikta läkarna mot vissa specialiteter kan detta ske på så sätt att tjänsternas antal ökas inom de aktuella disciplinerna. Att söka fastställa hur många sådana tjänster som behövs i varje enskild specialitet är dock synnerligen vanskligt med hänsyn till att den medicinska vetenskapens snabba framsteg nödvändiggör fortlöpande ändringar i sjukvårdens organisation.

Vi har därför valt att beräkna endast det generella behovet av tjänster för läkare i underordnad ställning. I tabell 3: 5 är en sådan beräkning gjord beträffande behovet av läkartjänster för blivande specialister, allmänpraktiker och tjänsteläkare under åren 1972—1986. För beräkningen gäller följande presumtiva förutsättningar. Vi har utgått från den examination vid de medicinska lärosätena, som följer av pågående och planerad ökning av läkarut-

Tab. 3: 5. Beräknat behov av underordnade läkartjänster för vidareutbildning under åren 1972—1986

År	Erforderligt antal tjänster för läkare som genomgått grundutbildning enligt					Summa tjänster[1]
	föreslagen studieordning			nuvarande studieordning		
	för allmänutbildning	för specialistutbildning[1]	för utbildning av allmänpraktiker och tjänsteläkare[1]	för specialistutbildning	för utbildning av allmänpraktiker och tjänsteläkare	
1972	934			1 512	569	3 015
1973	1 033	448	261	1 609	605	3 956
1974	1 033	944	550	1 756	661	4 944
1975	1 116	1 440	839	1 464	455	5 314
1976	1 116	2 174	980	1 133	249	5 652
1977	1 116	2 763	1 007	780		5 666
1978	1 116	2 860	1 033	427		5 436
1979	1 116	2 904	1 033			5 053
1980	1 116	3 046	934			5 096
1981	1 116	3 144	835			5 095
1982	1 116	3 242	736			5 094
1983	1 116	3 340	736			5 192
1984	1 116	3 438	736			5 290
1985	1 116	3 438	736			5 290
1986	1 116	3 438	736			5 290

[1] Fr. o. m. år 1976 har behovet av tjänster uppräknats med 10 % för att täcka det ytterligare behov som kan uppkomma på grund av studieförseningar, ändrat utbildningsval m. m.

bildningen. Härtill har räknats med ett nettotillskott av 50 läkare med utländsk examen per år. Allmänutbildningen förutsätts börja 1972, specialistutbildningen och utbildningen till allmänpraktiker och tjänsteläkare 15 månader senare eller 1973. Under åren 1967—1979 beräknas 60 % av läkarna bli specialister och 35 % allmänpraktiker och tjänsteläkare. Fr. o. m. år 1980 antas fördelningen bli 70 % specialister och 25 % allmänläkare. 5 % av läkarna beräknas inte tjänstgöra på sjukhus (forskare m. fl.). Specialistutbildningen antas genomsnittligt pågå 5 år och utbildningen till allmänläkare 3 år. Härutöver förutsätts att läkarna inte uppehåller tjänsterna under längre tid än som behövs med hänsyn till deras planlagda vidareutbildning. Totalantalet tjänster har fr. o. m. år 1976 uppräknats med 10 % för att täcka det behov av ytterligare tjänster, som kan uppkomma på grund av studieförseningar, felaktigt utbildningsval o. d. Enligt tabell 3: 5 kommer totalbehovet av läkartjänster för vidareutbildning att öka från 3 015 år 1972 till 5 666 år 1977 för att sedan minska till 5 053 år 1979. Därefter ökar behovet på nytt och uppgår år 1984 till 5 290 tjänster. I fortsättningen uppgår det årliga behovet av tjänster till samma antal.

Förklaringen till att så många tjänster erfordras under åren 1975—1978 är följande. Under åren 1972—1978 kommer förutom läkare, som avlagt medicine licentiatexamen enligt den av oss föreslagna nya studieordningen, även ett antal läkare, som avlagt medicine licentiatexamen enligt nuvarande studieordning, att befinna sig under vidareutbildning till specialister, allmänpraktiker eller tjänsteläkare. För de läkare, som börjat sina studier läsåren 1959/60—1965/66

Tab. 3: 6. Antal svenska och utländska läkare under vidareutbildning med de svenska läkarna utbildade enligt nuvarande studieordning och med en antagen genomsnittlig studietid av 8,5 år

Intagningsläsår	Antal intagna studerande	Antal legitimerade läkare			År då vidareutbildningen börjar	Antal läkare under vidareutbildning[1], varav för	
		med svensk medicine licentiatexamen	med utländsk medicinsk examen	totalt		specialistutbildning (5 år)	allmänpraktiker- o. tjänsteläkarutbildning (3 år)
1959/60	409	377	50	427	1968	256 (68—72)	149 (68—70)
1960/61	453	417	50	467	1969	280 (69—73)	163 (69—71)
1961/62	475	437	50	487	1970	292 (70—74)	170 (70—72)
1962/63	546	502	50	552	1971	331 (71—75)	193 (71—73)
1963/64	586	539	50	589	1972	353 (72—76)	206 (72—74)
1964/65	586	539	50	589	1973	353 (73—77)	206 (73—75)
1965/66	718	661	50	711	1974	427 (74—78)	249 (74—76)

[1] Av det totala antalet legitimerade läkare antas 60 % utbilda sig till specialister och 35 % till allmänpraktiker och tjänsteläkare.

eller under de sju år som ligger närmast före det år då den nya studieordningen helt kan börja tillämpas, har den genomsnittliga studietiden antagits vara ca 8,5 år i överensstämmelse med resultaten av den utredning, som gjorts av medicinalstyrelsen i samråd med oss om studietiden för de läkare, som efter svenska studier legitimerats år 1965 (2.5.3.2.). Frekvensen studieavbrott för de studerande, som börjat sina studier under ovannämnda läsår, har beräknats till 5 % för manliga studerande och 15 % för kvinnliga. De studerande som fullföljer studierna kommer att avlägga licentiatexamen under perioden 1967—1973 och kan börja sin vidareutbildning under åren 1968—1974. 60 % av dessa läkare har antagits utbilda sig till specialister under 5 år och 35 % till allmänläkare under 3 år (tabell 3: 6). Åren 1972—1978 kommer sålunda två läkargrupper att samtidigt befinna sig under vidareutbildning (tabell 3: 5 och figur 3: 1). Den ena gruppen består av läkare som avlagt licentiatexamen enligt nuvarande studieordning. Den andra omfattar läkare, som avlagt licentiatexamen enligt den nya ordningen och följaktligen har en kortare studietid än läkarna i den förra gruppen (tabell 3: 7).

En ökning av antalet sjukhusläkare i underordnad ställning från ca 2 500 år 1967 till ca 5 600 år 1977 synes enligt vår mening inte vara orealistisk med hänsyn till sjukvårdens behov. Enligt Svenska landstingsförbundets och Sveriges läkarförbunds gemensamma utredning rörande omfattningen och karaktären av sjukhusläkarnas jourarbete (Läkarjourtjänsten 1965) arbetar nämligen underläkarna vid vissa kliniker i sluten och öppen vård inklusive jourfall genomsnittligt 51,6—53,1 timmar per vecka. Med utfyllnad till 24 timmar för varje primärjourdygn omfattar arbetstiden per vecka 82,6—86,9 timmar.

Ökningen av antalet underordnade sjukhusläkartjänster är till en del en följd av vårt antagande att specialisternas, tjänsteläkarnas och de vidareutbildade allmänpraktikernas andel av läkarkåren efter hand kommer att bli större.

Tab. 3: 7. Antal svenska och utländska läkare under vidareutbildning med de svenska läkarna utbildade enligt föreslagen studieordning och med 5,5 års studietid[1]

Intagningsår	Antal intagna studerande	Antal läkare			År då		Antal läkare under vidareutbildning, varav för	
		med svensk medicine licentiatexamen	med utländsk medicinsk examen	totalt	allmänutbildningen börjar	utbildningen till specialist, allmänpraktiker och tjänsteläkare börjar[2]	specialistutbildning[2] (5 år)	utbildning till allmänpraktiker och tjänsteläkare[2] (3 år)
1966/67	758	697	50	747	1972	1973	448 (73—77)	261 (73—75)
1967/68	844	776	50	826	1973	1974	496 (74—78)	289 (74—76)
1968/69	844	776	50	826	1974	1975	496 (75—79)	289 (75—77)
1969/70	916	843	50	893	1975	1976	536 (76—80)	313 (76—78)
1970/71	916	843	50	893	1976	1977	536 (77—81)	313 (77—79)
1971/72	916	843	50	893	1977	1978	536 (78—82)	313 (78—80)
1972/73	916	843	50	893	1978	1979	536 (79—83)	313 (79—81)
1973/74	916	843	50	893	1979	1980	625 (80—84)	223 (80—82)
1974/75	916	843	50	893	1980	1981	625 (81—85)	223 (81—83)
1975/76	916	843	50	893	1981	1982	625 (82—86)	223 (82—84)
1976/77	916	843	50	893	1982	1983	625 (83—87)	223 (83—85)
1977/78	916	843	50	893	1983	1984	625 (84—88)	223 (84—86)
1978/79	916	843	50	893	1984	1985	625 (85—89)	223 (85—87)
1979/80	916	843	50	893	1985	1986	625 (86—90)	223 (86—88)

[1] Samtliga läkare antas genomgå 15 månaders allmänutbildning.

[2] T. o. m. år 1979 antas 60 % av totala antalet legitimerade läkare utbilda sig till specialister och 35 % till allmänpraktiker och tjänsteläkare. Fr. o. m. år 1980 beräknas fördelningen bli 70 % specialister och 25 % allmänpraktiker och tjänsteläkare.

Den viktigaste anledningen är dock statsmakternas beslut om ökat intag av medicine studerande.

Nu rådande läkarbrist har medfört att medicinalstyrelsen måst tillämpa stor restriktivitet vid inrättande av nya läkartjänster inom den slutna vården. Tillgången på läkare för både öppen och sluten vård kommer dock att öka i takt med att allt fler medicine studerande blir färdiga med sin utbildning. Eftersom flertalet läkare först skall tjänstgöra som underordnade sjukhusläkare torde tillgången på läkare komma att växa snabbare inom den slutna vården än inom den öppna. Med tanke på att arbetstiden för flertalet sjukhusläkare f. n. är mycket lång är det önskvärt att antalet underordnade läkare inom sjukhusvården ökar. Deras tjänstgöring kommer att fylla ett sjukvårdsbehov. Man kan därför knappast göra gällande att de väsentligen tjänstgör för sin egen utbildnings skull.

Den procentuella andelen läkare av hela kåren, som varje år tjänstgör i underordnad ställning, framgår av tabell 3: 8. Denna bygger på dels det av oss beräknade behovet av tjänster enligt tabell 3: 5, dels medicinalstyrelsens analyser av läkarkårens sammansättning åren 1964 och 1965 och dels styrelsens analys av läkarkårens framtida utveckling under antagande av en studietid om sju år, dvs. den kortaste av de tre alternativa studietider som analysen omfattar.

För att föreslaget vidareutbildnings-

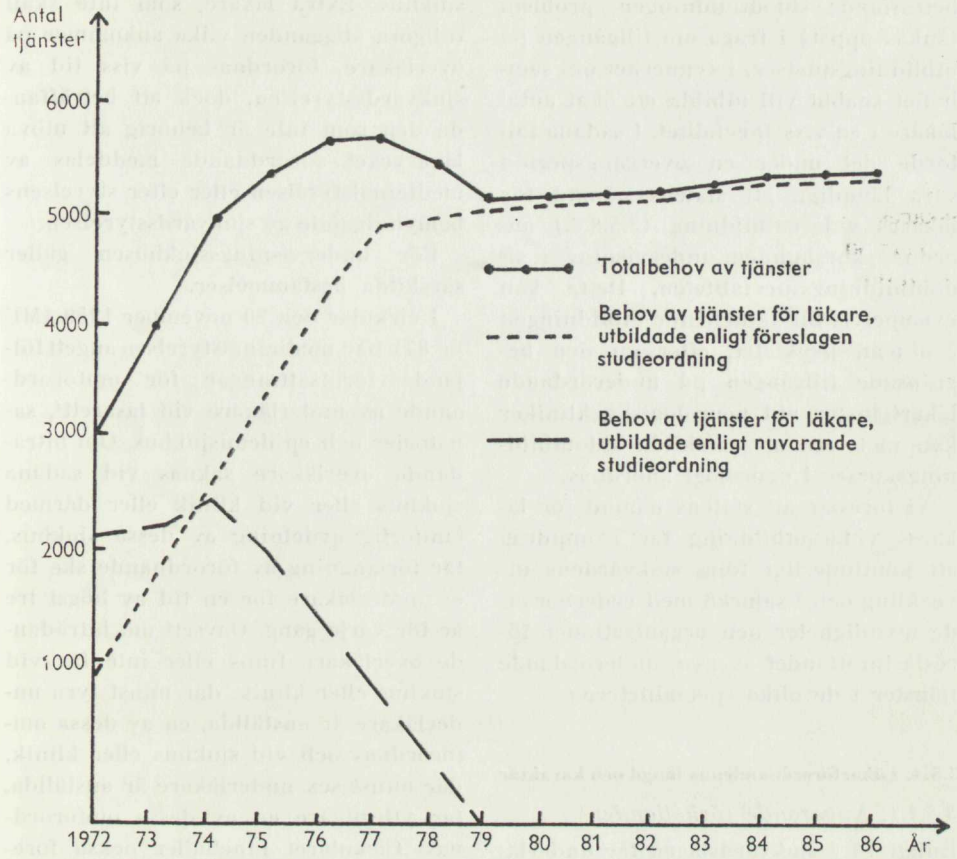


Fig. 3: 1. Totalbehov av underordnade läkartjänster under åren 1972—1986

program skall kunna genomföras fordras således att det inrättas ett stort antal nya tjänster för läkare i underordnad ställning. Vid remissbehandlingen av den nordiska arbetsgruppens betänkande framhölls särskilt svårigheten att anordna tillräckligt många utbildningsplatser vid sjukhusen av kategori I för den ettåriga utbildningen vid dessa sjukhus. Eftersom vi föreslagit att det inom varje sjukvårdsområde i princip bör finnas minst ett kategori I-sjukhus, torde svårigheterna på denna punkt inte bli större än det generella problemet att inrätta erforderligt antal tjänster för vidareutbildningen.

För vissa specialiteter kan, särskilt

Tab. 3: 8. Andelen läkare som vissa år beräknas fullgöra vidareutbildning som underordnade sjukhusläkare

År	Totalantal läkare	Läkare i underordnad ställning under vidareutbildning	
		antal	% av totalantalet läkare
1964	8 220	2 409	29,3
1965	8 520	2 441	28,7
1975	12 530	5 314	42,4
1980	15 899	5 096	32,1
1985	19 203	5 290	27,5
1990	22 350	5 290	23,7
1995	25 330	5 290	20,9
2000	28 092	5 290	18,8
2005	30 552	5 290	17,3

beträffande sidoutbildningen, problem tänkas uppstå i fråga om tillgången på utbildningsplatser, i synnerhet om samhället snabbt vill utbilda ett ökat antal läkare i en viss specialitet. I sådana fall torde det under en övergångsperiod vara lämpligt, att statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.) anordnar kursbunden undervisning i sidoutbildningsspecialiteten. Detta kan exempelvis bli aktuellt för utbildningen i allmän psykiatri, eftersom den begränsade tillgången på underordnade läkartjänster vid neurologiska kliniker kan motivera att särskilda sidoutbildningskurser i neurologi anordnas.

Vi föreslår att statens nämnd för läkares vidareutbildning får i uppdrag att kontinuerligt följa sjukvårdens utveckling och i samråd med vederbörande myndigheter och organisationer föreslå inrättandet av nya, underordnade tjänster i de olika specialiteterna.

3.5.4. Läkarförordnandenas längd och karaktär

3.5.4.1. Nuvarande förhållanden

Enligt 16 § sjukvårdslagen får underläkare och extra läkare anställas för biträde i sjukvården. Enligt 20 § samma lag förordnas underläkare av sjukvårdsstyrelse för högst tre år. Har förordnande meddelats för kortare tid än tre år, får förordnandet förlängas så, att den sammanlagda tiden för förordnandet kommer att uppgå till högst tre år. Utöver vad nu sagts får förlängning av förordnande som underläkare inte ske utan medicinalstyrelsens medgivande. Medicinalstyrelsen äger föreskriva, att förordnande på viss underläkartjänst får meddelas endast för kortare tid än tre år och att den, som under tre år innehaft underläkartjänst, inte får förordnas på annan sådan tjänst vid samma klinik eller, därest sjukhuset inte är uppdelat på kliniker, vid samma sjukhus. Extra läkare, som inte skall fullgöra åligganden vilka ankommer på överläkare, förordnas på viss tid av sjukvårdsstyrelsen, dock att beträffande den som inte är behörig att utöva läkaryrket förordnande meddelas av medicinalstyrelsen eller efter styrelsens bemyndigande av sjukvårdsstyrelsen.

För undervisningssjukhusen gäller särskilda bestämmelser.

I cirkulär den 20 november 1959 (MF nr 87) har medicinalstyrelsen angett följande förutsättningar för omförordnande av underläkare vid lasarett[1], sanatorier och epidemisjukhus. Om biträdande överläkare saknas vid sådana sjukhus eller vid klinik eller därmed jämförlig avdelning av dessa sjukhus, får förlängning av förordnande ske för en underläkare för en tid av högst tre år för varje gång. Oavsett om biträdande överläkare finns eller inte får vid sjukhus eller klinik, där minst fyra underläkare är anställda, en av dessa omförordnas och vid sjukhus eller klinik, där minst sex underläkare är anställda, får ytterligare en av dessa omförordnas. Cirkuläret innehåller också föreskrift om att vid sjukhus eller klinik, där minst fyra underläkartjänster finns, förordnande å en av dessa endast får meddelas för en tid av ett år samt att vid sjukhus eller klinik, där minst sex underläkartjänster finns, förordnande å två av dessa underläkartjänster endast får meddelas för en tid av ett år. Förordnande av detta slag får inte förlängas.

3.5.4.2. Förhållandena i de nordiska länderna

I *Danmark* kallas läkarna, som motsvarar underläkare i Sverige, reservelæge och 1. (förste) reservelæge. Tjäns-

[1] Med lasarett avses numera även de förutvarande mentalsjukhusen med egen överläkare.

terna kan tillsättas först sedan de kungjorts lediga. Förordnande på tjänst som reservelæge kan meddelas för ett, två eller tre år. Förordnande som avser ett eller två år kan förlängas till sammanlagt tre år. När rotation mellan grenspecialiteter eller angränsande specialiteter angivits i kungörelsen, kan förordnandet omfatta fyra år eller förlängas till denna tid. Med rotation förstås att läkarna efter en uppgjord plan erbjuds tjänstgöringar i fastställda perioder vid två eller flera avdelningar. Förordnandetiden på tjänst som 1. reservelæge är fem år. Under vissa förutsättningar kan denna tid förlängas med tre år. I övrigt kan återanställning på samma tjänst som 1. reservelæge efter utgången av den maximala tjänstgöringstiden endast ske om tjänsten inte efter vederbörlig kungörelse kan besättas på normalt sätt och i så fall endast för ett år.

I *Finland* benämns sjukhusläkarna i underordnad ställning assistentläkare. Förordnandetiden är tre år men den kan förlängas till sammanlagt sex år. Den, som önskar meritera sig för tjänstgöring vid universitetsklinik, kan också efter medicine licentiatexamen frivilligt tjänstgöra som amanuens[1]. Förordnandetiden uppgår till högst ett halvt år.

I *Norge* kallas läkarna, som motsvarar underläkare i Sverige, assistentlege och reservelege. Reservelegen är den äldre befattningshavaren. För tillsättningen gäller att tjänsterna skall ha varit ledigförklarade. Assistentleger förordnas på två år och förordnandet kan som regel förlängas med högst två år. Reservelegetjänster tillsätts på tre år med möjlighet till ett års förlängning av anställningstiden. Både assistent- och reserveleger kan dock få omförordnande under ytterligare ett år, om inga kvalificerade sökande anmält sig efter vederbörlig kungörelse. Utöver de nämnda kategorierna av underordnade tjänster finns också befattningar som kandidat. Sådan befattningshavare har den lägsta tjänsteställningen och utför regelmässigt inte något mera självständigt eller kvalificerat arbete. Förordnande på kandidattjänst kan vanligen erhållas under en tid av intill ett år.

3.5.4.3. Tidigare diskussion

Underläkartjänsterna behövs bl. a. för att läkarna skall kunna fullgöra den praktiska tjänstgöring som krävs för deras vidareutbildning. Det har därför ansetts nödvändigt att en cirkulation äger rum på dessa tjänster så att största möjliga antal läkare får tillfälle till sådan utbildning.

Både LS (se SOU 1945: 56) och LUK framhöll nödvändigheten av en ändamålsenlig disposition av underläkartjänsterna. Särskilt LS diskuterade ingående de riktlinjer som för detta ändamål borde följas. Genom cirkulär till huvudmännen den 7 januari 1950 (MF nr 8) och den 28 juni 1951 (MF nr 74) har också medicinalstyrelsen sökt verka för ett bättre utnyttjande av underläkartjänsterna.

I detta sammanhang vill vi hänvisa till följande uttalande av LUK.

> All underordnad tjänstgöring vid sjukhus innebär — — — 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.

[1] Amanuens är i Finland egentligen beteckning för den, som före läkarexamen fullgör den obligatoriska sjukhustjänstgöringen (= »Praktikum») om 10 månader.

Sjukhuslagstiftningskommittén anförde i sitt betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27) följande beträffande underläkarförordnandenas längd.

Den reglering som må vara erforderlig för att bereda läkarna erforderliga möjligheter till vidareutbildning såsom underläkare är icke av sådan art, att den lämpligen kan göras till föremål för uttömmande behandling i lag. Förhållandena är olika inom skilda specialiteter och behovet av föreskrifter kan variera under olika tidsperioder. Med hänsyn till dessa omständigheter synes det lämpligt, att i lagen endast upptages vissa grundläggande regler och att i övrigt medicinalstyrelsen får befogenhet att meddela de kompletterande föreskrifter som från tid till annan kan visa sig erforderliga. Därvid synes lagens huvudregel liksom för närvarande böra vara att underläkartjänst tillsättes för högst tre år. Har tjänst tillsatts för kortare tid än tre år, bör förordnandet få utan vidare förlängas intill maximitiden. Därutöver synes omförordnande — vare sig med eller utan förnyat ledigförklarande — icke böra få ske utan medicinalstyrelsens tillstånd.

För att bereda möjlighet till snabbare cirkulation på vissa tjänster bör medicinalstyrelsen bemyndigas att i vissa fall föreskriva kortare förordnandetid än tre år. Vidare bör medicinalstyrelsen erhålla befogenhet att meddela föreskrifter som begränsar rätten att inneha underläkartjänster, detta för att om så erfordras kunna förhindra ett kringgående av bestämmelserna angående omförordnanden. Den som under tre år innehaft underläkartjänst bör sålunda kunna förhindras att erhålla nytt förordnande vid samma specialavdelning eller, om sjukhuset ej är uppdelat på sådana avdelningar, vid samma sjukhus.

Kommitténs förslag biträddes av departementschefen (prop. 1959: 19) som därvid tillade, att medicinalstyrelsen för tillgodoseende av berättigade krav på kontinuitet inom sjukvården borde kunna lämna generellt medgivande till förnyat förordnande på vissa underläkartjänster och att styrelsen även i övrigt borde handha sina nu angivna befogenheter så att onödiga förflyttningar undveks.

1963 års klinikutredning uttalade i sitt betänkande om de statliga undervisningssjukhusens organisation (SOU 1966: 37) att vissa underläkartjänster borde tillsättas med ettårsförordnande. Med en sådan anordning kunde enligt utredningen de nyutexaminerade läkarnas behov av en första kontakt med kliniken tillgodoses. Dessutom kunde de randutbildningsbehov, som avsåg sådana specialiteter, som var representerade i första hand vid undervisningssjukhus, fyllas på detta sätt. Vidare kunde även andra specialistutbildningsbehov påkalla sådan förordnandetid. Utredningen fortsatte.

Efter denna första förordnandetid bör följa ett treårsförordnande, under vilket underläkaren får sin allmänna klinikutbildning. Vissa skäl talar för att sistnämnda förordnandetid tillbringas vid annat sjukhus än undervisningssjukhus. Utredningen är dock medveten om att olika omständigheter — ej minst svårigheter att i rådande läge på bostadsmarknaden finna bostad på annat håll — nödvändiggör, att även läkare på detta stadium av sin utbildning beredes plats vid undervisningssjukhus. — Under ytterligare en förordnandeperiod om tre år avses underläkaren fullfölja sin kliniska utbildning med inriktning främst på vetenskaplig skolning. Förlängning av förordnande utöver dessa sju år synes böra ske endast på synnerliga skäl. Sådana skäl kan vara grundade såväl på den enskildes som på sjukhusets och vederbörande akademiska lärosätes intressen.

Under den första, ettåriga förordnandeperioden bör underläkaren inte anförtros andra uppgifter inom utbildningsverksamheten och forskningen än sådan handledning, som sker i samband med sjukvård. Under de följande förordnandeperioderna bör han däremot dela sin tid mellan sjukvård, utbildning och forskning. Beträffande den sjukvårdande verksamheten vill utredningen betona vikten av att denna anordnas så att utbildningsmomenten i densamma utnyttjas på bästa sätt. Utredningen vill med sitt förslag om storkliniker

och klinikblock bland annat söka skapa underlag för en breddning av möjligheterna till cirkulation i utbildningssyfte mellan olika specialiteter och subspecialiteter enligt planerade tjänstgöringsprogram. I undervisningen bör underläkaren få ett mera markerat engagemang än vad som för närvarande är fallet.

Vid remissbehandlingen av klinikutredningens betänkande ansåg medicinalstyrelsen i motsats till utredningen, att ettårstjänster för underläkare — ursprungligen avsedda för randutbildning — inte borde förekomma vid undervisningsklinikerna. Vid dessa kliniker borde i underordnad ställning främst tjänstgöra dels sådana läkare som avsåg att förvärva för specialistbehörighet erforderlig huvudutbildning, dels de som jämte sjukvårdsarbetet önskade delta i såväl undervisning som forskning. För dessa läkare borde enligt medicinalstyrelsen förordnandeperioderna normalt vara tre år med möjlighet till omförordnande enligt utredningens förslag. Svenska landstingsförbundet underströk i anledning av utredningens förslag om begränsade förordnandetider för biträdande överläkare och underläkare vid undervisningssjukhus vikten av att erforderlig cirkulation erhölls på dessa för vidare- och specialistutbildning viktiga tjänster, något som förmodligen skulle ytterligare accentueras vid genomförande av nya specialistbestämmelser med ökat antal läkare under utbildning. Sveriges läkarförbund uttalade att idén att den normala anställningsformen för läkare skulle vara av korttidskaraktär enligt förbundets mening var fullständigt anakronistisk och för läkarkåren speciell. Läkarförbundet skulle i längden inte acceptera en sådan ordning, som ej heller sjukvården var betjänt av. Vidare anförde förbundet följande.

Utredningen har vidare föreslagit vissa underläkartjänster med 1-årsförordnande för att läkare direkt efter legitimationen skall kunna få kontakt med specialiteten och testa sitt intresse för densamma och för att sidoutbildning skall kunna erhållas på dessa tjänster. I och med introduktionen av den nya specialistutbildningen, innebärande att läkarna efter sin examen först skall genomgå en allmän utbildningsperiod, förfaller det första syftet med dessa 1-årstjänster. Sidoutbildningsbehovet bör — liksom annan specialistutbildning — kunna tillgodoses på tjänster med förordnande tillsvidare.

Av förarbetena till 1959 års sjukhuslag framgår att frågan om benämningen av de underordnade läkarkrafterna vid sjukhus övervägts. Det diskuterades att utbyta beteckningen underläkare mot annan benämning som mindre poängterade subordinationsförhållandet inom sjukhuset. Titeln avdelningsläkare, som i detta hänseende förslagsvis nämnts, syntes sjukhuslagstiftningskommittén icke godtagbar i lagtexten. Hinder mötte, anförde kommittén, givetvis inte att i praktiken använda denna eller annan benämning i stället för den som brukades i lagen.

I prop. 1959: 19 med förslag till sjukhuslag framhöll departementschefen följande.

Vad — — — angår de terminologiska spörsmålen avseende olika läkartjänster vill jag understryka, att i lagen inte bör införas flera benämningar än vad som krävs av lagtekniska skäl, dvs. för att särskilja sådana tjänster för vilka olika regler skall gälla. Om det i praktiken anses önskvärt att använda annan benämning på sjukhusläkare än sådan som upptagits i lagen, torde hinder häremot inte behöva möta. Med dessa utgångspunkter kan jag helt ansluta mig till kommitténs förslag, enligt vilket lagen skulle skilja mellan överläkare, biträdande överläkare, sjukstuguläkare, sjukhemsläkare, underläkare och extra läkare.

Vid riksdagsbehandlingen föranledde frågan ett särskilt yttrande av en minoritet inom andra lagutskottet. Detta utmynnade i en önskan om utredning om

inte annan eller andra benämningar kunde fås fram vilka i lagen kunde ersätta »underläkare».

3.5.4.4. Överväganden och förslag

Enligt direktiven bör frågan om underläkarförordnandenas längd prövas.

I avsnittet 3.5.3.3. har vi beräknat behovet av underordnade sjukhustjänster för läkarnas vidareutbildning under åren 1972—1986. Beräkningen bygger bl. a. på förutsättningen att läkarna inte uppehåller tjänsterna under längre tid än som behövs med hänsyn till deras planerade vidareutbildning. Vi har sålunda utgått från att en omsättning på tjänsterna måste äga rum för att tillräckliga utbildningsmöjligheter skall kunna erhållas. För att nå detta syfte synes olika lösningar vara tänkbara. Vi presenterar två alternativ.

Enligt det första alternativet tillsätts tjänsterna med förordnande tills vidare men sjukvårdshuvudmännen har rätt att säga upp den läkare som avslutat sin vidareutbildning, om hans tjänst behöver utnyttjas för annan läkares utbildning.

Det andra alternativet innebär att förordnandena på tjänsterna begränsas till att avse den tid, som krävs för fullgörandet av de olika tjänstgöringar som ingår i de skilda vidareutbildningsdelarna.

Om det första alternativet kan sägas följande. Sjukvården är självfallet mera betjänt av sådana läkare som helt eller delvis fullgjort sin vidareutbildning än av dem som saknar denna utbildning. Det kan därför antagas att huvudmännen inte skulle vara benägna att i erforderlig utsträckning använda sin rätt att säga upp de läkare som avslutat sin vidareutbildning. Med hänsyn härtill anser vi att detta alternativ inte erbjuder tillräckliga garantier för att antalet utbildningstjänster kommer att fylla behovet. Vår slutsats blir därför att förordnandena på vidareutbildningstjänsterna måste begränsas tidsmässigt.

Eftersom vidareutbildningen består av olika delar måste begränsningen av förordnandena anpassas till dessa.

Beträffande den för alla läkare obligatoriska allmänutbildningen bör meddelas »blockförordnanden» som omfattar föreskrivna tjänstgöringar i medicin, kirurgi och psykiatri under sammanlagt 15 månader. Sådan anställning bör varje läkare få inneha endast en gång. Som krav för anställningen bör givetvis gälla att läkaren inte erhållit legitimation.

Den som avser att utbilda sig till specialist har enligt vad vi tidigare föreslagit att fullgöra ytterligare nio månaders i huvudsak valfri tjänstgöring. Eftersom behovet av vikarier för semester, tjänstledigheter m. m. kommer att förbli stort under lång tid framöver, torde dessa tjänstgöringar kunna fullgöras i form av vikariat. Vi anser därför att inga särskilda regler för dessa förordnanden t. v. behöver fastställas. Om det i framtiden visar sig svårt att erhålla vikariat för denna tjänstgöring, bör tjänster med för ändamålet avpassade förordnandetider inrättas.

När det gäller den fortsatta vidareutbildningen bör tjänster inrättas, som möjliggör vidareutbildning för erhållande av kompetens dels som specialist, dels att bedriva allmän praktik och dels till tjänst med särskilda behörighetskrav. Vi kommer senare att föreslå samma krav för dem som utbildar sig till tjänsteläkare i ansvarig ställning — provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och stadsdistriktsläkare — som för blivande allmänpraktiker. Vidare kommer vi i det följande att föreslå att kompetenskraven för chefstjänster vid sjukhus (avdelningar), vilkas verksamhet är hänförlig till specialitet, skall överensstämma med specialistkraven.

Även för erhållande av behörighet till chefstjänster vid sådana avdelningar, beträffande vilka vi ej f. n. ansett oss böra föreslå specialistbestämmelser, bör tjänster inrättas.

När det gäller den fortsatta vidareutbildningen för alla nu nämnda läkarkategorier, bör förordnanden meddelas som omfattar den tid, som enligt gällande bestämmelser krävs för att den avsedda kompetensen skall erhållas. Det är önskvärt att även dessa förordnanden i största möjliga utsträckning meddelas som blockförordnanden, så att ett och samma förordnande tillförsäkrar läkaren hela den huvudutbildning och sidoutbildning eller motsvarande utbildning som ingår i kraven för avsedd kompetens. För att möjliggöra en anpassning till de praktiska svårigheter, som kan uppstå med hänsyn till avbrott i tjänstgöringen, längre ledigheter och andra personliga omständigheter, bör en generell regel införas om att förordnandetiden får förlängas med intill ett år om så befinns erforderligt. Uppkommer fråga om ytterligare förlängning, bör socialstyrelsen äga meddela sådan. Vid sjukhusen av kategori I bör inrättas särskilda ettårstjänster för dem som har att komplettera sin huvudutbildning vid sådant sjukhus. För att utbildningstjänsterna inte onödigtvis skall blockeras av läkare, som redan fullgjort föreskriven utbildning, bör föreskrivas att vid förordnande alltid skall avräknas den tid, varunder läkaren tidigare innehaft avdelningsläkartjänst vid klinik (avdelning) av samma slag som det nya förordnandet avser. Däremot anser vi att det — i varje fall t. v. — inte bör vara erforderligt att kräva avräkning även av sådan tjänstgöring, som fullgjorts som vikarie på avdelningsläkartjänst.

Några formella hinder bör ej gälla för den som förvärvat viss kompetens att utbilda sig för att erhålla annan kompetens. Sådan läkare får då endast förordnas för den ytterligare tjänstgöring som fordras för den nya kompetensen. I den mån alltså visst slag av tjänstgöring är gemensam för båda kompetenserna, får den endast fullgöras en gång såsom ordinarie avdelningsläkare.

Sedan en sjukhusläkare vunnit avsedd behörighet, finns intet behov att begränsa förordnandetiden för hans tjänstgöring inom den egna specialiteten. Den nuvarande regeln om treårsförordnanden har sålunda inte längre någon uppgift att fylla. Läkaren bör därför efter sjukvårdsstyrelsens bestämmande få förordnas som underordnad läkare antingen för viss tid eller tills vidare.

Frågan om benämningen underläkare bör bibehållas har som tidigare redovisats varit föremål för diskussion. Denna benämning antyder att vederbörande har en mera underordnad roll i sjukvården än vad som i verkligheten är fallet. Av psykologiska skäl är detta inte oväsentligt. Beteckningen avdelningsläkare har tidigare föreslagits men inte godtagits av statsmakterna vid behandlingen av förslaget till 1959 års sjukhuslag. Avgörande härför torde ha varit att benämningen avdelningsläkare vid sjukhusavdelning som inte är klinik — dvs. saknar vårdplatser — ansetts närmast beteckna chefen för avdelningen. Vi tror dock inte, att ett införande av »avdelningsläkare» i stället för »underläkare» i praktiken kan ge anledning till missförstånd och föreslår därför att beteckningen avdelningsläkare införs i stället för underläkare.

Vi föreslår sålunda följande. Tjänst inrättad för allmänutbildning tillsätts genom blockförordnande, som omfattar sex månaders tjänstgöring vid vardera medicinsk och kirurgisk klinik samt tre månaders tjänstgöring vid psykiatrisk

eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Sådan tjänst får innehas en gång och endast av läkare som inte erhållit legitimation. Den ytterligare allmänna utbildning om nio månader, som är föreslagen för blivande specialister, får fullgöras som vikarie med sedvanligt förordnande. För den fortsatta vidareutbildningen till kompetens av skilda slag meddelas förordnande, som omfattar den tid och om möjligt de specialiteter som krävs för erhållandet av respektive kompetens. Endast ett sådant förordnande får meddelas varje läkare. Tiden får dock, där så erfordras, förlängas med högst ett år och med medicinalstyrelsens medgivande under längre tid. Den som erhållit viss kompetens får förordnas under den tid som krävs för vinnande av annan kompetens. För komplettering av vidareutbildningen bör tjänster för kortare tider inrättas. Förordnande för läkare med specialistkompetens får meddelas för viss tid eller tills vidare efter huvudmannens bestämmande.

Vi föreslår vidare att i sjukvårdslagen och -stadgan införs benämningen avdelningsläkare i stället för den däri nu använda beteckningen underläkare.

3.5.5. Vikariatstjänstgöring

Enligt det nordiska avtalsförslaget får fristående vikariat av kortare varaktighet än en månad inte tillgodoräknas för huvudutbildning. Vidare får högst ett halvt år av huvudutbildningen fullgöras som vikarie, om inte vikariatet äger rum i omedelbar anslutning till tjänstgöring som innehavare av tjänst eller fråga är om sammanhängande vikariat under längre tid än ett halvt år. Avtalsförslaget innehåller inga motsvarande regler beträffande vare sig sidoutbildningen eller tjänstgöringarna under den allmänna utbildningsperioden.

3.5.5.1. Nuvarande förhållanden

Enligt gällande specialistbestämmelser får tjänstgöring som vikarie i underordnad ställning tillgodoräknas utan begränsning och sålunda även vikariat före legitimation som läkare. Ledighet för vikariat i självständig ställning, semester eller sjukdom får dock räknas som fullgjord tjänstgöring endast intill sammanlagt en sjättedel av den för varje utbildningsavsnitt bestämda tiden.

3.5.5.2. Förhållandena i de nordiska länderna

De regler om tillgodoräknande av vikariat, som gäller i Danmark, Finland och Norge, framgår av redogörelsen i avsnittet 1.4.2.1.

3.5.5.3. Tidigare diskussion

Det av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet år 1961 utarbetade förslaget till nya specialistbestämmelser innebar i detta hänseende ingen annan ändring i förhållande till nuvarande bestämmelser än att tjänstgöring som fullgjorts före erhållandet av legitimation som läkare fick tillgodoräknas endast till en tid av högst ett år.

Den nordiska arbetsgruppen anförde i motiven till avtalsförslaget följande.

> Då korta, fristående tjänstgöringar som vikarie måste anses sakna större värde ur utbildningssynpunkt, förordar arbetsgruppen, att fristående vikariat av kortare varaktighet än en månad icke godtages. Vidare bör högst ett halvt år av huvudutbildningen få fullgöras såsom vikarie, såvida icke tjänstgöringarna skett i ett sammanhang eller tjänst tillträdes i anslutning till vikariatet. — Den som under innehav av tjänst i underordnad ställning förordnas att vikariera på tjänst av högre valör på samma sjukhusavdelning bör få tillgodoräkna sig även tiden för vikariatet utan hinder av att detta icke avser tjänst i underordnad ställning. — I fråga om sidoutbildningen anser arbetsgruppen några gemensamma regler icke erforderliga. — Tjänstgöring före legitimationen eller den

fullständiga auktorisationen bör ej få tillgodoräknas beträffande vare sig huvud- eller sidoutbildning.

Vid remissbehandlingen av arbetsgruppens betänkande framhöll medicinska fakulteten i Uppsala, att den förutsatte att beteckningen »sammanhängande vikariat» även fick gälla en serie av vikariat på en och samma klinik där endast några få dagars tillfälliga avbrott eller lagstadgad semestertid kom emellan de enskilda vikariatsförordnandena. Även medicinska fakulteten i Lund ansåg att kortare och enstaka avbrott i tjänstgöringen ej borde utgöra hinder för att vikariatet fick tillgodoräknas som tjänstgöring för huvudutbildning. Medicinska fakulteten i Umeå ansåg att den föreslagna inskränkningen i läkares rätt att tillgodoräkna vikariat för huvudutbildningen sannolikt skulle komma att försämra underläkarnas möjlighet till tjänstledighet och även försvåra utnyttjandet av tillgängliga utbildningstjänster.

3.5.5.4. Överväganden och förslag

Vi anser i likhet med den nordiska arbetsgruppen, att rätten att tillgodoräkna vikariatstjänstgöring under vidareutbildningen bör begränsas endast vad gäller huvudutbildningen.

Den tjänstgöring, som krävs för sidoutbildningen och för kompetens att bedriva allmän praktik torde, om blockförordnande inte kan erhållas, kunna ske i form av korttidsförordnande eller vikariat. Några regler i fråga om vikariatens längd torde ej böra fastställas.

Enligt arbetsgruppens förslag får högst ett halvt år av huvudutbildningen fullgöras som vikarie, om inte tjänstgöringarna skett i ett sammanhang eller tjänst tillträds i omedelbar anslutning till vikariatet. Vid universitetskliniker är det inte ovanligt att en läkare får tjänstgöra som vikarie under flera år. Skälet härför är att ett större eller mindre antal läkare ständigt måste finnas tillgängliga för att vikariera när tjänsternas innehavare fullgör s. k. randutbildning, är tjänstlediga för forskning eller har semester. Kortare uppehåll i vikariatstjänstgöringen kan härvid inträffa utan att utbildningsvärdet av den totala tjänstgöringen minskar. Vi anser därför att som »sammanhängande vikariat» också bör räknas en följd av vikariat på en och samma klinik eller avdelning, där endast kortare avbrott eller lagstadgad semester kommit mellan de enskilda vikariatsförordnandena.

Vid överordnad läkares ledighet för semester m. m. brukar innehavare av underordnad tjänst förordnas att vikariera på den högre tjänsten. Eftersom sådant vikariat kan anses som ett led i vederbörande läkares vidareutbildning, bör denna tjänstgöring få tillgodoräknas utan begränsning.

Vi föreslår således att fristående vikariat av kortare varaktighet än en månad inte får tillgodoräknas för huvudutbildningen. Vidare föreslår vi att högst ett halvt år av huvudutbildningen får fullgöras som vikarie, om inte tjänstgöringarna skett i ett sammanhang eller tjänst tillträds i omedelbar anslutning till vikariatet. Som sammanhängande vikariat bör dock få tillgodoräknas en följd av vikariat vid en och samma klinik eller avdelning, där endast kortare avbrott eller lagstadgad semester kommit mellan de enskilda vikariatsförordnandena.

3.5.6. Läkarnas fördelning på sjukhus för allmänutbildning

Det nordiska avtalsförslaget reglerar inte denna fråga.

3.5.6.1. Nuvarande förhållanden

Eftersom våra förslag på sätt och vis innebär, att assistenttjänstgöringarna inordnas i allmänutbildningen, synes det

motiverat att redogöra för de bestämmelser som gäller i fråga om medicine kandidaternas tillträde till dessa tjänstgöringar.

Som nämnts i avsnittet 3.5.1.1. har universitetskanslersämbetet utfärdat förteckningar över de kliniker och institutioner, som ämbetet godkänt för fullgörande av nuvarande assistenttjänstgöringar. En av förteckningarna upptar också en räjongindelning av orter med sjukhus och institutioner, till vilka dessa tjänstgöringar får förläggas. Räjongerna är fem, en för varje lärosäte. Enligt gällande bestämmelser, som meddelats av universitetskanslern den 7 februari 1958, skall ansökan om assistenttjänstgöring göras hos vederbörande medicinska fakultet. Intet hindrar att ansökan samtidigt inges till flera fakulteter. Vad gäller assistenttjänstgöringarna i medicin och kirurgi måste ansökan göras senast en månad före den avsedda tjänstgöringens början. Utbildningsnämnden vid de skilda fakulteterna hänvisar de sökande till någon klinik eller institution, som ligger inom lärosätets räjong. Om antalet sökande är större än antalet lediga platser fördelas de sökande efter en särskild turordning. Denna grundar sig på viss poängberäkning. Sålunda erhålls poäng dels för varje hel kalendermånad, som förflutit efter medicine kandidatexamens avläggande till den sökta tjänstgöringens början (tidspoäng), dels för godkända tentamina (tentamenspoäng) och dels för varje kursmånad som fullgjorts efter medicin-kirurgiårets avslutande och före den sökta tjänstgöringens början (kursmånadspoäng). Bland sökande med samma poängsumma avgörs turordningen i sista hand genom lottning. Dessutom gäller vissa regler om förtur och ordningen mellan förtursberättigade bestäms också slutligt genom lottning.

I de flesta fall torde dock studerande erhålla plats för assistenttjänstgöring på annat sätt än ovan angivits. Vanligtvis frågar nämligen den studerande överläkaren vid en godkänd klinik, om han kan få tjänstgöra som assistent. Om så blir fallet, begär den studerande hos vederbörande utbildningsnämnd att bli hänvisad till kliniken. Därest flera studerande sökt sig till den aktuella kliniken, avgörs turordningen enligt tidigare angivna regler. Har den studerande fått vederbörande överläkares löfte att tjänstgöra som underläkarvikarie, accepterar vederbörande utbildningsnämnd i de flesta fall överenskommelsen.

3.5.6.2. Förhållandena i de nordiska länderna

I *Danmark* anmäler sig läkarkandidaterna som sökande till ledigförklarade reservelægetjänster vid sådana sjukhus, där s. k. turnustjänstgöring får fullgöras.

I *Norge* väljer turnuskandidaterna enligt en turordning, som avgörs genom lottdragning, plats bland sjukhus som finns upptagna på en av helsedirektoratet upprättad förteckning. Antalet sjukhusplatser är avpassat efter antalet kandidater.

I *Finland* sker medicine kandidaternas fördelning på amanuensplatser under hänsynstagande till i första hand vederbörandes vitsord.

3.5.6.3. Överväganden och förslag

Nuvarande ordning för ansökan om och hänvisning till assistenttjänstgöring torde inte kunna tillämpas efter en omläggning av utbildningen enligt våra förslag. De läkare som skall genomgå allmänutbildningen har nämligen avslutat sina akademiska studier och bör därför ej längre fördelas genom utbildningsnämndernas försorg. I det framtida läget måste man vidare med hänsyn

till sjukvårdens behov på ett helt annat sätt än tidigare söka fördela allmänutbildningsläkarna så jämnt som möjligt på de för denna utbildning tillgängliga sjukhusen. Det måste också beaktas att allmänutbildningen i motsats till assistenttjänstgöringen avses innebära ett reellt anställningsförhållande med ekonomiska och sociala konsekvenser.

Det mycket stora antal läkare, som skall fördelas på allmänutbildningstjänsterna, utgör i och för sig ett problem. Vi har i avsnittet 3.5.1.4. närmare redogjort för detta och även anvisat lösningar på detsamma.

Vid fördelningen av medicine licentiater på sjukhus för allmänutbildning bör största möjliga hänsyn tas till deras egna önskemål. Härutöver bör man sträva efter att förlägga tjänstgöringen i så omedelbar anslutning som möjligt till medicine licentiatexamen. Tjänstgöringen bör kunna påbörjas på vissa fastställda dagar för att läkarnas insatser i sjukvårdsarbetet skall kunna utnyttjas planmässigt och med god kontinuitet.

Fördelningen av läkarna på de olika sjukhusen kan ske enligt flera alternativ som alla ryms inom två olika huvudsystem. Enligt det första systemet skulle läkare från samtliga medicinska lärosäten gemensamt fördelas på landets alla godkända allmänutbildningssjukhus. Enligt det andra skulle läkarna fördelas endast på sjukhus inom en räjong för det lärosäte, där vederbörande avlagt medicine licentiatexamen. I likhet med vad som är förhållandet beträffande de kliniker och institutioner, till vilka assistenttjänstgöringarna får förläggas, skulle landet således enligt detta system indelas i räjonger med utgångspunkt från de skilda lärosätena. Den regionindelning av landet, som gäller för den högspecialiserade kroppssjukvården, torde dock inte kunna användas vid fördelningen av läkare på tjänster för allmänutbildningen, eftersom antalet medicine studerande är mycket varierande vid de olika medicinska lärosätena och eftersom ingen medicinsk grundutbildning är eller planeras bli anordnad i Örebro-regionen. Vid medicinska fakulteten i Umeå förväntas sålunda den årliga intagningen inte framdeles komma att överstiga 82 studerande under det att antalet årliga nybörjarplatser vid medicinska fakulteten vid karolinska institutet fr. o.m. höstterminen 1969 kommer att uppgå till 280. En eventuell räjongindelning måste utformas så att antalet tjänster för allmänutbildningen i varje räjong blir lika med det årliga utsläppet av medicine licentiater vid vederbörande lärosäte.

Efter att ha övervägt fördelarna och nackdelarna med de två ovan angivna fördelningssystemen har vi stannat för att förorda det första.

Våra förslag om grundutbildningen innebär, att medicine licentiatexamen normalt kommer att avläggas omkring den 1 februari och den 1 juli varje år. Om hänsyn tas endast till denna omständighet skulle det vara lämpligt att läkarna fördelades på sjukhus två gånger per år. En sådan ordning medför dock, att alla läkare som tjänstgör vid medicinska och kirurgiska kliniker skulle bytas ut var sjätte månad. Härigenom rubbas kontinuiteten i sjukvården. För att eliminera denna olägenhet anser vi att fördelningen bör ske fyra gånger per år med början förslagsvis omkring den 1 mars, dvs. en månad efter det första tillfället för licentiatexamens avläggande. De därpå följande fördelningarna bör göras med tre månaders mellanrum.

Den nu föreslagna ordningen har emellertid den nackdelen, att bara hälften av dem som examineras vid varje

tillfälle kommer att utan längre dröjsmål kunna fördelas på medicinska kliniker. För en del studerande kan ett dylikt dröjsmål vara fördelaktigt, eftersom de därigenom får tillfälle att kompensera inträffade förseningar i studierna. De nyssnämnda olägenheterna kommer också att minska genom att läkarna under mellantiden kan tjänstgöra som bl. a. vikarier i sjukvården. Denna tjänstgöring bör få tillgodoräknas antingen som en del av den ytterligare allmänna utbildning om nio månader, som blivande specialister föreslås skola genomgå, eller som en del av den särskilda utbildningen för allmän praktik (3.3.1.4. och 3.4.4.).

Det torde vidare vara önskvärt att läkarfackskolan, som omfattar 45 dagar och som de värnpliktiga läkare, vilka är avsedda för den militära krigssjukvården, har att genomgå, kunde anordnas fyra gånger per år. De läkare som måste vänta på att få börja sin tjänstgöring vid medicinsk klinik skulle, om vårt förslag beträffande läkarfackskolan genomförs, kunna utnyttja tiden för att genomgå denna. I kapitel 4 kommer vi att redogöra för vissa därmed sammanhängande problem. Genom intimt samarbete mellan statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.), som vi föreslår skall ombesörja läkarnas fördelning till allmänutbildningen, och vederbörande militära och civila myndigheter, borde en god samordning mellan å ena sidan den militära tjänstgöringen framför allt under läkarfackskolan och å andra sidan sjukhustjänstgöringen under allmänutbildningen kunna åstadkommas.

