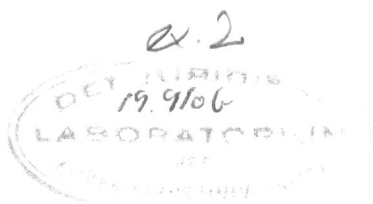


BETÆNKNING

om

videreuddannelsen til speciallæge

afgivet af det af
sundhedsstyrelsen den 14. december 1973
nedsatte udvalg



Indhold

RESUMÉ	7
Kapitel 1	
INDLEDNING OG BAGGRUND FOR KOMMISSIONENS ARBEJDE	13
Kapitel 2	
UDVIKLINGEN 1973-77	19
Kapitel 3	
FORHOLDENE I UDLANDET	21
Forholdene i Norden	22
Forholdene i EF	24
Udviklingstendenser	26
Kapitel 4	
SPECIALLÆGEKOMMISSIONENS GENERELLE OVERVEJELSER	
OG FORSLAG	29
Overvejelser om speciallægeuddannelsernes fremtidige struktur	33
Generelle uddannelseskrav	34
Den kliniske videreuddannelse	36
Den teoretiske videreuddannelse	40
Specialistnævnet	43
Kapitel 5	
KOMMISSIONENS FORSLAG TIL UDDANNELSESKRAV	45
I. Uddannelseskrav i de enkelte specialer	46
Medicinsk blok:	
Intern medicin	46
Intern medicinske grenspecialer:	
Cardiologi	47
Hepatologi	47
Hæmatologi	47
Infektionsmedicin	48
Langtidsmedicin	48
Medicinsk allergologi	48
Medicinsk endokrinologi	48
Medicinsk gastroenterologi	48
Medicinske lungesygdomme	48
Nefrologi	49
Reumatologi (hidtil fysiurgi/rehabilitering)	49

Dermato-venerologi	51
Pædiatri	52
Kirurgisk blok:	
Anæstesiologi	54
Kirurgi	56
Ortopædisk kirurgi	56
Kirurgiske grenspecialer:	
Kirurgisk gastroenterologi	57
Urologi	57
Thoraxkirurgi	57
Karkirurgi	57
Plastikkirurgi	57
Gynækologi og obstetrik	60
Laboratorieblok:	
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	62
Klinisk kemi	63
Klinisk mikrobiologi	63
Klinisk immunologi (hidtil bl.a. klinisk blodtypeserologi)	63
Patologisk anatomi	64
Diagnostisk radiologi	65
Neuro-psykiatrisk blok:	
Neuromedicin	67
Neurokirurgi	68
Klinisk neurofysiologi	68
Oto-rhino-laryngologi	70
Oftalmologi	71
Psykiatri	72
Børnepsykiatri	74
Nye specialer:	
Almen medicin	75
Samfundsmedicin	77
II. Uddannelseskrav i klinisk farmakologi	79
III. Kommissionens overvejelser vedrørende andre fagområder	80
Tropemedicin	80
Terapeutisk radiologi	80
Ultralyddiagnostik	80
Medicinsk genetik	81
Kapitel 6	
LÆGELIGE FUNKTIONER UDEN FOR SYGEHUSVÆSENEN	83
Den primære sundhedstjeneste	83
Uddannelses- og forskningsinstitutioner	85
Forsorgsinstitutioner	85
Andre områder inden for social-og sundhedssektoren	85
Samfundsmedicin	86
Forsvaret	86
Andre statslige og private institutioner og virksomheder	86
Kapitel 7	
LÆGERS EFTERUDDANNELSE	87

Kapitel 8	
ØKONOMIEN I DE LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSER	91
Økonomiske konsekvenser af speciallægekommisionens forslag	92
Finansiering	92
Kapitel 9	
KAPACITETEN I VIDEREUDDANNELSEN	95
Kapacitetsvurdering for de enkelte grundspecialer	97
Beregningsmodellens anvendelse	118
Kommissionens bemærkninger	119
Bilag 1	
BETÆNKNING OM UDDANNELSEN I ALMEN MEDICIN	121
Bilag 2	
REDEGØRELSE FRA SPECIALLÆGEKOMMISSIONENS ARBEJDSGRUPPE VEDRØRENDE BØRNEPSYKIATRI	139
Bilag 3	
ORGANISATION AF DEN TEORETISKE VIDEREUDDANNELSE	147
Bilag 4	
DEN TEORETISKE VIDEREUDDANNELSE TIL SPECIALLÆGE. KURSUSMODEL, KURSUSPLANER OG BIVALUERING	163
Bilag 5	
STOFOVERFØRSEL MELLEM DEN LÆGEVIDENSKABELIGE GRUNDUDDANNELSE OG VIDEREUDDANNELSERNE	183
Bilag 6	
BLOKANSÆTTELSE I LÆGERNES VIDEREUDDANNELSE	201
Bilag 7	
BETÆNKNING OM SPECIALISTNÆVNET	209
Bilag 8	
DEN FREMTIDIGE SPECIALLÆGEUDDANNELSE I DET INTERN MEDICINSKE FAGOMRÅDE	221
Bilag 9	
DEN FREMTIDIGE SPECIALLÆGEUDDANNELSE I LABORATORIESPECIALERNE	237
Bilag 10	
REDEGØRELSE FRA ARBEJDSGRUPPEN VEDRØRENDE DEN FREMTIDIGE SPECIALLÆGEUDDANNELSE I FYSIURGI/REUMATOLOGI	251
Bilag 11	
BETÆNKNING OM SPECIALLÆGEUDDANNELSE I SAMFUNDSMEDICIN	259
Bilag 12	
BETÆNKNING FRA EN ARBEJDSGRUPPE NEDSAT TIL OVERVEJELSE AF UDDANNELSEN AF KLINISKE FARMAKOLOGER	299

Bilag 13	
SPØRGESKEMA I UDSENDT AF SPECIALLÆGEKOMMISSIONEN TIL SPECIALLÆGESELSKABERNE, UNIVERSITETERNE, LÆGEFORENINGEN M. FL. FEBRUAR - MARTS 1975.....	309

Bilag 14	
SPØRGESKEMA II UDSENDT AF SPECIALLÆGEKOMMISSIONEN TIL SPECIALLÆGESELSKABERNE NOVEMBER 1976.....	313

LITTERATUR.....	319
-----------------	-----

Resumé

Hovedformålet med speciallægekommissionens arbejde har været at skabe en bedre og mere tidssvarende uddannelse af speciallæger til det danske sundhedsvæsen.

De væsentlige elementer i det forslag til uddannelsesstruktur, som speciallægekommis-sionen fremlægger, er følgende:

Med det formål at skabe et fleksibelt uddannelsessystem med den bedst mulige udnyttelse af de eksisterende ressourcer og et sent endeligt erhvervsvalg, reduceres antallet af formaliserede uddannelsesforløb til 21 grundspecialer. Dertil føjer sig ei række grenspecialer, hvis normale uddannelsesforløb er en fortsættelse af uddannelsen i et grundspeciale. Uddannelsesstrukturen er udformet således, at nye fagområder let vil kunne indpasses i dette system. Det er kommissionens opfattelse, at den enkelte læge kun skal kunne opnå speciallægeanerkendelse i et grundspeciale samt et grenspeciale inden for dette.

Opbygningen af uddannelsesforløbene bliver i princippet ens for alle uddannelser, idet første fase i uddannelsen bliver den for alle læger gældende almenuddannelse af 1½ års varighed. Derefter følger i grundspecialerne en hoveduddannelse på 4½-5½ år, bestående af en introduktion til faget af ca. 1 års varighed, et ophold på landsdelssygehus inden for faget, eventuelt supplerende uddannelser inden for relevante tilgrænsende fagområder, og endelig en 1. reservelægetid af 18 måneders varighed. Hertil føjer sig en teoretisk uddannelse af noget varierende omfang for de enkelte specialer, men gennemgående af større omfang end det nu kendte. Den teoretiske

del af uddannelsen falder i hele hoveduddannelsen med de mindst specialiserede kurser i introduktionsfasen, hovedparten af kurser under ansættelse på landsdelssygehus og specialiserede kurser i 1 reservelægetiden.

Det er kommissionens opfattelse, at uddannelsen skal gennemgås i den her beskrevne rækkefølge.

Uddannelsen i de nye specialer, almen medicin og samfundsmedicin, afviger fra det her beskrevne generelle mønster.

Uddannelsen i et grenspeciale bygger som nævnt i reglen på en speciallægeanerkendelse i et grundspeciale og omfatter sædvanligvis yderligere 2-3 års 1. reservelægeansættelse. Dette ækvivalerer med de vejledende § 14-krav i grenspecialet. Det skal dog også være muligt at opnå grenspecialeanerkendelse uden anerkendelse i et grundspeciale.

Kommissionen ønsker desuden nogenlunde ensartede kriterier for § 14- niveau (kvalifikationsbedømmelse i henhold til lægelovens § 14 vedrørende besættelse af stilling som ledende læge), omfattende 2-3 års 1. reservelægetid. Det er væsentligt, at også de vejledende § 14-krav er bekendt for de uddannelsessøgende.

Det er af væsentlig betydning, at så mange uddannelser som muligt kan gennemgås regionalt, d.v.s. inden for et landsdelssygehus' naturlige geografiske område for mest muligt at begrænse stillingsskift og flytning for de uddannelsessøgende.

I tilslutning hertil er det nødvendigt, at der etableres blokansættelser omfattende større eller mindre dele af uddannelsesforløbene for at sikre den bedste udnyttelse af de forhåndenværende uddannelsesstillinger.

Kommissionen ønsker en bedre ratio mellem antallet af speciallæger og antallet af læger under uddannelse ved sygehusene. Da en del af 1. reservelægestillingerne, især ved sygehusvæsenets mindre enheder, dels ofte ikke kan besættes med kvalificerede folk, dels ikke er nødvendige for uddannelsessystemet, foreslås derfor en omdannelse af en del af disse 1. reservelægestillinger til § 14-vurderede faste speciallægestillinger. Med dette forslag vil man samtidig kunne forbedre befolkningens forsyning med speciallægeassistance, som er meget uens fordelt ud over landet.

Der foreslås etableret speciallægeuddannelser inden for to nye områder:

- 1) almen medicin
- 2) samfundsmedicin med grenspecialet arbejdsmedicin.

Med henblik på en bedre organisation og styring af speciallægeuddannelserne foreslås en ændret struktur af specialistnævnet, som udvides væsentligt med repræsentanter for ministeriet, sundhedsstyrelsen og sygehuskommunerne. Der foreslås endvidere oprettet tre stående underudvalg under specialistnævnet, et for den teoretiske del af uddannelsen, et for den kliniske del af uddannelsen og et for tildeling af autorisationer, og desuden foreslås en væsentlig styrkelse af sundhedsstyrelsens sekretariatsfunktion for specialistnævnet.

Resumé af betænkningens enkelte kapitler

Kapitel 1 beskriver baggrunden for kommissionens arbejde, som har strakt sig fra 1974-77. Den nugældende speciallægeordning har ikke kunnet leve op til forventningerne, hvorfor en revision har været nødvendig. Ikke mindst uddannelseskapaciteten har nødvendiggjort ændrede regler.

Kapitel 2 gennemgår den udvikling, der har fundet sted. medens kommissionen har arbejdet. Væsentlige forudsætninger for kommissionens arbejde har været den nye lægelov med indførelse af 1½ års fælles almenuddannelse for alle læger, EF-direktiver og nordisk overenskomst om fælles arbejdsmarked samt ønsket om en formalisering af en længere uddannelse til almen praksis.

Kapitel 3 beskriver forholdene i udlandet med særlig vægt på de nordiske lande og EF. Medens der i en årrække har været et stadigt stigende antal specialer, har der inden for de

allerseneste år de fleste steder været en tendens til, at man ikke ønsker at oprette flere separate uddannelsesforløb, men tværtimod søger at knytte uddannelserne sammen i færre moderspecialer eller blokke med henblik på en mere rationel uddannelsesstruktur, uden at antallet af funktionsområder derved mindskes.

Kapitel 4 omhandler indledningsvis kommissionens generelle overvejelser og forslag. Det konstateres, at den gennemsnitlige uddannelsestid i Danmark dels har været længere end i de fleste andre lande og dels har været længere end de formelle krav. Herefter følger en gennemgang af de nugældende regler og uddannelsesforløb, og der peges på de mange vanskeligheder i forbindelse med 1970'ernes store kandidatproduktion.

Det eksisterende ansættelses- og videreuddannelsessystem for læger er ikke dimensioneret med henblik på denne situation, som på blot lidt længere sigt kan føre til, at alt for få gennemfører en lødig uddannelse på trods af den store produktion af lægevidenskabelige kandidater. Speciallægekommisionen har derfor anset det for magtpåliggende ved sine forslag at sikre, at befolkningen også i fremtiden vil kunne betjenes af fagligt velkvalificerede speciallæger i et tilstrækkeligt antal inden for samtlige områder. Det påpeges, at selv om beskæftigelsessituationen for læger principielt er speciallægekommisionen uvedkommende, påvirker den alligevel uddannelsessystemet væsentligt. Selv om adskillige andre lande som nævnt har kortere formelle uddannelser end Danmark, har kommissionen ikke fundet anledning til forkortelser, blandt andet på baggrund af udsigten til, at der snart indføres en 40-timers arbejdsuge også for læger.

Der peges på de forskellige styringsmuligheder, som speciallægeuddannelserne indebærer, men samtidig påpeges det, at der, så længe der ikke findes tilstrækkelige prognoser for behovet for speciallæger i det danske sundhedsvæsen, ikke er basis for kommissionen til at foreslå, hverken hvor mange speciallæger der er brug for, eller på hvilken måde uddannelserne bør styres.

Herefter gennemgås forslagene om uddannelsernes fremtidige struktur, idet kommissionen lægger vægt på at samle uddannelserne i nogle hovedområder for eksempel det medicinske fagområde, det kirurgiske fagområde og laboratorieblokken, således at disse kommer til at udgøre grundstammen i speciallæge-

uddannelserne, hvorpå der kan bygges yderligere grenspecialisering.

I et afsnit om de generelle uddannelseskrav præciseres det, at kommissionen fortsat mener, at der skal være en arbejdsmæssig begrundelse for de stillinger, der tæller i uddannelsen, at uddannelsen bør finde sted i fuldtidsansættelse og bør betragtes som et kontinuum, som ikke må udstrækkes over alt for lang tid. Der peges endvidere på det stærkt ønskelige i, at der fortsat er mulighed for videnskabelig aktivitet under uddannelsen for at undgå et væsentligt tilbageslag i dansk lægevidenskabelig forskning. Kommissionen ønsker ikke længere at operere med begrebet sideuddannelse, idet det som hovedregel må gælde, at der ikke inden for en moderne speciallægeuddannelse er behov for mere eller mindre tilfældige ansættelser på afdelinger uden for det søgte speciale. Derimod vil der fortsat inden for visse specialer være behov for i hoveduddannelsen at indføre uddannelse i fagområder, som ikke i tilstrækkeligt omfang dækkes af uddannelsesperioden på afdelingerne inden for det søgte speciale. Det anføres, at den kliniske del af speciallægeuddannelsen kommer til at bestå af en hoveduddannelse på 4½- 5½ år efter almenuddannelsen, og at denne uddannelse består af 3-4 led, som normalt skal gennemføres i en bestemt rækkefølge. Selve hoveduddannelsen til speciallæge beskrives som en integreret klinisk-teoretisk uddannelse med obligatorisk ansættelse i specialiet på et landsdelssygehus og en obligatorisk ansættelse som 1. reservelæge i mindst 18 måneder. Forsaget indebærer, at langt de fleste vil uddanne sig inden for et grundspeciale, og at visse herefter vil kunne bygge en yderligere grenspecialisering oven på denne speciallægeanerkendelse. Der må dog også fortsat være mulighed for, at læger, som ønsker det, direkte kan sigte mod et meget snævert fagområde uden at have speciallægeanerkendelse i et grundspeciale, og at der også i fremtiden findes mulighed for at knytte disse læger til sygehusvæsenet i slutstillinger. Det er kommissionens opfattelse, at ingen læge bør kunne opnå speciallægeautorisation, respektive udøve speciallægevirksomhed, inden for mere end et grundspeciale og et grenspeciale inden for dette.

Den kliniske videreuddannelse beskrives med en redegørelse for uddannelsesstillingernes inddeling fra turnusstillinger, over reservelægestillinger som introduktion i speciallæ-

geuddannelserne, til reservelægeansættelser på landsdelssygehus og endelig som sidste led i uddannelsen 1. reservelægestillingerne. Det påpeges, at der, ikke mindst i betragtning af de mange korte ansættelsesperioder, er et udtalt behov for detaljerede beskrivelser af de forventninger, der stilles til de enkelte dele af uddannelsesforløbene. Det foreslås, at der ved landsdelssygehusene udpeges postgraduate kliniske lektorer med ansvar for uddannelsesfunktionernes planlægning og udførelse. Det foreslås endvidere, at lektorerne ved dannelsen af et lektorkollegium i samarbejde med specialistnævnet får ansvaret for koordinering af uddannelsesaktiviteterne på det pågældende landsdelssygehus og eventuelt i en dertil knyttet region.

Selv om der er behov for en styrkelse af de mere formelle uddannelsesmæssige aktiviteter i den kliniske videreuddannelse, understreger kommissionen dog, at denne uddannelsesvirksomhed kun danner et nødvendigt supplement til værdien af et direkte uddannelsesforhold mellem ældre kolleger og de uddannelsessøgende.

I en gennemgang af den teoretiske videreuddannelse, som bygger på omfattende underudvalgsarbejde, gøres der rede for, at man ikke længere ønsker at opretholde den nøje sammenknytning af kursus og den kliniske uddannelse ved landsdelssygehusene. Tværtimod ønsker man, at hele hoveduddannelsen bliver et integreret klinisk-teoretisk uddannelsesforløb, hvor de brede og generelle kurser finder sted i begyndelsen af hoveduddannelsen, endende med stærkt specialiserede kurser i 1. reservelægetiden. Der har vist sig et klart behov for en udvidelse af antallet af kursustimer i de fleste specialer fra de nuværende 120 timer og helt op til 260-300 timer. Kommissionen anser det for væsentligt, at man ikke i fremtiden lægger sig fast på et bestemt timeantal, men tværtimod skaber mulighed for et varieret tilbud til de forskellige specialer alt efter dokumenteret behov.

Adgangen til de teoretiske kurser forudsætter gennemgået almenuddannelse samt eventuelt et år af hoveduddannelsen, og det kan ske på den måde, at der tildeles den uddannelsessøgende ret til deltagelse i et nærmere fastsat uddannelsesprogram efter et system, som med hensyn til kursusøkonomien vil indebære den fordel, at udgifterne kobles nærmere til antallet af uddannelsessøgende i stedet for som nu til antallet af speciallægeud-

dannelser, og som må tage hensyn til, at der også i fremtiden må være plads til skift til andre uddannelser.

Det er af væsentlig betydning, at der i den teoretiske uddannelse skabes muligheder for brug af nye undervisningsmetoder. Dette sker bedst ved afholdelse af internatkurser, men har hidtil været hæmmet af, at de uddannelsessøgende ikke har fået dækket udgifter til ophold og overnatning.

Det er speciallægekommissionens opfattelse, at den fremtidige planlægning og gennemførelse af den teoretiske videreuddannelse fortsat må indebære et meget nært samarbejde med speciallægeselskabernes kursusledelser, men en række forhold gør, at man samtidig må styrke sundhedsstyrelsens og specialistnævnets styrende funktion. Der tænkes på en bedre koordination inden for det teoretiske videreuddannelsesområde, hvor fordelene vil være en bedre udnyttelse af kursusøkonomien, rationel udnyttelse af lærerkræfterne, muligheder for tværfaglig kontakt og differentiering i uddannelsen. Yderligere vil ønsket om en stofoverførsel eller stofudveksling mellem det medicinske studium og videreuddannelserne gøre det nødvendigt med en styrkelse af den centrale styring af videreuddannelserne.

Spørgsmålet om evaluering eller egentlig eksamen i speciallægeuddannelserne har været diskuteret i speciallægekommissionen. Kommissionen mener fortsat ikke, at der er behov for en egentlig speciallægeeksamen, men derimod er der klart et behov for en evaluering under en eller anden form i forbindelse med teoriundervisningen, hvorved man ville få mulighed for at vurdere deltagernes aktive arbejde med undervisningsstoffet og dermed følge den enkeltes udbytte af undervisningen.

Det foreslås, at der under specialistnævnet etableres et teoriudvalg, hvis opgave kan sammenfattes således:

- 1) Etablering og koordination af et samlet teoretisk uddannelsesprogram i samarbejde med kursusudvalg.
- 2) Godkendelse af kursusprogrammer.
- 3) Etablering af tværfaglige kurser.
- 4) Etablering af en pædagogisk service.
- 5) Optagelse af kursusdeltagere i samarbejde med kursusudvalg.
- 6) Formidling af koordination mellem det præ- og postgraduate uddannelsesområde, herunder spørgsmålet om stofoverførsel.

Teoriudvalget under specialistnævnet bør endvidere som sit område have uddannelsen i almen medicin, herunder de foreslåede udvidede klinisk-teoretiske kurser i psykiatri og gynækologi/obstetrik, ligesom det samfundsmedicinske kursus og skolelægekursus bør koordineres med den øvrige postgraduate teoretiske uddannelse.

I et kort afsnit resumeres kommissionens betænkning om specialistnævnet. Efter en gennemgang af specialistnævnets hidtidige sammensætning og funktioner, foreslås det, at nævnet i fremtiden udvides til at omfatte 17 medlemmer, idet der ud over den hidtidige repræsentation fra lægeforeningen og de lægevidenskabelige fakulteter, som noget nyt foreslås repræsentation fra indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen, undervisningsministeriet og sygehus- og sygesikringskommunerne. Det tilstræbes herved, at de politiske og administrative myndigheder, som er direkte afhængige af den lægelige arbejdskrafts fordeling og funktion, får indflydelse på og ansvar for lægernes videreuddannelse. Der foretages endvidere en gennemgang af de opgaver, som det nye specialistnævn skal varetage, og som indebærer, at nævnet ikke blot skal fastlægge uddannelseskravene til speciallæge, men også for uddannelser, der fører frem til ansættelse i andre dele af sundhedssektoren. Det tilstræbes således, at specialistnævnet bliver et centralt nævn for lægers videreuddannelse.

Der foreslås tre permanente underudvalg under specialistnævnet, nemlig:

1. Udvalget for uddannelsesbedømmelse.
2. Udvalget for den kliniske videreuddannelse.
3. Udvalget for den teoretiske videreuddannelse.

Det foreslås, at sekretariatsfunktionen i sundhedsstyrelsen styrkes væsentligt, og at der sker en øget koordination i speciallægeselskabernes vedrørende det uddannelsesmæssige område.

I kapitel 5 gives der en beskrivelse af de enkelte uddannelser, for visse samlede i blokke. Adskillige af disse uddannelsesbeskrivelser er resultatet af udvalgsarbejder.

Der gives en generel beskrivelse af uddannelsesforløbene, og forventningerne til uddannelserne inden for de enkelte specialer, men der er ikke taget stilling til mere detaljerede

spørgsmål, såsom klassifikation af de enkelte afdelinger eller det detaljerede indhold af for eksempel kursusvirksomheden. Speciallægekommissionen har ment, at denne del af arbejdet henhører under specialistanævnet i samarbejde med de videnskabelige selskaber.

Der gives endvidere for alle specialer en vurdering af uddannelsesbehovene, også set i relation til de fremtidige forventede arbejdsopgaver for de enkelte specialer og disses mulige funktionsområder uden for sygehusvæsenet.

Kapitel 6 omhandler lægelige funktioner uden for sygehusene.

Kommissionen har undersøgt hvilke lægelige funktioner, der udøves uden for sygehusene, og hvilke udviklingstendenser, der tegner sig. Der bringes en kort omtale af almen praksis som speciale og derefter en længere analyse af de ambulante speciallægeydelser.

Der er ingen tvivl om, at der fortsat er et behov både for fuldtidsspeciallægepraksis og for en lang række ambulante ydelser fra de fleste fagområder. Behovet er imidlertid vanskeligt at angive kvantitativt, fordi det i væsentligt omfang afhænger af de tilstedeværende ressourcer og de til enhver tid fremherskende politiske ønsker. En stor del af de ambulante speciallægeydelser ydes af overlægerne ved sygehusene som en form for overarbejde, som på længere sigt næppe vil blive opretholdt. Ydelserne er der imidlertid stadig brug for, muligvis også i ændret form, for eksempel ved at speciallæger kan fungere som konsulenter overfor praktiserende læger, fremfor direkte overfor den enkelte henviste patient. Det har for kommissionen været væsentligt at påpege, at det dels må sikres, at ambulante speciallægeydelser præsteres på et niveau (for eksempel apparatmæssigt), som er sammenligneligt med sygehusvæsenets, og samtidig at der af efteruddannelsesmæssige grunde sikres en tilknytning til fagkolleger af de læger, som præsterer de ambulante ydelser. Dette kan ske på en række forskellige måder, blandt andet ved ansættelsesformer, som indebærer forpligtelser for speciallægen både overfor sygehusvæsenet og overfor den primære sundhedstjeneste. Kommissionen peger på, at det næppe er samme organisation, der er brug for overalt i landet, men at der tværtimod kan være behov for at eksperimentere med forskellige modeller, for at få belyst hvorvidt den ene eller den anden organisation af ydelserne er at foretrække.

Den geografiske fordeling af speciallægerne i Danmark er meget uensartet, og der er et udtalt behov for, at provinsen dækkes bedre med speciallæger. Dette kunne for eksempel ske ved, at den nuværende stabsstruktur på de mindre sygehuse ændres til fordel for ansættelse af flere faste speciallæger, også med forpligtelser overfor den primære sundhedstjeneste på bekostning af 1. reservelægestillinger de samme steder.

Kommissionen mener principielt, at en heltidspraktiserende speciallæge bør have en uddannelse af samme varighed som en speciallæge, der fastansættes i sygehusvæsenet, men indholdet behøver ikke nødvendigvis at være det samme. For eksempel behøver mere kompliceret operativ virksomhed formentlig ikke at indgå i uddannelsen af læger, som stiler mod speciallægepraksis. Omvendt er det hensigtsmæssigt, at læger inden for et givet speciale har beskæftiget sig med alle aspekter af faget, og derfor findes det ønskeligt, om en vis del af uddannelsen kan finde sted i speciallægepraksis fuldstændig på linje med, hvad kommissionen har foreslået for uddannelsen af læger til almen praksis.

Der gennemgås herefter en lang række forskellige institutioner og forvaltningsområder, hvortil læger er knyttet, men ud over de områder, som kræver en traditionel speciallægeuddannelse eller den foreslåede speciallægeuddannelse i samfundsmedicin, har kommissionen ikke foreslået særlige uddannelsesforløb, men henvist til, at de pågældende institutioner/områder selv må sørge for den tilstrækkelige uddannelse af det tilknyttede lægelige personale.

I kapitel 7 omtales efteruddannelse, selv om dette område ikke direkte er omfattet af speciallægekommissionens kommissorium. Der peges på, at der flere steder i udlandet efterhånden er etableret mere eller mindre omfattende obligatoriske krav om efteruddannelse både af speciallæger og praktiserende læger. Hele området repræsenterer et selvstændigt stort problem, eftersom mange læger i en meget lang årrække kan fungere, uden at den nødvendige ajourføring af viden nødvendigvis er sikret. Dette problem forstærkes, des mere isoleret lægen arbejder.

Økonomien i de lægelige videreuddannelser omtales i kapitel 8, idet der først gøres rede for de nuværende udgifter og deres finansiering. Staten har siden 1966 påtaget sig størstedelen af de direkte udgifter til den

teoretiske del af videreuddannelsen. De statslige kursusudgifter til videreuddannelsen udgør i 1976-priser 3.8 mio kroner.

Der gives endvidere en oversigt over det administrative personale i sundhedsstyrelsen, hvor de samlede administrationsudgifter udgør ca. 1 mio kroner.

Speciallægekommissionens forslag indebærer på en række punkter en forøgelse af udgifterne. Selv om det ikke er muligt at give nøjagtige tal for forøgelsen af udgifterne, kan disse dog sammenfattes i følgende hovedpunkter:

En styrkelse af sundhedsstyrelsens uddannelsessektion	570.000 kr.
2. En udvidelse af antallet af kursustimer	.000.000 kr.
3. Betaling af kursisternes opholdsudgifter	.600.000 kr.
Ialt merudgifter	ca. 3.200.000 kr.

Kommissionen lægger afgørende vægt på en udbygning af sundhedsstyrelsens uddannelsessektion med henblik på en rimelig varetagelse af den sekretariatsmæssige betjening af specialistnævnet.

Det er kommissionens principielle opfattelse, at da det offentlige har stillet krav om formaliserede lægelige videreuddannelser som betingelse for erhvervskompetence, må udgifterne til etablering af disse uddannelser også afholdes af det offentlige.

I kapitel 9 belyses kapaciteten i videreuddannelsen. Kommissionen har ikke været i besiddelse af tilstrækkelige prognoser til at fremkomme med forslag om den ønskelige speciallægeproduktion, men har dog i en lang række specialer henvist til betænkninger fra speciallægeselskaber, hvoraf det fremgår, at uddannelseskapa- citeten i mange specialer er væsentlig større end efterspørgslen efter speciallæger inden for fagområdet. Kommissionen har flere gange gjort opmærksom på behovet for en ændret stabsstruktur på afdelingerne, således at der ansættes flere faste speciallæger i sygehusvæsenet, og at der i et vist omfang samtidig sker en reduktion i

antallet af uddannelsesstillinger på 1. reserve- lægeplanen.

Samtidig har kommissionen fremhævet, at der må tilsikres alle læger en mulighed for en turnusstilling, der fører frem til tilladelse til selvstændigt virke som læge.

For kommissionen har det været afgørende, at de uddannelsesforslag, der er fremlagt, også kan gennemføres med den nuværende uddannelseskapa- citet i sygehusvæsenet. Uddannelsesforslagenes konsekvenser belyses ved hjælp af en teoretisk model, som giver mulighed for at belyse forslagene- nes konsekvenser ved forskellig vækst i antallet af slutstillinger inden for specialerne. Beregningerne fastlægger det antal speciallæger, der må uddannes for at bevare den nuværende bestand af speciallæger eller lade den vokse med 1-3 procent årligt.

Selv om visse af beregningsmodellens forudsætninger kan være forkerte, er det klart, at uddannelseskapa- citeten under forudsætning af en hensigtsmæssig udnyttelse i hovedparten af specialerne vil være tilstrækkelig eller rigelig til at tilgodese behovet for speciallæger i en overskuelig årrække. Inden for enkelte specialer kan det blive nødvendigt at øge uddannelseskapa- citeten.

Samtidig dokumenteres det, at det omgående er nødvendigt at foretage indgreb i stillingsstrukturen i sygehusvæsenet, således at der skabes en bedre balance mellem fastansatte speciallæger og uddannelsessøgende.

Kommissionen påpeger endelig behovet for prognostiske undersøgelser over produktionen af speciallæger og anbefaler, at der etableres et tilstrækkeligt antal uddannelsesstillinger inden for de fagområder, der for øjeblikket er dårligt dækkede i sundhedsvæsenet. Selvom de nævnte forslag gennemføres meget hurtigt, vil der efter kommissionens opfattelse fortsat være et betydeligt antal læger, der ud over turnusuddannelsen ikke kan påregne videreuddannelse i det danske sundhedsvæsen, og kommissionen anbefaler derfor, at man på ny overvejer tilgangen til det medicinske studium.

Kapitel 1

Indledning og baggrund for kommissionens arbejde

Lægers uddannelse har igennem århundreder været opdelt i en lærlingeperiode og i et fortsat studium. Diskussionen på lægeskoler og universiteter har derfor altid været præget af, hvilke dele af uddannelsen og dermed af kundskabsmængden, der skulle indgå i den egentlige studietid ved, universiteterne og hvilke dele, der med fordel kunne indgå i den senere supplerende uddannelse.

Faste rammer for lægers **videreuddannelse**, det vil sige supplerende uddannelse med det formål at opnå en særlig erhvervskompetence, for eksempel speciallægeanerkendelse, kendes først fra begyndelsen af dette århundrede. I 1918 udsendte Den alm. danske lægeforening den første fortegnelse over de af foreningen anerkendte speciallæger og fastsatte samtidig de første regler for speciallægeuddannelser, udarbejdet af et særligt speciallægestudvalg. Dette udvalg fortsatte sin virksomhed indtil 1935, hvor den blev overtaget af sundhedsstyrelsens specialistnævn, der blev etableret ved lægeloven af 1.1.1935. Nævnets virksomhed er nærmere beskrevet af H. Raaschou-Nielsen (1968) (1) samt i bilag 7.

Lægers videre- og **efteruddannelse**, hvor sidstnævnte betegner supplerende uddannelse der har til mål at vedligeholde og ajourføre allerede erhvervet viden (Fog og Worm-Petersen, 1969) (2), har været drøftet ved talrige lægemøder, kongresser og symposier såvel nationalt som internationalt, og der foreligger en righoldig litteratur om emnet.

Sundhedsstyrelsen har igennem årene udsendt betænkninger om uddannelse i enkelte specialer, men en samlet oversigt over lægers videreuddannelse, baseret på et kommissionsarbejde har ikke tidligere været publiceret.

Speciallægekommissionen blev nedsat på

initiativ af lægeforeningen og specialistnævnet. I foråret 1972 henvendte Foreningen af yngre læger sig til specialistnævnet med henblik på en drøftelse af uddannelseskravene i speciallægeuddannelsen. Foreningens forslag indeholdt et generelt ønske om en afkorting af speciallægeuddannelsernes længde, idet man foreslog såvel en afkorting af almenuddannelsen fra 24 til 12 måneder, som en maximal varighed af hoveduddannelsen på 4 år. Sideuddannelsen skulle indbygges i hoveduddannelsen, og krav om ansættelse i en særlig kursusstilling, ligesom kravet om ansættelse som 1. reservelæge, skulle bortfalde. En mundtlig forhandling mellem specialistnævnet og F.a.y.l. fandt sted den 16. maj 1972. Specialistnævnet kunne ikke umiddelbart acceptere forslaget og var herunder specielt betænkelig ved at frafalde krav om ansættelse som 1. reservelæge. Drøftelserne blev fortsat i forbindelse med et møde i lægeforeningens uddannelseskomite den 13. juni 1972, hvor problemerne vedrørende videreuddannelsen til speciallæge i 70'erne var til debat. Som en konsekvens heraf fremsendte lægeforeningens hovedbestyrelse den 29. juni 1972 et skriftligt forslag om, at sundhedsstyrelsen skulle nedsætte en kommission eller et udvalg med den opgave at fremkomme med forslag til en ny speciallægeordning.

På det ovenfor omtalte møde var der enighed om, at selv om den nødvendige løbende revision af de gældende bestemmelser for speciallægeuddannelsen påhviler specialistnævnet og bliver foretaget af dette, ville sådanne løbende revisioner ikke kunne imødekomme berettigede krav til den mere gennemgribende revision af speciallægeordningen, der i løbet af få år ansås for nødvendig.

Blandt de problemer, der blev fremdraget var spørgsmålet omkring kursusordningen i relation til de kommende store årgange af lægevidenskabelige kandidater kravet om ansættelse på to afdelinger med forskellig klassifikation og kravet om ansættelse som 1. reservelæge.

Lægeforeningens skrivelse blev behandlet af specialistnævnet i efteråret 1972, og nævnet overvejede herunder, om det ville være tilstrækkeligt med en mindre revision af gældende bestemmelser, eller om der var behov for et større kommissionsarbejde. Den 15. december 1972 anbefalede specialistnævnet sundhedsstyrelsen at følge lægeforeningens forslag om nedsættelse af en kommission, idet nævnet fandt at der både var behov for en mindre revision af gældende bestemmelser, specielt med henblik på at mindske presset på de intern medicinske afdelinger og for et kommissionsarbejde med henblik på en bredere drøftelse af problemerne omkring lægers videreuddannelse.

Den 6. april 1973 skrev sundhedsstyrelsen til indenrigsministeriet med anmodning om ministeriets godkendelse af, at der af sundhedsstyrelsen blev nedsat et udvalg til at overveje på hvilken måde speciallægeuddannelsen burde ændres for bedre at imødekomme sundhedsvæsenets samlede behov.

Efter ministeriets godkendelse nedsatte sundhedsstyrelsen herefter speciallægekommissionen med følgende kommissorium:

- i overensstemmelse med vilkårene for den lægevidenskabelige grunduddannelse
- i overensstemmelse med gældende bestemmelser for uddannelsen i almen medicin.
- i overensstemmelse med den nordiske konvention om speciallægeuddannelse
- i overensstemmelse med eventuelle EF-direktiver vedrørende lægelig uddannelse
- i overensstemmelse med de vejledende retningslinier for den fremtidige sygehus struktur

at undersøge på hvilke områder, der uden for og på sygehusene er behov for anerkendte lægelige specialer sammenholdt med en vurdering af behovet for andre lægelige arbejdsområder (ekspertområder)

at stille forslag om, hvilke lægelige specialer der bør anerkendes samt at stille forslag om uddannelseskrav i disse specialer inden for rammen af lov om udøvelse af læge-

gerning (lov nr. 72 af 14. marts 1934 med ændringer, jf. indenrigsministeriets lovbekendtgørelse nr. 197 af 14. maj 1970).

Som medlemmer af kommissionen udpegedes:

Sundhedsstyrelsen:

overlæge, dr. med. ERNST GOLDSCHMIDT (formand)

overlæge, dr. med. NIELS ROSSING

overlæge JØRGEN FOG (fra 1.10.1974)

overlæge, dr. med. JØRGEN WORM-PETERSEN (udtrådt 1.4.1974)

Sundhedsstyrelsens specialistnævn:

praktiserende læge PALLE SVITH

reservelæge MOGENS KJÆRGAARD HANSEN (fra 1.4.1977)

afdelingsleder, lektor, dr. med. RENÉ VEJLSGAARD (udtrådt 1.5.1976)

Den alm. danske lægeforening:

overlæge, dr. med. STEFFIN GJØRUP

overlæge, dr. med. ERIK HENRICHSEN

praktiserende læge OLE SELMER (fra 1.12.1974)

overlæge JØRGEN FOG (overflyttet 1.10.1974)

Foreningen af yngre læger:

overlæge, dr. med. HANS KARLE (fra 1.5.1974)

reservelæge LEIF LPSÉN (fra 1.4.1977)

reservelæge PER VAGN-HANSEN (fra 1.4.1977)

reservelæge MOGENS KJÆRGAARD HANSEN (overflyttet 1.4.1977)

overlæge GUNNAR SCHIØLER (udtrådt 1.3.1977)

reservelæge JØRGEN KILFENR (udtrådt 1.4.1974)

Undervisningsministeriet:

overlæge, dr. med. CARL MARTIN MADSEN

professor dr. med. h.c. TYGE SØNDERGAARD

professor dr. med. BENT SØRENSEN

Dansk Medicinsk Selskab:

professor, dr. med. SIGVARD KAAFF

overlæge, dr. med. NIELS SCHWARTZ SØRENSEN (fra 15.12.1975)

professor dr. med. MOGENS ANDREASSEN (udtrådt 15.12.1975)

Som observatører fra indenrigsministeriet:

kontorchef cand. jur. JACOB TØRNING

kontorchef, cand. jur. NIELS BENTSEN (fra 1.10.1975)

sekretær, cand. jur. C. MØRCH PETERSEN (udtrådt 1.9.1975)

Som sekretærer:

sekretær KIRSTEN FISCHER
amtslæge, dr. med. CLAUD LUNDSTEDT
ekspeditionssekretær, cand. jur. JOHS. NEHM
overlæge GUNNAR SCHIØLER (fra 1.3.1977)
reservelæge JENS ASTRUP (udtrådt 1.10.1976)

I sekretariatet har i perioder fungeret:
lektor, læge EVA STEINSS
reservelæge TORBEN B.SØRENSEN

Kommissionens første møde fandt sted i januar 1974, og der har i alt været afholdt 33 plenummøder. Desuden har kommissionen nedsat 15 udvalg og arbejdsgrupper med følgende sammensætning:

Arbejdsgruppe vedrørende uddannelsen i almen medicin:*)

praktiserende læge PALLE SVITH (formand)
reservelæge JENS ASTRUP (sekretær)
professor PAUL BACKER, København
praktiserende læge NIELS BENTZEN, Odense
reservelæge MORTEN CHRISTY, F.a.y.l.
overlæge JØRGEN FOG
læge SVEND JUUL, Århus
praktiserende læge OLE SELMER

Arbejdsgruppe vedrørende børnepsykiatri:

afdelingsleder, lektor, dr. med. RENÉ VEJLS-GAARD (formand)
overlæge ULLA BOESEN, børnepsykiatrisk sektion, Dansk Psykiatrisk Selskab
overlæge JØRGEN FOG
overlæge HENRIK HOFFMEYER, voksenpsykiatrisk sektion, Dansk Psykiatrisk Selskab
professor, dr. med. JOHS. MELCHIOR, Dansk pædiatrisk Selskab.

Udvalg vedrørende den teoretiske videreuddannelse:

overlæge, dr. med. HANS KARLE (formand)
overlæge JØRGEN FOG
overlæge, dr. med. STEFFEN GJØRUP
overlæge, dr. med. C. M. MADSEN
professor, dr. med. BENT SØRENSEN

FRA FÆLLESUDVALGET FOR DE TRE FAKULTETSSTUDIENÆVN:

professor, dr. med. FRANZ BIERRING, Odense (fra marts 1976)
overlæge, dr. med. P. LINNET-JEPSEN, Århus
stud. med. TROELS PEDERSEN, Odense (fra marts 1976)

*) Betænkning om uddannelsen i almen medicin (bilag 1) er udarbejdet af speciallægekommissionen på grundlag af arbejdsgruppens forslag

stud. med. JENS PETER STEENSEN, København
stud. med. BIRGIT VISKUM, Odense (udtrådt februar 1976)

OBSERVATØR FRA INDENRIGSMINISTERIET:

kontorchef, cand. jur. NIELS BENTSEN (fra november 1975)
kontorchef, cand. jur. JACOB TØRNING (udtrådt november 1975)

FRA SPECIALLÆGEKOMMISSIONENS SEKRETARIAT:

ekspeditionssekretær, cand. jur. JOHS. NEHM
reservelæge JENS ASTRUP (udtrådt februar 1976)

Udvalg vedrørende den teoretiske videreuddannelse:

Arbejdsgruppe A vedrørende stof overførsel:
professor, dr. med. FRANZ BIERRING (fra marts 1976)

overlæge, dr. med. P. LINNET-JEPSEN
stud. med. TROELS PEDERSEN (fra marts 1976)
stud. med. JENS PETER STEENSEN
reservelæge JENS ASTRUP (udtrådt februar 1976)
stud. med. BIRGIT VISKUM (udtrådt februar 1976)

Udvalg vedrørende den teoretiske videreuddannelse:

Arbejdsgruppe B vedrørende planlægning og koordination af den teoretiske videreuddannelse:

overlæge, dr. med. STEFFEN GJØRUP
overlæge, dr. med. HANS KARLE
amtslæge, dr. med. CLAUD LUNDSTEDT
ekspeditionssekretær, cand. jur. JOHS. NEHM

Udvalg vedrørende den teoretiske videreuddannelse:

Arbejdsgruppe C vedrørende kursusplaner, mål- og pensumbeskrivelser, evalueringsformer og pædagogiske spørgsmål:

overlæge, dr. med. HANS KARLE
ekspeditionssekretær, cand. jur. JOHS. NEHM
overlæge, dr. med. JØRN NERUP, Lægeforeningens uddannelseskomite.
afdelingsleder, cand. jur. & art. OLE B. THOMSEN, Institut for anvendt pædagogik, Københavns universitet.

Arbejdsgruppe vedrørende blokansættelser i lægernes videreuddannelse:

overlæge, dr. med. E. GOLDSCHMIDT, (formand)
reservelæge MOGENS KJÆRGAARD HANSEN

amtslæge, dr. med. CLAUS LUNDSTEDT (sekretær)

overlæge, dr. med. C. M. MADSEN

overlæge GI NN AR SCHIØLER

Arbejdsgruppe vedrørende speciallægeuddannelserne i den intern medicinske blok:

overlæge, dr. med. E. GOLDSCHMIDT (formand)

amtslæge, dr. med. CLAUS LUNDSTEDT

overlæge GUNNAR SCHIØLER

reservelæge TORBEN B. SØRENSEN (sekretær)

FRA DANSK SELSKAB FOR INTERN MEDICIN:

1. reservelæge VAGN ANDERSEN

professor, dr. med. GUNNAR BENDIXEN

overlæge, dr. med. AAGE DRIVSHOLM

overlæge, dr. med. STEFFEN HVIDT

overlæge, dr. med. K. HØEDT RASMUSSEN

overlæge, dr. med. HANS KARLE

Arbejdsgruppe vedrørende den fremtidige speciallægeuddannelse i laboratorie-specialerne:

overlæge, dr. med. NIELS ROSSING (formand)

overlæge dr. med. HANS KARLE

amtslæge, dr. med. CLAUS LUNDSTEDT (sekretær)

overlæge GUNNAR SCHIØLER

afdelingsleder, lektor dr. med. RENÉ VEJLS-GAARD (udtrådt maj 1976)

Arbejdsgruppe vedrørende speciallægeuddannelsen i patologisk anatomi:

overlæge, dr. med. HANS KARLE (formand)

overlæge dr. med. STEFFEN GJØRUP

FRA DANSK SELSKAB FOR PATOLOGISK ANATOMI:

1. reservelæge CLAUS FENGER

reservelæge IBEN HOLTEN

professor, dr. med. FINN KOCH

professor, dr. med. JØRGEN RINGSTED

overlæge, dr. med. K.-E. SJØLIN

afdelingsleder, dr. med. J. VOIGT

overlæge, dr. med. J. VRAA-JENSEN

Arbejdsgruppe vedrørende den fremtidige speciallægeuddannelse i fysiurgi/reumatologi:

overlæge, dr. med. NIELS ROSSING

overlæge GUNNAR SCHIØLER

FRA DANSK FYSIURGISK SELSKAB:

1. reservelæge JOHS. FRIIS

overlæge ERIK MARTIN JENSEN

overlæge PETER HELBY PETERSEN

reservelæge JESPER SYLVEST

Arbejdsgruppe vedrørende uddannelsen i samfundsmedicin:

overlæge JØRGEN FOG (formand)

afdelingsleder, læge ERIK HOLST

ekspeditionssekretær, cand. jur. Jons. NEHM (sekretær)

kredslæge NILS ROSDAHL

stud. med. N. P. ROTHGARDT

læge JENS STOKHOLM

Arbejdsgruppe vedrørende speciallægeuddannelserne i den kirurgiske blok:

overlæge, dr. med. E. GOLDSCHMIDT (formand)

amtslæge, dr. med. CLAUS LUNDSTEDT

overlæge GUNNAR SCHIØLER

reservelæge TORBEN B. SØRENSEN (sekretær)

FRA DANSK KIRURGISK SELSKAB:

1. reservelæge H. E. CARSTENSEN

overlæge, dr. med. K. FISCHERMANN

overlæge, dr. med. FLEMMING LUND

overlæge, dr. med. OLE VAGN NIELSEN

overlæge, dr. med. K. RECHNAGEL

professor, dr. med. H. RAHBK SØRENSEN

Arbejdsgruppe vedrørende den kliniske videreuddannelse:

overlæge, dr. med. C. M. MADSEN

overlæge, dr. med. JØRN NERI P, Lægeforeningens uddannelseskomite.

overlæge GUNNAR SCHIØLER

Arbejdsgruppe vedrørende økonomien i de lægelige videreuddannelser:

overlæge, dr. med. STEFFEN GJØRUP

amtslæge, dr. med. CLAUS LUNDSTEDT

ekspeditionssekretær, cand. jur. JOHS. NEHM

FORUDSÆTNINGER FOR KOMMISSIONENS ARBEJDE

Sundhedsstyrelsens overvejelser

Som sine begrundelser for, at der burde nedsættes en speciallægekommission, fremkom sundhedsstyrelsen med følgende betragtninger:

»Den nugældende ordning vedrørende videreuddannelse til speciallæge trådte i kraft i juni 1966. Den betegnede i flere henseender et principielt brud med den forudgående speciallægeuddannelse. Nyt var således også, at indenrigsministeriet kun udsendte en rammebekendtgørelse om principper for speciallægeuddannelsens form og indhold samt om

antallet og navnet på de anerkendte specialer. Det blev herved overladt til sundhedsstyrelsen efter forhandling med specialistanævnet at fastsætte detaljerede uddannelseskrav, og at tage stilling til, hvilke sygehusafdelinger, der var egnede for de enkelte dele af den kliniske uddannelse. Der blev endvidere givet specialistanævnet muligheder for at tilpasse uddannelseskravene gennem supplerende foranstaltninger, for eksempel generelle dispensationer.

På denne måde opnåede man, at der inden for rammerne af den ministerielle bekendtgørelse kunne foretages løbende ændringer i uddannelseskravene. Til trods for at denne mulighed er udnyttet i betydeligt omfang af specialistanævnet og sundhedsstyrelsen både ved detailændring og en større revision i 1971, skønnes tiden nu at være inde til en samlet overvejelse af principperne for videreuddannelse til speciallæge i lys af de ændringer, som siden 1960'erne er foregået i sundhedsvæsenet særligt sygehusene og i forhold til de øvrige nordiske landes speciallægeuddannelser samt ved Danmarks indtræden i EF.

Den hidtidige udvikling siden speciallægeordningen blev lovfæstet tyder på, at det her i landet er hensigtsmæssigt med generelle revisioner af principperne for speciallægeuddannelsen med 10-15 års mellemrum, og at disse revisioner bør foregå på grundlag af et bredt udvalgsarbejde.

Den nærmere begrundelse for indstillingen kan resumeres som nedenfor angivet.

1. Der er 32 specialer, hvoraf nogle må betegnes som rene sygehusspecialer. Trods det store antal specialer fremsættes stadig ønsker om anerkendelse af nye specialer, og det må erkendes, at der er et fortsat behov for grenspecialisering og udvikling af ekspertområder.
2. Funktionen som fast læge eller praktiserende speciallæge er i en række specialer stærkt varierende, og indholdet i uddannelsen repræsenterer kompromisløsninger, der ikke altid er hensigtsmæssige.
3. Der findes såvel snævre såkaldte ekspertområder som bredere alment orienterede arbejdsområder, for eksempel arbejdsmedicin og samfundsmedicin, som ikke er indplaceret i det nuværende uddannelsessystem.
4. Forsøg på integrering af sygehusafdelinger såvel i medicinske respektive kirurgiske

blokke som i organorienterede blandede medicinske/kirurgiske afdelinger med fælles personale og indførelse af skiftetjeneste med forskellige arbejdsområder i dag- og nattimerne skaber problemer for den uddannelsesmæssige klassificering af sådanne afdelinger. Ligeledes gør den tilstræbte funktionelle samordning af laboratoriespecialerne vurderingen af de enkelte uddannelser efter den nugældende ordning vanskelig.

5. Det nuværende uddannelsesmønster kræver et betydeligt antal ansættelser som betingelse for opnåelse af speciallægeanerkendelse. I en periode med svigtende uddannelseskapacitet i systemet indebærer dette en forlængelse af uddannelsestiden medførende stase og deraf følgende utilstrækkelig produktion af speciallæger.
6. Den nugældende studieordning for de lægevidenskabelige hovedområder forudsætter en sammenhæng mellem grunduddannelsen og videreuddannelserne, som enten fører til speciallægeanerkendelse eller tilladelse til at virke som alment praktiserende læge. Denne koordination er fra alle sider tilstræbt, men af flere årsager kun gennemført i begrænset omfang.
7. Danmarks tilslutning til EF stiller nye krav til uddannelsesreglerne, hvis de af EF-kommissionen foreslåede direktiver vedrørende læger sættes i kraft.«

Kommissionens overvejelser

De foran anførte begrundelser for en ændring af reglerne for speciallægeuddannelserne er under kommissionens arbejde blevet uddybet og suppleret på forskellige punkter.

Utilfredsheden med kursusstillingen, som efterhånden blev markant i flere specialer, skyldtes enten at stillingerne flere steder ikke havde noget særligt indhold i forhold til almindelige reservelægestillinger, eller at de øvrige reservelæger i afdelingen følte en forskelsbehandling, når der virkelig var et særligt indhold i stillingen.

Efterhånden som de teoretiske kurser ændredes mere og mere hen imod flerdageskurser fordelt over 1-2 år, blev sammenkoblingen af kursus og kursusstilling mindre logisk og afløstes af et behov for ansættelse på landsdelssygehus, suppleret med et derfra ofte helt adskilt teoretisk kursus.

Det må fremhæves, at det nuværende antal specialer (32) er mere eller mindre

tilfældigt, stort set afhængigt af traditioner og af, om nogle interesserede selskaber eller enkeltpersoner på det rette tidspunkt har henvendt sig til specialistnævn eller sundhedsstyrelse. Således findes i dag anerkendte specialer i for eksempel klinisk neurofysiologi, tropemedicin, nefrologi, urologi etc., men ikke i for eksempel hæmatologi, karkirurgi, retspatologi eller nuklearmedicin, og antallet af anerkendte specialer kunne lige så godt have været mindre eller væsentligt større. Speciallægekommissionen har derfor blandt andet set det som sin opgave at tilvejebringe en fleksibel ordning, således at nye funktionsområder kan integreres i det bestående uddannelsessystem, efterhånden som behovene herfor opstår.

Det må erkendes, at speciallægereglene i visse tilfælde har haft en uhensigtsmæssig indflydelse på udviklingen af specialfunktioner i sygehusvæsenet, mens planlægningen af sygehusvæsenet snarere burde have påvirket Liddannelsesforløbene. Der tænkes her på optagelse af visse specialfunktioner i dele af sygehusvæsenet, som ikke har et tilstrækkeligt patientgrundlag til at opretholde den fornødne ekspertviden hos lægerne. Herved er der risiko for fejlinvesteringer, og på lidt længere sigt forkert eller endog manglende visitation til specialafdelingerne.

Den nuværende klassifikation af afdelinger i uddannelsesmæssig henseende fungerer ikke efter intentionerne. Dels har der ligget et vældigt pres på specialistnævnet fra afdelinger, som ønskede klassifikation så »fint« som

muligt, og dels har der ikke været nogen reel vurdering af den uddannelsesmæssige værdi af afdelingerne som grundlag for klassifikationerne. Specialistnævnet har ikke haft kapacitet til en sådan vurdering af de enkelte afdelinger; derfor har man arbejdet med andre, mindre relevante kriterier for klassifikationen, hvorved den nøje vurdering af en uddannelsesmæssig værdi ikke altid har været det mest fremtrædende.

Uddannelseskapaciteten i sygehusvæsenet er i den periode, kommissionen har arbejdet, blevet stedse hårdere belastet, således at der nu er tale om, at uddannelsessystemet på flere områder er brudt sammen. I 1976 er der taget skridt til en imødegåelse af dette problem i form af en adgangsregulering til det lægevidenskabelige studium, men effekten heraf vil først vise sig i speciallægeuddannelserne i slutningen af 1980'erne.

Allerede på nuværende tidspunkt kan man konstatere, at på trods af et meget stort udbud af lægevidenskabelige kandidater er produktionen af færdiguddannede speciallæger relativt i aftagende, fordi der er så store vanskeligheder med at opnå de nødvendige uddannelsesstillinger.

Det har derfor været et meget væsentligt mål for speciallægekommissionen at arbejde hen imod et så fleksibelt uddannelsessystem som muligt med et relativt sent endeligt funktionsvalg inden for de enkelte specialer eller grupper af specialer, kombineret med den størst mulige udnyttelse af de uddannelsesmæssige ressourcer.

Kapitel 2

Udviklingen 1973-77

Speciallægekommissionen blev nedsat sidst på året i 1973, og man har derfor fundet det hensigtsmæssigt at give en kort redegørelse for en række begivenheder og udviklingstendenser siden da, som har influeret på kommissionens arbejde.

Der har i den forløbne periode fundet en fortsat og tiltagende forringelse sted af uddannelsessituationen for yngre læger. Denne situation, som først og fremmest er betinget i en voldsomt stigende og stadig meget høj produktion af lægevidenskabelige kandidater, blev i 1973 betegnet som faretruende, men må nu på flere områder karakteriseres som katastrofal, eftersom de lægelige videreuddannelser på flere områder enten er brudt sammen eller står umiddelbart foran sammenbrud. Dette illustreres blandt andet ved, at omkring 1000 danske læger har set sig nødsaget til at søge arbejde og videreuddannelse i Sverige, samtidig med at der herhjemme, foruden et skiftende antal arbejdsløse yngre læger, findes mere end 1000 læger, som ikke er i stand til at opnå de for uddannelserne nødvendige ansættelser inden for en rimelig tid.

På længere sigt kan disse uddannelsesmæssige vanskeligheder true rekrutteringen til blandt andet sygehusvæsenets overlægestillinger, fordi man kommer i den situation, at der på trods af et stort udbud af lægevidenskabelige kandidater, kun er få, der kan gennemføre en så tilstrækkelig alsidig og lødig uddannelse, at de kan kvalificere sig til ansættelse som overlæge.

I de forløbne år er der taget flere initiativer til at løse dette problem, og et af resultaterne af bestræbelserne er det såkaldte Tørning-udvalgs betænkning fra 1975 (Indstilling afgivet af en af indenrigsministeriet ned-

sat arbejdsgruppe vedrørende uddannelsen af lægevidenskabelige kandidater til almen praksis, 1975) (3).

I indstillingen slog arbejdsgruppen til lyd for en bedre udnyttelse af uddannelseskapaciteten med en afkortning af den fælles almenuddannelse efter embedseksamen. Man foreslog en fremtidig almenuddannelse på 1½ år for alle læger, tilrettelagt som en turnusordning, og herudover en specifik videreuddannelse for de læger, som ønskede at virke i almen praksis. I indstillingen foreslog man endvidere, at både turnusuddannelsen og den supplerende uddannelse til almen praksis gennemførtes som blokansættelser.

Blandt andet Tørning-udvalgets forslag førte frem til, at speciallægekommissionen fremskyndede arbejdet med en delbetænkning om uddannelsen i almen medicin (bilag 1), hvori man foreslog en uddannelse af alment praktiserende læger på i alt 5 år, svarende til en speciallægeuddannelse i faget almen medicin. Desuden foreslog man en overgangsuddannelse af 3 års varighed, ud fra en erkendelse af, at det ville kræve tid at etablere det fornødne antal uddannelsesstillinger blandt andet i almen praksis. Betænkningen blev i alt væsentligt vel modtaget, idet dog nogle instanser havde betænkeligheder ved at indføre den lange 5-årige uddannelse.

I Bruxelles nåede man i 1975 til enighed om direktiver for lægers frie etableringsret i de europæiske fællesskaber og gensidig anerkendelse af eksaminer og autorisationer, herunder også visse minimumskrav til de lægelige uddannelser. Disse krav måtte nødvendigvis indgå som en forudsætning for kommissionens arbejde, idet direktiverne er trådt i kraft i december 1976.

I en årrække har man arbejdet på at skabe en udvidelse af reglerne for det fælles nordiske arbejdsmarked for læger, således at reglerne også skulle omfatte speciallæger. I 1976 afsluttede man forhandlingerne om en aftale, som omfatter gensidig anerkendelse af speciallægeuddannelserne, og som nu er ratificeret af Danmark, Sverige og Norge, medens Finland ventes at ratificere aftalen i løbet af 1977. Speciallægekommisionen har ladet disse aftaler indgå som forudsætning for sit arbejde.

I maj 1976 vedtog folketinget en ændring af lægeloven. Loven, som trådte i kraft den 1. december 1976, fastsætter en 1½-årig fælles almenuddannelse for alle læger og giver det nødvendige lovmæssige grundlag til gennemførelse af påkrævede ændringer i øvrigt i lægernes videreuddannelse. Ved lovens ikrafttræden kunne man således ved bekendtgørelse fastsætte nye regler om den 18 måneders almenuddannelses praktiske gennemførelse og om uddannelseskravene til alment praktiserende læger. Den forstnævnte bekendtgørelse fastsætter reglerne for en turnusordning, der skal sikre, at alle læger får en fælles almenuddannelse i tilslutning til aflagt embedseksamen, men det må med beklagelse konstateres, at endnu 8 måneder efter bekendtgørelsens ikrafttræden er bestemmelserne ikke fort ud i livet, uanset at dette må være en absolut forudsætning for at løse de uddannelsesmæssige kapacitetsproblemer.

Speciallægekommisionen har i slutningen af 1976 afgivet en delbetænkning om speciallægenævnets fremtidige struktur (bilag 7). I overensstemmelse med denne betænkningss forslag og bemærkningerne til lægelovsændringen udstedte indenrigsministeriet bekendtgørelse om midlertidige ændringer i speciallægenævnets sammensætning, således at sygehuskommunerne og indenrigsministeriet nu også er repræsenteret i nævnet.

Samtidig med speciallægekommisionen har også andre udvalg arbejdet med problemer, hvis løsning er af betydning for det samlede sundhedsvæsen og derfor også af betydning for speciallægekommisionens arbejde. Det faglige landsudvalg for sundhedsuddannelserne har beskæftiget sig intenst med

revision af uddannelsesplaner for samtlige sundhedsprofessioner og er også fremkommet med det i 1976 gennemførte forslag til en adgangsregulering ved det lægevidenskabelige studium. (Indstilling om reformer af de længerevarende sundhedsuddannelser, 1976) (4). På dette og andre områder har kommissionen nøje fulgt arbejdet i det faglige landsudvalg, således at man har kunnet tage hensyn til dette udvalgs arbejde under drøftelserne i kommissionen.

Indenrigsministeriets lands- og landsdelspecialudvalg og Rigshospitalsudvalgets overvejelser er af betydning for speciallægekommisionens arbejde. Det førstnævnte udvalg har i januar 1977 afgivet sin første delbetænkning (Delbetænkning vedrørende lands- og landsdelsfunktioner, afgivet af et af indenrigsministeren nedsat udvalg, 1977) (5), som foreslår oprettet et landsdækkende planlægnings- og visitationsudvalg, som skal fastlægge retningslinjerne for lands- og landsdelspecialerne. Kommissionen har tilstræbt, at dens forslag hensigtsmæssigt kan indpasses i disse udvalgs fortsatte arbejde.

Endelig har kommissionen i en vis udstrækning været orienteret om aktiviteten i det af indenrigsministeren nedsatte prioriteringsudvalg, hvis betænkning er afgivet i maj 1977 (Prioritering i sundhedsvæsenet, 1977) (6).

I forbindelse med årsberetningen i 1975 stillede kommissionen en række konkrete spørgsmål til speciallægeselskaberne og universiteterne (bilag 13), og kommissionen har ligeledes sendt forskellige redegørelser ud til horing. Den herved etablerede dialog med speciallægeselskaberne, lægestanden og universiteterne har blandt andet haft til formål at skabe forståelse for nødvendigheden af de forslag, kommissionen fremlægger, og som i et vist omfang bryder med hidtidige principper. De indkomne kommentarer og besvarelser er indgået i kommissionens arbejde og har blandt andet medført, at visse forslag fra kommissionen er blevet modificeret eller opgivet. Intensive forhandlinger med speciallægeselskaberne om uddannelseskrav har været ført i foråret 1977.

Kapitel 3

Forholdene i udlandet

Danske læger er omfattet af to arbejdsmarkedsaftaler, en der dækker de nordiske lande, og en der dækker EF-landene. Uddannelseskrav og antal anerkendte lægelige specialer i disse lande er derfor af særlig interesse.

For de nordiske landes vedkommende eksisterer siden 1965 en overenskomst om et fælles nordisk arbejdsmarked for læger. Denne overenskomst er i 1976 aftalt udvidet til at omfatte speciallæger, og ændringen af overenskomsten forventes endeligt ratificeret i 1977. I overenskomstens forord udtales, at såvel grunduddannelsen som videreuddannelsen til speciallæge i det væsentlige er ligeværdige i de respektive stater, og at statsborgere i disse, som har erhvervet speciallægeanerkendelse i et af landene, kan få tilsvarende anerkendelse i de øvrige. Det er dog en forudsætning, at lægen er i besiddelse af ubegrænset autorisation som læge (tilladelse til selvstændigt virke) i det pågældende land, og at det pågældende speciale er anerkendt i henhold til landets regler for speciallægeanerkendelser. I praksis indebærer dette, at læger fortsat skal bestå en prøve i medicinallovgivning m.m., før speciallægeanerkendelsen kan gives. Der er ikke vedtaget fælles regler for speciallægeuddannelserne, men dels er uddannelsernes struktur i vidt omfang baseret på en fælles nordisk betænkning om specialistuddannelse fra 1964, dels består der i ret vidt omfang formaliserede kontakter mellem de nordiske landes medicinalstyrelser, lægeforeninger og lægevidenskabelige selskaber samt gennem Nordisk Federation for Medicinsk Undervisning. Dette i forbindelse med et nogenlunde ensartet niveau i sundhedsvæsenet og på uddannelsesområdet sikrer, at også speciallægeuddannelserne kan påregnes fortsat at ville udvikles på samme niveau.

For de europæiske fællesskabers vedkommende er der ved lægedirektiverne af 16. juni 1975, der er gennemført i Danmark ved indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 603 af 17. december 1976, fastsat minimumskrav til både læge- og speciallægeuddannelserne. For speciallægeuddannelserne forudsætter direktiv 75/363/EØF i artikel 2,

- at lægen har gennemført en grunduddannelse på mindst 6 år,
- at speciallægeuddannelsen omfatter både praktisk og teoretisk undervisning,
- at speciallægeuddannelsen foregår i heltidsansættelse under tilsyn af kompetente myndigheder eller organer,
- at speciallægeuddannelsen finder sted på et universitetssygehus eller et andet sygehus, der er godkendt til dette formål af de kompetente myndigheder,
- at speciallægeuddannelsen har en minimumsvarighed, der er nærmere fastsat for de enkelte specialer, og som er fra 3 til 5 år.

Samtidig med vedtagelse af direktiverne har ministerrådet oprettet et rådgivende udvalg for lægeuddannelsen og et udvalg af højere embedsmænd inden for sundhedsvæsenet.

Det rådgivende udvalg skal bidrage til at sikre et sammenligneligt højt niveau for lægeuddannelsen både med hensyn til grunduddannelse og videreuddannelse. Udvalget består af tre sagkyndige (med suppleanter) fra hvert medlemsland og er knyttet til og skal rådgive EF-kommissionen.

Udvalget af embedsmænd inden for sundhedsvæsenet har til opgave at følge iværksættelsen af lægedirektiverne, indsamle oplysninger om vilkårene for ydelse af læge- (herunder speciallæge-)hjælp i medlemslandene samt

afgive erklæringer til kommissionen med henblik på eventuelle ændringer i direktiverne. Udvalget er sammensat af embedsmænd, der er direkte ansvarlige inden for sundhedsvæsenet.

De mange problemer i forbindelse med lægedirektiverne behandles også i et delvist formaliseret samarbejde dels mellem EF-landenes lægeforeninger dels mellem landenes autorisationsgivende myndigheder.

Forholdene i Norden

Speciallægeuddannelserne i de nordiske lande følger som anført de principper, der er omtalt i den nordiske betænkning (Specialistkompetens för nordiska Lakare, 1964) (7), selvom den aftale mellem de nordiske lande, som betænkningen lagde op til, aldrig blev ratificeret.

De for tiden anerkendte specialer fremgår af tabel 1.

Enkelte forhold, specielt vedrørende **den teoretiske videreuddannelse** skal kort omtales.

Finland:

Fra 1. januar 1977 er der udover den kliniske uddannelse fastsat krav om en teoretisk uddannelse, således at enhver, der herefter søger speciallægeanerkendelse, skal godtgøre, at han inden for sit område har gennemgået mindst 60 timers teoretisk undervisning, som kan godkendes af »specialitetskommissionen«. I en overgangsperiode omfattende speciallægeanerkendelser der udstedes indtil udgangen af december 1977, udgør teoriuddannelseskra- vet dog kun 30 timer. Som teoretisk uddannelse godkendes specialernes videre- og efteruddannelsesarrangementer, hvis varighed er mindst 5 timer i døgnet, og som arrangeres af de lægevidenskabelige fakulteter eller lægeforeningerne. Fra samme kursus kan højst medregnes 15 timers undervisning, medmindre et højere antal timer er godkendt af kommissionen. Som teoretisk uddannelse medregnes også internationale symposier og kurser. Det fastsættes, at kun $\frac{1}{3}$ af undervisningen kan tages inden for områder, der blot tangerer det pågældende specialområde, medens sygehuse- nes interne uddannelse ikke medregnes. Dok- tordisputats anses derimod at svare til 15 timers teoretisk undervisning. Foruden dette krav til formaliseret teoretisk undervisning, er der krav om bestået specialisteksamen.

Tabel 1. *Anerkendte lægelige specialer i de nordiske lande.*

	Dan- mark	Fin- land	Norge	Sve- rige
Almen medicin (almen läkare)				×
Anæstesiologi	×	×	×	×
Arbejdsmedicin		×	×	×
Audiologi				×
Børnekirurgi		×	×	×
Børneneurologi		×		
Børnepsykiatri	×	×	×	×
Cardiologi	×		×	×
Dermato-venerologi ..	×	×	×	×
Diagnostisk radiologi ..	×	×	×	×
Endokrinologi				×
Foniatri		×		×
Fysiurgi	×	×	×	
Gynækologi/obstetrik ..	×	×	×	×
Gynækologisk radioterapi		×		×
Hälsovård		×		
Håndkirurgi				×
Infektionssygdomme ...				×
Intern medicin	×	×	×	×
Kirurgi	×	×	×	×
Kirurgisk gastro- enterologi	×			
Klinisk blodtype- serologi	×	×	×	×
Klinisk farmakologi		×		
Klinisk fysiologi	×	×	×	×
Klinisk kemi	×	×	×	×
Klinisk mikrobiologi ...	×	×	×	×
Klinisk neurofysiologi ..	×	×	×	×
Klinisk virologi				×
Kæbekirurgi		×	×	
Langtidsmedicin	×			×
Medicinsk gastro- enterologi	×		×	×
Medicinsk genetik			×	
Medicinske lunge- sygdomme	×	×	×	×
Medicinsk rehabili- tering			×	×
Nefrologi	×	×	×	×
Neurokirurgi	×	×	×	×
Neuromedicin	×	×	×	×
Oftalmologi	×	×	×	×
Ortopædisk kirurgi	×	×	×	×
Oto-rhino-laryngo- logi	×	×	×	×
Patologisk anatomi	×	×	×	×
Plastikkirurgi	×	×	×	×
Psykiatri	×	×	×	×
Pædiatri	×	×	×	×
Retspsykiatri		×		×
Rheumatologi		×	×	×
Socialmedicin				×
Terapeutisk radiologi ..	×	×	×	×
Thoraxkirurgi	×	×	×	×
Tropemedicin	×		×	
Urologi	×	×	×	×
Geriatrici			×	

Norge:

Det norske system har været karakteriseret ved en sammenlægning af den teoretiske videre- og efteruddannelse. Det faglige ansvar for uddannelsen er henlagt til de medicinske fakulteter, ligesom finansieringen for størstedelen sker over universitetsbudgetterne og iøvrigt via tilskud fra den norske lægeforenings fond til videre- og efteruddannelse samt kursusafgifter fra de uddannelsessøgende. Der er adgang til kurserne for alle norske læger, idet der dog er mulighed for at give læger under videreuddannelse fortrinsadgang. Det praktiske arbejde med tilrettelæggelsen af kurserne varetages af fakulteternes udvalg for lægers videre- og efteruddannelse, bistået af et sekretariat. Der udarbejdes årligt et kursus-katalog, der indeholder 80-90 kurser af fra 2 til 5 dages varighed, hvortil kommer lydbåndsudgaver af udvalgt stof fra kurser for alment praktiserende læger. Af kursuskataloget fremgår, hvilke delkurser de for hvert speciale nedsatte udvalg godkender i den formaliserede uddannelse, medens det for specialer uden fastsatte krav til uddannelse er angivet, hvilke kurser de sagkyndige udvalg anser som særligt relevante i uddannelsen. De generelle krav har siden 1974 været 60 timer ved kursus, godkendt af vedkommende udvalg. For ansøgere om speciallægeanerkendelse efter den 1. januar 1977 er timetallet i de fleste specialer forhøjet til 120 timer, i psykiatri til 200 timer. Ansvarlig for godkendelse af specialistuddannelse er den norske lægeforenings centralstyrelse. Som rådgivende organ er oprettet et specialitetsråd med repræsentanter for helse-direktoratet, de medicinske fakulteter, specialforeningerne og læger under uddannelse. De sagkyndige udvalg »specialitetskorniteerne« oprettes for hvert speciale efter indstilling fra specialforeningerne og består af fem medlemmer, blandt andet med repræsentation af universitetslærere og læger under uddannelse. Årsagen til, at der i Norge ikke er gennemført nogen adskillelse af teoretisk videre- og efteruddannelse er, at man forventer, at de to lægegrupper gensidigt inspirerer hinanden.

Sverige:

Efter afsluttet universitetsstudium påbegynder enhver læge sin videreuddannelse med 21 måneders almentjeneste, der afsluttes med en eksamination i medicin, kirurgi og psykiatri. Derefter fortsættes med speciallægeuddannel-

ser, der gennemføres i en blokansættelse og indeholder krav om en teoretisk videreuddannelse. Når uddannelsessystemet er fuldt udbygget, skal videreuddannelsen omfatte 120 timers formaliseret undervisning per uddannelsessøgende svarende til 6 ugekurser å 20 timer, hvortil kommer 10-15 timer per kursus til anden undervisningsaktivitet. Foreløbig er de formelle krav gennemgang af mindst 4 kurser, men de fleste får allerede 5-6 kurser. Fra den 1. juli 1978 vil 6 ugekurser være obligatorisk for alle specialer.

Det administrative og faglige ansvar for videreuddannelsen er henlagt til Nævnet for lægers videreuddannelse (NLV), som sorterer direkte under socialdepartementet med sæde i socialstyrelsen. I nævnet, hvis 13 medlemmer udpeges af regeringen, har alle ansvarlige for lægers uddannelse sæde, d.v.s. socialstyrelsen, universitets- og højskoleåmbetet og de medicinske fakulteter, Landstingsforbundet (svarede nogenlunde til Amdtsrådsforeningen i Danmark), Kommuneforbundet, Sveriges lægeforening. Det svenske lægeselskab og Studenterforbundet. Nævnet har til opgave at fastlægge de generelle retningslinjer for videreuddannelsen, herunder organisation og økonomi. Nævnet udpeger de nedennævnte ekspertgrupper, samarbejder med de regionale komiteer og formidler det internationale samarbejde.

Under nævnet findes særlige afdelinger for henholdsvis den systematiske videreuddannelse (NLV:U), omfattende både almenuddannelse og speciallægeuddannelse, almentjenesten (NLV:AT) og kompetencegivning (både til almen praksis og speciallægevirksomhed) (NLV:B).

NLV:U administrerer kursusvirksomheden, herunder udarbejdelse af kursuskatalog og yder pædagogisk assistance. Som rådgivende organer er oprettet emneekspertgrupper for hvert speciale eller grupper af specialer samt for almenuddannelsen (ialt 31). Ekspertgrupperne udpeges af NLV efter indstilling fra de medicinske fakulteter, Sveriges taleforening og Det svenske lægeselskab. Disse ekspertgrupper er rådgivende over for NLV og varetager den konkrete planlægning inden for eget virksomhedsområde samt fastsætter, hvilke kurser der godkendes i de enkelte uddannelser.

Kursuslederne for de enkelte kurser udpeges af NLV:U efter indstilling fra ekspertgruppen. Kursuslederen, der eventuelt bistås af en

selvvalgt sekretær, har meget vidtgående be-
føjelser; han udarbejder kursusprogrammet i
detaljer, d.v.s. forslag til indhold, lærerkræfter
etc., og opstiller budget. Både indhold og
økonomi godkendes af NLV:U. Desuden ud-
vælger kursuslederen deltagerne efter ansøg-
ning, giver eventuel studieanvisning, tilrette-
lægger kundskabsprøve og godkender kursus-
deltagelse. Ved kursets afslutning indsendes
beretning til NLV:U. Svarende til det betydeli-
ge ansvar og arbejde er kursuslederhonoraret
så stort, at kursuslederen og kursussekretæren
kan frigøres fra normale funktioner i tilsam-
men 3 uger.

Det praktiske arbejde i NLV varetages af
et sekretariat med 17 heltidsansatte, hvoraf 3
er knyttet til kursusvirksomheden. De samlede
udgifter til den teoretiske videreuddannelse er
for tiden ca. 18 mio. svenske kroner pr. år. Der
udsendes årligt et katalog over samtlige kur-
ser til alle svenske læger under videreuddan-
nelse. Det samlede kursusudbud i 1976-77 er
297 kurser.

Ved den praktiske gennemførelse af kur-
susvirksomheden deltager regionale komiteer
(RLV) i de 7 sygehusregioner. De regionale
udvalg har udover administrative budgetmæs-
sige funktioner også opgaver i forbindelse
med etableringen af uddannelsesblokke.

Island

Det islandske sundhedsvæsen har indtil nu
ikke haft mulighed for selv at uddanne special-
læger, og man har derfor heller ikke uddan-
nelsesregler svarende til de øvrige nordiske
landes. Landets speciallæger er hidtil alle
blevet uddannet i udlandet især de skandina-
viske lande, England, USA, Canada og Irland.
Disse landes speciallægeanerkendelser god-
kendes uden særlige krav i Island.

Forholdene i EF

Tabel 2 giver en oversigt over de specialer,
der er omtalt i lægedirektiverne med angivel-
se af uddannelsernes minimumsvarighed. Det
fremgår heraf, at noget under halvdelen af de i
Danmark anerkendte lægelige specialer, fin-
des i samtlige andre EF-lande, medens de
øvrige specialer findes i enkelte andre EF-
lande. Undtaget herfra er klinisk fysiologi,
klinisk neurofysiologi og langtidsmedicin, som
ikke findes i noget andet EF-land, men som
muligvis for sidstnævntes vedkommende har
et fagligt indhold, der nogenlunde svarer til

geriatri. Man kan kun udøve sit speciale i
andre EF-lande, som også anerkender det
pågældende speciale.