Med hänvisning till vad ovan anförts räknar vi således med att de läkare, som måste vänta med sin allmänutbildning, kommer att kunna utnyttja väntetiden på ett ändamålsenligt sätt.

I det följande anges en möjlig utformning av det av oss förordade systemet till fördelning av läkare för allmänutbildning.

I början av den sista studieterminen före medicine licentiatexamen erhåller den studerande från statens nämnd för läkares vidareutbildning en förteckning över alla för allmänutbildning godkända sjukhus. På förteckningen anger den studerande sina önskemål. Det sjukhus, vid vilket han helst vill tjänstgöra, betecknas med siffran 1. De följande sjukhusen numreras i önskad ordning. Till förteckningen fogas bestyrkt avskrift av betygen över de tentamina som genomgåtts under de fem första studieåren. Sedan förteckningen återställts till nämnden sker en preliminär fördelning av de sökande efter deras önskemål med hjälp av automatisk databehandling (ADB). I de fall, där flera läkare sökt sig till samma sjukhus, avgörs turordningen efter betygspoäng. I andra hand bestäms ordningen med hänsyn till om det önskade sjukhuset ligger inom räjongen för vederbörande lärosäte. I tredje hand avgörs ordningen genom lottning. Några tidspoäng enligt gällande bestämmelser om tillträde till assistenttjänstgöring bör ej förekomma, eftersom den bundna studiegången ej beräknas medföra några förseningar till följd av brist på utbildningsplatser.

Frågan om vederbörande läkare skall få börja sin tjänstgöring i anslutning till avlagd medicine licentiatexamen eller tre månader därefter bör avgöras under hänsynstagande till bl. a. vederbörandes värnpliktsförhållanden (kapitel 4) men däremot inte till vederbörandes betygspoäng.

Sedan fördelningen verkställts, lämnar vidareutbildningsnämnden den studerande preliminärt besked om vid vilket sjukhus han kan få genomgå sin allmänutbildning. Efter avlagd medicine licentiatexamen meddelar läkaren

nämnden om han accepterar att tjänstgöra vid anvisat sjukhus. För dem som lämnat nekande besked görs en ny fördelning på grundval av samtliga betyg i medicine licentiatexamen.

De tekniska möjligheterna att genomföra en fördelning på angivet sätt torde efter hand bli allt större. Vid de underhandskontakter, som vi haft med företrädare för KLP-gruppen (3.2.3.), har vi erfarit att sådana fördelningar är väl genomförbara och att kostnaderna kan beräknas bli relativt små. Det torde vara lämpligt, att statens nämnd för läkares vidareutbildning i samarbete med KLP-gruppen utformar de närmare detaljerna i det system, som kommer till användning.

Vi föreslår således att läkare från samtliga medicinska lärosäten gemensamt fördelas på alla de sjukhus, som godkänts för allmänutbildning, samt att statens nämnd för läkares vidareutbildning administrerar fördelningen. Nämnden bör därvid tillse att fördelningen blir så jämn som möjlig.

3.5.7. Behov av lärare och handledare

Enligt den nordiska arbetsgruppen borde sjukhusen av kategori I förses med tillräckliga resurser för den systematiska undervisningen i form av bl. a. lärare. Arbetsgruppen framhöll att i den mån akademiska lärare deltog i undervisningen borde denna tjänstgöring få ingå i deras undervisningsskyldighet. Det borde vidare ankomma på staten och sjukhushuvudmännen att vidta sådana åtgärder, att den systematiska undervisningen gjordes möjlig. Härvid borde enligt arbetsgruppen bl. a. beaktas behovet av särskilda lärartjänster eller lärararvoden och de speciella undervisningsanordningar, som kunde bli erforderliga, liksom att staten och sjukhushuvudmännen borde ställa sig välvilliga till ansökan om ledighet med lön och vikarie, när utbildningssökande läkare önskade delta i undervisningen.

3.5.7.1. Nuvarande förhållanden

Den teoretiska vidare- och efterutbildningen av läkare, som anordnas av olika myndigheter och organ (1.3.2.3. och 1.3.2.4.), kräver ett inte ringa antal lärare. Bl. a. erfordras föredragshållare för olika kurser, sammanträden och konferenser. I många fall, speciellt då föredragen ingått i specialistföreningarnas verksamhet, har ingen ersättning utgått till föredragshållarna. I de andra fall, då ersättning utgått, har detta skett i form av särskilda arvoden. Man torde kunna räkna med att denna verksamhet som regel skett vid sidan av vederbörandes tjänsteåligganden.

Ur det anslag, som ställts till universitetskanslersämbetets förfogande för vidareutbildning av bl. a. läkare, kan sedan budgetåret 1966/67 vissa medel användas för att friställa lärare vid de medicinska fakulteterna för att under begränsade perioder leda vidareutbildningskurser av rikskaraktär i de större kliniska ämnena. För det första budgetåret reserverades medel härför motsvarande lön till professor under 12 månader. Denna verksamhet är t. v. avsedd att vara av försökskaraktär.

Vid vart och ett av universiteten i Uppsala, Lund och Göteborg finns en professur i psykiatri, vars innehavare föreståt en klinisk avdelning för forskning och specialistutbildning i psykiatri.

Som framgår av avsnittet 3.3.5.4. förekommer under vidareutbildningen på sjukhus av olika kategorier viss undervisning i form av konferenser m. m. Några särskilda lärare för denna undervisning finns inte, utan den meddelas av olika överordnade läkare. Detsamma gäller den handledning, som överord-

nad läkare ger sina underordnade läkare vid den tjänstgöring, som fordras för att förvärva bl. a. specialistkompetens.

3.5.7.2. Förhållandena i de nordiska länderna

Den *danska* specialistnämnden redovisade i skrivelse till sundhedsstyrelsen den 12 oktober 1965, varmed nämnden överlämnade förslag till nya specialistbestämmelser, vissa beräkningar rörande behovet av nya tjänster för specialistutbildningen. Nämnden ansåg att vid de särskilda undervisningsavdelningarna (1.4.2.1.) borde finnas minst två fast anställda läkare och att det därför behövde fastställas nya normer för de fasta tjänsterna vid vissa av dessa avdelningar. Däremot ansåg nämnden inte att den nya specialistutbildningen utgjorde grund för att i allmänhet utöka läkarstaben. Det nödvändiga tillskottet av ett antal överläkartjänster kunde enligt nämndens uppfattning inte förväntas medföra något behov att utvidga den underordnade läkarstaben på dessa avdelningar. Emellertid förelåg i enstaka specialiteter särskilda förhållanden, som kunde göra det berättigat att utöka den underordnade läkarstaben.

I *Finland* och *Norge* pågår arbetet med att organisera den systematiska undervisningen.

3.5.7.3. Tidigare diskussion

LUK uttalade att anledningen till att man i vårt land kunnat förlita sig enbart på sjukhustjänstgöring i underläkarställning för specialistutbildningen var givetvis väsentligen den, att sjukhusens standard här var hög och relativt uniform. Detta förhållande gjorde att utbildningens värde i allmänhet blev tillfredsställande, när den fullgjordes på sjukhusavdelningar under kvalificerad ledning. LUK framhöll vidare att de välkvalificerade överläkarna under sjukhustjänstgöringens förlopp meddelade tillräckligt av specialitetens både teoretiska och praktiska kunskaper för att säkerställa en tillfredsställande utbildning av de underordnade läkarna. Något behov av speciella lärarkrafter m. m. för vidareutbildningen diskuterades sålunda ej av LUK.

I det av medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet år 1961 utarbetade förslaget till nya specialistbehörighetsbestämmelser behandlades inte frågan om behovet av läkare för handledning av blivande specialister.

Den nordiska arbetsgruppen uttalade sig inte om hur många läkare i överordnad ställning som borde finnas på de för specialistutbildningen godkända sjukhusen.

1963 års klinikutredning framhöll i betänkandet De statliga undervisningssjukhusens organisation (SOU 1966: 37) att en tillräckligt stor och tillräckligt differentierad personal måste finnas för de arbetsuppgifter, som hänförde sig till utbildningsverksamheten vid dessa sjukhus. Härvid måste enligt utredningen behovet av resurser för alla utbildningslinjer beaktas, således inte blott för den grundläggande läkarutbildningen utan även för forskarutbildningen, specialistutbildningen och annan vidareutbildning samt för den icke-akademiska utbildningen inom vårdyrkena.

I sitt remissyttrande över nyssnämnda betänkande anförde Sveriges läkarförbund att det var väsentligt att andelen läkare, som inte uppnått specialistkompetens, dvs. som befann sig under vidareutbildning, inte blev alltför stor i förhållande till antalet läkare med specialistkompetens, eftersom handledningen i så fall skulle bli otillfredsställande. Läkarförbundet ansåg att den av utredningen föreslagna sektions-

chefen liksom andra läkare på tjänster med specialistkompetenskrav vid ett undervisningssjukhus borde var och en kunna leda högst två icke specialistkompetenta läkare.

3.5.7.4. Överväganden och förslag

I vårt uppdrag ingår att söka fastställa behovet av handledande personal och andra lärarkrafter för undervisning och examination. En bedömning bör ske av hur behovet skall kunna tillgodoses och av hur tillgången på läkare för sjukvård påverkas. Även behovet av undervisningsresurser i övrigt och av utbildningstjänster bör bedömas.

I avsnittet 3.3.5.4. behandlas undervisning och studier under vidareutbildningen. Vi redogör där för dels den undervisning och handledning som rutinmässigt bör ingå i sjukvården och förekomma på alla för vidareutbildning godkända sjukhus, dels den systematiska, kursbundna undervisningen som föreslås förlagd företrädesvis till undervisningssjukhus.

Den i sjukvården ingående rutinmässiga undervisningen och handledningen av läkarna i det praktiska arbetet skiljer sig inte principiellt från i annan yrkesverksamhet förekommande undervisning och handledning av underordnad personal. På sjukhusen är integrationen mellan sjukvård och vidareutbildning mycket långt driven. Rondverksamheten sker exempelvis i stor utsträckning i form av lagarbete mellan äldre och yngre läkare. Detta lagarbete härrör från sjukvårdens krav på samverkan mellan olika personalkategorier och har inte uppkommit som en följd av vidareutbildningen. Det är således inte bara de överordnade läkarna, dvs. överläkarna och de biträdande överläkarna, som handleder sina underordnade läkare. Traditionellt handleder också de äldre underläkarna de yngre liksom i förekommande fall de medicine kandidater, som fullgör föreskriven assistenttjänstgöring. Den väsentliga handledningen meddelas emellertid av överläkarna och de biträdande överläkarna. Antalet tjänster för överordnade läkare var år 1964 1 981. Totalt fanns 8 220 yrkesverksamma läkare. År 1965 var motsvarande siffror 2 104 och 8 520. Om man räknar med att en läkare i överordnad ställning kan handleda två läkare under vidareutbildning krävs enligt det av oss beräknade behovet av underordnade läkartjänster (tabell 3: 5, s. 210) år 1972 totalt 1 508 överordnade läkare. Åren 1975, 1980 och 1986 krävs 2 657, 2 548 respektive 2 645 överordnade läkare. Om man utgår från att en läkare i överordnad ställning kan handleda tre läkare under vidareutbildning, krävs för vart och ett av åren 1972, 1975, 1980 och 1986 1 005, 1 771, 1 699 respektive 1 763 överordnade läkare.

Sålunda borde inte några generella svårigheter uppstå för vidareutbildningens del i fråga om tillgången på överordnade läkare, även om det anses att var och en av dessa inte bör ha överinseende över mer än två läkare under specialistutbildning. En viss ökning av antalet överordnade läkare torde visserligen komma att fordras, men denna ökning får även för sjukvårdens del anses vara önskvärd. Det finns f. n. ett inte tillgodosett behov av nya läkartjänster i den slutna vården. Allt eftersom läkarbristen avtar, bör restriktiviteten när det gäller att medge inrättandet av överordnade läkartjänster kunna minska.

Vid många sjukhus bedrivs omfattande utbildning även av annan sjukvårdspersonal än läkare, såsom av sjuksköterskor, assistenter av olika kategorier och undersköterskor m. fl. En inte ringa del av denna undervisning måste ombesörjas av läkare. För närvarande

innebär detta vid vissa sjukhus en stor arbetsbörda för läkarna. Denna undervisning ges av läkare såväl med specialistkompetens som utan. Allt eftersom läkartillgången förbättras, kommer denna undervisningsbörda att kunna fördelas på flera läkare. Det ökade antalet läkare under specialistutbildning kommer därför att innebära en önskvärd förstärkning i detta avseende. Vi tror således inte att det stigande antalet läkare under specialistutbildning vid sjukhusen kommer att minska utan i stället öka tillgången på lärare för utbildning av annan sjukvårdspersonal.

Övrig undervisning, som i avsnittet 3.3.5.4. föreslås ingå i sjukvården på de godkända sjukhusen, bör kunna ske utan annan ökning av antalet överordnade läkare än den som antytts tidigare i detta avsnitt.

Likaså bör den handledning av läkare, som enligt våra förslag har att tjänstgöra i öppen vård, kunna ske utan någon annan ökning av antalet handledande läkare än vad som krävs för sjukvårdens del.

Behovet av läkare för den kursbundna, systematiska undervisningen är mera svårbedömt. Vi har i avsnittet 3.3.5.4. föreslagit att den kursbundna undervisningen bör motsvara 120 timmar föreläsningar. Vi beräknar att antalet deltagare per kurs kommer att uppgå till i medeltal 15 och maximalt 25. Vi har försökt uppskatta antalet kurser, som måste anordnas om våra förslag om systematisk undervisning genomförs. Beräkningarna bygger på att den nya studieordningen för grundutbildningen och det nya vidareutbildningssystemet införs i enlighet med vårt förslag i kapitel 7. Vidare har antagits att så småningom upp till 70 % av läkarna kommer att genomgå specialistutbildning (tabell 3: 7, s. 212) samt att i medeltal 15 läkare deltar i varje kurs. Under dessa förutsättningar kommer i slutet av 1970-talet omkring 250 kurser att årligen behöva anordnas. Vi vill här erinra om att f. n. anordnas omkring 60 vidare- och efterutbildningskurser årligen utan att någon systematisk undervisning nu är föreskriven.

Behovet av lärarinsatser kan lämpligen exemplifieras med en enstaka kurs. Vi räknar med att det för det första behövs en kvalificerad kursledare, lämpligen en professor/överläkare, med uppgift dels att planera och leda förberedelsearbetet, dels att meddela vissa föreläsningar och leda huvuddelen av de demonstrationer, ronder och praktiska övningar m. m., som förekommer under kursen, och dels att förrätta kunskapskontroll och avge kursredogörelse. För detta ändamål räknar vi med att kursledaren under en vecka behöver friställas från övriga arbetsuppgifter. För det andra behövs en kurssekreterare, lämpligen en docent eller biträdande överläkare, med uppgift dels att genomföra förberedelsearbetet, utarbeta visst studiematerial och lämna anvisningar för kursdeltagarnas systematiska självstudier före kursen, dels att delta i huvuddelen av kursens demonstrationer, övningar m. m. och även i övrigt biträda kursledaren vid undervisningen och kunskapskontrollen. För detta ändamål räknar vi med att kurssekreteraren behöver friställas under två veckor. För det tredje torde härutöver för flertalet kurser särskilda lärarkrafter behöva utnyttjas för föreläsningar samt för enstaka demonstrationer och övningar.

Lärarbehovet för vidareutbildningen bör till en del kunna tillgodoses genom att man utnyttjar vissa nu tillgängliga undervisningstimmar vid undervisningssjukhusen. Vid dessa sjukhus, dit

den kursbundna undervisningen huvudsakligen avses bli koncentrerad, är nämligen f. n. en viss undervisningsvolym inte tagen i anspråk. Detta beror på att lärare och läkare i vissa specialämnen inte kan åläggas undervisning i samma omfattning, som lärare/läkare i andra ämnen har och som motsvarar den som är stipulerad för innehavare av ifrågavarande tjänst i universitetsstadgan eller i annan vederbörlig författning. Anledningen härtill är att det föreligger ett begränsat undervisningsbehov i de aktuella ämnena under utbildningen fram till medicine licentiatexamen. Förhållandena belyses bl. a. av den studie över undervisningsvolymen vid undervisningskliniker, som klinikutredningen redovisat i sitt betänkande. Vi föreslår att vederbörande myndigheter vidtar de åtgärder, som erfordras för att denna latenta undervisningsvolym skall kunna göras tillgänglig för vidareutbildningen. Vi föreslår vidare att det görs möjligt för övriga professorer och lärare i de kliniska ämnena att fullgöra en viss del av sin undervisningsskyldighet under vidareutbildningen. Det förutsätts härvid, att i den mån så erfordras undervisning av motsvarande omfattning meddelas av annan lärare under grundutbildningen.

Vi beräknar att det mot slutet av 1970-talet, då vidareutbildningen når full omfattning med behov av ca 250 kurser per år, kommer att behövas en årlig lärarinsats av kursledare och kurssekreterare omfattande ca 750 tjänstgöringsveckor — vilket motsvarar ca 16 helårstjänster — samt därutöver av ytterligare lärare för föreläsningar, demonstrationer och övningar. Vi räknar inte med att några särskilda lärartjänster skall behöva inrättas för den systematiska undervisningen. Vi föreslår i stället att lärarbehovet härför skall tillgodoses dels genom att lärare och läkare under kortare perioder mot ersättning motsvarande mistade avlöningsförmåner friställs från sina ordinarie arbetsuppgifter för att leda vidareutbildningskurser, dels genom att andra lärare/läkare engageras att mot arvode per timme meddela undervisning.

Som tidigare angivits bedrivs f. n. med medel ur universitetskanslersämbetets anslag för vidareutbildning av läkare m. m. en försöksverksamhet, varvid bl. a. professorer och andra akademiska lärare kan friställas för vidareutbildningsuppdrag. Syftet härmed torde i första hand vara att möjliggöra att nya kurser med krav på omfattande förberedelser kan igångsättas eller att framställa nytt undervisningsmaterial m. m. Även vid den av oss föreslagna utvidgade vidareutbildningsverksamheten torde behov av dylika punktvisa, relativt omfattande lärarinsatser uppkomma. Vi utgår därför från att statens nämnd för läkares vidareutbildning kommer att disponera medel även för detta ändamål.

3.5.8. Vidareutbildningens administration

3.5.8.1. Nuvarande förhållanden

Ärenden om specialistkompetens handläggs inom medicinalstyrelsen av en särskild nämnd, kallad medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet [kungörelsen med tillämpningsföreskrifter till lagen att utöva läkaryrket (1960: 653, ändrad senast 1966: 595)].

Förutom att meddela bevis om specialistkompetens har nämnden att uppmärksamt följa den medicinska utvecklingen och hos Kungl. Maj:t föreslå de ändringar beträffande indelningen i specialiteter och i fråga om kompetens-

krav för specialistbehörighet, som nämnden finner erforderliga.

Nämnden består av fem ledamöter, nämligen chefen för medicinalstyrelsen eller det medicinalråd han i sitt ställe förordnar, tillika ordförande, chefen för styrelsens lag- och utredningsbyrå samt tre av Kungl. Maj:t för högst fyra år utsedda ledamöter, av vilka en utses efter förslag av kanslern för rikets universitet och två efter förslag av Sveriges läkarförbund. För envar av de av Kungl. Maj:t särskilt utsedda ledamöterna skall finnas en ersättare, utsedd i enahanda ordning och för samma tid som vederbörande ledamot.

Nämnden äger vid behov infordra yttrande från medlem av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, från medicinsk läroanstalt eller från annat sakkunnigt organ. Över ansökan om bevis om specialistkompetens skall Sveriges läkarförbund beredas tillfälle att yttra sig.

Beslut, varigenom ansökan om bevis om specialistkompetens avslagits på grund av ofullständighet i sökandens utbildning, skall innehålla upplysning om i vilka hänseenden utbildningen ansetts otillräcklig. Såsom medicinalstyrelsens beslut gäller den mening, varom flertalet av nämndens ledamöter enat sig.

Medicinalstyrelsens nämnd för utländska läkare prövar kompetensen dels hos varje läkare, som erhållit sin läkarutbildning inom annat än nordiskt land och som önskar utöva läkaryrket i Sverige, och dels hos varje medicine studerande, som utbildats vid utländskt lärosäte och som önskar fortsätta sin läkarutbildning i Sverige (K. br. 10.4. 1959). Nämnden har därefter att besluta om den tjänstgöring och — efter samråd med universitetskanslersämbetet — den fortsatta utbildning vederbörande lämpligen bör genomgå för att erhålla behörighet att utöva läkaryrket här i landet.

Nämnden skall i erforderlig omfattning samråda med statens utlänningskommission.

Nämnden består av sex av Kungl. Maj:t utsedda ledamöter, nämligen en ordförande, en representant för medicinalstyrelsen, en representant för universitetskanslersämbetet samt tre representanter för de medicinska lärosätena. Ledamöterna och suppleanter för dessa utses för en tid av högst fyra år. Nämnden har att inom sig utse vice ordförande.

Nämnden äger hos medicinalstyrelsen erhålla för handläggningen av nämndens ärenden erforderlig sekreterar- och biträdeshjälp.

Det åligger medicinalstyrelsen att anvisa vederbörande läkare för utbildningen lämplig sjukhustjänstgöring.

I avsnitten 1.3.2.3. och 1.3.2.4. har vi redogjort för de olika former av frivillig vidareutbildning och efterutbildning, som anordnas av olika organ. Sålunda disponerar universitetskanslersämbetet vissa medel för vidareutbildning av läkare. Med stöd härav anordnas årligen ett flertal kurser i olika ämnen vid i första hand de medicinska fakulteterna. Medicinalstyrelsen anordnar vidare fortsättnings- och repetitionskurser för särskilt tjänsteläkare. Ur provinsialläkarfonden utbetalas bidrag till provinsialläkare för deltagande i kurserna och kursarvoden m. m. En särskild interimskommitté för medicinsk fortsatt utbildning arbetar sedan 1964 med att samordna vidare- och efterutbildningen i hela landet liksom att delta i planeringen av kommande verksamhet inom området. Sveriges läkarförbund och Svenska läkaresällska-

pet bedriver slutligen vidareutbildning i form av föredrag och symposier.

Vid det andra nordiska medicinska undervisningsmötet i Göteborg (oktober 1966) bildades en nordisk federation för medicinsk undervisning med uppgift att vara ett kontakt- och samarbetsorgan för de medicinska fakulteterna i Norden samt för de myndigheter och organisationer, som har att handlägga frågor om läkarutbildning i de nordiska länderna. Federationen har åtagit sig att arrangera undervisningsmöten, fackkonferenser, symposier och seminarier rörande för medicinsk undervisning aktuella frågor, att stimulera forskning beträffande medicinsk undervisning samt att etablera och upprätthålla utomnordiska kontakter.

3.5.8.2. Tidigare diskussion

Den nordiska arbetsgruppen uttalade att det undervisningssystem, som arbetsgruppen skisserat för blivande specialister (3.3.5.3.), borde kunna organiseras av antingen regeringarna genom deras medicinalstyrelser (motsvarande), de akademiska läroanstalterna, de vetenskapliga specialistföreningarna eller samtliga dessa instanser i samråd. Varje land borde avgöra vilken organisation som var den lämpligaste. En viss instans borde enligt arbetsgruppen dock ha ansvaret för organisationen av utbildningen, och denna instans borde få erforderliga resurser för ändamålet.

I en resolution, som antogs vid det tidigare nämnda medicinska undervisningsmötet i Göteborg, framhölls bl. a. följande. En planering av vidareutbildningen och dess systematiska undervisning måste ske på nationell nivå under intim kontakt mellan de nordiska länderna. Härvidlag måste en samverkan etableras mellan de medicinska fakulteterna, de vetenskapliga föreningarna, läkarorganisationerna, sjukvårdens huvudmän (sygehusejere) samt den offentliga hälso- och sjukvårdsadministrationen. Där organ för samarbetet inte fanns borde de inrättas.

3.5.8.3. Överväganden och förslag

Våra förslag innebär en omfattande vidareutbildning av läkare. För att administrera denna utbildning fordras ett särskilt organ. Vi föreslår att härför inrättas en särskild nämnd eller styrelse, förslagsvis kallad statens nämnd (styrelse) för läkares vidareutbildning. Denna bör i första hand ha att handlägga de speciella frågor, som rör fördelningen av allmänutbildningsläkarna på landets olika sjukhus, liksom sådana frågor, som sammanhänger med den i avsnittet 3.2.3. föreslagna läkarexamen. Vidare bör nämnden ha att organisera specialistutbildningen samt föreslå nya specialiteter. Sistnämnda uppgifter innebär bl. a. ett omfattande arbete med detaljplanering av den systematiska, kursbundna undervisningen samt den därtill anslutande kunskapskontrollen. Nämndens arbete blir med säkerhet krävande, då man bör räkna med att någon form av vidareutbildning blir aktuell för flertalet nylegitimerade läkare. Antalet legitimationer beräknas i framtiden komma att uppgå till ca 900 per år. Det gäller sålunda att i ett stort antal specialiteter organisera en effektiv vidareutbildning för ett betydande antal läkare per år.

En viktig uppgift för nämnden blir att godkänna sjukhus för allmänutbildning och vidareutbildning samt att indela de godkända sjukhusen eller avdelningarna i kategorier.

Nämnden bör ha befogenhet att tillkalla sakkunniga och experter för olika arbetsuppgifter. Sålunda torde det bli lämpligt att en särskild arbetsgrupp eller delegation tillsätts för bearbetning av de problem som sammanhänger med

Förslag till kansliorganisation för statens nämnd (styrelse) för läkares vidareutbildning samt nämnden för läkares specialistbehörighet och nämnden för utländska läkare

Byråchef	C 1	föredragande hos vidareutbildningsnämnden
Amanuens, byråsekreterare eller förste byråsekreterare	A 22: 24	
Kanslist	A 17: 17	
Biträde (kvalificerat)	A 11: 13	

Byrådirektör	A 28: 30	föredragande hos nämnden för utländska läkare	Byrådirektör	A 28: 30	föredragande i vissa ärenden hos vidareutbildningsnämnden
Kanslist	A 17: 17				
2 biträden (kvalificerade)	A 11: 13		Läkare	Arvode	föredragande hos specialistbehörighetsnämnden (deltid)
			Kanslist	A 17: 17	
			2 biträden (kvalificerade)	A 11: 13	

allmänutbildningen för legitimation och läkarnas fördelning på sjukhusen. En annan arbetsgrupp, bestående huvudsakligen av representanter för berörda ämnen, bör handha administrationen m. m. av den föreslagna läkarexamen. Vi räknar vidare med att för varje specialitet inrättas en arbetsgrupp med uppgift att detaljplanera den systematiska, kursbundna undervisningen och den därtill anslutande kunskapskontrollen.

Med hänsyn till de uppgifter som sålunda bör tillkomma nämnden synes den oss böra ha åtta ledamöter, varav ordföranden utses av Kungl. Maj:t utan förslag. Av de övriga bör en representera universitetskanslersämbetet, en socialstyrelsen, två Svenska landstingsförbundet, en Svenska stadsförbundet, en Sveriges läkarförbund och en Svenska läkaresällskapet.

Vi har övervägt om även de arbetsuppgifter, som nu tillkommer medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet och nämnden för utländska läkare, lämpligen borde överflyttas till den nya nämnden. Med hänsyn till den speciella sammansättning som bestämts för dessa nämnder har det dock synts oss lämpligast att de bibehålls. Skulle så bli fallet bör specialistbehörighetsnämndens fortsatta uppdrag begränsas till att huvudsakligen efter vederbörlig prövning meddela läkare bevis om kompetens att bedriva allmän praktik eller om specialistkompetens. Dessa nämnder handhar ju även uppgifter av detaljnatur som i varje fall inte skulle kunna handläggas av den nya nämnden in pleno. Kanslimässigt synes de dock böra samordnas med denna.

För att nämnden skall kunna fullgöra det omfattande arbete, som kommer att åvila den, krävs att den har till sitt förfogande ett väl utbyggt kansli. Detta bör ledas av en byråchef. Den

sammansättning som vi anser kansliet bör ha framgår av tablån på s. 232. Kansliet torde från organisatorisk synpunkt med fördel kunna inordnas i socialstyrelsen som en byrå. Den i förslaget till kansliorganisation upptagna personalen inberäknar respektive ersätter den redan befintliga personalen vid kanslierna hos medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet och nämnden för utländska läkare. För den förra nämnden har anvisats medel för en deltidsanställd läkare som specialföredragande. Kansliet vid den senare nämnden består av en deltidsanställd läkare som föredragande, en byrådirektör (A 26:26), en kontorsskrivare (A 13:15) och en kontorist (A 9:12).

KAPITEL 4

Värnpliktstjänstgöring

4.1. Nuvarande förhållanden

Värnpliktig är skyldig att inställa sig till inskrivningsförrättning det år han fyller 18 år. Den, som vid tiden för inskrivningen idkar eller gör sannolikt att han kommer att idka medicinska studier och som inte frikallas, blir vid inskrivningsförrättningen uttagen för utbildning i specialtjänst som värnpliktig läkare. Det övervägande antalet värnpliktiga läkare tilldelas armén. Ett mindre antal tilldelas flottan. Samtliga värnpliktiga läkare fullgör hela sin värnpliktstjänstgöring inom den försvarsgren de tilldelats. Huvuddelen krigsplaceras även där. Flygvapnets behov av läkare tillgodoses dock genom att vissa värnpliktiga läkare, som utbildats inom armén, krigsplaceras vid flygvapnet.

Den årliga utbildningskontingenten skall enligt prop. 1963:106 genomgå soldat- och befälsutbildning. Denna skall omfatta ca 185 dagar och fullgöras med två sommaromgångar — den grundläggande befälsskolan och sjukvårdsbefälsskolan — i början av de medicinska studierna samt med en vinteromgång mot slutet av studietiden.

Tillgången på värnpliktiga läkare överskrider enligt betänkandet Läkaren i totalförsvaret (SOU 1961:63) krigsmaktens behov av sådana läkare i krigsorganisationen. Enligt prop. 1963:106 (rskr 275) skall därför den årliga utbildningskontingenten värnpliktiga läkare efter de båda sommaromgångarnas grundläggande soldat- och befälsutbildning uppdelas i två kategorier, varav den ena är avsedd för den militära krigssjukvården och den andra — representerande överskottet i förhållande till krigsmaktens behov — för den civila krigssjukvården.

De värnpliktiga läkare, som avses för den militära krigssjukvården, skall genomgå en läkarfackskola mot slutet av studietiden, omfattande ca 45 dagar. Den inbördes ordningen mellan läkarfackskola och vinterutbildning har inte bundits. Den fortsatta tjänstgöringen fördelas därefter i omgångar under den återstående värnpliktstiden. Omkring 190 dagar fullgörs företrädesvis vid krigsförband. Den till medicine licentiatstudierna hörande assistenttjänstgöringen i kirurgi räknas inte längre som värnpliktstjänstgöring. Den sammanlagda tjänstgöringstiden för värnpliktiga läkare skall inte överstiga 420 dagar.

Den särskilda civila krigssjukvårdsutbildningen skall enligt betänkandet Läkaren i totalförsvaret ha till mål att göra läkarna kompetenta att tjänstgöra som krigstjänsteläkare och läkare i underordnad ställning inom sluten vård samt inom civilförsvaret. Utbildningen skall för samtliga berörda läkare omfatta en särskild kurs — grundkurs — om ca två veckor samt efter- och vidareutbildning under ca 45 dagar. Grundkurserna skall innehålla undervisning om krigssjukvårdens verksamhet och organisation samt tillämpad krigssjukvård.

De värnpliktiga läkare inom varje

utbildningskontingent, som efter grundläggande soldat- och befälsutbildning överförs till den civila krigssjukvården, skall — utöver grundkurs samt efter- och vidareutbildning — fullgöra resterande värnpliktstjänstgöring hos civila myndigheter eller vid institutioner, sjukhus och laboratorier, där från försvarsmedicinsk synpunkt värdefull tjänstgöring kan beredas. Denna tjänstgöring kallas försvarsmedicinsk assistenttjänstgöring och skall uttas även av de vapenfria läkarna. Den sammanlagda tjänstgöringsskyldigheten för de värnpliktiga läkare, som överförs till civil krigssjukvård, skall vara lika stor som tjänstgöringsskyldigheten för krigsmaktens värnpliktiga läkare eller 420 dagar. Assistenttjänstgöringens längd beror sålunda på den övriga utbildning, som ifrågavarande läkare har att genomgå.

Enligt statsmakternas beslut år 1966 (prop. 1966: 106, L²U 48, rskr 271), som grundar sig på 1960 års värnpliktsutrednings betänkande Värnplikten (SOU 1965: 68), skall utbildningen för alla kategorier värnpliktiga samordnas tidsmässigt på sådant sätt att en grundläggande krigsförbandsutbildning med allsidigt sammansatta förband kan genomföras under senare delen av grundutbildningen. Departementschefen anförde härom bl. a. följande.

> Det är därvid särskilt viktigt att de befälsuttagna värnpliktiga före den grundläggande krigsförbandsutbildningen hunnit få sådan färdighet i befälsutövning att de under denna utbildning varaktigt kan tjänstgöra i befattning i vilka de senare avses krigsplaceras. Denna sammanhängande period av praktisk befälsutövning under främst förbandsutbildning betraktar jag som en hörnsten i det nya utbildningssystemet.

I prop. 1966: 106 framhölls vidare, att de särskilda av Kungl. Maj:t utfärdade regler, som gällde för de värnpliktiga läkarnas tjänstgöring enligt prop. 1963: 106, inte förutsattes skola ändras.

4.2. Tidigare diskussion

Samarbetsgruppen för försvarsmedicinsk läkarutbildning (Sam FLU), som år 1964 tillsattes inom universitetskanslersämbetet, hade som huvuduppgift att utreda samordningen mellan å ena sidan de medicinska studierna under främst det s. k. fria kliniska stadiet och assistenttjänstgöringarna samt å andra sidan den civila och militära obligatoriska grundutbildningen i krigssjukvård. Samordningen gällde främst utbildningens organisation, utbildningsavsnittens innehåll samt frågan om de tidsmässiga övergångarna. I sitt under maj 1966 avgivna betänkande Försvarsmedicinsk grundutbildning förutsatte Sam FLU att den nuvarande kursen i krigsmedicin skulle ersättas av en försvars- och katastrofmedicinsk kurs, utformad på grundval av ett i SOU 1961: 63 avgivet förslag. Sam FLU föreslog, att denna kurs och den tidigare omtalade grundkursen skulle samordnas beträffande tid och kursinnehåll till en enhet, som skulle genomgås av alla medicine kandidater under det fria kliniska stadiet utom i de undantagsfall då i vederbörlig ordning dispens lämnats. Vederbörande universitetsmyndighet skulle avgöra om kurserna skulle ges på hel- eller halvtid. Detta förslag innebär alltså, att även de läkare, som avses för den militära krigssjukvården, skall genomgå grundkurs.

Sam FLU föreslog vidare, att den i prop. 1963: 106 föreslagna och enligt riksdagens skrivelse den 21 maj 1963 (nr 275) beslutade läkarfackskolan och vinterutbildningen skulle genomgås i nu nämnd ordning efter den försvars- och katastrofmedicinska kursen och

grundkursen och i regel under tiden för tredje avdelningen av medicine licentiatstudierna. Utbildningen skulle genomgås av de manliga värnpliktiga medicine kandidater, som uttagits i specialtjänst och som var avsedda för krigsplacering inom den militära krigssjukvården.

Beträffande Sam FLU:s förslag till uppläggning av den försvars- och katastrofmedicinska kursen hänvisas till avsnittet 2.5.3.6.

Den årliga utbildningskontingenten värnpliktiga läkare skall, som tidigare omtalats, efter grundläggande soldat- och befälsutbildning uppdelas i två grupper, varvid överskottet i förhållande till krigsmaktens behov överförs till den civila sektorn. Sam FLU föreslog att denna fördelning i princip skulle ske dels i samband med inskrivningsförrättningarna, dels under medicine licentiatstudierna och dels efter medicine licentiatexamen. De värnpliktiga, som vid inskrivningsförrättningarna hänfördes till besiktningsgrupperna tre och fyra, borde enligt Sam FLU överföras direkt till den civila krigssjukvården, där all deras tjänstgöringsskyldighet sålunda skulle fullgöras. Möjligt var även att vissa värnpliktiga, tillhörande besiktningsgrupp två, skulle kunna överföras på motsvarande sätt. Även andra på undersökningar och prövningar grundade normer kunde tänkas för en tidig överföring till den civila sidan. Under den medicinska grundutbildningen var enligt Sam FLU medicine kandidaternas kommande fredstida specialinriktning oviss. Endast i de fall underlag för en individuell prövning förelåg borde därför i anslutning till genomgången av den försvars- och katastrofmedicinska kursen samt grundkursen ett överförande till civil krigssjukvård komma till stånd. Den härigenom uppkomna mindre tilldelningen till den civila sidan av värnpliktiga medicine kandidater måste kompenseras genom en ökad tilldelning av färdigutbildade läkare, som fullgjort en del av sin facktjänstgöring inom den militära krigssjukvården.

Enligt detta förslag kommer läkarfackskolan och vinterutbildningen att genomgås av ett större antal läkare än vad som föreslagits i SOU 1961: 63. Sam FLU föreslog i likhet med prop. 1963: 106 att alla värnpliktiga läkare — oavsett fördelning för krigsanvändning och därmed anknuten utbildning — i regel skulle ha en total tjänstgöring om högst 420 dagar.

4.3. Överväganden och förslag

Då vi inte föreslagit några väsentliga ändringar i studiegången under de två första studieåren och då det tredje året, det s. k. propedeutiska året, avses skola börja omkring den 1 september, påverkar våra förslag varken den grundläggande befälsskolans eller sjukvårdsbefälsskolans placering.

I avsnittet 2.5.3.6. har vi redovisat vårt förslag om en samordning mellan kursen i försvars- och katastrofmedicin samt den civila grundkursen i enlighet med Sam FLU:s förslag.

I prop. 1963: 106 förutsätts, att läkarfackskolan skall genomgås mot slutet av studietiden och omfatta ca 45 dagar. Sam FLU har såsom tidigare nämnts föreslagit, att läkarfackskolan skall genomgås under tiden för tredje avdelningen av medicine licentiatstudierna. Eftersom vårt förslag innebär, att tredje avdelningen av medicine licentiatstudierna utgår ur grundutbildningen och inordnas i en allmän utbildningsperiod samt att det s. k. fria kliniska stadiet övergår till ett bundet kliniskt skede, är det enligt vår mening inte lämpligt,

att läkarfackskolan genomgås under den civila grundutbildningen. Om Sam FLU:s förslag att förlägga läkarfackskolan till tredje avdelningen av medicine licentiatstudierna tillämpas på vårt förslag till studiegång, skulle läkarfackskolan placeras i anslutning till allmänutbildningen.

Vi har i avsnittet 3.5.6.3. föreslagit, att läkarna skall fördelas på sjukhustjänster för allmänutbildningen fyra gånger per år. Två av fördelningarna föreslås skola ske i nära anslutning till de två tidpunkter på året, då medicine licentiatexamen avläggs, och de två andra tre månader efter nyssnämnda tidpunkter. En sådan ordning leder till att bara omkring hälften av dem, som vid vartdera tillfället avlagt medicine licentiatexamen, kommer att i anslutning till examen kunna beredas plats på sjukhusen och att den andra hälften får vänta tre à fem månader innan de kan börja den aktuella sjukhustjänstgöringen. De medicine licentiater, som sålunda inte får plats på sjukhusen direkt efter avlagd medicine licentiatexamen och som har att genomgå läkarfackskolan, skulle lämpligen kunna genomgå denna under väntetiden. De läkare, som kan börja sin sjukhustjänstgöring i anslutning till licentiatexamen, skulle kunna genomgå läkarfackskolan först efter tjänstgöringen vid psykiatrisk klinik, dvs. tidigast 16 månader efter avlagd licentiatexamen.

Med hänsyn härtill skulle det vara lämpligt att läkarfackskolan anordnades fyra gånger per år, förslagsvis under perioderna februari—april, maj—juli, augusti—oktober och november—januari.

Vinterutbildningen skall enligt prop. 1963:106 omfatta ca fyra veckor. Sam FLU har föreslagit, att vinterutbildningen skall genomgås efter läkarfackskolan. Då vinterutbildningen endast kan förläggas till någon av vintermånaderna, kan det vara lämpligt att anordna denna utbildning i anslutning till de läkarfackskolekurser, som arrangeras under tiden november—januari och februari—april. För de värnpliktiga som deltar i läkarfackskolan under andra tider på året, torde det bli nödvändigt att placera vinterutbildningen i ett senare skede.

Genom beslut den 27 maj 1966 har Kungl. Maj:t bemyndigat chefen för försvarsdepartementet att tillkalla en sakkunnig för att med biträde av erforderlig expertis utreda bl. a. utbildningen av olika kategorier specialtjänstuttagna värnpliktiga. Den tillkallade utredningsmannen jämte medhjälpare har antagit namnet »1966 års värnpliktskommitté» (VK 66). I direktiven till VK 66 framhöll föredragande departementschefen bl. a. följande.

> För egen del kan jag i allt väsentligt ansluta mig till de principer som utredningen (1960 års värnpliktsutredning) angett för de specialtjänstuttagnas utbildning. En ytterligare precisering av principerna bör emellertid ske och värnpliktslagens bestämmelser anpassas härtill. — — — Det utredningsarbete som krävs härför bör bedrivas med beaktande av vad som anförts i nämnda betänkande liksom av mig i förenämnda prop. 1966:106. Vid utredningen bör vidare beaktas den utveckling som pågår i fråga om sådan civil utbildning som kan vara av betydelse i detta sammanhang.

Under vårt arbete har vi haft kontakt med företrädare för VK 66. Överläggningarna har gällt frågor rörande samordning av civil och militär utbildning av värnpliktiga läkare. Enligt VK 66 eftersträvar man, att den i prop. 1966:106 föreslagna grundläggande krigsförbandsutbildningen med allsidigt sammansatta förband under grundutbildningens senare del skall kunna samordnas med vinterutbildningen. På grund av den år 1966 beslutade utbild-

ningsrytmen inom armén kan grundläggande krigsförbandsutbildning endast förläggas till vintermånaderna, dvs. i anslutning till den vinterutbildning som kan anordnas efter läkarfackskolorna under perioderna november—januari och februari—april.

Enligt VK 66 föreligger det stora svårigheter att inom armén anordna läkarfackskolor under tiden maj—augusti. Detta beror bl. a. på att utbildningsorganisationen är hårt belastad under denna period, på grund av dels »dubbelbeläggning» av underofficersuttagna värnpliktiga, dels värnpliktiga läkare och tandläkare som genomgår grundläggande soldat- och befälsutbildning och dels kurser för värnpliktiga officerare och reservofficerare. Vidare är det under sommarmånaderna inte möjligt att ordna förevisningsövningar, demonstrationer och stabsövningar m. m. för elever vid arméns läkarfackskolor. Detta beror på att övriga värnpliktiga ännu inte hunnit tillräckligt långt i sin grundutbildning. För det begränsade antal värnpliktiga läkare som tilldelats marinen är däremot utbildningsbetingelserna bättre under sommaren.

De värnpliktiga läkare, som enligt vårt förslag till fördelning på tjänster för allmänutbildningen skulle kunna delta i en läkarfackskola under sommarmånaderna, har börjat sin allmänutbildning i anslutning till medicine licentiatexamen som avlagts 16 månader tidigare. Om denna grupp innehåller företrädesvis sådana läkare, som inte skall genomgå läkarfackskola vid armén, minskas belastningen på den militära utbildningsorganisationen under sommarmånaderna. En senareläggning av läkarfackskolan för övriga värnpliktiga läkare inom gruppen innebär dock enligt vår uppfattning ett inte alltför stort avbräck i den civila utbildningen, då de genom en bunden studiegång kunnat fullfölja sin utbildning till legitimation utan att någon studietermin splittrats av värnpliktstjänstgöring. De värnpliktiga läkarna har i detta avseende en gynnad ställning i förhållande till övriga värnpliktiga med högre utbildning.

För de värnpliktiga, som uttas till militär krigssjukvård, skall den kvarvarande delen av värnpliktstjänstgöringen enligt prop. 1963:106 fullgöras såsom fortsatt tjänstgöring under den återstående värnpliktstiden. Huvuddelen av tjänstgöringen fullgörs vid krigsförband. Detta innebär att facktjänstgöringen kommer att kunna inträffa vid olika tidpunkter för olika läkare och under olika skeden av deras fortsatta vidareutbildning eller efter avslutad vidareutbildning.

För de läkare, som uttas för civil krigssjukvårdsutbildning, kommer den fortsatta tjänstgöringen att innebära dels efter- och vidareutbildning, dels tjänstgöring hos civila myndigheter eller vid institutioner, sjukhus och laboratorier, där från försvarsmedicinsk synpunkt värdefull tjänstgöring kan beredas. Denna s. k. försvarsmedicinska assistenttjänstgöring kommer att kunna inträffa vid olika tidpunkter för olika läkare och under olika skeden av deras fortsatta vidareutbildning eller efter avslutad vidareutbildning.

Den inverkan som den fortsatta värnpliktstjänstgöringen efter fullgjord läkarfackskola och vinterutbildning kommer att ha på läkarnas fortsatta vidareutbildning är mycket svår att överblicka. Vi utgår dock från att tjänstgöringarna kommer att äga rum delvis under läkarnas vidareutbildning på sjukhus och delvis efter avslutad vidareutbildning.

Vi föreslår följande. Den grundläggande befälsskolan om ca 85 dagar fullgörs liksom hittills under sommaren närmast före påbörjandet av de medi-

cinska studierna. Sjukvårdsbefälsskolan kan, sett ur den civila utbildningens synvinkel, fullgöras sommartid antingen under medicine kandidatstudierna eller sommaren närmast före påbörjandet av det propedeutiska stadiet. Militära skäl torde böra få avgöra om sjukvårdsbefälsskolan skall förläggas till den förra eller den senare perioden.

Den försvars- och katastrofmedicinska kursen samordnas med grundkursen och placeras under femte studieåret i enlighet med vårt förslag i avsnittet 2.5.3.6.

De läkare, som inte i anslutning till avlagd medicine licentiatexamen kan beredas plats på sjukhusen för allmänutbildning och som har att genomgå läkarfackskola, beredes möjlighet att göra detta i avvaktan på att de kan erhålla plats på sjukhusen. För dessa läkare bör således läkarfackskola kunna anordnas under perioderna februari—april respektive augusti—oktober. De läkare, som omedelbart efter avlagd licentiatexamen påbörjar allmänutbildningen, föreslås genomgå läkarfackskolan efter fullgjord obligatorisk tjänstgöring i psykiatri, dvs. tidigast 16 månader efter examen. För dessa läkare är behovet av kalendarisk samordning mellan civil utbildning och läkarfackskola inte lika framträdande. Läkarfackskolan bör i detta fall genomgås, då de militära utbildningsförutsättningarna är bäst, dvs. under vinterhalvåret för armén och under sommaren inom marinen.

Vinterutbildningen och den därmed samordnade grundläggande krigsförbandsutbildningen inom armén anordnas under vintermånaderna januari—mars och om möjligt under april för att de läkare, som genomgår läkarfackskolan under perioderna november—januari och februari—april, skall kunna fullgöra vinterutbildning omedelbart efter läkarfackskolan. De värnpliktiga läkare, som genomgår läkarfackskolan på andra tider, får fullgöra sin vinterutbildning under den egentliga specialistutbildningen.

Den del av värnpliktstjänstgöringen, som följer efter läkarfackskolan och vinterutbildningen, förutsätter vi kommer att fullgöras företrädesvis vid krigsförband under olika tidpunkter för olika läkare under deras fortsatta vidareutbildning och efter avslutad vidareutbildning.

Ett intimt samarbete bör etableras mellan statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.), som avses fördela läkarna på olika sjukhus för fullgörandet av allmänutbildning, och vederbörande militära myndighet. Detta för att samordningen skall bli den bästa möjliga mellan å ena sidan läkarfackskola, grundläggande krigsförbandsutbildning och vinterutbildning och å andra sidan sjukhustjänstgöringen under allmänutbildningen. Det är önskvärt att de blivande läkarna under sin sista studietermin och innan fördelningen till allmänutbildningen äger rum får besked om tidpunkten för eventuell genomgång av läkarfackskolan.

KAPITEL 5

Behörighetsfrågor

5.1. Legitimation

5.1.1. Nuvarande förhållanden

För rätt att verka som läkare inom svensk hälso- och sjukvård fordras behörighet att utöva läkaryrket. Bestämmelser härom är givna i lag den 30 juni 1960 (nr 408). Enligt lagen finns tre behörighetsgrunder, nämligen 1) legitimation, 2) förordnande att uppehålla statlig eller kommunal läkartjänst eller att tjänstgöra som extra läkare eller som amanuens vid klinik eller poliklinik, där medicinsk undervisning bedrivs, och 3) behörighet i viss begränsad utsträckning, i regel meddelad efter individuell prövning. Avlagd medicine licentiatexamen berättigar till legitimation, om inte omständigheterna är sådana, att sökandens legitimation skulle ha återkallats om han varit legitimerad. Grunderna för deslegitimering är brott av allvarligare slag, psykisk ohälsa som medfört oförmåga att utöva läkaryrket, grov oskicklighet vid yrkesutövningen eller eljest uppenbar olämplighet som läkare. Legitimationen meddelas och återkallas av medicinalstyrelsen. Förordnandebehörigheten meddelas av medicinalstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av sjukvårdsstyrelse, sjukhusdirektion eller annan myndighet. Dylikt bemyndigande har styrelsen lämnat sjukvårdshuvudmännen i cirkulär den 14 oktober 1963 (MF nr 113) med däri genom cirkulär den 15 juli 1965 (MF nr 61) gjord ändring. Begränsad behörighet ges av Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, av medicinalstyrelsen. Sådant bemyndigande har styrelsen fått endast i fråga om vissa nordiska läkare.

I flera författningar — bl. a. abort- och steriliseringslagarna samt kungörelserna med tillämpningsföreskrifter till dessa lagar — föreskrivs att där avsedda åtgärder eller intyg är förbehållna läkare med legitimation. Ifrågavarande bestämmelser är emellertid delvis satta ur kraft genom en kungörelse den 30 juni 1952 (nr 536). Enligt denna skall den, som utan att vara legitimerad läkare, innehar läkartjänst (dvs. ordinarie innehavare och icke vikarie) regelmässigt vara likställd med legitimerad läkare utom i fråga om uppgifter, för vilka i lag krävs legitimation.