Speciallægeuddannelsen i de andre EF-
lande foregår efter fastlagte regler, der kon-
trolleres enten af det offentlige og/eller de
lægelige organisationer. Bestemmelserne vari-
erer meget, men der findes alle steder specia-
listeksamen eller andre former for evaluering.

I **Storbritannien** varetages specialistud-
dannelsen af The Royal Colleges eller univer-
siteterne og påbegyndes efter en 1-årig tur-
nusuddannelse (Preregistration house officer).
1 gennemsnit 3 år herefter aflægges en specia-
listeksamen, som giver adgang til medlemskab
af det pågældende Royal College, og efter
yderligere 3-4 års uddannelse i specialet kan
overlægestilling (Consultancy) søges, idet an-
tallet af uddannelsesstillinger på 1. reservelæ-
geplan (Senior Registrar) løbende søges til-
passet det forventede behov for overlæger i
det pågældende speciale. Uddannelsen gen-
nemgås under vejledning af en tutor udpeget
af The Royal College. Særlige uddannelsesko-
miteer (Joint Higher Training Committees)
med repræsentation fra såvel de lægeviden-
skabelige selskaber (Societies) som fra The
Royal Colleges foretager en klassifikation af
de relevante hospitalsafdelinger. Antallet af
uddannelsesstillinger fastsættes endeligt af
andre komiteer (Central Man-Power Commit-
tees) med repræsentation af det offentlige
(Department of Health) og lægernes organisa-
tion (The British Medical Association). Med-
ens speciallægeuddannelsen således i det væ-
sentlige tilrettelægges af lægelige organisa-
tioner, har det offentlige indflydelse på produkti-
onen af speciallæger, der løbende søges tilpas-
set det forventede behov. Som et led i
iværksættelsen af de lægelige direktiver har
regeringen i december 1976 udpeget The
General Medical Council som den myndighed,
der udsteder bevis for gennemgået læge- og
speciallægeuddannelse, og ved bekendtgørel-
se af 10. juni 1977 er direktiverne i deres
helhed sat i kraft. Der er i England god
overensstemmelse imellem speciallægeuddan-
nelsernes formelle og reelle varighed.

I **Frankrig** varetages speciallægeuddan-
nelsen af universiteterne i regionale enheder
(Unité d'Enseignement et Recherche), og uni-
versiteterne regulerer enerådigt produktionen
af speciallæger, uden at det offentlige har
indflydelse herpå.

Speciallægeuddannelsen kan i Frankrig

Tabel 2. Anerkendte lægelige specialer i EF med angivelse af hoveduddannelsens minimumsvarighed

Speciale	Udd. varig- hed (år)	Tysk- land	Bel- gien	Dan- mark	Fran- krig	Ir- land	Ita- lien	Luxem- bourg	Hol- land	Eng- land
Anæstesiologi	3									
Gynækologi/obstetrik	4									
Intern medicin	5									
Kirurgi	5									
Medicinske lungesygdomme	4									
Neurokirurgi	5	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Oftalmologi	3									
Ortopædisk kirurgi	5									
Oto-rhino-laryngologi	3									
Pædiatri	4									
Urologi	5									
Allergologi	3						x		x	
Bornekirurgi	5					x	x	x		x
Bornepsykiatri	4	x		x	x		x			
Cardiologi	4		x	x	x	x	x	x	x	x
Community Medicine	4					x				x
Dermatologi	4					x				x
Dermato-venerologi	3	x	x	x	x		x	x	x	
Diagnostisk radiologi	4		x	x	x	x			x	x
Endocrinologi	3					x	x	x		x
Epidemiske sygdomme	4					x	x			x
Farmakologi	4	x				x				x
Fysiurgi	3		x	x	x		x		x	
Gastroenterologi	4		x	x	x	x	x	x	x	x
Geriatrici	4					x				x
Hæmatologi	3					x	x	x		x
Immunologi	4					x				x
Karkirurgi	5		x				x	x		
Kirurgisk gastroenterologi	5		x	x			x			
Klinisk biologi	4		x		x		x			
Klinisk blodtypeserologi	4			x				x		
Klinisk kemi	4			x		x		x	x	x
Klinisk mikrobiologi	4			x		x	x	x	x	x
Nefrologi	4			x		x	x			x
Neuromedicin	4	x		x	x	x	x	x	x	x
Neuro-psykiatri	5	x	x		x		x	x	x	
Occupational medicine	4					x				x
Patologisk anatomi	4	x		x	x	x	x	x	x	x
Plastikkirurgi	5		x	x	x	x	x	x	x	x
Psykiatri	4	x		x	x	x	x	x	x	x
Radiologi	4	x			x		x	x	x	
Rheumatologi	4		x		x	x	x	x	x	x
Stomatologi	3				x		x	x		
Terapeutisk radiologi	4		x	x	x	x			x	x
Thoraxkirurgi	5		x	x	x	x	x	x	x	x
Tropemedicin	4		x	x		x	x			x
Venerologi	4					x				x

gennemgås ad to veje. Den ene vej går igennem et »internat«, som opnås efter en adgangseksamen, og som består af gennemsnitlig 4 års hospitalsuddannelse kombineret med teoretiske kurser uden afsluttende eksamen. Den anden vej går igennem en mere **universitetspræget** uddannelse med årlige eksaminer, hvorefter uddannelsen afsluttes med en særlig eksamen (Certificat d'Etude Speciale), som fører til speciallægeanerkendelse.

De franske universiteter udsteder beviser **for** gennemgået speciallægeuddannelse, og har samtidig kompetence til at oprette nye specialer (titler) efter behov og skøn. Den formelle tilladelse til at fungere som speciallæge i Frankrig udstedes af de departementale afdelinger af **Conseil de l'Ordre**. Det offentlige indflydelse på systemet sker hovedsageligt igennem sygesikringen (Securité Sociale) og dermed finansministeriet, der bestemmer hvilke speciallæger, der kan arbejde under sygesikringen til forhøjede honorarer, idet andre speciallæger så kun opnår takster som alment praktiserende læger (Generalistes). For øjeblikket anlægges ikke egentlige behovskriterier for speciallægeproduktionen i Frankrig, men en række lægelige organisationer (syndikaterne) over pres på universiteterne for at få indført en regulering. Dette hænger sammen med, at der i visse specialer har gjort sig en overproduktion af speciallæger gældende — i andre er behovet langt fra dækket.

I Frankrig er der god overensstemmelse imellem den formelle og den reelle varighed af speciallægeuddannelserne.

1 Vesttyskland er ansvaret for speciallægeuddannelsen henlagt til »halv-offentlige« lægelige organer i delstaterne (Landesärztekammer). Disse organer er igennem en rammelovgivning i de enkelte delstater pålagt en række pligter af det offentlige, og de har således myndighed til

- at tilrettelægge speciallægeuddannelsens faglige indhold,
- at udøve en løbende kontrol heraf,
- at klassificere hospitalsafdelinger, således at ansættelse på den enkelte afdeling kan indgå med et eller flere år i speciallægeuddannelsen,
- at oprette nye specialer, samt
- at udstede bevis for gennemgået speciallægeuddannelse, der anerkendes i de øvrige delstater.

Den 9. maj 1972 fastlagde Bundesverfassungsgericht de principielle retningslinier for speci-

allægeuddannelsen i delstaterne, men hidtil har kun 3 delstater (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg og Saarland) ændret lovgivningen på dette område i overensstemmelse hermed. Selvom den nuværende lovgivning på forbundsplan og delstatsplan indebærer betydelige muligheder for forskelle fra delstat til delstat, er der dog i de senere år sket en harmonisering af speciallægeuddannelsen i Vesttyskland. Den væsentligste forskel ligger i dag i uddannelsens kvalitet på de enkelte afdelinger, således at uddannelsesstedet i praksis tages med i bedømmelsen ved ansættelse i slutstilling senere hen. Blandt andet er varigheden i speciallægeuddannelsen praktisk taget den samme overalt — nemlig 4-6 år.

De videnskabelige selskaber har i praksis betydelig indflydelse på speciallægeuddannelsens udformning, og i de senere år har selskaberne udøvet et betydeligt pres på Ärztekammer-systemet for at få indført en regulering af produktionen af speciallæger på grundlag af behovsanalyser. Såvel på forbunds- som på delstatsplan har produktionen af speciallæger kun været reguleret igennem et frit markedsprincip (udbud/efterspørgsel), og egentlige behovsanalyser er først nu under udarbejdelse.

Som det fremgår, har det offentlige — på forbundsplan og især på delstatsplan — hidtil kun haft ringe indflydelse på speciallægeuddannelsen i Vesttyskland, og den suveræne kompetence på dette område er henlagt til Ärztekammer-systemet. Selve lægeuddannelsen reguleres derimod kvantitativt og kvalitativt på forbundsplan.

Der er i Vesttyskland god overensstemmelse imellem speciallægeuddannelsens formelle og reelle varighed.

Udviklingstendenser

Et fællestræk både i Danmark og udlandet er, at de lægevidenskabelige forskningsresultater synes at fremkalde ønsker hos lægerne om anerkendelse af flere og flere områder som specialer med fastlagte krav til videreuddannelsen og undertiden også en obligatorisk efteruddannelse. Hidtil har antallet af godkendte specialer været voksende, men i de seneste år synes en modgående tendens at gøre sig gældende i flere lande hos sygehus- og sundhedsmyndigheder, idet det stigende antal specialer med formaliserede uddannelseskrav har ført til oprettelse af sygehusafdelinger og laboratorier med selvstændige læge-

stabe og andet personale, uden at patienttallet på disse afdelinger har gjort driften rationel, og samtidig har ressourcекnapheden gjort det nødvendigt at foretage en prioritering mellem sundhedsvæsenet og andre samfundsområder.

I en betænkning fra 1973 om retningslinjer for oprettelse af nye specialer og grenspecialer, udarbejdet af et udvalg nedsat af den norske lægeforenings specialitetsråd (Retningslinjer for oprettelse af nye specialiteter og grenspecialiteter, 1973) (8) hed det således, at rådet har følt det som sit ansvar at fremme forslag til faste retningslinjer for oprettelse af nye specialer, idet dette spørgsmål er blevet aktuelt ved, at der i løbet af rådets funktions-tid er fremsat forslag om oprettelse af flere nye specialer. Antallet af specialer i Norge var fra 1918 til 1973 steget fra 13 til 35. Efter en gennemgang af udviklingen hedder det i betænkningen, at »oprettelsen af specialerne primært er begrundet med udviklingen i faget i vort eget og i andre lande, hensynet til oprettelsen af nye afdelinger, laboratorier, uddannelsesmuligheder, adgang til avertering og muligheder for økonomisk kompensation for specielle undersøgelser. Bedre forskningsforhold har også været nævnt. Der savnes i de fleste tilfælde en patientrettet argumentation med redegørelse for mulighederne for at realisere specialet indenfor den nuværende og fremtidige struktur af vort helsevæsen«. Senere peges der på, at der i stedet for oprettelse af nye specialer med fordel kan benyttes alternative fremgangsmåder, særligt når det gælder mindre områder eller højt specialiseret virksomhed. Som konsekvenser for de uddannelsessøgende af oprettelse af et nyt speciale peges på, at oprettelsen indebærer en gennemtænkt uddannelsesplan, at man kan regne med, at der er taget hensyn til specialets indpasning i sundhedsvæsenet, og at dette på længere sigt øger muligheden for rekruttering af yngre læger, hvilket giver større muligheder for at give den aktuelle patientgruppe den ønskede service. På den anden side vil etableringen af et nyt speciale få en negativ uddannelseseffekt på læger under uddannelse i det speciale, der tidligere varetog området gen-

nem en faldende interesse for denne del af faget. Som forhold, udvalget tillægger mindre vægt, peger man på hensynet til lægers sociale og økonomiske forhold, og hensynet til averteringsmæssige forhold. Universitetstitler bør i mange tilfælde anses som dækkende for den højt specialiserede viden og færdighed, særligt hvis titlen er koblet sammen med en angivelse af indehaverens arbejdsområde. Som konklusion anbefales, at man for fremtiden indtager en mere restriktiv holdning overfor forslag om oprettelse af nye hoved- og grenspecialer, at forslag om nye specialer først bør vurderes i relation til mulighederne for alternative løsninger, og at positive og negative konsekvenser af et nyt speciale nøje overvejes. Særligt fremhæves, at medens der tidligere har været godkendt oprettelse af specialer uden formaliserede uddannelseskrav, bør der for fremtiden ikke etableres sådanne specialer uden fastsatte krav til uddannelse, ligesom den eksisterende gruppe af disse specialer bør afvikles, eventuelt etableres som grenspecialer. Den norske lægeforening har oplyst, at dette nu er sket med hensyn til medicinsk gastroenterologi og hjertesygdomme, der tillige med et nyt speciale, geriatri, er placeret som grenspecialer under intern medicin.

For Sveriges vedkommende har socialstyrelsen oplyst, at man her planlægger at nedsætte et udvalg i slutningen af 1977 vedrørende speciallægeuddannelsen, bl. a. med det formål at begrænse antallet af specialer og at gøre basisuddannelsen bredere, idet speciallæger fra de »små« specialer er mindre egnede til stillingerne på en række mindre og mellemstore sygehuse. Endvidere har man lagt vægt på, at arbejdet med prognoser for behovet for speciallæger bliver for vanskeligt og for usikkert, hvis man skal gå ud fra mange specialer med snævre områder. Man lægger fortsat stor vægt på styring efter prognoser og tænker sig, at uddannelsen i sammensatte blokstillinger efterhånden skal dække samtlige underordnede lægestillinger. De faste afdelingslægestillinger, som besættes med speciallæger uden chefkompetence vil fortsat eksistere, særligt på undervisningssygehuse.

Kapitel 4

Speciallægekommissionens generelle overvejelser og forslag

Der er tradition for, at lægers videregående uddannelser i Danmark og andre nordiske lande er langvarige, og det er karakteristisk, at normerede studietider såvel præ- som post-graduat sjældent overholdes.

Uddannelsernes formelle og reelle varighed

En forholdsvis sen skolestart, et universitetsstudium på godt 8 år i gennemsnit og en ca. 10-årig videreuddannelse til speciallæge medfører, at danske læger normalt er i sidste halvdel af trediverne, når de opnår speciallægeanerkendelse. I mange andre lande er såvel lægeuddannelsen som speciallægeuddannelsen væsentligt kortere såvel formelt som reelt, og i flere EF-lande er det normalt, at læger før det fyldte 30. år opnår speciallægeanerkendelse. I Danmark er såvel studietiderne på universiteterne som speciallægeuddannelserne for ca. 10 år siden blevet afkortet formelt, men reelt har varigheden af hver af de to uddannelsesperioder holdt sig næsten uændret.

For videreuddannelsernes vedkommende har dette været tilfældet også selv om der indtil for få år siden var udpræget lægemangel og derfor ikke på noget tidspunkt i uddannelsesforløbet vanskelighed med at opnå kvalificerende ansættelser. Når lægerne alligevel har haft flere og længere ansættelser, end uddannelsen formelt kræver, hamper det dels sammen med lægernes eget ønske om at blive længere tid på den enkelte afdeling, og dels at mange læger under uddannelsesforløbet har tilbragt perioder med forskning. Hertil kommer, at en speciallægeautorisation i sig selv ikke giver særlig status i sygehusvæsenet eller betinger betydelige lønmæssige fordele, og kun få har umiddelbart efter speciallægeaner-

kendelsen benyttet sig af retten til at praktisere. Alt i alt er der intet, der har virket i retning af at tilskynde lægerne til en hurtig afslutning af speciallægeuddannelsen.

De fleste læger, der uddannede sig i 60'erne stilede mod en varig ansættelse i sygehusvæsenet, og forudsætningen herfor var opfyldelsen af såkaldte »§ 14-krav« (ved kvalifikationsbedømmelse af ansøgere i henhold til lægelovens § 14 vedrørende besættelse af stilling som ledende læge), der ligger en del over kravene til speciallægeanerkendelse. Almindeligvis kræves der yderligere 2 års ansættelse som 1. reservelæge i det speciale, hvori man søger ansættelse. Kun i fagområder, der i denne periode befandt sig i meget kraftig ekspansion kunne overlægeansættelse opnås på grundlag af en uddannelse svarende til speciallægeuddannelsen.

Også de praktiserende læger har gennemgående gennemført en langt mere omfattende videreuddannelse end svarende til de formelle krav. Indtil 1970 kunne en læge nedsætte sig i almen praksis efter 1 års sygehusansættelse, og siden 1970 har kravet været 2 års nærmere specificeret videreuddannelse, men i de seneste 15-20 år har den gennemsnitlige videreuddannelsesetid i sygehusvæsenet for praktiserende læger ligget mellem 4 og 5 år. Med lægelovsændringen af 1976 er de formelle uddannelseskrav yderligere udvidet i overensstemmelse med de forslag kommissionen har fremlagt i sin betænkning om uddannelsen i almen medicin (bilag 1), således at den samlede uddannelsesetid nu skal være mindst 3 år.

Nugældende regler og uddannelsesforløb

Strukturen i speciallægeuddannelsen blev sidst ændret med fastsættelse af nye regler i

1966. Efter disse regler omfatter en speciallægeuddannelse en almenuddannelse, en sideuddannelse og en hoveduddannelse. Hoveduddannelsen skal omfatte ansættelse både på en a-afdeling og en b-afdeling, d.v.s. afdelinger af forskellig uddannelsesmæssig værdi (jvf. indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 202 af 25. maj 1970(9)). Desuden skal mindst 1 år af hoveduddannelsen foregå under ansættelse som 1. reservelæge.

Indholdet og opbygningen af speciallægeuddannelsen tilsigter, at den uddannelsessøgende gradvist gennem de forskellige momenter i uddannelsen bibringes en stadig øget viden og færdighed, således at han/hun ved afslutningen af 1. reservelægetiden er i stand til selvstændigt at varetage alle specialaets funktioner.

De ovennævnte regler betyder for de fleste speciallægeuddannelsers vedkommende, at den uddannelsessøgende læge skal skifte stilling mindst otte gange. Dette har i en periode med mange vakancer inden for sygehusvæsenet ikke været nogen større ulempe, men de senere års stadigt større misforhold mellem antallet af læger under videreuddannelse og antallet af uddannelsesstillinger har i høj grad vanskeliggjort en gennemførelse af de mange stillingsskift i en rimelig rækkefølge og inden for et rimeligt tidsrum. De hermed opståede problemer har gjort sig gældende såvel i speciallægernes hoved- og sideuddannelse som deres almenuddannelse og i uddannelsen af praktiserende læger.

Speciallægekommissionen ønsker at fremhæve de særlige krav om videreuddannelse, der stilles til læger. Dels fastsætter loven, at læger skal opfylde visse formaliserede videreuddannelseskrav som supplement til deres embedseksamen, hvis de skal opnå ret til at fungere med selvstændigt ansvar, dels må lægerne selv tilrettelægge denne videreuddannelse inden for de givne rammer. Dette medfører, at man har tvungne stillingsskift og funktionstidsbegrænsninger i de enkelte stillinger. Mens andre akademikere ofte fastansættes straks efter embedseksamen, bærer lægerne selv risikoen i dette uddannelsessystem, og for tiden oplever man i forbindelse med etableringen af en turnusordning, at læger afskediges, for at der kan skaffes plads til andre i uddannelsessystemet.

Kommissionen vil understrege, at man fortsat anser det for særdeles værdifuldt, at lægerne under speciallægeuddannelsen ud-

dannes på forskellige afdelingstyper og ikke kan gennemføre en fuldstændig speciallægeuddannelse ved ophold på en enkelt afdeling. Kommissionen har da også noteret sig, at dette princip nu også synes at vinde indpas blandt andre grupper af akademikere, idet en netop afgiven betænkning fra finansministeriet foreslår, at de ansatte flyttes rundt mellem flere dele af centraladministrationen.

Ikke mindst det sidste tiår har medført en øget udspecialisering inden for lægevidenskaben, og dette har igen bevirket, at der er opstået et stadigt større antal lægelige specialer med tilsvarende formaliserede uddannelser. Som følge heraf har man til stadighed måttet gennemføre omklassificeringer af sygehusafdelingernes indplacering i uddannelsessystemet, hvilket har gjort dette stadig mere komplekst.

På trods af de her nævnte forhold har speciallægeuddannelserne dog under den eksisterende struktur kunnet gennemføres af de læger, som ønskede det, og samtidig har der kunnet opretholdes et tilfredsstillende kvalitetsniveau. Der er derimod ingen tvivl om, at dette ikke kan lade sig gøre under de nu herskende forhold med en overordentlig stor lægetilgang i forhold til den samlede uddannelseskapacitet.

Det må i denne forbindelse konstateres, at der på alt for mange afdelinger har været og stadig er for få speciallæger i forhold til uddannelsessøgende læger, og de nu 15 år gamle regler for lægestabenes opbygning på uddannelsesafdelinger har ikke fuldt ud været tilstrækkelige til at modvirke dette forhold, ligesom det er kommissionens opfattelse, at der for ofte dispenseres fra disse regler. Det må erkendes, at forholdet mellem antallet af speciallæger og uddannelsessøgende læger på danske uddannelsesafdelinger er væsentligt dårligere end i de fleste andre lande, og uddannelsesmiljøet varierer desuden stærkt fra afdeling til afdeling. Ved de gældende reglers krav om ansættelse på flere afdelinger og ved det for alle specialer gældende krav om, at en del af uddannelsen skal foregå på en a-afdeling, har man imidlertid hidtil kunnet sikre et nogenlunde ensartet uddannelsesniveau for alle landets speciallæger.

Udover disse bestemmelser om uddannelsesforløbet tager også andre bestemmelser i de nugældende bekendtgørelser sigte på at sikre uddannelseskvaliteten. Generelt er det fastsat, at ansættelser som vikar kun kan indgå

i hoveduddannelsen med højst 6 måneder. Desuden er der den faste regel, at ansættelser på mindre end 3 måneder ikke kan medregnes i videreuddannelserne, og alle ansættelser skal finde sted efter offentligt opslag af stillingerne. Deltidsansættelser og surnumerær tjeneste kan ikke medregnes i videreuddannelserne.

De nuværende krav til speciallægeuddannelserne indeholder udover den ovenfor omtalte kliniske uddannelse også krav om deltagelse i en teoretisk videreuddannelse. Siden 1970 har dette krav også været gældende i uddannelsen af praktiserende læger. Nogen kundskabsprøve er der ikke krav om.

Overvejelser omkring 1970'ernes uddannelsessituation

1 løbet af 1970'erne er den uddannelsesmæssige situation blevet stadigt forværret på grund af det nævnte misforhold mellem antallet af nyuddannede læger og den kliniske uddannelseskapacitet. I en situation, hvor der ikke længere er tale om vakancer i uddannelsesstillingerne, er det ikke muligt for den enkelte at tilrettelægge et uddannelsesforløb på en hensigtsmæssig måde, og kravet om beskæftigelse vil oftest gå forud for relevante uddannelsesønsker. Det er ikke mere muligt for alle læger at få de ansættelser, der er nødvendige for videreuddannelsen. For blot at sikre, at de læger, der er i gang med uddannelsen, kan opnå godkendt almenuddannelse, har sundhedsstyrelsen oprettet en »venteliste«, hvorfra lægerne kan anvises de nødvendige ansættelser på medicinske og kirurgiske afdelinger uden om det sædvanlige ansættelsessystem. Desuden søger et megel stort antal læger deres videreuddannelse uden for landets grænser — navnlig i Sverige — for at opnå de nødvendige kvalifikationer til at erhverve sig autorisation i Danmark.

Speciallægekommissionen har allerede fra begyndelsen været klar over disse problemer, og har derfor bestandig holdt sig samfundets og den enkelte patients berettigede krav om betjening ved højt kvalificerede speciallæger for øje. Kommissionen har derfor overvejet forskellige muligheder for en forenkling af uddannelsessystemet, idet man samtidig har ønsket at opnå en forbedring af uddannelsernes kvalitet. Gennemførelsen af sådanne ændringer må i høj grad tage hensyn til den eksisterende sygehusstruktur og de ønsker og

forventninger, man har om dennes fremtidige udvikling. Desuden må man sikre den bedst mulige udnyttelse af den uddannelseskapacitet, som findes i sygehusvæsenet.

Forskellige uddannelsesmodeller

I sin årsberetning fra februar 1975 redegjorde kommissionen for de retningslinier, man på det tidspunkt havde afstukket for arbejdet om de fremtidige uddannelsesforløb. Som arbejdsgrundlag opstillede kommissionen blandt andet to modeller, som tog særligt sigte på uddannelsen af højt udspecialiserede læger i et meget liberalt system.

Den hurtige udvikling inden for lægevidenskaben vil kunne tale for, at sådanne særligt uddannede læger selv tilrettelægger deres uddannelse, således at der, som angivet i den ene model, kun opstilles formelle krav om ansættelse i 3 år svarende til 1. reservelægefunktion i det pågældende specialområde som kvalificerende til en slutstilling inden for denne specialfunktion. Læger med en sådan uddannelse vil imidlertid ikke opnå speciallægeanerkendelse — og dermed en titel — inden for det valgte specialområde.

Et sådant liberalt system indebærer betydelige fordele, hvad angår fleksibilitet, men kræver samtidig, at der kan foretages en nøje beskrivelse både af slutstillingerne inden for de specielle funktioner og af de uddannelsesstillinger, som lægerne skal ansættes i.

Som en anden uddannelsesmodel gik kommissionen ud fra uddannelsesforløb baseret på en række formaliserede speciallægeuddannelser, som af den enkelte læge kan suppleres med uddannelse inden for mere begrænsede områder.

Et sådant system vil medføre, at alle får en erhvervskompetence som speciallæge, og dermed også opnår en titel, og uddannelsesforløbene inden for de formaliserede specialer bliver ret enkle og overskuelige. Den største ulempe er, at alle læger skal igennem en uddannelse i et speciale, også selv om de senere i realiteten forlader det igen til fordel for et mere afgrænset grenspeciale. Det er kapacitetskrævende og bevirker desuden, at mange først ret sent kommer i gang med en uddannelse og eventuel forskning inden for de mere specielle fagområder.

Kommissionens endelige forslag repræsenterer en sammensætning af disse to modeller.

Uddannelseskapacitet

Speciallægekommissionen ønsker at præcisere, at beskæftigelsessituationen for læger er kommissionen principielt uvedkommende, men alligevel påvirker den til enhver tid eksisterende beskæftigelsessituation både det samlede uddannelsessystem og den enkeltes muligheder for videreuddannelse — herunder også interessen for videreuddannelse i udlandet.

I et vist begrænset omfang har danske læger traditionelt søgt dele af deres videreuddannelse uden for landets grænser, hvilket har indebåret en mindre forøgelse af den totale kapacitet inden for speciallægeuddannelsen. Kommissionen vil påpege det nyttige i en udvikling på dette område, men fastholder i øvrigt, at de væsentligste dele af speciallægeuddannelsen som hovedregel bør foregå i Danmark, såfremt dansk speciallægeanerkendelse skal kunne forventes.

Da kommissionen påbegyndte sit arbejde, var det under indtryk af, at der bestod betydelige uddannelsesproblemer. I løbet af de 3 år, kommissionen har arbejdet, er disse blevet stadig forværret på grund af det store pres, beskæftigelsesvanskelighederne medfører på uddannelsesstillingerne.

Hertil kommer, at sygehusvæsenet i tidsbegrænsede stillinger har ansat et betydeligt antal læger med speciallægeanerkendelse, som i den nuværende situation har overordentlig store vanskeligheder ved at opnå varig beskæftigelse i eller uden for sygehuse og derfor blokerer systemet ved deres forbliven i uddannelsesstillinger, som de ikke har noget egentlig behov for.

Uddannelsernes varighed

I den nuværende situation synes der ikke at være nogen særlig begrundelse for en afkorting af speciallægeuddannelserne, idet der som nævnt ikke kan konstateres nogen generel mangel på veluddannet lægelig arbejdskraft til slutstillinger i sygehusvæsenet, selv om man på længere sigt kan befrygte en mangel, hvis uddannelsesmønsteret ikke ændres. I enkelte nye fagområder med betydelig ekspansion kan der dog allerede nu konstateres en lidt for ringe tilgang af speciallæger.

Selv om der således ikke i de hjemlige forhold er baggrund for at afkorte speciallægeuddannelserne, er det dog nødvendigt at medinddrage forholdene i udlandet i overvejelserne om uddannelsernes længde. I de fleste

EF-lande er speciallægeuddannelserne af betydelig kortere varighed end i Danmark, og også i de øvrige nordiske lande er de i et vist omfang af kortere varighed, idet det i hvert fald er muligt at gennemføre en speciallægeuddannelse inden for et tidsrum, som er væsentlig mere i overensstemmelse med de formelle krav. Kommissionen mener derfor, at der må tages hensyn hertil ved fastlæggelse af uddannelsernes længde, idet danske læger i modsat fald vil kunne komme i en vanskelig uddannelsesmæssig situation i forhold til læger fra de øvrige lande i Norden og EF.

En modsat rettet tendens, der må tages i betragtning ved fastlæggelse af uddannelsesforløbene, er den arbejdstid, som er gældende for de uddannelsessøgende læger. Kommissionen er bekendt med, at der for tiden arbejdes på en normalisering af lægernes arbejdstid, og det kan forventes, at de uddannelsessøgende fremover vil have en normal arbejdsuge på 40 timer i gennemsnit. Dette må tillægges afgørende vægt ved fastsættelsen af derr samlede uddannelseslængde og længden af de enkelte ansættelser i uddannelsen, idet det efter kommissionens opfattelse vil være betænkeligt at lade meget kortvarige ansættelsesperioder indgå i uddannelserne, såfremt en væsentlig del (op til halvdelen) af arbejdstiden finder sted uden for normal dagarbejdstid.

Blandt andet på denne baggrund har kommissionen overvejet, om man burde samle alle elementerne i speciallægeuddannelsen i en ansættelse. Kommissionen spurgte i foråret 1975 samtlige speciallægeselskaber om deres synspunkter herom. Så godt som alle selskaber svarede entydigt, at man fandt ulemperne ved et sådant system væsentligt større end fordelene, og heller ikke de fortsatte drøftelser i kommissionen har givet grundlag for at arbejde videre med denne tanke, selv om der kunne opnås visse kapacitetsmæssige gevinster derved.

Det er derimod fortsat kommissionens opfattelse, at større eller mindre dele af de enkelte uddannelsesforløb bør struktureres som blokansættelser, dvs. ansættelsesforhold som omfatter ansættelse på mere end en afdeling, fordi man herved vil tilsi kke den bedste udnyttelse af den eksisterende uddannelseskapa c i t e t (j f . b i l a g 6) .

Styringsmuligheder

Det nuværende uddannelsessystem er som nævnt på mange områder ved at bryde

sammen, og uden indgreb vil dette kunne medføre en u hensigtsmæssig fordeling af lægerne mellem de forskellige specialer. Der vil fortsat inden for de specialer, hvor de underordnede lægestabe er meget store, blive uddannet langt flere, end der er behov for til slutstillinger, medens der i andre fagområder vil være en stor risiko for, at lægerne får en snævrere videreuddannelse, end det hidtil har været tilfældet. Hertil kommer, at der uden visse styrende indgreb vil være et meget stort antal læger, der trods en langvarig ansættelse i sygehusvæsenet ikke vil få mulighed for at opnå det nødvendige antal ansættelser til at opfylde kravene til de formaliserede speciallægeuddannelser.

Kommissionen har følt det som sin opgave at skabe et uddannelsessystem, som giver mulighed for en styring af uddannelseskapa- citeten, således at sundhedsvæsenets samlede behov for kvalificerede speciallæger kan tilgo- deses, uden at der opstår urimelig over- eller underproduktion inden for enkelte områder.

Uden at kommissionen ønsker at tage stilling til, hvem der i givet fald bør styre uddannelseskapa- citeten, skal man pege på, at der foreligger forskellige styringsmuligheder i de foreslåede uddannelsesforløb.

Man kan for det første regulere produktionen af færdige speciallæger ved at regulere antallet af kvalificerende reservelægestillinger ved landsdelssygehuse, for det andet ved at regulere antallet af pladser på de teoretiske kurser, og for det tredje ved at regulere antallet af kvalificerende 1. reservelægestillin- ger. Endelig er der som en fjerde styringsmulighed den klassifikation af afdelinger og stillinger i relation til der nye uddannelses- struktur, som også i fremtiden vil blive nød- vendig.

Kommissionen har ikke ønsket at tage stilling til, hvilken af de nævnte styringsmuligheder der kan forekomme rimeligst, men ønsker dog at pege på, at man på den ene side ved en sortering for tidligt i uddannelsesforlø- bet risikerer ikke at få udvalgt de bedst egnede, og på den anden side ved en meget sen sortering, for eksempel lige før 1. reserve- lægetiden, risikerer at spilde en ikke uvæsent- lig uddannelseskapa- citet. Kommissionen gør også opmærksom på, at såfremt der måtte blive indført en styring af uddannelserne, er der under alle omstændigheder behov for en vis »overproduktion«, af hensyn til frafald, udvælgelse, uegnethed og lignende.

Det er kommissionen bekendt, at der dels fra en række speciallægeselskaber er angivet fremtidige behov for speciallæger, og dels nu udfoldes bestræbelser blandt andet i sund- hedsstyrelsen på et overordnet prognosear- bejde, men for kommissionen har det været afgørende, at der ikke foreligger tilstrækkeli- ge prognoser vedrørende behovet for læger inden for de forskellige specialer til, at man på nuværende tidspunkt kan anbefale et stærkt styret uddannelsessystem.

OVERVEJELSER OM SPECIALLÆGE- UDDANNELSERNES FREMTIDIGE STRUKTUR

Med udgangspunkt i de foran nævnte uddan- nelsesmodeller og på grundlag af udvalgsar- bejder og drøftelser med speciallægeselska- berne har kommissionen udarbejdet forslag om uddannelserne inden for de forskellige specialer eller grupper af specialer. Man har ikke tilstræbt, at specialerne nødvendigvis behøver at have uddannelser opbygget efter samme retningslinier.

Kommissionens forslag beskriver et ud- dannelsessystem, som på en gang giver flertal- let af uddannelsessøgende flere valgmulighe- der relativt langt frem i uddannelsen, og samtidig sikrer, at alle nødvendige special- funktioner uddannelsesmæssigt kan dækkes, idet man uden vanskelighed kan indpasse uddannelser til nye funktioner i uddannelses- systemet. Forslaget omfatter en betydelig uddannelsesmæssig og faglig integration af det intern medicinske fagområde, de kirurgi- ske fagområder og visse fagområder inden for laboratorieblokken. For de fleste fagområders vedkommende har man herved opnået, at de uddannelsessøgende læger først behøver at foretage deres endelige specialevalg 2-3 år efter gennemgået almenuddannelse, og valg af eventuelt grenspeciale endnu senere. Dette betyder for den enkelte et bedre grundlag for valg af speciale, og for systemet, at fleksibiliteten øges og eventuelt skift til et nabospeciale bliver mindre kapacitetskrævende.

Kommissionen har fundet det afgørende, at der skabes bedre tilpasning mellem tilbud og efterspørgsel på højt kvalificeret lægelig arbejdskraft, og dette bør blandt andet tilstræ- bes gennem en reduktion i antallet af uddan- nelsesstillinger inden for flere specialer, idet det nuværende overskud af uddannelsesstillin-

ger bør omdannes til faste speciallægestillinger.

Kommissionen har desuden lagt vægt på en hensigtsmæssig udnyttelse af uddannelseskapaciteten under hensyntagen til afdelingernes samlede forpligtelser. Dette betyder, at man ønsker en væsentlig del af, men ikke alle, afdelingernes reservelægenormeringer anvendt i et system, hvor de enkelte ansættelser kun har en varighed, som svarer til de forskellige uddannelsers minimumskrav.

Kommissionen har konstateret, at det i dag er muligt at optælle og benævne op mod 150 funktionsområder (lægefaglige discipliner) i sygehusvæsenet, og at der inden for samtlige disse områder er et behov for såvel specifik som mere almen uddannelse. I vidt omfang vil det være muligt at tilgodese disse uddannelsesmæssige behov inden for kommissionens forslag, ved at lade uddannelserne til grenspecialist eller »ekspert« bygge på en færdig eller næsten færdig speciallægeuddannelse i et grundspeciale. For nogle fagområders vedkommende vil det være muligt at fortsætte med den specielle del af uddannelsen efter en færdig eller næsten færdig speciallægeuddannelse inden for forskellige specialer.

Kommissionen har fundet, at betegnelsen »speciallæge« er så indarbejdet i sproget og har opnået en så udbredt anvendelse, at det må anses for uheldigt at indføre nye betegnelser for læger, der har gennemgået bestemte uddannelser. Kommissionen anser det således ikke for nødvendigt at indføre begrebet »lægelig ekspert«. De læger, der er uddannelsesmæssigt kvalificerede inden for et snævert område, som ikke er godkendt officielt som et speciale, vil som hidtil kunne anvende en stillingsbetegnelse og har efter kommissionens opfattelse ikke behov for en særlig speciallægetitel eller ekspertbetegnelse.

Der findes ingen entydig definition på et lægeligt speciale og dermed heller ikke på en speciallæge. De nuværende anerkendte specialer er af vidt forskellig karakter, idet nogle er knyttet til bestemte diagnostiske metoder, for eksempel røntgenapparat, andre til bestemte organer og andre igen til bestemte aldersgrupper.

Udviklingen inden for lægevidenskaben vil som anført fortsat medføre udvikling af nye fagområder, hvortil der kræves særlige uddannelser, men kommissionen er af den opfattelse, at det forslag, der nu fremlægges med oprettelse af et vist antal grundspecialer og

med en uddannelsesmæssig sammenkobling af beslægtede fagområder, vil give mulighed for at indpasse de forudsigelige uddannelser i en længere årrække. Som en konsekvens heraf vil enkelte specialer nu enten udgå eller uddannelsesmæssigt placeres i en tættere relation til et andet speciale, som et grenspeciale.

En forudsætning for opretholdelse af et lægeligt speciale må også være, at dette er tilstrækkeligt etableret i sundhedssektoren, og at der findes et tilstrækkeligt antal kompetente udøvere af faget til at garantere dets udvikling og muliggøre uddannelsen af kommende speciallæger i fagområdet.

For en række fagområder gælder det, at disse kun udøves af ganske få personer, og det vil her være tilstrækkeligt at angive visse minimale uddannelseskrav, som må være opfyldt som betingelse for at søge slutstilling inden for fagområdet.

Speciallægebetegnelsen er en hensigtsmæssig »varedeklaration« over for befolkning, sundhedsmyndigheder og kolleger, men efterhånden som sundhedsvæsenet ændrer struktur, og et stigende antal læger ansættes af det offentlige efter en særlig kvalifikationsbedømmelse, får speciallægebetegnelsen mindre relevans.

Den har dog fortsat betydning inden for de områder, hvor virksomhed som praktiserende speciallæge udøves, og den har ligeledes betydning i det interkollegiale og internationale samarbejde og anvendes for eksempel som optagelseskriterium til nationale og internationale videnskabelige selskaber. Den har desuden en vis betydning i forbindelse med indgåelse af overenskomster og aftaler.

GENERELLE UDDANNELSESKRAV

I forslaget til ny struktur i speciallægeuddannelserne er der en række generelle krav, som kommissionen i vid udstrækning har ønsket opretholdt fra de nugældende regler. Det er således kommissionens opfattelse, at videreuddannelsen af læger også i fremtiden skal finde sted under ansættelse som underordnet læge. Ansættelserne skal finde sted efter opslag af enten den enkelte stilling eller rotationsstillinger indeholdende ansættelser på flere afdelinger. Man finder det fortsat nødvendigt at opretholde kravet om, at en ansættelse for at kunne medregnes i uddannelsen skal have en varighed af mindst 3

måneder, ligesom der ikke er fundet behov for at ændre reglen om, at der højst kan indgå 6 måneders vikariansættelse som led i hoveduddannelsen. Man er dog opmærksom på, at der efter konkret vurdering i enkelte tilfælde kan være et berettiget behov for dispensation fra disse regler.

De nugældende regler om, at uddannelsen skal finde sted under heltidsansættelse, mener kommissionen bør opretholdes. Man kan i denne forbindelse også støtte sig til de generelle regler i EF-direktiverne om anerkendelse af andre medlemslandes speciallægeuddannelser. Imidlertid må der nok i større grad i fremtiden være mulighed for, at deltidsansættelse i et vist omfang kan indgå i en speciallægeuddannelse, men kommissionen vil i sådanne tilfælde pege på, at der bør ske en konkret vurdering af den enkelte læges uddannelsesforhold, og der bør tilstræbes en individuel vejledning i tilrettelæggelsen af den samlede videreuddannelse.

Endvidere har kommissionen ment det vigtigt at fastholde bestemmelsen om, at surnumerær tjeneste på en afdeling ikke kan medregnes i videreuddannelsen. Kommissionen mener desuden, at en speciallægeuddannelse bør opfattes som et kontinuum, som skal afsluttes inden for en rimelig tidsfrist, og der må derfor åbnes mulighed for, at specialistanævnet i konkrete tilfælde kan afslå at godkende »forældede« ansættelser som led i en uddannelse.

En række speciallægeselskaber har ønsket at lægge vægt på videnskabelig virksomhed, således at ansættelser i videnskabelige stillinger i et vist omfang skulle kunne medregnes i en uddannelsessøgendes hoveduddannelse. Kommissionen har tilsluttet sig dette synspunkt og vil kraftigt betone, at forudsætningen for en stadig forbedret patientbehandling er en aktiv medicinsk forskningsindsats. De endelige regler for speciallægeuddannelserne må tage hensyn hertil.

Kommissionen beklager, at den tidligere lette adgang til midlertidig ansættelse ved universitetsinstitutter med henblik på forskningsvirksomhed ikke længere er til stede på grund af en voldsom produktion af akademikere kombineret med en i denne situation uhensigtsmæssig stillingsstruktur. Kommissionen vil kraftigt opfordre til, at der atter skabes muligheder for, at læger i tidsbegrænsede perioder kan ansættes ved universiteternes teoretiske institutter. Ligeledes bør de eksiste-

rende overenskomstmæssige muligheder for at normere stillinger som kliniske assistenter ved det amtskommunale sygehusvæsen med henblik på forskningsopgaver udnyttes langt mere end hidtil.

Den udvikling, der har fundet sted i de senere år med hensyn til adskillelse af deltagelse i teoretiske kurser og ansættelse i kursusstilling respektive ansættelse på a-afdeling, mener kommissionen bør fortsætte. Det bør fastholdes, at den obligatoriske del af uddannelsen, som skal finde sted på en landsdelsafdeling, normalt skal ske i ansættelse som reservelæge, men den teoretiske uddannelse bør gennemgås i form af delkurser på forskellige niveauer af den samlede uddannelse.

Hvad angår den kliniske uddannelse indeholder kommissionens forslag en tilslutning til den nye 18-måneders almenuddannelse som grundlag for alle speciallægeuddannelserne. Almenuddannelsen må efter kommissionens opfattelse være afsluttet, før den uddannelsessøgende går i gang med speciallægeuddannelsens øvrige dele. Det forventes, at almenuddannelsen på 18 måneder i løbet af få år vil kunne tilbydes alle nyuddannede læger i form af en turnusordning, men for de læger, der ikke når at blive omfattet af en sådan ordning, skal der — efter kommissionens opfattelse — kunne dispenseres fra de generelle krav om, at almenuddannelsen skal udgøre første led af videreuddannelsen. Disse dispensationer må specielt tage sigte på rækkefølgen, medens spørgsmålet om almenuddannelsens indhold kun undtagelsesvis bør kunne give anledning til dispensation.

Kommissionen foreslår, at begrebet »sideuddannelse« udgår af uddannelsesstrukturen. Som hovedregel må det gælde, at der ikke inden for en moderne speciallægeuddannelse er behov for mere eller mindre tilfældige ansættelser på afdelinger uden for det søgte speciale. Derimod vil der inden for visse specialer fortsat være behov for uddannelser i fagområder, som ikke i tilstrækkeligt omfang dækkes i uddannelsestiden på afdelingerne inden for det søgte speciale. I sådanne tilfælde opfattes disse uddannelsesled som en integreret del af hoveduddannelsen i specialet, og der vil som hovedregel gælde krav om en bestemt placering af en sådan supplerende uddannelse i det samlede uddannelsesforløb.

Sammenfattende kan det om den kliniske del af speciallægeuddannelserne siges, at den efter forslaget kommer til at bestå af en

hoveduddannelse på 4½ — 5½ år efter almenuddannelsen, og at denne uddannelse består af tre til fire led, som normalt skal gennemføres i en bestemt rækkefølge.

Selve hoveduddannelsen til speciallæge kan beskrives som en integreret klinisk-teoretisk uddannelse med obligatorisk ansættelse i specialet på et landsdelssygehus og en obligatorisk ansættelse som 1. reservelæge i mindst 12 måneder. Det samlede forslag omfatter i alt 21 hoveduddannelser, der i overensstemmelse med det tidligere anførte fører frem til speciallægeanerkendelse i et tilsvarende antal grundspeciale.

Udover disse 21 grundspecialer foreslår kommissionen uddannelsesforløb, som enten fører frem til speciallægeanerkendelse i et grenspeciale eller til anden form for kompetence inden for et afgrænset fagområde/disciplin. Disse uddannelser skal som hovedregel finde sted i form af en overbygning på en færdig eller næsten færdig speciallægeuddannelse.

De læger, der efter en gennemført speciallægeuddannelse og opnået anerkendelse i vedkommende speciale ønsker at uddanne sig inden for et grenspeciale, vil, når denne uddannelse også er gennemgået, kunne opnå anerkendelse både i grundspecialet og i grenspecialet, eller vil tilsvarende kunne opnå speciallægeanerkendelse i et grundspeciale og anden kompetence inden for en nærmere beskrevet disciplin. Finder uddannelsen i et grenspeciale/disciplin sted som en overbygning på en næsten færdig speciallægeuddannelse, vælger den uddannelsessøgende sit særlige fagområde på det tidspunkt, hvor vedkommende har gennemgået sin speciallægeuddannelse til og med reservelægeansættelse på en a-afdeling, eller uddannelse svarende hertil, for eksempel i udlandet, og en vis del af de obligatoriske teoretiske kurser. Når den samlede uddannelse er gennemgået, vil vedkommende kunne opnå anerkendelse som speciallæge i grenspecialet, men ikke i grundspecialet.

Forslaget til en ændret uddannelsesstruktur vil indebære, at de uddannelsessøgende læger kan nå frem til forskellige kompetenceformer:

- a. speciallæge i et grundspeciale
- b. speciallæge i et grundspeciale og et grenspeciale
- c. speciallæge i et grundspeciale og kompetence inden for en særlig disciplin
- d. speciallæge i et grenspeciale
- e. kompetence inden for en særlig disciplin.

Det er kommissionens opfattelse, at speciallægeanerkendelse i et grundspeciale normalt er en forudsætning for at drive praksis, medens der inden for sygehusvæsenet, navnlig på landsdelssygehuse, skal kunne ansættes speciallæger med kompetence inden for alle de under a - e nævnte kombinationer.

Kommissionen lægger afgørende vægt på, at også læger, der har gennemført en kvalificerende uddannelse inden for et specielt område, men ikke opfylder de formelle krav til en speciallægeanerkendelse, kan opnå varig ansættelse i sundhedsvæsenet, hvor der særligt kan være behov for dem på landsdelssygehuse.

Man lægger i denne forbindelse vægt på at fremhæve, at der ikke kan fastlægges uddannelsesforløb for samtlige funktionsområder, der skal dækkes med specialuddannede læger blot inden for de nærmeste 5-10 år, hvortil kommer, at en række snævert afgrænsede funktioner formentlig kun skal findes et eller to steder i landet, og således kun kræver uddannelse af meget få specialister.

Kommissionen er i øvrigt af den opfattelse, at ingen læge bør kunne opnå speciallægeautorisation, respektive udøve speciallægevirksomhed inden for mere end højst to specialer, og i så fald endog kun inden for to nært beslægtede specialer som for eksempel grundspeciale og grenspeciale. Kommissionen henstiller derfor, at der skabes hjemmel for, at dette forslag gennemføres.

Kommissionen mener endelig, at passende videreuddannelse i udlandet — herunder også udviklingslande — i et vist omfang bør kunne indgå i speciallægeuddannelsen herhjemme, under forudsætning af at dokumentation for kvaliteten af sådan uddannelse kan fremlægges i fornødent omfang i det enkelte tilfælde. Der bør fastsættes nærmere regler herfor, blandt andet på grundlag af en videreudvikling af den af sundhedsstyrelsen offentliggjorte vejledning (Vejledning for danske læger ved sygehusansættelse i udlandet, 1975, (10)) og af specialistnævnets hidtidige praksis på området.

DEN KLINISKE VIDEREUDDANNELSE

Den kliniske videreuddannelse af læger foregår helt overvejende under ansættelse i underordnede stillinger på sygehusafdelinger. Alle disse underordnede stillinger er baseret på et behov for lægelig arbejdskraft, men

udførelsen af det til stillingen hørende arbejde har en uddannelsesmæssig værdi, og på denne baggrund betragtes alle de underordnede sygehusstillinger traditionelt som uddannelsesstillinger.

Selv om der således i princippet tillægges enhver underordnet stilling en vis uddannelsesmæssig værdi, er uddannelsesfunktionen ikke hermed automatisk tilgodeset. Stillingens uddannelsesindhold er i høj grad afhængig af arbejdets art og tilrettelæggelse, og af hvilke aktiviteter med mere specifikt uddannelsesmæssigt sigte, der er knyttet til stillingen.

På grund af det i disse år stadigt større misforhold mellem antallet af uddannelsesstillinger og efterspørgslen efter disse stillinger bliver det tiltagende nødvendigt at udnytte uddannelseskapaleten bedst muligt ved gennemførelse af korte ansættelser svarende til de formelle uddannelseskrav. Hermed bliver det mere og mere påtrængende, at selve arbejdet for den enkelte læge, den konkrete oplæring i den pågældende afdelings funktioner, og de mere specifikt tilrettelagte uddannelsesaktiviteter tillægges stor vægt for derved at opnå optimal uddannelsesværdi af de enkelte ansættelser og dermed sikre kvaliteten af de færdiguddannede læger. Disse spørgsmål er blandt andet nærmere behandlet i bilag 8 og bilag 1 om uddannelsen i intern medicin og i almen medicin.

I det følgende skal der redegøres for nogle principielle overvejelser ledsaget af konkrete forslag vedrørende uddannelsesstillingernes indhold og uddannelsesmæssige værdi.

Uddannelsesstillingernes inddeling

Ansættelse i de underordnede lægestillinger på sygehusene kan være placeret på forskelligt niveau i de forskellige uddannelsessøgende lægers kliniske videreuddannelse. Nogle stillinger indgår i almenuddannelsen lige efter embedseksamen, andre fungerer som introduktionsstillinger til en speciallægeuddannelse og atter andre — overvejende på landsdelssygehusene — er såkaldte kursusstillinger i speciallægeuddannelserne. Hertil kommer som sidste led i videreuddannelsen 1. reservelægestillingerne.

For hver af disse typer stillinger bør der både generelt og på den enkelte afdeling formuleres en målsætning vedrørende den kliniske uddannelse.

TURNUSSTILLINGER

Kommissionen forudsætter, at der inden for de nærmeste år sker en endelig etablering af den planlagte turnusordning, således at turnusstillingerne besættes med læger, der kort forinden har bestået den medicinske embedseksamen.

Formålet med ansættelsen i turnusstilling er at videreføre den begrænsede praktisk-kliniske uddannelse, som er givet under universitetsstudiet, med det formål at bibringe lægerne et alment praktisk kendskab til klinisk virksomhed på medicinske og kirurgiske afdelinger samt i almen praksis, således at den teoretiske viden fra studiet suppleret med den kliniske uddannelse i turnusstillingen fører frem til et kompetenceniveau, hvor den enkelte kan opnå tilladelse til selvstændigt virke som læge. Uddannelsen i turnusstillinger skal have et bredt alment klinisk sigte.

Turnusreservelægen må opøves i selvstændigt at kunne gå stuegang og endvidere deltage i arbejdet på en skadestue, begge dele under ældre kollegers vejledning og supervision, og det må i det hele taget være formålet så hurtigt som muligt at overlade flest mulige beslutninger til turnusreservelægen.

Til støtte for denne praktisk-kliniske oplæring bør den enkelte afdeling tilrettelægge et formaliseret kortvarigt introduktionsprogram for nye turnusreservelæger, og hver afdeling bør have detaljerede instruksbøger med angivelse af almindelige arbejdsprincipper etc.

RESERVELÆGESTILLINGER

På afdelinger inden for alle specialer vil der — ikke mindst på de nuværende b-klassificerede afdelinger — være et stort antal reservelægestillinger, som vil fungere som introduktionsstillinger i speciallægeuddannelserne. Uanset om stillingerne indgår i ansættelser som for eksempel blokstillinger, der formelt er indpasset i det pågældende speciales uddannelsessystem, bør alle disse stillinger bibringes et uddannelsesindhold, som primært tager sigte på gennem det daglige arbejde at indføre de pågældende reservelæger i specialets funktioner og arbejdsmetoder.

Generelt bør det gælde for disse stillinger, at de kan medregnes i speciallægeuddannelsen, hvis afdelingerne behandler et bredt udsnit af patienter med de sygdomme, der forekommer inden for det pågældende speciale, og at afdelingen har såvel akut beredskab

som ambulatoriefunktioner. Som hovedregel vil disse reservelægestillinger være pålagt bunden vagt, i hvert fald for flertallet af specialernes vedkommende.

Efter et til to års ansættelse i sådanne stillinger bør reservelægen have opnået indsigt i de fleste alment forekommende problemstillinger og desuden i stigende omfang have lært at træffe selvstændige beslutninger både hvad angår vurderingen af akutte patienter og i forbindelse med stuegang og ambulatoriearbejde.

For at reservelægestillingerne skal sikres et uddannelsesmæssigt indhold, der fører frem til det ovenfor skitserede uddannelsesniveau, bør hver enkelt afdeling, hvis reservelægestillingen kan indgå i en speciallægeuddannelse, udarbejde en oversigt over de enkeltfunktioner på afdelingen, som man forudsætter, at reservelægen behersker for eksempel efter et års forløb. Det er kommissionens opfattelse, at uddannelsen af vordende speciallæger er en kollektiv forpligtelse for alle speciallæger på en afdeling, men det kan være hensigtsmæssigt ved uddannelsesfunktionernes tilrettelæggelse, at der udpeges en eller flere af afdelingens faste læger, som har ansvaret for, at reservelægerne oplæres i de forskellige funktioner inden for specialet for eksempel operationer og undersøgelsesmetoder.

RESERVELÆGEANSÆTTELSE PÅ LANDSDELSSYGEHUS

I kommissionens forslag om de fremtidige speciallægeuddannelser indgår i samtlige specialer et krav om, at de uddannelsessøgende læger i en periode på fra et til to år skal være ansat på afdelinger inden for specialet på et landsdelssygehus.

Det er kommissionens opfattelse, at dette bedst finder sted i særlige reservelægestillinger, som ved deres indhold gives en særlig uddannelsesmæssig værdi. Dette er en videreførelse af de tanker vedrørende den kliniske uddannelse, der dannede grundlag for oprettelsen af de særlige kursusstillinger ved den sidste ændring af speciallægebestemmelserne i 1966.

Reservelægeuddannelsen på landsdelssygehusafdelinger skal bibringe de uddannelsessøgende indsigt i løsningen af mere avancerede problemer inden for det pågældende speciales fagområder. Efter gennemgangen af denne ansættelse skal den uddannelsessøgende have indsigt i en række specialfunktioner

inden for det eller de fagområder, der dækkes af specialet, og lægen skal kunne træffe selvstændige dispositioner såvel i vagtarbejde som i dagfunktioner. Ved deltagelse i konferencer, litteraturmøder etc skal de uddannelsessøgende tillige have indblik i den videnskabelige baggrund for udviklingsarbejdet vedrørende det pågældende speciale.

Afdelingernes patientmateriale skal være af en passende størrelse og have en for specialet repræsentativ sammensætning af hensyn til undervisningens alsidighed. Hvis ambulant virksomhed traditionelt indgår i specialets arbejdsområde, må også dette kunne tilgodeses undervisningsmæssigt under passende supervision. Lægestaben på afdelingen bør omfatte mindst to fastansatte speciallæger i afdelingens speciale og mindst to 1. reservelæger. Disse krav bør kunne øges under hensyn til afdelingens øvrige forpligtelser ikke mindst i uddannelsesmæssig henseende.

Disse krav taler for, at de særlige uddannelsesstillinger koncentrerer på et begrænset antal sygehusenheder og væsentligst knyttes til universitetssygehuse. For visse specialers vedkommende kan der dog blive tale om også at placere uddannelsesstillinger på andre afdelinger med landsdelsfunktioner.

Kommissionen finder det for at sikre det uddannelsesmæssige niveau i disse reservelægestillinger vigtigt, at der sker en klar ansvarsplacering inden for de pågældende sygehuslægestabe. Man skal derfor foreslå, at der udpeges postgraduate kliniske tutorer inden for de forskellige specialer eller inden for blokke af specialer, der pålægges ansvar for uddannelsesfunktionernes planlægning og udførelse. Det er vigtigt, at disse tutorer får en klar og meriterende placering i uddannelsessystemet og i landsdelssygehusenes lægestabe, og det bør blandt andet derfor overvejes, om sådanne kliniske tutorer bør ansættes som »postgraduat klinisk lektor«. Det er kommissionens opfattelse, at tutorerne ikke udover deres opgaver med hensyn til den postgraduate kliniske uddannelse bør have ansvar for andre undervisnings- og uddannelsesfunktioner. Stillingerne bør i lighed med lektoraterne ved studenterundervisningen være tidsbegrænsede til tre eller fem år, og der bør ved eventuel genbesættelse i stillingerne tages hensyn til en evaluering dels fra specialets øvrige læger og dels fra uddannelsessøgende i

lighed med de evalueringsformer, som er foreslået for den teoretiske uddannelse.

Såfremt oprettelsen af stillinger som lektorer for den postgraduate kliniske videreuddannelse skal have nogen praktisk effekt på uddannelseskvaliteten i de ofte relativt korte ansættelser, som vil blive nødvendige i fremtiden, bør lektorernes undervisnings- og instruktionsarbejde ikke honoreres særskilt, men fuldt ud indregnes i afdelingens samlede arbejdsmængde, således at der tages hensyn hertil ved afdelingernes normering. Dette kan for visse afdelinger på længere sigt betyde behov for en udvidet stab af faste § 14-vurderede speciallæger.

Da det på det kliniske område på samme måde som inden for den teoretiske undervisning er overordentlig væsentligt med en koordination af uddannelsesaktiviteterne på det pågældende landsdelssygehus eller eventuelt i en større region, foreslår kommissionen, at lektorerne på et landsdelssygehus ved dannelsen af et lektorkollegium får ansvaret for denne koordination og for det løbende samarbejde med det centrale uddannelsesnævn.

Ved dannelsen af sådanne lektorkollegier på de enkelte landsdelssygehuse vil der være en betydelig mulighed for gennem en koordination at tilrettelægge speciallægeuddannelser på regionalt plan og give en effektiv rådgivning til de enkelte uddannelsessøgende. På lidt længere sigt vil et sådant lektorkollegium i samarbejde med det centrale uddannelsesnævn også kunne tilrettelægge en del af den teoretiske videreuddannelse, og det vil have gode muligheder for tilrettelæggelse af blokansættelser under hensyn til de lokale uddannelsesmuligheder.

1. RESERVELÆGESTILLINGERNE

1. reservelægeansættelserne udgør i alle specialer det sidste led af videreuddannelsen forud for opnåelse af speciallægeanerkendelse.

1. reservelægetiden skal i forhold til uddannelsen på reservelægeniveau yderligere opøve den uddannelsessøgende i selvstændig funktion med hensyn til alle det pågældende speciales problemstillinger. Ved afslutningen af 1. reservelægetiden skal lægen have rutine i alt forekommende arbejde inden for specialet, og han skal selvstændigt kunne varetage ambulatoriarbejde og afgive erklæringer til brug for eksempel offentlige myndigheder. Desuden bør speciallægen have erhvervet sig

erfaring med undervisning af medicinsk og paramedicinsk personale og en vis indsigt i administrativt arbejde.

1. reservelægestillingerne er dels uddannelsesstillinger set i forhold til speciallægeuddannelserne dels stillinger, der i det videre forløb danner grundlag for speciallægenes opnåelse af kvalifikation til overlægestillinger, de såkaldte § 14-kvalifikationer.

Når en speciallæge har været igennem et uddannelsesforløb frem til det såkaldte § 14-niveau, skal vedkommende have erhvervet sig en sådan kompetence, at han kan bestride en overlægestilling i det danske sygehusvæsen inden for det pågældende speciale.

Særlige uddannelsesaktiviteter under den kliniske videreuddannelse

I det foregående har der i forbindelse med de forskellige kliniske uddannelsesniveauer været nævnt behovet for en formaliseret undervisning i visse for det kliniske arbejde nødvendige emner.

Det er kommissionens opfattelse, at man i fremtiden, specielt under henvisning til at mange ansættelser bliver relativt kortvarige, bør stille særlige krav til afdelinger, der ønsker sig godkendt som uddannelsesafdelinger, og disse krav bør afpasses efter hvilket uddannelsesniveau, afdelingen varetager.

I det foregående er omtalt de særlige problemer omkring uddannelsesstillingerne på landsdelssygehuse, men generelt bør uddannelsesklassificerede afdelinger alle opfylde visse minimumskrav. Forskellige konferencer bør indgå i afdelingens rutine først og fremmest med den hensigt at sikre afdelingens optimale drift og den hertil nødvendige kommunikation inden for lægestaben, men konferencerne bør også tilrettelægges på en sådan måde, at den undervisningsmæssige side tilgodeses. Interne konferencer med drøftelse af daglige problemer på afdelingen giver således god mulighed for kritik og vejledning af yngre læger og lejlighed for disse til at spørge ældre kolleger om råd både i konkrete sager og i principielle spørgsmål.

Konferencer med afdelinger, der dagligt samarbejdes med som for eksempel røntgenafdeling, patologisk institut etc har i sig selv et betydeligt uddannelsesmæssigt indhold, som kunne øges ved en pædagogisk bedre tilrettelæggelse. Desuden kan afdelingerne afholde for eksempel månedlige konferencer specifikt med sigte på uddannelsen og tilrette-

lagt omkring afgrænsede litteraturstudier eller afdelingens løbende forskning. Ved sådanne konferencer bør afdelingens yngre læger tildeles opgaver vedrørende litteraturstudier, og de bør i videst muligt omfang inddrages i den løbende forskning på afdelingen og have mulighed for at arbejde selvstændigt med egne opgaver.

1 det omfang manuelle færdigheder indgår i specialets funktioner (operationer, endoskoper etc) skal afdelingerne sikre en systematisk oplæring i disse i overensstemmelse med den for undervisningen i den pågældende stilling fastlagte målsætning. En del af en sådan undervisning vil kunne gives eller understøttes af skriftlige instruktioner eventuelt suppleret med slide-tape programmer.

De her nævnte uddannelsesaktiviteter må tillægges betydelig vægt i den lægelige videreuddannelse, men kommissionen vil understrege, at en formalisering af de enkelte kliniske uddannelsesaktiviteter alene må opfattes som en af udviklingen nødvendiggjort udbygning af videreuddannelsen. En mere formaliseret tilrettelæggelse af afdelingernes uddannelsesaktiviteter kan således ikke erstatte den kliniske uddannelse, som finder sted under det daglige nære samarbejde mellem de yngre læger under speciallægeuddannelse og deres ældre kolleger inden for faget. Kommissionen skal derfor pege på, at de store lægestabe ofte vil kunne gøre det ønskeligt, at der, i det omfang det er praktisk gennemførligt, i perioder gives den enkelte uddannelsessøgende yngre læge en vejleder blandt de ældre kolleger på afdelingen (overlæger og 1. reservelæger), ligesom det på mange større afdelinger kan være hensigtsmæssigt, at de yngre læger er knyttet med et betydeligt selvstændigt ansvar til et mindre sengeafsnit og begrænset ambulante funktioner i den del af den samlede arbejdstid, som er placeret i dagarbejdstiden. Det er kommissionens opfattelse, at man herigennem kan opretholde en kvalitativ god speciallægeuddannelse inden for en normal arbejdsuges længde. Man lægger i denne forbindelse vægt på, at vagtarbejdet for langt de fleste specialers vedkommende må indgå som en væsentlig del af uddannelsen, men således at vagtarbejdet ikke overstiger halvdelen af den samlede arbejdstid.

I forbindelse med en vurdering af den kliniske videreuddannelses kvalitet må kommissionen pege på, at forholdet mellem antallet af faste speciallæger og underordnede

læger under videreuddannelse på mange afdelinger er sådan, at mulighederne for en hensigtsmæssigt tilrettelagt uddannelsesvirksomhed er meget små. Det er derfor kommissionens opfattelse, at der på mange afdelinger bør ske en omnormering af et betydeligt antal 1. reservelægestillinger til faste stillinger, således at der dels kommer en bedre balance i forholdet mellem uddannelsesstillinger og faste stillinger og dels bliver bedre mulighed for udnyttelse af de færdiguddannede speciallæger.

DEN TEORETISKE VIDEREUDDANNELSE

Med speciallægeordningen af 1966 indførtes som noget nyt et obligatorisk krav om gennemgang af teoretisk kursus, og tilsvarende blev indført for uddannelsessøgende til almen praksis fra 1970. Baggrunden for denne nyskabelse var blandt andet den ændring af det lægevidenskabelige studium, som på grundlag af studieplansbetænkningen (1964) blev gennemført ved den nye studieordning af 1967. Samtidig var der dog en lignende udvikling i gang i andre lande, blandt andet de øvrige skandinaviske lande.

Det formelle krav til teoretisk undervisning som led i speciallægeuddannelsen har siden ordningens indførelse uændret været 120 timers teoretisk kursus givet i forbindelse med ansættelse i særlig stilling (a-stilling). Imidlertid er der ved dispensation — til dels som led i forsøgsordninger — for en række specialers vedkommende sket ændringer i de reelle uddannelseskrav. Således er bestemmelsen om særlig stilling (a-stilling) i nogle specialer indskrænket til blot at være ophold på bestemte afdelinger, og der er for de fleste specialers vedkommende sket en større eller mindre tidsmæssig spredning af den teoretiske del af videreuddannelsen. Ligeledes er der i flere store specialer dispenseret fra reglen om 120 timers undervisning, således at det samlede kursusprogram for den enkelte uddannelsessøgende overstiger dette minimumskrav.

Det er speciallægekommissionens opfattelse, at ovennævnte udviklingstendenser med hensyn til den teoretiske uddannelse nu må formaliseres i nye regler for speciallægeuddannelsen. De oprindelige intentioner med den såkaldte a-stilling har aldrig kunnet opfyldes, og bortset fra adgangen til at deltage i det teoretiske kursus har der ikke været nogen generel og nævneværdig forskel i funktionen

for de forskellige reservelæger i de hidtidige a-afdelinger. Speciallægekommisionen har derfor valgt at anbefale, at kravet om a-stilling erstattes med krav om ansættelse i særlige reservelægestillinger på landsdelssygehusafdeling af 12-24 måneders varighed, for flere specialers vedkommende tilrettelagt som en rotation mellem flere afdelinger. Samtidig vil man foreslå, at det teoretiske kursus tilrettelægges som en integrerende del af uddannelsen, således at der er en stadig vekselvirkning mellem teori og klinik gennem hele videreuddannelsen. Man forestiller sig derfor, at mere almene tværgående teoretiske fag kan placeres på et meget tidligt tidspunkt i uddannelsen, og at enkelte tilvalgskurser eventuelt først placeres på 1. reservelægeniveau, medens man fortsat må forvente, at hovedvægten af den teoretiske undervisning vil ligge sammen med ansættelsen på landsdelssygehus.

Hvad angår varigheden af den teoretiske videreuddannelse, har der ved kommissionens forhandlinger med de enkelte specialer vist sig meget forskellige ønsker, og det forekommer rimeligt, at der i fremtiden anlægges et mere differentieret syn på behovet for teoretisk uddannelse i de enkelte specialer. Nogle fag synes, betinget af fagets størrelse og uddannelsesmæssige vilkår i afdelinger og laboratorier, at kunne klare sig med de nuværende 120 timer. Som helhed synes der dog at være et berettiget ønske om og behov for en udvidelse af det teoretiske kursusprogram, og flere specialer har foreslået udvidelse op til 250-300 timer for den enkelte uddannelsessøgende. Speciallægekommisionen kan tilslutte sig, at der for en række specialers vedkommende er et klart behov for en udvidelse af den teoretiske undervisning, og finder i den anledning grund til at understrege, at fastsættelsen af 120 timer i speciallægeordningen af 1966 ikke var udtryk for en nærmere analyse af behovet. De erfaringer, som siden er opnået både med hensyn til basic doctor-niveauet og med hensyn til speciallægeuddannelsens teoretiske del sammenholdt med en fortsat erkendelseseksplosion på det lægevidenskabelige felt gør en udvidelse af teorikravene nødvendig.

Når den teoretiske uddannelse ikke længe kædes sammen med ansættelse i en bestemt stilling, vil der være behov for en anden adgangsregulering til det teoretiske kursus. En måde at gøre det på vil kunne være, at de uddannelsessøgende efter opfyldelse af nogle minimumskrav (for eksempel almen uddannel-

sen + eventuelt et år af hoveduddannelsen) tildeles ret til deltagelse i et nærmere fastsat uddannelsesprogram, for eksempel et bestemt antal delkurser indenfor det pågældende grundspeciales godkendte kursusprogram. En sådan ordning, som med hensyn til kursusøkonomien vil indebære den fordel, at udgifterne kobles nærmere til antallet af uddannelsessøgende i stedet som for nu til antallet af speciallægeuddannelser, må tage hensyn til, at der også i fremtiden må være plads til skift til anden uddannelse, og at effektiviteten også på grund af anden form for afgang aldrig kan blive komplet.

Medens det formelle ansvar for den teoretiske videreuddannelse er henlagt til sundhedsstyrelsen og specialistnævnet, har planlægningen og tilrettelæggelsen været varetaget af speciallægeselskaberne, som har løst denne opgave ved nedsættelse af særlige kursusudvalg. Dette er nærmere formaliseret i sundhedsstyrelsens cirkulære af 27. marts 1972. Bortset fra spørgsmål om kursusøkonomi og i nogen grad vedrørende organisationen har den hidtidige teoriuddannelse således været præget af en betydelig decentralisering med en næsten total adskillelse af teorikurserne for de enkelte speciallægeuddannelser. Det er speciallægekommisionens opfattelse, at der har været tale om en meget værdifuld udviklingsfase, som i mange henseender har resulteret i indførelse af tidssvarende uddannelsesformer; man kan således notere sig en omlægning af uddannelsesprogrammet fra overvejende katedralt prægede enkelttimer 1-2 gange ugentlig til emneorienterede delkurser af 1-5 dages varighed, og det samlede uddannelsesprogram i speciallægeuddannelserne omfatter nu et meget bredt spektrum af emner inden for områderne grund- og redskabsfag, tværgående medicinske fag, organspecialer, apparaturlære, terapiformer og samfundsorienterede fag.

Også med hensyn til kursusform, undervisningsmetoder, udarbejdelse af kursusprogrammer og undervisningsmateriale har der ved indsats fra kursusudvalg og uddannelsessøgende været en gunstig udvikling, men det må erkendes, at der på dette område stadig er en række mangler, som de ansvarlige myndigheder ikke har haft fornøden indflydelse på. Det gælder også spørgsmål som pædagogiske forhold og evaluering.

Det er speciallægekommisionens opfattelse, at den fremtidige planlægning og gen-

neførelse af den teoretiske videreuddannelse fortsat må indebære et meget nært samarbejde med speciallægeselskabernes kursusledelser, men en række forhold gør, at man samtidig må styrke sundhedsstyrelsens og speciallægenævnets styrende funktion. En væsentlig begrundelse herfor er ønsket om en bedre koordination inden for det teoretiske videreuddannelsesområde, sådan som det nærmere er behandlet i redegørelse fra speciallægekommisionens udvalg vedrørende den teoretiske uddannelse (bilag 3). Fordelene ved en større koordination med hensyn til udnyttelse af kursusøkonomi, rationel udnyttelse af lærerkræfter, muligheder for tværfaglig kontakt og differentiering i uddannelsen er så store, at speciallægekommisionen anser det for afgørende, at der af et udvalg vedrørende teoretisk uddannelse under speciallægenævnet må tilrettelægges og kommunikeres (gennem årligt katalog over kursusprogram) et samlet teori-program. Det faglige indhold i teoriuddannelsen må fortsat forventes overvejende at ske i speciallægeselskabernes kursusudvalg, men i samarbejde med speciallægenævnets udvalg for teoretisk uddannelse.

Koordinationen på uddannelsesområdet tænkes opnået ved at speciallægeselskabernes kursusudvalg i samarbejde med speciallægenævnet fastsætter hvilke kurser, der kan indgå i den enkelte speciallægeuddannelse, idet man forestiller sig en opdeling af kurserne i obligatoriske kurser og valgfrie kurser. De valgfrie kurser skal fortrinsvis søges inden for de af det pågældende grundspeciale selv tilrettelagte delkurser, men i et nærmere fastsat omfang bør der også være mulighed for individuelt bestemte kursusønsker, herunder deltagelse i kurser i udlandet.

I overvejelserne om større koordination indgår også planer om andre kursusmodeller, som omtalt i redegørelse fra speciallægekommisionens teoriudvalg (bilag 4). Foruden at give mulighed for afviklingen af tværgående kursusfag for flere specialers uddannelsessøgende skulle der herved også være skabt basis for en styrkelse af evalueringsfunktionen (se senere). Speciallægekommisionen ønsker i den forbindelse desuden at gøre opmærksom på, at der er et berettiget ønske om, at en væsentlig del af kursusaktiviteten kan afvikles i form af internatkurser.

En række andre hensyn taler tillige for en styrkelse af den centrale styring af videreuddannelsen. Der har i de senere år været en

voksende erkendelse af behovet for kontinuitet i lægeuddannelsen. Et eksempel herpå er den løbende debat om mulighederne for og værdien af stofoverførsel eller stofudveksling mellem det medicinske studium og videreuddannelsen. Speciallægekommisionens teoriudvalg har i en særlig arbejdsgruppe beskæftiget sig med stofoverførselsproblematikken (bilag 5); arbejdsgruppen har med udgangspunkt i en konkret behandling af emner inden for anatomi anvist forskellige modeller til tilvejebringelse af det faglige grundlag for stofoverførsel og har desuden mere generelt søgt at redegøre for de problemer af planlægningsmæssig, pædagogisk, styringsmæssig og økonomisk art, der knytter sig til stofudveksling. Den nærmere planlægning af stofudveksling vil medføre et stort og ressourcekrævende arbejde, og en systematisk stofudveksling vil forudsætte et styringsapparat, der kan tage initiativer og formidle koordinationen mellem studium og videreuddannelse; et særligt problem i denne forbindelse er spørgsmålet om mulighed for flytning af undervisningsforpligtelse. Disse overvejelser ligger til grund for kommissionens forslag om, at repræsentanter for undervisningsministeriet og de lægevidenskabelige fakulteter får sæde i speciallægenævnet, og at de lægevidenskabelige fakulteter får direkte medansvar for teoriundervisningen.

Allerede med de hidtidige krav til teoriuddannelse har der i visse afdelinger været problemer med at undvære arbejdskraft. Med en udvidelse af teoriuddannelsen samtidig med de strukturelle og funktionelle ændringer i afdelingerne, som må forventes at blive et resultat af et stadigt større antal uddannelsessøgende og kortere funktionstider, må man forvente, at disse problemer vil accentueres. Det er derfor klart, at arbejdsgiversiden repræsenteret ved sygehusvæsenets administrative instanser som nu har sæde i speciallægenævnet, må være med i planlægningen af videreuddannelsen af speciallæger, og speciallægekommisionen anser det for nødvendigt, at disse instanser på linie med andre erhverv ser det som en naturlig opgave at medvirke organisatorisk og økonomisk til en forsvarlig videreuddannelse af lægestanden.

Speciallægekommisionens teoriudvalg har i sin redegørelse om kursusmodeller, kursusplaner og evaluering (bilag 4) beskæftiget sig med evalueringsproblematikken. Der har ikke i Danmark været tradition for evalue-

ring i form af speciallægeeksamen, men med indførelse af en teoretisk videreuddannelse slog mange til lyd for, at denne del af uddannelsen burde følges op af eller ligefrem erstattes af krav om eksamen. Bortset fra Finland findes specialisteksamen ikke i det øvrige Norden, men under forskellige former i EF-området og i U.S.A. Forskel i uddannelses-tradition og i antal af uddannelsessøgende betinger, at behovet for egentlig eksamen kan variere.

Speciallægekommissionen vil med henvisning til den argumentation, der er fremlagt i ovennævnte redegørelse, ikke anbefale indførelse af en traditionel eksamination til sikring af den fornødne teoretiske kompetence. Årsagen hertil er, at man dels mangler egnede metoder og dels finder det nødvendige ressourceforbrug ved en sådan ordning uforholdsmæssig stor ved en videreuddannelse, der er karakteriseret ved undervisning af generelt højt motiverede uddannelsessøgende, som iøvrigt alligevel i en lang funktionsperiode vil være henvist til selv at drage omsorg for fortsat opretholdelse af et højt kompetenceniveau. Speciallægekommissionen ser dog gerne, at evaluering under en eller anden form gennemføres i større omfang end hidtil på linie med de tendenser, der blandt andet gør sig gældende i Sverige, og man vil anbefale, at der ved tilrettelæggelsen af teoriundervisningen gives mulighed for vec deltagernes aktive arbejde med undervisningsstoffet at følge den enkeltes udbytte af undervisningen. En sådan evalueringsform, hvor bedømmelsen integreres i selve undervisningen, vil stille særlige krav til undervisningsform og ikke mindst til delkursusledernes pædagogiske kvalifikationer. Speciallægekommissionen forudser derfor nødvendigheden af, at der til udvalget vedrørende den teoretiske uddannelse under specialistnævnet knyttes en pædagogisk konsulent-tjeneste (ca. 4-6 timer ugentlig), ligesom der regelmæssigt må gennemføres pædagogiske kurser for kursusledere. Speciallægekommissionen vil foreslå, at den pædagogiske service tilvejebringes ved et samarbejde med universiteternes institutter for anvendt pædagogik.