5.1.2. Förhållandena i andra länder

I *Danmark* finns två former för rätt att utöva läkarverksamhet, A-auktorisation och B-auktorisation. Efter avlagd läkarvetenskaplig ämbetsexamen meddelas auktorisation som læge (A-auktorisation). Sådan läkare får tjänstgöra endast som underordnad läkare på sjukhus, som skeppsläkare eller som amanuens hos eller tillfällig vikarie för praktiserande läkare. För fullständig rätt att utöva läkarverksamhet, s. k. B-auktorisation, fordras att läkaren efter examen genomgått ett års klinisk sjukhusutbildning som läkarkandidat, s. k. turnus. Denna utbildning förvärvas genom tjänstgöring vid antingen medi-

cinsk och kirurgisk specialavdelning eller vid sjukhus, vilkas patientmaterial är av blandad medicinsk-kirurgisk beskaffenhet. Också tre månaders annan sjukhustjänstgöring kan ifrågakomma. Normalt krävs fem till sex månaders sammanhängande tjänstgöring vid allmän medicinsk avdelning och minst tre månaders kontinuerlig tjänstgöring vid allmän kirurgisk avdelning. Läkarkandidaten erhåller lön.

I *Finland* fordras för legitimation ingen tjänstgöring efter medicine licentiatexamen men i stället krävs, som tidigare påpekats (3.1.2.), för denna examen viss sjukhustjänstgöring som amanuens.

I *Norge* fordras för auktorisation turnustjänstgöring efter avlagd medicinsk ämbetsexamen. Denna tjänstgöring omfattar ett och ett halvt år, varav ett halvt år vid kirurgisk och ett halvt år vid medicinsk sjukhusavdelning samt ett halvt år såsom assistent hos praktiserande offentlig läkare. Turnuskandidaten uppbär lön.

I *Belgien, Holland, Schweiz* och *Tjeckoslovakien* krävs för fullständig legitimation ingen tjänstgöring efter avslutade universitetsstudier.

I *USA* ges legitimation åt läkare som utexaminerats från godkänd medicinsk läroanstalt och genomgått i vederbörande stat anordnad examination. I de flesta stater fordras härutöver att läkaren fullgjort viss sjukhustjänstgöring. Denna tjänstgöring kallas »internship» och är vanligen »roterande» med några månaders tjänstgöring vid medicinsk, kirurgisk och pediatrisk klinik. Ibland är tjänstgöringen emellertid »rak», dvs. den fullgörs vid en och samma klinik. Tjänstgöringstidens längd varierar mellan ett och tre år.

I *Västtyskland* krävs en tvåårig sjukhustjänstgöring för legitimation. Härav skall fullgöras sex månader vid invärtesmedicinsk klinik och fyra månader vid vardera kirurgisk och gynekologisk-obstetrisk klinik. Resterande tio månader får med vissa begränsningar fullgöras valfritt.

I *Österrike* fordras för fullständig legitimation en treårig sjukhustjänstgöring efter avlagd universitetsexamen.

Kravet på sjukhustjänstgöring efter fullgjorda medicinska studier varierar sålunda från land till land. Tilläggas bör att tiden för grundutbildningen också växlar länderna emellan. Sålunda omfattar grundutbildningen i Danmark sex och ett halvt år, Finland omkring sex och ett halvt år inklusive tio månaders amanuenstjänstgöring, Norge sex år, Belgien sju år, Holland sju år, Schweiz sex och ett halvt år, Tjeckoslovakien sex år, USA fyra år, Västtyskland fem och ett halvt år samt Österrike fem år.

5.1.3. Tidigare diskussion

I prop. 1960: 141 med förslag till lag om behörighet att utöva läkaryrket m. m. uttalade departementschefen, att det inte torde behöva råda någon tvekan om att man för den permanenta och oinskränkta läkarbehörigheten borde bibehålla den hävdvunna behörighetsformen legitimation. Vidare framhöll departementschefen följande.

> Liksom f. n. måste emellertid möjlighet finnas att ge tillfällig läkarbehörighet åt den som ännu ej avslutat sin utbildning men kommit så långt i denna, att hans tjänster kan tagas i anspråk för vikariat eller tillfälliga uppgifter inom hälso- och sjukvården. Även för att kunna ge behörighet åt utländska läkare, som under en tid önskar praktisera i landet utan att skaffa sig legitimation och som härvid bör kunna utnyttjas inom den slutna vården eller inom tjänsteläkarorganisationen, fordras en behörighetsform vid sidan av legitimationen. Denna behörighetsform torde böra regleras i huvudsaklig överensstämmelse med vad som f. n gäller och sålunda innebära att behörighet tillkommer den som

är förordnad av vederbörlig myndighet — medicinalstyrelsen eller myndighet till vilken styrelsen delegerat befogenheten — att uppehålla statlig eller kommunal läkartjänst eller att tjänstgöra som extra läkare eller som amanuens vid vissa sjukvårdsinrättningar. Några kompetensvillkor för meddelande av förordnande som medför läkarbehörighet bör lika litet som f. n. uppställas i lagen utan bör, i den mån de särskilda tjänsternas beskaffenhet kräver det, intagas i de författningar eller andra bestämmelser, som reglerar kompetenskraven för de olika befattningarna. Det grundläggande villkoret för att läkarbehörighet skall följa av förordnandet, nämligen att den förordnade har utbildning för läkaryrket och icke är lekman eller utövare av någon icke erkänd behandlingsmetod, bör emellertid framgå av lagen därigenom att behörighetsformen regleras i denna såsom en form för behörighet att utöva läkaryrket. — Vid förordnandebehörighet bör behörigheten, så länge förordnandet löper, vara fullständigt och sålunda icke inskränkt till blott de delar av läkaryrket, som är av omedelbar betydelse för den tjänst förordnandet avser. Det torde nämligen i praktiken vara nödvändigt med en fullständig behörighet för att den förordnade skall kunna fullgöra sina arbetsuppgifter utan besvärande hinder.

I den överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare, som trätt i kraft den 10 augusti 1966, anges följande villkor för förvärv av legitimation i annat nordiskt land:

Medborgare i fördragsslutande stat, som avlagt

dansk »lægevidenskabelig embedseksamen» och fullgjort föreskriven turnustjänstgöring eller

finsk medicine licentiatexamen eller

norsk »medisinsk embetseksamen» och fullgjort föreskriven turnustjänstgöring eller

svensk medicine licentiatexamen

och som i följd därav vunnit och fortfarande äger obegränsad legitimation såsom läkare i den stat, där examen avlades, skall äga rätt att under de i denna överenskommelse angivna förutsättningarna vinna legitimation såsom läkare i övriga fördragsslutande stater.

Samma rätt skall ock tillkomma medborgare i fördragsslutande stat, som avlagt läkarexamen i icke-nordisk stat och som vunnit och fortfarande äger obegränsad legitimation i nordisk stat.

Överenskommelsen innehåller även deslegitimeringsregler av innebörd att, om den ursprungliga legitimationen återkallas, legitimation som förvärvats i annat nordiskt land skall återkallas.

5.1.4. Överväganden och förslag

Enligt direktiven skall vi uppmärksamma de förändringar i reglerna om legitimation av läkare, som kan föranledas av en förändrad relation mellan grundutbildning och vidareutbildning. Härvid har vi att ta ställning till de krav i fråga om fullgjord tjänstgöring i öppen och sluten vård, som bör uppställas för en legitimation av samma innebörd som enligt nuvarande bestämmelser.

Det krav på sjukhustjänstgöring efter läkarexamen, som gäller i andra länder för rätt att enskilt bedriva läkarverksamhet, tillgodoses i viss mån av de i vår nuvarande grundutbildning ingående assistenttjänstgöringarna. Syftet med dessa är att de studerande under sin kliniska utbildning skall få tillfälle till praktiskt sjukvårdsarbete under visst eget ansvar och i former som närmar sig den färdige läkarens arbete.

På grundval av våra förslag om grund- och vidareutbildningen har vi ingående diskuterat vid vilken tidpunkt legitimationen som läkare bör meddelas. Tre alternativ synes tänkbara: 1) efter avlagd medicine licentiatexamen, 2) efter förvärvad behörighet som specialist (motsvarande) eller allmänpraktiker samt 3) efter fullgjord allmänutbildning och avlagd läkarexamen.

Den historiska bakgrunden till legitimationsordningens införande är följande. Enligt 55 § läkarinstruktionen den 30 december 1911 hade den som avlagt

svensk medicine licentiatexamen behörighet att utöva läkarkonsten, numera läkaryrket. I 17 § instruktionen för medicinalstyrelsen den 31 december 1900 stadgades att envar, som var behörig att inom riket utöva läkarkonsten, borde med företeende av vederbörliga betyg anmäla sig hos styrelsen för att erhålla legitimationsbevis och bli i styrelsens matrikel över alla behörigen legitimerade läkare inskriven. Underlåtenhet att göra sådan anmälan utgjorde emellertid inte något hinder att utöva läkarkonsten. Behörighet härtill erhölls redan genom avläggande av licentiatexamen, och legitimationen hade sålunda i detta hänseende ingen särskild rättslig betydelse; den var endast en ordningsåtgärd.

I skrivelse till Kungl. Maj:t den 11 maj 1907 anhöll riksdagen om utredning i frågan om och i vad mån läkare måtte som straffpåföljd eller av annan orsak kunna för längre eller kortare tid fråntas rätten att utöva läkarverksamhet. I skrivelsen anfördes bl. a. att förhållanden kunde inträffa, då en befogenhet att frånta läkare rättigheten att utöva läkarverksamhet var av behovet påkallad, men att staten inte förbehållit sig någon sådan rätt.

För att skydda allmänheten mot läkare, som visat sig ovärdiga det förtroende läkare bör åtnjuta eller oförmögna att på tillfredsställande sätt utöva sitt yrke, infördes därför i lagen den 21 september 1915 (nr 362) om behörighet att utöva läkarkonsten den ordningen att legitimationen blev avgörande för medicine licentiats läkarbehörighet. Ändringen var endast av formell natur och innebar att behörigheten blev beroende av anmälan hos medicinalstyrelsen och inte inträdde redan på grund av avlagd examen. Däremot saknade legitimationen betydelse för övriga i lagen intagna behörighetsgrunder, t. ex. innehav av läkarbefattning på grund av Kungl. Maj:ts utnämning eller förordnande som läkarvikarie.

Legitimationsordningen har sålunda införts för att ge samhället möjlighet att i vissa fall frånta en medicine licentiat behörigheten som läkare och därmed förbjuda honom att utöva sitt yrke.

Om frågan ses uteslutande från denna synpunkt skulle det kunna göras gällande att legitimationen bör ges vid den tidpunkt när den blivande läkaren aktivt börjar delta i det praktiska sjukvårdsarbetet, dvs. efter den av oss föreslagna medicine licentiatexamen, eftersom därmed inträder ett behov av att kunna frånta honom hans rätt att utöva yrket. Från denna tidpunkt bör socialstyrelsen också kunna i disciplinär ordning ingripa mot läkaren vid fel eller försummelser i yrkesutövningen. Även den omständigheten att de akademiska studierna vid denna tid är avslutade och den professionella verksamheten börjar kan tala för att legitimationen meddelas redan då.

Emellertid är legitimationen allt sedan sin tillkomst även ett bevis om vederbörandes rätt att utan begränsning utöva sitt yrke. År 1915 avsåg nämligen medicine licentiatexamen att ge de studerande sådan utbildning, att de kunde anförtros att självständigt utöva läkaryrket, sålunda även som enskilt praktiserande läkare. Från allmänhetens sida föreligger ett berättigat krav att på ett enkelt och entydigt sätt få veta om en person, som är verksam på hälso- och sjukvårdens område, besitter erforderlig medicinsk utbildning eller inte. Detta är så mycket mer motiverat som i vårt land även icke-läkare i princip äger utöva läkaryrket. Sådant krav kan resas även från samhällets skilda organ på grund av behovet i olika sammanhang av undersökningar, utlåtanden och intyg rörande människors hälsotillstånd. Även för arbetsgivare i allmänhet är detta av

betydelse. Legitimationen utgör beviset på att läkaren helt genomgått föreskriven utbildning och förvärvat tillräcklig kunnighet och färdighet för att självständigt utöva sitt yrke. Detta förutsattes också av departementschefen i det tidigare citerade uttalandet, där han framhöll att legitimationen borde vara formen för permanent och oinskränkt läkarbehörighet.

Alternativet att ge legitimationen efter den av oss föreslagna medicine licentiatexamen — dvs. utan annan sjukhustjänstgöring under handledning än den som fullgörs under de kliniska kurserna — skulle innebära en radikal ändring av den betydelse som begreppet legitimation traditionellt har i vår medicinalorganisation.

Beaktas bör vidare, att legitimation inte endast ifrågakommer för läkare utan även för flera andra grupper av medicinalpersonal — tandläkare, apotekare, sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster och optiker. Förslag föreligger om införande av legitimation för psykologer, och ytterligare grupper torde framdeles kunna komma i fråga. För samtliga kategorier gäller, att legitimationen erhålls när vederbörande anses kompetent att självständigt utöva sitt yrke.

Det synes i hög grad otillfredsställande om legitimationen skulle få olika innebörd för olika personalgrupper. Från allmänhetens synpunkt skulle berättigade invändningar kunna göras mot en sådan ordning.

Alternativet att meddela legitimationen efter förvärvad behörighet som specialist (motsvarande), allmänpraktiker eller tjänsteläkare bygger på uppfattningen att samhället inte har behov av andra självständigt verksamma läkare än dem som genom vidareutbildning förvärvat särskild kompetens. Detta skulle logiskt sett medföra att legitimationen meddelades först efter avslutad vidareutbildning och sålunda tidigast ca fem respektive tre år efter medicine licentiatexamen. Ett sådant förslag skulle strida mot vårt uppdrag och dessutom innebära en orimligt lång yrkesutbildning utan motsvarighet i vårt samhälle.

Alternativet att ge legitimationen efter fullgjord allmänutbildning och godkänd läkarexamen motsvarar bäst nuvarande förhållanden. Det återstår dock att lösa frågan hur man skall kunna skilja en medicine licentiat som fullgör allmänutbildning från yrkesutövningen. Detta kan enligt vår mening ske så att dessa läkare, med stöd av 9 § lagen om behörighet att utöva läkaryrket, meddelas behörighet att utöva läkaryrket vid den klinik där allmänutbildningen fullgörs — sålunda en form av begränsad behörighet — och att socialstyrelsen ges befogenhet att återkalla denna behörighet under samma förutsättningar som gäller beträffande legitimerad läkare. Genom en sådan ordning får socialstyrelsen automatiskt också befogenhet att disciplinärt inskrida mot dessa läkare.

För egen del finner vi att frågan om legitimationens meddelande bör lösas enligt det sistnämnda alternativet. Vi föreslår därför följande krav för erhållande av legitimation, nämligen 1) avlagd medicine licentiatexamen, 2) fullgjord allmänutbildning, omfattande sex månaders tjänstgöring vid vardera medicinsk och kirurgisk klinik och tre månaders tjänstgöring vid psykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, samt 3) avlagd läkarexamen.

5.2. Behörighet till vissa civila läkartjänster

I vårt uppdrag ingår att beakta sambandet mellan bestämmelserna om specialistbehörighet och reglerna om be-

hörighet till vissa civila läkartjänster samt att uppgöra förslag till regler på sistnämnda område.

5.2.1. Nuvarande förhållanden

I avsnittet 1.3.2.2. har vi redogjort för de bestämmelser som reglerar kompetenskraven för olika slag av läkartjänster. Utöver vad som framgår av redogörelsen bör nämnas att medicinalstyrelsen och statens institut för folkhälsan anordnar frivilliga kurser i socialmedicin respektive hygien för tjänsteläkare. Kurserna utgör inget villkor för behörighet till befattning som tjänsteläkare. Genomgång av kurserna tillgodoräknas dock i merithänseende.

5.2.2. Tidigare diskussion

Tjänsteläkare. LUK ansåg att behörighetsvillkoren för dessa läkare — minst åtta månaders tjänstgöring som underordnad läkare vid offentlig eller enskild sjukvårdsinrättning, varav minst fyra månader vid odelat lasarett eller vid medicinsk eller kirurgisk sjukhusavdelning — var otillfredsställande med hänsyn till de uppgifter som kommit att åvila dessa läkare. Avsevärt större krav måste enligt LUK ställas på tjänsteläkarnas kompetens än på allmänpraktikernas, för vilka kommittén föreslog en sjukhusutbildning om två år. Å andra sidan borde kraven knappast sättas så högt som fem år, vilket skulle motsvara tiden för specialistutbildningen. LUK föreslog därför att tjänsteläkare skulle ha en tre års sjukhusutbildning i underordnad ställning med tjänstårsrätt. Av dessa tre år skulle ett och ett halvt år fullgöras på invärtesmedicinsk avdelning, odelat lasarett eller sjukstuga, varav intill ett halvt år dock skulle kunna utbytas mot tjänstgöring på kirurgisk lasarettsavdelning, fyra månader på psykiatrisk avdelning eller sinnessjukhus, tre månader på epidemisjukhus, bakteriologiskt laboratorium, barnsjukhus eller tuberkulosavdelning (sanatorium, fristående centraldispensär), tre månader på obstetrisk-gynekologisk avdelning samt åtta månader på valfri sjukhusavdelning. LUK föreslog vidare, att dessa kompetensvillkor obligatoriskt skulle gälla för behörighet till befattning som tjänsteläkare. Med hänsyn till svårigheterna att få kompetenta sökande till tjänsteläkarbefattningar borde dock medicinalstyrelsen tills vidare medges rätt att i lämplig omfattning bevilja dispens från behörighetsvillkoren. Utöver den angivna sjukhusutbildningen borde, ansåg LUK, liksom dittills anordnas tjänsteläkarkurser för särskild undervisning i socialmedicin och hygien. Tjänsteläkarkurserna borde utökas i omfattning och bli obligatoriska. Genomgången kurs borde dock inte vara behörighetskrav men det borde föreskrivas att sådan kurs skulle fullgöras inom fem år efter tillträdet av befattningen.

Vid remissbehandlingen av LUK:s betänkande förklarade sig medicinalstyrelsen i princip vilja ansluta sig till förslaget om en vidareutbildning för tjänsteläkare om tre års sjukhustjänstgöring trots att det med rådande rekryteringssvårigheter beträffande provinsialläkarbanan kunde synas mindre lämpligt att höja kompetenskraven för denna kategori läkare. Styrelsen ansåg nämligen, att behovet av denna vidareutbildning visat sig så uppenbart, att den i själva verket redan frivilligt tillämpades av flertalet aspiranter på tjänsteläkarbanan. Med hänsyn till dels den begränsade tillgången på utbildningsplatser, dels de uppenbara olägenheter ur såväl sjukvårdens som den enskilde läkarens synpunkt, med vilka alltför kortvariga sjukhusförordnanden var

förenade, ansåg styrelsen inte utbildningskraven böra fixeras alltför strängt i vad avsåg tjänstgöringens art. I vidareutbildningen för tjänsteläkare borde enligt styrelsens mening obligatoriskt ingå ett års tjänstgöring på medicinsk avdelning och ett halvt års tjänstgöring på psykiatrisk lasarettsavdelning eller sinnessjukhus. Som ytterligare utbildning rekommenderade styrelsen tjänstgöring vid odelat lasarett (större sjukstuga) eller kirurgisk lasarettsavdelning under högst ett år samt i pediatrik, obstetrik-gynekologi, epidemiologi eller ftisiologi under högst ett halvt år inom vartdera specialfacket. Av de tjänsteläkare, som tillika skulle tjänstgöra som sjukstugeläkare, borde krävas minst tre års kirurgutbildning efter medicine licentiatexamen. Sveriges läkarförbund anförde beträffande den föreslagna obligatoriska tjänstgöringen på obstetrisk-gynekologisk avdelning, att de berörda delföreningarna inom förbundet avstyrkt eller ifrågasatt kravet på sådan tjänstgöring, enär förlossningsvården nästan helt var förlagd till anstalter. Läkarförbundet hävdade vidare, att sjukhusutbildningen borde ha samma längd för allmänpraktiker och tjänsteläkare. Några hinder att även låta utbildningens innehåll vara likartat för allmänpraktiker och tjänsteläkare förelåg heller inte enligt läkarförbundets mening.

I prop. 1954: 212 förklarade sig departementschefen i princip kunna acceptera LUK:s förslag. Innan en definitiv reglering av behörighetsvillkoren för tjänsteläkarbefattningar kom till stånd, var det dock nödvändigt att medicinalstyrelsen utarbetade detaljförslag i frågan.

Som närmare framgår av avsnittet 3.4.3. föreslog den av medicinalstyrelsen tillkallade vidareutbildningskommittén en treårig, för blivande tjänsteläkare respektive allmänpraktiker gemensam vidareutbildning. Denna skulle bestå av ett års tjänstgöring på invärtesmedicinsk avdelning, ett halvt års på allmänkirurgisk avdelning eller odelat lasarett, ett halvt års i första hand på psykiatrisk lasarettsavdelning eller sinnessjukhus med stor intagning av lättare fall och i andra hand jämväl på övriga sinnessjukhus samt ett års på valfri sjukhusavdelning. I fråga om sistnämnda tjänstgöring rekommenderade kommittén särskild utbildning i pediatrik.

Den 17 september 1959 överlämnade medicinalstyrelsen till Kungl. Maj:t förslag till ny kungörelse om villkor för behörighet till vissa civila läkartjänster. För tjänst som bl. a. provinsialläkare, biträdande och extra provinsialläkare samt stadsdistriktsläkare uppställdes i förslaget krav på en treårig sjukhusutbildning. Av denna skulle minst ett år fullgöras vid medicinsk klinik, ett halvt år vid kirurgisk klinik eller odelat lasarett och ett halvt år vid vårdavdelning av mentalsjukhus eller psykiatrisk klinik. Eftersom förslaget i denna del innebar en ganska betydande skärpning av behörighetskraven, och alla aspiranter på tjänsteläkarbanan inte antogs fylla desamma, föreslog styrelsen beträffande bestämmelsernas ikraftträdande en övergångstid av två år.

Vid remissbehandlingen av medicinalstyrelsens förslag hade flertalet remissinstanser intet att erinra i fråga om komptenskraven för de kategorier tjänsteläkare som nyss nämnts. Medicinska fakulteten i Uppsala liksom bl. a. Svenska läkaresällskapet framhöll visserligen önskvärdheten av en tids tjänstgöring i pediatrik men fann det på grund av utbildningsplatsernas otillräcklighet inte vara möjligt att införa ett sådant krav bland behörighetsvillkoren. Malmö stads hälsovårdsnämnd

ifrågasatte om inte kravet på sjukhusutbildning borde kunna begränsas till två år och om utbildningen vid mentalsjukhus eller psykiatrisk klinik borde göras obligatorisk men i stället uttryckligen anges medföra företräde framför annan sökande.

Medicinalstyrelsens förslag har hittills inte föranlett någon Kungl. Maj:ts åtgärd.

I skrivelse till Kungl. Maj:t den 7 april 1965 angående åtgärder för att öka rekryteringen av provinsialläkare framhöll medicinalstyrelsen, att frågan om skärpta behörighetsvillkor för provinsialläkare måste upptas till prövning i anslutning till att reglerna om specialistkompetens reviderades.

Överläkare och biträdande överläkare vid sjukhus. För behörighet till sådana tjänster fordras f. n. enligt huvudregeln tre års sjukhusläkartjänstgöring, varav minst två år skall ha fullgjorts inom området för den sökta tjänsten. I medicinalstyrelsens kungörelseförslag den 17 september 1959 uppställdes krav på fem års sådan tjänstgöring i underordnad ställning, dvs. en höjning med två år. Styrelsen betonade att höjningen var av mera formell än reell natur, då de som ifrågakom till dylika tjänster nästan alltid kunde åberopa en föregående tjänstgöring av fem år eller mera. Vidare erinrade styrelsen om att fem år sedan länge gällde som kvalifikationstid för att bli erkänd som specialist. Som allmän regel föreslog styrelsen, att tre år skulle ha fullgjorts inom den sökta specialiteten och de övriga två åren antingen inom samma specialitet eller annan av betydelse för den sökta tjänsten.

Vid remissbehandlingen föranledde den föreslagna höjningen av kompetenskraven för överläkare och biträdande överläkare ingen erinran.

Den 25 november 1960 uppdrog Kungl. Maj:t åt medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet att utarbeta förslag till en för det allmännas handhavande av specialistväsendet lämpad förteckning över läkarspecialiteter samt en därtill anslutande förteckning över utbildning, som borde krävas för specialistkompetens. Därvid borde särskilt beaktas bl. a. att överensstämmelse borde eftersträvas mellan kraven för specialistkompetens och kompetensvillkor för chefsläkartjänster vid kliniker och andra inrättningar, vilkas verksamhet var hänförlig till specialitet.

Nämnden överlämnade till Kungl. Maj:t den 19 december 1961 förslag till nya specialistbehörighetsbestämmelser. Vad gällde uppdraget att söka ernå överensstämmelse mellan specialistbehörighetsregler och kompetensvillkor för vissa chefsläkartjänster vid de kliniker och inrättningar som avågs i uppdraget uttalade nämnden att för såvitt dylika kompetensbestämmelser fortfarande skulle anses erforderliga, överensstämmelse i princip borde råda mellan dessa krav. Vidare anförde nämnden bl. a. följande.

> Bortsett från att kungörelsen numera är så föråldrad att dess krav te sig helt otillräckliga för att garantera nödig kompetens, skapar själva existensen av ett behörighetskrav stundom ett formellt hinder för att på förslag uppföra den mest kompetente. Särskilt är detta fallet vid tillsättande av tjänster inom nya specialiteter och av tjänster med specialkaraktär, t. ex. medicinskt starkt begränsade tjänster och befattningar, som kräver kompetens från mer än ett behörighetsreglerat verksamhetsområde. — Nämndens överläggningar rörande behörighetskravens berättigande när det gäller här behandlade tjänster föranleder den att föreslå att författningsreglerad behörighet utbytes mot reell kompetensbedömning vid upprättande av medicinalstyrelsens förslag till sjukhusläkartjänst enligt sjukhuslagen. Härvid bör gällande specialistutbildningskrav vara vägledande, varigenom en överensstämmelse

mellan behörighet och specialistkompetens kan i huvudsak uppnås. För sådan specialitet, för vilken det ännu ansetts vara för tidigt att utfärda specialistbestämmelser, får medicinalstyrelsens kompetensbedömning tills vidare bli prejudicerande.

I fråga om de biträdande överläkarna ansåg nämnden det rimligt att deras kompetens var jämförbar med överläkares och att därför krav på specialistkompetens borde upprätthållas också för biträdande överläkare. Utan att särskilda bestämmelser om sådan kompetens utfärdades torde, anförde nämnden, medicinalstyrelsen i beslut om ny tjänsts inrättande kunna uppställa villkor om behörighet i viss specialitet eller de kompetensfordringar som för övrigt kunde anses påkallade i det särskilda fallet. Styrelsen hade också möjlighet att vid meritvärderingen av biträdande överläkartjänst tillgodoräkna såsom självständig tjänstgöring inom disciplinen endast sådan tjänstgöring, som fullgjorts efter förvärvandet av specialistbehörighet. Den andra vägen var enligt nämnden att behörighetsbestämmelser bibehölls för de på det lokala planet utnämnda biträdande överläkarna, varigenom sålunda Kungl. Maj:t fastställde villkoren. Nämnden fann det första förfaringssättet smidigare och ville därför förorda detsamma.

Vid remissbehandlingen av nämndens förslag, vilket alltjämt icke föranlett någon Kungl. Maj:ts åtgärd, uttalade universitetskanslern, att han delade uppfattningen att överensstämmelse i princip borde råda mellan specialistbehörighetsregler och kompetensvillkor för tjänster som överläkare och biträdande överläkare. Han var även, såvitt avsåg överläkartjänsterna, beredd biträda nämndens förslag att den författningsreglerade behörigheten skulle utbytas mot reell kompetensbedömning i medicinalstyrelsen, varvid specialistutbildningskraven skulle vara vägledande. Däremot syntes honom övervägande skäl tala för att formella behörighetsvillkor bibehölls i fråga om tjänsterna som biträdande överläkare. Därvid borde medicinalstyrelsen erhålla rätt att bevilja dispens från dessa villkor. Medicinska fakulteten i Uppsala ansåg att behörighetsbestämmelser för självständiga läkartjänster — framför allt för tjänster som biträdande överläkare — kunde fylla en viktig uppgift genom att förhindra starka skiftningar i bedömningsnormerna och ge klar vägledning för de unga läkarna. De borde också vara identiska med specialistbehörighetsbestämmelserna. Fakulteten förordade även att någon form av central bedömning av kompetensen hos sökande till tjänster som biträdande överläkare infördes för att främja enhetliga bedömningsnormer. Karolinska institutets lärarkollegium fann gällande bestämmelser om behörighetskrav för överläkare föråldrade och helt otillräckliga för att garantera nödig kompetens och delade meningen att en överensstämmelse mellan behörighetskraven för överläkar- och biträdande överläkartjänster samt specialistbehörighetskraven borde åvägabringas. Lärarkollegiet vid medicinska högskolan i Umeå ansåg att principiell överensstämmelse borde råda mellan specialistbehörighetsregler och kompetensvillkor för överläkartjänster men att författningsreglerad behörighet skulle utbytas mot reell kompetensbedömning i medicinalstyrelsen. För överläkartjänst vid universitets- och regionsjukhus borde dock fordras minst specialistkompetens enligt det av nämnden utarbetade förslaget. Medicinska fakulteten i Göteborg tillstyrkte nämndens förslag i denna del. Svenska landstingsförbundet anförde att det syntes naturligt att kraven för specialistkompetens och behörighetsvillkoren för överläkar-

befattningar blev överensstämmande. Förbundet var med hänsyn bl. a. till tillkomsten av nya specialiteter inte övertygat om lämpligheten av förslaget att inte uppställa några behörighetskrav utan överlåta åt medicinalstyrelsen att i varje särskilt fall göra en reell kompetensbedömning vid upprättande av förslag till sjukhusläkartjänst. Vad angick de biträdande överläkarna fann förbundet det riktigt att de hade specialistkompetens. Däremot hade styrelsen svårt att följa nämnden, när den gjorde gällande att medicinalstyrelsen utan särskilda kompetensbestämmelser kunde uppställa kompetensfordringar vid inrättande av ny tjänst. Svenska stadsförbundet anförde, att det länge betraktats såsom angeläget önskemål att få till stånd en bättre överensstämmelse mellan behörighetsvillkoren och specialistkraven. Den naturliga anknytningen av behörighetskraven för tjänster till de krav, som gällde för specialistkompetens, syntes enligt stadsförbundet vara att i behörighetskungörelsen stadgades att för erhållande av tjänst som överläkare eller biträdande överläkare — vilken var hänförlig till viss specialitet — krävdes specialistkompetens. Med hänsyn till dittillsvarande erfarenheter att frågan om dispens från kompetenskraven inte sällan blev aktualiserad vid tillsättning av överläkartjänst och att detta komplicerade och fördröjde tillsättningsförfarandet syntes förslaget om slopande av alla formella behörighetskrav kunna tillstyrkas, dock endast beträffande överläkare. För biträdande överläkartjänster borde även i fortsättningen gälla formella behörighetskrav, dock med rätt för medicinalstyrelsen att dispensera därifrån. Sveriges läkarförbund uttalade, att då den i 1915 års kungörelse reglerade behörigheten blev ersatt med en reell kompetensbedömning, borde en grundläggande fordran på specialistkompetens uppehållas och automatiska avsteg från denna regel ej göras. De dispensmöjligheter som förelåg i fråga om tillerkännandet av specialistkompetens och som gav möjlighet till individualisering borde kunna utnyttjas även vid behörighetsbedömning, förutsatt att ärendet behandlades i samverkan med nämnden för läkares specialistbehörighet.

Den nordiska arbetsgruppen uttalade i sitt betänkande, att för chefstjänster vid sjukhus eller sjukhusavdelningar, vilkas verksamhet var att hänföra till specialitet, borde i vart fall inte gälla lägre kompetenskrav än specialistkraven. Det fanns enligt arbetsgruppen ingen rimlig anledning att uppställa lägre utbildningskrav för specialister, vilkas verksamhet var förlagd till sjukhus, än för den öppna vårdens specialister.

Klinikutredningen föreslog i betänkandet De statliga undervisningssjukhusens organisation (SOU 1966: 37) att för behörighet till samtliga tjänster som överläkare och biträdande överläkare vid undervisningskliniker skulle fordras specialistkompetens inom vederbörande ämnesområde.

5.2.3. Överväganden och förslag

Enighet råder om att nu gällande behörighetsvillkor för tjänsteläkare i ansvarig ställning — provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och stadsdistriktsläkare — samt för överläkare och biträdande överläkare vid sjukhus är föråldrade och helt otillräckliga för att garantera erforderlig kompetens hos innehavarna av de olika tjänsterna.

I avsnittet 3.4.4. har vi föreslagit att läkare för att få annonsera allmän praktik skall genomgå en treårig utbildning av närmare angiven art. Vi anser att denna utbildning är väl lämpad även

för tjänsteläkarna och föreslår därför att den uppställs som kompetenskrav för befattning som provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och stadsdistriktsläkare.

Vad gäller kompetenskraven för befattning som överläkare och biträdande överläkare vid sjukhus (avdelningar), vilkas verksamhet är hänförlig till specialitet, anser vi i likhet med flertalet hörda myndigheter och organisationer att överensstämmelse bör råda mellan dessa krav och specialistkraven. Vi föreslår därför att föreskrifter meddelas om att det för behörighet till befattning som överläkare och biträdande överläkare vid här avsedda sjukhus (avdelningar) krävs specialistkompetens.

En svårbedömd fråga är när de av oss föreslagna nya behörighetskraven bör träda i kraft. Angeläget är att den skärpning av kraven som vårt förslag innebär inte sätts i kraft förrän utsikt finns att läkare i tillräckligt antal står till förfogande för ledigblivande tjänster. Klart är att i vissa fall kan behövas en ganska lång övergångstid. Vi har inte ansett oss ha möjlighet att närmare bedöma den lämpliga längden av övergångstiden utan förutsätter, att detta görs till föremål för prövning inom socialstyrelsen.

Sedan enighet vunnits om de kommande kraven för specialistkompetens bör till prövning upptas vilka behörighetskrav som bör uppställas för de sjukhusläkartjänster, beträffande vilka vi inte ansett oss böra föreslå specialistbestämmelser (långvårdsmedicin, rehabilitering, yrkesmedicin m. fl.). Vi förutsätter att socialstyrelsen under beaktande i tillämpliga delar av vad vi anfört i avsnittet 3.3.3.4. kommer att framlägga de förslag härom, vartill styrelsen kan finna anledning.

KAPITEL 6

Efterutbildning

6.1. Nuvarande förhållanden

Medicinalstyrelsen anordnar årligen fortsättnings- och repetitionskurser för läkare, för vilka kurser Kungl. Maj:t anvisar vissa medel (1.3.2.4.). Flertalet av dessa kurser har sedan 1956 varit förlagda till Linköping. Där anordnas f. n. åtta—nio kurser om året med ca 12—15 deltagare per kurs. Härutöver hålls enstaka kurser i Stockholm och Borås. Kurserna pågår ca två veckor och deltagarna är till största delen tjänsteläkare.

Under budgetåret 1966/67 ordnade medicinalstyrelsen en kurs i socialmedicin för tjänsteläkare. Styrelsen avser att även under innevarande och nästföljande budgetår anordna en motsvarande femveckorskurs vid socialmedicinska institutionen i Lund.

Under våren 1967 anordnade medicinalstyrelsen en tiodagars specialkurs med 32 deltagare för psykiatrer och psykologer anställda vid landets ungdomsvårdsskolor. Styrelsen avser att under budgetåret 1968/69 anordna ytterligare en sådan kurs. Fr. o. m. 1967/68 anordnas en årlig vidareutbildningskurs för överläkare inom den psykiska barna- och ungdomsvården med högst 20 deltagare. Kursen är avsedd att pågå under 14 dagar.

Vidare hålls kurser för ledande befattningshavare inom den förebyggande mödra- och barnavården med ca 30 deltagare per kurs. Kurserna har hittills varit förlagda till Stockholm.

Kurser har härutöver anordnats för särskilda befattningshavare såsom militärläkare och sjömansläkare. Vi saknar här anledning att närmare redogöra för denna kursverksamhet.

6.2. Tidigare diskussion

Såväl LS som LUK ansåg att det borde vara obligatoriskt för vissa läkargrupper att delta i efterutbildningskurser. Enligt LUK:s mening borde detta bli fallet för tjänsteläkarna medan för privatpraktiserande allmänläkare, skolläkare, industriläkare etc. deltagandet även tills vidare borde göras frivilligt. Också för läkare med specialistutbildning ansåg LUK att behov av efterutbildning förelåg. LUK anförde härom bl. a. följande.

> 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 väsenligt mindre än för allmänpraktiker. Därest särskilt stöd för sådan efterutbildningsverksamhet skulle anses nödvändigt, 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.

Vid remissbehandlingen av LUK:s betänkande accepterade universitetsmyndigheterna kommitténs förslag till efterutbildningens ordnande. Organisationskommittén för medicinska högskolan i Göteborg ansåg att efterutbildningskurser borde hållas vid samtliga lärosäten. Universitetskanslern erinrade om att fortsättnings- och repetitionskurserna för läkare var förlagda till de medicinska lärosätena i Sotckholm och Göteborg och att undervisningen vid dessa lärosäten meddelades av lärarna därstädes. Det föreföll kanslern naturligast, att kurserna anordnades under hans överinseende, dock givetvis i samråd med medicinalstyrelsen. Svenska läkaresällskapet noterade med tacksamhet LUK:s förslag om ett årligt anslag för anordnande av s. k. gästföreläsningar i olika delar av landet och förklarade sig vilja åta sig ansvaret att på lämpligt sätt fördela dessa medel. Statskontoret förklarade sig dock med hänsyn till konsekvenserna inte kunna tillstyrka, att Svenska läkaresällskapet skulle erhålla anslag av allmänna medel för sin föreläsningsverksamhet. Sveriges läkarförbund förklarade sig villigt att rekommendera de läkarkategorier, för vilkas vidareutbildning förbundet hade ansvaret, att genomgå efterutbildningskurser.

Departementschefen delade LUK:s mening att efterutbildningskurser, som dittills anordnats i Stockholm och Göteborg, skulle anordnas också i fortsättningen. Kurserna som sedan år 1945 anordnades under medicinalstyrelsens överinseende syntes, om så ansågs önskvärt, alternativt kunna förläggas jämväl till övriga lärosäten. LUK:s förslag att efterutbildningskurserna skulle bli obligatoriska för tjänsteläkare ansåg departementschefen kräva ytterligare överväganden. Enligt hans mening talade vissa skäl för att efterutbildningskurserna även fortsättningsvis anordnades av medicinalstyrelsen. Han var därför inte beredd att biträda kanslerns förslag. LUK:s förslag att ett anslag skulle ställas till Svenska läkaresällskapets förfogande fann departementschefen sig inte böra tillstyrka.

Den nordiska arbetsgruppen anförde beträffande efterutbildning följande.

Givetvis är det angeläget att läkare med specialistkompetens vidmakthåller sin utbildning. Detta kan ske på olika sätt. En möjlighet vore att införa skyldighet för specialisten att deltaga i efterutbildningskurser med såväl teoretisk som praktisk undervisning. Ett annat sätt vore att tidsbegränsa specialisträttigheten och ordna med efterprövning för förlängt tillstånd som specialist. Emellertid ingår det ej i arbetsgruppens uppdrag att framlägga förslag i detta avseende. Gruppen har därför icke upptagit frågan till närmare prövning.

6.3. Överväganden och förslag

I vårt uppdrag ingår inte att framlägga förslag i fråga om efterutbildning av läkare. Vi anser emellertid att en utredning om läkares grundutbildning och vidareutbildning inte är fullständig om den inte i någon mån berör efterutbildningsproblematiken.

Det har sagts att läkaryrket oomtvistligt har karaktären av »a life long study». De vetenskapliga framstegen inom medicinen ger ständigt nya kunskaper om sjukdomarnas diagnostik och behandling. Läkarna måste därför fortlöpande få kännedom om den utveckling som sker inom den medicinska forskningen. Detta behov tillgodoses f. n. i viss mån genom frivilliga efter-

utbildningskurser och genom läkarnas självstudier. Denna verksamhet kan enligt vår mening inte anses tillräcklig utan det bör i framtiden ordnas en systematiserad efterutbildning för alla läkarkategorier. Härvid torde de kurser, som kommer att ingå i vidareutbildningen för specialister, i viss utsträckning kunna utnyttjas även för efterutbildning. Eftersom innehållet i dessa kurser kommer att hållas i nivå med den medicinska utvecklingen, bör de även kunna utnyttjas som fortlöpande efterutbildning av specialister och andra läkare, som avslutat sin egentliga utbildning. Ett antal sådana läkare bör utöver det för varje kurs fastställda högsta deltagarantalet kunna beredas plats vid de olika kurserna. Att intresse härför finns framgår av det förhållandet att även färdiga specialister begär att få delta i de vidareutbildningskurser, som f. n. anordnas på de olika universitetsorterna. Detta tidvis mycket stora intresse har gjort att man ibland tillåtit några specialister att delta i kurserna. För dessa läkare har alltså ifrågavarande kurser haft karaktären av efterutbildningskurser. Under förutsättning att platstillgången blir tillräcklig är en fortsatt sådan utveckling att se med största tillfredsställelse.

Vi vill slutligen erinra om den betydande efterutbildning som f. n. ordnas av olika läkarsammanslutningar. Vi anser i likhet med LUK att denna verksamhet bör främjas och statliga medel ställas till förfogande för ändamålet. Det synes lämpligt att statens nämnd för läkares vidareutbildning (3.5.8.3.) disponerar dessa medel.

Vi föreslår sålunda att statens nämnd för läkares vidareutbildning får till uppgift att närmare utreda behovet av efterutbildning och på lämpligt sätt organisera denna utbildning. Vi föreslår vidare att för blivande specialister anordnade kurser — i den mån platser finns att tillgå — får utnyttjas även för efterutbildning av specialister och andra läkare som avslutat sin egentliga utbildning.

KAPITEL 7

Övergången till ny grundutbildning och vidareutbildning

Övergången från nuvarande studieordning för grundutbildningen till den nya av oss föreslagna studieordningen kan inte ske vid en och samma tidpunkt för samtliga studerande. Inte heller kan de nya bestämmelserna om vidareutbildningen börja tillämpas samtidigt för alla läkare. Särskilt mellan det s. k. fria kliniska stadiet och assistenttjänstgöringarna å ena sidan samt deras framtida motsvarighet, nämligen det kliniska stadiets andra del och allmänutbildningen å andra sidan är olikheterna så stora, att en studerande inte utan olägenhet kan gå över från en kurs enligt den nuvarande studieordningen till en kurs enligt den nya.

Under en övergångstid kommer utbildning enligt såväl den gamla som den nya studieordningen att bedrivas parallellt. De svårigheter, som kommer att bli en följd härav, kan inte nu förutses i alla delar. Särskilt är det svårt att beräkna övergångstidens behov av kursplatser under det kliniska stadiets andra del. Man kan nämligen nu inte i detalj beräkna vilket antal studerande som under övergångstiden kommer att befinna sig i utbildningens olika skeden.

I det följande redovisar vi alternativa lösningar av övergången till den nya studieordningen. För alla alternativen gäller antagandet, att vårriksdagen 1968 fattar beslut om ändring av läkarutbildningen från och med höstterminen 1968.

Vi framlägger även förslag till övergångsbestämmelser. Vi har därvid försökt beakta de viktigaste problemen i samband med övergången. Enligt vår mening måste fakulteterna få befogenhet att vidta erforderliga åtgärder för att möta uppkommande svårigheter, vilka nu inte alla kan förutses. Vidare bör utbildningsnämnderna få i uppdrag att i detalj planera för övergången.

7.1. Grundutbildning och allmänutbildning

7.1.1. Alternativa lösningar

Gemensamt för följande tre alternativ är, att under den termin, då den nya studieordningen börjar tillämpas, måste kursen i farmakologi dubbleras i Uppsala, Lund, Stockholm och Umeå. På dessa studieorter hålls nämligen f. n. denna kurs under den sjätte terminen och enligt den nya ordningen kommer den på sätt nu sker i Göteborg att anordnas under den femte terminen.

Alternativ 1. Den nya studieordningen börjar tillämpas höstterminen 1968 för de studerande, som då startar de medicinska studierna. Dessa kommer således att helt följa den nya studieordningen. Detta innebär, att det nya propedeutiska stadiet kommer att införas höstterminen 1970 och det kliniska stadiets andra del — dvs. den del av studierna som motsvarar det gamla s. k. fria kliniska stadiet — höstterminen 1972. Medicine licentiatexamen avläggs enligt den nya studieordningen först omkring den 1

februari 1974, varefter allmänutbildningen påbörjas.

Alternativ 2. Den nya studieordningen börjar tillämpas höstterminen 1968 för såväl de studerande som då startar de medicinska studierna som de studerande, som då påbörjar den propedeutiska utbildningen. Härav följer att det kliniska stadiets andra del måste införas höstterminen 1970. Den nya medicine licentiatexamen kommer att kunna avläggas omkring den 1 februari 1972. I anslutning till licentiatexamen tar allmänutbildningen sin början.

Alternativ 3. Den nya studieordningen börjar tillämpas höstterminen 1968 för de studerande, som då dels startar de medicinska studierna, dels påbörjar den propedeutiska utbildningen och dels påbörjar utbildningen i det kliniska stadiets första del. Härav följer att det kliniska stadiets andra del måste införas höstterminen 1969. Medicine licentiatexamen kommer att kunna avläggas enligt den nya studieordningen omkring den 1 februari 1971. I anslutning härtill tar allmänutbildningen sin början.

Detta alternativ innebär, att de studerande, som börjar kursen i medicin höstterminen 1968, tenterar i medicin och kirurgi i anslutning till respektive kurser enligt den nya studieordningen. De har däremot inte genomgått tentamen i patologi enligt den nya studieordningen, när de börjar kursen i medicin. De bör därför beredas möjlighet att tentera i patologi under de fortsatta studiernas gång, eventuellt under allmänutbildningen. De bör vidare genomgå läkarexamen.

7.1.2. Överväganden och förslag

Med hänsyn till det stora behovet av läkare vid många av de sjukhus, där allmänutbildningen avses fullgöras, är det av vikt att denna utbildning påbörjas så snart som möjligt. Från denna synpunkt sett vore det önskvärt att alternativ 3 genomfördes. Man måste emellertid räkna med en viss förberedelsetid för genomförandet både av grundutbildningen och vidareutbildningen. Bland annat krävs förberedelser för planläggningen av den bundna studiegången under det kliniska stadiets andra del och av samordningen av undervisningen i kurserna under detta stadiums terminsblock. Den programmerade undervisningen under kursen i försvars- och katastrofmedicin måste också förberedas. Inte heller torde allmänutbildningen kunna sättas i gång omedelbart vid de olika sjukhus där utbildningen avses äga rum.

De svårigheter som kan uppkomma vid övergången till den nya studieordningen enligt alternativ 1 respektive 2 är i första hand beroende på hur många studerande från tidigare intagningsårgångar, som blivit fördröjda i sina studier och som då väntar på att få gå igenom någon eller några av det fria kliniska skedets kurser. Ett genomförande av alternativ 3 medför givetvis ytterligare problem, därför att de studerande inte tenterat i patologi enligt den nya studieordningen. Vi anser därför, att ett av alternativen 1 och 2 bör genomföras. Eftersom det bör vara ett önskemål att allmänutbildningen påbörjas så tidigt som möjligt, förordar vi alternativet 2. Detta innebär under förutsättning att 1968 års vårriksdag fattar beslut härom att den nya studieordningen kan börja höstterminen 1968. De studerande, som vid denna tidpunkt börjar sin första, andra, tredje respektive fjärde studietermin, skall följa den nya studieordningen. Vidare kommer det propedeutiska stadiet enligt vårt förslag att kunna införas höstterminen 1968, det kliniska stadiets första del höstterminen 1969 och dess andra del

höstterminen 1970. Medicine licentiatexamen kommer enligt den nya studieordningen att avläggas omkring den 1 februari 1972, allmänutbildningen kan börja omkring den 1 mars 1972 och läkarexamen första gången avläggas i juni 1973.

7.2. Fortsatt vidareutbildning för blivande specialister

7.2.1. Alternativa lösningar

Alternativ 1. De nya specialistbehörighetsbestämmelserna gäller för de läkare, som genomgått allmänutbildningen.

Alternativet 1 för genomförandet av grundutbildningen och allmänutbildningen (se 7.1.1.) skulle innebära att blivande specialister påbörjade huvud- eller sidoutbildningen enligt de nya reglerna först omkring 1 juni 1975. Vid ett genomförande av alternativet 2 skulle huvud- och sidoutbildningen påbörjas omkring den 1 juni 1973 och av alternativet 3 omkring den 1 juni 1972.

Alternativ 2. De nya specialistbehörighetsbestämmelserna gäller för alla läkare, som avlägger medicine licentiatexamen efter den 1 juli 1968. För läkare, som avlagt medicine licentiatexamen enligt nu gällande studieordning och som således har fullgjort nio månaders assistenttjänstgöring, skall den allmänna utbildningsperioden utöver denna assistenttjänstgöring omfatta dels tre månaders tjänstgöring vid psykiatrisk klinik, dels nio månaders i huvudsak valfri tjänstgöring (3.3.1.4.).

7.2.2. Överväganden och förslag

Nu gällande specialistbehörighetsbestämmelser, som trädde i kraft den 1 januari 1961, överensstämmer i huvudsak med de tidigare, av läkarförbundet i stort sett sedan år 1951 tillämpade. Sedan lång tid tillbaka har sålunda behov förelegat av nya bestämmelser, som svarar mot både den medicinska vetenskapens och sjukvårdsväsendets utveckling. Härtill kommer att i Danmark, Finland och Norge meddelats nya bestämmelser sedan den nordiska arbetsgruppen framlade sitt betänkande. Mot bakgrunden härav vill vi understryka angelägenheten av att de nya svenska bestämmelserna om specialistbehörighet för läkare träder i kraft så snart som möjligt. Vi finner inte att några större svårigheter kommer att lägga hinder i vägen härför.

Med hänvisning till vad nyss anförts föreslår vi att det ovan angivna alternativet 2 skall genomföras.

Enligt vår bedömning kan det emellertid komma att krävas viss tid, innan den systematiska undervisning i den form vi föreslagit, dvs. med ca 120 timmar kursbunden undervisning, förlagd till företrädesvis undervisningssjukhus, kan genomföras. Organiserandet av undervisningen i de olika specialiteterna liksom av kunskapskontrollen kommer bl. a. att ta viss tid i anspråk. Tillgången på lärare kan vidare nu inte helt överblickas. Med hänsyn härtill kan det eventuellt bli nödvändigt att införa den systematiska undervisningen successivt på så sätt att antalet undervisningstimmar inledningsvis för någon eller några specialiteter sätts lägre än 120. Vi vill emellertid för vår del understryka önskvärdheten av att även den systematiska undervisningen utbyggs så snabbt som möjligt. Det bör ankomma på statens nämnd för läkares vidareutbildning att meddela föreskrifter om undervisningen allt eftersom den utbyggs. Detsamma gäller kunskapskontrollen.