Det er på baggrund af de foranstående overvejelser, at speciallægekommissionen med udgangspunkt i teoriudvalgets redegørelse (bilag 3) foreslår en organisatorisk omlægning af specialistnævnet, således at dette opnår karakter af et centralt navn for lægers videreuddannelse, hvori alle instanser, der har

indflydelse på og ansvar for speciallægeuddannelsen, får sæde (se i øvrigt nærmere: Betænkning om specialistnævnet (bilag 7)). Arbejdet med den teoretiske del af videreuddannelsen foreslås henlagt til et særligt udvalg, som i samarbejde med de faste kursusudvalg for de af kommissionen foreslåede grundspecialer skal udforme og gennemføre uddannelsesprogrammet. Udvalgets opgaver kan sammenfattes således:

1. Etablering og koordination af et samlet teoretisk uddannelsesprogram i samarbejde med kursusudvalg.
2. Godkendelse af kursusprogrammer.
3. Etablering af tværfaglige kurser.
4. Etablering af en pædagogisk service.
5. Optagelse af kursusdeltagere i samarbejde med kursusudvalg.
6. Formidling af koordination mellem det præ- og postgraduate uddannelsesområde, herunder spørgsmål om stofoverførsel.

I overensstemmelse med speciallægekommissionens forslag om oprettelse af et speciale i almen medicin vil det være naturligt, at den teoretiske uddannelse i forbindelse med uddannelsen til praktiserende læge, som hidtil har været henlagt til et særligt kursusnævnet, og hvis praktiske gennemførsel er overdraget til de lægevidenskabelige fakulteter, i fremtiden lægges ind under teoriudvalgets kompetenceområde. Også andre videreuddannelsesområder såsom de i forbindelse med uddannelsen til almen praksis foreslåede udvidede klinisk-teoretiske kurser i henholdsvis psykiatri og gynækologi/obstetrik, bør efter kommissionens opfattelse varetages af teoriudvalget, ligesom det samfundsmedicinske kursus og skolelægekursus bør koordineres med den øvrige postgraduate teoretiske uddannelse.

For at tilgodese de i kapitel 4 nævnte overvejelser og forslag har speciallægekommissionen anset det for påkrævet med en ændring i specialistnævnets sammensætning og kommissorium. Disse overvejelser bygger på et udvalgsarbejde, som i det følgende kort skal refereres.

SPECIALISTNÆVNET

I kommissionens betænkning om specialistnævnet (bilag 7) gives der først en indgående redegørelse for den historiske udvikling inden for de lægelige specialer og uddannelseskra-vene hertil. Den sekretariatsmæssige funktion i sundhedsstyrelsen omtales ligeledes.

Herefter gennemgås hovedindholdet i lægelovsændringen pr. 1.12.1976 og de i medfør heraf udstedte bekendtgørelser

1. om uddannelse til selvstændigt virke som læge
2. om uddannelse af alment praktiserende læger
3. om speciallægenævnets sammensætning
4. Om EF-statsborgeres adgang til udøvelse af lægegerning i Danmark, m.v.

Speciallægenævnets sammensætning ændredes i forbindelse med lægelovsændringen, således at det udvides med en repræsentant for indenrigsministeriet og 3 repræsentanter for sygehus- og sygesikringskommunerne.

Denne sammensætning af speciallægenævnet betragter speciallægekommisionen som foreløbig, og kommissionen anbefaler, at nævnet snarest udvides til 17 medlemmer, nemlig foruden formanden, udpeget af indenrigsministeren, repræsentation fra indenrigsministeriet (1 medlem), sundhedsstyrelsen (2), undervisningsministeriet (1), de lægevidenskabelige fakulteter (3), sygehus- og sygesikringskommunerne (3) og Den alm. danske lægeforening (6). Der er endvidere for nogles vedkommende knyttet visse bemærkninger til hvilke interesser, de enkelte medlemmer bør repræsentere.

Speciallægekommisionen tilstræber gennem sit forslag om en ændret sammensætning af speciallægenævnet at give de politiske og administrative myndigheder (sygehusejere, sygesikring m.v.), som er direkte afhængige af den lægelige arbejdskrafts fordeling og funktion, medindflydelse på og ansvar for lægernes videreuddannelse. Baggrunden for den foreslåede brede sammensætning af nævnet er, at alle lægelige videreuddannelser tænkes samlet under dette nævn, og ikke som nu i flere forskellige instanser, ligesom gennemførelsen af de nødvendige ændringer og den nødvendige koordination inden for speciallægeuddannelserne, som kommissionen har foreslået, bedst ville kunne sikres på denne måde. Der peges i den forbindelse på en række forhold, som motiverer ændringer i speciallægeuddannelsernes indhold såvel som i deres praktiske gennemførelse.

Herefter omtales de nuværende regler for

specialistnævnets virksomhed, og kommissionen foreslår følgende generelle målsætning for det nye specialistnævns virksomhed: Nævnets opgave er at afgive indstilling til sundhedsstyrelsen om lægers kliniske og teoretiske videreuddannelse efter lægevidenskabelig embedseksamen samt rådgive sundhedsstyrelsen i andre lægelige uddannelsesspørgsmål.

Dette indebærer, at nævnet ikke blot skal fastlægge uddannelseskrav til speciallæge, men også for uddannelser, der fører frem til ansættelser i andre dele af sundhedssektoren, for eksempel som embedslæge, skolelæge, bedriftslæge eller militærlæge samt endelig fastlægge generelle retningslinjer for vurdering efter lægelovens § 14 med henblik på fastansættelse i sygehusvæsenet.

Herefter specificeres yderligere en del arbejdsopgaver, som kommissionen foreslår, at det nye specialistnævn skal varetage.

Det foreslås, at der etableres tre stående udvalg under specialistnævnet, nemlig:

- 1) Udvalget for uddannelsesbedømmelse
- 2) Udvalget for den kliniske videreuddannelse
- 3) Udvalget for den teoretiske videreuddannelse

Herudover bør nævnet efter aftale med sundhedsstyrelsen kunne nedsætte ad hoc udvalg til løsning af særlige opgaver.

Der bringes forslag til sammensætning af de tre underudvalg, samt deres arbejdsopgaver.

Kommisionen foreslår, at sekretariatsfunktionen i sundhedsstyrelsen styrkes væsentligt, samt at nævnets formand sammen med formændene for udvalget for den teoretiske videreuddannelse og for den kliniske videreuddannelse udgør et forretningsudvalg, der varetager den daglige ledelse af specialistnævnets arbejde.

Endelig omtales det, at der fortsat bør være tilforordnede fra de forskellige specialselskaber til specialistnævnet, og der peges på det ønskelige i en koordination i speciallægeselskaberne vedrørende det uddannelsesmæssige område ved etablering af uddannelsesudvalg inden for de enkelte speciallægeselskaber, som foruden kursusledelse også omfatter de tilforordnede til specialistnævnet og til § 14-rådene.

Kapitel 5

Kommissionens forslag til uddannelseskrav

Kommissionens forslag til en ny struktur i speciallægeuddannelserne er nærmere beskrevet i kapitel 4. Dette kapitel indeholder kommissionens konkrete forslag til uddannelseskrav i en række grundspecialer, visse grenspecialer og endelig i visse fagområder, som efter kommissionens opfattelse ikke bør betegnes som lægelige specialer.

Ud over uddannelseskrav der fører frem til en tilladelse til at betegne sig som speciallæge, skitseres forslag til § 14-niveau i specialer og andre fagdiscipliner.

For samtlige beskrevne uddannelsesforløb gælder følgende generelle uddannelseskrav:

Uddannelsen skal finde sted i heltidsansættelse, og surnumerær tjeneste kan ikke medregnes.

Almenuddannelsen (turnustjenesten) skal være afsluttet før en speciallægeuddannelse kan påbegyndes.

Speciallægeuddannelserne består af 3-4 dele, som skal gennemføres i en bestemt rækkefølge. Således placeres supplerende uddannelse i beslægtede fag normalt efter ca. et års ansættelse inden for fagområdet eller i forbindelse med den obligatoriske ansættelse på landsdelssygehus. Uddannelsen afsluttes med obligatorisk ansættelse som 1. reservelæge.

Den teoretiske videreuddannelse gennemføres parallelt med det øvrige uddannelsesforløb, dog således at hovedparten af kurser normalt følges i forbindelse med ansættelsen på landsdelssygehus. Mere almene kurser kan tages tidligt i uddannel-

sen og højt specialiserede kurser under ansættelse som 1. reservelæge.

Kommissionens forslag er udarbejdet i et nært samarbejde med de lægevidenskabelige specialselskaber. I foråret 1975 udsendte speciallægekommissionen en årsberetning og i forbindelse hermed en række spørgsmål (bilag 13) til specialselskaber, universiteter og lægeforeningen. I de følgende måneder modtog kommissionen mange værdifulde bemærkninger og kommentarer (ialt 225 sider), og i efteråret 1976 fremsendte kommissionen på ny en række spørgsmål til specialselskaberne (bilag 14). Desuden har der været nedsat en række arbejdsgrupper og været ført direkte forhandlinger mellem kommissionen og de berørte specialselskabers bestyrelser, tilfornødte til specialistnævnet, kursusledelser og uddannelsessøgende. Kommissionen har under disse forhandlinger anmodet selskaberne om at forsøge at beskrive forventningerne i uddannelsesmæssig henseende til de enkelte dele af speciallægeuddannelserne, og i et vist omfang indgår overvejelser af denne art i beskrivelserne.

1 det omfang der ikke ved forhandlingerne er opnået enighed med specialselskaberne, vil dette fremgå af bemærkningerne til det enkelte speciale.

Kommissionens forslag omfatter 21 grundspecialer og 16 grenspecialer. Desuden fremlægges uddannelseskrav til § 14-niveau i klinisk farmakologi og endelig kommissionens bemærkninger til de nuværende specialer i terapeutisk radiologi og tropemedicin samt til fagområderne ultralyddiagnostik og medicinsk genetik.

I. Uddannelseskrav i de enkelte specialer og grenspecialer

DET INTERN MEDICINSKE FAGOMRÅDE

Udviklingen inden for det intern medicinske fagområde har gennem de sidste årtier været præget af en stigende grad af specialisering, hvilket har resulteret i formaliserede speciallægeuddannelser i cardiologi, medicinske lungesygdomme, nefrologi, medicinsk gastroenterologi og langtidsmedicin. Selvom intern medicin er indgået som en vigtig del af uddannelsen i disse grenspecialer, har der dog i princippet været tale om selvstændige formaliserede uddannelsesforløb ved siden af specialet intern medicin.

Den uddannelsesmæssige formalisering af grenspecialeudviklingen har i nogen grad haft præg af tilfældighed, og der findes i dag en række andre intern medicinske funktionsområder, der har opnået en faglig afgrænsning som de nu anerkendte grenspecialer. Samtidig har der dog været en stigende erkendelse af behovet for en såvel funktionel og uddannelsesmæssig integration af det intern medicinske fagområde. Som konsekvens af disse overvejelser, som nærmere er behandlet i en betænkning af kommissionens arbejdsgruppe vedrørende intern medicin (bilag 8), foreslår kommissionen, at intern medicin gøres til et **grundspeciale**, og at de intern medicinske **grenspecialer** uddannelsesmæssigt tilrettelægges som en overbygning på en intern medicinsk speciallægeuddannelse omfattende enten hele denne uddannelse eller hovedparten heraf. Forslaget indebærer, at speciallægeanerkendelse i grenspecialet opnåes på et uddannelsesstrin svarende til § 14-niveau, og at der kan tildeles speciallægeanerkendelse i såvel intern medicin og i et grenspeciale som i grenspecialet alene.

Speciallægekommissionen skal på basis af arbejdsgruppens forhandlinger med de videnskabelige selskaber foreslå, at der etableres formaliserede uddannelseskrav i nedennævnte 11 grenspecialer, men finder det vigtigt at påpege, at nye grenspecialer relativt let vil kunne indpasses i systemet.

Til grund for forslaget om et grenspeciale i reumatologi ligger en redegørelse fra kom-

missionens arbejdsgruppe vedrørende den fremtidige speciallægeuddannelse i fysiurgi/-reumatologi (bilag 10), og på basis af de forhandlinger, der har fundet sted mellem denne arbejdsgruppe og arbejdsgruppen vedrørende intern medicin og de implicerede videnskabelige selskaber, kan kommissionen anbefale oprettelsen af et grenspeciale i reumatologi med de diagnostiske og behandlingsmæssige funktioner indenfor bevægeapparatets medicinske sygdomme og de dertil knyttede fysiske rehabiliteringsopgaver som funktionsområde, og at dette grenspeciale træder i stedet for det hidtidige speciale i fysiurgi og rehabilitering.

I overensstemmelse med repræsentanter for henholdsvis tropemedicin og klinisk farmakologi foreslås disse fagområder ikke oprettet som intern medicinske grenspecialer. Klinisk farmakologi vil dog i et vist omfang blive indpasset i den intern medicinske uddannelsesmodel.

INTERN MEDICIN

Minimal samlet uddannelsestid: 5 år.

4½ års ansættelse på intern medicinsk afdeling

6 måneders laboratorieuddannelse.

I uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse i uddannelsesstilling ved grenspecialiserede afdelinger i den medicinske blok på landsdelssygehus omfattende to eller flere afdelinger, dog således at ansættelsen omfatter mindst 12 måneder ved en afdeling.

6 måneders laboratorieuddannelse ved ansættelse indenfor følgende specialer: klinisk kemi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, klinisk immunologi eller klinisk mikrobiologi,

eller ved ansættelse i forskningsstilling ved tilsvarende afdelinger eller teoretisk institut eller med dokumenteret laboratoriepræget funktion i klinisk afdeling.

18 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved almen intern medicinsk afdeling.

1. reservelægeuddannelsen kan dog også finde sted

enten ved 2×12 måneders ansættelse ved to grenspecialiserede afdelinger med hver sit grenspeciale, når afdelingerne tillige har en vis almen intern medicinsk funktion.

eller ved 12 måneders ansættelse ved almen intern medicinsk afdeling og 12 måneders ansættelse ved grenspecialiseret afdeling, som tillige har en vis almen intern medicinsk funktion.

6 måneder af ansættelsen som 1. reservelæge ved grenspecialiseret afdeling vil samtidig kunne medregnes ved uddannelse i pågældende grenspeciale.

Laboratorieuddannelsen kan placeres under hele uddannelsesforløbet. 1. reservelægeuddannelsen skal finde sted efter ansættelsen i uddannelsesstilling på landsdelssygehus, som iøvrigt kan placeres når som helst i det øvrige uddannelsesforløb. Normalt bør uddannelsens første led dog være mindst 12 måneders ansættelse ved almen intern medicinsk afdeling, og denne del af uddannelsen og ansættelse ved intern medicinsk afdeling som led i turnusansættelse bør ikke begge foregå på landsdelssygehus.

INTERN MEDICINSKE GRENSPECIALER

Uddannelsen til speciallæge i nedennævnte intern medicinske grenspecialer gennemføres ved, at den uddannelsessøgende enten har opnået speciallægeanerkendelse i intern medicin eller som minimum har gennemgået den første fase af uddannelsen i intern medicin til og med uddannelsesstillingen på landsdelssygehus. Selve grenspecialeuddannelsen omfatter:

Ansættelse ved grenspecialiseret afdeling, herunder krav om 1. reservelægeansættelse,

eventuelt krav om supplerende uddannelse i andre kliniske specialer og

eventuelt krav om særlig laboratorieuddannelse.

1. reservelægeansættelsen skal være del sidste led i uddannelsen.

Til opnåelse af speciallægeanerkendelse i både intern medicin og et grenspeciale kræves

en samlet 1. reservelægeansættelse på minimalt 4 år fordelt på mindst 2 afdelinger af hver mindst 12 måneders varighed og omfattende en passende kombination af begge funktioner.

Cardiologi

Minimal samlet uddannelsestid: 7 år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

12 måneders ansættelse ved cardiologisk laboratorium.

36 måneders ansættelse ved grenspecialiseret afdeling i cardiologi.

I uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved cardiologisk afdeling.

Hepatologi

Minimal samlet uddannelsestid: $6V_2$ år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

6 måneders laboratorieuddannelse som beskrevet under intern medicin.

36 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret afdeling i hepatologi.

Hæmatologi

Minimal samlet uddannelsestid: $6\frac{1}{2}$ år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

6 måneders laboratorieuddannelse som beskrevet under intern medicin.

36 måneders ansættelse ved grenspecialiseret afdeling i hæmatologi.

I uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret afdeling i hæmatologi.

Infektionsmedicin

Minimal samlet uddannelsestid: 7 år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

12 måneders grenspecialiseret laboratorieuddannelse. 3 måneder kan erstattes af tropemedicinsk kursus omfattende parasitologi.

6 måneders ansættelse ved pædiatrisk afdeling.

30 måneders ansættelse ved grenspecialiseret afdeling i infektionsmedicin. Heraf kan dog 6 måneder erstattes af ansættelse inden for et af følgende specialer: dermatologi, medicinsk allergologi, medicinske lungesygdomme, neuromedicin, oto-rhinolaryngologi eller af 3 måneders ansættelse ved tropehospital, der varetager behandling af infektionssygdomme.

I uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret afdeling i infektionsmedicin.

Langtidsmedicin

Minimal samlet uddannelsestid: 6½ år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

6 måneders laboratorieuddannelse som beskrevet under intern medicin.

6 måneders ansættelse ved neuromedicinsk afdeling.

6 måneders ansættelse ved afdeling i reumatologi med rehabiliteringsfunktion.

24 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret afdeling i langtidsmedicin.

Medicinsk allergologi

Minimal samlet uddannelsestid: 6½ år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

12 måneders grenspecialiseret laboratorieuddannelse.

30 måneders ansættelse ved grenspecialiseret afdeling i medicinsk allergologi. Heraf kan dog 6 måneder erstattes af ansættelse inden for et af følgende specialer: dermatologi, infektionsmedicin, medicinske lungesygdomme, oto-rhino-laryngologi eller pædiatri.

I uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret afdeling i medicinsk allergologi.

Medicinsk endokrinologi

Minimal samlet uddannelsestid: 7 år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

18 måneders laboratorieuddannelse.

30 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret medicinsk endokrinologisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

12 måneders grenspecialiseret laboratorieuddannelse.

Medicinsk gastroenterologi

Minimal samlet uddannelsestid: 6V₂ år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

6 måneders laboratorieuddannelse som beskrevet under intern medicin.

36 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret afdeling i medicinsk gastroenterologi.

Medicinske lungesygdomme

Minimal samlet uddannelsestid: 6V₂ år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

6 måneders laboratorieuddannelse som beskrevet under intern medicin.

36 måneders ansættelse ved grenspecialiseret afdeling i medicinske lungesygdomme. Heraf kan dog 6 måneder erstattes af ansættelse inden for et af følgende specialer: anæstesiologi, cardiologi, medicinsk allergologi eller thoraxkirurgi.

I uddannelsen skal indgå:

30 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret afdeling i medicinske lungesygdomme.

Nefrologi

Minimal samlet uddannelsestid: 7 år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

6 måneders laboratorieuddannelse som beskrevet under intern medicin.

6 måneders ansættelse ved urologisk afdeling.

36 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret nefrologisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

Mindst 24 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved en afdeling, der varetager nyretransplantation.

Reumatologi

Minimal samlet uddannelsestid: 6½ år.

36 måneders intern medicinsk grunduddannelse ved ansættelse i intern medicinske afdelinger, heraf 24 måneder i uddannelsesstilling ved landsdelssygehus (se intern medicin).

6 måneders grenspecialiseret laboratorieuddannelse.

36 måneders ansættelse ved grenspecialiseret afdeling i reumatologi. Heraf kan dog 6 måneder erstattes af ansættelse ved infektionsmedicinsk, neuromedicinsk eller ortopædkirurgisk afdeling eller grenspecialiseret laboratorium.

I uddannelsen skal indgå:

30 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved grenspecialiseret afdeling i reumatologi. Højest 12 måneder kan finde sted på afdelinger med rene rehabiliteringsfunktioner.

Vejledende § 14-krav

Intern medicin: 3 3½ års ansættelse som 1. reservelæge ved almen intern medicinsk afdeling eller ved kombination af grenspecialiserede afdelinger. Op til 1 år ved meget specialiseret afdeling vil kunne godkendes. Uddannelsen bør i almindelighed omfatte ansættelse ved mere end en afdeling.

Intern medicinske grenspecialer: svarer til grenspeciale-autorisation, dvs. 3-3½ års grenspecialeuddannelse ved en eller flere afdelinger inden for specialet inklusive eventuelle krav til speciel laboratorieuddannelse eller supplerende uddannelse i andre kliniske specialer.

Den teoretiske videreuddannelse

Den teoretiske videreuddannelse har også under det hidtidige uddannelsessystem været fælles for uddannelsessøgende i det intern medicinske fagområde, og der har ikke været stillet krav ved uddannelsen til grenspecialist.

Uddannelsen foreslås udvidet til ca. 240 timer til alle uddannelsessøgende i fagområdet omfattende tværgående emner og organorienterede/specialeprægede emner. Enkelte specialselskaber har ønsket, at visse emner gøres obligatoriske for det pågældende speciale. Speciallægekommisionen har ikke taget stilling hertil, men finder, at dette spørgsmål bedst løses ved forhandling mellem specialselskaber og specialistnævnet.

Visse tværgående kursussemner foreslås placeret tidligt i speciallægeuddannelsen, mens hovedparten af kurser bør afvikles i forbindelse med ansættelse på landsdelssygehus. Enkelte specialeorienterede kurser kan placeres under 1. reservelægeuddannelsen eller i forbindelse med uddannelsen i grenspeciale.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Gennemførelsen af en fælles uddannelsesstilling på landsdelssygehus med rotation mellem flere grenspecialiserede afdelinger vil kræve visse ændringer i den hidtidige afdelingsklassifikation. Ved sammensætningen af de 2-årige uddannelsesstillinger, som bør tilrettelægges regionalt i Københavnsområdet og i Odense, Århus og Ålborg, må man tilstræbe en vis alsidighed både af hensyn til funktionen som intern mediciner og med henblik på at give mulighed for specialevalg.

Der forestår et særligt arbejde med klassifikation af afdelinger til uddannelser i de foreslåede nye grenspecialer. Speciallægekommissionen skal i den forbindelse særligt påpege klassifikationsproblemer i forbindelse med oprettelse af et grenspeciale i reumatologi, herunder spørgsmål om i hvilket omfang de nuværende fysiurgiske afdelinger kan indgå i uddannelserne inden for fagområdet.

Uddannelsekapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen i intern medicin har de sidste 4-5 år været ca. 17 pr. år, og de hidtil anerkendte grenspecialer tilsammen ca. 11 pr. år. Nogle grenspecialer har givet et skøn over uddannelsesbehovet i de kommende år; i hæmatologi og hepatologi er behovet under 1 pr. år; i medicinske lungesygdomme, nefrologi og langtidsmedicin omkring 1-3 pr. år, mens der i cardiologi anslås at være behov for 3-4 pr. år, i de første år eventuelt 5-6 pr. år. For de øvrige grenspecialer er forholdene ikke tilstrækkeligt belyst.

Speciallægeproduktionen i det intern medicinske fagområde har kun delvis været reguleret gennem antallet af kursusstillinger, idet der i et stigende omfang er givet dispensation herfra og i stedet kun stillet krav om ansættelse på a-afdeling. Den væsentligste regulerende faktor har således været kapaciteten ved det teoretiske kursus.

Det fremgår af arbejdsgruppens betænkning, at uddannelseskapaciteten på reservelægeniveau ved almen intern medicinske afdelinger også efter gennemførelsen af turnusordningen vil være tilstrækkelig til at opretholde den nuværende speciallægeproduktion. Den udvidelse, der må forventes ved integrering af specialet fysiurgi og rehabilitering i fagområdet, vil dog kunne skabe visse kapacitetsproblemer. Derimod er antallet af 1. reservelægestillinger, også på de grenspecialiserede afdelinger, fuldt tilstrækkeligt. Antallet af 1. reservelægestillinger er snarere for stort, og det er fortsat almindeligt, at 1. reservelægestillinger på provinsens nuværende b-afdelinger er besat med uddannelsessøgende, der ikke har haft kursusstilling.

Speciallægeproduktionen har de seneste år været noget større end sygehusvæsenets behov, og et stigende antal speciallæger har etableret sig i fuldtids speciallægepraksis. Fra intern medicinsk side peges der på det ønskelige i, at alle speciallæger inden for fagområdet

det under en eller anden form knyttes til sygehusene.

Kommissionens bemærkninger

Speciallægekommissionen har i ovennævnte forslag til uddannelseskrav fulgt de principper, som er fremført i betænkningen: »Den fremtidige speciallægeuddannelse i det intern medicinske fagområde« (bilag 8), og som har fået tilslutning fra alle berørte specialselskaber. Speciallægekommissionen har lagt vægt på en vis ensartethed i de forskellige grenspecialeuddannelser, især med hensyn til varigheden, og har iøvrigt bemærket sig, at specialselskaberne har tilsluttet sig, at det overvejende flertal af uddannelsessøgende inden for det intern-medicinske fagområde i overensstemmelse med de usikre behov for grenspecialister vil søge anerkendelse til både grundspecialet intern medicin, og et grenspeciale. To specialer (hæmatologi og medicinsk gastroenterologi) har endog påpeget det ønskelige i, at der kun undtagelsesvis gives autorisation i grenspecialet alene. Speciallægekommissionen mener dog, at muligheden for anerkendelse i grenspeciale alene skal stå åben. Hovedreglen om kombineret anerkendelse vil dog formentlig ikke komme til at gælde for grenspecialister i reumatologi i de første år.

Kommissionen finder, at nye udviklinger med hensyn til specialisering relativt let kan indpasses i uddannelsesmodellen for fagområdet, og vil foreslå, at sådanne gøres til genstand for forhandlinger mellem de videnskabelige selskaber og specialistnævnet.

Kommissionens forslag afviger på enkelte punkter fra de af specialselskaberne stillede forslag. Dansk cardiologisk selskab har således ønsket ialt 4 års ansættelse på cardiologisk afdeling som led i grenspecialeuddannelsen, men er dog åben for, at noget af tiden opnås ved ansættelse ved cardiologisk afdeling under den intern medicinske grunduddannelse. Det er kommissionens opfattelse, at der ved opstilling af et sådant krav vil blive tale om en unødvendig forlængelse af uddannelsen sammenholdt med de nugældende krav i cardiologi, og mener iøvrigt, at den intern medicinske grunduddannelse altid vil indeholde et betydeligt moment af cardiologi. Flere specialer har ønsket, at der gives mulighed for anerkendelse af supplerende klinisk uddannelse, uden at der stilles formelle krav hertil. Dette er opnået ved, at op til 6 måneder af den grenspecialiserede uddannelse kan finde

sted ved ansættelse i andre nærmere angivne specialer. Herved tilgodeses kommissionens principielle beslutning om, at der ved krav om supplerende uddannelse skal foreligge en klar beskrivelse af de forventninger, der stilles til de enkelte uddannelsesmomenter. Kommissionen vil iøvrigt henvise til, at der individuelt i forbindelse med § 14-bedømmelse kan være behov for særlig supplerende uddannelse.

Kommissionen gør opmærksom på, at der ved den endelige udformning af uddannelsesregler i grenspecialer kan være behov for justeringer af det foreliggende forslag efter nærmere forhandling mellem specialselskaber og specialistanævnet.

Speciallægekommissionen finder, at forslaget om integrering af det hidtidige speciale fysiurgi og rehabilitering i fagområdet i form af grenspecialet reumatologi vil repræsentere en væsentlig uddannelsesmæssig gevinst. Kommissionen vil gerne understrege, at der ved dette forslag ikke må ske en forringelse af funktionen inden for reumatologia minor. Kommissionen kan iøvrigt tilslutte sig, at rehabiliteringsfunktionen under specialet fortsat må være placeret i dette speciale, men er opmærksom på, at udviklingstendenser i andre specialer (jvf. neuromedicin) kan medføre en decentralisering af rehabiliteringsfunktionen. Kommissionen er af den opfattelse, at uddannelsesforslaget let kan indpasses i de organisatoriske overvejelser, der er indeholdt i betænkningen »Reumatologi inden for sygehusvæsenet«, (1976) (11), idet de reumatologi-

ske enheders behov for differentieret ekspertise vil kunne sikres ved ansættelse af speciallæger med forskellig hovedinteresse inden for reumatologien, herunder også speciallæger, der tillige er speciallæger i intern medicin. Kommissionen håber, at der snarest vil blive taget skridt til nødvendige strukturelle overvejelser inden for denne del af sygehussektoren, navnlig i forbindelse med besættelse af overlægestillinger. Kommissionen er opmærksom på behovet for overgangsbestemmelser for de uddannelsessøgende, der har påbegyndt en uddannelse i fysiurgi og rehabilitering, ligesom der som nævnt må foretages en nærmere uddannelsesmæssig evaluering af afdelingerne som konsekvens af forslaget.

Kommissionen kan anbefale, at uddannelsesforslaget for det intern medicinske fagområde gennemføres snarest, og vil foreslå, at der meget hurtigt tages skridt til etablering af det nødvendige antal uddannelsesstillinger på landsdelssygehus. Kommissionen mener, at denne opgave bedst løses ved etablering af regionale kursusråd i samarbejde med specialistanævnet. Kommissionen er opmærksom på de vanskeligheder, der kan opstå i forbindelse med de meget alvorlige kapacitetsproblemer inden for den medicinske sektor.

Kommissionen ønsker derudover at påpege, at den uddannelsesmæssige belastning, de medicinske afdelinger pålægges som konsekvens af blandt andet turnusordningen, vil nedvendiggøre et bedre forhold mellem antallet af fastansatte speciallæger og uddannelsessøgende.

DERMATO-VENEROLOGI/HUD- OG KØNSSYGDOMME

Minimal samlet uddannelsestid: 5 år.

4½ års ansættelse på dermatovenerologisk afdeling.

6 måneders ansættelse på intern medicinsk afdeling.

1 uddannelsen skal indgå:

Ansættelse på mindst to forskellige afdelinger.

Ansættelse på afdeling med venerologi i mindst 24 måneder.

Ansættelse som 1. reservelæge i mindst 18 måneder.

Den supplerende uddannelse i intern medicin bør finde sted efter mindst 1 års uddannelse i specialet og helst på en bred intern-medicinsk

afdeling, en epidemisk afdeling eller en immunologisk afdeling.

Vejledende § 14-krav: 2 års ansættelse som 1. reservelæge.

Den teoretiske videreuddannelse

Det teoretiske kursus omfatter for øjeblikket fire ugekurser à 30 timer ialt 120 timer. Kursus gennemføres på 1 år, og kursister optages efter 24 måneders ansættelse i specialet.

Det teoretiske kursus foreslås udvidet til 180 timer og foreslås spredt over en længere periode, således at den teoretiske videreuddannelse kan påbegyndes i det andet år i speciallægeuddannelsen.

Den teoretiske uddannelse indeholder en del elementer, der også indgår i andre fags teoretiske uddannelse, og en koordinering og integrering er ønskelig.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Samtlige afdelinger i faget har i dag en ensartet klassificering, og denne foreslås bevaret, idet samtlige uddannelsesmæssige aspekter skønnes at være dækket ved krav om ansættelse på to afdelinger.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

I de sidste fire år er der gennemsnitlig uddannet 7 speciallæger pr. år, og med det nuværende antal uddannelsesstillinger vil det ikke være muligt at uddanne mere end ca. 8 speciallæger årligt. Over 80 % af de nuværende speciallæger har deres hovedbeskæftigelse uden for sygehusene, og en udvidelse af uddannelseskapaciteten kan formentlig kun ske ved oprettelse af uddannelsesstillinger i speciallægepraksis eller ved oprettelse af dermatovenerologiske amtsambulatorier. Dansk dermatologisk selskab mener ikke, at det vil være praktisk muligt at ansætte reservelæger i speciallægepraksis.

Uddannelseskapaciteten på sygehusene har hidtil ikke udelukkende været anvendt til at uddanne speciallæger i faget, men også en del læger med andet uddannelsessigte har søgt ansættelse på fagets afdelinger, og denne mulighed ønskes bevaret i et vist omfang. Det drejer sig såvel om læger, der søger speciallægeuddannelse i intern medicin som i almen medicin og formentlig fremover i arbejdsmedicin. For at undgå at disse læger forbliver for længe på afdelingerne, har hudafdelingernes overlæger truffet den kollegiale aftale, at alle reservelægestillinger gøres 1-årige, hvorefter de genopslås.

Særlige funktionsområder

Inden for specialet er en række funktionsområder under udvikling, men særlige uddannelseskrav kan endnu ikke angives. Selskabet finder, at der er et behov for afgrænsning af arbejdsdermatologi som et særligt funktionsområde.

Kommissionens bemærkninger

De ovenfor anførte forslag til uddannelseskrav er ikke i overensstemmelse med selskabets ønsker, idet selskabet stillede forslag om en samlet uddannelsestid på 5½ år, omfattende 5 års ansættelse på dermatovenerologisk afdeling, heraf krav om 2 års ansættelse som 1. reservelæge. Selskabet begrundede dette ønske med de særlige arbejdsvilkår, de praktiserende speciallæger i faget har. Selskabet foreslår, at speciallægeanerkendelse og § 14-krav sidestilles, således at også de praktiserende speciallæger har en uddannelseslængde på højde med den, der kræves for fastansættelse i sygehusvæsenet. Selskabet peger i denne forbindelse på de ganske særlige forhold inden for specialet, idet et stort antal speciallæger sidder alene uden kontakt med fagfæller. Selvom venerologi ikke overalt varetages af dermatologer, er fagområdet efter selskabets opfattelse dog så omfattende, at en 5-årig uddannelse skønnes nødvendig.

Kommissionen er vidtgående enig i disse synspunkter, men i betragtning af, at krav om ansættelse som 1. reservelæge først blev indført i 1975, idet der tidligere var generel dispensation herfor, og kommissionen af specialistnævnet er blevet gjort bekendt med en vis kødannelse foran 1. reservelægeansættelsen og problemer for de uddannelsessøgende med at gennemføre uddannelsen inden for en rimelig tid, finder kommissionen ikke at kunne anbefale selskabets forslag.

Kommissionen finder det ligeledes uhenigtsmæssigt, om speciallægeuddannelsen i Danmark bliver væsentligt længere end i andre lande, som vi har fælles arbejdsmarked med.

Nye krav til speciallægeuddannelsen i dermatovenerologi kan gennemføres uden særlige overgangsbestemmelser, og kommissionen skal henstille, at forslagene gennemføres snarest.

børnepsykiatrisk speciallæge på en pædiatrisk/børnepsykiatrisk enhed.

uddannelsen skal indgå:

12 måneders ansættelse i pædiatrisk uddannelsesstilling på landsdelssygehus, mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge,

PÆDIATRI/BØRNESYGDOMME

Minimal samlet uddannelsestid: 4½ år

48 måneders ansættelse på pædiatrisk afdeling, hvoraf indtil 6 måneder kan erstattes med ansættelse på intern medicinsk afdeling.

6 måneders ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling eller med funktion under

Uddannelsen skal omfatte ansættelse på mindst 2 afdelinger.

Den supplerende uddannelse i børnepsykiatri kan finde sted i hele uddannelsesforløbet.

Vejledende § 14-krav: 3 års ansættelse som 1. reservelæge.

Den teoretiske videreuddannelse

Den teoretiske uddannelse består af øjeblikket af en række obligatoriske og valgfrie kurser. De nuværende kriterier for optagelse på kursus er gennemført almenuddannelse og mindst 12 måneders ansættelse på pædiatrisk afdeling, og den uddannelsessøgende skal have opnået ansættelse på en a-afdeling.

Med den tiltagende specialisering inden for faget er der behov for en udvidelse af kursustilbuddet og ligeledes behov for en udvidelse af det obligatoriske antal timer, den enkelte skal gennemføre, og kommissionen foreslår, at den teoretiske videreuddannelse fremover omfatter 180 timer pr. læge, hvortil indtil videre må regnes med 30 timers teoretisk kursus i børnepsykiatri i det omfang, det ikke vil vise sig muligt at opnå ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling. De obligatoriske kurser skal hovedsagelig finde sted i forbindelse med reservelægeansættelsen på landsdelssygehus, medens basale kurser kan tages forud for denne del af uddannelsen og tilvalgskurser både før og efter denne del af uddannelsen.

Der er ligeledes behov for teoretisk videreuddannelse i forbindelse med specialisering, og denne vil overvejende finde sted under ansættelse som 1. reservelæge.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

En omlægning af speciallægeuddannelsen i pædiatri med indførelse af en obligatorisk ansættelse i en pædiatrisk uddannelsesstilling på landsdelssygehus vil kræve en ændring i afdelingernes klassificering.

Kommissionen lægger vægt på, at alle uddannelsessøgende får mindst 12 måneders ansættelse på en afdeling, som kan præstere en særlig klinisk uddannelse, idet der samles et rimeligt stort antal patienter med specielle mere sjældne sygdomme på disse afdelinger, som desuden har et nært samarbejde med en lang række andre højt udspecialiserede sygehusfunktioner, såvel inden for de kliniske fag som laboratorieområdet.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen i pædiatri har i de sidste 4 år været ca. 8 pr. år. Uddannelseskapaciteten på de pædiatriske afdelinger er tilstrækkelig til at opretholde denne produktion, men der må i denne forbindelse også tages hensyn til andre fags behov for supplerende uddannelse i pædiatri. Ansættelse på pædiatrisk afdeling burde således efter selskabets opfattelse være obligatorisk for uddannelsessøgende i almen medicin, men uddannelseskapaciteten er ikke tilstrækkelig hertil.

Antallet af 1. reservelægestillinger er tilstrækkeligt til at dække uddannelsesmæssige formål, og der kunne formentlig opnås en bedre balance mellem antallet af uddannelsesstillinger og slutstillinger, såfremt et antal 1. reservelægestillinger blev omdannet til faste speciallægestillinger.

Det er ikke for tiden muligt at gennemføre et krav om 6 måneders ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling som en obligatorisk del af uddannelsen i pædiatri, men kommissionen har fundet det væsentligt, at det alligevel gøres til et krav, men er indstillet på, at det endnu i en årrække må opfyldes ved et teoretisk kursus i stedet for klinisk ansættelse.

Særlige funktionsområder

På en række områder er der ved at opstå klart definerede pædiatriske specialfunktioner, som af hensyn til uddannelsesforløb og vurdering i henhold til stillingsopslag bør have mere formaliserede rammer. Delte gælder især for neonatologi, børneneurologi og børneallergologi. Herudover må en række speciallæger i pædiatri forventes at være beskæftiget inden for socialpædiatri.

Som vejledende § 14-krav til uddannelser inden for et pædiatrisk specialområde kan generelt kræves 2 års ansættelse som 1. reservelæge med funktion inden for specialområdet eventuelt suppleret med 6-12 måneders ansættelse inden for andre kliniske fag, der har relation til specialfunktionen. Som eksempler på sidstnævnte kan nævnes ansættelse i neuromedicin for børneneurologer, ansættelse ved intern medicinsk afdeling specialiseret i allergologi/immunologi for børneallergologer.

Kommissionens bemærkninger

Pædiatrien er som speciale udgået fra intern medicin, og i speciallægeuddannelsen er hidtil

indgået krav om ansættelse på intern medicinsk afdeling. Det er kommissionens opfattelse, at der fortsat med fordel kan placeres supplerende uddannelser inden for det intern medicinske fagområde, men at denne del af uddannelsen helt overvejende bør finde sted i forbindelse med en specialisering inden for pædiatrien. Både ud fra uddannelsesmæssige synspunkter og ud fra en vurdering af de øjeblikkelige kapacitetsmæssige vanskeligheder, anser kommissionen det derimod ikke for absolut nødvendigt, at uddannelsen i almen pædiatri indeholder krav om supplerende uddannelse i intern medicin, men dette synspunkt har selskabet ikke kunnet erklære sig enig i. Under de mundtlige forhandlinger, der har fundet sted, har selskabets bestyrelse erklæret sig indforstået med, eventuelt i et udvalgsarbejde, at udforme en nærmere beskrivelse af de elementer, der bør indgå i den kliniske uddannelse i pædiatri og pædiatriske specialfunktioner, og kommissionen skal foreslå, at spørgsmålet om obligatorisk ansættelse på intern medicinsk afdeling kobles sammen med spørgsmålet om en særlig uddannelses-

stilling på landsdelssygehus eller organiseret som en rotationstilling, omfattende ansættelse på pædiatriske afdelinger med forskellige specialfunktioner.

Dansk pædiatrisk selskab har overfor kommissionen understreget, at der hersker en betydelig usikkerhed med hensyn til fagets fremtidige placering. Det er selskabets opfattelse, at man med fordel kunne anvende pædiatriske speciallæger i større omfang end det sker i øjeblikket, blandt andet således at der i alle amter etableres pædiatrisk service både for de praktiserende læger og for socialvæsenet med henblik blandt andet på en oprustning af de socialpædiatriske funktioner.

Hertil kommer, at profylaksen i børnealderen i vid udstrækning kunne styrkes, såfremt pædiatere direkte deltog i børneundersøgelser mindst en gang inden skolealderen.

Kommissionen foreslår, at en ny speciallægeuddannelse i pædiatri gennemføres så snart som muligt, og det er kommissionens opfattelse, at Dansk pædiatrisk selskab kan tilslutte sig de anførte intentioner og kan bistå specialnævnet med gennemførelsen.

ANÆSTESIOLOGI

Minimal samlet uddannelsestid: 5 år.

5 års ansættelse på anæstesiologisk afdeling. Heraf kan dog 6 måneder erstattes af ansættelse på anden afdeling relevant for specialet eller af dokumenteret relevant forskningsaktivitet.

1 uddannelsen skal indgå:

en introduktionsansættelse på 12 måneder med oplæring i praktiske færdigheder og træning i den kliniske bedømmelse af patienter.

24 måneders ansættelse i uddannelsesstilling på landsdelssygehus tilrettelagt således, at den uddannelsessøgende oplæres i mere komplicerede procedurer, som blandt andet omfatter anæstesi til obstetriske, thoraxkirurgiske herunder hjertekirurgiske og neurokirurgiske indgreb samt anæstesi til spædbørn og til patienter med komplicerende lidelser

mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge, heraf mindst 12 måneder på landsdelssygehus.

Uddannelsen skal omfatte ansættelse på to afdelinger.

Vejledende § 14-krav: 3 års ansættelse som 1. reservelæge.

Den teoretiske videreuddannelse

Den teoretiske videreuddannelse skal fortsat overvejende ligge under ansættelsen på landsdelssygehus, men en del basale kurser og valgfri kurser kan tages på andre tidspunkter i uddannelsen, idet man dog fortsat forudsætter, at optagelse på kursus først kan finde sted, når den uddannelsessøgende har haft 12 måneders ansættelse inden for faget. Kursets samlede varighed bør være på 150 timer.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Den nuværende uddannelsesmæssige klassificering vil ikke være tilstrækkelig og relevant for den fremtidige uddannelse. Introduktionsstillingen til faget kan finde sted på samtlige anæstesiafdelinger med underordnet lægestab, medens den næste fase i uddannelsen overvejende bør finde sted på landsdelssygehus og i et vist omfang kunne etableres som

en rotationsstilling mellem to sygehuse, som tilsammen råder over de omtalte specialafdelinger og specialfunktioner. Der lægges vægt på, at 12 måneder af 1. reservelægeansættelsen finder sted på et landsdelssygehus, samt at det nærmere bør analyseres på hvilke andre afdelinger 1. reservelægeansættelse kan medregnes i speciallægeuddannelsen.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen i de sidste 4 år har været gennemsnitlig 13,5 pr. år. I efteråret 1975 foreslog Dansk anæstesiologisk selskab, at antallet af kursusstillinger blev reduceret fra 14 pr. år til 7 pr. år, og sundhedsstyrelsen kunne tilslutte sig dette forslag foreløbig for en 2-årig periode, der udløber i 1978. Med mindre der sker væsentlige ændringer i stabsstrukturen på de anæstesiologiske afdelinger, vil en speciallægeproduktion på 7 pr. år fortsat være tilstrækkelig, men kommissionen kan tilslutte sig selskabets opfattelse af, at den nuværende uddannelseskapacitet er for stor specielt på 1. reservelægeplanet. Med den nuværende uddannelseskapacitet vil der kunne uddannes ca. 20 speciallæger pr. år.

Efter kommissionens opfattelse bør en eventuel styring af speciallægeproduktionen finde sted gennem antallet af særlige uddannelsesstillinger på landsdelssygehuse.

Særlige funktionsområder

Selskabet finder ikke, at der for tiden er behov for afgrænsning af områder med specificerede uddannelseskrav, men mener at den udvikling som allerede er i gang på landsdelssygehuse med specialisering inden for områder som neuroanæstesi, anæstesi til thoraxkirurgisk indgreb, pædiatrisk anæstesi, obstetrisk analgesi og intensiv terapi må videreføres af såvel behandlingsmæssige som uddannelsesmæssige grunde.

Kommissionens bemærkninger

Ud fra den grundopfattelse, at patientbehandling i det danske sygehusvæsen bør ligge på et ensartet højt niveau, har Dansk anæstesiologisk selskab givet udtryk for den opfattelse, at der på sygehuse, der påtager sig akut vagt, til enhver tid på stedet bør være adgang til anæstesiologisk speciallægebistand.

Selskabet finder det rimeligt, at de nuværende b-afdelinger normeres med 4 overlæger og 1 1. reservelæge, medens mindre afdelinger

med akut vagt normeres med 3 overlæger. For de nuværende a-afdelingers vedkommende er det ikke muligt at angive en gennemsnitsnormering, men det er også her selskabets opfattelse, at normeringen af overlæger må øges.

Antallet af reservelægestillinger, som på længere sigt vil være nødvendigt for at sikre uddannelsen af det fornødne antal anæstesiologiske speciallæger, bør ikke være meget større end antallet af 1. reservelægestillinger. Hertil må dog føjes reservelægestillinger, som anvendes i uddannelsen af læger i andre specialer. Behovet for reservelægestillinger kan således ikke vurderes, idet forudsætning herfor mangler, indtil anæstesiafdelingernes placering i det kommende uddannelsessystem er kendt.

Endelig har selskabet peget på, at man for at kunne yde patienterne den bedst tænkelige anæstesiologiske service på længere sigt bør stille imod, at i alt fald en del af det arbejde, der i dag udføres af anæstesisygeplejersker, overtages af anæstesilæger.

Samlet kan det anslås, at behovet for overlægestillinger ligger på mellem 250 og 300 imod i dag 146 (maj 1976), medens behovet for 1. reservelægestillinger på længere sigt vil være 50-60 imod i dag 80.

Kommissionen kan tilslutte sig disse synspunkter og vil finde det hensigtsmæssigt med en ændret stabsstruktur på flertallet af de anæstesiologiske afdelinger. Dels er det kommissionens synspunkt, at der kun bliver et meget begrænset behov for anæstesiologiske speciallæger uden for sygehusvæsenet, og dels vil speciallægefunktionerne i sygehusvæsenet have et sådant omfang både hvad angår speciallægeuddannelsens art og de uddannelsesmæssige forpligtelser både over for vordende speciallæger og for læger under uddannelse i andre specialer, at den nuværende stabsopbygning ikke kan betegnes som hensigtsmæssig.

De fremsatte uddannelsesforslag er i overensstemmelse med selskabets ønsker, og kommissionen skal foreslå, at en ny speciallægeuddannelse i anæstesiologi gennemføres snarest muligt. Der er behov for en nærmere beskrivelse af, på hvilke andre afdelinger end anæstesiafdelinger 6 måneder af hoveduddannelsen kan finde sted. Det er endvidere nødvendigt at foretage visse ændringer i afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering.

DET KIRURGISKE FAGOMRÅDE

Udviklingen inden for det kirurgiske fagområde har gennem de sidste årtier været præget af en stigende grad af specialisering, hvilket har resulteret i formaliserede speciallægeuddannelser i kirurgi, ortopædisk kirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, urologi og kirurgisk gastroenterologi. Selv om der i samtlige uddannelser er indgået en fælles kirurgisk kursusstilling omfattende ansættelse på thoraxkirurgisk, gastroenterologisk, urologisk og ortopædkirurgisk afdeling, har der dog i princippet været tale om selvstændige formaliserede uddannelsesforløb.

I overensstemmelse med de generelle principper for kommissionens opbygning af uddannelsesforløb har kommissionen søgt at gøre en større del af uddannelsen fælles for de kirurgiske specialer og er herefter nået frem til følgende forslag til uddannelseskrav.

KIRURGI

Minimal samlet uddannelsestid: 5½ år.

5½ års ansættelse på kirurgisk afdeling, heraf mindst 4 år på afdelinger, der er klassificeret i kirurgi, kirurgisk gastroenterologi eller urologi.

1 uddannelsen skal indgå:

Fase 1: 2 års reservelægeansættelse inden for de kirurgiske fag, heraf mindst 12 måneder på en almen kirurgisk afdeling.

Fase 2: 2 års ansættelse i uddannelsesstilling på landsdelssygehus omfattende 6 måneders thoraxkirurgi 9 måneders kirurgisk gastroenterologi 9 måneders urologi

Fase 3: Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge på kirurgisk afdeling, hvoraf dog 6 måneder kan erstattes af ansættelse som 1. reservelæge på kirurgisk gastroenterologisk eller urologisk afdeling
eller
12 måneders ansættelse som 1. reservelæge på kirurgisk gastroenterologisk afdeling og 12 måneders ansættelse som 1. reservelæge på urologisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå 6 måneders ansættelse på ortopædkirurgisk afdeling eller på en

kirurgisk afdeling med blandt andet ortopædkirurgiske speciallæger og ortopædkirurgisk belægning.

ORTOPÆDISK KIRURGI

Minimal samlet uddannelsestid: 5V₂ år.

5 års ansættelse på kirurgiske afdelinger, heraf mindst 3½ år på afdelinger klassificeret i ortopædisk kirurgi.

6 måneders ansættelse på neurokirurgisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

Fase 1: 2 års reservelægeansættelse inden for de kirurgiske fag, heraf mindst 12 måneder på en almen kirurgisk afdeling.

Fase 2: 2 års ansættelse i uddannelsesstilling på landsdelssygehus omfattende 6 måneders thoraxkirurgi 18 måneders ortopædisk kirurgi omfattende klassisk ortopædi og håndkirurgi

Fase 3: mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge på ortopædkirurgisk afdeling.

Den supplerende uddannelse i neurokirurgi bør finde sted i forbindelse med ansættelsen på landsdelssygehus.

KIRURGISKE GRENSPECIALER

Uddannelsen til speciallæge i nedennævnte kirurgiske grenspecialer gennemføres ved, at den uddannelsessøgende enten har opnået speciallægeanerkendelse i kirurgi eller har gennemgået fase 1 og fase 2 af uddannelsen i kirurgi. Selve grenspecialeuddannelsen omfatter:

Ansættelse ved grenspecialiseret afdeling, herunder krav om 1. reservelægeansættelse, der skal være det sidste led i uddannelsen.

Eventuelt krav om supplerende uddannelse i andre kliniske specialer.

Til opnåelse af speciallægeanerkendelse i både kirurgi og et grenspeciale kræves en samlet 1. reservelægeansættelse på minimalt 4 år fordelt på mindst to afdelinger af hver mindst 12 måneders varighed.

Kirurgisk gastroenterologi

Minimal samlet uddannelsestid: 7 år.

I uddannelsen skal indgå:

Fase 1: Se under KIRURGI

Fase 2: Se under KIRURGI

Fase 3: 3 års ansættelse som 1. reservelæge på kirurgisk gastroenterologisk afdeling, hvoraf $\frac{1}{2}$ år kan erstattes af ansættelse på medicinsk gastroenterologisk afdeling

Urologi

Minimal samlet uddannelsestid: 7 år.

I uddannelsen skal indgå:

Fase 1: Se under KIRURGI

Fase 2: Se under KIRURGI

Fase 3: $2\frac{1}{2}$ års ansættelse som 1. reservelæge på urologisk afdeling
6 måneders ansættelse på nefrologisk afdeling

Thoraxkirurgi

Minimal samlet uddannelsestid: 7 år.

I uddannelsen skal indgå:

Fase 1: Se under KIRURGI

Fase 2: Se under KIRURGI

Fase 3: $2V_2$ års ansættelse som 1. reservelæge på thoraxkirurgisk afdeling
6 måneders ansættelse på cardiologisk laboratorium

Karkirurgi

Minimal samlet uddannelsestid: 7 år.

I uddannelsen skal indgå:

Fase 1: Se under KIRURGI

Fase 2: Se under KIRURGI

Fase 3: 3 års ansættelse som 1. reservelæge på karkirurgisk afdeling

Plastikkirurgi

Minimal samlet uddannelsestid: 7 år.

I uddannelsen skal indgå:

Fase 1: Se under KIRURGI

Fase 2: Se under KIRURGI

Fase 3: 3 års ansættelse som 1. reservelæge på plastikkirurgisk afdeling

I uddannelsen skal indgå mindst 6 måneders ansættelse på ortopædkirurgisk afdeling.

Vejledende § 14-krav

Kirurgi: Speciallægeanerkendelse i kirurgi samt yderligere 2 års 1. reservelægeansættelse på kirurgisk afdeling eller eventuelt ved en kombination af ansættelse på urologiske og gastroenterologiske afdelinger. Ud fra de generelle retningslinier må der ske en nærmere vurdering i de konkrete tilfælde under hensyn til den pågældende stillingsbeskrivelse og den samlede 1. reservelægefunktion.

Ortopædisk kirurgi: Speciallægeanerkendelse i ortopædisk kirurgi samt yderligere 2 års 1. reservelægeansættelse på ortopædkirurgisk afdeling.

Kirurgiske grenspecialer: Speciallægeanerkendelse i grenspecialet.

Den teoretiske videreuddannelse

Den teoretiske videreuddannelse har hidtil været fælles for uddannelsessøgende i det kirurgiske fagområde, og der har ikke været stillet særlige krav ved uddannelsen til grenspecialist. I plastikkirurgi har der dog været afholdt fælles nordiske kurser for uddannelsessøgende i dette grenspeciale.

Uddannelsen foreslås udvidet til ca. 240 timer til alle uddannelsessøgende i fagområdet omfattende tværgående emner og organorienterede/specialeprægede emner. Enkelte specialselskaber har ønsket, at visse emner gøres obligatoriske for det pågældende speciale. Kommissionen har ikke taget stilling hertil, men finder at dette spørgsmål bedst løses ved forhandling mellem specialselskaber og specialistnævnet.

Visse tværgående kursussemner foreslås placeret tidligt i speciallægeuddannelsen (i fase 1), medens hovedparten af kurser bør afvikles i forbindelse med ansættelse på landsdelssygehus. Enkelte specialeorienterede kurser kan placeres under 1. reservelægeuddannelsen eller i forbindelse med uddannelsen i et grenspeciale. Der bør være mulighed for i et vist omfang at få godkendt helt specielle teoretiske kurser arrangeret i andet regie, blandt andet i udlandet.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Gennemførelse af ændrede uddannelseskrav i det kirurgiske fagområde vil kræve visse ændringer i den hidtidige afdelingsklassifikation. De 2-årige uddannelsesstillinger på lands-

delssygehuse skal således opdeles i kirurgiske uddannelsesstillinger og ortopædkirurgiske uddannelsesstillinger, og de bør tilrettelægges regionalt i Københavnsområdet og i Odense, Århus og Ålborg.

Der forestår et særligt arbejde med klassifikation af afdelinger til uddannelser i det nye grenspeciale, og der bør desuden tages stilling til, på hvilke kirurgiske afdelinger 1. reservelægeansættelse kan finde sted.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen i kirurgi har de sidste 4 år været ca. 15 pr. år og i de hidtil anerkendte grenspecialer tilsammen ca. 21 pr. år.

Speciallægeproduktionen i det kirurgiske fagområde har været reguleret gennem antallet af kursusstillinger, og uddannelseskapaciteten på reservelægeniveau vil også efter gennemførelse af turnusordningen være tilstrækkelig til at opretholde den nuværende speciallægeproduktion. Antallet af 1. reservelægestillinger, også på de grenspecialiserede afdelinger, er ligeledes fuldt tilstrækkeligt til at opretholde den nuværende produktion, og det samlede antal 1. reservelægestillinger på kirurgiske afdelinger er så stort, at stillingerne ikke kan forventes at blive besat med læger, der har gennemgået ansættelsen på landsdelssygehus.

Speciallægeproduktionen har i de seneste år været væsentlig større end antallet af opslåede slutstillinger i det kirurgiske fagområde, og et betydeligt antal uddannelsessøgende har en samlet kirurgisk uddannelse på § 14-niveau uden at kunne opnå fast ansættelse i sygehusvæsenet. Da uddannelseskapaciteten specielt på 1. reservelægeplanen efter kommissionens opfattelse er for stor, skal kommissionen påny foreslå, at en række 1. reservelægestillinger omdannes til faste stillinger ikke mindst på de kirurgiske afdelinger på de mindre sygehuse.

Kommissionens bemærkninger

Efter et møde mellem speciallægekommisjonen og bestyrelsen for Dansk kirurgisk selskab nedsatte speciallægekommisjonen i slutningen af juni 1976 en arbejdsgruppe, som skulle udarbejde forslag til et uddannelsesprogram for speciallægeuddannelsen i det kirurgiske fagområde. Arbejdsgruppens medlemmer blev udpeget af speciallægekommisjonen og Dansk kirurgisk selskab

Fra speciallægekommisjonen:

ERNST GOLDSCHMIDT (formand)

CLAUS LUNDSTEDT

GUNNAR SCHIØLER

Fra Dansk kirurgisk selskab:

H. E. CARSTENSEN

K. FISCHERMANN

FLEMMING LUND

OLE VAGN NIELSEN

K. RECHNAGEL

H. RAHBK SØRENSEN

Som sekretær for arbejdsgruppen udpegedes TORBEN B. SØRENSEN fra sundhedsstyrelsens uddannelsessektion.

Arbejdsgruppen udarbejdede en skitse til den fremtidige speciallægeuddannelse i den kirurgiske sektor, og denne skitse har derefter været drøftet med repræsentanter fra følgende specialselskaber:

Dansk gastroenterologisk selskab

Dansk urologisk selskab

Dansk thoraxkirurgisk selskab

Dansk karkirurgisk selskab

Dansk selskab for plastik- og
rekonstruktionskirurgi

Dansk ortopædkirurgisk selskab

Efter forhandlingerne er der foretaget en række ændringer i det første udkast, og et revideret udkast har været drøftet mellem repræsentanter for ovenstående selskaber og medlemmer af arbejdsgruppen. Forslaget har endvidere været drøftet ved Dansk kirurgisk selskabs generalforsamling den 12. marts 1977.

Som udgangspunkt for sine overvejelser har arbejdsgruppen ønsket at fastslå, at der ved forslag om en simplificering af uddannelsessystemet ikke lægges op til en indskrænkning af funktionsområder. Man må tværtimod regne med en fortsat udspecialisering, og det er blandt andet formålet med arbejdsgruppens forslag, at en sådan udvikling let indpasses i uddannelsessystemet.

Funktionsområder som børnekirurgi, endokrinologisk kirurgi og kæbekirurgi er nogle steder mere eller mindre fuldstændigt afgrænsede som specialområder. Arbejdsgruppen finder i øjeblikket ikke tilstrækkeligt grundlag for at formalisere disse områder som grenspecialer. Uddannelsen til disse funktioner må som hovedregel bygge ovenpå en kirurgisk uddannelse eventuelt med supplerende uddannelse i andre kliniske specialer.

Arbejdsgruppen har savnet en nærmere analyse af sundhedsvæsenets udviklingstendenser og dermed en kvantitering af behovet for specialisering. En sådan analyse er ikke primært et uddannelsesspørgsmål og må foregå i et bredere forum med repræsentation også af politikere og brugere. Det kan dog nævnes, at der p.t. er 60-70 § 14-kvalificerede kirurger uden fast stilling, hvorfor en styring af antallet af kursusstillinger er nødvendig. En nærmere planlægning af udspecialiseringen er for tiden genstand for behandling i det af indenrigsministeren nedsatte udvalg om lands- og landsdelsfunktioner. Dette udvalg har i en delbetænkning (januar 1977) (5) anbefalet, at der etableres et permanent landsdækkende udvalg for planlægning og visitation. Uanset resultatet af et sådant planlægningsarbejde er det vigtigt at understrege, at enhver prognose altid vil indebære betydelig usikkerhed, og at det må være et vigtigt formål ved udformningen af kommende regler for uddannelsen i det kirurgiske fagområde, at der sikres en struktur, der smidigt kan inkorporere eventuelle nye grenspecialer.

På denne baggrund finder man det ønskeligt at tilrettelægge et uddannelsessystem, som på en gang giver flertallet af uddannelsessøgende mange valgmuligheder langt frem i systemet, og som samtidig sikrer, at alle nødvendige specialfunktioner også i fremtiden dækkes.

Et stort antal kirurger har særlige interesseområder inden for kirurgien, det kan være allerede formaliserede specialer (for eksempel kirurgisk gastroenterologi, ortopædkirurgi) eller p.t. ikke-formaliserede specialer (for eksempel karkirurgi). Traumatologien varetages i stigende grad af ortopæc kirurger, og uddannelsen må tage hensyn til denne funktion.

Såvel grenspecialiseret som mere bred uddannelse er nødvendig for de fleste kirurger. Man må samtidig forudse, at der på de mindre (amtskommunale) sygehuse sker en reel opsplittning af de kirurgiske afdelinger i kirurgiske og ortopædkirurgiske afsnit.

Som konsekvens af disse overvejelser har arbejdsgruppen stillet forslag om to kirurgiske grundspecialer og en uddannelsesmodel, som dels sikrer en integration i det kirurgiske fagområde og dels tager hensyn til nødvendige særlige uddannelsesbehov.

Af hensyn til mulighederne for at vedligeholde kompetence anser arbejdsgruppen det for nødvendigt at fastslå, at man højst kan

fungere som speciallæge i ét grenspeciale foruden i kirurgi. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at flertallet af uddannelsessøgende inden for fagområdet vil stille imod en kombineret uddannelse i kirurgi og et grenspeciale, eller imod en uddannelse i ortopædisk kirurgi.

De kirurgiske uddannelser er opdelt i tre faser.

Den første fase er fælles for samtlige uddannelsessøgende og skal omfatte mindst 12 måneders kontinuerlig ansættelse på en almen kirurgisk afdeling, men iøvrigt må det være naturligt på dette tidspunkt, at mange reservelæger søger ansættelse på specialafdelinger uden for almen kirurgi, og således vil kunne opnå indsigt i for eksempel ortopædisk kirurgi eller plastikkirurgi.

Arbejdsfordelingen på de kirurgiske afdelinger vil i fremtiden præges af, at en væsentlig del af reservelægearbejdet vil blive varetaget af turnusreservelæger, imedens reservelæger, der herudover er ansat på afdelingerne, vil kunne modtage mere målrettet oplæring i kirurgiske færdigheder og også må formodes at være specielt motiveret for kirurgisk virksomhed.

Ved afslutningen af første fase skal lægen beherske et flertal af de mindre indgreb, som udføres på kirurgiske afdelinger, dvs. herniotomi, appendectomi, variceoperationer, reposition af frakturer m.v. Der skal desuden i særlig grad lægges vægt på udviklingen af færdighed i den kliniske vurdering af akutte patienter og stillingtagen til akut behandling, ligesom der skal lægges vægt på, at lægen får relevant oplæring i vurdering af patienter på skadestuer og akutte modtageafdelinger.

I denne del af uddannelsen bør den uddannelsessøgende læge gennemgå teoretiske kurser omfattende mikrobiologi, væske- og elektrolytterapi og sårbehandling.

I anden fase bevares principperne i den nuværende kirurgiske kursusstilling, idet der dog sker en opdeling i kirurgi og ortopædisk kirurgi. Uddannelsen omfatter 24 måneders ansættelse i en rotationsstilling mellem flere kirurgiske specialer på et landsdelssygehus. Ved siden af den kliniske uddannelse gennemgås hovedparten af de teoretiske kurser, og ved slutningen af anden fase skal lægerne have en sådan indsigt i de diagnostiske problemer og de præ- og postoperative problemstillinger, at de er i stand til selvstændigt at gennemføre en korrekt behandling af almindeligt forekommende patienter både i ambula-

torie- og sengeafdelinger. Desuden skal de have erhvervet sig betydelig rutine i alle mindre indgreb samt have haft lejlighed til at foretage større kirurgiske indgreb, for eksempel cholecystectomi, vagotomi, tarmresektion, hemicolecctomi, prostatectomi, nefrectomi, ureterolitotomi m.v. for kirurger med overvejende organkirurgisk uddannelse, og tilsvarende niveau i kirurgiske indgreb for overvejende ortopædkirurgisk uddannede kirurger. Lægen skal desuden alt efter hovedvægten i uddannelsen opnå rutine i endoskopiske undersøgelser og en vis erfaring med hensyn til endoskopiske operationer.

Under lægernes ophold i kursusansættelse på ortopædkirurgisk afdeling skal de have opnået rutine i vurdering og behandling af multitraumatiserede patienter, således at lægen selvstændigt i en akut modtageafdeling kan give primær behandling til og visitere patienter med for eksempel craniocerebrale traumer, indre blødninger og traumatisk respirationsinsufficiens.

Det er væsentligt, at de uddannelsessøgende får kontakt med et akademisk miljø, i hvilket der foregår en livlig undervisningsaktivitet, forskning, tværfaglige kontakter m.m., og det bør derfor kun undtagelsesvis overvejes at placere en del af rotationsuddannelsen uden for universitetssygehusene.

I grundspecierne kirurgi og ortopædisk kirurgi afsluttes uddannelsen i tredje fase med 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge. I ortopædisk kirurgi kræves desuden 6 mæne-

ders supplerende uddannelse på neurokirurgisk afdeling, og denne del af uddannelsen kan indgå i rotationsstillingen under fase 2.

Tredie fase af uddannelsen til grenspecialist kan principielt ske efter to forskellige retningslinier. Enten kan den uddannelsessøgende efter fase 2 gå direkte ind i en videreuddannelse i grenspecialet eller først afslutte uddannelsen i kirurgi og opnå speciallægeanerkendelse i grundspecialet og derefter fortsætte uddannelsen i grenspecialet med henblik på anerkendelse. Normalt kræves 3 års ansættelse som 1. reservelæge på en godkendt uddannelsesafdeling i grenspecialet, men for visse specialers vedkommende erstattes 6 måneder af 1. reservelægetiden med supplerende uddannelse inden for et andet speciale.

Kommissionen kan anbefale, at uddannelsesforslaget for det kirurgiske fagområde gennemføres snarest, og vil foreslå, at der meget hurtigt tages skridt til etablering af det nødvendige antal uddannelsesstillinger på landsdelssygehus. Kommissionen mener, at denne opgave bedst løses ved etablering af regionale kursusråd i samarbejde med specialistnævnet.

Kommissionen ønsker derudover at påpege, at den uddannelsesmæssige belastning, de kirurgiske afdelinger pålægges som konsekvens af blandt andet turnusordningen, vil nødvendiggøre et bedre forhold mellem antallet af fastansatte speciallæger og uddannelsessøgende.

GYNÆKOLOGI OG OBSTETRIK/KVINDESYDOMME OG FØDELSESHJÆLP

Minimal samlet uddannelsestid: 5V₂ år.

4 års ansættelse på gynækologisk-obstetriske afdeling.

18 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

12 måneders ansættelse på landsdelssygehus.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

Den supplerende uddannelse i kirurgi bør finde sted på afdelinger, der efter nuværende regler er klassificeret som b-afdelinger i kirur-

gi eller er klassificeret i urologi. Den kirurgiske del af uddannelsen bør finde sted forud for ansættelsen på landsdelssygehus. Uddannelsen skal omfatte ansættelse på mindst 2 gynækologisk-obstetriske afdelinger.

Vejledende § 14-krav: 3-3½ års ansættelse som 1. reservelæge.

Den teoretiske videreuddannelse

Krav om ansættelse i en særlig kursusstilling blev ophævet i 1974 og erstattet af krav om ansættelse som reservelæge ved a-afdeling. Som basis for optagelse på det teoretiske kursus har selskabet hidtil krævet 4 4½ års uddannelse omfattende almenuddannelsen, den kirurgiske sideuddannelse samt 12-18 måneders ansættelse på gynækologisk-obste-

trisk afdeling samt endelig en tilfredsstillende Operationsliste.

Selskabet foreslår dette krav opretholdt, dog således at almenuddannelsen erstattes af turnustjeneste.

Kursus foreslås udvidet til at omfatte ialt 160 obligatoriske timer for alle uddannelsessøgende.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Selskabet har ønsket samtlige gynækologisk-obstetriske afdelinger klassificeret ensartet og skønner ikke, at der er behov for et krav om ansættelse på landsdelssygehus, idet kun meget få patienter angives at blive visiteret mellem de gynækologisk-obstetriske afdelinger.

Kommissionen har ikke kunnet tilslutte sig disse synspunkter.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen i gynækologi-obstetrik har i de sidste 4 år været gennemsnitlig 14 pr. år. Uddannelseskapaciteten er tilstrækkelig til at opretholde denne speciallægeproduktion og giver også mulighed for en udvidelse, men der foreligger ingen prognoser for behovet for speciallæger i gynækologi-obstetrik. Antallet af 1. reservelægestillinger på fagets afdelinger er dog så stort, at der ikke med den nuværende speciallægeproduktion kan forventes at være kvalificerede læger til at besætte disse stillinger.

Ved vurdering af uddannelseskapaciteten må der også tages hensyn til ønsket om, at ansættelse på gynækologisk-obstetriske afdelinger gøres obligatorisk for læger, der søger uddannelse i almen medicin, og opfyldelsen af dette krav vil kræve ca. 75 reservelægestillinger pr. år, såfremt 300 læger pr. år skal have blot 3 måneders ansættelse på gynækologisk-obstetriske afdelinger.

Særlige funktionsområder

Inden for fagområdet gynækologi-obstetrik er der en vis specialisering, og herunder er der stadig afdelinger, der udelukkende behandler gynækologiske patienter. Selskabet mener ikke, at der for øjeblikket er behov for opstilling af særlige uddannelseskrav til særlige funktioner, men peger på at dette kan blive aktuelt for områder som prænatal diagnostik

og hertil knyttet klinisk genetisk rådgivning, andrologi inklusive mandlig infertilitet, endokrinologi, gynækologisk onkologi, sexologi og eventuelt intensiv elektronisk overvågning af fødepatienter.

Kommissionens bemærkninger

Dansk selskab for obstetrik og gynækologi har som det eneste selskab foreslået, at de nuværende krav om obligatorisk ansættelse på a-afdeling ikke opretholdes. Dette har muligvis en vis sammenhæng med den nuværende afdelingsklassificering, og kommissionen har under forhandlinger med selskabet anmodet selskabet om i sit uddannelsesudvalg at overveje en ny klassificering af landets afdelinger og herunder en beskrivelse af hvilke uddannelsesmæssige elementer, der bør indgå i speciallægeuddannelsen. Kommissionen mener, at der også i dette fagområde foregår en række aktiviteter på landsdelssygehusene, som bør indgå i speciallægeuddannelsen, og som kun i meget ringe udstrækning finder sted på andre gynækologisk-obstetriske afdelinger, og lægger iøvrigt vægt på, at lægerne under uddannelsen får ansættelse på afdelinger, der har nær kontakt med andre specialer med udtalt specialisering og ligeledes med den forskningsaktivitet, der finder sted på landsdelssygehusene.

I de senere år har et ret stort antal speciallæger i gynækologi-obstetrik valgt funktion i den primære sundhedstjeneste som praktiserende speciallæger i faget.

Efter selskabets opfattelse er heltids speciallægepraksis ønskelig, men der foreligger ingen prognoser over, hvor mange speciallæger der bør have funktion uden for sygehusvæsenet. Efter kommissionens opfattelse er den nuværende speciallægeproduktion ikke for lille, men muligvis for stor, og der synes i hvert fald at være et misforhold mellem antallet af 1. reservelægestillinger og slutstillinger inden for sygehusvæsenet, og en ændret stabsstruktur på de gynækologisk-obstetriske afdelinger er påkrævet.

Som det er fremgået af ovenstående, har kommissionen ikke kunnet tilslutte sig selskabets ønsker vedrørende uddannelseskrav og klassificering af afdelinger, men kommissionen har foreslået selskabet at overveje speciallægeuddannelsens kliniske og teoretiske indhold i et særligt udvalg, og at fastlæggelse af endelige uddannelseskrav bør afvente yderli-

gere forhandlinger mellem selskabet og specialistanævnet. Kommissionen mener, at der også i fremtiden i dette fag vil være behov for en særlig uddannelsesstilling på landsdelssygehus eller eventuelt som en rotationsstilling mellem flere afdelinger i faget, hvorunder der skabes sikkerhed for, at samtlige uddannelses-

LABORATORIESPECIALERNE

Inden for laboratorieblokken har man igen de senere år anbefalet en centralisering af laboratoriespecialernes virksomhed, og samtidig har man peget på det ønskelige i, at der skabes den størst mulige fleksibilitet i forbindelse med placering og organisation af laboratorielokaler i forhold til hinanden på det enkelte sygehus. På landsdelssygehuse er der efterhånden tilvejebragt en fuldstændig opdeling funktionsmæssigt mellem de enkelte laboratoriespecialer, mens laboratoriefunktionerne uden for disse sygehuse er koncentreret på få laboratorier, og ansvaret for flere funktioners udførelse kan påhvile en lægechef med formel uddannelse inden for kun et af de eksisterende anerkendte specialer.

Med henblik på at vurdere de uddannelsesmæssige forhold omkring denne organisation af laboratorievirksomheden på sygehuse nedsatte speciallægekommissionen en arbejdsgruppe til at vurdere, om der er eller burde være et sådant fælles indhold i laboratoriespecialerne og tilgrænsende fagområder af enten uddannelsesmæssig, funktionel eller teknologisk karakter, at det ville være hensigtsmæssigt at foretage en vis samling af disse lægelige discipliner, ikke blot de administrative og eventuelt også bygningsmæssige blokke, men også i uddannelsesmæssige enheder. Arbejdsgruppen har i samarbejde med de berørte speciallægeselskaber udarbejdet en redegørelse om den fremtidige speciallægeuddannelse i laboratoriespecialerne (bilag 9). På grundlag af denne redegørelse, som kommissionen har tilsluttet sig, foreslås det, at de fremtidige speciallægeuddannelser tilrettelægges efter en model, der bygger på, at laboratoriefagene opdeles i to grupper med et vist fælles uddannelsesforløb for specialerne inden for disse grupper, mens faget patologisk anatomi fortsat opretholdes med sin egen formaliserede speciallægeuddannelse.

søgende for eksempel har haft nært samarbejde med en neonatal afdeling, haft ansættelse på gynækologisk-onkologisk centrum etc. Kommissionen er enig med selskabet i, at den nuværende klassificering er uhensigtsmæssig, og at der specielt i Københavnsområdet er behov for en nyvurdering af klassifikationen.

Gruppe 1 omfatter specialerne:

klinisk fysiologi og nuklearmedicin
klinisk kemi.

Gruppe 2 omfatter specialerne:

klinisk mikrobiologi
klinisk immunologi*.

Uddannelsen i laboratoriespecialerne er i princippet opbygget ens, idet de omfatter følgende faser efter turnusuddannelsen:

Fase 1: en introduktionsuddannelse på 12 måneder

Fase 2: 24 måneders ansættelse på landsdelssygehus

Fase 3: 12 måneders supplerende klinisk uddannelse

Fase 4: 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

KLINISK FYSIOLOGI OG NUKLEARMEDICIN

Minimal samlet uddannelsestid: 5½ år.

4½ års ansættelse på laboratorieafdelinger inden for klinisk fysiologi og nuklearmedicin samt klinisk kemi.

12 måneders ansættelse på klinisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse i uddannelsesstilling på landsdelssygehus med 12 måneders ansættelse inden for klinisk kemi og 12 måneders ansættelse inden for klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge på en afdeling klassificeret i klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Den kliniske uddannelse på 12 måneder kan placeres under hele uddannelsesforløbet og

* omfatter blandt andet det hidtidige speciale klinisk blodtypeserologi.

finder sted på en eller to afdelinger af rimelig størrelse, fortrinsvis inden for kirurgi og medicin.

KLINISK KEMI

Minimal samlet uddannelsestid: $5\frac{1}{2}$ år.

4 $\frac{1}{2}$ års ansættelse på laboratorieafdelinger inden for klinisk kemi samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

12 måneders ansættelse på klinisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse i uddannelsesstilling på landsdelssygehus med 12 måneders ansættelse inden for klinisk kemi og 12 måneders ansættelse inden for klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge på en klinisk kemisk afdeling.

Den kliniske uddannelse på 12 måneder kan placeres under hele uddannelsesforløbet og finder sted på en eller to afdelinger af rimelig størrelse, fortrinsvis inden for kirurgi og medicin.

KLINISK MIKROBIOLOGI

Minimal samlet uddannelsestid: $5\frac{1}{2}$ år.

4 års ansættelse på klinisk mikrobiologisk afdeling.

6 måneders ansættelse på klinisk immunologisk afdeling.

12 måneders ansættelse på klinisk afdeling.

1 uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse i uddannelsesstilling på landsdelssygehus.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

Den kliniske uddannelse på 12 måneder kan placeres under hele uddannelsesforløbet og finder sted på en eller to afdelinger med relevant patientbelægning.

6 måneders ansættelse på klinisk immunologisk afdeling finder normalt sted i en fælles introduktionsstilling til specialerne klinisk mikrobiologi og klinisk immunologi.

KLINISK IMMUNOLOGI

Minimal samlet uddannelsestid: $5\frac{1}{2}$ år

4 års ansættelse på klinisk immunologisk afdeling.

6 måneders ansættelse på klinisk mikrobiologisk afdeling.

12 måneders ansættelse på klinisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse i uddannelsesstilling på landsdelssygehus.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

Den kliniske uddannelse på 12 måneder kan placeres under hele uddannelsesforløbet og finder sted på en eller to afdelinger med relevant patientbelægning.

6 måneders ansættelse på klinisk mikrobiologisk afdeling finder normalt sted i en fælles introduktionsstilling til specialerne klinisk immunologi og klinisk mikrobiologi.