I detta sammanhang finns anledning att behandla frågan om övergångsbestämmelser. Enligt det nordiska avtalsförslaget får under en övergångstid av

som huvudregel högst åtta år efter det att överenskommelsen undertecknats specialistkompetens beviljas, oaktat sökandens utbildning inte överensstämmer med vad som krävs enligt bestämmelserna i förslaget.

I specialmotiveringen till förslaget framhöll arbetsgruppen bl. a., att en ganska lång övergångstid av olika skäl måste medges innan de nya utbildningsbestämmelserna kunde träda i kraft. Sålunda borde bl. a. den som påbörjat sin utbildning enligt de äldre bestämmelserna i huvudsak äga fullfölja sin utbildning enligt dessa. Vidare skulle utarbetandet av de erforderliga nya nationella bestämmelserna komma att kräva viss tid. Arbetsgruppen hade med hänsyn härtill inte ansett sig kunna förorda en kortare övergångstid än åtta år.

Vad gäller övergångsanordningarna föreslår vi att de gamla bestämmelserna fram till den 31 december 1973 får tillämpas i fråga om de läkare, som legitimerats före den 1 juli 1968.

7.3. Övrig vidareutbildning

De krav för rätt att för allmänheten tillkännage bedrivandet av allmän praktik, som vi framlagt i avsnittet 3.4.4., anser vi utan olägenhet böra kunna träda i kraft den 1 juli 1968.

Beträffande ikraftträdandet av de behörighetskrav för olika läkartjänster, som vi framlagt i avsnittet 5.2.3., hänvisar vi till nämnda avsnitt.

KAPITEL 8

Kostnadsberäkningar

Vi skall enligt direktiven redovisa de kostnadsförändringar, som våra förslag kan föranleda. Med utgångspunkt från de förutsättningar som gäller i dag presenteras i det följande kostnadsberäkningar avseende grundutbildningen och vidareutbildningen var för sig.

8.1. Grundutbildning

Lärarbehovet för den medicinskt teoretiska utbildningen liksom för utbildningen i flertalet propedeutiska ämnen tillgodoses i huvudsak av den personalorganisation, som finns inrättad för ifrågavarande ämnen vid de olika universiteten (motsvarande).

För den kliniska undervisningen finns vid de kommunala undervisningssjukhusen i Lund, Malmö, Göteborg och Umeå inrättade lärartjänster på åttonde huvudtitelns (ecklesiastikdepartementets) stat i form av i första hand professurer, kliniska lärar- tillika biträdande överläkartjänster och kliniska amanuenstjänster. Vid de blivande undervisningssjukhusen i Linköping och Huddinge har även föreslagits samma organisation. Jämlikt kungl. kungörelsen om kommunala undervisningssjukhus (1960: 713) åligger det vidare samtliga övriga vid dessa sjukhus anställda läkare att biträda vid handledningen av de studerande. De kommunalanställda överläkarna och biträdande överläkarna är därjämte skyldiga att — i den mån de kommunala sjukvårdsmyndigheterna det medger — mot särskild ersättning överta den undervisning eller examination inom sitt verksamhetsområde, som prövas erforderlig för ett ändamålsenligt anordnande av studierna. Till de kommunala undervisningssjukhusen utgår statliga bidrag ur femte huvudtiteln (socialdepartementet) för att täcka de merkostnader, som är föranledda av att sjukhusen utnyttjas för läkarutbildning och forskning.

För den kliniska undervisningen vid de statliga undervisningssjukhusen i Uppsala och Stockholm (akademiska sjukhuset, karolinska sjukhuset och f. n. även serafimerlasarettet) finns nu inga kliniska lärar- tillika biträdande överläkartjänster och inte heller några kliniska amanuenstjänster, avlönade från anslag under ur åttonde huvudtiteln. Motsvarande lärarbehov liksom behovet av handledare tillgodoses helt inom ramen för den läkarstab, som avlönas från anslag under ur femte huvudtiteln.

För att täcka kostnaderna för den arvoderade undervisning, som måste meddelas av andra än de fasta lärarna vid de medicinska fakulteterna samt vissa läkare vid de statliga undervisningssjukhusen, har till de olika läroanstalternas förfogande ställts särskilda kursanslag. Summan av dessa uppgår under budgetåret 1967/68 till närmare 4 miljoner kronor.

1963 års klinikutredning förordade i sitt betänkande ett system med kvote-

rade lärartimmar i stället för det nu för universitetsundervisningen tillämpade systemet med en undervisningsskyldighet, som är angiven i ett visst antal föreläsningstimmar för varje tjänst. Även om utredningens förslag endast avsåg de statliga undervisningssjukhusen utgick den från att samma lärarorganisation och samma normer för beräkning av lärartimmar senare skulle införas också vid de kommunala.

I sitt remissyttrande över klinikutredningens betänkande fann universitetskanslersämbetet det synnerligen angeläget, att en mera omfattande undersökning rörande verksamheten vid undervisningssjukhusen skulle komma till utförande i syfte att åstadkomma normer för dimensioneringen av personalstaben vid skilda undervisningskliniker. En sådan kompletterande utredning skulle enligt ämbetsverket bl. a. utgöra ett nödvändigt underlag för de förhandlingar, som borde tas upp med huvudmännen för de kommunala undervisningssjukhusen om förutsättningarna för införande av klinikutredningens organisationsförslag även vid dessa sjukhus.

En successiv ökning av studerandeantalet vid de medicinska fakulteterna kommer att äga rum de närmaste åren till följd av statsmakternas beslut. De kostnadsökningar, som föranleds härav, har redovisats i de särskilda utredningar och propositioner, som legat till grund för besluten. En sammanfattande redogörelse för dessa kostnadsökningar har lämnats i U 63:s betänkande Utbyggnaden av universitet och högskolor II (SOU 1965: 12), avdelning I.

Vi anser oss för vår del inte behöva gå närmare in på de lärarförstärkningar m. m., som kommer att erfordras för pågående och beslutad ökning av läkarutbildningen. Vi kommer endast att analysera de kostnadsökningar, som betingas av att man inför den av oss föreslagna nya studieordningen.

Vi har funnit att de av oss föreslagna förändringarna beträffande grundutbildningen kommer att kunna genomföras i huvudsak inom ramen för nuvarande och för den ökade läkarutbildningen tillkommande resurser. Vissa smärre omfördelningar av anslag liksom vissa anslagstillägg kommer dock att bli nödvändiga, bl. a. som en följd av införandet av fasta studiegångar under det s. k. fria kliniska skedet. I det följande redovisar vi vissa överslagsberäkningar av kostnaderna härför. Vi utgår från att vederbörande universitetsmyndigheter i sina årliga petitaframställningar successivt framlägger förslag om de medel, som erfordras för genomförandet av den nya studieordningen.

Vid våra beräkningar utgår vi från att behovet av lärartillskott i samband med omläggningen av grundutbildningen helt skall kunna tillgodoses genom arvoderad undervisning. Några nya lärartjänster räknar vi således här inte med. Våra förslag till förändringar i utbildningsavseende berör vidare huvudsakligen de kliniska ämnena. Vi önskar erinra om att lärarorganisationen redan för den nuvarande kliniska undervisningen har ansetts böra bli föremål för omstrukturering inom ramen för tillgängliga resurser bl. a. i samband med genomförandet av klinikutredningens förslag. Vi hänvisar därvid till vårt tidigare refererade yttrande av universitetskanslersämbetet i detta spörsmål. Vi förutsätter att man vid denna utredning även beaktar de förändringar i lärarorganisationen, som föranleds av våra förslag.

För undervisning inom medicinsk fakultet utgår f. n. timarvoden med 148 kronor för föreläsning (motsvarande) — i undantagsfall med 159 kronor — och med 106 kronor för demonstrations-

undervisning (motsvarande). Då det av oss beräknade behovet av tillskott i undervisningstimmar inte specificerats i avseende på undervisningsform beräknar vi kostnaderna med ett genomsnittligt belopp av 130 kronor per timme.

För den prekliniska utbildningens del har vi föreslagit att man utökar undervisningen i allmän biologi med 2 à 4 undervisningstimmar i mikrobiologi. Detta utökade lärarbehov bör enligt vår mening kunna tillgodoses inom ramen för den lärarstab, som disponeras för detta ämne vid respektive fakultet. Vidare har vi beräknat tillskott av 10 undervisningstimmar för medverkan av lärare i medicinsk genetik i samundervisning med olika kliniska ämnen. De sammanlagda kostnaderna härför kan beräknas till i storleksordningen 15 000 kronor.

De av oss föreslagna förändringarna för den propedeutiska undervisningen framgår av tabell 8: 1. Vi utgår från att det skall vara möjligt att tillgodose behovet av ökade lärartimmar i medicinsk mikrobiologi samt i klinisk kemi och klinisk fysiologi inom ramen för den lärarstab, som fakulteterna disponerar för respektive ämne. Några särskilda anslagstillägg för undervisningen i ämnet klinisk propedeutik torde inte heller erfordras, då det här i huvudsak endast är fråga om en omfördelning av undervisningen mellan olika delämnen.

Vi har föreslagit att som lärare och ledare för kursen klinisk propedeutik skall förordnas antingen någon av fakultetens ordinarie lärare i medicin eller någon annan lärare, som har undervisningsskyldighet i detta ämne eller i någon av dess specialgrenar. Vi har vidare föreslagit att vederbörande för detta kursledarskap beviljas nedsättning i undervisningsskyldigheten, motsvarande 50 % av normal undervisningsskyldighet. Kostnaderna för denna nedsättning om 65 föreläsningstimmar vid samtliga sex medicinska lärosäten beräknas till ca 50 000 kronor.

Vårt förslag avseende det kliniska stadiets första del (medicin-kirurgiåret) innebär en rad omstruktureringar. Förslaget föranleder emellertid inga merkostnader, då det i princip endast är fråga om omfördelningar av redan nu utgående undervisning i de olika ämnena. Vi vill här också framhålla den

Tab. 8: 1. Timantal i de propedeutiska ämnena

Ämne	Timantal per kurs		
	Nuvarande	Vårt förslag	Förändring
Medicinsk mikrobiologi	80	88	+ 8
Farmakologi	100	100	oförändrat
Patologi	200	175	— 25[1]
Klinisk kemi }			
Klinisk fysiologi }	60	84	+ 24
Klinisk propedeutik:			
Medicin och kirurgi	60	52	— 8
Radiologi	15	15	oförändrat
Kliniska undersökningsmetoder	55	50	— 5
Sjukvårdsteknik }		15	}
Fysikalisk terapi och rörelseterapi }	30	5	} — 10
Socialmedicin	15	10	— 5
Psykiatri och medicinsk psykologi	0	20	+ 20

[1] Minskningen av patologiundervisningen under det propedeutiska stadiet motsvaras av en ökning under det kliniska stadiets första del.

förstärkning för undervisningen i medicin i form av lärare och handledare m. m., som följer av förslaget att infoga huvuddelen av ftisiologikursen i medicinkursen.

I fråga om det kliniska stadiets andra del har vi föreslagit betydande förändringar. Som en följd av att en fast studiegång införs under detta skede ändras bl. a. tiden för i stort sett samtliga kurser. Antalet kurser per år måste också förändras och anpassas till det nya systemet. För flertalet ämnen kommer emellertid undervisningsvolymen — mätt i antal föreläsningstimmar m. m. — och utbildningsinnehållet att förbli oförändrade.

I tabell 8: 2 redovisas den sammanlagda undervisningsvolymen i ämnena under det kliniska stadiets andra del vid full utbyggnad av nuvarande läkarutbildning och vid genomförande av förslaget till ny utbildningsorganisation. Till grund för bedömningarna om antal föreläsningstimmar vid full utbyggnad av nuvarande läkarutbildning ligger LUB:s beräkningar om antal kurser etc.

Som framgår av tabellen skulle vid genomförandet av vårt förslag erfordras ett tillskott av sammanlagt 2 830 föreläsningstimmar, innebärande en minskning av det nu tillgängliga antalet i Stockholm med 135 samt en ökning i Uppsala med 685, i Lund/Malmö med 645, i Göteborg med 630, i Umeå med 465 och i Linköping med 540. Om den nu tillgängliga undervisningsvolymen i ftisiologi utgår och det förutsätts att undervisning i lungtuberkulos m. m. meddelas inom ramen för den likaledes nu tillgängliga undervisningsvolymen i medicin och klinisk epidemiologi, reduceras behovet av tillskott på föreläsningstimmar med 230 sådana timmar eller till 2 600 timmar. Kostnaderna för denna lärarförstärkning beräknas till i storleksordningen 335 000 kronor.

Enligt angivna beräkningar kommer således ett genomförande av vårt förslag beträffande grundutbildningen att medföra en merkostnad för samtliga medicinska läroanstalter i storleksordningen 400 000 kronor. Vi vill dock understryka kostnadsberäkningens överslagsmässiga natur samt framhålla vikten av att den undersökning om en omstrukturering av lärarorganisationen för de kliniska ämnena, som föreslagits av bl. a. universitetskanslersämbetet i dess yttrande över klinikutredningens betänkande, snarast kommer till utförande.

I avsnittet 7.1.2. har vi föreslagit, att den nya studieordningen skall genomföras successivt med början läsåret 1968/69 i de tre första studieårens kurser, dvs. i kurserna under det preliniska skedet och under det propedeutiska året. Under ifrågavarande budgetår kommer således att erfordras vissa tillkommande anslag för den nya studieordningens införande.

Vid omläggningen av utbildningen till den nya studieordningen kommer vissa särskilda arrangemang att behöva vidtas. Bl. a. måste under läsåret 1968/69 en extra kurs i farmakologi anordnas vid alla då befintliga lärosäten utom det i Göteborg som följd av att vi föreslagit att undervisningen i farmakologi skall flyttas från propedeutiska årets andra till första termin. På motsvarande sätt torde extra kurser eventuellt under en följd av år behöva anordnas även i ämnen under det kliniska stadiets andra del. Här gäller bl. a. att eliminera existerande köer inom det s. k. fria kliniska stadiet, innan omläggningen sker. Vi har för vår del inte kunnat i detalj analysera hithörande övergångsproblem. Vi förutsätter att vederbörande universitetsmyndigheter i sina yttranden över föreliggande betänkande framlägger de förslag till övergångsanordningar, som

Tab. 8: 2. Undervisningsvolymen i ämnena under det kliniska stadiets andra del vid full utbyggnad av nuvarande läkarutbildning och vid genomförande av förslaget till ny utbildningsorganisation

Volymen är angiven i timmar föreläsningar. Timantalet är approximativt.

	Stockholm		Uppsala		Lund/Malmö		Göteborg		Umeå		Linköping	
	Nuvarande ordning	Föreslagen ordning	Nuvarande ordning	Föreslagen ordning	Nuvarande ordning	Föreslagen ordning	Nuvarande ordning	Föreslagen ordning	Nuvarande ordning	Föreslagen ordning	Nuvarande ordning	Föreslagen ordning
Obstetrik-gynekologi	1 200	1 200	300	400	600	800	600	800	300	400	300	400
Rättsmedicin	60	60	60	60	60	60	90	60	90	60	60	60
Neurologi	600	480	180	240	180	240	180	240	240	240	180	240
Psykiatri	900	1 200	300	400	600	800	600	800	300	400	300	400
Dermatologi-venereologi	900	720	240	240	480	480	240	240	240	240	240	240
Klinisk epidemiologi[1]	900	720	240	240	480	480	240	240	180	240	240	240
Oftalmiatrik	900	720	300	240	600	480	240	240	240	240	240	240
Oto-rhino-laryngologi	900	720	180	240	480	480	240	240	180	240	240	240
Hygien	225	180	135	180	135	180	180	180	135	180	90	180
Krigsmedicin[2]	180	120	120	120	180	120	240	120	180	120	120	120
Pediatrik	1 170	1 560	260	520	780	1 040	780	1 040	390	520	390	520
Socialmedicin	360	480	120	240	180	240	180	240	180	240	180	240
	8 295	8 160	2 435	3 120	4 755	5 400	3 810	4 440	2 655	3 120	2 580	3 120
	— 135		+ 685		+ 645		+ 630		+ 465		+ 540	

[1] Infektionsmedicin enligt vårt förslag.
[2] Försvars- och katastrofmedicin enligt vårt förslag.

kan bli nödvändiga, och därvid även redovisar kostnaderna för dessa. I första hand bör erforderliga anslag för budgetåret 1968/69 framläggas.

8.2. Vidareutbildning

8.2.1. Allmänutbildning

Vi har tidigare framhållit att det vid varje klinik, där allmänutbildning får fullgöras, bör finnas minst två tjänster för läkare i överordnad ställning (3.5.1.4.). För närvarande saknar dock vissa av de kliniker, som kan komma i fråga för detta ändamål, biträdande överläkarbefattningar. Det tillskott beträffande läkartjänster, som sålunda kan komma att erfordras för allmänutbildningens del, torde emellertid enligt vår mening också krävas för sjukvården. Tillgången på överordnade läkare som handledare under allmänutbildning bör av allt att döma öka efter hand som läkarbristen blir mindre uttalad. Med hänsyn härtill räknar vi inte med några särskilda kostnader för handledning av läkare under allmänutbildning.

Antalet läkare under allmänutbildning, som skall tjänstgöra vid varje klinik, kommer enligt vad vi tidigare förordat att bli beroende av om kliniken tillhör kategori I eller II. Vårt preliminära förslag till fördelning av läkartjänster för allmänutbildning (bilaga 7) innebär, att antalet sådana tjänster vid varje klinik år 1972 kommer att variera mellan 2 och 9 samt år 1975 liksom de därefter följande åren mellan 3 och 12. Antalet tjänster har därvid fördelats i proportion till nuvarande antal vårdplatser vid respektive kirurgiska kliniker.

Utgångspunkten vid våra bedömningar har varit att allmänutbildningsläkarna skall med de kunskaps- och erfarenhetsmässiga förutsättningar de har arbeta i sjukvården under fullt professionellt ansvar även om de i sin verksamhet begränsas till att arbeta i underordnad ställning. Under sitt arbete förutsätts de erhålla handledning av de vid respektive klinik överordnade läkarna. Införandet av allmänutbildningen liksom det senare införandet av den övriga delen av vidareutbildningen kommer att ställa krav på ett successivt ökat antal underordnade läkartjänster i första hand vid de medicinska, kirurgiska och psykiatriska klinikerna. Som vi tidigare anfört torde en sådan ökning vara motiverad även för sjukvårdens del. Att denna ökning kan genomföras hänger samman med den ökande läkartillgången. Som vi tidigare angivit (3.5.4.4.) förutsätter dock vårt förslag om allmänutbildningen en omkonstruktion av de läkartjänster som skall användas för ifrågavarande ändamål.

Med hänvisning till vad nyss anförts anser vi inte att kostnaderna för inrättande av ett ökat antal läkartjänster i samband med införandet av allmänutbildningen till någon del bör belasta anslagen för högre utbildning och forskning utan helt påföras sjukvården.

8.2.2. Huvudutbildning

Huvudutbildningen innefattar enligt vårt förslag dels praktisk tjänstgöring som läkare i underordnad ställning, dels systematisk undervisning.

Den praktiska tjänstgöringen inom denna del av vidareutbildningen bör enligt vår mening liksom tjänstgöringen under allmänutbildningen helt räknas som sjukvårdande verksamhet. Några kostnader för de läkartjänster, som används för detta ändamål, liksom kostnader för handledning utövad av de överordnade läkarna, bör därför inte

utgå ur anslagen för högre utbildning och forskning utan belasta sjukvården.

Den systematiska undervisning, som vi föreslagit skola ske i form av kurser, kommer däremot att innebära direkta utbildningskostnader. Dessa kan fördelas på arvoden och rese- och traktamentsersättningar till kursledare, kurssekreterare och lärare, rese- och traktamentsersättningar till kursdeltagarna samt omkostnader i anslutning till kurserna.

Vi har i avsnittet 3.5.3.3. beräknat att 60 % av läkarna under åren 1967—1979 och 70 % fr. o. m. år 1980 kommer att vidareutbilda sig till specialister. Vi har vidare i avsnittet 3.3.5.4. föreslagit, att de blivande specialisterna skall genomgå systematisk undervisning i en omfattning, som bör motsvara ca 120 timmar föreläsningar. Undervisningen skall fördelas på ett visst antal kurser, som tillsammans bör motsvara sex veckolånga kurser. Antalet deltagare per kurs bör uppgå till i medeltal 15 och ej överstiga 25.

Vid full utbyggnad av läkarutbildningsorganisationen kommer således varje år ca 625 läkare att påbörja utbildning till specialist och ca 250 kurser kommer att behöva anordnas per år. Under uppbyggnadsskedet kommer emellertid antalet läkare som genomgår specialistutbildning enligt de nya bestämmelserna att vara färre och behovet av årliga kurser kommer att reduceras i motsvarande grad.

Vi har som framgår av avsnittet 7.2.2. föreslagit att den nya specialistutbildningen och därmed också den systematiska undervisningen skall påbörjas fr. o. m. budgetåret 1968/69 för läkare, som genomgått grundutbildning enligt nuvarande utbildningsordning. Om systematisk undervisning anordnas i full omfattning för samtliga de läkare, som beräknas bli examinerade läsåret dessförinnan, och om man antar att 60 % av dessa läkare skulle önska utbilda sig till specialister, kommer behovet av kurser under budgetåret 1968/69 att uppgå till 34. Härutöver kommer emellertid kurser att under inledningsåret behöva anordnas för tidigare examinerade läkare, som önskar genomföra specialistutbildning enligt den nya organisationen. Vi beräknar för vår del att under budgetåret 1968/69 skall behöva anordnas 50 kurser.

I det följande beräknas på ett överslagsmässigt sätt kostnaderna för den systematiska undervisningen, i första hand vid full utbyggnad av vidareutbildningsorganisationen och därefter för det inledande verksamhetsåret.

Arvoden till kursledare, kurssekreterare och lärare. Kostnaderna till timarvoderade lärare för 250 vidareutbildningskurser om vardera 20 timmar beräknas till ca 740 000 kronor. Timarvodet har förutsatts utgöra 148 kronor, motsvarande nuvarande ersättning per timme för föreläsningar. Vid denna beräkning har hänsyn inte kunnat tas till de eventuella reduceringar i ersättningsbehovet som kan göras därigenom att man utnyttjar vissa tillgängliga undervisningstimmar vid undervisningssjukhusen (3.5.7.4.). Vidare har förutsatts, att kursledare och kurssekreterare utöver det arvode de uppbär för detta arbete kommer att erhålla ersättning för varje timme de håller föreläsningar under kurserna.

För budgetåret 1966/67 anvisade Kungl. Maj:t 112 000 kronor för vidareutbildning av läkare under anslaget Vidareutbildning av läkare och tandläkare (1.3.2.3.). Därvid har i enlighet med vad som anförts under avsnittet 3.5.7.1. inte medtagits de kostnader om ca 60 000 kronor, som avsatts för att friställa lärare för att leda vidareutbildningskurser av rikskaraktär i de

större kliniska ämnena. Vid full utbyggnad beräknas således kostnaderna för den timarvoderade systematiska undervisningen uppgå till ca 630 000 kronor.

Vi har beräknat, att den årliga lärarinsatsen av kursledare och kurssekreterare vid full utbyggnad kommer att omfatta ca 750 tjänstgöringsveckor — vilket motsvarar ca 16 helårstjänster. Om man räknar med kostnaderna för 16 tjänster i laborators lönegrad (U 22: 25), skulle kostnaderna för kursledningen i dagens löneläge komma att uppgå till i storleksordningen 1 030 000 kronor.

De totala kostnaderna för undervisning och kursledning beräknas således till i storleksordningen 1 600 000 kronor.

Rese- och traktamentsersättningar till kursledare, kurssekreterare och lärare. Vi beräknar att ca fem lärare kommer att medverka vid varje kurs och att till varje lärare i medeltal kommer att utgå 150 kronor i rese- och traktamentsersättning. Anslagsbehovet härför uppgår sålunda till ($5 \times 250 \times 150 =$) 187 500 eller i storleksordningen 200 000 kronor.

Rese- och traktamentsersättningar för kursdeltagare. Kursdeltagarna beräknas mestadels komma från sjukhus, som ligger inom vederbörande undervisningssjukhus region, frånsett vid kurser inom starkt specialiserade områden, vilka kan behöva centraliseras till endast ett ställe i landet. Vi har beräknat att kursdeltagarna i medeltal kommer att färdas en sträcka motsvarande avståndet mellan Stockholm och Göteborg. Vi beräknar kostnaderna för resor till ($6 \times 625 \times 168 =$) 630 000 kronor.

Kurserna har föreslagits vara veckolånga. Långväga resenärer torde behöva dagtraktamente under sju dagar, medan för kursdeltagare, som bor på kursorten, några dagtraktamenten inte torde erfordras. Vi har valt att räkna med att varje kursdeltagare i medeltal kommer att behöva fem heldygnstraktamenten. Vi beräknar sålunda traktamentskostnaderna till ca ($6 \times 625 \times 5 \times 70 =$) 1 310 000 kronor.

Kostnaderna för rese- och traktamentsersättningar till kursdeltagare beräknas sålunda vid full utbyggnad av verksamheten till i storleksordningen 2 000 000 kronor.

För *omkostnader* i samband med kursverksamheten torde erfordras ett anslag av 2 000 kronor per kurs. Det totala anslagsbehovet för omkostnader beräknas sålunda till 500 000 kronor per år.

Vi har tidigare angivit att 50 kurser kan komma att erfordras under det för den systematiska undervisningen inledande verksamhetsåret, nämligen budgetåret 1968/69. I analogi med tidigare beräkningsmetod kan de sammanlagda kostnaderna för denna systematiska undervisning beräknas uppgå till för *arvoden till kursledare, kurssekreterare och lärare* ca 240 000 kronor, *rese- och traktamentsersättningar till kursledare, kurssekreterare och lärare* ca 40 000 kronor, *rese- och traktamentsersättningar för kursdeltagare* ca 400 000 kronor samt *omkostnader* i samband med kurserna ca 100 000 kronor.

Med hänvisning till vad ovan anförts beräknas den *sammanlagda kostnadsökningen* för den systematiska undervisningen under huvudutbildningen vid *full utbyggnad* komma att uppgå till i storleksordningen 4 300 000 kronor per år. Motsvarande kostnad för *det första verksamhetsåret*, budgetåret 1968/69, beräknas till i storleksordningen 780 000 kronor.

Det bör enligt vår mening ankomma på statens nämnd för läkares vidareutbildning att i sina årliga petitaframställningar successivt framlägga förslag om

medel för läkares vidareutbildningsverksamhet i den takt som erfordras och är möjlig. Organiserandet av undervisningen i de olika specialiteterna liksom av kunskapskontrollen kommer att ta viss tid i anspråk. Tillgången på lärare kan vidare nu inte helt överblickas. Med hänsyn till vad nyss anförts kan det eventuellt bli nödvändigt att införa den systematiska undervisningen successivt på så sätt att antalet undervisningstimmar inledningsvis för någon eller några specialiteter sätts lägre än 120. Vi vill i detta sammanhang ånyo understryka önskvärdheten av att den systematiska undervisningen utbyggs så snabbt som möjligt.

Den nordiska arbetsgruppen framhöll att det borde ankomma på staten och sjukhushuvudmännen att vidta sådana åtgärder, att ifrågavarande undervisning gjordes möjlig. Härvid borde bl. a. beaktas behovet av särskilda lärartjänster eller lärararvoden och de speciella undervisningsanordningar som kunde bli erforderliga, liksom att staten och sjukhushuvudmännen borde ställa sig välvilliga till ansökan om ledighet med lön och vikarie, när utbildningssökande läkare önskade delta i undervisningen.

Vi har inte anledning att ta ställning till hur kostnaderna för läkarnas ledighet m. m. i samband med att de deltar i den systematiska undervisningen skall täckas. Denna fråga bör prövas i annan ordning. Vi önskar dock i detta sammanhang erinra om att Svenska landstingsförbundet i skrivelse till landstingens förvaltningsutskott den 16 juni 1966 rekommenderat att deltagande i de kurser, som genom interimskommitténs för medicinsk fortsatt utbildning försorg anordnas under 1966/67, i förmånshänseende bör betraktas som tjänsteuppdrag (1.3.2.3.). Kostnaderna för läkarnas ledighet för den systematiska undervisningen beräknas vid full utbyggnad av vidareutbildningen komma att uppgå till i storleksordningen 3 000 000 kronor per år. Denna summa motsvarar ersättning för mistade avlöningsförmåner till 625 läkare med lön i löneklass A 24: 26 under sex veckor per år.

8.2.3. Sidoutbildning

Sidoutbildningen innebär enligt vårt förslag endast sjukhustjänstgöring och läkarna tjänstgör då i sjukvården på motsvarande sätt som under allmänutbildningen och huvudutbildningen. Kostnaderna för denna verksamhet bör således helt hänföras till sjukvården. Ingen systematisk undervisning är föreslagen under denna period.

8.2.4. Statens nämnd för läkares vidareutbildning m. m.

Vi har i avsnittet 3.5.8.3. lagt fram ett förslag till organisation av den nämnd för läkares vidareutbildning som vi räknar med skall administrera allmänutbildningen och huvuddelen av övrig vidareutbildning. För denna nämnd har vi vidare föreslagit en kansliorganisation, som även skall stå till förfogande för socialstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet och nämnden för utländska läkare. Kostnaderna för avlöningar m. m. för kansliorganisationen beräknas till i storleksordningen 480 000 kronor, varvid medräknats ett tillägg om 10 % för vikariekostnader, övertidsersättningar m. m. Avlöningarna till den personal, som biträder medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet och nämnden för utländska läkare, uppgår f. n. till ca 150 000 kronor, varvid på nyssnämnt sätt medräknats ett tillägg om 10 %. Behovet av tillkommande anslag för per-

sonalkostnader m. m. beräknas sålunda uppgå till i runt tal 330 000 kronor per år.

De årliga omkostnaderna för nämndens verksamhet beräknas till i storleksordningen 50 000 kronor, varav ca 20 000 kronor avses för databehandling vid fördelningen av läkare på olika sjukhus för allmänutbildning och rättningen av prov i samband med läkarexamen.

Arvoden samt rese- och traktamentsersättningar till ledamöterna i statens nämnd för läkares vidareutbildning, nämnden för läkares specialistbehörighet och nämnden för utländska läkare beräknas till omkring 100 000 kronor.

Vi förutsätter att nämndens kansli anknyts till socialstyrelsen. Några anslag för hyra av lokaler m. m. för nämndens verksamhet beräknas därför inte, liksom inte heller engångsanslag för inventarier, kontorsutrustning m. m.

Vi vill också erinra om att vi anser att statens nämnd för läkares vidareutbildning bör disponera medel för att stödja efterutbildning, anordnad av bl. a. olika läkarsammanslutningar (6.3.). Något särskilt anslag för detta ändamål upptas dock inte här.

De sammanlagda kostnaderna för nämndernas verksamhet beräknas till i storleksordningen 630 000 kronor. Kostnadsökningen i förhållande till nuläget uppgår till ca 480 000 kronor.

Planeringen av nämndens fortsatta arbete innebär en omfattande verksamhet redan från början. Med hänsyn härtill bör nämnden enligt vår mening inrättas redan fr. o. m. budgetåret 1968/69 och anslag för nämndens verksamhet utgå redan fr. o. m. detta budgetår.

KAPITEL 9

Sammanfattning

De väsentligaste delarna av uppdraget har varit att utreda förutsättningarna dels för Sveriges anslutning till ett avtal om enhetliga regler rörande specialistkompetens för läkare med i huvudsak det innehåll som föreslagits av en nordisk arbetsgrupp i betänkandet Specialistkompetens för nordiska läkare (NU 1964: 6), dels för en begränsning av tidsåtgången för medicinsk utbildning fram till avläggande av medicine licentiatexamen till ca fem och ett halvt studieår med bibehållande av den nuvarande studieordningens huvuddrag. Vad gäller den senare delen av uppdraget borde utgångspunkten enligt direktiven vara det i prop. 1954: 212 hävdade betraktelsesättet, att läkarutbildningen — omfattande såväl grundutbildning, dvs. utbildning fram till medicine licentiatexamen, som på denna byggande specialiserade utbildningslinjer, vidareutbildning — utgjorde en enhet.

Den medicinska utbildningens mål och uppdelning (1.5. och 1.6.)

Medan målet för den grundläggande läkarutbildningen tidigare var att producera kompetenta allmänläkare, är målet för den nuvarande grundutbildningen att ge den nödvändiga grundvalen för en senare, huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning för olika former av medicinsk verksamhet.

Trots att sjukvårdens utveckling karakteriseras av en fortsatt, tilltagande specialisering anser vi inte att tiden ännu är mogen för en genomgripande förändring av grundutbildningens innehåll samt omfattningen beträffande de kliniska specialämnena. Specialistvården kan nämligen f. n. inte anses utbyggd i sådan omfattning, att den motiverar en radikal nedskärning av utbildningen i dessa ämnen. Vi anser att samtliga läkare — oavsett vilken framtida verksamhet de kommer att ägna sig åt — behöver en medicinsk allmänbildning i specialämnena av ungefär samma omfattning som för närvarande.

Den medicinska utbildningen bör i likhet med vad som nu gäller och i enlighet med den nordiska arbetsgruppens uppfattning indelas i grundutbildning, vidareutbildning och efterutbildning.

Grundutbildningen avser universitetsstudierna fram till medicine licentiatexamen. Våra förslag innebär bl. a., att assistenttjänstgöringarna skall utgå ur grundutbildningen och inordnas i en för alla läkare obligatorisk tjänstgöring om 15 månader — allmänutbildning. Målet för grundutbildningen anser vi böra vara att ge de blivande läkarna sådana kunskaper och färdigheter som är av vetenskaplig och praktisk betydelse för alla läkare och som fordras såsom grund för deras vidareutbildning.

Vidareutbildningen avser den del av utbildningen, som följer efter medicine licentiatexamen och som huvudsakligen under utövning av läkaryrket leder

fram till läkarnas slutliga verksamhet på skilda medicinska områden, bl. a. som specialister.

Med specialist menar vi en läkare, som med stöd av stadgade normer och enligt ett erkänt värderingssystem har uppnått och vidmakthåller en ansenlig grad av kunskaper och skicklighet inom ett särskilt medicinskt verksamhetsområde och som huvudsakligen begränsar sin verksamhet till detta.

Efterutbildningen avser sådan utbildning, som följer efter vidareutbildningen och som syftar till att i takt med medicinens utveckling ge de praktiskt verksamma läkarna kunskaper om nya vetenskapliga landvinningar och utvecklandet av nya metoder m. m. inom deras respektive verksamhetsområden.

Studieordning m. m. under grundutbildningen (2.1.)

Studierna under grundutbildningen indelas i tre stadier. Det första stadiet, det prekliniska stadiet, omfattar de två första studieåren och avslutas med medicine kandidatexamen. Det andra kallas det propedeutiska stadiet och omfattar det nuvarande s. k. propedeutiska året. Det tredje benämns det kliniska stadiet och indelas i två delar. Den första delen omfattar det fjärde årets studier med kurserna i medicin och kirurgi. Den andra delen omfattar tre terminer och motsvarar det nuvarande s. k. fria kliniska stadiet. Assistenttjänstgöringarna föreslås som tidigare nämnts utgå ur grundutbildningen. Sedan det kliniska stadiets andra del är fullföljd erhålls medicine licentiatexamen. Studietiden för examens avläggande kan sålunda begränsas till fem och ett halvt år.

Läsåret föreslås fr. o. m. det tredje studieåret omfatta 40 veckor fördelade på två terminer om vardera 20 veckor. Höstterminen föreslås börja omkring den 25 augusti och sluta sista veckan i januari. Vårterminen föreslås börja senast den första februari och pågå t. o. m. slutet av juni.

För hela grundutbildningen föreslås en i princip bunden studiegång.

Ledningen och övervakningen av den medicinska utbildningen är en krävande uppgift för fakulteten och dess utbildningsnämnd. Vi anser att utbildningsnämnden inte bör belastas med detaljplanering av utbildningens innehåll och organisation inom grundutbildningens olika stadier. I stället bör skapas funktionsdugliga ledningsoch övervakningsorgan för de olika stadierna genom att i enlighet med universitetsstadgans bestämmelser särskilda avdelningar bildas inom utbildningsnämnden, vilka kan få besluta på nämndens vägnar i vissa ärenden eller grupper av ärenden. Vi föreslår att tre sådana avdelningar bildas med uppgift att samordna undervisningen inom de olika stadierna av utbildningen, nämligen en för det prekliniska stadiet, en för det propedeutiska stadiet och en för det kliniska stadiet.

Det prekliniska stadiet (2.2.)

För det prekliniska stadiets del innebär utredningsuppdraget enligt vår uppfattning att vi skall överväga om en omfördelning av utbildningsmomenten kan ske mellan detta stadium och antingen den fortsatta grundutbildningen, dvs. de propedeutiska och kliniska stadierna, eller den därpå följande vidareutbildningen. Vi anser att två studieår är ett minimum för den prekliniska utbildningen och att ingen omfördelning av väsentliga utbildningsmoment är möjlig mellan å ena sidan det prekliniska stadiet och å andra sidan de senare stadierna i grundutbildningen eller vidareutbildningen. Frågorna om utbildningsplanen för det prekliniska stadiet fal-

ler i övrigt utanför ramen för utredningsuppdraget men synes så betydelsefulla att vi anser att de bör bli föremål för särskild prövning. Vi föreslår dock att undervisningen i allmänbiologi under den första studieterminen redan nu utökas med 2 à 4 undervisningstimmar i mikrobiologi. Undervisningen i medicinsk genetik föreslås vidare bli utökad genom att undervisningstimmar beräknas för medverkan av lärare i medicinsk genetik i samundervisning med olika kliniska ämnen.

Det propedeutiska stadiet (2.3.)

En förkortning av den totala tidsåtgången för grundutbildningen i enlighet med direktiven kräver en väsentlig omläggning av studieordningen under det propedeutiska året. Det propedeutiska årets karaktär av en introduktion till de kliniska studierna understryks i vårt förslag och stor vikt läggs vid samordning mellan undervisningen i de olika ämnena. Samundervisningen föreslås ske dels som en samordnad undervisning, varvid undervisningen schemamässigt samordnas i innehållsmässigt gemensamma eller angränsande avsnitt, dels som en gemensamundervisning, varvid två eller flera lärare gemensamt deltar i undervisningen. Under det propedeutiska stadiet skall undervisningen meddelas under tio månader fördelade på två lika långa terminer.

Ämnena medicinsk mikrobiologi och farmakologi föreslås bli förlagda till första terminen under det propedeutiska året. Tentamen i ämnena skall ske i anslutning till respektive kurser. Översiktskurserna i medicin och kirurgi, kursen i kliniska undersökningsmetoder, de förberedande kurserna i socialmedicin och röntgendiagnostik samt demonstrationskursen i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi föreslås sammanförda till en kurs, benämnd kurs i klinisk propedeutik och med en lärare i klinisk propedeutik som kursledare. I denna kurs föreslås ingå även föreläsningar i psykiatri jämte utvecklingspsykologi m. m. Kursen pågår under hela året. Undervisningen ökar i omfattning under året och intensifieras under de sista fem à sex veckorna, då de studerande bör ges möjlighet att kontinuerligt sätta sig in i sjukvårdsarbetet och den kliniska verksamheten.

Klinisk kemi och klinisk fysiologi föreslås vara särskilda läroämnen. Undervisningen i dessa ämnen föreslås bli samordnade med dels ämnet patologi (patokemi och patofysiologi), dels kursen i klinisk propedeutik (klinisk laboratoriediagnostik). Undervisningen i patologi skall samordnas med undervisningen i klinisk propedeutik, klinisk kemi och klinisk fysiologi samt även i viss utsträckning med medicinsk mikrobiologi. Timantalet för obduktionsdemonstrationer föreslås minskat under det propedeutiska stadiet samtidigt som ett visst antal dylika demonstrationer föreslås bli anordnade under kurserna i medicin och kirurgi. Sluttentamen i patologi avläggs under det propedeutiska året. De kunskaper i patologi, som de studerande tillägnar sig efter detta år, bör kontrolleras i samband med förhören i kliniska ämnen och i läkarexamen.

Det kliniska stadiets första del (2.4.)

Under detta stadium, det fjärde studieåret, genomgås kurserna i medicin och kirurgi. Några förändringar beträffande den totala undervisningsvolymen under dessa kurser föreslås inte. Nuvarande särskilda kurs i ftisiologi föreslås utgå och motsvarande undervisning bör bli meddelad i huvudsak under kursen

i medicin. Viss undervisning i neurologi bör vidare meddelas under medverkan av lärare i neurologi. Till kursen i kirurgi överförs viss undervisning från nuvarande översiktskurs i kirurgi under det propedeutiska året. Nuvarande undervisning i odontologi föreslås överförd till kursen i oto-rhino-laryngologi. Viss undervisning i abdominell gynekologi föreslås skola ingå i kirurgiundervisningen. De till undervisningen i neurokirurgi hörande föreläsningarna i neurotraumatologi förläggs till kursen i kirurgi. Föreläsningsundervisningen i radioterapi med tumördiagnostik ges i sin huvuddel alltjämt under kursen i kirurgi. Undervisningen i röntgendiagnostik föreslås i största möjliga utsträckning bedrivas som gruppundervisning, varjämte varje studerande bör delta i det praktiska arbetet på röntgenavdelningen. Delar av den särskilda undervisning, som skall samordnas med undervisningen i medicin respektive kirurgi och meddelas av ämneslärare i klinisk kemi, klinisk fysiologi och klinisk bakteriologi, föreslås i viss utsträckning meddelas som gemensamundervisning med lärare i medicin respektive kirurgi inom ramen för de kliniska och polikliniska föreläsningarna i dessa ämnen. Härigenom kan det totala antalet föreläsningar minskas till förmån för praktisk tjänstgöring. Kunskapskontroll i form av tentamen föreslås avsluta kurserna i medicin och kirurgi. Härvid skall fordringarna avpassas till den nya studieplanen på sådant sätt, att tentamen normalt kan avläggas i anslutning till kursens slut och inom kurstidens ram. För att de studerande skall få tid till tentamensläsning bör de befrias från praktiskt arbete under de sista veckorna av medicin- respektive kirurgiterminen. Nuvarande tentamina i medicin och kirurgi, som avläggs först efter fullgjord assistenttjänstgöring, föreslås bli ersatta av en läkarexamen, som skall ingå i vidareutbildningen.

Det kliniska stadiets andra del (2.5.)

Målet för utbildningen i de kliniska specialdisciplinerna och i övriga specialämnen bör alltjämt vara att ge en gemensam grundläggande undervisning för både allmänläkaren och specialisten. Mot bakgrund av detta vårt ställningstagande och med hänsyn till önskvärdheten av ett närmande i fråga om den medicinska grundutbildningen mellan de nordiska länderna anser vi oss inte kunna föreslå någon väsentlig minskning av undervisningen i dessa ämnen.

Enligt direktiven bör möjligheterna av en fastare organisation av det fria kliniska skedet övervägas, bl. a. med hänsyn till önskvärdheten att nedbringa förseningar i de medicinska studierna. Vi anser det inte möjligt att föreslå en fri studiegång under det kliniska stadiets andra del, eftersom det för att genomföra en sådan inom den angivna tidsramen skulle krävas en större utbildningskapacitet än vad som motsvarar det direkta antalet intagna studerande per år. Vi erinrar därvid om den betydande ökning av nybörjarintagningen vid de medicinska lärosätena som pågår. Vi förordar i stället en bunden studiegång. Följande studieordning föreslås för det kliniska stadiets andra del.

Utbildningen skall pågå under tre terminer. De kurser som skall genomgås varje termin sammanförs i två »kurs-block» vart och ett omfattande tio veckor. Den ena hälften av de studerande genomgår först kurserna i terminens ena block och fortsätter därefter med kurserna i det andra. Den andra hälften av de studerande följer undervisningen i omvänd ordning.

Första terminens block omfattar kurser i följande ämnen.

1. Psykiatri samt
   försvars- och katastrofmedicin, del I eller del II.
2. Dermato-venereologi,
   infektionsmedicin (klinisk epidemiologi) samt
   försvars- och katastrofmedicin, del I eller del II.

Andra terminens block omfattar kurser i följande ämnen.

1. Obstetrik och gynekologi (under kursen meddelas undervisning i nyföddhetsperiodens pediatrik).
2. Oftalmiatrik,
   oto-rhino-laryngologi (under kursen fullgörs viss tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik) samt
   rättsmedicin.

Tredje terminens block omfattar kurser i följande ämnen.

1. Pediatrik jämte barnpsykiatri.
2. Hygien,
   neurologi samt
   socialmedicin.

Undervisningen i de enskilda ämnena under det kliniska stadiets andra del

Första terminens ämnen

Psykiatri (2.5.3.3.). Nuvarande fasta kombination med neurologi föreslås upphöra. Med hänsyn härtill föreslås viss undervisning i neurologi skola tillkomma under kursen i psykiatri. I övrigt föreslås ingen förändring av föreläsningstiden under kursen. Möjligheterna till samundervisning med andra kliniska ämnen bör utnyttjas under hela det kliniska stadiet för att därigenom bredda patientunderlaget för undervisning i psykiatri.

Dermato-venereologi (2.5.3.4.). Viss undervisning i radioterapi med tumördiagnostik föreslås skola meddelas under kursen.

Infektionsmedicin (= klinisk epidemiologi) (2.5.3.5.). Benämningen på det nuvarande ämnet klinisk epidemiologi föreslås bli ändrad till infektionsmedicin. Viss undervisning i tuberkulosens epidemiologi, som nu meddelas under kursen i ftisiologi, föreslås bli överförd till kursen i infektionsmedicin. Samtidigt utgår nuvarande kurs i ftisiologi.

Försvars- och katastrofmedicin (= krigsmedicin jämte grundkurs i civil krigssjukvård) (2.5.3.6.). Nuvarande kurs i krigsmedicin föreslås bli ersatt med en kurs i försvars- och katastrofmedicin och samordnad med den av riksdagen år 1963 beslutade grundkursen i civil krigssjukvård. Kursen bör bestå av två delar, som båda skall kunna kombineras antingen med kurserna i dermato-venereologi och infektionsmedicin eller med kursen i psykiatri. En särskild arbetsgrupp inom universitetskanslersämbetet föreslås få i uppdrag att organisera utbildningen i samråd med beredskapsavdelningen inom socialstyrelsen och försvarets centrala myndigheter. Man bör därvid försöka organisera undervisningen så att den leds centralt med hjälp av olika experter. Den huvudsakliga delen av undervisningen bör baseras på film och TV-inspelat undervisningsmaterial.

Andra terminens ämnen

Obstetrik och gynekologi (2.5.3.7.). Studiekursen föreslås i likhet med andra kurser under det kliniska stadiets andra del omfatta en tid av tio veckor. Det totala antalet föreläsningstimmar föreslås vara oförändrat. En viss del av undervisningen bör dock ges i samundervisning med lärare i pediatrik och behandla nyföddhetsperiodens fysiologi och patologi samt förebyggande mödravård. Under kursen förutsätts de studerande tjänstgöra på förlossningsavdelning, gynekologisk avdelning och poliklinik samt även på nyföddhetsavdelning. I övrigt föreslås ingen ändring av studiekursens innehåll.

Oftalmiatrik (2.5.3.8.). Ingen ändring föreslås av studiekursens innehåll.

Oto-rhino-laryngologi (2.5.3.9.). Inom kursens ram föreslås särskild undervisning i radioterapi med tumördiagnostik bli meddelad. Den undervisning i odontologi som nu ingår i kursen i kirurgi överförs till kursen i oto-rhino-laryngologi. Under kursen skall de studerande förutom sedvanlig tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik och poliklinik också fullgöra tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik. I övrigt föreslås inga ändringar i studiekursens innehåll.

Rättsmedicin (2.5.3.10.). Ingen ändring föreslås av studiekursens innehåll.

Tredje terminens ämnen

Pediatrik (2.5.3.11.). Undervisningen i pediatrik avseende barnets normala somatiska utveckling föreslås bli meddelad under kursen i klinisk propedeutik samt avseende nyföddhetsperiodens fysiologi och patologi jämte den förebyggande mödravården under kursen i obstetrik och gynekologi. Under sistnämnda kurs förutsätts de studerande samtidigt fullgöra viss tjänstgöring vid nyföddhetsavdelning. Studiekursen i pediatrik skall omfatta en tid av tio veckor. Framför allt med hänsyn till den undervisning i pediatrik, som skall ges under kursen i obstetrik och gynekologi, minskas det totala antalet föreläsningstimmar under huvudkursen.

Barnpsykiatri (2.5.3.12.). Undervisningen i barnpsykiatri föreslås i huvudsak ha samma omfattning och innehåll som för närvarande. Studiekursen ges i anslutning till kursen i pediatrik. Härutöver skall viss undervisning i barnpsykiatri meddelas under kursen i klinisk propedeutik.

Socialmedicin (2.5.3.13.). Undervisningen i socialmedicin föreslås i likhet med vad som nu är fallet bli meddelad under medicine licentiatstudiernas samtliga stadier, dvs. under det propedeutiska stadiet, det kliniska stadiets första del samt under det kliniska stadiets andra del både under huvudkursen och i samband med särskilt angivna kurser. Huvudkursen i socialmedicin skall omfatta en tid av tio veckor. Under denna tid bör samundervisning med hygien och neurologi meddelas.

Neurologi (2.5.3.14.). Viss undervisning i ämnet föreslås bli meddelad i samband med kurserna i klinisk propedeutik, medicin och psykiatri. Det totala antalet föreläsningstimmar under studiekursen i neurologi föreslås vara oförändrat. Däri skall dock ingå visst antal föreläsningar i neurokirurgi.

Hygien (2.5.3.15.). Ingen väsentlig ändring föreslås beträffande undervisningen i hygien.

Övriga ämnen

Ftisiologi (2.5.3.16.). Nuvarande särskilda kurs i ftisiologi under det kliniska stadiet utgår. Undervisningen föreslås bli överförd till kurserna i medicin och infektionsmedicin.

Radioterapi med tumördiagnostik (2.5.3.17.). Viss undervisning i radioterapi rörande strålbiologi, strålfysik och strålskydd föreslås ingå i kursen i klinisk propedeutik. Huvuddelen av föreläsningsundervisningen i ämnet förutsätts bli meddelad under kursen i kirurgi. Vidare föreslås undervisning i ämnet ingå i kurserna i oto-rhinolaryngologi och dermato-venereologi samt särskild undervisning i gynekologisk radioterapi i kursen i obstetrik och gynekologi. Tjänstgöringen vid radioterapeutisk klinik och poliklinik förläggs jämsides med kursen i oto-rhinolaryngologi.

Röntgendiagnostik (2.5.3.18.). Viss undervisning i elementär röntgendiagnostik jämte strålbiologi, strålfysik och

strålskydd föreslås bli meddelad under kursen i klinisk propedeutik. Den totala undervisningstiden i ämnet under kurserna i medicin och kirurgi föreslås vara oförändrad. Föreläsningarna under kursen i kirurgi skall dock minskas till förmån för gruppundervisning, varjämte de studerande skall handledas i det praktiska arbetet på röntgenavdelningen.

Allmänutbildning (3.1.)

I uppdraget ingår att pröva frågan, huruvida assistenttjänstgöringarna helt eller delvis skall utgå ur grundutbildningen och inordnas i den allmänna utbildningsperiod, som enligt det nordiska avtalsförslaget skall inleda vidareutbildningen till specialist och avse ca två års läkartjänstgöring under fullt professionellt ansvar. Tjänstgöringarnas inordnande i perioden fordrar sålunda att de förenas med sådant ansvar. Något hinder mot att så sker synes inte föreligga eftersom de, som avlägger medicine licentiatexamen enligt den av oss föreslagna studieordningen, har genomgått alla kurser och tentamina, bl. a. i medicin och kirurgi, och sålunda förvärvat den kompetens som kan anses erforderlig. Assistenttjänstgöringarna föreslås därför helt utgå ur grundutbildningen. Som ersättning för dessa tjänstgöringar föreslås en för erhållande av legitimation såsom läkare obligatorisk utbildning, kallad allmänutbildning.

Enligt avtalsförslaget skall minst ett år av den allmänna utbildningsperioden vara klinisk sjukhustjänstgöring, i vilken skall ingå tjänstgöring vid såväl medicinsk som kirurgisk klinik. Vi föreslår därför obligatoriska tjänstgöringar om vardera sex månader under denna utbildningsperiod i de centrala kliniska disciplinerna invärtesmedicin och kirurgi. Eftersom invärtesmedicinen är av grundläggande betydelse för alla läkare föreslås tjänstgöringen vid medicinsk klinik inleda allmänutbildningen. Det är önskvärt att varje läkare har praktisk erfarenhet av intensivvård i allmän bemärkelse och kan behandla akut uppkomna situationer med sviktande vitala livsfunktioner. En till två månader av tjänstgöringen vid kirurgisk klinik föreslås därför fullgöras vid anestesiavdelning, där intensivvård bedrivs. Under en övergångstid bör dock även anestesiavdelning utan särskild intensivvårdsavdelning kunna godtas.

Vi har prövat om den allmänna utbildningsperioden obligatoriskt bör innefatta viss tids tjänstgöring inom psykiatrisk vård. Vid bedömningen av skälen för och emot en sådan tjänstgöring under allmänutbildningen har vi funnit att de motiv som talar för en obligatorisk tjänstgöring väger över de som talar emot. Enligt vår uppfattning måste ökad erfarenhet av psykiatrisk sjukvård betraktas som värdefull för alla läkarkategorier, varför sådan tjänstgöring bör vara ett krav för oinskränkt behörighet att utöva läkaryrket, dvs. legitimation. Allmänutbildningen föreslås därför omfatta tre månaders tjänstgöring vid sådana psykiatriska eller barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, som har en väl differentierad öppen och sluten vård. Tjänstgöringen bör följa omedelbart efter tjänstgöringen vid kirurgisk klinik.

Vi har prövat om perioden härutöver obligatoriskt bör innefatta viss tids tjängöring i öppen vård. För att i största möjliga utsträckning ge läkarna tillfälle till utbildning i öppen vård och därmed lära dem att inse vikten av integration och samarbete mellan öppen och sluten vård har vi funnit det värdefullt att tjänstgöringen vid medicinsk klinik också omfattar integrerad tjänstgöring i öppen och sluten vård. Under en tid

av högst två månader bör läkaren i fråga, ehuru formellt anställd vid vederbörande medicinska klinik, i viss utsträckning följa arbetet hos en provinsialläkare som är verksam inom sjukhusets upptagningsområde och om möjligt stationerad på samma ort som sjukhuset. Vi är väl medvetna om att det kan vara svårt att omedelbart organisera en sådan tjänstgöring i alla sjukvårdsområden och föreslår därför endast att man i största möjliga utsträckning ordnar en försöksverksamhet enligt de riktlinjer som vi angivit.

Läkarexamen (3.2.)

Beträffande undervisningen i medicin och kirurgi under grundutbildningen har vi föreslagit att huvudkurserna i dessa ämnen skall avslutas med en tentamen, som är av mindre omfattning än den som nu genomgås efter assistenttjänstgöringen i respektive ämne. Detta beror på att de studerande vid tiden för de föreslagna tentamina inte fullgjort allmänutbildningens tjänstgöringar vid medicinsk och kirurgisk klinik. Slutlig kunskapskontroll i medicin och kirurgi bör därför äga rum först sedan dessa tjänstgöringar fullgjorts. Av flera skäl anser vi det inte lämpligt att universiteten svarar för den aktuella kunskapskontrollen utan förordar att den anförtros åt en särskild statens nämnd för läkares vidareutbildning, som vi föreslår skall inrättas (3.5.8.3.). Vidare föreslår vi att kunskapskontrollen skall anordnas som en för både medicin och kirurgi gemensam, icke betygsgraderad examination, kallad läkarexamen. Till nämnden bör knytas bl. a. en arbetsgrupp, bestående av representanter för berörda ämnen, med uppgift att administrera läkarexamen. Innehållet i denna bör i huvudsak motsvara fordringarna i nuvarande tentamina i medicin och kirurgi. Läkarexamen avses vara skriftlig och anordnas två gånger per år. Vid dess genomförande bör flervalsmetod i någon form, kombinerad med databehandling, komma till användning.

Specialistutbildning (3.3.)

Som tidigare nämnts skall enligt avtalsförslaget vidareutbildningen till specialist inledas med en allmän utbildningsperiod om ca två år (3.3.1.). Med hänsyn härtill föreslår vi att de läkare, som fullgjort allmänutbildningen om 15 månader och som avser att utbilda sig till specialist, skall genomgå nio månaders ytterligare tjänstgöring. Vi anser det fördelaktigt att denna tjänstgöring fullgörs inom områden av betydelse för den sökta kompetensen. Bl. a. av sjukhusorganisatoriska skäl bör i fråga om tjänstgöringen meddelas så få begränsande föreskrifter som möjligt. Vi föreslår därför en i huvudsak valfri tjänstgöring i underordnad ställning. Vidare bör tjänstgöringen vid valfri tid under utbildningen få fullgöras 1) i läkardistrikt, 2) vid lasarett eller sjukstuga, 3) vid enskild sjukvårdsinrättning, som godkänts för sådan utbildning av statens nämnd för läkares vidareutbildning, eller 4) vid medicinsk-teoretisk institution. Som regel får tjänstgöringen inte fullgöras i specialitet, inom vilken sökanden har att fullgöra huvud- eller sidoutbildning för förvärvande av den aktuella specialistkompetensen. Intill sex månader av tjänstgöringen i läkardistrikt föreslås under en övergångstid få fullgöras i självständig ställning.

Huvud- och sidoutbildningen (3.3.2.) skall enligt avtalsförslaget fullgöras efter erhållandet av obegränsad legitimation som läkare och omfatta minst fyra års sjukhustjänstgöring, varav huvudutbildningen minst tre år och sidoutbildningen som regel minst ett halvt år. För vissa specialiteter föreslår vi

samma tid för huvud- och sidoutbildningen som i avtalsförslaget angivits som minimitider. Dock anser vi det motiverat att för dels specialiteterna inom grupperna invärtes sjukdomar, kirurgiska sjukdomar och psykiska sjukdomar och dels vissa huvudsakligen tekniskt betonade specialiteter något överskrida dessa minimitider, nämligen för huvudutbildningen som regel upp till fyra år och för sidoutbildningen upp till ett och ett halvt år.

Huvud- och sidoutbildningen får enligt vårt förslag påbörjas först sedan allmänutbildningen fullgjorts och läkarexamen avlagts. Huvud- och sidoutbildningen skall fullgöras vid sjukhus (kliniker, avdelningar) eller inrättningar, som efter prövning godkänts härför, och minst ett år av huvudutbildningen skall fullgöras vid sjukhus av kategori I (se följande).

I uppdraget ingår att uppgöra förslag till *specialitetsförteckning* (3.3.3.). Med hänsyn till sjukvårdens utveckling anser vi nu gällande specialitetsschema, som omfattar 28 specialiteter, vara ofullständigt. Alla i sjukvårdsorganisationen väl etablerade och avgränsade specialiteter bör enligt vår mening upptas i den nya förteckningen. Vårt förslag till specialitetsförteckning är följande.

1. anestesiologi
2. barnaålderns invärtes sjukdomar eller pediatrik
3. hudsjukdomar och veneriska sjukdomar eller dermatologi och venereologi
4. invärtes sjukdomar:
   a) invärtes sjukdomar eller allmän internmedicin
   b) endokrina sjukdomar eller endokrinologi
   c) hjärtsjukdomar eller kardiologi
   d) akuta infektionssjukdomar
   e) lungsjukdomar eller pneumologi
   f) matsmältningsorganens medicinska sjukdomar eller gastroenterologi
   g) medicinska njursjukdomar eller nefrologi
   h) reumatiska sjukdomar eller reumatologi
5. kirurgiska sjukdomar:
   a) kirurgiska sjukdomar eller allmän kirurgi
   b) barnkirurgi
   c) handkirurgi
   d) neurokirurgi
   e) ortopedisk kirurgi
   f) plastikkirurgi
   g) thoraxkirurgi
   h) urologisk kirurgi
6. klinisk laboratorieverksamhet:
   a) blodgruppsserologi och transfusionslära
   b) klinisk bakteriologi
   c) klinisk fysiologi
   d) klinisk kemi
   e) klinisk neurofysiologi
   f) klinisk patologi
   g) klinisk virologi
7. kvinnosjukdomar och förlossningar eller gynekologi och obstetrik
8. nervsjukdomar eller neurologi
9. psykiska sjukdomar:
   a) psykiska sjukdomar eller allmän psykiatri
   b) barn- och ungdomspsykiatri
   c) rättspsykiatri
10. radiologi:
    a) röntgendiagnostik
    b) allmän radioterapi
    c) gynekologisk radioterapi
11. ögonsjukdomar eller oftalmologi
12. öron-, näs- och halssjukdomar:
    a) öron-, näs- och halssjukdomar eller oto-rhino-laryngologi
    b) hörselrubbningar eller audiologi
    c) röst- och talrubbningar eller foniatri

Vi har diskuterat att i förteckningen införa ytterligare ämnesområden, såsom bl. a. geriatrik, långvårdsmedicin, rehabilitering, fysikalisk terapi, yrkesmedicin och företagshälsovård samt internmedicinska allergisjukdomar. Inget av dessa områden anser vi dock f. n. böra införas.

För specialistkompetens i grenspecialitet fordras enligt avtalsförslaget att sökanden förvärvat sådan kompetens i huvudspecialiteten och därjämte fullgjort minst två års tjänstgöring inom området för grenspecialiteten. Vi föreslår f. n. inte några grenspecialiteter.

Vi anser att vissa specialiteter, som enligt avtalsförslaget skulle kunna anordnas såsom grenspecialiteter, bör vara självständiga specialiteter.

Rätten att annonsera flera specialiteter samtidigt bör vidare enligt vår mening begränsas till att avse två specialiteter mellan vilka det föreligger ett nära släktskap. Vi föreslår sålunda att det skall vara tillåtet att tillkännage specialiteterna allmän internmedicin och allmän kirurgi med en annan specialitet inom respektive specialitetsgrupp. Denna möjlighet bör också finnas när det gäller specialiteterna allmän psykiatri samt oto-rhino-laryngologi. Eftersom specialiteterna gynekologisk radioterapi samt kvinnosjukdomar och förlossningar är besläktade bör också dessa få tillkännages tillsammans. Likaså bör specialiteten pediatrik få annonseras tillsammans med barn- och ungdomspsykiatri.

Emellertid går utvecklingen på flera områden mot ytterligare specialisering och det kan därför i framtiden bli aktuellt att anordna nya specialiteter som grenspecialiteter. Statens nämnd för läkares vidareutbildning bör få till uppgift att föreslå de grenspecialiteter liksom de förändringar i specialitetsförteckningen i övrigt som motiveras av utvecklingen (3.5.8.3.).

Utbildningskraven i de skilda specialiteterna behandlas under 3.3.4. De närmare fordringarna framgår av förslaget till kungörelse om läkares specialistbehörighet m. m.

Systematisk undervisning och studier (3.3.5.). Enligt avtalsförslaget skall tjänstgöring vid sjukhus av kategori I kombineras med på lämpligt sätt anordnad systematisk undervisning. Enligt arbetsgruppen borde den systematiska undervisningen, vari avsågs skola ingå studier, såvitt möjligt meddelas under vidareutbildningen vid sjukhusen av kategori I. Enligt vårt förslag beträffande kategoriindelningen av sjukhusen (3.5.2.4.) bör visserligen i princip varje sjukvårdsområde ha ett kategori I-sjukhus. Detta innebär dock inte att alla sådana sjukhus kommer att ha tillräckliga resurser för den systematiska undervisningen. För att bereda alla blivande specialister inom de olika specialiteterna likvärdig systematisk undervisning föreslår vi att undervisningen skall ges i form av kurser vid företrädesvis undervisningssjukhus. Kurserna bör förberedas genom självstudier. Undervisningen bör motsvara ca 120 timmar föreläsningar och avse de väsentligaste delarna av respektive ämne och fördelas på ett antal kurser, som för varje specialitet bestäms av statens nämnd för läkares vidareutbildning. Antalet deltagare per kurs bör i allmänhet inte överstiga 25 och i medeltal utgöra 15 (3.5.7.4.).

Enligt avtalsförslaget fordras att blivande specialister genomgått *kunskapsprövning* i någon form (3.3.6.). Vi anser att målet för en sådan prövning bör vara att bedöma, om läkarens kunskaper är tillräckliga för hans verksamhet som specialist inom respektive ämnesområde. Något behov av en betygsgraderad kunskapskontroll torde således inte föreligga. Eftersom vi föreslår att den systematiska undervisningen skall ges i form av kurser, förordas att kunskapsprövningen sker genom kursledarens försorg som förhör i anslutning till de olika kurserna. Det bör åvila statens nämnd för läkares vidareutbildning att tillse att största möjliga enhetlighet beträffande kunskapskraven kommer att råda mellan både de skilda kurserna i samma specialitet och kurserna i olika specialiteter.

Utbildning för allmän praktik (3.4.)

De kunskaper och färdigheter, som förvärvas under utbildningen fram till nuvarande medicine licentiatexamen och därmed legitimation, är enligt vår mening ett absolut minimum för självständig läkarpraktik. Trots den förstärkning av den praktiska utbildningen före erhållandet av legitimation, som vårt förslag om allmänutbildningen innebär, finner vi det motiverat att föreslå att särskilda utbildningskrav uppställs för att en läkare skall få rätt att för allmänheten tillkännage »allmän praktik». Bevis om rätt att annonsera allmän praktik bör meddelas av samma organ som utfärdar bevis om specialistkompetens. Denna ordning skulle på samma sätt som annonserandet av specialistkompetens innebära en förbättrad vägledning för allmänheten. Utbildningen för allmän praktik föreslås utöver allmänutbildningen omfatta följande tjänstgöringar — varav högst nio månader bör få fullgöras före legitimationen — nämligen ett år vid medicinsk klinik, ett halvt år vid kirurgisk klinik, ett halvt år vid psykiatrisk klinik, tre månader vid kvinnoklinik, tre månader vid pediatrisk klinik, tre månader vid infektionsklinik och tre månader i läkardistrikt.

Vidareutbildningens organisation och administration (3.5.)

Alla läkare bör i anslutning till avlagd medicine licentiatexamen beredas plats på sjukhusen för att fullgöra allmänutbildning. För att så skall bli fallet föreslår vi att staten och sjukvårdshuvudmännen träffar avtal som säkerställer tjänstgöringsmöjligheterna. Vidare föreslår vi att allmänutbildningen vad gäller medicin och kirurgi skall fullgöras vid de s. k. centrallasaretten och normallasaretten, beträffande de senare dock ej vid sådana som saknar anestesiavdelning. Av sociala och organisatoriska skäl bör dessa tjänstgöringar fullgöras vid ett och samma sjukhus. Utbildningen i psykiatri föreslås endast få äga rum vid sådana psykiatriska och barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, som har en väl differentierad öppen och sluten vård. Om det sjukhus, vid vilket medicin- och kirurgitjänstgöringarna fullgörs, saknar psykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik bör psykiatritjänstgöringen förläggas till en motsvarande, så nära som möjligt belägen klinik. Vi föreslår vidare att statens nämnd för läkares vidareutbildning får befogenhet att i samråd med vederbörande sjukvårdshuvudman och på grundval av det avtal, som förutsätts bli träffat, bestämma vid vilka sjukhus allmänutbildningen får fullgöras och antalet läkartjänster vid de sålunda godkända sjukhusen.

Vad gäller *sjukhus för fortsatt vidareutbildning* (3.5.2.) föreslår vi i enlighet med avtalsförslaget att huvud- och sidoutbildningen endast får fullgöras vid sjukhus, som efter prövning godkänts härför. I första hand bör godkännas undervisningssjukhus, större centrallasarett och vissa specialsjukhus samt i andra hand sjukhus med minst fyra specialiteter, nämligen medicin, kirurgi, röntgendiagnostik och anestesi. Sjukhusens patientmaterial bör vara tillräckligt stort och allsidigt sammansatt. Vidare bör alla läkare i överordnad ställning vara specialistkompetenta i respektive specialitet. Sjukhusen bör dessutom ha viss biblioteksservice och vara försedda med lokaler för konferenser. De godkända sjukhusen skall enligt avtalsförslaget indelas i två kategorier. Vi föreslår att i princip varje sjukvårdsområde bör ha ett kategori I-sjukhus. Övriga sjukhus med det specialitetsantal

som tidigare angivits bör placeras i kategori II. Varje kategori I-sjukhus bör vara tillfredsställande utrustat i fråga om laboratorier och biblioteksservice. Vidare bör någon av läkarna i överordnad ställning vid en kategori I-klinik (avdelning) ha tjänstgjort minst tre år vid sjukhus, där regelbunden, i huvudutbildningen ingående systematisk undervisning bedrivs, samt ha vetenskapliga meriter och viss erfarenhet av undervisning av blivande läkare eller specialister. Statens nämnd för läkares vidareutbildning föreslås få till uppgift att bestämma vid vilka sjukhus (kliniker, avdelningar) specialistutbildningen får fullgöras. Vidare bör nämnden verkställa kategoriindelningen av sjukhusen. Det förutsätts att det under en övergångstid blir nödvändigt att acceptera även sådana sjukhus (kliniker, avdelningar) som inte fyller alla krav. Vidare bör nämnden kontinuerligt granska de godkända klinikerna med avseende på deras resurser för vidareutbildning och vidta erforderliga ändringar av kategoriindelningen.

Enligt direktiven bör vi bedöma *behovet av utbildningstjänster* (3.5.3.). Den för grundutbildningen föreslagna studieordningen förutsätter, att flertalet läkare vidareutbildar sig och genomgår i varje fall allmänutbildningen. Som en följd av pågående och planerad ökning av läkarutbildningen kommer antalet läkare att kontinuerligt öka och därmed även behovet av tjänster för vidareutbildning. Att nu söka fastställa hur många sådana tjänster som behövs i varje enskild specialitet är dock synnerligen vanskligt med hänsyn till att den medicinska vetenskapens snabba framsteg nödvändiggör fortlöpande ändringar i sjukvårdens organisation. Om samhället i högre grad än vad som hittills skett vill inrikta läkarna mot vissa specialiteter kan detta ske på så sätt att tjänsternas antal ökas inom de aktuella disciplinerna. Vi har valt att beräkna endast det generella behovet av tjänster för läkare i underordnad ställning. På grundval av vissa antaganden om frekvensen av specialister samt allmänpraktiker och tjänsteläkare har vi funnit att totalbehovet av underordnade tjänster för vidareutbildning kommer att öka från 3 015 år 1972 till 5 290 fr. o. m. år 1984. För vissa specialiteter kan, särskilt beträffande sidoutbildningen, problem tänkas uppstå i fråga om tillgången på utbildningsplatser, i synnerhet om samhället snabbt vill utbilda ett ökat antal läkare i en viss specialitet. I sådana fall torde det under en övergångsperiod vara lämpligt, att statens nämnd för läkares vidareutbildning anordnar kursbunden undervisning i sidoutbildningsspecialiteten. Detta kan exempelvis bli aktuellt för utbildningen i allmän psykiatri. Vi föreslår att vidareutbildningsnämnden får i uppdrag att kontinuerligt följa sjukvårdens utveckling och i samråd med vederbörande myndigheter och organisationer föreslå inrättandet av nya, underordnade tjänster i de olika specialiteterna.

Enligt direktiven bör frågan om *underläkarförordnandenas längd* (3.5.4.) prövas. Det av oss beräknade behovet av underordnade tjänster bygger bl. a. på förutsättningen att läkarna inte uppehåller tjänsterna under längre tid än som behövs med hänsyn till deras planerade vidareutbildning. Utgångspunkten har sålunda varit att en omsättning på tjänsterna måste äga rum för att tillräckliga utbildningsmöjligheter skall kunna erhållas. Vi föreslår att förordnandena på vidareutbildningstjänsterna begränsas på följande sätt. Tjänst, inrättad för allmänutbildning, tillsätts genom blockförordnande som omfattar

sex månaders tjänstgöring vid vardera medicinsk och kirurgisk klinik samt tre månaders tjänstgöring vid psykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Sådan tjänst får innehas en gång och endast av läkare som inte erhållit legitimation. Den ytterligare allmänna utbildning om nio månader, som är föreslagen för blivande specialister, får fullgöras som vikarie med sedvanligt förordnande. För den fortsatta vidareutbildningen till kompetens av skilda slag meddelas förordnanden, som omfattar den tid och om möjligt de specialiteter som fordras för förvärvandet av respektive kompetens. Endast ett sådant förordnande får meddelas varje läkare. Tiden kan dock förlängas. Den som avbryter sin utbildning eller erhållit viss kompetens får förordnas under den tid, som krävs för vinnande av annan kompetens. För komplettering av vidareutbildningen bör tjänster för kortare tider inrättas. Förordnande för läkare som besitter viss specialistkompetens får meddelas tills vidare. Vidare föreslår vi att i sjukvårdslagen och -stadgan beteckningen underläkare skall ersättas av avdelningsläkare.

För *vikariatstjänstgöringen* (3.5.5.) under vidareutbildningen anser vi i likhet med den nordiska arbetsgruppen, att rätten att tillgodoräkna sådan tjänstgöring bör begränsas endast vad gäller huvudutbildningen. Den tjänstgöring, som krävs för sidoutbildning och för behörighet att annonsera allmän praktik, torde, om blockförordnande inte kan erhållas, kunna ske i form av korttidsförordnande eller vikariat. Några regler om vikariatens längd torde ej böra fastställas. Vi föreslår att fristående vikariat av kortare varaktighet än en månad inte får tillgodoräknas för huvudutbildningen samt att högst ett halvt år av denna utbildning får fullgöras som vikarie, om inte tjänstgöringarna skett i ett sammanhang eller tjänst tillträds i omedelbar anslutning till vikariatet.

Vid *fördelningen av läkare på sjukhus för allmänutbildning* (3.5.6.) måste beaktas att den kommer att omfatta ca 900 läkare varje år ävensom att läkarna med hänsyn till sjukvårdens behov bör fördelas så jämnt som möjligt på de för denna utbildning godkända sjukhusen. Vidare bör största möjliga hänsyn tas till läkarnas egna önskemål. Vi föreslår att läkarna från samtliga medicinska lärosäten gemensamt fördelas på alla godkända sjukhus samt att statens nämnd för läkares vidareutbildning administrerar fördelningen. Vi anger också en möjlig utformning av fördelningssystemet som innebär bl. a. följande. Fördelningen sker med hjälp av ADB efter läkarnas önskemål. I de fall, då flera läkare sökt sig till samma sjukhus, avgörs turordningen efter betygspoäng. Vid lika poängsumma bestäms ordningen med hänsyn till om det önskade sjukhuset ligger inom räjongen för vederbörande lärosäte. I sista hand avgörs ordningen genom lottning. Fördelningen sker under den avslutande studieterminen och är preliminär. För dem, som ej önskar tjänstgöra vid anvisat sjukhus, sker efter avlagd licentiatexamen en ny fördelning på grundval av samtliga betyg i denna examen. Fördelningen avses skola ske fyra gånger per år.

I uppdraget ingår att söka fastställa *behovet av handledande personal och andra lärarkrafter* för undervisning och examination (3.5.7.). För den i sjukvården ingående rutinmässiga undervisningen och handledningen av läkarna i det praktiska arbetet torde komma att fordras en viss ökning av antalet överordnade läkare men denna ökning får även för sjukvårdens del anses önskvärd. Det stigande antalet läkare under specialistutbildning förväntas öka till-

gången på läkare för utbildning av annan sjukvårdspersonal, såsom sjuksköterskor, assistenter av olika kategorier, undersköterskor etc. För den kursbundna, systematiska undervisningen beräknar vi att det mot slutet av 1970-talet, då vidareutbildningen når full omfattning med ca 250 kurser per år, kommer att behövas en årlig lärarinsats av kursledare och kurssekreterare som motsvarar ca 16 helårstjänster och därutöver ytterligare lärare för föreläsningar m. m. Vi räknar inte med att några särskilda lärartjänster skall behöva inrättas utan föreslår i stället att lärarbehovet skall tillgodoses dels genom att lärare och läkare under kortare perioder mot ersättning motsvarande mistade avlöningsförmåner friställs från sina ordinarie arbetsuppgifter för att leda vidareutbildningskurser, dels genom att andra lärare/läkare engageras att mot arvode per timme meddela undervisning. Vi föreslår vidare att en viss vid undervisningssjukhusen latent undervisningsvolym skall göras tillgänglig för vidareutbildningen ävensom att det görs möjligt för lärare i kliniska ämnen att fullgöra en viss del av sin undervisningsskyldighet under denna utbildning. Vi utgår från att statens nämnd för läkares vidareutbildning kommer att disponera medel så att akademiska lärare skall kunna friställas för särskilda vidareutbildningsuppdrag, t. ex. att förbereda mera omfattande kurser och framställa undervisningsmaterial.

För *vidareutbildningens administration* (3.5.8.) föreslås som tidigare nämnts inrättandet av en särskild nämnd (styrelse), förslagsvis kallad statens nämnd (styrelse) för läkares vidareutbildning. Denna bör handlägga frågor som sammanhänger med läkarnas fördelning på allmänutbildningssjukhus och med läkarexamen. Vidare bör nämnden organisera specialistutbildningen samt föreslå nya specialiteter. En viktig uppgift för nämnden blir att godkänna sjukhus för allmänutbildning och vidareutbildning samt att indela de godkända sjukhusen i kategorier. Nämnden bör ha befogenhet att tillkalla sakkunniga och experter för olika arbetsuppgifter. Nämnden föreslås bestå av åtta ledamöter, varav en representerar universitetskanslersämbetet, en socialstyrelsen, två Svenska landstingsförbundet, en Svenska stadsförbundet, en Sveriges läkarförbund och en Svenska läkaresällskapet. Nämnden föreslås till sitt förfogande få ett väl utrustat kansli.

Värnpliktstjänstgöring (4)

Ingen ändring av den grundläggande befälsskolans placering föreslås. Sjukvårdsbefälsskolan kan från den civila utbildningens synpunkt fullgöras sommartid antingen under medicine kandidatstudierna eller under sommaren närmast före påbörjandet av det propedeutiska stadiet. Den försvars- och katastrofmedicinska kursen föreslås bli samordnad med grundkursen i den civila krigssjukvårdsutbildningen och placerad under femte studieåret. De läkare, som inte i anslutning till avlagd medicine licentiatexamen kan beredas plats på sjukhusen för allmänutbildning och som har att genomgå läkarfackskola, bör beredas möjlighet att göra detta i avvaktan på att de kan erhålla plats på sjukhusen. De läkare, som omedelbart efter avlagd medicine licentiatexamen påbörjar allmänutbildningen, föreslås genomgå läkarfackskolan efter fullgjord obligatorisk tjänstgöring i psykiatri och under tid då de militära utbildningsförutsättningarna är bäst, dvs. under vinterhalvåret för armén och under sommaren för marinen. Vin-

terutbildningen och den därmed samordnade grundläggande krigsförbandsutbildningen inom armén bör såvitt möjligt anordnas i anslutning till läkarfackskolan. Den del av värnpliktstjänstgöringen, som följer efter läkarfackskolan och vinterutbildningen, förutsätts komma att fullgöras företrädesvis vid krigsförband under olika tidpunkter för olika läkare under deras fortsatta vidareutbildning och efter avslutad vidareutbildning. Vi föreslår att ett intimt samarbete etableras mellan statens nämnd för läkares vidareutbildning och vederbörande militära myndigheter för att samordna å ena sidan läkarfackskolan, den grundläggande krigsförbandsutbildningen och vinterutbildningen och å andra sidan allmänutbildningen.

Legitimation (5.1.)

I uppdraget ingår att ta ställning till de krav i fråga om fullgjord tjänstgöring i öppen och sluten vård, som bör uppställas för en legitimation av samma innebörd som enligt nuvarande bestämmelser. Vi anser att legitimationen liksom hittills skall vara ett bevis om vederbörandes rätt att utan begränsning utöva läkaryrket. Vi föreslår följande krav för erhållande av legitimation som läkare, nämligen 1) avlagd medicine licentiatexamen, 2) fullgjord allmänutbildning, omfattande sex månaders tjänstgöring vid vardera medicinsk och kirurgisk klinik och tre månaders tjänstgöring vid psykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik samt 3) avlagd läkarexamen. Den som undergår allmänutbildning föreslås vara behörig att utöva läkaryrket vid den klinik, där tjänstgöringen äger rum. Behörigheten bör kunna återkallas av socialstyrelsen under samma förutsättningar som gäller beträffande legitimerad läkare.

Behörighet till vissa civila läkartjänster (5.2.)

Vi har tidigare föreslagit att läkare för att få rätt att annonsera allmän praktik skall genomgå en treårig utbildning av närmare angiven art. Vi föreslår att denna utbildning uppställs som kompetenskrav för befattning som provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och stadsdistriktsläkare.

Vad gäller kompetenskraven för befattning som överläkare och biträdande överläkare vid sjukhus (avdelningar), vilkas verksamhet är hänförlig till specialitet, föreslår vi att föreskrifter meddelas att det för behörighet till sådana befattningar fordras specialistkompetens. Det kan i vissa fall behövas en ganska lång övergångstid innan den skärpning av kompetenskraven, som vårt förslag innebär, sätts i kraft. Den lämpliga längden av övergångstiden bör prövas av socialstyrelsen. Sedan enighet vunnits om de kommande specialistkraven, bör till prövning upptas vilka behörighetskrav som bör uppställas för de sjukhusläkartjänster, beträffande vilka vi inte föreslår specialistbestämmelser. Vi förutsätter att socialstyrelsen kommer att framlägga förslag härom.

Efterutbildning (6)

I framtiden bör enligt vår mening anordnas en systematiserad efterutbildning för alla läkarkategorier. Härvid torde de kurser, som enligt våra förslag kommer att ingå i vidareutbildningen för specialister, i viss utsträckning kunna utnyttjas även för efterutbildning. Vi anser att statliga medel bör ställas till förfogande för den betydande efterutbildning, som f. n. ordnas av olika läkarsammanslutningar. Vi föreslår att statens nämnd för läkares vidareutbildning får till uppgift att närmare utreda efterutbildningsbehovet och på lämpligt sätt organisera denna utbildning.

Övergången till ny läkarutbildning (7)

Under förutsättning att 1968 års vårriksdag fattar beslut om ändring av läkarutbildningen föreslår vi att den nya studieordningen för grundutbildningen börjar tillämpas höstterminen 1968. De studerande, som vid denna tidpunkt börjar sin första, andra, tredje respektive fjärde studietermin, skall följa den nya studieordningen. Vidare kommer det propedeutiska stadiet enligt vårt förslag att kunna införas höstterminen 1968, det kliniska stadiets första del höstterminen 1969 och dess andra del höstterminen 1970. Medicine licentiatexamen kommer enligt den nya studieordningen att avläggas omkring den 1 februari 1972, allmänutbildningen kan börja omkring den 1 mars 1972 och läkarexamen första gången avläggas i juni 1973.

De nya bestämmelserna om specialistbehörighet och om behörighet att annonsera allmän praktik föreslås gälla för alla läkare, som avlägger medicine licentiatexamen efter den 1 juli 1968. Det kan dock komma att krävas viss tid innan den systematiska undervisningen i form av ca 120 timmar kursbunden undervisning, förlagd till företrädesvis undervisningssjukhus, kan genomföras. Det kan därför bli nödvändigt att införa denna undervisning successivt på så sätt att antalet undervisningstimmar för någon eller några specialiteter sätts lägre än 120. Det bör ankomma på statens nämnd för läkares vidareutbildning att meddela föreskrifter om undervisningen allt eftersom den utbyggs. Detsamma gäller kunskapskontrollen. För blivande specialister, som avlagt medicine licentiatexamen enligt nu gällande studieordning och som således har fullgjort nio månaders assistenttjänstgöring, föreslås den allmänna utbildningsperioden utöver denna assistenttjänstgöring omfatta dels tre månaders tjänstgöring vid psykiatrisk klinik och dels nio månaders i huvudsak valfri tjänstgöring. Vad gäller läkare, som legitimerats före den 1 juli 1968, föreslår vi att de gamla specialistbestämmelserna får tillämpas t. o. m. den 31 december 1973.

Kostnadsberäkningar (8)

Ett genomförande av vårt förslag beträffande *grundutbildningen* kommer att medföra en merkostnad för samtliga medicinska läroanstalter i storleksordningen 400 000 kronor. Vi understryker kostnadsberäkningens överslagsmässiga natur och framhåller vikten av att den undersökning om en omstrukturering av lärarorganisationen för de kliniska ämnena, som föreslagits av bl. a. universitetskanslersämbetet i dess yttrande över klinikutredningens betänkande, snarast kommer till utförande.

Den ovan angivna kostnadsökningen gäller när den av oss föreslagna grundutbildningen har utbyggts helt. Den nya grundutbildningen skall enligt vårt förslag införas successivt med början läsåret 1968/69 i de tre första studieårens kurser. Vi har inte kunnat i detalj analysera de övergångsproblem som hänger samman med införandet av den nya studieordningen och inte heller kunnat beräkna kostnadsökningens fördelning på olika budgetår. Vi förutsätter att vederbörande universitetsmyndigheter i sina yttranden över föreliggande betänkande framlägger de förslag till övergångsanordningar, som kan bli nödvändiga, och därvid även redovisar kostnaderna för dessa. I första hand bör erforderliga anslag för budgetåret 1968/69 föreslås.

Vi anser inte att kostnaderna för inrättandet av ett ökat antal läkartjänster i samband med införandet av allmän-

utbildningen till någon del bör belasta anslagen för högre utbildning och forskning utan bör helt påföras sjukvården.

Den praktiska tjänstgöringen inom *huvudutbildningen* bör enligt vår mening likaledes helt räknas som sjukvårdande verksamhet och kostnaderna för denna sålunda helt belasta sjukvården. Den systematiska undervisning, som vi föreslagit skola ske i form av kurser, kommer däremot att innebära direkta utbildningskostnader. Dessa kan fördelas på arvoden och rese- och traktamentsersättningar till kursledare, kurssekreterare och lärare, rese- och traktamentsersättningar till kursdeltagarna samt omkostnader i anslutning till kurserna. De sammanlagda kostnaderna för den systematiska undervisningen under huvudutbildningen vid full utbyggnad beräknas komma att uppgå till i storleksordningen 4 300 000 kronor per år. Motsvarande kostnader för det första verksamhetsåret, budgetåret 1968/69 beräknas till i storleksordningen 780 000 kronor. Vi har för vår del inte anledning att ta ställning till hur kostnaderna för läkarnas ledighet m. m. i samband med att de deltar i den systematiska undervisningen skall täckas.

Sidoutbildningen medför endast sjukhustjänstgöring. Kostnaderna bör således helt hänföras till sjukvården.

Kostnaderna för *statens nämnd för läkares vidareutbildning, nämnden för läkares specialistbehörighet och nämnden för utländska läkare* beräknas till i storleksordningen 630 000 kronor. Kostnadsökningen i förhållande till nuläget begränsas dock till omkring 480 000 kronor. Nämnden bör enligt vår mening inrättas redan fr. o. m. budgetåret 1968/69 och anslag för nämndens verksamhet utgå redan fr. o. m. detta budgetår.

Förslag till

Kungörelse om ändrad lydelse av 2—5 §§ stadgan den 4 juni 1964 (nr 471) angående medicinska examina

Kungl. Maj:t har funnit gott förordna, att 2—5 §§ stadgan angående medicinska examina den 4 juni 1964 skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

2 §.

Medicinska examina omfatta de examensämnen och andra läroämnen samt medicine licentiatexamen därjämte de särskilda kurser, som bestämmas av Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, av universitetskanslersämbetet.

Undervisning, examensfordringar och studiegång

3 §.

Undervisningen för medicinska examina skall ha till ändamål att bibringa blivande läkare sådana kunskaper och färdigheter, som är av vetenskaplig och praktisk betydelse för alla läkare och som fordras som grund för deras vidareutbildning.

Undervisningen meddelas — — — undervisning ingå.

4 §.

Examensfordringarna skola så avpassas och undervisningen så planeras, att studierna normalt må kräva, för medicine kandidatexamen högst två studieår samt för medicine licentiatexamen därutöver högst tre och ett halvt studieår. Ett studieår skall härvid anses motsvara tio månaders studietid.

5 §.

För de i 1 § angivna examina skola finnas utbildningsplaner, upptagande allmänna föreskrifter om *dels* studiegången, *dels* de ämnen och kurser som examen omfattar.

I utbildningsplan skola angivas erforderliga villkor för de studerandes tillträde till studier och kurser samt för deras rätt att undergå tentamen eller kursförhör och att avlägga examen.

Denna kungörelse träder i kraft den — — —

Förslag till

Kungörelse om ändrad lydelse av 50 § universitetsstadgan den 4 juni 1964 (nr 461)

Kungl. Maj:t har funnit gott förordna, att 50 § universitetsstadgan den 4 juni 1964 skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

50 §.

Skall i utbildningsnämnden handläggas ärende, som omedelbart berör viss lärare eller visst ämne, skall läraren eller företrädare för vederbörande institution kallas att deltaga i nämndens överläggningar. Sådan lärare eller företrädare för institution må ej utan anmält laga förfall utebliva från sammanträde.

I den — — — nämndens vägnar.

Denna kungörelse träder i kraft den — — —

Förslag till

Utbildningsplan för medicine licentiatexamen[1]

(Nu gällande utbildningsplaner för medicinska examina är fastställda av universitetskanslersämbetet den 15 juni 1966.)

4 §.

Medicine licentiatexamen får avläggas av den, som avlagt medicine kandidatexamen.

5 §.

1 mom. Medicine licentiatexamen omfattar följande *examensämnen:*

1. medicinsk mikrobiologi,
2. farmakologi,
3. patologi,
4. medicin,
5. kirurgi,
6. psykiatri,
7. dermato-venereologi,
8. infektionsmedicin,
9. obstetrik och gynekologi,
10. oftalmiatrik,
11. oto-rhino-laryngologi,
12. rättsmedicin,
13. pediatrik,
14. socialmedicin,
15. neurologi och
16. hygien.

2 mom. I medicine licentiatexamen ingår därjämte

a) följande *särskilda läroämnen:*

1. klinisk kemi,
2. klinisk fysiologi,
3. försvars- och katastrofmedicin,
4. barnpsykiatri;

b) vissa ytterligare läroämnen, om vilka stadgas i 9 § 2 mom. och 11 § 2 mom.; samt

c) kurs i klinisk propedeutik.

6 §.

Medicine licentiatexamen är uppdelad i ett propedeutiskt och ett kliniskt stadium. Det kliniska stadiet består av två delar.

7 §.

Det propedeutiska stadiet omfattar kurser i medicinsk mikrobiologi, farmakologi, patologi, klinisk kemi, klinisk fysiologi och klinisk propedeutik.

8 §.

Innan studerande fullgjort följande, nämligen

dels nöjaktigt genomgått samtliga kurser, som avses i 7 §,

dels undergått godkända tentamina i medicinsk mikrobiologi, farmakologi och patologi,

dels undergått godkända kursförhör i klinisk kemi och klinisk fysiologi samt efter kursen i klinisk propedeutik,

äger han ej vinna tillträde till det kliniska stadiets första del.

När särskilda skäl föranleder det, får fakultet dock medgiva studerande tillträde till det kliniska stadiets första del utan hinder av att han undergått godkänd tentamen i endast två av examens-

[1] Vi föreslår ingen ändring i utbildningsplanen för medicine kandidatexamen (1—3 §§) och inte heller i de för utbildningsplanerna gemensamma bestämmelserna (nuvarande 15—16 §§).

ämnena medicinsk mikrobiologi, farmakologi och patologi.

9 §.

1 mom. Det kliniska stadiets första del skall inledas med kurs i medicin. Därefter skall följa kurs i kirurgi. Vardera kursen skall omfatta en tid av fem månader.

2 mom. Inom ramen för kurserna i medicin och kirurgi skall meddelas särskild undervisning

dels i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi, patologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, anestesiologi, neurokirurgi, neurologi, ortopedi, plastikkirurgi, radioterapi med tumördiagnostik, röntgendiagnostik, socialmedicin och thoraxkirurgi,

dels i den utsträckning så prövas erforderligt i andra ämnen, som anknyter till området för kurserna i fråga.

Undervisning, som avses i detta moment, skall vara fastställd i studieplan.

10 §.

Innan studerande fullgjort följande, nämligen

dels uppfyllt fordringarna för tillträde till det kliniska stadiets första del,

dels nöjaktigt genomgått kurserna i medicin och kirurgi,

dels undergått godkända tentamina i medicin och kirurgi

äger han ej vinna tillträde till det kliniska stadiets andra del.

När särskilda skäl föranleder det, må dock fakultet medgiva studerande tillträde till det kliniska stadiets andra del utan hinder av att han undergått godkänd tentamen i endast fyra av examensämnena medicinsk mikrobiologi, farmakologi, patologi, medicin och kirurgi.

11 §.

1 mom. Det kliniska stadiets andra del omfattar tre perioder om fem månader. Varje period innehåller kurser i de de ämnen som nedan angives, nämligen

a) första perioden: psykiatri, dermato-venereologi, infektionsmedicin samt försvars- och katastrofmedicin;

b) andra perioden: obstetrik och gynekologi, oftalmiatrik, oto-rhino-laryngologi och rättsmedicin; samt

c) tredje perioden: pediatrik, barnpsykiatri, socialmedicin, neurologi och hygien.

2 mom. Inom ramen för de i 1 mom. angivna kurserna skall, i den utsträckning så prövas erforderligt,

dels meddelas fortsatt undervisning i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi, patologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, radioterapi med tumördiagnostik och röntgendiagnostik,

dels meddelas undervisning i andra ämnen, som anknyter till området för kurserna i fråga.

Undervisning, som avses i detta moment, skall vara fastställd i studieplan.

12 §.

För att avlägga medicine licentiatexamen skall studerande ha dels nöjaktigt genomgått de i 7, 9 och 11 §§ angivna kurserna, dels undergått godkända tentamina i samtliga examensämnen och godkända kursförhör i de läroämnen, i vilka enligt fastställda studieplaner särskild kunskapsprövning skall äga rum samt efter kursen i klinisk propedeutik.

Förslag till

Lag om ändrad lydelse av 2 och 10 §§ lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket

Härigenom förordnas, att 2 och 10 §§ lagen den 30 juni 1960 om behörighet att utöva läkaryrket skall erhålla ändrad lydelse på sätt som nedan anges.

2 §.

Legitimation såsom — — — av socialstyrelsen.

Den som inom riket avlagt läkarexamen och fullgjort av Konungen föreskriven praktisk tjänstgöring såsom läkare (allmänutbildning), så ock den som utom riket avlagt läkarexamen och härstädes genomgått av Konungen föreskriven efterutbildning skall på ansökan erhålla legitimation såsom läkare, om ej sådana omständigheter föreligger som enligt vad i denna lag sägs kan föranleda att legitimation återkallas.

Äger utomlands — — — andra stycket.

10 §.

Läkare, som icke äger särskild skicklighet och erfarenhet för ändamålet, får icke för allmänheten tillkännage, att han bedriver allmän praktik eller är specialist inom visst område av läkarvetenskapen eller eljest äger särskild kunnighet däri.

Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, socialstyrelsen fastställer villkoren för läkares rätt enligt denna paragraf att tillkännage, att han bedriver allmän praktik eller är specialist inom visst område av läkarvetenskapen.

Denna lag träder i kraft, 2 § den dag Konungen bestämmer och 10 § den 1 juli 1968.

Förslag till

Kungörelse om allmänutbildning för legitimation såsom läkare samt om läkarexamen

Kungl. Maj:t har, beträffande 2 § med stöd av 9 § lagen om behörighet att utöva läkaryrket, funnit gott förordna som följer.

1 §.

Den allmänutbildning, som enligt 2 § lagen om behörighet att utöva läkaryrket kräves för rätt att erhålla legitimation såsom läkare, skall genomgås efter avlagd medicine licentiatexamen och avse tjänstgöring såsom läkare i underordnad ställning vid sjukhus (klinik) som godkänts för sådan tjänstgöring av statens nämnd för läkares vidareutbildning. Tjänstgöringen skall fullgöras under sex månader vid medicinsk klinik, sex månader vid kirurgisk klinik och tre månader vid psykiatrisk klinik eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

2 §.

Den som genomgår allmänutbildning som avses i 1 § äger därunder behörighet att utöva läkaryrket vid den klinik, där tjänstgöringen äger rum. Behörigheten får återkallas av socialstyrelsen under de förutsättningar som anges i 3—5 §§ lagen om behörighet att utöva läkaryrket.

3 §.

Läkarexamen utgöres av en gemensam skriftlig examination i ämnena medicin och kirurgi. Vid examinationen bör även viss kontroll ske av läkarens kunskaper i klinisk bakteriologi, klinisk farmakologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, röntgendiagnostik och radioterapi med tumördiagnostik samt i patologi.

Examinationen, som anordnas av statens nämnd för läkares vidareutbildning, får genomgås först sedan den del av allmänutbildningen som avser tjänstgöring vid medicinsk och kirurgisk klinik fullgjorts.

Vid godkänt prov skall betyg avges med vitsordet godkänd.

Den som underkänts fyra gånger får icke utan nämndens tillstånd genomgå förnyat prov.

4 §.

Statens nämnd för läkares vidareutbildning skall på begäran utfärda examensbevis för den som godkänts i läkarexamen.

5 §.

Statens nämnd för läkares vidareutbildning äger meddela de närmare föreskrifter för tillämpningen av denna kungörelse som finnes erforderliga.

Denna kungörelse träder i kraft den — — —

Förslag till

Kungörelse om efterutbildning av läkare med utländsk examen

Kungl. Maj:t har, med stöd av 13 § lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket, funnit gott förordna som följer.

1 §.

Läkare, som avlagt utländsk medicinsk examen men icke svensk medicine licentiatexamen, skall för rätt att erhålla legitimation enligt 2 § lagen om behörighet att utöva läkaryrket genomgå efterutbildning i enlighet med följande föreskrifter.

a) Läkare, som innehar obegränsad auktorisation såsom läkare i Danmark, Finland eller Norge, skall genomgå kurs i svenska medicinalförfattningar av den omfattning, som socialstyrelsen bestämmer efter samråd med universitetskanslersämbetet och riksförsäkringsverket.

b) Läkare, som avlagt medicinsk slutexamen i Danmark eller Norge men ej fullgjort i dessa länder för obegränsad auktorisation föreskriven praktisk tjänstgöring, skall under minst ett år tjänstgöra i sluten eller öppen vård enligt vad som bestämmes av socialstyrelsens nämnd för utländska läkare. I denna tid må inräknas tid, under vilken läkaren efter examen fullgjort praktisk tjänstgöring i Danmark eller Norge. Härutöver skall läkaren inhämta kunskap i svenska medicinalförfattningar enligt vad som gäller för läkare under a).

c) Annan läkare än under a) och b) anges skall fullgöra den läkartjänstgöring och genomgå den läkarutbildning, som socialstyrelsens nämnd för utländska läkare finner erforderlig med hänsyn till beskaffenheten av hans examen och hans tidigare utbildning i övrigt. Efterutbildningen skall härvid så bestämmas, att läkarens kunnighet och skicklighet kan antagas komma att i huvudsak motsvara vad den svenska läkarutbildningen avser att bibringa blivande läkare. I fråga om kunskap i svenska medicinalförfattningar skall efterutbildningen ha samma omfattning som för läkare under a). Härjämte skall läkaren på lämpligt sätt visa, att han äger erforderliga kunskaper i svenska språket.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1968. Härigenom upphäves 1 § kungörelsen den 25 november 1960 (nr 653) med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket.

Förslag till

Kungörelse om läkares specialistbehörighet m. m.

Kungl. Maj:t har, med stöd av 13 § lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket, funnit gott förordna som följer.

1 §.

Läkare får ej för allmänheten tillkännage att han bedriver allmän praktik eller att han är specialist inom visst område av läkarvetenskapen eller eljest äger särskild kunnighet däri utan att nämnden för läkares specialistbehörighet meddelat honom bevis om för ändamålet erforderlig kompetens.

Bevis som avses i denna paragraf får meddelas endast den som är legitimerad läkare.

2 §.

Kompetens att bedriva allmän praktik förvärvas genom vidareutbildning, bestående av tjänstgöring såsom läkare i underordnad ställning under tre år, varav högst nio månader får fullgöras före erhållandet av legitimationen. Tjänstgöringen skall fullgöras under

1 år vid medicinsk klinik,
1/2 år vid kirurgisk klinik,
1/2 år vid psykiatrisk klinik,
3 månader vid kvinnoklinik,
3 månader vid barnmedicinsk klinik,
3 månader vid infektionsklinik,
3 månader i läkardistrikt.

Tjänstgöringen inom den slutna vården skall fullgöras vid sjukhus, som godkänts av statens nämnd för läkares vidareutbildning.

3 §.