Vejledende § 14-krav: Med forslaget om at samle laboratorieuddannelserne i de nævnte grupper og dermed i delvis fælles uddannelser skabes der mulighed for at uddanne speciallæger med en tilstrækkelig bred baggrund til at varetage de almene funktioner i sygehusvæsenet uden for landsdelssygehuse samt varetage konsulentvirksomhed over for den primære sundhedstjeneste. Imidlertid må en sådan ordning også indebære mulighed for, at man kan sikre uddannelse af specialister inden for snævrere fagområder, således at der til stadighed kan være kvalificerede speciallæger til rådighed ved besættelse af slutstillinger på speciallaboratorier eller sideordnede funktioner på mere bredt arbejdende laboratorier.

Som almindelige vejledende krav til kvalifikationer for sådanne slutstillinger foreslår kommissionen, at der regnes med 2 års 1. reservelægeansættelse efter opnået speciallægeanerkendelse.

Den teoretiske videreuddannelse

Den teoretiske videreuddannelse foreslås i vid udstrækning at blive fælles inden for de to specialegrupper. Den samlede kursusvirksomhed foreslås udvidet til ca. 240 timer, således at en del af den teoretiske uddannelse bliver tilbudt i form af tilvalgskurser.

Visse tværgående kursussemner, som kan være fælles for samtlige laboratoriespecialer, foreslås placeret tidligt i speciallægeuddannelsen, men iverd vil det være hensigtsmæssigt, at hovedparten af kurserne afvikles i forbindelse med ansættelsen på landsdelssygehus og kun mere specielle kurser gennemgås senere i uddannelsen.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Kravet om at uddannelsen skal omfatte ansættelse i specielle uddannelsesstillinger med rotation mellem flere funktioner eller afdelinger vil kræve visse ændringer i forhold til de nugældende uddannelsesregler. Det vil på dette niveau af uddannelsen være hensigtsmæssigt, om der finder en klassifikation sted af uddannelsesstillingerne på basis af deres konkrete indhold frem for en klassifikation af afdelingerne. På tilsvarende måde vil 1. reservelægestillinger kunne klassificeres som anerkendte i uddannelsen inden for de enkelte specialer.

En særskilt klassifikation vil kunne finde sted for afdelinger — eller reservelægestillinger ved afdelinger — med traditionelt ansættelsesforløb på både landsdelssygehuse og andre sygehuse.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen i laboratoriespecialerne har i de sidste 4 år gennemsnitlig været følgende:

klinisk fysiologi	2 pr. år
klinisk kemi	3 pr. år
klinisk mikrobiologi	1 pr. år
klinisk blodtypeserologi	ca. 1 pr. år

Uddannelseskapaciteten er tilstrækkelig til at opretholde den nuværende speciallægeproduktion og er også tilstrækkelig til en vis udvidelse af produktionen.

En vis udvidelse af produktionen af kliniske mikrobiologer må påregnes, hvis målsætningen om, at specialet skal findes i alle sygehuskommuner, skal opfyldes.

Kommissionens bemærkninger

Speciallægekommissionen har i sit forslag til uddannelse i laboratoriespecialerne fulgt prin-

cipperne i det forslag til uddannelseskrav, som er udarbejdet af arbejdsgruppen vedrørende den fremtidige speciallægeuddannelse i laboratoriespecialerne. Denne redegørelse har været drøftet med alle berørte speciallægeselskaber, og i denne forbindelse er der fremført forskellige synspunkter og bemærkninger til enkeltdele i uddannelsesforslaget, men speciallægekommissionen har lagt vægt på en vis ensartethed i uddannelsesstrukturen inden for de enkelte specialer.

Det er kommissionens opfattelse, at den foreslåede uddannelsesstruktur vil skabe hensigtsmæssig mulighed for at indpasse eventuelle nye behov for speciallægeuddannelser inden for de to grupper, også således at der kan opstilles formaliserede uddannelseskrav for nye specialer. Derimod har man ikke på indeværende tidspunkt fundet behov for yderligere udspecialisering eller grenspecialisering på de beskrevne områder. Kommissionen har således ikke kunnet imødekomme Dansk nuklearmedicinsk selskabs ønske om, at nuklearmedicin udskilles som et særskilt speciale, men har tværtimod fundet det naturligt og hensigtsmæssigt at lade dette funktionsområde og den kliniske fysiologi udgøre et speciale. Kommissionen har heller ikke fulgt et forslag fra virologer om en særlig uddannelse i klinisk virologi.

Speciallægekommissionen har ikke i detaljer taget stilling til de teoretiske kursers indhold og til placeringen af uddannelsesstillinger og en klassifikation af afdelinger, men vil pege på, at sygehushygiejne og infektionsbekæmpelse i de fremtidige teoretiske kurser og i den praktiske uddannelse bør have en noget større plads. Kommissionen har desuden taget til efterretning, at man fra Dansk selskab for klinisk mikrobiologi har fremhævet, at ansættelse på statens seruminstitut fortsat må være obligatorisk i uddannelsen af mikrobiologer.

PATOLOGISK ANATOMI

Minimal samlet uddannelsestid: 5 år

4 års ansættelse på patologisk anatomisk afdeling.

12 måneders ansættelse på klinisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

24 måneders ansættelse i uddannelsesstilling på landsdelssygehus.

Mindst 12 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

Den kliniske uddannelse kan placeres under hele uddannelsesforløbet, men bør normalt finde sted efter ansættelsen på landsdelssyge-

hus. Ansættelsen kan finde sted på almindelige kliniske afdelinger, 6 måneder dog også på afdelinger inden for laboratoriespecialer med servicefunktioner overfor kliniske afdelinger.

Vejledende § 14-krav: 3 års ansættelse som 1. reservelæge.

Den teoretiske videreuddannelse

Den teoretiske videreuddannelse foreslås sammensat af delkurser og bør have et sådant omfang, at den enkelte speciallæge kan opnå 250-300 timers teoretisk uddannelse.

En del af de mere basale teoretiske kurser bør kunne tilbydes læger, der er ansat inden for specialet forud for ansættelsen i uddannelsesstilling, og vil i vid udstrækning kunne tilbydes som fælleskurser med andre specialer. Hovedvægten af den teoretiske uddannelse bør ligge under ansættelsen på landsdelssygehusniveau, og hovedparten af denne teoretiske uddannelse bør være obligatorisk for alle i specialet. I et vist omfang vil der imidlertid også kunne blive tale om mere specielle tilvalgskurser, som i et vist omfang vil kunne gennemføres under 1. reservelægeansættelsen.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Den foreslåede omlægning af speciallægeuddannelsen i patologisk anatomi vil kun i begrænset omfang kræve ændringer af de gældende klassifikationer. Uddannelsen bør for de særlige uddannelsessteders vedkommende finde sted på afdelinger eller kombinationer af afdelinger, der betjener samtlige andre specialer, således at der på dette tidspunkt kan gives en bred indføring i de forskellige organsystemers patologi.

DIAGNOSTISK RADIOLOGI/RØNTGEN-UNDERSØGELSE

Minimal samlet uddannelsestid: 5 år.

4¹/₂ års ansættelse på diagnostisk radiologisk afdeling.

6 måneders ansættelse på afdelinger med akutte problemstillinger inden for den kirurgiske blok.

I uddannelsen skal indgå:

12 måneders introduktionsuddannelse på diagnostisk radiologisk afdeling.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen har i de sidste 4 år gennemsnitlig været 7 pr. år. Uddannelseskapaciteten er tilstrækkelig til at opretholde denne produktion. Efter selskabets opfattelse bør speciallægeproduktionen være ca. 5 pr. år, hvilket vil være tilstrækkeligt til en betydelig udvidelse i antallet af slutstillinger, idet der findes et stort antal færdiguddannede i uddannelsesstillinger.

Særlige funktionsområder

Inden for den patologiske anatomi har der i de senere år vist sig en tiltagende tendens til udspecialisering, men denne udspecialisering tilgodeses foreløbig bedst ved en arbejdsfordeling mellem de patologiske afdelingers overlanger svarende til disses interesseområder. Kun for den retspatologiske del af specialet er der tale om så specielle funktioner, at de kan opfattes som en egentlig grenspecialisering, men indtil videre mener kommissionen ikke, at der er behov for en formaliseret uddannelse på dette område.

Kommissionens bemærkninger

Kommissionens forslag følger det forslag, der var fremsat af en arbejdsgruppe vedrørende den fremtidige speciallægeuddannelse i laboratoriespecialerne (bilag 9). Dansk selskab for patologisk anatomi har under de førte drøftelser peget på, at de særlige uddannelsesstillinger ikke nødvendigvis behøver at være placeret på landsdelssygehusene, idet man er af den opfattelse, at der flere steder på større sygehuse andre steder kan etableres uddannelsesstillinger af samme kvalitet.

24 måneders ansættelse på landsdelssygehus omfattende alle radiologiens specialområder.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

Den supplerende uddannelse på kirurgisk afdeling bør finde sted efter introduktionsstillingen og iøvrigt finde sted på en kirurgisk afdeling med ringe grad af grenspecialisering.

Vejledende § 14-krav: 3 års ansættelse som 1. reservelæge, heraf mindst 1 år i almen radiologisk funktion.

Den teoretiske videreuddannelse

Det nuværende teoretiske kursus består af en obligatorisk del, der omfatter ialt 72 timer, samt af krav om deltagelse i valgfri tilvalgs-kurser, hvoraf der hidtil har været afholdt 8 hver af 12 timers varighed. Selskabet har imidlertid udarbejdet 14 tilbud om tilvalgs-kurser.

Selskabet har nu fremlagt forslag om en væsentlig ændring og udvidelse af den teoretiske videreuddannelse. Forslaget omfatter et samlet kursus af 336 timers varighed. Kursus omfatter dels et basiskursus, der bør gennemføres under introduktionsansættelsen og omfatter 96 timer inden for emner som strålefy-sik, radiobiologi, strålegenetik, strålehygiejne, dosimetri, teknologi, røntgenanatomi m.v. Selskabet ser gerne, at der indføres en eller anden form for evaluering, eventuelt eksamen, der skal være bestået og være en forudsætning for, at de uddannelsessøgende kan fortsætte til næste fase i uddannelsen d.v.s. opnå ansættelse på landsdelssygehus i en uddannelsesstilling. Under denne ansættelse gennemføres et diagnostisk kursus, der omfatter delkurser i thoraxradiologi, ortopædradiologi, børneradiologi, gastroenterologisk radiologi, urogenital-radiologi, cardioradiologi, neuroradiologi og onkologisk radiologi. Hvert delkursus er på 20-48 timers varighed med et samlet timetal på ca. 240 timer i løbet af de 2 år uddannelsen forudsættes at vare.

Selskabet foreslår, at der i tilslutning til hvert delkursus afholdes tentamen, og at denne skal bestå i 6 af 8 discipliner som forudsætning for anerkendelse, idet man i betragtning af specialets store ressourceforbrug og tiltagende betydning for alt diagnostisk arbejde ønsker at sikre kvaliteten af speciallægefunktionen.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Selskabet finder at en revision af nuværende klassificering er ønskelig. Introduktionsansættelsen kan finde sted på samtlige klassificerede røntgenafdelinger, hvorimod 1. reservelægeansættelsen bør finde sted på en stor afdeling, og antallet af 1. reservelægestillinger på disse afdelinger er i dag tilstrækkeligt til at uddanne det nødvendige antal speciallæger.

Såfremt det nuværende klassificeringssystem bevares, foreslår selskabet, at en række af de hidtidige b-afdelinger ændres til d-afdelinger.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen har i de sidste 4 år gennemsnitlig været 11 pr. år. I januar 1977 har Dansk selskab for diagnostisk radiologi henvendt sig til specialistnævnet og sundhedsstyrelsen med en anmodning om, at antallet af kursusstillinger reduceres til 8 pr. år (mod nu 15). Som baggrund for denne anmodning har selskabet fremsendt en prognose for diagnostisk radiologi, hvoraf det fremgår, at der i dag er et meget betydeligt antal yngre læger med speciallægeanerkendelse i diagnostisk radiologi og ligeledes et betydeligt antal, der er § 14-kvalificerede. Der findes ialt ca. 80 radiologer, der har passeret kursusstilling, og hvoraf kun ca. halvdelen kan forvente at få sluttstilling i de næste 5 år.

Ved en reduktion i antallet af kursusstillinger som foreslået vil der efterhånden indstille sig en balance mellem afgang og tilgang, og selskabet stiller samtidig forslag om en ændret stabsstruktur på de radiologiske afdelinger, idet der bør være flere faste speciallæger og færre 1. reservelæger.

Kommissionen kan tilslutte sig selskabets synspunkter.

Særlige funktionsområder

Allerede i 1968 fremsendte radiologer et brev til sundhedsstyrelsen vedrørende forslag om visse røntgendiagnostiske grenspecialer. Med brevet fulgte en betænkning af 14. juni 1967 om ønskelige fælles skandinaviske uddannelseskrav i grenspecialerne neuroradiologi og pædiatrisk radiologi.

Danske neuroradiologer har i december 1976 påny anmodet om en anerkendelse af fagområdet neuroradiologi. I Sverige er der i 1975 skitseret uddannelseskrav i neuroradiologi, der kræves opfyldt som betingelse for ansættelse inden for fagområdet. Kravene er speciallægeanerkendelse i røntgendiagnostik samt 2 års tjeneste inden for neuroradiologi, hvoraf 1 år kan aftjenes under speciallægeuddannelsen.

Dansk selskab for diagnostisk radiologi har under forhandlingerne med speciallægekommissionen omtalt en lang række radiologiske specialer, herunder ortopædisk radiologi, thoraxradiologi, gastroenterologisk radiologi, genito-urologisk radiologi, neuroradiologi, pædiatrisk radiologi og cardioradiologi.

Som en generel retningslinje for uddannel-

seskrav inden for et radiologisk funktionsområde kan opstilles krav om speciallægeanerkendelse efterfulgt af yderligere ca. 2 års ansættelse inden for den særlige radiologiske funktion heraf mindst 1 år som 1. reservelæge samt supplerende klinisk uddannelse af ca. 6 måneders varighed på kliniske afdelinger inden for funktionens kliniske serviceområde.

Specialiseringen må forventes at udvikle sig yderligere i det kommende tiår, idet der ved ansættelse af flere overlæger ved samme afdeling også uden for landsdelssygehusene må forventes en opdeling af fagets indhold i ansvarsområder svarende til de kliniske specialer. Da hver overlæge på en middelstor røntgenafdeling sædvanligvis må dække to eller flere specialer, må uddannelseskravene til disse overlægestillinger tilpasses hertil, og der vil være et vist behov for specialkurser inden for forskellige områder.

Kommissionens bemærkninger

Det for kommissionen fremlagte materiale viser klart, at der i dag er for mange uddannelsesstillinger i forhold til slutstillinger inden for diagnostisk radiologi, og samtidig vil det ikke

være muligt at bemande røntgenafdelinger med kvalificerede 1. reservelæger. Der bør derfor efter kommissionens opfattelse ansættes et betydeligt større antal faste speciallæger, og denne ansættelse kan forekomme såvel på sygehuse som uden for sygehusvæsenet. Samtidig bør antallet af 1. reservelægestillinger reduceres. En del af de nuværende radiologiske funktioner vil kunne flyttes uden for sygehusvæsenet.

Der er for øjeblikket en for stor produktion af speciallæger i diagnostisk radiologi, og selv om en ændret stabsstruktur vil kunne bedre noget herpå, kan kommissionen anbefale, at antallet af uddannelsesstillinger på landsdelssygehuse reduceres til 7-8 pr. år i hvert fald de første 4-5 år.

Kommissionens forslag til uddannelse er i overensstemmelse med selskabets ønsker, og kommissionen skal foreslå, at en omlægning af uddannelsen i overensstemmelse med forslagene gennemføres snarest. Der bør i forbindelse hermed ske en omklassificering af afdelingerne i uddannelsesmæssig henseende, og samtidig bør en ændring af lægestabene søges gennemført.

DE NEUROLOGISKE FAG

Den neurologiske blok har hidtil omfattet tre specialer:

neuromedicin
neurokirurgi
klinisk neurofysiologi.

Hvert speciale har haft egne formaliserede uddannelseskrav, men den teoretiske uddannelse har været fælles for de tre fag.

1 overensstemmelse med de generelle principper for kommissionens opbygning af uddannelsesforløb har kommissionen søgt at gøre en større del af uddannelsen fælles for de neurologiske specialer og er herefter nået frem til følgende forslag til uddannelseskrav.

NEUROMEDICIN

Minimal samlet uddannelsestid: 5 år.

3 års ansættelse på neuromedicinsk afdeling.
6 måneders ansættelse på neurokirurgisk afdeling.
6 måneders ansættelse på neurofysiologisk afdeling.

6 måneders ansættelse på intern medicinsk afdeling.

6 måneders ansættelse på psykiatrisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

En basisuddannelse inden for det neurologiske fagområde, for eksempel 6-12 måneders ansættelse på neuromedicinsk afdeling eller eventuelt ansættelse i forskningsstilling med forskning inden for området.

24 måneders ansættelse i en fælles neurologisk blokansættelse på landsdelssygehus omfattende 12 måneders neuromedicin, 6 måneders neurokirurgi, 6 måneders neurofysiologi.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

Den supplerende uddannelse i intern medicin og psykiatri bør finde sted i forbindelse med ansættelsen på landsdelssygehus, men ikke nødvendigvis på afdelinger knyttet til landsdelssygehuset.

NEUROKIRURGI

Minimal samlet uddannelsestid: 5½ år.

42 måneders ansættelse på neurokirurgisk afdeling.

12 måneders ansættelse på neuromedicinsk afdeling.

6 måneders ansættelse på neurofysiologisk afdeling.

6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling.

1 uddannelsen skal indgå:

12 måneders ansættelse på neurokirurgisk afdeling.

24 måneders ansættelse på landsdelssygehus i en fælles neurologisk blokansættelse omfattende 12 måneders neuromedicin, 6 måneders neurokirurgi, 6 måneders neurofysiologi.

24 måneders ansættelse som 1 reservelæge-

Den supplerende ansættelse på kirurgisk afdeling bør finde sted forud for ansættelse på landsdelssygehus.

Klinisk neurofysiologi

Se særligt afsnit herom under »Kommissionens bemærkninger«.

Vejledende § 14-krav

Neuromedicin: 3 års ansættelse som 1. reservelæge

Neurokirurgi: 4 års ansættelse som 1. reservelæge

1. reservelægeuddannelsen skal finde sted på mindst to afdelinger og ikke være under 1 års varighed på den enkelte afdeling.

Den teoretiske videreuddannelse

Den teoretiske videreuddannelse skal fortsat være fælles og omfatte et kursus af 180 timers varighed. Kursus finder sted under den fælles 2-årige blokansættelse på landsdelssygehus og omfatter følgende emner: neuroanatom, neurofysiologi, neurokemi, neuropatologi, neuroradiologi, neurooftalmologi, neurootologi, neurofarmakologi, neuropsykologi og socialneurologi.

Der vil desuden være behov for tilvalgs-kurser af særlig relevans for de enkelte neurologiske specialer.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Gennemførelsen af en fælles blokansættelse for de neurologiske specialer vil kræve en vis omlægning af den hidtidige afdelingsklassificering, hvorved man samtidig vil tilstræbe, at speciallægeuddannelsen kan gennemføres regionalt, d.v.s. at der oprettes blokstillinger i København, Odense, Århus og Ålborg. De neuromedicinske afdelinger uden for landsdelssygehusene kan stort set bevare deres nuværende uddannelsesmæssige værdi, men en række afdelinger, der i dag er klassificeret som d-afdelinger, er så små, at man heller ikke fremover kan forvente, at disse afdelinger vil kunne give den del af uddannelsen, der skal finde sted under ansættelse som 1. reservelæge.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen har de sidste 4 år været gennemsnitlig 3½ pr. år i neuromedicin, 2 pr. år i neurokirurgi, ½ pr. år i klinisk neurofysiologi (ingen ansøgninger de sidste 3 år).

Speciallægeproduktionen har hidtil været reguleret gennem antallet af kursusstillinger, idet der dog ikke har været opslået kursusstillinger i klinisk neurofysiologi. Uddannelseskapa-citeten er fuldt tilstrækkelig til at opretholde den nuværende speciallægeproduktion, og det vil også være muligt at udvide denne, specielt i neuromedicin. Generelt synes der at være behov for en nyvurdering af stabsstrukturen på uddannelsesafdelingerne, og selskabet har gjort nærmere rede for dette i sin betænkning (se nedenfor).

Forslaget om en ny fælles blokansættelse for samtlige uddannelsessøgende i den neurologiske blok omfatter 6 måneders ansættelse på neurofysiologisk afdeling, og det er tvivlsomt, om der i dag findes et tilstrækkeligt antal uddannelsesstillinger på de neurofysiologiske afdelinger til at opfylde dette krav. Dette spørgsmål foreslår kommissionen, at specialistnævnet i samarbejde med Dansk neurologisk selskab undersøger nærmere.

Kommissionens bemærkninger

Dansk neurologisk selskab har til kommissionen fremsendt en betænkning om de neurologiske fags placering i sundhedsvæsenet og om udviklingstendenser. Det fremgår af denne

betænkning, at der næppe er behov for eller kan forventes en væsentlig udbygning af de neuromedicinske og neurokirurgiske sengeafdelinger, men at visse funktioner, der i dag behandles under indlæggelse med fordel kan behandles ambulant enten i sygehusambulatorier eller uden for sygehusene. Det fremgår ligeledes af betænkningen, at der såvel i neuromedicin som i neurokirurgi er flere uddannelsesstillinger specielt på 1. reservelægeplanen end nødvendigt for uddannelsen af speciallæger, og en ændret stabsstruktur med flere fastansatte speciallæger vil give bedre balance. Der synes i dag at være en vis overproduktion af speciallæger i neurokirurgi. For neuromedicinens vedkommende hersker der nogen usikkerhed, idet en ændret stabsstruktur med flere faste speciallæger, såvel på sygehusene som uden for sygehusene, vil kunne kræve en større speciallægeproduktion end i dag, men såfremt stabsstrukturen ikke ændres og nye aktiviteter optages, vil den nuværende produktion være i overkanten.

1 ovennævnte betænkning giver selskabet udtryk for ønsket om i højere grad end hidtil at påtage sig psykisk og fysisk rehabilitering af den meget store gruppe patienter med langtidsneurologiske lidelser, herunder specielt apoplekspatienter.

Bemærkninger vedrørende klinisk neurofysiologi

Klinisk neurofysiologi skal ifølge sundhedsstyrelsens planlægning være et landsdelsspeciale, d.v.s. der skal findes klinisk neurofysiologiske afdelinger på de seks lardsdelssygehuse. De fem af disse afdelinger er etableret, og på det sjette sygehus er neurofysiologisk ekspertise tilknyttet neuromedicinsk afdeling.

Faget er fortsat under udvikling, og funktionsområdet kan være videre, end det hidtil har været. Efter de hidtidige definitioner har funktionen overvejende omfattet målinger af elektrisk aktivitet i nervesystem og muskler og disse målemetoders anvendelse i klinisk differentialdiagnostik hos patienter med såvel neuromedicinske, neurokirurgiske som psykiatriske lidelser.

Speciallægeuddannelsen i klinisk neurofysiologi, der blev etableret for kun 10 år siden, har ikke været bragt i overensstemmelse med sundhedsstyrelsens rammer, idet der ikke har

været opslået kursusstillinger på landets eneste a-afdeling — der dog først etableredes som sådan for få år siden. Også først inden for det sidste år er der åbnet mulighed for, at de uddannelsessøgende i klinisk neurofysiologi kan deltage i det teoretiske videreuddannelseskursus for neuromedicinere/neurokirurger. Speciallægeproduktionen har været i underkanten af det ønskelige i den forløbne tiårsperiode, men behovet er talmæssigt lille. Der er idag 9 neurofysiologiske overlæger, og uden nogen udvidelse af det hidtidige arbejdsområde behov for yderligere 3 speciallæger, som ikke findes færdiguddannede. Herefter er der — under forudsætning af, at man standser udviklingsarbejdet — brug for uddannelse af 1 klinisk neurofysiolog hvert andet år. Til dette kræves kun 2-3 1. reservelægestillinger. Forudsætningen deles imidlertid ikke af Dansk neurologisk selskab.

Kommissionen mener, at klinisk neurofysiologi ikke skal være et grundspeciale, men karakteriseres som et neurologisk grenspeciale, der forudsætter en færdig eller næsten færdig speciallægeuddannelse i neuromedicin eller neurokirurgi. Dette forslag har Dansk neurologisk selskab og dets neurofysiologiske sektion ikke kunnet tilslutte sig, idet Dansk neurologisk selskab ønsker, at klinisk neurofysiologi bør eksistere som et selvstændigt (grund)speciale. Under en mundtlig drøftelse med den neurofysiologiske sektion er der truffet den aftale, at sektionen vil supplere selskabets betænkning om de neurologiske fags placering i sundhedsvæsenet og om udviklingstendenser med et noget fyldigere afsnit om neurofysiologien og herunder ligeledes overveje fremtidige uddannelseskrav.

Herudover har selskabets bestyrelse udtrykt ønske om, at uddannelseslængden i neuromedicin og neurokirurgi samt neurofysiologi er den samme. Kommissionen har ikke kunnet tilslutte sig disse forslag og finder, at der er god overensstemmelse med de øvrige uddannelsesforslag, når uddannelseslængden gennemgående er 6 måneder længere i kirurgiske fag end i medicinske fag. Vedrørende klinisk neurofysiologi finder kommissionen, at det enten kan være et neurologisk grenspeciale eller optages på linie med andre fagområder, hvor der kun fastsættes vejledende retningslinier for § 14-kvalifikation.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGI/ØRE-, NÆSE- OG HALSSYGDOMME

Minimal samlet uddannelsesetid: 5 år.

4 års ansættelse på øre- næse- halsafdeling, heri inkluderet 6 måneders audiologi.

12 måneders ansættelse ved to af følgende afdelinger: almen kirurgisk, ortopædkirurgisk, neurokirurgisk, plastikkirurgisk, thoraxkirurgisk og kæbekirurgisk.

I uddannelsen skal indgå:

12 måneders basisuddannelse ved ansættelse på oto-rhino-laryngologisk afdeling.

12-18 måneders ansættelse på landsdelssygehus, 18 måneder hvis audiologi tages i forbindelse med denne ansættelse.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

Uddannelsen skal omfatte ansættelse på to afdelinger.

Den supplerende uddannelse på kirurgiske afdelinger bør almindeligvis være afsluttet forud for påbegyndelse af den teoretiske videreuddannelse.

Vejledende § 14-krav: 3 års ansættelse som 1. reservelæge.

Den teoretiske videreuddannelse

Det nuværende kursus på 120 timer gennemføres i forbindelse med ansættelse i kursusstilling i løbet af 6-8 måneder. Dette har vist sig mindre hensigtsmæssigt, idet tidspresset bliver meget stort, og der er utilstrækkelig tid for kursisterne til forberedelse. Selskabet har derfor i efteråret 1976 anmodet om at få ophævet kursusstillingen, og har efter aftale med specialistnævnet fastsat nye kriterier for optagelse på teoretisk kursus.

Kommissionen foreslår, at den teoretiske videreuddannelse fremover skal omfatte et kursus af ca. 150 timers varighed, som finder sted hovedsagelig under ansættelsen på landsdelssygehus, men også kan påbegyndes forinden og afsluttes efter denne ansættelse.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Speciallægeuddannelsen i oto-rhino-laryngologi bør kunne gennemføres regionalt omkring landsdelssygehusene, og der er ikke længere behov for obligatorisk ansættelse på b-afdelinger, men på to forskellige afdelinger.

1. reservelægeansættelse kan godkendes på samtlige klassificerede afdelinger inden for specialet, og der er således ikke behov for d-afdelinger.

Ved en regional tilrettelæggelse vil det være muligt at sikre, at alle uddannelsessøgende får et tilstrækkeligt kendskab til fagets forskellige aspekter samt relationer til andre specialer for eksempel neuro-blokken.

Kommissionen foreslår, at specialistnævnet i samarbejde med selskabet udarbejder en ny klassificering efter ovennævnte retningslinier.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen har de sidste 4 år været gennemsnitlig 14 pr. år. Der er et tilstrækkeligt antal uddannelsesstillinger til at opretholde denne produktion, men der er nok lidt for mange 1. reservelægestillinger i forhold til slutstillinger i faget. Der er næppe behov for, eller forventninger om en væsentlig udbygning af de oto-rhino-laryngologiske sengeafdelinger, og en del af de funktioner, der i dag foregår på sygehusene, kunne muligvis med fordel gennemføres ambulant. Speciallægeproduktionen har været jævnt stigende igennem de sidste 10 år, og bør formentlig ikke stige yderligere. Det er selskabets opfattelse, at der foreløbig kun bør optages 12 kursister pr. år, og kommissionen kan være enig i, at eventuel regulering af speciallægeproduktionen i dette fag kan foregå ved udvælgelsen til den teoretiske videreuddannelse.

Uddannelseskapaciteten i audiologi er utilstrækkelig til at samtlige uddannelsessøgende kan opnå 6 måneders ansættelse på audiologisk klinik. I en overgangsperiode vil det derfor formentlig være nødvendigt delvis at dispensere fra dette krav og nøjes med 3 måneders obligatorisk tjeneste, således som forholdene er efter gældende bestemmelser. Med udlægning af særforsoget vil det dog formentlig i løbet af ret få år være muligt at sikre, at samtlige speciallæger kan få 6 måneders ansættelse på en hørecentral eller på en audiologisk klinik tilknyttet en øre- næse- halsafdeling.

Særlige funktionsområder

I oto-rhino-laryngologien findes 6-8 særlige funktionsområder, for eksempel oto-kirurgi, næsekirurgi, hoved-hals-oncologi, audiologi,

oto-neurologi, endoscopy og foniatri. Specialisering bør foregå som et supplement til speciallægeuddannelsen, og det har hidtil været sådan, at man for eksempel til chefstillinger i audiologi har krævet 3 års 1. reservelægetid på oto-rhino-laryngologisk afdeling og 2 års 1. reservelægetid på audiologisk afdeling.

For de øvrige funktionsområders vedkommende er det ikke muligt på nuværende tidspunkt at fastlægge supplerende vejledende uddannelseskrav.

Kommissionens bemærkninger

Ovenstående forslag til uddannelseskrav er i overensstemmelse med selskabets ønsker. Selskabet har endvidere gjort opmærksom på, at heltidspraksis som speciallæge i faget indebærer

en del andre problemstillinger end dem, der mødes i sygehusvæsenet, og at det derfor kunne være ønskeligt at kræve ansættelse i speciallægepraksis for de speciallæger som stiler mod denne form for virksomhed. Selskabet har endvidere gjort opmærksom på, at såfremt nye områder involveres i otologernes aktiviteter, såsom screening af førskolebørn for ørelidelser og oprustning af foniatrien, er den nuværende speciallægeproduktion næppe tilstrækkelig. Nye krav til speciallægeuddannelsen i oto-rhino-laryngologi kan gennemføres uden særlige overgangsbestemmelser ud over eventuel dispensation fra krav om yderligere 3 måneders audiologi. Kommissionen skal henstille, at forslagene gennemføres snarest.

OFTALMOLOGI/ØJENSYGDOMME

Minimal samlet uddannelsestid: 4 1/2 år.

4 års ansættelse på øjenafdeling. Heraf kan dog 6 måneder erstattes af ansættelse på oftalmo-patologisk institut eller i forskningsstilling med dokumenteret relevant forskningsaktivitet.

6 måneders ansættelse på neuromedicinsk eller neurokirurgisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

Mindst 12 måneders ansættelse på landsdelssygehus.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

Uddannelsen skal omfatte ansættelse på mindst 2 afdelinger, og nøjst 36 måneders ansættelse på samme afdeling kan medregnes.

Den supplerende uddannelse på neuromedicinsk eller neurokirurgisk afdeling bør finde sted efter ca. 1 års uddannelse i specialet.

Vejledende § 14-krav: 3 års ansættelse som 1. reservelæge.

Den teoretiske videreuddannelse

Det teoretiske kursus omfatter for øjeblikket 6 delkurser à 20 timer, ialt 120 timer. Kursus gennemføres på 2 år, og kursister optages efter ca. 12 måneders ansættelse i specialet.

Det teoretiske kursus foreslås udvidet til ca. 150 timer med bevarelse af de nuværende optagelseskriterier.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Der er behov for mindre ændringer i den nuværende klassificering. Mindst 12 måneder af uddannelsen skal foregå på et landsdelssygehus, men efter selskabets opfattelse kan hele uddannelsen foregå på landsdelssygehus, og krav om ansættelse på b-afdeling bør ikke opretholdes.

Ansættelse som reservelæge eller 1. reservelæge på øjenklinikken, Statens institut for blinde og svagsynede, kan medregnes med højst 12 måneder i uddannelsen og kan ikke erstatte nogen del af ansættelsen som 1. reservelæge.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen har i de sidste 4 år været gennemsnitlig 8 speciallæger pr. år. Med den nuværende uddannelseskapacitet vil det ikke være muligt at øge speciallægeproduktionen, og flere øjenlæger, der har opnået anerkendelse i de senere år, har haft dele af eller hele uddannelsen i andre lande. Uddannelseskapaciteten begrænses af det samlede antal reservelæge- og 1. reservelægestillinger ved landets afdelinger, og kommissionen er bekendt med, at der er truffet kollegiale aftaler om begrænsning i funktionstiden på den enkelte afdeling såvel for reservelæger som for 1. reservelæger. For 1. reservelægernes vedkommende dog kun på de større afdelinger.

Særlige funktionsområder

Inden for specialet findes en række særlige funktioner, for eksempel børneoftalmologi, arbejds- og trafikoftalmologi og mikrokirurgi, men der synes ikke at være behov for opstilling af særlige uddannelseskrav.

Kommissionens bemærkninger

Kommissionen har fra Dansk oftalmologisk selskab modtaget en betænkning om oftalmologisk speciallægepraksis og om stabsstrukturen på øjenafdelinger. Selskabet peger på det ønskelige i, at uddannelsen til praktiserende speciallæge bør tilstræbes at have samme længde som den, der kræves til en fast stilling i sygehusvæsenet. Med det antal 1. reservelægestillinger, der eksisterer i dag, vil dette krav ikke kunne opfyldes, såfremt den nuværende speciallægeproduktion skal opretholdes. Selskabet gør endvidere opmærksom på, at der igennem de senere år har været en øget tendens til faglig adskillelse mellem sygehusafdelingerne og praksissektoren, og at denne

opdeling har negative konsekvenser for uddannelsen. Det er selskabets opfattelse, at der også i fremtiden vil være behov for heltidspraktiserende speciallæger uden for sygehuse, men at kombinerede ansættelser vil være ønskelige, og at der ligeledes er behov for et øget antal fastansatte speciallæger ved sygehuse.

Kommissionen er vidtgående enig i de fremførte synspunkter og er ligeledes enig i, at speciallægeuddannelsen ikke bør være målrettet enten til ansættelse i sygehusvæsenet eller i speciallægepraksis, men at det vil være en fordel med en integrering af fagets to sektorer. Det er endvidere kommissionens opfattelse, at uddannelseskapaaciteten og speciallægeproduktionen burde være noget større end hidtil.

De ovenfor anførte forslag til uddannelseskrav er i overensstemmelse med selskabets ønsker og kan gennemføres uden særlige overgangsbestemmelser, og kommissionen skal henstille at forslagene gennemføres snarest.

PSYKIATRI

Minimal samlet uddannelsestid: 5½ år.

4½ års ansættelse på psykiatrisk afdeling.
12 måneders ansættelse på neurologisk afdeling, heraf mindst 6 måneder på neuromedicinsk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

En introduktionsuddannelse:
12 måneders ansættelse på en almen psykiatrisk voksenafdeling,

24 måneders tjeneste på landsdelssygehus, omfattende mindst 2 afdelinger, som led i en rotationsstilling omfattende andre dele af uddannelsen.

mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge hvoraf mindst 12 måneder på afdelinger svarende til de nuværende a- og b-afdelinger.

Uddannelsen skal omfatte ansættelse på to forskellige sygehuse.

Den supplerende neurologiske uddannelse bør finde sted i forbindelse med ansættelse på landsdelssygehus, eventuelt indbygget i en fælles rotationsstilling.

Vejledende § 14-krav: speciallægeanerkendelse i psykiatri + yderligere 2 års ansættelse på en afdeling klassificeret i psykiatri, fortrinsvis i 1. reservelægestilling.

Den teoretiske videreuddannelse

Den teoretiske videreuddannelse indledes med et 60 timers basiskursus, som påbegyndes tidligt i den psykiatriske uddannelse, og som også kan følges af uddannelsessøgende fra andre specialer, herunder af uddannelsessøgende i almen medicin.

Det egentlige teoretiske kursus i psykiatri bør omfatte 240 timer og påbegyndes i tilslutning til ansættelse på landsdelssygehus. Dele af dette kursus kan med fordel følges af uddannelsessøgende i børnepsykiatri. Endvidere er der behov for teoretisk videreuddannelse i forbindelse med særlig specialisering, og kurser af denne art kan eventuelt foregå i samarbejde med de andre nordiske lande.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Det tilstræbes, at speciallægeuddannelsen kan gennemføres regionalt, samt at væsentlige elementer af uddannelsen samles i særlige blokansættelser. Sådanne kan etableres i Kø-

benhavn, Odense, Århus og Aalborg. De uddannelsessøgende må stadig have ansættelse på to forskellige afdelinger, på to forskellige sygehuse, men det kan godt være to afdelinger på landsdelssygehus under forudsætning af, at der både er langtids- og korttidsfunktioner inden for specialet.

Dansk psykiatrisk selskab har fremsendt et forslag til opbygning af speciallægeuddannelsen i psykiatri, der kort skal refereres:

Introduktionsuddannelsen på 12 måneder har til hensigt at give de læger, der ønsker eller overvejer at uddanne sig inden for psykiatrien, en nærmere indsigt i faget. Uddannelsen bør derfor finde sted på afdelinger, der behandler et bredt udsnit af de psykiatriske sygdomme. Ved afslutningen af introduktionsåret skal lægen have opnået indsigt i de almindeligt forekommende psykiske lidelsers diagnostiske og behandlingsmæssige problemstillinger. I løbet af introduktionsåret bør lægen følge det teoretiske basiskursus, hvor hovedvægten lægges på almindelig psykopatologi, interview- og samtaleteknik og somatiske behandlingsmetoder.

Den nuværende kursusstilling af 12 måneders varighed foreslås erstattet af en række rotationskursusstillinger af 24 måneders varighed, omfattende ansættelse på mindst to afdelinger, således at lægen under ansættelserne kommer til at arbejde med såvel akutte psykiatriske patienter som langtidsbehandling. Under ansættelse i denne stilling gives ialt 60 timers supervision i interview- og samtaleteknik, og i løbet af ansættelsen afvikles det teoretiske kursus. 12 måneders ansættelse på neuromedicinsk og neurokirurgisk afdeling kan indbygges i rotationskursusstillingen.

Ved afslutningen af den psykiatriske kursusstilling skal de uddannelsessøgende have indsigt i psykiatriens ætiologiske, diagnostiske og behandlingsmæssige problemer, og de skal kunne arbejde selvstændigt, såvel i vagtarbejde som i dagfunktion.