Bevis om specialistkompetens får avse specialiteter enligt följande

specialitetsförteckning

1. anestesiologi,
2. barnaålderns invärtes sjukdomar eller pediatrik,
3. hudsjukdomar och veneriska sjukdomar eller dermatologi och venereologi,
4. invärtes sjukdomar:
   a) invärtes sjukdomar eller allmän internmedicin,
   b) endokrina sjukdomar eller endokrinologi,
   c) hjärtsjukdomar eller kardiologi,
   d) akuta infektionssjukdomar,
   e) lungsjukdomar eller pneumologi,
   f) matsmältningsorganens medicinska sjukdomar eller gastroenterologi,
   g) medicinska njursjukdomar eller nefrologi,
   h) reumatiska sjukdomar eller reumatologi,
5. kirurgiska sjukdomar:
   a) kirurgiska sjukdomar eller allmän kirurgi,
   b) barnkirurgi,
   c) handkirurgi,
   d) neurokirurgi,
   e) ortopedisk kirurgi,
   f) plastikkirurgi,
   g) thoraxkirurgi,
   h) urologisk kirurgi,
6. klinisk laboratorieverksamhet:

a) blodgruppsserologi och transfusionslära,
b) klinisk bakteriologi,
c) klinisk fysiologi,
d) klinisk kemi,
e) klinisk neurofysiologi,
f) klinisk patologi,
g) klinisk virologi,

7. kvinnosjukdomar och förlossningar eller gynekologi och obstetrik,
8. nervsjukdomar eller neurologi,
9. psykiska sjukdomar:
   a) psykiska sjukdomar eller allmän psykiatri,
   b) barn- och ungdomspsykiatri,
   c) rättspsykiatri,
10. radiologi:
   a) röntgendiagnostik,
   b) allmän radioterapi,
   c) gynekologisk radioterapi,
11. ögonsjukdomar eller oftalmologi,
12. öron-, näs- och halssjukdomar:
   a) öron-, näs- och halssjukdomar eller oto-rhino-laryngologi,
   b) hörselrubbningar eller audiologi,
   c) röst- och talrubbningar eller foniatri.

4 §.

Specialistkompetens förvärvas genom vidareutbildning, bestående av

dels allmän utbildning utöver den som är föreskriven för vinnande av legitimation,

dels huvudutbildning inom den specialitet, vari specialistkompetens sökes,

och dels sidoutbildning inom annan specialitet, som är av betydelse för den sökta kompetensen.

Under huvudutbildningen skall sökanden ha deltagit i systematisk undervisning inom ämnet enligt föreskrifter som meddelas av statens nämnd för läkares vidareutbildning och i anslutning därtill ha nöjaktigt undergått kunskapskontroll.

5 §.

Den allmänna utbildning varom stadgas i 4 § skall avse tjänstgöring såsom läkare i underordnad ställning under nio månader.

Tjänstgöringen skall fullgöras

1. i läkardistrikt eller
2. vid lasarett eller sjukstuga eller
3. vid enskild sjukvårdsinrättning,

som godkänts för sådan utbildning av statens nämnd för läkares vidareutbildning, eller

4. vid medicinsk-teoretisk institution.

Tjänstgöring vid sjukvårdsinrättning eller institution som anges under 2., 3. och 4. får icke fullgöras i specialitet, inom vilken huvud- eller sidoutbildning är föreskriven som villkor för erhållande av den specialistkompetens som sökanden avser att förvärva, dock äger statens nämnd för läkares vidareutbildning medge undantag härifrån när särskilda skäl påkallar det.

6 §.

Huvudutbildning och sidoutbildning som avses i 4 § skall fullgöras efter det sökanden erhållit legitimation såsom läkare och utgöras av läkartjänstgöring i underordnad ställning. Den för varje specialitet erforderliga tjänstgöringen anges i 9 §.

Med tjänstgöring vid klinik som anges i 9 § likställes tjänstgöring vid avdelning av annan klinik, om där bedrives verksamhet i betydande omfattning av samma slag som vid den förra kliniken och under ledning av läkare med specialistkompetens inom detta område.

7 §.

Huvudutbildningen och sidoutbildningen skall fullgöras vid sjukhus (kliniker, avdelningar) eller inrättningar i Sverige som statens nämnd för läkares vidareutbildning godkänt för sådan ut-

bildning. De godkända sjukhusen och inrättningarna indelas allt efter sina resurser att meddela undervisning i två kategorier, kategori I och kategori II. Ett år av huvudutbildningen skall ha fullgjorts vid sjukhus eller inrättning, tillhörande kategori I.

Utbildningen får även fullgöras vid sjukvårdsanstalt eller inrättning i Danmark, Finland, Island eller Norge, som nämnden för läkares specialistbehörighet förklarat vara från utbildningssynpunkt likvärdig med förenämnda sjukhus eller inrättningar. Tjänstgöring, som fullgjorts vid sjukvårdsanstalt eller inrättning i utomnordiskt land, får enligt samma nämnds prövning i varje särskilt fall anses som likvärdig med tjänstgöring som sägs i första stycket.

8 §.

Den för huvudutbildningen erforderliga tjänstgöringen skall ha fullgjorts såsom innehavare av tjänst, dock får följande vikariatstjänstgöringar tillgodoräknas, nämligen

vikariat som äger rum i omedelbar anslutning till tjänstgöring såsom innehavare av tjänst,

sammanhängande vikariat under längre tid än ett halvt år,

andra vikariat — fristående eller sammanhängande — som vart och ett omfattar minst en månad, tillhopa dock högst ett halvt år.

9 §.

Utbildningen för specialistkompetens inom de olika specialiteterna skall omfatta följande tjänstgöring, nämligen inom specialiteten

1. anestesiologi:

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

2. barnaålderns invärtes sjukdomar eller pediatrik:

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik och

1/2 års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik;

3. hudsjukdomar och veneriska sjukdomar eller dermatologi och venereologi:

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid hudklinik;

sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

4. invärtes sjukdomar:

a) *invärtes sjukdomar eller allmän internmedicin:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid medicinsk klinik — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk specialklinik eller klinik för långvarigt kroppssjuka;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

b) *endokrina sjukdomar eller endokrinologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid endokrinologisk klinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

c) *hjärtsjukdomar eller kardiologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid kardiologisk klinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

d) *akuta infektionssjukdomar:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid infektionsklinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik,

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik och

1/2 års tjänstgöring vid klinisk-bakteriologiskt eller klinisk-virologiskt laboratorium;

e) *lungsjukdomar eller pneumologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid lungklinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid röntgenavdelning eller röntgendiagnostisk avdelning;

f) *matsmältningsorganens medicinska sjukdomar eller gastroenterologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik och

2 års tjänstgöring vid avdelning av medicinsk klinik, där gastroenterologisk verksamhet bedrives i betydande omfattning och under ledning av läkare med specialistkompetens inom området;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

g) *medicinska njursjukdomar eller nefrologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid medicinsk njurklinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid urologisk klinik;

h) *reumatiska sjukdomar eller reumatologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid reumatologisk klinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid ortopedisk klinik eller ortopedisk-kirurgisk klinik;

5. kirurgiska sjukdomar:

a) *kirurgiska sjukdomar eller allmän kirurgi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik — om frakturkirurgi ej bedrives vid kliniken skall 1 år fullgöras vid klinik där ortopedisk kirurgi utövas;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

b) *barnkirurgi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid kirurgisk barnklinik och

2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

c) *handkirurgi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid handkirurgisk klinik och

2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik, varav högst 1 år får fullgöras vid ortopedisk, ortopedisk-kirurgisk eller plastikkirurgisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

d) *neurokirurgi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid neurokirurgisk klinik — högst 1/2 år får fullgöras vid neurologisk klinik — och

1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

e) *ortopedisk kirurgi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid ortopedisk eller ortopedisk-kirurgisk klinik och

2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik — minst 2 år av dessa tjänstgöringar skall fullgöras vid klinik, där frakturkirurgisk verksamhet bedrives;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

f) *plastikkirurgi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid plastikkirurgisk klinik och

2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

g) *thoraxkirurgi:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid thoraxkirurgisk klinik och

2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

h) *urologisk kirurgi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid urologisk klinik och

2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

6. klinisk laboratorieverksamhet:

a) *blodgruppsserologi och transfusionslära:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid blodgivarcentral med särskild överläkare — högst 1 år får fullgöras vid laboratorium, där blodgruppsserologisk verksamhet bedrives i betydande omfattning och under ledning av läkare med specialistkompetens inom området;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid klinisk-kemiskt laboratorium eller medicinsk-mikrobiologisk institution och

1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk eller medicinsk klinik;

b) *klinisk bakteriologi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-bakteriologiskt laboratorium — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-mikrobiologisk institution;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik;

c) *klinisk fysiologi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-fysiologiskt laboratorium — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-fysiologisk institution;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

d) *klinisk kemi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-kemiskt laboratorium — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-kemisk institution;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

e) *klinisk neurofysiologi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-neurofysiologiskt laboratorium — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-neurofysiologisk institution eller vid medicinsk-fysiologisk institution, där omfattande neurofysiologisk verksamhet bedrives;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik;

f) *klinisk patologi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid patologavdelning eller patologisk institution, varav minst 1 år skall fullgöras vid patologavdelning — högst 1 år får fullgöras vid rättsläkarstation eller patologisk specialavdelning;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk eller kirurgisk klinik;

g) *klinisk virologi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-virologiskt laboratorium — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-mikrobiologisk institution;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik;

7. kvinnosjukdomar och förlossningar eller gynekologi och obstetrik:

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid kvinnoklinik — högst 1/2 år får fullgöras vid gynekologisk avdelning av radioterapeutisk klinik;

sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

8. nervsjukdomar eller neurologi:

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid neurologisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik och

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

9. psykiska sjukdomar:

a) *psykiska sjukdomar eller allmän psykiatri:*

huvudutbildning:

3 1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik — högst 1/2 år får fullgöras vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik och

1/2 års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik;

b) *barn- och ungdomspsykiatri:*

huvudutbildning:

2½ års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik och 1 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik;

c) *rättspsykiatri:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid rättspsykiatrisk klinik eller station och

1 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

sidoutbildning:

½ års tjänstgöring vid medicinsk klinik,

½ års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik och

½ års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik;

10. radiologi:

a) *röntgendiagnostik:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid röntgenavdelning eller röntgendiagnostisk avdelning;

sidoutbildning:

½ års tjänstgöring vid medicinsk eller kirurgisk klinik;

b) *allmän radioterapi:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid allmän avdelning av radioterapeutisk klinik;

sidoutbildning:

½ års tjänstgöring vid medicinsk klinik,

½ års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och

½ års tjänstgöring vid röntgenavdelning eller röntgendiagnostisk avdelning;

c) *gynekologisk radioterapi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik, varav 1½ år vid gynekologisk avdelning och ½ år vid allmän avdelning, och

2 års tjänstgöring vid kvinnoklinik;

sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

11. ögonsjukdomar eller oftalmologi:

huvudutbildning:

3½ års tjänstgöring vid ögonklinik;

sidoutbildning:

½ års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

12. öron-, näs och halssjukdomar:

a) *öron-, näs- och halssjukdomar eller oto-rhino-laryngologi:*

huvudutbildning:

3½ års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik — högst ½ år får fullgöras vid audiologisk avdelning;

sidoutbildning:

½ års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och

½ års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

b) *hörselrubbningar eller audiologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid audiologisk avdelning och

2 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik;

sidoutbildning:

½ års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik;

c) *röst- och talrubbningar eller foniatri:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid foniatrisk avdelning och

1 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid audiologisk avdelning,

1/2 års tjänstgöring vid neurologisk klinik och

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

10 §.

Tid, under vilken sökanden är ledig från tjänstgöring som ingår i vidareutbildningen, får ej tillgodoräknas såsom utbildningstid, dock får såsom fullgjord utbildning räknas *dels* ledighet för uppehållande av tjänst i överordnad ställning vid samma klinik (motsvarande), där tjänstgöringen fullgöres, *dels ock* ledighet för semester eller sjukdom intill sammanlagt en sjättedel av den för varje utbildningsavsnitt bestämda tiden.

11 §.

När särskilda skäl föranleder det får bevis om kompetens att bedriva allmän praktik eller om specialistkompetens meddelas legitimerad läkare, oaktat hans utbildning avviker från vad som föreskrivits i det föregående, om hans kompetens kan anses vara i huvudsak likvärdig med den, till vilken utbildningsbestämmelserna syftar.

12 §.

Läkare får icke för allmänheten tillkännage både att han bedriver allmän praktik och att han besitter viss specialistkompetens. Ej heller får läkare utom i följande fall tillkännage specialistkompetens inom mer än en specialitet:

1. Specialiteterna allmän internmedicin, allmän kirurgi, allmän psykiatri samt oto-rhino-laryngologi får tillkännages tillsammans med en annan specialitet tillhörande samma specialitetsgrupp.

2. Specialiteten kvinnosjukdomar och förlossningar får tillkännages tillsammans med specialiteten gynekologisk radioterapi.

3. Specialiteten pediatrik får tillkännages tillsammans med specialiteten barn- och ungdomspsykiatri.

13 §.

Statens nämnd för läkares vidareutbildning äger meddela de närmare föreskrifter för tillämpningen av ovannämnda bestämmelser som finnes erforderliga.

14 §.

Läkare, som önskar erhålla bevis om kompetens att bedriva allmän praktik eller om specialistkompetens, skall ansöka därom hos nämnden för läkares specialistbehörighet. Ansökningen skall vara åtföljd av erforderlig utredning om sökandens vidareutbildning samt i förekommande fall av intyg om att han deltagit i systematisk undervisning och nöjaktigt undergått kunskapskontroll.

Vid ansökan av läkare, som förut erhållit bevis om kompetens att bedriva allmän praktik eller om viss specialistkompetens, skall fogas en förklaring, att sökanden icke skall tillkännage den tidigare förvärvade rätten, i den mån hinder däremot möter enligt 12 §.

15 §.

Nämnden för läkares specialistbehörighet består av fem av Kungl. Maj:t för högst fyra år utsedda ledamöter, av vilka en utses efter förslag av universitetskanslersämbetet, två efter förslag av socialstyrelsen och två efter förslag av Sveriges läkarförbund.

Kungl. Maj:t utser en av ledamöterna att vara ordförande.

För envar av ledamöterna skall fin-

nas en ersättare, utsedd i enahanda ordning och för samma tid som vederbörande ledamot.

16 §.

Nämnden för läkares specialistbehörighet äger vid behov infordra yttrande från medlem av socialstyrelsens vetenskapliga råd, från medicinsk läroanstalt eller från annat sakkunnigt organ.

Över ansökan om bevis om specialistkompetens skall Sveriges läkarförbund på begäran beredas tillfälle att yttra sig.

Vid handläggning inom nämnden skall protokoll föras. Beslut, varigenom ansökan avslagits på grund av ofullständighet i sökandens utbildning, skall innehålla upplysning om i vilka hänseenden utbildningen ansetts otillräcklig.

Såsom nämndens beslut gäller den mening, varom flertalet av ledamöterna enar sig.

Talan mot nämndens beslut föres hos Kungl. Maj:t genom besvär.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1968, då 2—12 §§ kungörelsen den 25 november 1960 (nr 653) med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket skall upphöra att gälla.

Den, som legitimerats såsom läkare före den 1 juli 1968, äger *dels* utan hinder av bestämmelserna i 2 § för allmänheten tillkännage, att han bedriver allmän praktik, *och dels*, om han före sagda dag erhållit bevis om specialistkompetens, tillkännage denna i enlighet med bestämmelserna i den äldre kungörelsen, därvid han dock äger använda de beteckningar på specialiteterna som anges i den nya kungörelsen.

Före den 1 juli 1968 legitimerad läkare äger erhålla bevis om specialistkompetens enligt bestämmelserna i den nya kungörelsen, om han fyller kraven därför enligt den äldre kungörelsen och ansökan därom inkommit senast den 31 december 1973.

Den tjänstgöring i läkardistrikt, varom stadgas i 2 och 5 §§, får intill dess Kungl. Maj:t bestämmer annorlunda intill sex månader fullgöras även i självständig ställning.

Förslag till

Lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242)

Härigenom förordnas, *dels* att 16 § 3 mom. och 20 § 4 mom. sjukvårdslagen den 6 juni 1962 skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges, *dels* att till 20 § skall fogas ett nytt moment, betecknat 6 mom., av nedan angiven lydelse.

16 §.

3 mom. För fullgörande av viss del av överläkares åligganden må anställas avdelningsläkare, extra läkare och läkare som undergår för legitimation föreskriven allmänutbildning.

Om särskilda — — — tjänstens tillsättning.

20 §.

4 mom. Avdelningsläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen för viss tid eller tills vidare. Vid tillsättning av tjänst som avdelningsläkare förfares i tillämpliga delar på sätt är stadgat i 2 mom.

Närmare bestämmelser om förordnande av avdelningsläkare meddelas av Konungen.

6 mom. Läkare som undergår för legitimation föreskriven allmänutbildning förordnas av sjukvårdsstyrelsen enligt bestämmelser som Konungen meddelar.

Denna lag träder i kraft den — — —

Förslag till

Kungörelse om ändring av sjukvårdsstadgan den 29 mars 1963 (nr 70)

Härigenom förordnas *dels* att i sjukvårdsstadgan den 29 mars 1963 skall införas två nya paragrafer, betecknade 19 a och 19 b §§, av nedan angiven lydelse, *dels* att i 19 och 30 §§ samma stadga beteckningen »underläkare» skall ersättas av »avdelningsläkare».

19 a §.

Förordnande av avdelningsläkare tills vidare får meddelas endast den som besitter specialistkompetens inom den specialitet som tjänsten avser. Har förordnande för sådan läkare meddelats för viss tid, får det förlängas att avse ytterligare viss tid.

Den som icke besitter specialistkompetens får förordnas till avdelningsläkare för högst den tid, som enligt gällande bestämmelser kräves för att läkaren skall vinna avsedd specialistkompetens eller kompetens att bedriva allmän praktik eller kompetens till läkartjänst med särskilt behörighetskrav. Har förordnande meddelats för kortare tid än nu sagts, får det förlängas, så att den sammanlagda tiden för förordnandet kommer att uppgå till högst ovan avsedda tid. Om skäl är därtill får ytterligare förlängning av förordnandet ske för en tid av högst ett år och med socialstyrelsens medgivande för längre tid. Har läkaren tidigare innehaft tjänst som avdelningsläkare skall tiden härför, i den mån den inneburit tjänstgöring vid klinik eller kliniker (motsvarande) av samma slag som åsyftas med den sökta tjänsten, avräknas vid förordnandets meddelande.

Vid förordnande av den som besitter viss kompetens men åsyftar att vinna annan sådan äger bestämmelserna i andra stycket motsvarande tillämpning.

19 b §.

Förordnande av läkare, som fullgör för legitimation erforderlig allmänutbildning, meddelas för den tjänstgöring och den tid som följer av anvisningar meddelade av statens nämnd för läkares vidareutbildning.

Denna kungörelse träder i kraft den — — —

BILAGA 1

Förslag till överenskommelse mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige om enhetliga regler rörande specialistkompetens för läkare

De fördragsslutande staterna,

som tidigare träffat överenskommelse om en gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare och

som funnit överenskommelsen böra kompletteras med enhetliga regler rörande specialistkompetens för läkare,

ha enats om följande.

Artikel 1

För att läkare i fördragsslutande stat skall erhålla rätt att för allmänheten tillkännagiva att han är specialist inom visst område av läkarvetenskapen — specialistkompetens — skola de förutsättningar vara uppfyllda, som framgå av det följande.

Artikel 2

Den som erhåller specialistkompetens skall ha genomgått vidareutbildning, bestående av

dels en allmän utbildningsperiod,

dels huvudutbildning inom den specialitet, vari specialistkompetens sökes,

och dels sidoutbildning inom annan specialitet, som är av betydelse för den sökta kompetensen.

Därjämte skall prövning i någon form ha skett av att sökanden förvärvat för ändamålet erforderliga kunskaper.

Artikel 3

Den allmänna utbildningsperioden skall omfatta omkring två år och avse tjänstgöring såsom underordnad läkare i öppen eller sluten vård. Minst ett år av perioden skall utgöras av klinisk sjukhustjänstgöring, i vilken skall ingå tjänstgöring vid såväl invärtesmedicinsk som kirurgisk avdelning.

Artikel 4

Huvudutbildningen och sidoutbildningen skola fullgöras efter det sökanden vunnit obegränsad legitimation som läkare och omfatta tjänstgöring vid sjukhus under minst fyra år. Huvudutbildningen skall pågå under minst tre år och sidoutbildningen som regel under minst ett halvt år.

Därest inom område för större specialitet såsom invärtesmedicin och allmän kirurgi erkännes specialitet i begränsat område — grenspecialitet — utan att denna anordnas som självständig specialitet, skall för specialistkompetens i grenspecialiteten krävas, att sökanden förvärvat sådan kompetens i huvudspecialiteten och därjämte fullgjort tjänstgöring som i första stycket sägs under minst två år inom området för grenspecialiteten.

Artikel 5

Huvudutbildningen och sidoutbildningen få endast fullgöras vid sjukhus, som efter prövning godkänts för sådan utbildning.

Sålunda godkända sjukhus skola allt

efter sina resurser att meddela utbildning som ovan sagts indelas i två kategorier. Till kategori I hänföras universitetssjukhus, andra undervisningssjukhus, större centralsjukhus och vissa specialsjukhus. Kategori II består av övriga godkända sjukhus.

Tjänstgöring vid sjukhus av kategori I skall kombineras med på lämpligt sätt anordnad systematisk undervisning.

Minst ett år av huvudutbildningen skall ha fullgjorts vid sjukhus av kategori I.

Artikel 6

Såväl huvudutbildningen som sidoutbildningen skall i princip fullgöras i underordnad ställning.

Fristående vikariat av kortare varaktighet än en månad får icke tillgodoräknas för huvudutbildning.

Högst ett halvt år av huvudutbildningen får fullgöras såsom vikarie, såvida icke vikariatet äger rum i omedelbar anslutning till tjänstgöring som innehavare av tjänst eller fråga är om sammanhängande vikariat under längre tid än ett halvt år.

Artikel 7

Tjänstgöring i annan fördragsslutande stat skall för förvärvande av specialistkompetens tillerkännas samma värde som tjänstgöring i den stat, där specialistkompetens sökes.

Artikel 8

Då särskilda skäl föranleda det får specialistkompetens meddelas, oaktat sökandens utbildning avviker från vad som stadgats i det föregående, därest hans specialistkompetens kan anses vara i huvudsak likvärdig med den, till vilken bestämmelserna i denna överenskommelse syfta.

Artikel 9

Har den som söker specialistkompetens i en fördragsslutande stat redan förvärvat sådan kompetens i annan fördragsslutande stat, skall han äga erhålla samma rätt i den förstnämnda staten under förutsättning

dels att han vunnit och alltjämt äger obegränsad legitimation som läkare i denna stat,

dels ock att ifrågavarande område av läkarvetenskapen där är erkänt som specialitet enligt de bestämmelser, som reglera läkares rätt att beteckna sig som specialist.

Artikel 10

1. Under en övergångstid från undertecknandet av denna överenskommelse får specialistkompetens beviljas oaktat sökandens utbildning icke överensstämmer med vad som kräves enligt bestämmelserna i artiklarna 2—6. Övergångstiden får icke överstiga åtta år, dock får beträffande enstaka specialiteter en längre övergångstid medgivas i vad gäller genomförandet av föreskriften i sista stycket av artikel 5, därest detta av organisatoriska skäl befinnes oundgängligt.

2. Från vad som stadgats i artikel 9 äger fördragsslutande stat föreskriva undantag beträffande medborgare i staten, som ansöker om specialistkompetens inom åtta år från överenskommelsens undertecknande.

Artikel 11

Efter förhandlingar äger Islands regering ansluta sig till denna överenskommelse.

Artikel 12

Denna överenskommelse skall ratificeras och ratifikationsinstrumenten deponeras i det svenska utrikesdepartementets arkiv.

Överenskommelsen träder i kraft så snart samtliga ratifikationsinstrument deponerats.

Envar av de fördragsslutande staterna kan uppsäga överenskommelsen med en uppsägningstid av sex månader att upphöra den 1 juli eller den 1 januari.

Till bekräftelse härav ha de befullmäktigade ombuden för respektive stat undertecknat denna överenskommelse och försett densamma med sina sigill.

Som skedde i Stockholm den ..... i ett exemplar på svenska, danska, finska och norska språken, av vilket svenska utrikesdepartementet skall överlämna bestyrkta avskrifter till de övriga fördragsslutande staternas regeringar.

Specialmotivering

Den 13 oktober 1959 framlades av särskilda sakkunniga förslag till överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare. I anslutning härtill torde även de föreslagna reglerna om specialistkompetens för nordiska läkare böra fastställas i form av en överenskommelse. Det förutsättes i denna, att överenskommelsen om gemensam arbetsmarknad dessförinnan kommit till stånd.

Artikel 3

Spörsmålet om förläggandet av den allmänna utbildningsperioden helt eller delvis till tiden före eller efter det sökanden vunnit legitimation eller auktorisation såsom läkare har arbetsgruppen ej ansett vara av beskaffenhet att behöva regleras enhetligt. Det bör ankomma på varje land att bestämma härom.

Såsom kirurgisk avdelning bör även kunna anses odelat sjukhus, där en betydande kirurgisk verksamhet bedrives.

Artikel 4

Med hänsyn till den ordning, som i Danmark och Norge gäller i fråga om rätt att utöva läkarverksamhet, har i fördragstexten använts uttrycket obegränsad legitimation.

I viss omfattning bör tjänstgöring vid medicinsk-teoretisk institution kunna anses likvärdig med sjukhustjänstgöring.

Artikel 8

I praktiken kan det inträffa att sökande måste anses reellt kompetent, oaktat hans utbildning avviker från vad som föreskrives. I sådant fall bör hinder icke föreligga att bevis om specialistkompetens meddelas. En undantagsbestämmelse av här föreslaget innehåll har därför ansetts påkallad.

Artikel 10

En ganska lång övergångstid måste av olika skäl medgivas innan de nya utbildningsbestämmelserna kan träda i kraft. Sålunda bör bl. a. den som påbörjat sin utbildning enligt de äldre bestämmelserna i huvudsak äga fullfölja sin utbildning enligt dessa. Vidare kommer utarbetandet av de erforderliga nya nationella bestämmelserna att kräva viss tid. Arbetsgruppen har med hänsyn härtill icke ansett sig kunna förorda en kortare övergångstid än åtta år från överenskommelsens undertecknande.

Den i artikel 5 sista stycket intagna föreskriften att minst ett år av huvudutbildningen skall ha fullgjorts vid sjukhus av kategori I kan av sjukhusorganisatoriska skäl möjligen bli svår att realisera inom den regelrätta övergångstiden. Med hänsyn härtill har beträffande denna föreskrift en längre övergångstid ansetts böra få medges i fråga om enstaka specialiteter.

I andra stycket angivet undantag har tillkommit på begäran från dansk sida.

Det kan nämligen befinnas önskvärt att förhindra att det egna landets läkare under övergångstiden kompletterar sin utbildning i annan fördragsslutande stat på lättare utbildningsvillkor än i hemlandet.

Artikel 11

Island har icke varit representerat under utredningsarbetet men bör efter förhandlingar dock kunna få ansluta sig till överenskommelsen.

BILAGA 2

Promemoria angående fördelning av patologiundervisningen under det propedeutiska året och samundervisning med andra ämnen

Av professorn Gösta Hultquist, Patologiska institutionen, Uppsala

Fördelning av föreläsnings- och demonstrationstider

Förutsättningarna för fördelning av föreläsnings- och demonstrationstider äro följande.

Patologiundervisningen skall omfatta *100 föreläsningstimmar och 70 demonstrationstimmar*, vilket jämfört med nuvarande omfattning är en minskning med 30 demonstrationstimmar. 20 demonstrationstimmar skall dock överflyttas till medicin- och kirurgitjänstgöringen så att konferensundervisningen ökar med 10 timmar under vardera av dessa tjänstgöringar. Utöver ovannämnda undervisningstid fordras tid för studenternas praktiska övningar i samband med obduktioner, bl. a. för inlärande av obduktionsteknik och diagnostik av patologisk-anatomiska förändringar samt för studium av mikroskopiska preparat.

Av patologiundervisningstiden beräknas 60 föreläsningstimmar och 30 demonstrationstimmar förlagda till den första femmånadersterminen och 40 föreläsningstimmar och 40 demonstrationstimmar till den andra.

Undervisningstätheten för patologi under första terminens två första månader (samtidigt med bakteriologiundervisningen) kan uppgå till ca 5 timmar per vecka och under första terminens följande tre månader (samtidigt med farmakologiundervisningen) till ca 7—8 timmar per vecka. Ingen undervisning beräknas pågå under de två tentamensperioderna på två veckor (resp. under första hälften av och i slutet av första terminen).

Patologiundervisningen under den andra femmånadersterminen förlägges till de tre första månaderna (samtidigt med undervisningen i patologisk kemi, patologisk fysiologi och propedeutisk medicin) och omfattar ca 6—7 timmar per vecka. Under de sista två månaderna av denna termin förekommer ingen patologiundervisning utan tiden beräknas till en tentamensperiod för patologi under fjärde månaden och i övrigt åt undervisning i fysikalisk diagnostik och propedeutisk psykiatri.

Vid *undervisningens utformning* bör största möjliga självverksamhet hos kursdeltagarna eftersträvas. Sålunda bör i viss utsträckning föreläsningarna utbytas mot symposier, seminarieövningar och paneldiskussioner.

Vid obduktionsdemonstrationerna bör man eftersträva aktivitet hos åskådarna t. ex. genom att låta dem framföra förslag till diagnoser på patologiska-anatomiska förändringar och deltaga i diskussionen av fynden. (För att ge alla åskådare samma möjlighet att öva diagnosställande har jag prövat att låta

dem anonymt skriva sina förslag, varefter förslagen genomgås och diskuteras.) Sådana övningar bli naturligtvis tidsödande och därför bör demonstrationstiden enligt min åsikt i regel uppgå till 1½ timme. Tid kan i stället vinnas genom TV-visning av laboratorierapporter, EKG o. dyl. ur journalerna. Även tidsödande cirkulation för visning av mikroskopiska preparat (bl. a. frysснitt) i utställda mikroskop bör ersättas med TV-mikroskopvisning.

En del obduktionsdemonstrationer kan lämpligen utbytas mot genomgång och slutdiskussion av tidigare obduktionsfall sedan resultaten av bakteriologisk, mikroskopisk och ev. kemisk undersökning blivit färdiga. Vid sådan sammanfattande genomgång av fallen skulle det vara till ovärderlig hjälp att ha TV-bandinspelning av obduktionen för att aktivera minnesbilden av de makroskopiska fynden.

Önskvärt vore att under patologiundervisningen ge deltagarna en *inblick i den klinisk-patologiska diagnosverksamheten* så att de bli förtrogna med biopsiundersökningens möjligheter, begränsning och villkor över huvud taget. Kursdeltagarna borde i mindre grupper handledda av lärare få följa mottagning, bearbetning och diagnos av biopsipreparat och erhålla insikt i vilka uppgifter som äro relevanta i remisser till patologisk-anatomisk undersökning. Lämpligaste tidpunkten för sådan undervisning vore under medicin- och kirurgitjänstgöringen. Först då få nämligen dylika problem full aktualitet för studenterna. Tyvärr torde möjligheterna att inrymma undervisningen under medicin- och kirurgitjänstgöringen vara mycket begränsade. Denna form av undervisning måste därför påbörjas under propedeutiska årets andra termin, då en del av den tid som är anslagen till obduktionsarbete och mikroskopiska preparatstudier kunde tas i anspråk. En del sådan undervisning (i form av praktisk handledning) är måhända dock möjlig att inrymma under kirurgitjänstgöringen som samordnad kirurgi-patologiundervisning och någon del av konferenstiden (som föreslås utökad) kunde användas till gemensamundervisning i kirurgi-patologi med behandling av dylika för såväl kirurg som patolog vitala frågor.

Samundervisning mellan patologi och andra ämnen under propedeutiska året

Samundervisning kan bestå antingen i en samordning av undervisningsavsnitt till tiden, varvid respektive ämneslärare undervisar ensam (»samordnad» undervisning), eller i att lärare i två eller flera ämnen undervisa gemensamt (»gemensam» undervisning).

Under propedeutiska årets första termin bör en *samundervisning i mikrobiologi och patologi* vara naturlig och ändamålsenlig. I första rummet bör en tidsmässig *samordning* eftersträvas framför allt gällande infektionssjukdomar. Även viss *gemensam* undervisning i form av symposier, seminarier eller paneldiskussioner bör kunna vara lämplig, t. ex. över temata som infektionsbegreppet, sepsis, pyelonefrit. Tiden för gemensamundervisningen skulle kunna omfatta ca 3 timmar. Samundervisningen mellan mikrobiologi och patologi skulle kunna förläggas till de fyra sista veckorna av den tid då mikrobiologi och patologi parallellundervisas även om någon gemensam undervisning kan anordnas senare, eventuellt i samverkan med andra ämnen som medicin, kirurgi och pediatrik.

Under första terminens senare del borde en *samundervisning mellan pa-*

tologi å ena sidan och patologisk kemi, patologisk fysiologi och propedeutisk medicin å den andra vara eftersträvansvärd. Eftersom huvuddelen av undervisningen i patologisk kemi, patologisk fysiologi och propedeutisk medicin är förlagd till andra terminen bör samundervisningen under första terminen utgöras av gemensamundervisning i symposier, seminarier eller paneldiskussioner. Under den ifrågavarande tidsperioden undervisas *allmän patologi* och vissa avsnitt av denna lämpa sig mycket väl för en gemensamundervisning. Förslagsvis kunde en gemensamundervisning tänkas angående allmänna metaboliska rubbningar med lärare i klinisk kemi samt angående allmänna vätske-, elektrolyt- och cirkulationsrubbningar med både lärare i klinisk kemi och klinisk fysiologi. Beträffande vissa delar av allmän patologi kan samundervisning med propedeutisk medicin (»samordnad» eller »gemensam») vara fördelaktig. Exempelvis kan nämnas den kliniska bilden vid vätskebalansrubbning och cirkulationsrubbningar såsom ödem, hjärtinsufficiens och chock. Vid sådan samundervisning borde demonstration av patienter med typiska symtom vara av värde. För nu nämnda gemensamundervisning mellan patologi och patologisk kemi, patologisk fysiologi och propedeutisk medicin kan en tid av minst 5 och högst 10 timmar av patologiundervisningens föreläsningstid vara tänkbar eller lämplig.

Undervisningen i *patologisk anatomi* (speciell patologi) har till förfogande otillräcklig föreläsningstid för fullständig genomgång av ämnet, vilket nödvändiggör en koncentration av undervisningen till centrala problem, vanliga och viktiga sjukdomstillstånd. Beträffande vissa delar av patologin måste studenterna hänvisas till lärobocksstudier och till eventuella obduktionsdemonstrationer av ovanliga sjukdomsfall.

En klinisk inriktning av den speciella patologiundervisningen är väsentlig. Därav följer att *samundervisning med propedeutisk medicin* är i hög grad eftersträvansvärd. En integration av undervisningen bör ske både genom samordning av undervisningen och gemensam undervisning. Den speciella patologins huvudavsnitt är hjärt- och cirkulationsrubbningar (inkluderande cerebrala vaskulära rubbningar), respirationsorganens sjukdomar, digestionsorganens sjukdomar, njursjukdomar och sjukdomar i manliga genitalia, blod- och blodbildande organs sjukdomar och endokrina rubbningar. Möjligheterna att samordna dessa huvudavsnitt med undervisningen i propedeutisk medicin torde vara stora om undervisningen i propedeutisk medicin fördelas under de tre månader då patologiundervisningen bedrives (ev. kan sista delen av första terminen disponeras för t. ex. hjärt- och cirkulationsrubbningar). En gemensam undervisning med symposier, seminarier och paneldiskussioner borde även kunna anordnas, varvid väsentliga och vanliga sjukdomstillstånd som hypertoni, arterioskleros, diabetes mellitus, levercirrhos, ulcus ventriculi, ventrikel- och lungcancer eller pyelonefrit komma ifråga som temata. I gemensamundervisningen angående hjärt-, kärl- och lungsjukdomar skulle även med fördel lärare i patofysiologi kunna deltaga. Tiden för den gemensamma undervisningen skulle kunna uppgå till 6—12 timmar av patologiundervisningens föreläsningstid.

BILAGA 3

Några synpunkter på läkarexamination med särskild hänsyn till amerikanska erfarenheter

Av professorn Gunnar Ström, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Allmänna synpunkter. Läkarexamination innebär en prövning av läkarens kunskaper och kliniska funktion, en bedömning och värdering av resultatet mot bakgrund av en kravsprofil och en empirisk jämförelseskala, med en minimigräns för betyget godkänd (prövning av »kompetens») och eventuellt även med kvantitativ gradering eller klassgradering av dem som godkänts (prövning av »excellens»).

Avsikten med examination kan vara flerfaldig: minimikontroll för att förhindra att inkompetenta läkare får ett patientansvar som de inte anses kunna bära, gradering av de godkända efter skicklighet och lämplighet för meritering i framtida konkurrenser om tjänster, värdering av undervisnings- och utbildningsresultat för förnyelse av utbildningens metoder, införskaffande av underlag för förnyelse av utbildningens målsättning, stimulans av elevens självstudier och av lärarens undervisningsverksamhet. Utformningen av en examination avgör i vilken grad de ovan nämnda målen kan uppnås.

En examinations validitet sammanhänger med hur mångsidigt den utformas och hur objektivt, precist och kvantitativt prövningsresultatet kan tolkas. Mångsidighet kan bl. a. innebära att någon form av *betyg* och värdering av tidigare tjänstgöring beaktas i examinationen. För att en dylik bedömning skall ha ett värde bör den infogas i någon form av schematiserad skala, och helst avgivas av mer än en bedömare. Dylikt betyg kan bl. a. innehålla uppgifter om tjänstgöringens art och omfattning, t. ex. typ och antal av olika diagnostiska och terapeutiska ingrepp, antal opererade patienter eller dylikt, om vederbörandes skicklighet i tjänsteutövningen samt om vederbörandes personliga beteende framför allt gällande ansvarsberedskap i tjänsten, kontakt med patienter och samarbetsförmåga med övrig personal.

Mångsidighet kan även innebära att en examination omfattar prövning av viss *praktisk läkarfunktion,* t. ex. klinisk rond, undersökning och diagnostik av patienter, bedömning av undersökning som genomföres av annan läkare (film eller provpatient) eller direkt utförande av vissa diagnostiska eller terapeutiska moment. Detta kan möjligen ersättas av utlåtande av lärare och handledare i tidigare tjänstgöring. Bedömningen av praktisk läkarfunktion är svår att göra objektiv och kvantitativ, men svar av flervalstyp kan i vissa fall underlätta detta.

Examination torde alltid innefatta prövning av *kunskaper.* Därvid bör olika typer av kunskaper prövas, inte bara återkallande av enkla fakta och sammanhang av fundamental natur, utan även igenkännande av fakta och

förhållanden av mindre betydelse eller i ämnets gränsområde, förmåga till bedömning och värdering samt förmåga till integration och problemlösning, något som hos examinanden fordrar inte bara kunskap om en rad grundläggande fakta utan även praktisk övning och erfarenhet med en mogen helhetssyn på ämnet.

Examinationens resultat kan påverkas av olika variabler. Således kan examinatorn och examinationsmaterialet (patienten) variera och påverka resultatet. Detta är givetvis ej önskvärt och motverkas av de nya examinationsmetoder som nämnes nedan. Därutöver kommer alla former av examination — ehuru i växlande grad — att påverkas av examinandens framställningsförmåga och av hans personliga beteende i prövningen, något som sammanhänger med graden av psykisk balans och lugn, initiativförmåga och beslutsamhet, handlingskraft och uthållighet. Resultatet av examinationen blir därför alltid beroende av både den prövades kunskaper och hans förmåga att utnyttja och framställa dem.

Två klassiska former av prövning är *muntligt prov* genom intervju av en examinator och *skriftligt prov* med i allmänhet längre uppsatsliknande svar på ett litet antal frågor. Den muntliga prövningen har visat sig i allmänhet ha betydande svagheter: examinatorn har en tendens att konstruera frågorna så att de snarare prövar enkelt återkallande av fakta än problemlösning och mogen bedömning, bedömningen av svaren har i allmänhet ganska låg precision och validitet, en kvantitativ gradering är svår att göra allmängiltig, proceduren tar ofta lång sammanlagd tid (för ett stort ämne minst 1—2 timmar per examinand) och blir därför dyrbar med hänsyn till åtgången av lärartid, examinatorn har ofta en specialinriktning som gör att hans frågor blir ojämnt fördelade inom ämnesområdet och att examinandens svar ibland blir över- och ibland undervärderade av examinatorn, och slutligen kan personliga faktorer spela in för både examinator och examinand och leda till missförstånd och anklagelser för orättvisa. Skriftliga prov med uppsatsliknande frågor är lätta att konstruera så att de täcker ämnet men bedömningen har i allmänhet låg precision, är svår att gradera och tar i allmänhet ganska lång tid för examinatorn.

En modernare form, en s. k. *objektiv examination,* utnyttjar differentierat prövningsmaterial och skriftligt svar av flervalstyp. Dylik examination kan bestå av så många små enheter att hela ämnet med lätthet täckes, och olika typer av kunskaper kan prövas genom att förutom direkta frågor om fakta och sammanhang även bilder, ljusbilder, TV-band, filmavsnitt och t. o. m. praktisk demonstration av patienter användes. Flervalsprincipen för svaret användes huvudsakligen för att tillåta snabb och kvantitativ bearbetning (t. ex. med datamaskinell metodik). Bland fördelarna märkes att examinationen kan göras lika för alla samtidiga examinander och att bedömningen är objektiv. Kostnaden är huvudsakligen av absolut storlek, dvs. oberoende av antalet examinander, och den relativa kostnaden per examinand blir därför allt lägre ju fler som prövas. Den viktigaste nackdelen med denna typ av examination är i dagens läge att examinanderna är ovana vid prövningsformen. Därför måste mycket noggrann information, eventuellt kombinerad med examination på försök, ingå i verksamheten om dylik examinationsform skulle införas. Förhör av denna typ synes dock alltmer komma att införas redan under den grundläggande läkarutbildningen så att

så småningom alla läkare kommer att ha erfarenhet därav.

Objektiv examination med differentierat provmaterial och svar enligt flervalsprincipen fordrar mycket noggrann förberedelse, framför allt då systemet debuterar. Den fordrar även en noggrann sekretess. Förberedelsearbetet kan dock sägas innebära en i och för sig mycket förmånlig samverkan mellan ett visst ämnes företrädare över hela landet. Utan tvekan ger denna examinationsform därigenom en ständig stimulans till omvärdering av utbildningens målsättning och undervisningens innehåll och metodik, vilket är en indirekt fördel av stor betydelse för hela utbildningssystemet.

Den objektiva examinationens metoder är under ständig utveckling, och på senare år har bl. a. s. k. programmerad prövning använts. Detta innebär att examinanden får ett system av frågor med inbördes sammanhang och får svara steg för steg genom att välja bland ett visst antal alternativa svar. Genom s. k. raderingssystem noteras både rätta beslut och felaktiga eller utelämnade beslut. Ur systemet av raderingar framgår examinandens skicklighet att bedöma en komplicerad klinisk situation. Prövningen kan göras mycket omdömeskrävande förutom kunskapskrävande och kan därigenom ersätta t. ex. en tentamensrond.

Läkarexamination i USA. Det finns två stora allmänna examinationssystem i USA. Det ena systemet innebär student- och läkarexamination och ledes av National Board of Medical Examiners (NBME) i Philadelphia. Detta är en självständig stiftelse, startad av American Medical Association och innehållande representanter för olika läkarsammanslutningar, universitet och statliga myndigheter. NBME anordnar tre examinationer (I, II, III) under läkarutbildningen och under det första sjukhusåret efter avlagd universitetsexamen (internship year). Det andra systemet innebär specialistexamination och ledes av nämnder inom de olika specialistförbunden, t. ex. American Board of Internal Medicine.

NBME grundlades 1915 på förslag av dr W. L. Rodman, i avsikt att möjliggöra mer enhetliga legitimationskrav i ett land med starkt varierande standard på universitetsutbildningen, men möttes i början av viss misstänksamhet. Långsamt ökade verksamhetens omfattning och nådde t. ex. år 1955 7 500 examinationer per år. Upp till denna tidpunkt omfattade examinationen endast del III där godkännande innebar en form av läkarlegitimation som accepterades av vissa av de amerikanska delstaternas hälsovårdsstyrelser. År 1955 började olika medicinska högskolor och fakulteter att utnyttja NBME-prov del I och II för värdering av utbildningsresultat, år 1956 började många av de resterande delstaternas hälsovårdsstyrelser att själva utnyttja NBME del III för formell legitimation, år 1958 startades ett program för examination av utländska läkare med NBME del III för behörighet att tjänstgöra vid amerikanska sjukhus, och år 1961 började åtskilliga specialistföreningar använda NBME-metodiken och även utnyttja dess resurser för specialistprövningen. År 1965 utfördes 50 000 examinationer.

Del I är en endagsexamination, som täcker de två första årens utbildning i den vanliga typen av medicinsk högskoleutbildning i USA, och som berör ämnena anatomi, fysiologi, biokemi, patologi, mikrobiologi och farmakologi. Denna examination anordnas i juni och september (studentintag sker endast på hösten och studieåret avslutas därför i juni). Del II är en tvådagarsexamination, täcker ca 4 års utbildning vid

medicinsk högskola och berör ämnena internmedicin, psykiatri, kirurgi, obstetrik och gynekologi, pediatrik och socialmedicin. Den anordnas i april månad. Del III anordnas mot slutet av första årets sjukhustjänstgöring och innebär en prövning av den kliniska kompetensen. Den består av tre avsnitt, nämligen A: tolkning av kliniska data i skriftlig form eller i bilder, B: tolkning av kliniska problem framställda i korta filmavsnitt, och C: programmerad prövning med kliniska problem berörande diagnostik och behandling av patienter.

Kostnaderna per examinand är följande (i amerikanska dollar): för registrering 5, del I 20, del II 25, del III 50. En särskild överenskommelse finnes för större grupper av examinander. Därvid kan betydligt lägre kostnader beräknas, t. ex. för del I från 5 till 10, del II från 7,5 till 15 och för del III 35, vilket gäller för grupper på minst 20 examinander. För examination som äger rum i utlandet tillkommer en engångsavgift på 50 dollar.

En examination är uppdelad på ett antal sektioner. Svaren graderas i en viss poängskala och för godkänt fordras en viss kombination av poäng, t. ex. följande: ett genomsnitt av 75 poäng eller mer kräves för examinationens samtliga sektioner, dock får endast en av sektionerna ha lägre poäng än 70 och ingen av dem lägre än 65. Vid underkännande kan sektioner med mer än 75 poäng tillgodoräknas vid nästa examination medan övriga sektioner måste göras om.

I allmänhet tillåtes endast en förnyad examination, vilket innebär att en examinand som underkännes två gånger inte mera tillåtes deltaga i någon av NBME:s examinationer.

NBME har en stor stab av medarbetare och ett eget datamaskinellt system för behandling och bearbetning av prövningsresultat. Till NBME finnes även en rad kommittéer (f. n. 14 stycken) med universitetslärare och sjukhusläkare i tidsbegränsad funktion (f. n. 90 stycken) som genom ett mycket omsorgsfullt och tidskrävande arbete i samarbete med NBME:s pedagogiska specialister och dataspecialister konstruerar frågorna. I varje examination torde i allmänhet endast en mindre del av frågorna ha förekommit tidigare, resten har nyframställts. I arkivet finns flera 10 000-tal frågor.

Av de ca 50 000 examinationerna år 1965 var ca 6 000 del I, ca 6 000 del II, ca 14 000 del III eller delstatliga legitimationsprövningar, ca 18 000 prövningar av utländska läkare (något som avspeglar den snabbt ökande immigrationen av läkare i USA). Frekvensen av underkännanden varierar starkt mellan olika högskolor. Medan det vid universitet såsom Harvard och Yale väcker uppståndelse om över huvud taget någon student blir underkänd, så finns det andra högskolor med 20—30 % underkända i del II. Namnen på dessa är dock okända (för alla utom dem själva) på grund av sträng sekretess. Av de utländska läkare som prövas (huvudsakligen enligt del III) torde ca 60 % underkännas.

Specialistexamination i USA. Som exempel på specialistexamination kan systemet hos American Board of Internal Medicine väljas. Detta är en självständig nämnd med anknytning till amerikanska läkarförbundet och dess internmedicinska delförbund. Till specialistexamen antages läkare som fyller vissa krav på utbildning och klinisk erfarenhet. Därvid kan t. ex. 5 års sjukhustjänstgöring, varav minst 3 år som underläkare i internmedicin vid erkänt undervisningssjukhus, krävas. För övrigt tillåtes sjukhustjänstgöring inom

angränsande specialiteter eller subspecialiteter och även vetenskapligt arbete som meritering. Till en del kan sjukhustjänstgöring ersättas av verksamhet som praktiserande läkare, men då med betydligt fler år. Det finnes en dispensmöjlighet för vetenskapligt särskilt kvalificerade läkare vid universitetssjukhus. Specialistexamen börjar med ett skriftligt prov med frågor av ungefär samma karaktär som i NBME del III. I frågorna ingår även åtskilligt innehåll från de teoretiska disciplinerna som bedömes vara viktigt för internmedicin. Den som genomgått godkänt skriftligt prov antages för muntlig examination. Denna innebär att en examinand får ett par patienter att undersöka under insyn av minst 2 examinatorer. Examinationen tar flera timmar och innebär ett försök till penetration av examinandens förmåga till patientundersökning och analys av klinisk problematik, av hans kunskap om patofysiologiska mekanismer, prognos och behandling och av hans beteende mot patienten m. m. I prövningen ingår bl. a. att examinanden får bedöma och tolka undersökningsmaterial från olika specialundersökningar (röntgenbilder, patologisk-anatomiska preparat, blodutstryk, elektrokardiogram, lungfunktionsprov m. m.).

Procenten underkända varierar starkt mellan olika specialiteter. En kandidat som blir underkänd i specialistexamination i internmedicin tre gånger måste fullgöra ytterligare praktisk sjukhustjänstgöring innan han får återkomma. Kostnaden för examinationen är 60 dollar för den skriftliga och 65 för den muntliga delen.

De olika amerikanska specialistförbunden ägnar mycken uppmärksamhet åt examinationens metodik. Nyligen har t. ex. specialistförbundet i ortopedisk kirurgi genomfört en flerårig studie (»arbetskravsanalys») av vilka krav på kunskaper och praktisk läkarfunktion som skall ställas på en specialist i ortopedisk kirurgi, varefter examinationen har konstruerats så att den täcker arbetskraven. Därvid har man utformat prövningen på ett mångsidigt sätt, så att den omfattar dels skriftligt prov med flervalssvar, bilder, praktiskt material och filmbitar, dels praktiskt prov med provpatient (som spelas av en av två examinatorer). Bland examinanderna synes de nya formerna för examination ha accepterats, och från yngre läkares sida understrykes framför allt kravet på en så god objektivitet och validitet som möjligt hos examinationen. I specialistexaminationerna synes inte tjänstgöringsbetyg spela någon väsentlig roll bortsett från att för de kirurgiska specialiteterna ett intyg om vissa typer och ett visst antal av genomförda operationer oftast ingår i de praktiska krav som ställes för antagande till den slutliga examinationen.

De medicine studerandena, de unga läkarna och de blivande specialisterna får mycket fullständig information både om utbildningskrav och om examinationsformer genom sina universitet, genom NBME och genom specialistförbunden. Bl. a. publiceras årligen av amerikanska läkarförbundet en stor katalog över erkända sjukhusutbildningsplatser och över de olika specialiteternas utbildnings- och examinationskrav i största detalj (Directory of approved internships and residencies).

Lärdomar av det amerikanska systemet för svenska förhållanden. Till viss del kan de amerikanska examinationserfarenheterna utnyttjas av oss, trots att grundförutsättningarna i USA och Sverige är olika. De stora fördelarna med ett centralt examinationssystem är påfallande. Detta fordrar dock mycket god förberedelse och goda resurser hos

den centrala enhet som skall genomföra examinationen. Dessutom fordras ett landsomfattande samarbete mellan läkarspecialister, i första hand från undervisningssjukhus och andra större sjukhus. Skriftlig svarsmarkering av flervalstyp bör utgöra kärnan i examinationssystemet, och frågorna och provsituationerna bör utformas på de många olika sätt som prövats i USA för att göra examinationen mera valid och realistisk. Igångsättningskostnaderna måste beräknas bli ganska stora. Genom överenskommelse mellan NBME (chef: dr J. P. Hubbard) och svenska universitetsrepresentanter torde NBME:s resurser och erfarenhet få utnyttjas på för oss förmånligt sätt, åtminstone under en försöksperiod, men tillägg måste göras med i Sverige utarbetade frågor inriktade efter den svenska utbildningsmålsättningen, det svenska undervisningsinnehållet och de svenska läkararbetskraven, och åtskilliga av de amerikanska frågorna måste modifieras.

Den examen i huvudsakligen internmedicin och kirurgi och dess bas- och randområden, som den nya läkarutbildningen synes kräva mot slutet av allmänutbildningsperioden, torde vara särskilt väl lämpad för en centralt organiserad examination av ovan nämnd typ. För specialistexamination är situationen något annorlunda, och här skulle flera olika alternativ kunna ställas upp: t. ex. smärre examinationer i samband med de föreslagna korta heltidskurserna; möjligen som komplement en enda avgörande examination, som skulle tillåta enstaka läkare att klara specialistexamen helt på självstudier och praktisk sjukhusverksamhet utan deltagande i de föreslagna korta heltidskurserna; och som ytterligare komplement möjligen ett specialsystem för vetenskapligt särskilt kvalificerade läkare (t. ex. lärare vid undervisningssjukhus). En så kvalificerad examination bör nämligen inte bara vara säker och rättvis utan även tillräckligt flexibel.

BILAGA 4

Gällande utbildningskrav i de skilda specialiteterna

(Enligt MF nr 39/1961 med däri av medicinalstyrelsens specialistbehörighetsnämnd under betänkandets tryckning beslutade smärre ändringar)

1. Anestesiologi

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik — högst 1/2 år av denna tjänstgöring må fullgöras vid annan klinik för kirurgiska sjukdomar; samt

c) 1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik — högst 1/2 år av denna tjänstgöring må fullgöras vid annan klinik av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

kliniskt-fysiologiskt laboratorium
medicinsk barnklinik
medicinsk-teoretisk institution
medicinsk specialklinik[1]
neurologisk klinik
psykiatrisk klinik
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

2. Bakteriologi och skyddsympningar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid bakteriologiskt laboratorium.

Randutbildning:

b) 1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik eller epidemisjukhus och 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

hudklinik
infektionsklinik (epidemisjukhus)
kliniskt laboratorium
lungklinik (sanatorium)
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

3. Barnaålderns invärtes sjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, infektionsklinik eller epidemisjukhus; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (av-

[1] Med medicinsk specialklinik förstås:
allergologisk klinik
endokrinologisk klinik
geriatrisk klinik
infektionsklinik (epidemisjukhus)
kardiologisk klinik
lungklinik (sanatorium)
medicinsk njurklinik
reumatologisk klinik

delning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

barn- och ungdomspsykiatrisk klinik
infektionsklinik (epidemisjukhus)
kirurgisk barnklinik
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik

Intill 1/2 år:

annan klinik eller sjukavdelning
institution för habilitering av barn
kliniskt laboratorium
odelat lasarett för somatisk vård
socialmedicinsk institution

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

4. Barnaålderns kirurgiska sjukdomar

Grundutbildning:

a) 2 års tjänstgöring vid kirurgisk barnklinik.

Randutbildning:

b) 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik; samt
c) 1/2 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

anestesiavdelning
kirurgisk specialklinik,[1] dock ej kirurgisk barnklinik
kliniskt laboratorium
kvinnoklinik
röntgendiagnostisk avdelning
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

5. Barnaålderns psykiska och nervösa sjukdomar

Grundutbildning:

a) 2 års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik jämte rättspsykiatrisk kurs vid medicinsk läroanstalt.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik eller sjukhus för huvudsakligen psykiatrisk vård och 1 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik; samt
c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

barn- och ungdomspsykiatrisk klinik
lasarett för psykiatrisk vård av barn och vuxna
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
neurologisk klinik
psykiatrisk klinik

Intill 1/2 år:

institution för habilitering av barn
socialmedicinsk institution

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

6. Hjärtsjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik enligt medicinalstyrelsens anvisning;

Denna tjänstgöring skall fullgöras vid medicinsk klinik,[2] vars överläkare innehar specialistkompetens i hjärtsjukdomar.

[1] Med kirurgisk specialklinik förstås:
extremitetskirurgisk klinik
handkirurgisk klinik
kirurgisk barnklinik
neurokirurgisk klinik
ortopedisk klinik
plastikkirurgisk klinik
thoraxkirurgisk klinik
urologisk klinik

[2] Se not 1 på s. 318.

Som likvärdig med sådan tjänstgöring anses tjänstgöring vid kardiologisk eller specialkardiologisk vuxenklinik intill en tid av 1 år,
kardiologisk eller specialkardiologisk barnklinik intill en tid av 4 månader samt
kliniskt-fysiologiskt laboratorium,[1] där speciella hjärtundersökningar i tillräcklig omfattning utföras, intill en tid av 4 månader.
Har tjänstgöringen under a) till en tid av minst 1 år fullgjorts vid medicinsk klinik, vars överläkare innehar specialistkompetens i hjärtsjukdomar, må här ifrågavarande tjänstgöring i stället fullgöras vid:

klinik för långvarigt kroppssjuka
lasarett för psykiatrisk vård
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
medicinsk poliklinik
medicinsk specialklinik[2]
neurologisk klinik
psykiatrisk klinik

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

kirurgisk klinik
klinik för långvarigt kroppssjuka
kliniskt laboratorium
kvinnoklinik
lasarett för psykiatrisk vård
medicinsk barnklinik
medicinsk-teoretisk institution
medicinsk klinik
medicinsk poliklinik
medicinsk specialklinik[2]
neurologisk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
psykiatrisk klinik
röntgenavdelning

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

7. Hud- och könssjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid hudklinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

allergologisk klinik
infektionsklinik (epidemisjukhus)
kliniskt-bakteriologiskt laboratorium
kliniskt-virologiskt laboratorium
kvinnoklinik
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
radioterapeutisk klinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

8. Invärtes sjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid klinik enligt medicinalstyrelsens anvisning;

Denna tjänstgöring må fullgöras vid:

klinik för långvarigt kroppssjuka
lasarett för psykiatrisk vård
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
medicinsk poliklinik
medicinsk specialklinik[2]
neurologisk klinik
psykiatrisk klinik

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

kirurgisk klinik
klinik för långvarigt kroppssjuka
kliniskt laboratorium
kvinnoklinik
lasarett för psykiatrisk vård
medicinsk barnklinik

[1] Sökanden skall med intyg från överläkaren styrka, att sökanden under ifrågavarande tid i särskild omfattning handlagt fall av hjärtsjukdomar.

[2] Se not på s. 316.

medicinsk-teoretisk institution
medicinsk klinik
medicinsk poliklinik
medicinsk specialklinik[1]
neurologisk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
psykiatrisk klinik
radioterapeutisk klinik
röntgenavdelning
röntgendiagnostisk avdelning

Intill 1/2 år:

avdelning för fysioterapi eller rehabilitering
socialmedicinsk institution

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

9. Kirurgiska sjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik.

Randutbildning:

b) 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, anestesiavdelning eller kliniskt-fysiologiskt laboratorium; samt
c) 1 1/2 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

anestesiavdelning
kirurgisk specialklinik[2]
kvinnoklinik
odelat lasarett för somatisk vård
radioterapeutisk klinik
röntgenavdelning
röntgendiagnostisk avdelning
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år:

kirurgisk klinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

10. Klinisk epidemiologi och akuta infektionssjukdomar

Grundutbildning:

a) 2 års tjänstgöring vid infektionsklinik eller epidemisjukhus.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, 1 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik och 1/2 års tjänstgöring vid bakteriologiskt eller virologiskt laboratorium; samt
c) 1/2 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

allergologisk klinik
fältepidemiologisk undersökning
infektionsklinik (epidemisjukhus)
hudklinik
kliniskt laboratorium
lungklinik (sanatorium)
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
neurologisk klinik
ortopedisk klinik
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

11. Klinisk fysiologi

Grundutbildning:

a) 4 års tjänstgöring vid kliniskt-fysiologiskt laboratorium — högst 2 år av denna tjänstgöring må fullgöras vid medicinsk-fysiologisk institution.

Randutbildning:

b) 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik; samt
c) 1/2 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

anestesiavdelning
avdelning för fysioterapi eller rehabilitering
kardiologisk barnklinik
kirurgisk klinik
kirurgisk specialklinik[2]

[1] Se not på s. 316.
[2] Se not 1 på s. 317.

kliniskt laboratorium, ej kliniskt-fysiologiskt
medicinsk barnklinik
medicinsk-teoretisk institution, ej fysiologisk
medicinsk klinik
medicinsk specialklinik[1]
röntgendiagnostisk avdelning

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

12. Klinisk kemi

Grundutbildning:

a) 4 års tjänstgöring vid kliniskt-kemiskt laboratorium — högst 2 år av denna tjänstgöring må fullgöras vid medicinsk-kemisk institution.

Randutbildning:

b) 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik; samt

c) 1/2 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:
kirurgisk klinik
kirurgisk specialklinik[2]
kliniskt laboratorium, ej kliniskt-kemiskt
medicinsk barnklinik
medicinsk-teoretisk institution, ej medicinsk-kemisk
medicinsk klinik
medicinsk specialklinik[1]

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

13. Kvinnosjukdomar och förlossningar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid kvinnoklinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik eller odelat lasarett; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:
endokrinologisk klinik
kirurgisk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
radioterapeutisk klinik, gynekologisk avdelning
urologisk klinik

Intill 1/2 år:
anestesiavdelning
hormonlaboratorium
kliniskt-cytologiskt laboratorium
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
plastikkirurgisk klinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

14. Lungsjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid lungklinik eller sanatorium.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:
lungklinik (sanatorium)
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
medicinsk specialklinik[1]
röntgenavdelning
röntgendiagnostisk avdelning
öppen tuberkulosvård under förutsättning att den sker efter fullgörandet av 2 år av grundutbildningen
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år:
kliniskt-cytologiskt laboratorium
kliniskt-fysiologiskt laboratorium

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

[1] Se not på s. 316.
[2] Se not 1 på s. 317.

15. Matsmältningsorganens sjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik enligt medicinalstyrelsens anvisning;

Denna tjänstgöring skall fullgöras vid medicinsk klinik,[1] vars överläkare innehar specialistkompetens i matsmältningsorganens sjukdomar. Har tjänstgöringen under a) till en tid av minst 1 år fullgjorts vid dylik klinik, må här ifrågavarande tjänstgöring i stället fullgöras vid:
klinik för långvarigt kroppssjuka
kliniskt-fysiologiskt laboratorium
kliniskt-kemiskt laboratorium
lasarett för psykiatrisk vård
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
medicinsk poliklinik
medicinsk specialklinik[2]
neurologisk klinik
psykiatrisk klinik

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:
kirurgisk klinik
odelat lasarett för somatisk vård

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

16. Nervsjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid neurologisk klinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik eller sjukhus för huvudsakligen psykiatrisk vård och 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik; samt

c) 1/2 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:
barn- och ungdomspsykiatrisk klinik
infektionsklinik (epidemisjukhus)
kliniskt-neurofysiologiskt laboratorium
lasarett för psykiatrisk vård
medicinsk klinik
neurokirurgisk klinik
neurologisk klinik
neurotraumatologisk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
psykiatrisk klinik
rehabiliteringsavdelning
röntgendiagnostisk avdelning

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

17. Neurokirurgi

Grundutbildning:

a) 2 års tjänstgöring vid neurokirurgisk klinik.

Randutbildning:

b) 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:
anestesiavdelning
kliniskt-neurofysiologiskt laboratorium
neurokirurgisk klinik
neurologisk klinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

[1] Sökanden skall med intyg från överläkaren styrka, att sökanden under ifrågavarande tid i särskild omfattning handlagt fall av matsmältningsorganens sjukdomar.

[2] Se not på s. 316.

18. Ortopedi

Grundutbildning:

a) 2½ års tjänstgöring vid ortopedisk klinik.

Randutbildning:

b) 1½ års tjänstgöring vid kirurgisk klinik eller odelat lasarett; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

infektionsklinik (epidemisjukhus)
kirurgisk klinik
medicinsk klinik
neurokirurgisk klinik
neurologisk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
ortopedisk klinik
plastikkirurgisk klinik
radioterapeutisk klinik
röntgenavdelning
röntgendiagnostisk avdelning

Intill ½ år:

anestesiavdelning
avdelning för fysioterapi eller rehabilitering
kirurgisk barnklinik
medicinsk barnklinik
reumatologisk klinik
socialmedicinsk institution

Intill ½ år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

19. Plastikkirurgi

Grundutbildning:

a) 2½ års tjänstgöring vid plastikkirurgisk klinik.

Randutbildning:

b) 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik; samt

c) ½ års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

anestesiavdelning
extremitetskirurgisk klinik
handkirurgisk klinik
kirurgisk barnklinik
neurokirurgisk klinik
plastikkirurgisk klinik
öron-, näs- och halsklinik

Intill ½ år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

20. Psykiska och nervösa sjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik eller sjukhus för huvudsakligen psykiatrisk vård samt rättspsykiatrisk kurs vid medicinsk läroanstalt.

Randutbildning:

b) ½ års tjänstgöring vid neurologisk klinik och ½ års tjänstgöring vid medicinsk klinik; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

barn- och ungdomspsykiatrisk klinik
lasarett för psykiatrisk vård av barn och vuxna
medicinsk klinik
neurologisk klinik
psykiatrisk klinik
rättspsykiatrisk klinik eller station eller psykiatrisk avdelning inom kriminalvården

Intill ½ år:

kliniskt-neurofysiologiskt laboratorium
neurokirurgisk klinik
rehabiliteringsavdelning
socialmedicinsk institution

Intill ½ år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

21. Radiumbehandling

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk eller kirurgisk klinik eller odelat lasarett; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:
hudklinik
kirurgisk klinik
kvinnoklinik
medicinsk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
patologavdelning
radiofysisk avdelning
radioterapeutisk klinik
röntgenavdelning
röntgendiagnostisk avdelning
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

22. Röntgenbehandling

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk eller kirurgisk klinik eller odelat lasarett; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:
allergologisk klinik
hudklinik
kirurgisk klinik
kvinnoklinik
lungklinik (sanatorium)
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
ortopedisk klinik
patologavdelning
radiofysisk avdelning
radioterapeutisk klinik
röntgenavdelning
röntgendiagnostisk avdelning
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

23. Röntgenundersökning

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid röntgen- eller röntgendiagnostisk avdelning.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk eller kirurgisk klinik eller odelat lasarett; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:
hudklinik
institution för anatomi eller histologi
kirurgisk klinik
kvinnoklinik
lungklinik (sanatorium)
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
ortopedisk klinik
radioterapeutisk klinik
röntgenavdelning
röntgendiagnostisk avdelning
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år:
fysiologisk institution
kliniskt-fysiologiskt laboratorium
patologavdelning
radiofysisk avdelning

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

24. Röst- och talrubbningar

Grundutbildning:

a) 2 års tjänstgöring vid foniatrisk avdelning och 1 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid psykiatrisk eller neurologisk klinik eller sjukhus för huvudsakligen psykiatrisk vård; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

barn- och ungdomspsykiatrisk klinik
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
odelat lasarett

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

25. Tändernas sjukdomar

Grundutbildning:

a) sådan utbildning som är föreskriven för legitimation såsom tandläkare.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid protes- eller tandkirurgisk avdelning av tandläkarhögskola eller vid centraltandpoliklinik samt 1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik eller öron-, näs- och halsklinik; samt

c) 1/2 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

centraltandpoliklinik
kirurgisk klinik
protes- eller tandkirurgisk avdelning vid tandläkarhögskola
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

26. Ämnesomsättningens sjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik enligt medicinalstyrelsens anvisning;

Denna tjänstgöring skall fullgöras vid medicinsk klinik[1], vars överläkare innehar specialistkompetens i ämnesomsättningens sjukdomar. Har tjänstgöringen under a) till en tid av minst 1 år fullgjorts vid dylik klinik, må här ifrågavarande tjänstgöring i stället fullgöras vid:

klinik för långvarigt kroppssjuka
lasarett för psykiatrisk vård
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
medicinsk poliklinik
medicinsk specialklinik[2]
neurologisk klinik
psykiatrisk klinik

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

kirurgisk klinik
klinik för långvarigt kroppssjuka
kliniskt laboratorium
kvinnoklinik
lasarett för psykiatrisk vård
medicinsk barnklinik
medicinsk-teoretisk institution
medicinsk klinik
medicinsk poliklinik
medicinsk specialklinik[2]
neurologisk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
psykiatrisk klinik
radioterapeutisk klinik
röntgenavdelning
röntgendiagnostisk avdelning

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

27. Ögonsjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid ögonklinik.

[1] Sökanden skall med intyg från överläkaren styrka, att sökanden under ifrågavarande tid i särskild omfattning handlagt fall av ämnesomsättningens sjukdomar.

[2] Se not på s. 316.

Randutbildning:

b) 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk eller neurologisk klinik; samt

c) 1 1/2 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

allergologisk klinik
hudklinik
kirurgisk klinik
medicinsk klinik
neurokirurgisk klinik
neurologisk klinik
psykiatrisk klinik
ögonklinik
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år:

anestesiavdelning
fysiologisk institution
kliniskt-neurofysiologiskt laboratorium
patologavdelning

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

28. Öron-, näs- och halssjukdomar

Grundutbildning:

a) 3 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik.

Randutbildning:

b) 1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik eller odelat lasarett; samt

c) 1 års tjänstgöring vid sjukhus (avdelning) av betydelse för specialiteten.

Av betydelse för specialiteten är tjänstgöring vid:

allergologisk klinik
anestesiavdelning
audiologisk avdelning
foniatrisk avdelning
hudklinik
infektionsklinik (epidemisjukhus)
kirurgisk barnklinik
kirurgisk klinik
lungklinik (sanatorium)
medicinsk barnklinik
medicinsk klinik
neurokirurgisk klinik
neurologisk klinik
odelat lasarett för somatisk vård
plastikkirurgisk klinik
radioterapeutisk klinik
röntgenavdelning
röntgendiagnostisk avdelning
öron-, näs- och halsklinik

Intill 1/2 år må fullgöras som tjänsteläkare i öppen vård.

BILAGA 5

Jämförande översikt över i Sverige nu föreslagna samt i Danmark, Finland och Norge gällande utbildningskrav i de skilda specialiteterna

Sverige	*Danmark*
Anestesiologi	**Anæstesiologi**
Huvudutbildning:	*Hoveduddannelse:*
3 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.	4 års ansættelse ved anæstesiologisk afdeling.
Sidoutbildning:	*Sideuddannelse:*
1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.	1 års ansættelse ved kirurgisk afdeling og 1 års ansættelse ved almen-medicinsk afdeling. Ansættelse ved farmakologisk, fysiologisk eller biokemisk institut kan erstatte indtil 6 måneder af sideuddannelsen.
	Nævnets[1] supplerende bemærkninger:
	I hoveduddannelsen må indgå tjeneste ved anæstesiologiske afdelinger, der betjener thoraxkirurgiske, neurokirurgiske og obstetriske patienter. Såvel den kirurgiske som den medicinske uddannelse bør ske i tidsmæssig kontinuitet og kan erhverves som led i almenuddannelsen.
	De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets anæstesiologiske afdelinger på Blegdamsvej og Tagensvej, idet ansættelsen skal omfatte tjeneste ved begge afdelinger, samt Århus kommunehospitals anæstesiologiske afdeling.
	Samtidig med ansættelsen i særlig kursusstilling ved de anæstesiologiske af-

[1] Specialistnämnden.

Finland

Anestesiologi

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid anestesiavdelning.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för invärtes sjukdomar eller vid avdelning där operationer utförs.

Norge

Anestesiologi

Hovedutdannelse:

4 års tjeneste ved anestesiavdeling.

Sideutdannelse:

1. 1/2 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved avdeling for kirurgi, indremedisin, lungesykdommer, barnesykdommer, øre-nese-halssykdommer, nevrologi, nevrokirurgi eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Barnaålderns invärtes sjukdomar eller pediatrik

Huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik och 1/2 års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

Danmark

delinger på Rigshospitalet skal deltagelse i kursus finde sted, indtil videre ved deltagelse i det af WHO arrangerede kursus i anæstesiologi i København, hvorimod der i tilknytning til anæstesiologisk afdeling ved Århus kommunehospital etableres et kursus, der følges samtidig med ansættelsen ved afdelingen.

Pædiatri eller børnesygdomme

Hoveduddannelse:

4 års ansættelse ved pædiatrisk afdeling.

Sideuddannelse:

1 år og 6 måneder, der skal omfatte 6 måneders børnepsykiatrisk uddannelse enten ved børnepsykiatrisk afdeling eller på børneinstitution under åndssvageforsorgen — subsidiært kursus i børnepsykiatri samt mindst 6 måneder ved to af følgende afdelinger: anæstesiologi, dermatologi, epidemiologi, almen eller specialiseret medicin, neuromedicin, oto-rhino-laryngologi samt klinisk kemi.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Indtil 6 måneder af sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen.
De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets børneafdeling, Dr. Louises børnehospital og børnehospitalet på Fuglebakken.
Det i bekendtgørelsens II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som et to-årigt centraliseret kursus, hvortil læger, der er eller har været ansat i kursusstilling ved en af de ovennævnte afdelinger, har adgang.

Finland

Barnsjukdomar

Huvudutbildning:

3—3½ år vid avdelning för barnsjukdomar.

Sidoutbildning:

1—½ år på någon annan bransch av den kliniska sjukvården.

Norge

Barnesykdommer

Hovedutdannelse:

3 års tjeneste ved medisinsk barneavdeling, derav minst 1 år som reservelege eller assistentlege.

Sideutdannelse:

1. ½ års tjeneste ved indremedisinsk avdeling.
2. ½ års tjeneste ved avdeling for indremedisin, barnepsykiatri, barnekirurgi, fødselshjelp, nevrologi, infeksjonsykdommer, øre-nese-halssykdommer, institusjon for profylaktisk eller sosial pediatri eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar eller dermatologi och venereologi

Huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid hudklinik.

Sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Danmark

Dermato-venerologi eller hud- og kønssygdomme

Hoveduddannelse:

4 års ansættelse ved dermato-venerologisk afdeling med ambulatorium eller 2 års ansættelse ved dermato-venerologisk afdeling med ambulatorium samt 2 års ansættelse enten ved dermatologisk afdeling med ambulatorium eller ved dermato-venerologisk ambulatorium.

Sideuddannelse:

1 års ansættelse ved almen-medicinsk afdeling, hvoraf 6 måneder kan erstattes med ansættelse ved epidemiologisk afdeling. Yderligere fordres kendskab til dermatologisk stråleterapi.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Kendskab til dermatologisk stråleterapi kan om nødvendigt dokumenteres ved deltagelse i godkendt kursus.

Der kan indtil videre dispenseres fra 1. reservelægekravet, såfremt hoveduddannelsen udstrækkes til 5 år.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets dermatologiske afdeling på Blegdamsvej og foreløbig for to år de dermatologiske afdelinger ved Københavns kommunehospital og Finsensinstitutet, idet ansættelsen skal finde sted efter opslag, hvoraf det fremgår, at ansættelsen omfatter 6 måneders tjeneste ved hver afdeling i kontinuitet.

Det i bekendtgørelsen II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som centraliseret kursus, der afholdes efter behov. Læger, der er eller har været ansat i kursusstillinger ved ovennævnte afdelinger, har adgang til dette.

Finland

Hud- och könssjukdomar

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid avdelning för hud- och könssjukdomar.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för arbetsmedicin, barnsjukdomar, epidemiska sjukdomar, invärtes sjukdomar, kirurgi, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, patologi eller radiologi.

Norge

Hud- og veneriske sykdommer

Hovedutdannelse:

3 års tjeneste ved hudavdeling.

Sideutdannelse:

1. 1/2 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved avdeling for terapeutisk radiologi, epidemi, psykiatri, barnesykdommer, indremedisin, ved laboratorium for mikrobiologi, serologi, allergologi, histologi, biokjemi, fysiologi eller ved annen medisinskteoretisk institusjon.

Sverige

Invärtes sjukdomar eller allmän internmedicin

Huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid medicinsk klinik — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk specialklinik eller klinik för långvarigt kroppssjuka.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik.

Danmark

Intern medicin

Hoveduddannelse:

5 års ansættelse ved medicinsk afdeling.

Sideuddannelse:

6 måneders ansættelse ved psykiatrisk eller pædiatrisk afdeling. 6 måneders ansættelse ved klinisk-kemisk eller klinisk-fysiologisk laboratorium samt 6 måneders ansættelse inden for et af følgende fag: anæstesiologi, dermatologi, epidemiske sygdomme, fysiurgi, neuromedicin, patologisk anatomi eller ved videnskabelig institution.

Nævnets supplerende bemærkninger:

6 måneder af sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen. Såfremt der etableres godkendt kursus i klinisk kemi, vil dette kunne erstatte sideuddannelsen i dette fag.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets medicinske afdelinger A, B og P. Københavns kommunehospitals medicinske afdelinger II, III og VII, Bispebjerg hospitals medicinske afdelinger B og C, de medicinske afdelinger B, C og F ved amtssygehusene i Gentofte og Glostrup, idet der på hver af disse etableres en særlig kursusstilling.

Århus kommunehospitals to medicinske afdelinger, hvor der etableres to kursusstillinger på hver afdeling.

Århus amtssygehus' medicinske afdelinger, hvor der etableres tre kursusstillinger, der indgår i en for afdelingerne fælles reservelægestab.

Det i bekendtgørelsen II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som centraliserede kurser i København og Århus.

Finland

Invärtes sjukdomar

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid avdelning för invärtes sjukdomar.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för kirurgi, klinisk fysiologi eller klinisk kemi. Minst 3 månader av denna tid bör dock tjänstgöras vid kirurgisk avdelning.

Norge

Indremedisin

Hovedutdannelse:

4 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved indremedisinsk avdeling.

Sideutdannelse:

1. 1 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved geriatrisk avdeling, epidemiavdeling, medisinsk poliklinikk, Rikshospitalet, eller ved indremedisinsk avdeling.
2. 1 års tjeneste ved klinisk avdeling utenom indremedisin eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Endokrina sjukdomar eller endokrinologi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid endokrinologisk klinik och 2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik.

Hjärtsjukdomar eller kardiologi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid kardiologisk klinik och 2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik.

Danmark

Cardiologi eller hjerte- og kredsløbssygdomme[1]

Hoveduddannelse:

2 års ansættelse ved afdeling, fuldt udspecialiseret i cardiologi. 3 års ansættelse ved almen-medicinsk afdeling.

Sideuddannelse:

6 måneders ansættelse ved psykiatrisk eller pædiatrisk afdeling, 6 måneders ansættelse ved klinisk-kemisk eller klinisk-fysiologisk laboratorium, samt 6 måneders tjeneste inden for et af følgende fag: anæstesiologi, epidemiske sygdomme, neuromedicin, patologisk anatomi, thoraxkirurgi eller ved videnskabelig institution.

Nævnets supplerende bemærkninger:

6 måneder af sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen. Den i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a nævnte tjeneste skal finde sted ved almen-medicinsk afdeling, der er udpeget som kursusafdeling, mens den i II, 3 c nævnte tjeneste skal finde sted ved en fuldt udspecialiseret cardiologisk afdeling. 1 år af hoveduddannelsen i cardiologi skal finde sted ved en cardiologisk afdeling med cardiologisk laboratorium, der indgår i et hospital, hvor der er faciliteter for angiocardiografi, og hvor

[1] Specialiteten anses vara grenspecialitet inom området för medicin.

Finland

Norge

Hjertesykdommer

Fastställda krav på utbildningen saknas.

Sverige	*Danmark*
	der endvidere findes thoraxkirurgisk afdeling, der driver hjertekirurgi, samt en pædiatrisk afdeling. Tjenesten skal være tilrettelagt således, at den omfatter såvel virksomhed ved afdelingens sengeafsnit som ved afdelingens cardiologiske laboratorium.
Akuta infektionssjukdomar *Huvudutbildning:* 3 års tjänstgöring vid infektionsklinik. *Sidoutbildning:* 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik och 1/2 års tjänstgöring vid klinisk-bakteriologiskt eller klinisk-virologiskt laboratorium.	
Lungsjukdomar eller pneumologi *Huvudutbildning:* 2 års tjänstgöring vid lungklinik och 2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik. *Sidoutbildning:* 1/2 års tjänstgöring vid röntgenavdelning eller röntgendiagnostisk avdelning.	**Medicinske lungesygdomme**[1] *Hoveduddannelse:* 2 års ansættelse ved afdeling fuldt udspecialiseret i medicinske lungesygdomme. 3 års ansættelse ved almen-medicinsk afdeling. *Sideuddannelse:* 6 måneders ansættelse ved psykiatrisk eller pædiatrisk afdeling. 6 måneders ansættelse ved klinisk-fysiologisk laboratorium samt 6 måneders ansættelse inden for et af følgende fag: anæstesiologi, dermatologi, epidemiske sygdomme, fysiurgi, neuromedicin, patologisk anatomi eller thoraxkirurgi. *Nævnets supplerende bemærkninger:* 6 måneder af sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen. Den i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a nævnte tjeneste skal finde sted på almen-medicinsk afdeling, der er udpeget som kursusafdeling, mens den i

[1] Specialiteten anses vara grenspecialitet nom området för medicin.

Finland

Lungsjukdomar

Huvudutbildning:

1. 2—2 1/2 år vid avdelning för lungsjukdomar.
2. 1 år vid avdelning för invärtes sjukdomar.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för invärtes sjukdomar, radiologi eller thoraxkirurgi.

Norge

Lungesykdommer

Hovedutdannelse:

1. 2 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling.
2. 2 års tjeneste ved lungeavdeling.

Sideutdannelse:

1. 1/2 års tjeneste ved røntgendiagnostikkavdeling eller diagnosestasjon.
2. 1 års tjeneste ved annen klinisk avdeling enn nevnt under *Hovedutdannelse* eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Matsmältningsorganens medicinska sjukdomar eller gastroenterologi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik och 2 års tjänstgöring vid avdelning av medicinsk klinik, där gastroenterologisk verksamhet bedrives i betydande omfattning och under ledning av läkare med specialistkompetens inom området.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik.

Medicinska njursjukdomar eller nefrologi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid medicinsk njurklinik och 2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid urologisk klinik.

Danmark

3 c nævnte tjeneste skal finde sted ved afdeling for medicinske lungesygdomme. 1 år af ansættelsen ved fuldt udspecialiseret lungemedicinsk afdeling skal finde sted på en sådan afdeling, hvortil er knyttet tuberkulosestation (diagnosestation). Tjenesten skal være tilrettelagt således, at den omfatter virksomhed såvel ved sengeafsnittet som ved stationen.

Der kræves dokumenteret kendskab til tuberkulosens epidemiologi, sædvanligvis opfyldt ved deltagelse i et godkendt kursus.

Nefrologi eller medicinske nyresygdomme[1]

Hoveduddannelse:

2 års ansættelse ved afdeling, fuldt udspecialiseret i nefrologi. 3 års ansættelse ved almen-medicinsk afdeling.

Sideuddannelse:

6 måneders ansættelse ved psykiatrisk eller pædiatrisk afdeling. 6 måneders ansættelse ved klinisk-kemisk eller klinisk-fysiologisk laboratorium samt 6 måneders ansættelse inden for et af følgende fag: anæstesiologi, epidemiske

[1] Specialiteten anses vara grenspecialitet inom området för medicin.

Finland

Norge

Fordøyelsessykdommer

Fastställda krav på utbildningen saknas.

Sverige	*Danmark*
	sygdomme, neuromedicin, patologisk anatomi, urologi eller ved videnskabelig institution. *Nævnets supplerende bemærkninger:* 6 måneder af sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen. Den i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a nævnte tjeneste skal finde sted ved almen-medicinsk afdeling, der er udpeget som kursusafdeling, medens den i II, 3 c nævnte tjeneste skal finde sted ved en fuldt udspecialiseret nefrologisk afdeling.
Reumatiska sjukdomar eller reumatologi *Huvudutbildning:* 2 års tjänstgöring vid reumatologisk klinik och 2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik. *Sidoutbildning:* 1/2 års tjänstgöring vid ortopedisk klinik eller ortopedisk-kirurgisk klinik.	
Kirurgiska sjukdomar eller allmän kirurgi *Huvudutbildning:* 4 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik — om frakturkirurgi ej bedrives vid kliniken skall 1 år fullgöras vid klinik där ortopedisk kirurgi utövas. *Sidoutbildning:* 1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.	**Kirurgi** *Hoveduddannelse:* 5 års ansættelse ved kirurgisk afdeling. *Sideuddannelse:* 1 års ansættelse ved anæstesiologisk, gynækologisk-obstetrisk, neurokirurgisk, ortopæd-kirurgisk, patologisk-anatomisk, plastikkirurgisk eller thoraxkirurgisk afdeling.

Finland

Reumatiska sjukdomar

Huvudutbildning:

1. 2—2 1/2 år vid avdelning för reumatiska sjukdomar.
2. 1 år vid avdelning för invärtes sjukdomar.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för fysikalisk terapi, kirurgi, neurologi, ortopedisk kirurgi eller psykiatri.

Kirurgiska sjukdomar

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid avdelning för kirurgiska sjukdomar.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för anestesi, barnsjukdomar, invärtes sjukdomar eller radiologi.

Norge

Revmatiske sykdommer

Hovedutdannelse:

1. 1 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved indremedisinsk avdeling.
2. 2 års tjeneste ved revmatismesykehus.

Sideutdannelse:

1. 1/2 års tjeneste ved nevrologisk avdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved ortopedisk avdeling, attføringsinstitutt, sosialmedisinsk avdeling, fysikalsk-medisinsk behandlingsavdeling eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Generell kirurgi

Hovedutdannelse:

5 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved generell kirurgisk avdeling.

Sideutdannelse:

1 års tjeneste ved sykehusavdeling utenom generell kirurgisk avdeling eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Barnkirurgi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid kirurgisk barnklinik och 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.

Danmark

Nævnets supplerende bemærkninger:

Ansættelse af under 6 måneders varighed kvalificerer i almindelighed ikke til hoved- eller sideuddannelse. Fortegnelse over udførte operationer, der dokumenterer ansøgerens kendskab til operativ teknik, kan blive forlangt.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger defineres som grupper af afdelinger bestående af indtil fire afdelinger. Varigheden af den i bekendtgørelsen II, 3 a omhandlede tjeneste fastsættes til to år.

Ansættelse skal ske i særlige stillinger efter opslag, hvoraf fremgår, at ansættelsen omfatter tjeneste i mindst 6 måneder i kontinuitet på hver af en gruppes afdelinger.

De afdelinger, der kan indgå i grupperingen, er: Rigshospitalets kirurgiske afdelinger C, D, thoraxkirurgisk afdeling R og ortopæd-kirurgisk afdeling U. Bispebjerg hospitals kirurgiske afdelinger A, D, F, M og thoraxkirurgiske afdeling. Københavns kommunehospitals kirurgiske afdelinger I, V og IX. Københavns amtssygehus i Gentofte, kirurgiske afdelinger D, H, R og S. Københavns amtssygehus i Glostrup, kirurgiske afdelinger A og D. Århus kommunehospitals kirurgiske afdelinger og thoraxkirurgisk afdeling. Århus amtssygehus' kirurgiske afdelinger.

Det i bekendtgørelsen II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som centraliserede kurser i København og Århus.

Finland *Norge*

Barnkirurgi

(Grenspecialitet till kirurgiska sjukdomar).

Barnekirurgi

Fastställda krav på utbildningen saknas.

Sverige

Handkirurgi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid handkirurgisk klinik och 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik, varav högst 1 år får fullgöras vid ortopedisk, ortopedisk-kirurgisk eller plastikkirurgisk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.

Neurokirurgi

Huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid neurokirurgisk klinik — högst 1/2 år får fullgöras vid neurologisk klinik — och 1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.

Danmark

Neurokirurgi eller kirurgiske nervesygdomme

Hoveduddannelse:

4 års ansættelse ved neurokirurgisk afdeling, hvoraf 2 år som 1. reservelæge.

Sideuddannelse:

1 års ansættelse ved neuromedicinsk afdeling, heraf kan 6 måneder erstattes med ansættelse på klinisk neurofysiologisk laboratorium, neurofysiologisk institut eller neuropatologisk afdeling, 1 års ansættelse ved kirurgisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Indtil 1 år af sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling og Århus kommunehospitals neurokirurgiske afdeling G.

Det i bekendtgørelsen II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som centraliseret kursus, der afholdes efter behov. Læger, der er eller har været ansat i kursusstillinger ved ovennævnte afdelinger, har adgang til dette.

Finland

Neurokirurgi

Huvudutbildning:

1. 3 år vid avdelning för neurokirurgi.
2. 1/2 år vid avdelning för neurologi.

Sidoutbildning:

1/2 år vid kirurgisk avdelning.

Norge

Neurokirurgi

Hovedutdannelse:

1. 1 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved kirurgisk avdeling.
2. 4 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved nevro-kirurgisk avdeling.

Sideutdannelse:

1. 1/2 års tjeneste ved nevrologisk avdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved nevrologisk avdeling, epilepsiavdeling, nevroradiologisk avdeling, institutt for nevroanatomi, nevrofysiologi, nevropatologi eller ved annen medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Ortopedisk kirurgi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid ortopedisk eller ortopedisk-kirurgisk klinik och 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik — minst 2 år av dessa tjänstgöringar skall fullgöras vid klinik, där frakturkirurgisk verksamhet bedrives.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.

Danmark

Ortopedisk kirurgi[1]

Hoveduddannelse:

3 års ansættelse ved ortopædisk eller ortopæd-kirurgisk afdeling og 3 års ansættelse ved kirurgisk afdeling.

Sideuddannelse:

6 måneders ansættelse ved neuro-kirurgisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Den i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a anførte tjeneste skal finde sted ved ortopædisk eller ortopæd-kirurgisk afdeling, der er udpeget som kursusafdeling. Såfremt ansættelsen ved kirurgisk afdeling ikke omfatter 1 års ansættelse som 1. reservelæge, kan fortegnelse over udførte operationer, der dokumenterer ansøgerens kendskab til operativ teknik, blive forlangt. Sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets ortopæd-kirurgiske afdeling, afdelingerne ved Ortopædisk hospital i København og Ortopædisk hospital i Århus.

Indtil videre kan den i bekendtgørelsen II, 3 c omtalte tjeneste finde sted på såvel ortopæd-kirurgisk afdeling som på kirurgisk afdeling.

Plastikkirurgi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid plastikkirurgisk klinik och 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik.

Plastikkirurgi[1]

Hoveduddannelse:

3 års ansættelse ved afdeling med plastikkirurgisk belæggning samt 2 års ansættelse ved almen-kirurgisk afdeling.

[1] Specialiteten anses vara grenspecialitet inom området för kirurgi.

Finland

Ortopedisk kirurgi

(Grenspecialitet till kirurgiska sjukdomar).

Norge

Ortopedisk kirurgi

Hovedutdannelse:

1. 2 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved kirurgisk avdeling.
2. 3 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved ortopedisk-kirurgisk avdeling.

Sideutdannelse:

1. ½ års tjeneste ved nevrologisk eller nevrokirurgisk avdeling.
2. ½ års tjeneste ved annen klinisk avdeling enn nevnt ovenfor, ved ortopedisk verksted eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Plastikkirurgi

(Grenspecialitet till kirurgiska sjukdomar).

Plastikkirurgi

Hovedutdannelse:

1. 2 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved kirurgisk avdeling.
2. 3 års tjeneste ved plastikkirurgisk avdeling.

Sverige	*Danmark*
Sidoutbildning: 1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.	*Sideuddannelse:* 1 års ansættelse ved brandsårsafdeling, afdeling for håndkirurgi, kæbekirurgisk, ortopæd-kirurgisk, oto-rhino-laryngologisk eller radioterapeutisk afdeling.
	Nævnets supplerende bemærkninger: Fortegnelse over udførte operationer, der dokumenterer ansøgerens kendskab til operativ teknik, kan blive forlangt. Indtil videre dispenseres fra kravet i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a. Dog skal hoveduddannelsen omfatte ansættelse ved to afdelinger inden for specialet. Den i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 c anførte tjeneste skal finde sted på plastikkirurgisk afdeling.
Thoraxkirurgi	**Thoraxkirurgi eller brysthulens kirurgiske sygdomme**[1]
Huvudutbildning: 3 års tjänstgöring vid thoraxkirurgisk klinik och 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik.	*Hoveduddannelse:* 3 års ansættelse ved thoraxkirurgisk afdeling. 2 års ansættelse ved almen-kirurgisk afdeling.
Sidoutbildning: 1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.	*Sideuddannelse:* 6 måneders ansættelse ved klinisk-fysiologisk laboratorium eller cardiologisk laboratorium. 6 måneders ansættelse ved anæstesiologisk, gynækologisk-obstetrisk, neurokirurgisk, ortopæd-kirurgisk, patologisk-anatomisk eller plastikkirurgisk afdeling.
	Nævnets supplerende bemærkninger: Den i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a og c anførte tjeneste skal finde sted på thoraxkirurgisk afdeling. For-

[1] Specialiteten anses vara grenspecialitet inom området för kirurgi.

Finland

Norge

Sideutdannelse:

1 års tjeneste ved avdeling for patologisk anatomi, patologisk fysiologi, anestesi-recovery, ortopedi, kreftkirurgi, øre-nese-halssykdommer, håndkirurgi, kjevekirurgi, hudsykdommer, nevrologi, psykiatri, eksperimentell kirurgi, barnekirurgi eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Thoraxkirurgi

(Grenspecialitet till kirurgiska sjukdomar).

Thoraxkirurgi

Fastställda krav på utbildningen saknas.

Sverige

Danmark

tegnelse over udførte operationer, der dokumenterer ansøgerens kendskab til operativ teknik, kan blive forlangt.
Indtil 6 måneder af sideuddannelsen kan erhverves ved ansættelse ved afdeling for medicinske lungesygdomme.
Ansættelse af under 6 måneders varighed kvalificerer i almindelighed ikke til hoved- eller sideuddannelsen.
De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets thoraxkirurgiske afdeling R, Rigshospitalets kirurgiske afdeling D og Århus kommunehospitals thoraxkirurgiske afdeling.

Urologisk kirurgi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid urologisk klinik och 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.

Urologi eller urinvejenes kirurgiske sygdomme[1]

Hoveduddannelse:

3 års ansættelse ved urologisk afdeling.
2 års ansættelse ved almen-kirurgisk afdeling.

Sideuddannelse:

6 måneders ansættelse ved nefrologisk afdeling eller ved afdeling med dialyseafsnit, således at tjenesten helt eller overvejende omfatter tjeneste ved dialyseafsnittet. 6 måneders ansættelse ved anæstesiologisk, gynækologisk-obstetrisk, neuro-kirurgisk, ortopæd-kirurgisk, patologisk-anatomisk, plastikkirurgisk eller thoraxkirurgisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Indtil 6 måneder af sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen.
Ansættelse af under 6 måneders varighed kvalificerer i almindelighed ikke til hoved- eller sideuddannelsen.
Indtil videre dispenseres fra den i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a

[1] Specialiteten anses vara grenspecialitet inom området för kirurgi.

Finland

Urologi

(Grenspecialitet till kirurgiska sjukdomar).

Norge

Urinveiskirurgi

Hovedutdannelse:

1. 2 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved kirurgisk avdeling.
2. 3 års tjeneste ved avdeling for urinveiskirurgi.

Sideutdannelse:

1 års tjeneste ved avdeling for indremedisin, patologi, barnesykdommer eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige	*Danmark*
	anførte tjeneste. Fortegnelse over udførte operationer, der dokumenterer ansøgerens kendskab til operativ teknik, kan blive forlangt. Den i bekendtgørelsen II, 3 c krævede uddannelse skal finde sted på urologisk afdeling.
Blodgruppsserologi och transfusionslära *Huvudutbildning:* 3 års tjänstgöring vid blodgivarcentral med särskild överläkare — högst 1 år får fullgöras vid laboratorium, där blodgruppsserologisk verksamhet bedrives i betydande omfattning och under ledning av läkare med specialistkompetens inom området.	**Klinisk blodtypeserologi** *Hoveduddannelse:* 4 års ansættelse ved selvstændig hospitalsblodbank. Heraf kan indtil 2 år erstattes med ansættelse ved blodtypeserologisk laboratorium uden for hospital, dog kan 1 år heraf erstattes med ansættelse ved klinisk-kemisk laboratorium eller klinisk-mikrobiologisk laboratorium eller genetisk universitetsinstitut.
Sidoutbildning: 1/2 års tjänstgöring vid klinisk-kemiskt laboratorium eller medicinsk-mikrobiologisk institution och 1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk eller medicinsk klinik.	*Sideuddannelse:* 1 år og 6 måneder, heraf mindst 6 måneder ved almen-medicinsk afdeling og mindst 6 måneder ved anæstesiafdeling. I øvrigt valgfrit inden for medicin, kirurgi og obstetrik. *Nævnets supplerende bemærkninger:* Indtil 6 måneder af sideuddannelsen kan erhverves som led i almenuddannelsen. De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: blodbankerne ved Rigshospitalet og Århus kommunehospital. Det i bekendtgørelsen II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som centraliseret kursus, der afholdes efter behov. Læger, der er eller har været ansat ved ovennævnte afdelinger, har adgang til kursus.
Klinisk bakteriologi *Huvudutbildning:* 4 års tjänstgöring vid klinisk-bakteriologiskt laboratorium — högst 1 år får	**Klinisk mikrobiologi** *Hoveduddannelse:* 5 års ansættelse ved klinisk-bakteriologisk hospitalslaboratorium, mikrobiolo-

Finland

Norge

Immunhematologi

Hovedutdannelse:

4 års tjeneste ved laboratorium for immunhematologi.

Sideutdannelse:

1 års tjeneste ved laboratorium for biokjemi eller klinisk kjemi, human genetikk, medisinsk mikrobiologi, patologi, immunologi, hematologi eller ved annen medisinsk-teoretisk institusjon.

Klinisk mikrobiologi

Huvudutbildning:

1. 3—3 1/2 år vid mikrobiologisk institution eller avdelning. Av denna tid

Medisinsk mikrobiologi

Hovedutdannelse:

4 års tjeneste ved laboratorium for medisinsk mikrobiologi.

Sverige	*Danmark*
fullgöras vid medicinsk-mikrobiologisk institution.	gisk afdeling på statens seruminstitut samt på universiteternes institut for almindelig patologi og bakteriologi. Mindst 2 år heraf skal omfatte ansættelse på klinisk-bakteriologisk hospitalslaboratorium og mindst 2 år ved mikrobiologiske afdelinger på statens seruminstitut.
Sidoutbildning:	*Sideuddannelse:*
1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik.	6 måneders ansættelse ved epidemiologisk afdeling på Blegdamshospitalet, Odense amts og bys sygehus eller Marseliborg hospital og 6 måneders ansættelse ved en af følgende afdelinger: afdeling for behandling af brandsår, dialyseafdeling, dermatologisk afdeling, afdeling for medicinske lungesygdomme eller thoraxkirurgisk afdeling.
	Nævnets supplerende bemærkninger:
	Indtil videre dispenseres fra kravet i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a. Ansættelse ved statens seruminstitut skal ske i særlige stillinger, der omfatter tjeneste i fastsatte tidsrum ved bestemte afdelinger i sammenlagt 2 år. Indtil 6 måneder af sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen.
Klinisk fysiologi	**Klinisk fysiologi**
Huvudutbildning:	*Hoveduddannelse:*
4 års tjänstgöring vid klinisk-fysiologiskt laboratorium — högst 1 år får full-	2 års ansættelse ved klinisk-fysiologisk laboratorium og 2 års ansættelse ved fy-

Finland

bör dock 1 år utgöras av tjänstgöring vid avdelning för klinisk mikrobiologi.

2. Tjänstgöring vid universitetsinstitutioner för biokemi, farmakologi, fysiologi, medicinsk kemi eller radiokemi kan ersätta högst 1 år av den i punkt 1 nämnda utbildningen. Härvid bör minst 2 år av huvudutbildningen fullgöras på avdelning för klinisk mikrobiologi.
3. Filosofiekandidat- eller agronomie- och forstkandidatexamen med biokemi eller mikrobiologi som huvudämne ersätter högst 1 år av den i punkt 1 nämnda utbildningen. Härvid bör minst 2 år av huvudutbildningen fullgöras vid avdelning för klinisk mikrobiologi.

Sidoutbildning:

1—½ år vid avdelning för klinisk fysiologi, klinisk kemi, klinisk farmakologi eller patologi eller vid en vetenskaplig eller praktisk laboratorieinstitution som godkänts av specialitetskommissionen.

Norge

Sideutdannelse:

1 års tjeneste ved avdeling for infeksjonssykdommer, ved laboratorium for biokjemi eller klinisk kjemi, generell mikrobiologi, agrarmikrobiologi, veterinærmikrobiologi, eller næringsmiddelmikrobiologi, immunhematologi, patologi eller ved annen medisinsk-teoretisk institusjon.

Klinisk fysiologi

Huvudutbildning:

1. 3—3½ år vid avdelning för klinisk fysiologi.

Klinisk fysiologi

Fastställda krav på utbildningen saknas.

Sverige

göras vid medicinsk-fysiologisk institution.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Danmark

siologisk universitetsinstitut. Uddannelsen skal omfatte mindst to områder af den kliniske fysiologi.

Sideuddannelse:

2 års ansættelse ved almen-medicinsk eller specialiseret medicinsk afdeling. Heraf kan 1 år erstattes med ansættelse ved klinisk-kemisk hospitalslaboratorium eller anæstesiologisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Ansættelse ved klinisk fysiologisk laboratorium kan helt eller delvis erstattes med ansættelse på specialiseret medicinsk afdelings laboratorium efter specialistnævnets nærmere bestemmelse.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: de klinisk-fysiologiske laboratorier ved Bispebjerg hospital og Københavns amtssygehus i Glostrup.

Det i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede undervisningsprogram kan indbefatte deltagelse i kurser afholdt uden for afdelingerne i den periode ansættelsen i særlig kursusstilling varer.

Finland

2. Tjänstgöring vid universitetsinstitution för fysiologi kan ersätta högst 2 år av den i punkt 1 nämnda utbildningen.
3. Tjänstgöring vid universitetsinstitution för medicinsk kemi, medicinsk mikrobiologi, neurofysiologi, farmakologi, biokemi eller radiokemi kan ersätta högst 1 år av den i punkt 1 nämnda huvudutbildningen. Härvid bör minst 2 år av huvudutbildningen utföras vid avdelning för klinisk fysiologi.
4. Filosofiekandidatexamen med kemi, biokemi, fysik eller djurfysiologi som huvudämne ersätter högst 1 år av den i punkt 1 nämnda utbildningen. Härvid bör minst 2 år av huvudutbildningen utföras vid avdelning för klinisk fysiologi.

Sidoutbildning:

1—½ år vid avdelning för klinisk farmakologi, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, klinisk neurofysiologi eller patologi eller vid vetenskapliga eller praktiska laboratorieinstitutioner, vilka godkänts av specialitetskommissionen.

Norge

Sverige

Klinisk kemi

Huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-kemiskt laboratorium — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-kemisk institution.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.

Danmark

Klinisk kemi

Hoveduddannelse:

4 års ansættelse ved mindst to kliniskkemiske laboratorier, ledet af specialæge i klinisk kemi, 1 års ansættelse ved klinisk-fysiologisk, klinisk-serologisk, klinisk-mikrobiologisk eller dertil svarende klinisk laboratorium eller ved biokemisk eller fysiologisk universitetslaboratorium eller dertil svarende institution.

Sideuddannelse:

1 års ansættelse ved almen-medicinsk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Hoveduddannelsen kan kun opnås ved heldagsansættelse. Maksimalt 6 måneder af hoveduddannelsen kan erstattes ved deltagelse i godkendte kurser i klinisk

Finland

Klinisk kemi

Huvudutbildning:

1. 3—3 1/2 år vid avdelning för klinisk kemi.
2. Tjänstgöring vid universitetsinstitution för medicinsk kemi kan ersätta högst 2 år av den i punkt 1 nämnda utbildningen.
3. Tjänstgöringen vid universitetsinstitution för farmakologi, fysiologi, medicinsk mikrobiologi eller radiokemi kan ersätta högst 1 år av den i punkt 1 nämnda utbildningen. Härvid bör minst 2 år av huvudutbildningen utföras vid avdelning för klinisk kemi.
4. Filosofiekandidatexamen med biokemi, fysik, kemi eller radiokemi som huvudämne ersätter högst 1 år av specialutbildningen. Även härvid bör minst 2 år av huvudutbildningen utföras i kliniskt laboratorium vid sjukhus.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för klinisk fysiologi, klinisk farmakologi, klinisk mikrobiologi eller patologi eller vid medicinsk eller praktisk laboratorieinstitution, vilken godkänts av specialitetskommissionen.

Norge

Klinisk kjemi

Hovedutdannelse:

2 års tjeneste ved klinisk-kjemisk sentrallaboratorium.

Sideutdannelse:

1. 1 års tjeneste ved medisinsk, kirurgisk, pediatrisk eller anestesiavdeling ved sykehus med eget sentrallaboratorium.
2. 2 års utdannelse ved medisinsk-teoretisk eller kjemisk-teoretisk institusjon. Inntil 1 år av denne tjeneste kan erstattes av tjeneste ved kliniskkjemisk sentrallaboratorium. Minst 1/2 år av den samlede tjeneste skal være avtjent ved laboratorium/avdeling hvor det foregår radioisotopundersøkelser og/eller isotopbehandling. Disse regler trer i kraft for søkere etter 1. januar 1970.

Sverige

Danmark

kemi, biokemi, fysiologi, klinisk serologi og klinisk mikrobiologi. Denne undtagelse omfatter ikke de minimale krav i bekendtgørelsen om speciallæger, II, 3 a og c.
Sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen.
De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets centrallaboratorier på Blegdamsvej og Tagensvej, idet ansættelsen skal omfatte tjeneste begge steder og Århus kommunehospitals centrallaboratorium.
Det i bekendtgørelsen II, 3 a omhandlede undervisningsprogram kan indbefatte deltagelse i kurser afholdt uden for afdelingerne i den periode ansættelsen i en særlig kursusstilling varer.

Klinisk neurofysiologi

Huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-neurofysiologiskt laboratorium — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-neurofysiologisk institution eller vid medicinsk-fysiologisk institution, där omfattande neurofysiologisk verksamhet bedrives.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik.

Klinisk neurofysiologi

Hoveduddannelse:

3 års ansættelse ved klinisk neurofysiologisk laboratorium, hvoraf 1 år kan erstattes af ansættelse på neurofysiologisk institut.

Sideuddannelse:

1 år og 6 måneders ansættelse ved neuromedicinsk afdeling og 6 måneders ansættelse ved neurokirurgisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Indtil videre dispenseres fra kravet i bekendtgørelsen om speciallæger, II, 3 a.
Som uddannelsesteder anerkendes til hoveduddannelsen kun klinisk-neurofysiologiske laboratorier ledet af en speciallæge i faget.
Indtil videre kan 6 måneder af hoveduddannelsen erstattes af 1 års ansættelse ved kolonien Filadelfias epileptikerafdeling, hvis det kan dokumenteres, at ansøgerens virksomhed har omfattet klinisk-neurofysiologisk arbejde.

Finland

Klinisk neurofysiologi

Huvudutbildning:

1. 2—2 1/2 år vid avdelning för klinisk neurofysiologi.
2. 1 år vid avdelning för neurofysiologi vid universitets fysiologiska institution.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för neurologi.

Norge

Klinisk nevrofysiologi

Hovedutdannelse:

4 års tjeneste ved klinisk nevrofysiologisk laboratorium. Inntil 1/2 år av denne tjeneste kan erstattes av tjeneste ved nevrofysiologisk institutt.

Sideutdannelse:

1 års tjeneste ved nevrologisk avdeling, hvorav 1/2 år kan erstattes av tjeneste ved nevrokirurgisk eller psykiatrisk avdeling.

Reglene trer i kraft for søkere etter 1. januar 1970.

Sverige	*Danmark*
Klinisk patologi	**Patologisk anatomi og histologi eller vaevsundersøgelse**
Huvudutbildning:	*Hoveduddannelse:*
4 års tjänstgöring vid patologavdelning eller patologisk institution, varav minst 1 år skall fullgöras vid patologavdelning — högst 1 år får fullgöras vid rättsläkarstation eller patologisk specialavdelning.	5 års ansættelse ved patologisk-anatomisk institut tilknyttet et sygehus.
Sidoutbildning:	*Sideuddannelse:*
1/2 års tjänstgöring vid medicinsk eller kirurgisk klinik.	Ingen.
	Nævnets supplerende bemærkninger:
	Tjenesten skal omfatte såvel sektionsarbejde som patohistologisk diagnostik, herunder frysemikroskopi, cytologi og hæmatologisk histologi.
	De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: de patologiske institutter ved Rigshospitalet og Århus kommunehospital.
	Det i bekendtgørelsens II, 3 a omhandlede undervisningsprogram kan indbefatte deltagelse i kurser afholdt uden for afdelingerne i den periode ansættelsen i en særlig kursusstilling varer og om nødvendigt i det nærmest følgende år.
Klinisk virologi	
Huvudutbildning:	
4 års tjänstgöring vid klinisk-virologiskt laboratorium — högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-mikrobiologisk institution.	
Sidoutbildning:	
1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik.	

Finland

Patologi

Huvudutbildning:

1. 3—3 1/2 år vid patologisk avdelning.
2. Högst 1 år av den ovan i punkt 1 nämnda utbildningen kan ersättas med tjänstgöring vid institution för experimentell patologi.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid klinisk avdelning eller laboratorium eller universitets teoretiska institution, dock inte på samma bransch.

Norge

Patologi

Hovedutdannelse:

4 års tjeneste ved avdeling (laboratorium/institutt) for patologi, derav minst 2 års tjeneste ved avdeling for biopsi og cytologisk diagnostikk og 1 års tjeneste ved avdeling for autopsi.

Sideutdannelse:

1 års tjeneste ved avdeling for nevropatologi, rettsmedisin, normalanatomi (med histologi), histokjemi, elektronmikroskopi, mikrobiologi, serologi, fysiologi, biokjemi, human genetikk eller ved annen medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Kvinnosjukdomar och förlossningar eller gynekologi och obstetrik

Huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid kvinnoklinik — högst 1/2 år får fullgöras vid gynekologisk avdelning av radioterapeutisk klinik.

Sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och 1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.

Danmark

Gynækologi og obstetrik eller kvindesygdomme og fødselshjelp

Hoveduddannelse:

4 års ansættelse ved gynækologisk-obstetrisk afdeling eller 2 års ansættelse ved gynækologisk afdeling samt 2 års ansættelse ved obstetrisk afdeling.

Sideuddannelse:

2 års ansættelse ved almen-kirurgisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Såfremt uddannelsen finder sted ved rent gynækologisk og rent obstetrisk afdeling, skal ansøgeren have været ansat som 1. reservelæge ved såvel gynækologisk som ved obstetrisk afdeling. Til dokumentation af ansøgerens kendskab til operativ teknik kan fortegnelse over operationer udført under sideuddannelsen blive forlangt.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a, omhandlede afdelinger er: Fødselsstiftelsen i København, afdeling A, i samarbejde med Frederiksbergs hospitals gynækologisk-obstetriske afdeling, Fødselsstiftelsen i København, afdeling B, i samarbejde med Øresundshospitalets gynækologisk-obstetriske afdeling, samt Sct. Josephs hospital, København, obstetrisk afdeling, i samarbejde med Bispebjerg hospitals gynækologiske afdeling.

Ansættelsen skal finde sted efter opslag, hvoraf fremgår, at den omfatter 1 års tjeneste på hver af afdelingerne i kontinuitet.

Det i bekendtgørelsen II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som et centraliseret kursus strækkende sig over 2 år.

Finland

Kvinnosjukdomar och förlossningar

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid avdelning för kvinnosjukdomar och förlossningar.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid kirurgisk avdelning. Den tid som överstiger 1/2 år kan ersättas med utbildning vid avdelning för anestesiologi, barnsjukdomar eller invärtes sjukdomar.

Norge

Fødelshjelp og kvinnesykdommer

Hovedutdannelse:

4 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved gynekologisk-obstetrisisk avdeling. Inntil 1/2 år av denne tjeneste kan erstattes av tjeneste ved spesialavdeling for behandling av gynekologisk cancer.

Sideutdannelse:

1. 1 års reservelege- eller assistentlegetjeneste ved kirurgisk avdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved annen klinisk avdeling eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Nervsjukdomar eller neurologi

Huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid neurologisk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik och 1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik.

Danmark

Neuromedicin eller medicinske nervesygdomme

Hoveduddannelse:

3 års ansættelse ved neuromedicinsk afdeling.

Sideuddannelse:

1 års ansættelse ved neurokirurgisk afdeling, 6 måneder ved almen-medicinsk afdeling samt 1 år ved psykiatrisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Indtil 6 måneder af sideuddannelsen i psykiatri kan finde sted som led i almenuddannelsen.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets neuromedicinske afdeling og den af professoren i neurologi ledede afdeling ved Århus kommunehospital.

Det i bekendtgørelsens II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som centraliseret kursus, der afholdes efter behov. Læger, der er eller har været ansat i kursusstillinger ved ovennævnte afdelinger, har adgang til dette.

Finland

Neurologi

Huvudutbildning:

1. 3—3 1/2 år vid neurologisk avdelning.
2. Av den i punkt 1 nämnda utbildningen kan högst 1/2 år ersättas med tjänstgöring vid avdelning för neurokirurgi och högst 1/2 år med tjänstgöring vid avdelning för klinisk neurofysiologi.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för invärtes sjukdomar eller psykiatri, dock minst 1/2 år vid avdelning för invärtes sjukdomar.

Norge

Nevrologi

Hovedutdannelse:

3 års tjeneste ved nevrologisk avdeling.

Sideutdannelse:

1. 1 års tjeneste ved psykiatrisk sykehus eller psykiatrisk klinikkavdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved nevrokirurgisk avdeling.
3. 1/2 års tjeneste ved avdeling/institutt for nevrokirurgi, epilepsi, nevroanatomi, nevrofysiologi, nevropatologi, revmatologi, fysikalsk medisin eller ved annen medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Psykiska sjukdomar eller allmän psykiatri

Huvudutbildning:

3½ års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik — högst ½ år får fullgöras vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

Sidoutbildning:

½ års tjänstgöring vid medicinsk klinik och ½ års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik.

Danmark

Psykiatri

Hoveduddannelse:

4 års ansættelse ved psykiatrisk afdeling.

Sideuddannelse:

1 års ansættelse ved neuromedicinsk afdeling, hvoraf 6 måneder kan erstattes af ansættelse ved neurokirurgisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Hoveduddannelsen skal omfatte ansættelse ved afdelinger med såvel korttids som langtids behandling af sindslidelser hos såvel kvinder som mænd.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: de psykiatriske afdelinger ved Rigshospitalet på Blegdamsvej, Københavns kommunehospital, Bispebjerg hospital og Frederiksberg hospital samt de psykiatriske sengeafdelinger ved Statshospitalerne i Glostrup og ved Århus, idet mands- og kvindeafdelinger hver for sig regnes som en afdeling.

Det i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som centraliserede kurser, hvortil læger, der er eller har været ansat i særlige kursusstillinger, har adgang.

Indtil 1 år af hoveduddannelsen, dog ikke den under pkt. 3 a, b og c nævnte uddannelse, vil kunne finde sted på børnepsykiatriske afdelinger, klassificerede i gruppe 3 a eller 3 b.

Finland

Psykiatri

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid psykiatrisk avdelning.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för neurologi, barnpsykiatri eller invärtes sjukdomar, av vilken tid dock minst 1/2 år vid neurologisk avdelning.

Norge

Psykiatri

Hovedutdannelse:

1. 2 års tjeneste ved psykiatrisk sykehus.
2. 2 års tjeneste ved psykiatrisk klinikkavdeling. Tjenesten forutsettes utført slik at den omfatter behandling så vel av kvinnelige som mannlige pasienter (minimum 1 år ved manns-, respektive kvinneavdeling, eller blandet avdeling).

Sideutdannelse:

1 års tjeneste ved avdeling for indremedisin, nevrologi, barne- eller ungdomspsykiatri, andre psykiatriske institusjoner, sosialmedisinske institusjoner (attføringsinstitutter m.v.) eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Barn- och ungdomspsykiatri

Huvudutbildning:

2½ års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik och 1 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik.

Sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik.

Danmark

Børnepsykiatri

Hoveduddannelse:

3 års ansættelse ved børnepsykiatrisk sygehusafdeling.

Sideuddannelse:

2 års ansættelse ved psykiatrisk afdeling, 1 års ansættelse ved pædiatrisk afdeling og 6 måneders ansættelse ved neuromedicinsk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Indtil videre dispenseres fra det i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a fastsatte krav om ansættelse, dog skal hoveduddannelsen omfatte ansættelse ved to afdelinger inden for specialet. Indtil 6 måneder af den pædiatriske uddannelse kan erhverves ved ansættelse på børneafdeling under åndssvageforsorgen. Indtil 1 år af sideuddannelsen kan finde sted som led i almenuddannelsen.

I stedet for det i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges et centraliseret kursus, der afholdes efter behov, og således at læger ansat ved de børnepsykiatriske afdelinger på Rigshospitalet, Bispebjerg hospital og statshospitalerne i Glostrup og ved Århus samt læger, der tidligere har været ansat ved disse afdelinger, har adgang til dette.

Finland

Barnpsykiatri

Huvudutbildning:

1. 2 1/2—3 år vid avdelning för barnpsykiatri.
2. 1—1/2 år vid avdelning för psykiatri eller 1/2 år vid avdelning för psykiatri och 1/2 år vid avdelning för neurologi.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för barnsjukdomar.

Norge

Barnepsykiatri

Hovedutdannelse:

3 års tjeneste ved institusjon for barne- og ungdomspsykiatri, derav 2 år i arbeid med barn og 1 år med ungdom, 1 år av tjenesten må være utført ved sykehusavdeling og 1 år ved poliklinikk.

Sideutdannelse:

1. 1 års tjeneste ved psykiatrisk klinikk for voksne.
2. 1/2 års tjeneste ved pediatrisk avdeling.
3. 1 års tjeneste ved sentralinstitusjon for åndssvake, nevrologisk avdeling, epilepsiavdeling, godkjent helsestasjon for mor og barn, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, psykiatrisk klinikk for voksne, pediatrisk avdeling, psykiatrisk sykehus, observasjonsavdelingen ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri eller medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Rättspsykiatri

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid rättspsykiatrisk klinik eller station och 1 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, 1/2 års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik och 1/2 års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

Röntgendiagnostik

Huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid röntgenavdelning eller röntgendiagnostisk avdelning.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk eller kirurgisk klinik.

Danmark

Diagnostisk radiologi eller røntgenundersøgelse

Hoveduddannelse:

3 års ansættelse ved diagnostisk eller blandet diagnostisk-terapeutisk afdeling.

Sideuddannelse:

6 måneders ansættelse ved almen-medicinsk afdeling og 6 måneders ansættelse ved almen-kirurgisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets røntgenafdelinger på Blegdamsvej og Tagensvej, røntgenafdelingerne på Bispebjerg hospital, røntgendiagnostikafdelingerne på Århus kommunehospital, idet ansættelse på hver af disse hospitaler skal finde sted efter opslag hvoraf det fremgår, at ansættelsen omfatter tjeneste på begge afdelinger, samt Københavns kommunehospitals røntgenafdeling.

Det i bekendtgørelsen omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges i tilknytning til Århus kommunehospital og som centraliseret kursus i København.

Finland

Radiologi

Huvudutbildning:

1. 2 1/2—3 år vid röntgendiagnostisk avdelning.
2. 1/2 år vid avdelning för radioterapi.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för barnsjukdomar, invärtes sjukdomar, lungsjukdomar, kirurgi eller patologi.

Norge

Medisinsk radiologi

Hovedutdannelse:

4 års tjeneste ved radiologisk avdeling, hvorav minst 3 år ved avdeling med røntgendiagnostikk og minst 1/2 år ved terapiavdeling.

Sideutdannelse:

1. 1/2 års tjeneste ved indremedisinsk eller kirurgisk avdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved klinisk avdeling, avdeling for patologi eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Allmän radioterapi

Huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid allmän avdelning av radioterapeutisk klinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, 1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och 1/2 års tjänstgöring vid röntgenavdelning eller röntgendiagnostisk avdelning.

Gynekologisk radioterapi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik, varav 1 1/2 år vid gynekologisk avdelning och 1/2 år vid allmän avdelning, och 2 års tjänstgöring vid kvinnoklinik.

Sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik.

Danmark

Terapeutisk radiologi eller strålebehandling

Hoveduddannelse:

3 års ansættelse ved radioterapeutisk afdeling, heraf 2 år ved radiumstation.

Sideuddannelse:

6 måneders ansættelse ved almen-medicinsk og 6 måneder ved kirurgisk eller gynækologisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Der kræves dokumenteret kendskab til isotopteknik.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Radiumstationerne i København og Århus.

Det i bekendtgørelsen om speciallæger, II, 3 a, omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges således, at kursus strækker sig over indtil 3 år. Læger, der er eller har været ansat ved ovennævnte afdelinger, har adgang til sådanne kurser.

Finland

Radioterapi

Huvudutbildning:

1. 2 1/2—3 år vid avdelning för radioterapi.
2. 1/2 år vid avdelning för radiologi.

Sidoutbildning:

1 1/2 år vid avdelning för invärtes sjukdomar, kirurgi eller patologi.

Gynekologisk radioterapi

(Grenspecialitet till kvinnosjukdomar och förlossningar).

Norge

Terapeutisk radiologi

Hovedutdannelse:

1. 3 1/2 års tjeneste ved terapiavdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved diagnostikkavdeling.

Sideutdannelse:

1. 1/2 års tjeneste ved indremedisinsk eller kirurgisk avdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved klinisk avdeling, avdeling for patologi eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige	*Danmark*
Ögonsjukdomar eller oftalmologi	**Oftalmologi eller øjensygdomme**
Huvudutbildning: 3 1/2 års tjänstgöring vid ögonklinik.	*Hoveduddannelse:* 3 års ansættelse ved øjenafdeling.
Sidoutbildning: 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik.	*Sideuddannelse:* 6 måneders ansættelse ved neuromedicinsk eller neurokirurgisk afdeling, 6 måneders ansættelse fortrinsvis ved almen-medicinsk afdeling.
	Nævnets supplerende bemærkninger: Der kan indtil videre dispenseres fra 1. reservelægekravet, såfremt hoveduddannelsen udstrækkes til 4 år. De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets øjenafdelinger på Blegdamsvej og Tagensvej, Københavns kommunehospitals øjenafdeling samt Odense amts og bys sygehus' øjenafdeling. Det i bekendtgørelsen II, 3 a omhandlede undervisningsprogram tilrettelægges som centraliseret kursus, der afholdes efter behov. Læger, der er eller har været ansat på en øjenafdeling, har adgang til dette.
Öron-, näs- och halssjukdomar eller oto-rhino-laryngologi	**Oto-rhino-laryngologi eller øre-næse-halssygdomme**
Huvudutbildning: 3 1/2 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik — högst 1/2 år får fullgöras vid audiologisk avdelning.	*Hoveduddannelse:* 3 års ansættelse ved oto-rhino-laryngologisk afdeling. I hoveduddannelsen skal indgå 3 måneders audiologisk heldagsuddannelse.
Sidoutbildning: 1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och 1/2 års tjänstgöring vid anestesiavdelning.	*Sideuddannelse:* 1 års ansættelse ved kirurgisk afdeling. Heraf kan 6 måneder erstattes af ansættelse på neuro- eller thoraxkirurgisk afdeling.

Finland

Ögonsjukdomar

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid avdelning för ögonsjukdomar.

Sidoutbildning:

1—1/2 år inom någon annan klinisk bransch av sjukvården.

Norge

Øyesykdommer

Hovedutdannelse:

3 års tjeneste ved øyeavdeling, derav minst 2 år som reservelege eller assistentlege.

Sideutdannelse:

1. 1/2 års tjeneste ved nevrologisk eller nevrokirurgisk avdeling.
2. 1 års tjeneste ved klinisk avdeling (dog ikke øyeavdeling) eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Öron-, näs- och strupsjukdomar

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid avdelning för öron-, näs- och strupsjukdomar.

Sidoutbildning:

1—1 1/2 år vid avdelning för anestesi, barnkirurgi, barnsjukdomar, kirurgi, käkkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi eller thoraxkirurgi.

Øre-nese-halssykdommer

Hovedutdannelse:

3 års tjeneste ved øre-nese-halsavdeling, derav minst 2 år som reservelege eller assistentlege.

Sideutdannelse:

1. 1 års tjeneste ved kirurgisk avdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved avdeling for audiologi, indremedisin, lungesykdommer, nevrologi, pediatri, epidemiologi, nevrokirurgi, allergologi, anestesiologi, radiologi, foniatri, plastikkirurgi, endokrinologi eller ved medisinsk-teoretisk institusjon.

Sverige

Danmark

Nævnets supplerende bemærkninger:

Ansættelse ved kirurgisk afdeling kan erstattes af ansættelse på blandet medicinsk-kirurgisk sygehus med overvejende kirurgisk belæggning.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets øreafdeling på Blegdamsvej og øreafdelingen ved Århus kommunehospital.

Hörselrubbningar eller audiologi

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid audiologisk avdelning och 2 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

Röst- och talrubbningar eller foniatri

Huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid foniatrisk avdelning och 1 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik.

Sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid audiologisk avdelning, 1/2 års tjänstgöring vid neurologisk klinik och 1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

Fysiurgi

Hoveduddannelse:

3 års ansættelse ved fysiurgisk afdeling. Uddannelsen skal omfatte ansættelse ved revalideringsafdeling.

Finland

Norge

Röst- och talrubbningar

Huvudutbildning:

1. 2—2 1/2 år vid avdelning för röst- och talrubbningar.
2. 1 år vid avdelning för öron-, näs- och strupsjukdomar.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för barnpsykiatri, neurologi eller psykiatri.

Fysikalisk terapi

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid avdelning för fysikalisk terapi.

Fysikalsk medisin

Hovedutdannelse:

1. 1 års tjeneste ved fysiologisk laboratorium eller institutt.
2. 1 1/2 års tjeneste ved sykehusavdeling med hovedsaklig fysikalsk behandlingsavdeling.

Sverige

Danmark

Sideuddannelse:

1 års ansættelse ved almen-medicinsk afdeling. 6 måneders ansættelse ved ortopædisk eller ortopæd-kirurgisk afdeling og 6 måneders ansættelse ved neuromedicinsk eller neurokirurgisk afdeling.

Nævnets supplerende bemærkninger:

Ved revalideringsafdeling forstås indtil videre fysiurgisk afdeling med revalideringsvirksomhed eller arbejdsklinik. Ansættelse ved arbejdsklinik kan ikke finde sted samtidig med ansættelse på fysiurgisk afdeling og kan ikke tælle som hoveduddannelse.

De i bekendtgørelsen om speciallæger II, 3 a omhandlede afdelinger er: Rigshospitalets fysiurgiske afdelinger på Blegdamsvej og Tagensvej samt Frederiksberg hospitals fysiurgiske afdeling, idet ansættelse skal finde sted efter opslag, hvoraf det fremgår, at tjenesten omfatter 6 måneders tjeneste ved hvert hospital i kontinuitet, endvidere Københavns kommunehospitals fysiurgiske afdeling.

Finland

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för barn-, invärtes-, kirurgiska, neurologiska eller reumatiska sjukdomar.

Norge

3. 1 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling.

Sideutdannelse:

1. 1/2 års tjeneste ved nevrologisk eller nevrokirurgisk avdeling.
2. 1/2 års tjeneste ved skadekirurgisk/ortopedisk-kirurgisk avdeling.
3. 1/2 års tjeneste ved revmatologisk avdeling.

Arbetsmedicin

Huvudutbildning:

1. 3 år vid avdelning för arbetsmedicin.
2. Av den i punkt 1 nämnda utbildningen kan högst 1 år ersättas genom tjänstgöring vid avdelning för invärtes sjukdomar eller vid socialmedicinsk eller hygienisk institution, av vilken tid dock minst 1/2 år vid avdelning för invärtes sjukdomar.

Sidoutbildning:

1. 1/2 år som arbetsplatsläkare.
2. 1/2 år vid avdelning för hudsjukdomar, invärtes sjukdomar, kirurgi, kvinnosjukdomar eller lungsjukdomar.

Yrkessykdommer

Fastställda krav på utbildningen saknas.

Sverige *Danmark*

Tropemedicin

Uddannelsekravene er ikke fastlagt.

Finland

Käkkirurgi

Huvudutbildning:

1. 2 år vid avdelning för käkkirurgi.
2. 1 år vid avdelning för kirurgi eller öron-, näs- och strupsjukdomar.

Sidoutbildning:

1/2 år vid avdelning för öron-, näs- och strupsjukdomar och 1/2 år vid avdelning för traumatologisk kirurgi.
Den som har för avsikt att bli specialist i käkkirurgi kan ersätta den allmänna utbildningen med odontologielicentiatexamen.

Barnneurologi

(Grenspecialitet till barnsjukdomar samt neurologiska sjukdomar).

Av en specialist i barnsjukdomar fordras:
ett års utbildning i neurologi och
ett års utbildning i barnneurologi
Av en specialist i neurologi fordras:
ett års utbildning i barnsjukdomar och ett års utbildning i barnneurologi

Hälsovård

Huvudutbildning:

1. 1—2 år vid universitets hygieniska eller socialmedicinska institution.
2. 1 år vid avdelning för hud- och könssjukdomar, lungsjukdomar, kirurgi, barnsjukdomar, kvinnosjukdomar och förlossningar, psykiatri, invärtes sjukdomar, epidemiska sjukdomar eller arbetsmedicin. Som utbildning godkänns endast tjänstgöring på två skilda branscher.

Norge

Kjeve- og munnhulesykdommer

Hovedutdannelse:

1. Odontologisk embetseksamen.
2. 3 års tjeneste ved spesialavdeling for tann-, munn- og kjevelidelser, hvorav minst 2 år ved avdeling for tann- og kjevekirurgi i sykehus.

Tropesykdommer

Fastställda krav på utbildningen saknas.

Attføringsmedisin

Fastställda krav på utbildningen saknas.

Sverige

Danmark

Finland *Norge*

Sidoutbildning:

2—1 år i kommunal läkarbefattning eller i motsvarande uppgift.

Klinisk farmakologi

Huvudutbildning:

1. 2—2 1/2 år vid avdelning för farmakologi.
2. 1 år vid avdelning för barn- eller invärtes sjukdomar.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid avdelning för anestesiologi, barnsjukdomar, invärtes sjukdomar, patologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi eller medicinsk kemi.

Klinisk hematologi

Huvudutbildning:

3 år vid avdelning för hematologi.

Sidoutbildning:

1 år alternativt på avdelning för barnsjukdomar, blodgruppsserologi, invärtes sjukdomar, klinisk kemi eller patologi, av vilken tid dock minst 1/2 år vid avdelning för barn- eller invärtes sjukdomar.

Rättsmedicin

Huvudutbildning:

3—3 1/2 år vid universitets rättsmedicinska institut.

Sidoutbildning:

1—1/2 år vid klinisk avdelning eller universitets teoretiska institution, dock inte på samma bransch, eller vid rättskemisk avdelning av universitets rättsmedicinska institution.

Norrbottens läns landstingskommun

Bodens lasarett
Luleå lasarett (Furunäsets sjukhus, Piteå)
Gällivare lasarett (Furunäsets sjukhus, Piteå)
Piteå lasarett (Furunäsets sjukhus, Piteå)
Kalix lasarett (Bodens lasarett)
Kiruna lasarett (Bodens lasarett)

Enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär

Ersta sjukhus, Stockholm
Samariterhemmet, Uppsala (Ulleråkers sjukhus, Uppsala)

BILAGA 7

Preliminärt förslag till fördelning av läkartjänster för allmänutbildning vid medicinska och kirurgiska kliniker

Uppgifterna om läkarstab och vårdplatsantal är hämtade från 1967 års förteckning över läkare och tandläkare respektive sjukhusförteckningen för samma år.

Sjukhus (klinik)	Nuvarande förhållanden								Erforderligt antal läkartjänster för allmänutbildning vid medicinska och kirurgiska kliniker år			
	Medicinska kliniker				Kirurgiska kliniker							
	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser				
	öl	böl	ul		öl	böl	ul		1972	1973	1974	1975 och följande
Av landsting och motsvarande städer drivna sjukhus												
Stockholms stad:												
Sabbatsbergs sjukhus												
klin. 1	1	1	4	76	1	1	4	79	2	3	3	3
klin. 2	1	2	4	78	1	1	4	79	2	3	3	3
S:t Görans sjukhus												
klin. 1	1	2	3	112	1	2	6	161				
klin. 2	1	2	3	97					5	6	6	6
klin. 3	1	1	2	114								
S:t Eriks sjukhus												
klin. 1	1	1	4	78	1	1	4	103				
klin. 2	1	2	4	81								
klin. 3	1	1	6	103					3	4	4	4
klin. 4	1	1	4	30								
Södersjukhuset												
klin. 1	1	1	1	34	1	1	6	137				
klin. 2	1	2	6	87	1	1	6	136				
klin. 3	1	1	4	53								
klin. 4	1	2	5	103					8	10	10	10
klin. 5 (kardiologi)	1	—	1	18								
									20	26	26	26
Stockholms läns landstingskommun												
Danderyds sjukhus	1	2	5	119	1	2	5	125	4	4	4	5
Södertälje sjukhus	1	1	4	106	1	1	5	136	9	10	10	10
Löwenströmska sjukhuset	1	—	3	78	1	1	3	69	4	5	5	5
Nacka sjukhus	1	2	5	87	1	1	3	87	5	6	6	7
									22	25	25	27
Uppsala läns landstingskommun												
Enköpings lasarett	1	—	3	67	1	1	3	68	4	5	5	5

Sjukhus (klinik)	Nuvarande förhållanden								Erforderligt antal läkartjänster för allmänutbildning vid medicinska och kirurgiska kliniker år			
	Medicinska kliniker				Kirurgiska kliniker							
	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser				
	öl	böl	ul		öl	böl	ul		1972	1973	1974	1975 och följande
Södermanlands läns landstingskommun												
Nyköpings lasarett	1	1	3	99	1	1	4	100	6	7	7	8
Eskilstuna lasarett	1	1	5	134	1	1	4	120	4	4	4	5
Kullbergska sjukhuset	1	—	3	88	1	1	3	95	6	7	7	7
									16	18	18	20
Östergötlands läns landstingskommun												
Norrköpings lasarett	1	1	4	100	1	1	5	111	3	4	4	4
Vadstena lasarett	1	1	2	83	1	1	2	95	6	7	7	7
									9	11	11	11
Jönköpings läns landstingskommun												
Jönköpings lasarett	1	1	5	141	1	2	4	121	4	4	4	5
Eksjö lasarett	1	1	2	90	1	1	4	90	6	6	6	7
Värnamo lasarett	1	1	2	105	1	1	3	119	7	9	9	9
Nässjö lasarett	1	1	1	62	1	1	2	62	4	4	4	5
									21	23	23	26
Kronobergs läns landstingskommun												
Växjö lasarett	1	1	5	110	1	1	4	138	4	5	5	5
Ljungby lasarett	1	1	3	90	1	1	3	84	5	6	6	6
									9	11	11	11
Kalmar läns norra landstingskommun												
Västerviks lasarett	1	1	3	108	1	1	3	101	3	4	4	4
Kalmar läns södra landstingskommun												
Kalmar lasarett	1	1	4	133	1	1	5	105	3	4	4	4
Oskarshamns lasarett	1	—	3	90	1	1	3	90	6	6	6	7
									9	10	10	11
Gotlands läns landstingskommun												
Visby lasarett	1	1	1	60	1	1	3	106	7	8	8	8
Blekinge läns landstingskommun												
Karlskrona lasarett	1	1	5	142	1	1	5	149	5	5	5	6
Karlshamns lasarett	1	1	3	93	1	1	3	93	6	7	7	7
									11	12	12	13
Kristianstads läns landstingskommun												
Kristianstads lasarett	1	1	5	143	1	1	5	141	4	5	5	5
Ängelholms lasarett	1	1	4	130	1	1	4	150	9	11	11	12
Hässleholms lasarett	1	—	3	79	1	1	4	94	6	7	7	7
									19	23	23	24

Sjukhus (klinik)	Nuvarande förhållanden								Erforderligt antal läkartjänster för allmänutbildning vid medicinska och kirurgiska kliniker år			
	Medicinska kliniker				Kirurgiska kliniker							
	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser				
	öl	böl	ul		öl	böl	ul		1972	1973	1974	1975 och följande
Malmöhus läns landstingskommun												
Landskrona lasarett	1	—	2	60	1	—	3	99	6	7	7	8
Trelleborgs lasarett	1	1	2	93	1	1	2	77	5	6	6	6
Hälsingborgs lasarett	1	1	5	148	1	1	6	145	5	5	5	6
Ystads lasarett	1	—	2	65	1	1	2	74	5	5	5	6
									21	23	23	26
Hallands läns landstingskommun												
Halmstads lasarett	1	1	4	110	1	1	4	137	4	5	5	5
Varbergs lasarett	1	—	3	63	1	1	3	76	5	5	5	6
									9	10	10	11
Göteborgs och Bohus läns landstingskommun												
Uddevalla lasarett	1	2	4	120	1	2	4	120	4	4	4	5
Mölndals lasarett	1	1	4	120	1	2	3	96	6	7	7	7
Kungälvs lasarett	1	1	3	92	1	2	3	91	6	7	7	7
									16	18	18	19
Älvsborgs läns landstingskommun												
Vänersborg-Trollhättans lasarett												
Vänersborg	1	1	4	102	1	1	4	120	4	4	4	5
Trollhättan	1	1	3	93	1	1	3	93	6	7	7	7
Borås lasarett	1	2	6	148	1	2	7	157	5	6	6	6
Alingsås lasarett	1	1	3	90	1	1	3	90	6	6	6	7
Skene lasarett	1	1	3	89	1	1	3	89	6	6	6	7
									27	29	29	32
Skaraborgs läns landstingskommun												
Falköpings lasarett	1	1	4	95	1	2	3	124	4	4	4	5
Lidköpings lasarett	1	1	4	113	1	1	5	121	4	4	4	5
Mariestads lasarett	1	—	3	66	1	1	3	80	5	6	6	6
Skövde lasarett	1	—	3	66	1	1	3	66	4	5	5	5
									17	19	19	21
Värmlands läns landstingskommun												
Karlstads lasarett	1	2	5	126	1	2	6	162	5	6	6	6
Kristinehamns lasarett	1	—	2	46	1	1	2	65	4	5	5	5
Arvika lasarett	1	1	3	90	1	1	3	90	6	6	6	7
Säffle lasarett	1	—	2	49	1	1	1	52	3	4	4	4
									18	21	21	22

Sjukhus (klinik)	Nuvarande förhållanden								Erforderligt antal läkartjänster för allmänutbildning vid medicinska och kirurgiska kliniker år			
	Medicinska kliniker				Kirurgiska kliniker							
	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser				
	öl	böl	ul		öl	böl	ul		1972	1973	1974	1975 och följande
Örebro läns landstingskommun												
Karlskoga lasarett	1	1	3	102	1	2	3	120	8	9	9	9
Lindesbergs lasarett	1	—	2	62	1	1	3	93	6	7	7	7
									14	16	16	16
Västmanlands läns landstingskommun												
Västerås lasarett	1	1	6	150	1	2	5	138	4	5	5	5
Sala lasarett	1	1	2	54	1	1	2	66	4	5	5	5
Köpings lasarett	1	1	3	90	1	1	3	90	6	6	6	7
Fagersta lasarett	1	1	2	60	1	1	2	72	5	5	5	6
									19	21	21	23
Kopparbergs läns landstingskommun												
Falu lasarett	1	2	6	150	1	2	6	163	5	6	6	6
Mora lasarett	1	—	2	60	1	1	3	90	6	6	6	7
Ludvika lasarett	1	1	2	96	1	1	2	76	5	5	5	6
Avesta lasarett	1	1	2	75	1	—	3	94	6	7	7	7
									22	24	24	26
Gävleborgs läns landstingskommun												
Gävle lasarett	1	2	5	135	1	1	5	124	4	4	4	5
Hudiksvalls lasarett	1	1	3	90	1	1	3	98	3	4	4	4
Bollnäs sjukhus	1	1	3	75	1	1	3	88	6	6	6	7
									13	14	14	16
Västernorrlands läns landstingskommun												
Sundsvalls sjukhus	1	2	6	152	1	2	7	182	7	7	7	7
Härnösands sjukhus	1	1	3	90	1	1	3	90	6	6	6	7
Örnsköldsviks lasarett	1	1	3	100	1	1	5	140	4	5	5	5
Sollefteå lasarett	1	1	3	90	1	1	3	92	6	7	7	7
									23	25	25	26
Jämtlands läns landstingskommun												
Östersunds lasarett	1	2	5	147	1	2	5	158	5	6	6	6
Västerbottens läns landstingskommun												
Skellefteå lasarett	1	1	4	120	1	1	4	110	3	4	4	4
Lycksele lasarett	1	—	2	60	1	1	2	60	4	4	4	5
									7	8	8	9
Norrbottens läns landstingskommun												
Bodens lasarett	1	1	6	91	1	1	4	85	3	3	3	3
Luleå lasarett	1	—	3	60	1	1	3	75	5	5	5	6

Sjukhus (klinik)	Nuvarande förhållanden								Erforderligt antal läkartjänster för allmänutbildning vid medicinska och kirurgiska kliniker år			
	Medicinska kliniker				Kirurgiska kliniker							
	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser	Antal läkartjänster			Antal vårdplatser				
	öl	böl	ul		öl	böl	ul		1972	1973	1974	1975 och följande
Gällivare lasarett	1	1	2	67	1	1	4	68	4	5	5	5
Piteå lasarett	1	1	2	84	1	1	3	88	6	6	6	7
Kalix lasarett	1	—	3	60	1	1	2	60	4	4	4	5
Kiruna lasarett	1	—	2	63	1	2	3	64	4	5	5	5
									26	28	28	31
Enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär												
Ersta sjukhus, Stockholm	1	1	3	66	1	1	3	86	5	6	6	7
Samariterhemmet, Uppsala	1	—	1	36	1	—	2	48	3	3	3	4
									8	9	9	11
								Totalt	395	447	447	481

BILAGA 8

Exempel på kategoriindelning av sjukhusen

Av staten drivna sjukhus

Sjukhus för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Karolinska sjukhuset	
Serafimerlasarettet	
Akademiska sjukhuset	

Av landsting och motsvarande städer drivna sjukhus

Stockholms stad

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Sabbatsbergs sjukhus	
S:t Görans sjukhus	
S:t Eriks sjukhus	
Södersjukhuset-Sachsska barnsjukhuset	
Södra barnbördshuset	

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Psykiatriska sjukhuset	S:t Eriks sjukhus mentalklinik
Långbro sjukhus	
Beckomberga sjukhus	

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
Söderby sjukhus	

Epidemisjukhus

Kategori I	*Kategori II*
Roslagstulls sjukhus	

Stockholms läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Danderyds sjukhus	Södertälje sjukhus
	Löwenströmska sjukhuset
	Nacka sjukhus

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
	Uttrans sjukhus

Uppsala läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Enköpings lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Ulleråkers sjukhus	

Södermanlands läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Eskilstuna lasarett	Nyköpings lasarett
	Kullbergska sjukhuset

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	S:ta Annas sjukhus
	Sundby sjukhus
	Karsuddens sjukhus

Östergötlands läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Regionsjukhuset, Linköping	Vadstena lasarett
Norrköpings lasarett	

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Birgittas sjukhus

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
Kolmårdssjukhuset	

Jönköpings läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Jönköpings lasarett	Eksjö lasarett
	Värnamo lasarett
	Nässjö lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Ryhovs sjukhus

Kronobergs läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Växjö lasarett	Ljungby lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	S:t Sigfrids sjukhus

Kalmar läns norra landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Västerviks lasarett	

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Norra sjukhuset, Västervik

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
	Målilla sjukhus[1]

Kalmar läns södra landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Kalmar lasarett	Oskarshamns lasarett

[1] Drives gemensamt med Kalmar läns södra landstingskommun.

Gotlands läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Visby lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	S:t Olofs sjukhus

Blekinge läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Karlskrona lasarett	Karlshamns lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Gullberna sjukhus

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
	Furs sjukhus

Kristianstads läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Kristianstads lasarett	Ängelholms lasarett Hässleholms lasarett

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
	Brobysjukhuset

Malmö stad

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Malmö allmänna sjukhus	

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Malmö östra sjukhus	

Malmöhus läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Lunds lasarett	Landskrona lasarett
Hälsingborgs lasarett	Trelleborgs lasarett
	Ystads lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
S:t Lars sjukhus	S:ta Maria sjukhus

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
	Orupssjukhuset

Hallands läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Halmstads lasarett	Varbergs lasarett

Göteborgs stad

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Sahlgrenska sjukhuset	Ekmanska sjukhuset
Barnsjukhuset	

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Lillhagens sjukhus	

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
Renströmska sjukhuset	

Epidemisjukhus

Kategori I	*Kategori II*
Göteborgs infektionssjukhus	

Göteborgs och Bohus läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Uddevalla lasarett	Mölndals lasarett
	Kungälvs lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
S:t Jörgens sjukhus	

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
	Svenshögens sjukhus

Älvsborgs läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Vänersborg-Trollhättans lasarett, klinikerna i Vänersborg	Vänersborg-Trollhättans lasarett, klinikerna i Trollhättan
Borås lasarett	Alingsås lasarett
	Skene lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Restads sjukhus
	Källshagens sjukhus

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
	Sjö-Gunnarsbo sjukhus

Skaraborgs läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Falköpings lasarett	Mariestads lasarett
Lidköpings lasarett	Skövde lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Falbygdens sjukhus	

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
	St. Ekebergs sjukhus

Värmlands läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Karlstads lasarett	Kristinehamns lasarett
	Arvika lasarett
	Säffle lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Mariebergs sjukhus

Örebro läns landstingskommun

Lasarett för somatisk och psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Regionsjukhuset, Örebro	Karlskoga lasarett
	Lindesbergs lasarett

Västmanlands läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Västerås lasarett	Sala lasarett
	Köpings lasarett
	Fagersta lasarett

Epidemisjukhus

Kategori I	*Kategori II*
Västerås epidemisjukhus	

Kopparbergs läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Falu lasarett	Mora lasarett
	Ludvika lasarett
	Avesta lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Säters sjukhus

Gävleborgs läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Gävle lasarett	
Hudiksvalls lasarett	

Lasarett för somatisk och psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Bollnäs sjukhus

Västernorrlands läns landstingskommun

Lasarett för somatisk och psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Sundsvalls sjukhus	Härnösands sjukhus

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Örnsköldsviks lasarett	Sollefteå lasarett

Jämtlands läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Östersunds lasarett	

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Frösö sjukhus

Sanatorium

Kategori I	*Kategori II*
	Sollidens sjukhus

Epidemisjukhus

Kategori I	*Kategori II*
Östersunds epidemisjukhus	

Västerbottens läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Umeå lasarett	Lycksele lasarett
Skellefteå lasarett	

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Umedalens sjukhus

Norrbottens läns landstingskommun

Lasarett för huvudsakligen somatisk vård

Kategori I	*Kategori II*
Bodens lasarett	Luleå lasarett
	Gällivare lasarett
	Piteå lasarett
	Kalix lasarett
	Kiruna lasarett

Lasarett för psykiatrisk vård

Kategori I	*Kategori II*
	Furunäsets sjukhus

Enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär

Kategori I	*Kategori II*
Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus	Ersta sjukhus
Allmänna barnbördshuset	Samariterhemmet
Norrbackainstitutets sjukavdelning	Sköldenborgsinstitutets ortopediska avdelning, Hälsingborg
	Kustsanatoriet Apelviken
	Spenshults reumatikersjukhus
	Österåsens sjukhus
	Strängnäs reumatikersjukhus

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

NORDISK UDREDNINGSSERIE (NU) 1967

1. Nordiskt institut för samhällsplanering.
2. Nordiskt samarbete inom forskningens och den högre undervisningens område.
3. Mellanriksväg Kiruna—Nordnorge.
4. Internordisk verkställighet med anledning av beslut rörande vårdnad om barn m. m.
5. Nordisk Institut for vidareuddannelse i havekonst og landskabsplanlægning.
6. Dansk, norsk og svensk presses indhold af nordisk stof.
7. Jagt- og viltvårdskonference.
8. Nordiska bestämmelser för skeppsapotek.
9. Nordisk skolmatematik.
10. Matematik och ingenjörer.

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

Justitiedepartementet

Allmänna arvsfonden. [2]
Utsökningsrätt VI. [3]
Ny domkretsindelning för underrätterna. [4]
Partiell författningsreform. [26]
Förtidsröstning och gemensamma tvådagarsval. [27]
Tryckfrihet och upphovsrätt. [28]
Firmaskydd. [35]
Förslag till lag om skyldighet att föra räkenskaper, m. m. [49]

Försvarsdepartementet

Tjänsteställning inom krigsmakten. [15]

Socialdepartementet

Barnstugor. Barnavårdsmannaskap. Barnolycksfall. [8]
Medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté. 1. Narkotikaproblemet. Del I. [25] 2. Narkotikaproblemet. Del II. [41]
1964 års nykterhetsvårdsundersökning. 1. Nykterhetsvårdens läge. Del I. [36] 2. Nykterhetsvårdens läge. Del II. Bilagor. [37]
Samhällets barntillsyn, barnstugor och familjedaghem. [39]
Läkares grundutbildning och vidareutbildning. [51]

Kommunikationsdepartementet

Länsförvaltningsutredningen. 1. Den statliga länsförvaltningen. I. [20] 2. Den statliga länsförvaltningen. II. Bilagor. [21]
Skatteförvaltningen. [22]
Länsindelningsutredningen. [23]
Transportkostnaderna i Gotlandstrafiken. [29]
Kanaltrafikutredningen. 1. Vänerns och Vätterns förbindelse med västerhavet. [32] 2. Vänerns och Vätterns förbindelse med västerhavet. Bilagor. [33]
Kommunala befogenheter inom turistväsendet. [50]

Finansdepartementet

Statlig publicering. [5]
Finansiella långtidsperspektiv. [6]
Statskontorets programbudgetutredning. 1. Programbudgetering. Del I. [11] 2. Programbudgetering. Del II — Studier och försök. [12] 3. Programbudgetering. Del III — En sammanfattning. [13]
Lag om Skatterätt. [24]
Kompensation i vissa fall för bensinskatt som utgår vid användande av motorsåg och snöskoter. [34]

Ecklesiastikdepartementet

Rikskonserter. [9]
Linköpings högskola. Del I. [10]
Skolans arbetstider. [14]
1958 års utredning kyrka—stat: VII. Folkbokföringen. [16] VIII. De teologiska fakulteterna. [17] IX. Kyrklig organisation och förvaltning. [45] X. Kyrklig egendom. Skattefrågor. Prästerskapets privilegier. [46]
1962 års ungdomsutredning. Statens stöd till ungdomsverksamhet V. [19]
Filmens inflytande på sin publik. [31]
Lärarutbildning för folkhögskolan. [47]
Yrkesutbildningen. III. [48]

Jordbruksdepartementet

Den framtida jordbrukspolitiken. [7]
Skoglig yrkesutbildning. II. [38]
1964 års naturresursutredning. 1. Utsädesbetningens effekter. [42] 2. Miljövårdsforskning. Del I. Forskningsområdet. [43] Utkommer senare. 3. Miljövårdsforskning. Del II. Organisation och resurser. [44] Utkommer senare.

Inrikesdepartementet

Kommunal bostadsförmedling. [1]
Invandringen. [18]
Höga eller låga hus? [30]
Företagareföreningarnas framtida organisation och verksamhet. [40]

ESSELTE AB, STOCKHOLM 1967