1. reservelægeuddannelsen bør placeres sidst og skal være af mindst 18 måneders varighed, hvoraf mindst 12 måneder skal finde sted ved afdelinger svarende til de nuværende a- og b-afdelinger. Ved afslutningen af 1. reservelægeansættelsen skal lægen have opnået en betydelig rutine i selvstændig funktion på en psykiatrisk afdeling. Han skal selvstændigt kunne tilrettelægge undersøgelses- og behandlingsplaner, selvstændigt kunne varetage visitations- og ambulatorievirksomhed og

kunne udfærdige speciallægeerklæringer til brug for offentlige myndigheder. Lægen skal have tilegnet sig undervisningsmæssig erfaring og indsigt i administrativt arbejde.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen i de sidste 4 år har været gennemsnitlig 16½ pr. år. Uddannelseskapaciteten er tilstrækkelig til at opretholde denne speciallægeproduktion, og det vil også være muligt med en vis udvidelse af speciallægeproduktionen. Et betydeligt antal reserve-lægestillinger vil dog til stadighed være besat med læger, der søger uddannelse i andre specialer, specielt i almen medicin.

Særlige funktionsområder

Dansk psykiatrisk selskab foreslår oprettet grenspecialer i ungdomspsykiatri, retspsykiatri, psykoterapi, socialpsykiatri, biologisk psykiatri og gerontopsykiatri. Forudsætningen for at opnå § 14-kvalifikation i et psykiatrisk grenspeciale skal være opnået speciallægeanerkendelse i psykiatri og herudover en grenspecialiseret uddannelse af mindst 24 måneders varighed, som finder sted på en eller flere afdelinger eller institutioner inden for grenspecialet. Uddannelsen i grenspecialet kan finde sted såvel før som efter speciallægeanerkendelse.

Kommissionens bemærkninger

Kommissionen mener ikke, at der er behov for tildeling af særlige titler i de af specialet ønskede grenspecialer, men er iøvrigt enig i, at en vis specialisering inden for psykiatrien er både nødvendig og ønskelig. Kommissionen er ligeledes enig med selskabet i, at der i uddannelsen af ungdomspsykiatere bør indgå ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling, og at et større antal voksenpsykiatere end hidtil under uddannelse bør have mulighed for ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling. Det skal endvidere påpeges, at oligofrenologien ikke er en del af psykiatrien, og at der i forbindelse med særforsorgens og herunder specielt åndssvageforsorgens overgang til amtskommunerne bør ske et udvalgsarbejde med henblik på eventuel fastlæggelse af særlige uddannelseskrav for læger, der skal varetage de psykiske problemer hos åndssvage.

I de senere år har et stigende antal psykiatere valgt speciallægepraksis i psykiatri som heltidsbeskæftigelse, og dette har

mærkbart påvirket sygehusenes kapacitet. Det er selskabets opfattelse, at der fortsat er et stort behov for psykiatriske speciallæger specielt uden for storbyerne, og at produktionen af speciallæger inden for faget er i underkanten, og at tilgangen synes noget vigende. Selskabet har igennem forskellige prognoser anslået, at en årlig speciallægeproduktion på ca. 22 vil være rimelig. 1. reservelægestillingerne i psykiatri er gennemgående ikke besat med kvalificerede læger, men det er

selskabets opfattelse, at der ikke for øjeblikket er behov for omnormering af 1. reservelægestillinger til faste speciallægestillinger. Derimod synes der at være utilstrækkelig uddannelseskapa- cietet på reservelægeplanet, specielt fordi et væsentligt antal reservelægestillinger nu er inddraget til afvikling af turnustjenesten, hvor disse stillinger i større udstrækning burde anvendes til uddannelsen i almen medicin.

Kommissionen skal foreslå, at nye uddannelseskrav i psykiatri gennemføres snarest.

BØRNEPSYKIATRI

Minimal samlet uddannelsestid: 5V₂ år.

3½ års ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling.

12 måneders ansættelse på psykiatrisk afdeling.

12 måneders ansættelse på pædiatrisk afdeling.

I uddannelsen skal indgå:

Mindst 12 måneders ansættelse på landsdelssygehus.

Mindst 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge.

Ansættelse på mindst to forskellige afdelinger.

Den supplerende uddannelse i psykiatri kan finde sted i hele uddannelsesforløbet. 6 måneder skal aftjenes på afdeling svarende til de nuværende a- eller b-afdelinger. Den supplerende ansættelse på pædiatrisk afdeling kan finde sted i hele uddannelsesforløbet. 6 måneder kan erstattes af ansættelse ved neuromedicinsk afdeling eller børneinstitution under åndssvageforsorgen.

Vejledende § 14-krav: Speciallægeanerkendelse i børnepsykiatri + yderligere 2 års ansættelse på en afdeling klassificeret i børnepsykiatri, fortrinsvis i 1. reservelægestilling.

Den teoretiske videreuddannelse

Det teoretiske kursus omfatter for øjeblikket en række delkurser å 2-3 dages varighed, ialt 120 timer.

Kursister optages efter ca. 12 måneders ansættelse i specialet.

Den teoretiske videreuddannelse bør indledes med 60 timers basiskursus, som påbegyndes tidligt i den psykiatriske eller børnepsykiatriske uddannelse og som er fælles for børne- og voksenpsykiatri.

Det egentlige teoretiske kursus i børnepsykiatri bør omfatte ca. 140 timer med følgende hovedemner:

1. gruppepsykologi-indlæringspsykologi
2. psykologiske referensrammer-udviklingspsykologi
3. tale- og sprogforstyrrelser
4. børneneurologi m.v.
5. psykoser hos børn
6. forskningsmetodik
7. ungdomspsykiatri-distriktsbørnepsykiatri m.v.
8. psykoterapi
9. sociale foranstaltninger for børn

Den teoretiske videreuddannelse bør koordineres med den tilsvarende uddannelse i voksenpsykiatri.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Det tilstræbes at samle væsentlige elementer af uddannelsen i særlige blokansættelser omfattende for eksempel dele af den supplerende uddannelse foruden ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling. Løvrigt anses den nuværende klassificeringsmæssige opdeling for rimelig, men det anses for ønskeligt, at der foretages en mere detaljeret beskrivelse af de enkelte afdelingers funktioner med henblik på for eksempel terapeutiske principper, patientkategorier, forskningsaktiviteter og undervisningsaktiviteter.

Uddannelseskapa- cietet og speciallægeproduktion

Speciallægeproduktionen i de sidste 4 år har gennemsnitlig været 3 pr. år, og med den nuværende uddannelseskapa- cietet vil det næppe være muligt at øge produktionen væsentligt. Hertil kommer at det ikke har vist sig muligt at give uddannelsessøgende i pædiatri

og voksenpsykiatri ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling i det omfang det var ønskeligt, og speciallægekommissionen nedsatte derfor i september 1974 en arbejdsgruppe med henblik på en nærmere belysning af fagets problemer. Arbejdsgruppen har afgivet en redegørelse (bilag 2), hvori der gøres opmærksom på, at det i »vejledende retningslinier for planlægning af sygehusvæsenets fremtidige udbygning« er forudsat, at der oprettes 1-2 børnepsykiatriske enheder pr. amt. Denne udvikling har ikke fundet sted, og konsekvensen heraf har blandt andet været, at der er uddannet for få børnepsykiatere på grund af et utilstrækkeligt antal uddannelsesstillinger, samt at ønsket om at supplere andre specialer og faggruppers uddannelser med børnepsykiatri ikke har kunnet tilgodeses. Arbejdsgruppen foreslår, at antallet af uddannelsesstillinger inden for børnepsykiatri snarest forøges, og at dette ud fra rationelle og samfundsøkonomiske synspunkter mest hensigtsmæssigt løses ved at åbne nye muligheder for fagets udøvelse, ved at der ved sygehuse med eksisterende og kommende børneafdelinger etableres børnepsykiatriske enheder. Endelig påpeger arbejdsgruppen det meget ønskelige i oprettelse af rotationsstillinger for yngre læger mellem de børnepsykiatriske enheder og voksen- og ungdomspsykiatriske samt pædiatriske afdelinger.

Kommissionen har tidligere tiltrådt arbejdsgruppens forslag, og selv om der siden redegørelsens publicering er kommet enkelte nye børnepsykiatriske enheder, er der fortsat flere sygehuskommuner, der ikke har en børnepsykiatrisk afdeling eller blot et ambulatorium.

Særlige funktionsområder

Der eksisterer flere interesseområder i bør-

nepsykiatri, men det skønnes ikke nødvendigt på nuværende tidspunkt uddannelsesmæssigt at afgrænse særlige områder.

Vedrørende ungdomspsykiatri må forudsætningen for at opnå § 14-kvalifikation i dette fagområde være enten speciallægeanerkendelse i voksenpsykiatri eller speciallægeanerkendelse i børnepsykiatri suppleret med mindst 3 års ansættelse på ungdomspsykiatrisk afdeling, hvoraf dog 1 år kan finde sted som led i speciallægeuddannelsen. Ansættelsen bør fortrinsvis finde sted i 1. reservelægestilling.

Kommissionens bemærkninger

Det er kommissionens opfattelse, at der fortsat er et betydeligt udækket behov for børnepsykiatrisk bistand såvel i den primære sundhedstjeneste som i den sociale sektor og inden for skolevæsenet. Børnepsykiatriens udvikling og funktioner samt relationer er nærmere beskrevet i den ovenfor omtalte redegørelse (bilag 2), hvortil der skal henvises.

Der er ligeledes et udækket behov for børnepsykiatrisk konsulentvirksomhed inden for særforsorgens forskellige grene, men det skal i denne forbindelse påpeges, at oligofrenologien ikke er en del af børnepsykiatrien, og at der i forbindelse med særforsorgens og herunder specielt åndssvageforsorgens overgang til amtskommunerne bør ske et udvalgsarbejde med henblik på eventuel fastlæggelse af uddannelseskra-
v for læger, der skal varetag
e behandlingen af de psykiske problemer hos åndssvage.

De fremsatte uddannelsesforslag er i overensstemmelse med selskabets ønsker, og kommissionen skal foreslå, at en ny speciallægeuddannelse i børnepsykiatri gennemføres snarest muligt. Der er ikke behov for særlige overgangsbestemmelser.

ALMEN MEDICIN

Minimal samlet uddannelsestid: 3 1/2 år.

2 års ansættelse ved sygehusafdelinger. Heraf kan dog 6 måneder erstattes af ansættelse ved andre institutioner under sundheds- og socialektoren samt lægevidenskabelige institutioner.

1 1/2 års ansættelse som amanuensis i

almen lægepraksis (hvis almenuddannelsen ikke har indeholdt 6 måneders ansættelse som praksisreservelæge, forlænges de her nævnte 1 1/2 år til 2 år).

I uddannelsen skal indgå:

6 måneders ansættelse inden for et eller to af følgende specialer: dermato-venerologi, reumatologi, intern medicin, langtidsmidi-

ein, neuromedicin, psykiatri eller pædiatri. Såfremt uddannelsen ikke omfatter mindst 3 måneders ansættelse i psykiatri, skal uddannelsen omfatte et klinisk-teoretisk kursus i dette fag af 1 måneds varighed.*) 6 måneders ansættelse inden for et eller to af følgende specialer: anæstesiologi, gynækologi/obstetrik, kirurgi eller oto-rhino-laryngologi. Såfremt uddannelsen ikke omfatter mindst 3 måneders ansættelse i gynækologi/obstetrik eller 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling med tilstrækkelig gynækologisk belægning, skal uddannelsen omfatte et klinisk-teoretisk kursus i gynækologi/obstetrik af 1 måneds varighed.*)

Den teoretiske videreuddannelse

Den teoretiske videreuddannelse omfatter for øjeblikket 120 timer.

Sundhedsstyrelsen har på foranledning af speciallægekommissionen nedsat en arbejdsgruppe til at udarbejde en plan for de teoretiske kurser i almen medicin, indeholdende en oversigt over hvilke fag og emner, der skal undervises i, og hvor mange kursustimer, der skal bruges til hvert fag. Arbejdsgruppen har afgivet betænkning i juli 1977 (12). Det er kommissionens opfattelse, at det teoretiske kursus foruden de nuværende fag, bør omfatte mindst følgende: arbejdsmedicin, reumatologi, og indførelse i laboratoriefagenes arbejdsområder. Det teoretiske kursus varighed forventes som følge heraf forøget.

1 det omfang ansættelse ved psykiatriske og/eller gynækologisk/obstetriske afdelinger ikke indgår i speciallægeuddannelsen i almen medicin, foreslår kommissionen, at der etableres klinisk teoretiske kurser af 1 måneds varighed inden for psykiatri og gynækologi/-obstetrik. Den detaljerede udformning af dette spørgsmål er også henlagt til det ovenfor nævnte udvalg under sundhedsstyrelsen.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Speciallægekommissionen forudsætter, at der udarbejdes en liste over afdelinger og institutioner, som kan godkendes til uddannelsen. Det er kommissionens opfattelse, at de højt specialiserede afdelinger i kirurgi og medicin ikke er egnede til denne uddannelse.

*) Et klinisk-teoretisk kursus kan kun erstatte ansættelsen i enten psykiatri eller gynækologi/obstetrik.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Efter en lang årrække med stagnation har tilgangen til almen praksis i de sidste 4-5 år været stærkt stigende. Om det reelle behov for uddannelse til dette største speciale, er det vanskeligt at udtale sig, men mere betydningsfuldt er det, at de til enhver tid gældende overenskomster med deres bestemmelser om regulering af tilgangen, lægger nogle meget klare rammer, i hvert fald på kort sigt, for uddannelsesbehovet.

Under alle omstændigheder må der imidlertid konstateres en meget stor mangel på uddannelsesstillinger i almen praksis, og kommissionen henstiller derfor kraftigt, at der snarest muligt skabes de fornødne forudsætninger for oprettelse af sådanne stillinger. Spørgsmålet om uddannelse til almen praksis og kapacitetsproblemerne i forbindelse hermed er bearbejdet af speciallægekommissionen, der har afgivet en betænkning om uddannelsen i almen medicin (bilag 1).

Overgangsbestemmelser

I konsekvens af den nævnte mangel på uddannelseskapacitet i almen praksis, har kommissionen foreslået et sæt overgangsregler, som bygger på en uddannelse af ialt 3 års varighed, indeholdende den 18 måneders almenuddannelse.

Den samlede uddannelse skal rumme følgende bestanddele:

- 1) 6 måneders ansættelse på intern medicinsk afdeling, hvilket altid vil være sikret i almenuddannelsen.
- 2) 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling, hvilket altid vil være sikret i almenuddannelsen.
- 3) 12 måneders ansættelse som reservelæge/-amanuensis i almen praksis
- 4) De resterende 12 måneders sygehusansættelse skal indeholde:

enten 3 måneders ansættelse på gynækologisk/obstetrisk afdeling,

eller 6 måneders ansættelse ved kirurgisk afdeling med tilstrækkelig gynækologisk belægning,

eller et 1 måned varende klinisk-teoretisk kursus i gynækologi/obstetrik*)

Endvidere skal denne del af uddannelsen indeholde:

enten 3 måneders ansættelse ved psykiatrisk afdeling

eller et 1 måned varende klinisk-teoretisk kursus i psykiatri*)

Den resterende del af de 12 måneders sygehusansættelse er valgfri.

- 5) Et teoretisk kursus af mindst samme omfang som det nuværende kursus i almen medicin. Dette kursus bør som hovedregel placeres i de sidste 6 måneder af praksisopholdet.

Denne uddannelse skal føre til tilladelse til at praktisere for den offentlige sygesikring uden speciallægeanerkendelse i almen medicin.

Hvis der yderligere ønskes speciallægean-

*) Et klinisk teoretisk kursus kan kun erstatte ansættelse i **enten** psykiatri **eller** gynækologi/obstetrik.

erkendelse i almen medicin foreslås uddannelsen suppleret med

- 1) enten: yderligere et års sygehusansættelse på godkendte sygehusafdelinger og et års virksomhed i almen praksis eller: to års virksomhed i almen praksis.
- 2) Deltagelse i godkendte praksisorienterede videre- og efteruddannelseskurser af nærmere fastsat omfang.

Kommissionens bemærkninger

Ved lægelovsændringen af 1976 med tilhørende bekendtgørelser har indenrigsministeriet fastsat regler for uddannelsen til almen praksis svarende til det ovenfor nævnte indhold af overgangsforslaget, ialt 3 år, indeholdende almenuddannelsen. Det er fortsat kommissionens opfattelse, at den egentlige speciallægeuddannelse i almen medicin bør etableres snarest muligt. Kommissionen konstaterer med stor beklagelse, at de nødvendige uddannelsesstillinger i almen praksis endnu ikke er tilvejebragt, selvom det finansielle grundlag for disse stillinger nu foreligger.

SAMFUNDSMEDICIN

Minimal samlet uddannelsestid: 4½ år.

I uddannelsen skal indgå:

18 måneders klinisk uddannelse. Såfremt almen medicin ikke indgår i de 18 måneders turnusuddannelse, skal ansættelse i almen praksis indgå her med mindst 6 måneder.

12 måneders ansættelse ved institutioner, såsom afdelinger på statens seruminstitut, universitetsinstitutter på områderne socialmedicin, hygiejne, mikrobiologi, genetik og retsmedicin, social orskningsinstitut, Dansk institut for klinisk epidemiologi, statens institut for arbejdshygiejne eller lignende. Disse 12 måneder kan eventuelt finde sted ved klinisk socialmedicinsk arbejde på dertil godkendte afdelinger eller institutioner.

24 måneders ansættelse ved praktisk samfundsmedicinsk arbejde, såsom embedslægeinstitutioner, sundhedsstyrelsen, miljøstyrelsen, direktoratet for arbejdstilsynet, arbejdstilsynskredse.

Vejledende § 14 krav: ingen.

Særlige funktioner

Inden for samfundsmedicin findes der et behov for straks at etablere et grenspeciale i arbejdsmedicin.

De særlige krav der stilles til uddannelsen i dette område, og som skal holdes inden for de tidsrammer, der er angivet for samfundsmedicin er følgende:

den kliniske ansættelse skal indeholde V₂ års ansættelse på lungemedicinsk klinik. Uddannelsen skal endvidere indeholde 1 års ansættelse på arbejdsmedicinsk klinik og mindst 1 års ansættelse som arbejdslægeassistent eller fuldtidsbedriftslæge.

Den teoretiske videreuddannelse

Kursus i samfundsmedicin består for øjeblikket af et ca. 4 måneders kursus, omfattende fem delkurser, afsluttende med eksamen.

Det foreslås, at kursus i det væsentlige fortsætter efter de retningslinjer, som er nedlagt i den eksisterende bekendtgørelse om uddannelse af embedslæger. Det foreslås dog, at kursus udvides med et arbejdsmedicinsk delkursus, hvorefter kursus tænkes at bestå af seks dele:

- a) administration, lovgivning og planlægning
- b) epidemiologi og statistik
- c) socialmedicin
- d) hygiejne
- e) arbejdsmedicin
- f) retslægelige fag

Mindst fem delkurser skal gennemgås af vordende speciallæger i samfundsmedicin og det foreslås, at delkurserne a) og b) under alle omstændigheder gøres obligatoriske for alle speciallæger i samfundsmedicin. For speciallæger i samfundsmedicin, der søger embedslægestilling, bør deltagelse i delkursus f) være obligatorisk og for speciallæger i arbejdsmedicin delkursus e).

Kurserne bør søges tilrettelagt efter de retningslinjer, der gælder for den øvrige postgraduate obligatoriske, lægelige videreuddannelse og bør administreres parallelt hermed, ligesom det foreslås, at den nuværende eksamen i forbindelse med kursus i samfundsmedicin afskaffes.

Afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering

Det foreslås, at det nye specialistanvæn i forbindelse med de berørte selskaber tilvejebringer en klassificering af de institutioner, som kan tælle i uddannelsen.

Uddannelseskapacitet og speciallægeproduktion

Der er for øjeblikket 60-70 slutstillinger inden for det samfundsmedicinske område, og inden for embedslægevæsenet kan der forventes en vis ekspansion, medens der inden for arbejdsmedicin kan forventes en betydelig ekspansion i de nærmeste år. De eksisterende uddan-

nelsesstillinger er ganske utilstrækkelige i antal til dette formål, hvorfor der foreslås en meget betydelig forøgelse af uddannelsesstillingerne antal, ligesom de eksisterende foreslås gjort tidsbegrænsede som andre uddannelsesstillinger.

Kommissionens bemærkninger

Den ovenfor nævnte redegørelse bygger på en betænkning om speciallægeuddannelsen i samfundsmedicin, udarbejdet af en af speciallægekommisionen nedsat arbejdsgruppe. Betænkningen er tiltrådt af speciallægekommisionen og optaget som bilag til denne betænkning (bilag 11)

Udover at betænkningen giver en detaljeret fremstilling af hele det samfundsmedicinske område, skal der specielt hvad angår uddannelsesspørgsmål nævnes, at der i betænkningen er nævnt visse uddannelseskrav bortset fra speciallægeuddannelse. Heri er det omtalt, at der bør søges tilvejebragt en teoretisk uddannelse som betingelse for at opnå ansættelse som

- a) bedriftslæge
 - b) socialmedicinsk konsulent,
- samt at den teoretiske videreuddannelse for skolelæger videreføres. Denne teoretiske uddannelse bør være af ca. 60 timers varighed og opnås enten i form af det eksisterende kursus i skolehygiejne eller, for bedriftslægers og socialmedicinske konsulenter vedkommende, ved særlige kurser eller deltagelse i respektive delkursus e) og delkursus c) i den teoretiske uddannelse til speciallæge i samfundsmedicin og arbejdsmedicin.

Kommissionen skal foreslå, at en ny speciallægeuddannelse i samfundsmedicin og arbejdsmedicin gennemføres snarest muligt.

II. Uddannelseskrav i klinisk farmakologi

I juni 1974 afgav et af sundhedsstyrelsen nedsat ekspertudvalg en redegørelse om klinisk farmakologi på sygehuse. Denne redegørelse blev i september 1976 udsendt til samtlige sygehuskommuner, og sundhedsstyrelsen foreslår, at klinisk farmakologiske enheder placeres med en enhed inden for hver amtskommune samt i København og Frederiksberg kommuner. Som en begyndelse peges på placering ved undervisnings- og landsdelssygehuse. I redegørelsen anbefales en uddannelse bestående af en kombineret klinisk og eksperimentel farmakologisk træning.

Speciallægekommissionen har behandlet de uddannelsesmæssige problemer i klinisk farmakologi såvel i forbindelse med uddannelserne i laboratoriespecialerne som i forbindelse med uddannelsen i intern medicin og i medicinske grenspecialer. Spørgsmålet om at lade klinisk farmakologi indgå som et internmedicinsk grenspeciale blev drøftet på et møde med kliniske farmakologer i januar 1977, og der blev på dette møde nedsat en arbejdsgruppe, der har afgivet en betænkning om uddannelsen af kliniske farmakologer (bilag 12).

Kommissionen har behandlet betænkningen og har tilsluttet sig de fremsatte forslag til uddannelseskrav, der fører frem til kompetence inden for klinisk farmakologi, d.v.s. at uddannelsen fører frem til et § 14-niveau i klinisk farmakologi.

Minimal samlet uddannelsestid: $7\frac{1}{2}$ år.

4 $\frac{1}{2}$ års ansættelse på farmakologisk/klinisk farmakologisk afdeling.

3 års ansættelse på intern medicinsk afdeling.

Ansættelsen på intern medicinsk afdeling kan erstattes af ansættelse på psykiatrisk, pædiatrisk eller klinisk kemisk afdeling.

Dette medfører nogen begrænsning i den uddannedes funktionsområde som klinisk farmakolog, men til gengæld en større specialkompetence.

Kommissionen lægger vægt på, at den kliniske uddannelse har et relevant indhold og ikke bør bestå af kortvarige ansættelser inden for forskellige fag, men bør indeholde en længerevarende ansættelse i for eksempel intern medicin, psykiatri eller pædiatri omfattende blandt andet ansættelse på landsdeissygehus og deltagelse i teoretiske kurser inden for det kliniske speciale.

Den farmakologiske uddannelse skal omfatte to funktioner, dels en basal farmakologisk dels en klinisk farmakologisk. Den farmakologiske del kan opfyldes ved ansættelse på en farmakologisk institution, medens den kliniske funktion opfyldes ved ansættelse på en klinisk farmakologisk afdeling.

Den teoretiske videreuddannelse består dels af relevante kurser inden for kliniske specialer dels af et teoretisk kursus på ialt 240 timer. Det vil være muligt at koordinere den teoretiske videreuddannelse med andre fag for eksempel: klinisk kemi, klinisk fysiologi, intern medicin m.v.

Kommissionens bemærkninger

Det skitserede uddannelsesforløb vil kræve oprettelse af tidsbegrænsede uddannelsesstillinger på de farmakologiske institutter samt underordnede sygehusstillinger i klinisk farmakologi. Sundhedsstyrelsen bør anmode Dansk selskab for klinisk farmakologi om at udpege tilfornordnede til specialistanævnet med henblik på en mere detaljeret udformning af uddannelseskrav og herunder regler for overgangsbestemmelser, indtil et tilstrækkeligt antal uddannelsesstillinger er etableret. Selskabet bør ligeledes have et selvstændigt § 14-råd.

III. Kommissionens overvejelser vedrørende tropemedicin, terapeutisk radiologi, ultralyddiagnostik og medicinsk genetik.

TROPEMEDICIN

Der eksisterer i dag et selvstændigt speciale i tropemedicin, men i de sidste fire år har kun en læge opnået speciallægeanerkendelse. De nuværende uddannelseskrav omfatter blandt andet 24 måneders ansættelse ved et i troperne beliggende sygehus eller institution, hvor patienter med tropesygdomme undersøges og behandles. Forud for denne ansættelse kræves gennemgået et af specialistnævnet godkendt kursus i tropesygdomme.

Kommissionen har i forbindelse med overvejelserne om uddannelsen i det intern medicinske fagområde drøftet uddannelseskrav til tropemedicin med repræsentanter for Dansk selskab for tropemedicin. Det var her speciallets opfattelse, at der i faget indgår uddannelseselementer fra specialerne intern medicin, pædiatri og dermatologi foruden ophold ved infektionsafdeling i tropeområde og tropemedicinsk kursus.

Det synes klart, at uddannelsen i troperne medicin ikke kan gennemføres i Danmark alene, og kommissionen er af den opfattelse, at det ikke er muligt at opstille klare uddannelseskrav. Blandt andet synes der på grund af det brede sygdomsspektrum med stor geografisk variation at være behov for uddannelse ved mere end en tropemedicinsk afdeling. Man finder det under hensyntagen til tropemedicinske sygdommes formentlig stadigt stigende betydning rimeligt, at der opretholdes en tropemedicinsk service i Danmark. Denne vil formentlig i væsentlig udstrækning kunne formidles gennem de tre medicinsk-epidemiske sygehusafdelinger, men derudover kan der være et vist behov for anden adgang til tropemedicinsk ekspertise. Kommissionen skal derfor foreslå, at der inden for det tropemedicinske område fortsat udpeges tilfornordnede til specialistnævnet, der kan vejlede uddannelsessøgende med henblik på individuel tilrettelæggelse af uddannelse i tropemedicin.

Kommissionen har været i tvivl om, hvorvidt der er behov for en egentlig speciallæge

anerkendelse, eller om kompetence kan gives i form af diplom som supplement til anden uddannelse (for eksempel speciallægeuddannelse i infektionsmedicin eller i pædiatri). Uanset hvilken form for autorisation, man måtte finde mest hensigtsmæssig, vil specialistnævnet bistået af fagets specialrepræsentanter kunne vejlede sundhedsstyrelsen.

TERAPEUTISK RADIOLOGI/STRÅLE BEHANDLING

Speciallægekommissionen har i november 1975 modtaget et skitseforslag om »medicinsk onkologi« udarbejdet af en arbejdsgruppe på Finseninstitutet og i 1976 en betænkning udarbejdet af Dansk selskab for radioterapi og cancerologi om radiumstationernes virkeområder inden for Onkologien i Danmark. Herudover har kommissionen fra specialistnævnet modtaget et forslag fra ovennævnte selskab om ændring af speciallets navn. Speciallægekommissionen har i efteråret 1976 anmodet sundhedsstyrelsen om at nedsætte et udvalg, der skal overveje behandlingen og visitationen af patienter med onkologiske lidelser og herunder vurdere de eventuelle uddannelsesmæssige konsekvenser for speciallet terapeutisk radiologi. Kommissionen er bekendt med, at der er nedsat et udvalg vedrørende Onkologien under indenrigsministeriets udvalg om lands- og landsdelsfunktioner.

På denne baggrund skal kommissionen foreslå, at speciallet terapeutisk radiologi bevares med uændrede uddannelseskrav indtil ovennævnte udvalg har afgivet betænkning.

ULTRALYDDIAGNOSTIK

Der eksisterer i dag 16 fungerende ultralydlaboratorier på danske sygehuse, men fortsat ingen vejledende retningslinier for, hvorledes disse laboratorier skal indgå i sygehusvæsenet. Udviklingen har indtil videre været ret tilfæl-

dig, og laboratorier finde knyttet til kirurgiske, obstetriske, klinisk fysiologiske og radiologiske afdelinger.

Dansk ultralyddiagnostisk selskab har fremsendt en del materiale til kommissionen og herunder også forslag til uddannelseskrav. Kommissionen har afholdt møde med selskabets bestyrelse, hvorunder fagets problemer har været drøftet.

Der findes indtil videre ingen uddannelsesstillinger ved nogen laboratorier, men ved et enkelt laboratorium er ansat kliniske assistenter.

Selskabets forslag til uddannelseskrav omfatter en klinisk uddannelse på 2½ - 3 år med obligatorisk ansættelse inden for kirurgi, gynækologi/obstetrik og diagnostisk radiologi samt valgfri ansættelse inden for ovennævnte fag eller patologi, klinisk fysiologi eller cardiologi. Desuden omfatter uddannelsen 36 måneders ansættelse på ultralyddiagnostisk laboratorium. Den teoretiske videreuddannelse bør omfatte 200-240 timers kursus. Cirka halvdelen af den teoretiske videreuddannelse vil dog kunne være fælles med andre fag.

Kommissionen er enig med selskabet i, at der er behov for vejledende retningslinier vedrørende fagområdet placering i sygehusvæsenet, og har i marts 1977 anmodet sundhedsstyrelsen om at nedsætte et udvalg til at behandle fagområdets indplacering i sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen har anmodet lands- og landsdelsudvalget om at overveje spørgsmålet om nedsættelse af et udvalg.

Kommissionen foreslår, at sundhedsstyrelsen anmoder Dansk ultralyddiagnostisk selskab om at udpege tilfornordnede til specialnævnet med henblik på vejledning af uddannelsessøgende, samt at selskabet får et selvstændigt § 14-råd.

MEDICINSK GENETIK

Fra en koordineringsgruppe for teratologisk forskning nedsat af det lægevidenskabelige forskningsråd har kommissionen i juli 1977 modtaget et forslag om oprettelse af et speciale i medicinsk genetik. Forslaget er ikke nærmere begrundet, men der henvises til Norge, der den 1. januar 1976 har oprettet et speciale med formaliserede uddannelseskrav i medicinsk genetik samt til en svensk betænkning om klinisk genetik, udsendt af socialstyrelsen i slutningen af 1976. I denne betænkning stilles der forslag om oprettelse af klinisk

genetiske enheder i de svenske sygehusregioner, og der stilles ligeledes forslag om uddannelseskrav.

I Danmark drives medicinsk genetik ikke alene ved universiteternes humangenetiske eller arvepatologiske institutter, men også ved visse institutioner inden for særforplejning og ved enkelte afdelinger på Rigshospitalet samt på psykiatrisk hospital i Århus. Medicinsk genetik omfatter blandt andet cytogenetiske og biokemiske undersøgelser, genetisk rådgivning og prænatal diagnostik.

Planlægningen af den prænatale genetiske diagnostik har været behandlet i et udvalg under indenrigsministeriet, der i 1977 har afgivet betænkning (13). For så vidt angår kromosomsygdomme, stilles der heri forslag om en etapevis udbygning dels af de tre bestående kromosomlaboratorier dels ved oprettelse af to nye laboratorier. Med hensyn til diagnosticeringen af de medfødte stofskiftesygdomme foreslås denne opbygget omkring to centre beliggende i henholdsvis København og Århus. Endelig foreslår udvalget, at der her i landet etableres omkring syv prøveudtagningslaboratorier med det nødvendige ultralydudstyr.

I den omtalte betænkning er de uddannelsesmæssige aspekter ikke berørt, men det er kommissionens opfattelse, at der er behov for fastlæggelse af uddannelsesrammer for medicinsk genetik til vejledning for uddannelsessøgende. Uddannelsen har hidtil fundet sted i universitetsregi, men dels omfatter aktiviteterne på det enkelte universitetsinstitut ikke alle aspekter af den medicinske genetik, og dels foreligger der ikke en systematiseret videreuddannelse. Desuden foregår væsentlige aktiviteter ikke mindst inden for cytogenetisk og biokemisk diagnostik uden for universitetsinstitutterne.

Under forhandling med Dansk selskab for gynækologi og obstetrik foreslog selskabet, at prænatal diagnostik og genetisk rådgivning skulle være et særligt funktionsområde inden for gynækologi/obstetrik, men efter kommissionens opfattelse vil det ikke være rimeligt at kræve speciallægeanerkendelse i dette fag som forudsætning for en uddannelse i medicinsk genetik, der må opfattes som en tværfaglig service-disciplin med relationer til mange kliniske fag, ikke mindst pædiatri.

Kommissionen foreslår, at uddannelseskrav i medicinsk genetik følger den model, der er opstillet i klinisk farmakologi, subsidiært

ultralyddiagnostik, med en uddannelse, der dels består af ansættelse på kliniske afdelinger i 3-4 år (inclusive turnustjeneste) og dels af ansættelse på medicinsk genetiske institutter og laboratorier i ca. 4 år med deltagelse i

fagets forskellige aspekter både teoretisk og praktisk. Nærmere uddannelseskrav bør udarbejdes af specialistnævnet i samarbejde med repræsentanter for fagområdet medicinsk genetik.

Kapitel 6

Lægelige funktioner uden for sygehusvæsenet

Det fremgår af kommissoriet, at speciallægekommissionen skal undersøge, på hvilke områder der uden for og på sygehusene er behov for anerkendte lægelige specialer sammenholdt med en vurdering af behovet for andre lægelige arbejdsområder (ekspertområder).

Kommissionen har derfor undersøgt hvilke lægelige funktioner, der udøves uden for sygehusene, og hvilke udviklingstendenser, der tegner sig.

Der skal i det følgende gives en summarisk oversigt over, hvor læger arbejder, og hvilke lægelige funktioner de udøver.

DEN PRIMÆRE SUNDHEDSTJENESTE

a) Alment praktiserende læger

Langt den største del af de lægelige funktioner uden for sygehusvæsenet foregår i almen praksis. Speciallægekommissionen har tidligere indgående beskæftiget sig med uddannelsen til almen praksis, og har afgivet en betænkning, som indeholder et forslag om en speciallægeuddannelse i almen medicin (bilag 1). Der skal derfor ikke på dette sted gives en redegørelse for forholdene i almen praksis, men blot henvises til den nævnte betænkning samt til den kortfattede gennemgang af uddannelseskravene i kapitel 5 af denne betænkning.

b) Praktiserende speciallæger

Kommissionen har i overensstemmelse med kommissoriet indgående drøftet behovet for speciallægevirksomhed uden for sygehusene og uddannelsen af de læger, som skal varetage disse funktioner.

Behov

Kommissionen har ved spørgsmål til speciallægeselskaberne og ved de efterfølgende diskussioner med disse fået et ganske klart indtryk af, at der i næsten samtlige specialområder er behov for ambulante ydelser.

De eksisterende former for ambulant speciallægeservice består i hovedsagen af virksomhed som fuldtidspraktiserende speciallæge, og som ydelser udgående fra sygehusvæsenet dels i form af egentlig ambulatorievirksomhed dels i form af overlægerens deltidsspeciallægepraksis.

Der har i de senere år været en omfattende diskussion af behovet for ambulante speciallægeydelser, og ikke mindst på hvilken måde disse bedst udøves. Kommissionen er enig med speciallægeselskaberne i, at der på langt de fleste områder fortsat er et behov for ambulante speciallægeydelser, men har på basis af det foreliggende meget beskedne prognosemateriale ikke fundet det muligt at angive nogen talstørrelse for behovet. Dette skyldes i første række, at behovet i udtalt grad vil være dikteret af samfundets ressourcer og disses fordeling, ligesom formen for ydelserne i høj grad er bestemt af de til enhver tid fremherskende politiske ønsker. Det er overordentlig vanskeligt at angive det »ægte« behov for ambulante speciallægeydelser, men på den anden side er der for kommissionen ingen tvivl om, at der i en lang række specialer som nævnt er behov for disse ydelser. Blandt de helt klassiske praksisspecialer, som kommissionen fortsat mener vil bestå, kan nævnes oftalmologi, oto-rhino-laryngologi, gynækologi/obstetrik og dermatologi. Disse specialer vil fortsat kunne udøves i heltidspraksis. Derudover vil der være behov for

speciallægeydelser i en lang række andre specialer, som kan placeres på eller uden for sygehusene, afhængigt af ydelsernes antal, behovet for særligt apparatur og geografiske forhold.

Funktion

Kommissionen har droftet, hvorvidt de ambulante speciallægeydelser præsteres på en funktionelt hensigtsmæssig måde. Som anført er der ingen tvivl om, at der fortsat i visse specialer vil være behov for fuldtidspraktiserende speciallæger, og heller ikke den deltidsfunktion, der udøves af en del overlæger i speciallægepraksis, kan for øjeblikket umiddelbart undværes. Man må forestille sig, at der inden for en del specialer kunne blive tale om ændrede funktioner, således at den praktiserende speciallæge ikke i så høj grad koncentrerer sig om undersøgelse og behandling af enkeltpatienter, men snarere kommer til at fungere som rådgiver over for grupper af praktiserende læger for på denne måde at sprede summen af speciallægeviden bedre til patienternes gavn. I en periode, hvor speciallægedækning i hvert fald inden for visse specialer er meget ringe, kunne man forestille sig bedre udnyttelse af ressourcerne, hvis for eksempel en psykiater fungerede som konsulent for en række læger fremfor blot at modtage henviste patienter fra disse læger. Det er sandsynligt, at han derved ville kunne formidle viden og støtte til de praktiserende læger til behandling af patienter med problemer inden for psykiatria minor.

Tilsvarende kunne man tænke sig, at en speciallæge i intern medicin kunne fungere som rådgiver for en række praktiserende læger ved vedligeholdelsesbehandling af for eksempel diabetes og hypertension.

I en række specialer kræves ret kostbart apparatur, og der vil herved være en risiko for, at en praktiserende speciallæges funktion knyttes til apparatur af mere eller mindre forældet årgang sammenlignet med den tilsvarende funktion i sygehusvæsenet. Der tænkes her først og fremmest på radiologi, men også inden for visse laboratoriefag kunne dette problem blive fremtrædende.

De ovenfor nævnte problemer kan løses på mange forskellige måder. Dels kan som nævnt visse specialer også i fremtiden udøves i fuldtidspraksis, men for de flestes vedkommende finder kommissionen, at en rimelig

tilknytning til sygehusvæsenets funktioner må sikres af uddannelses- og efter uddannelsesmæssige grunde. Visse af de stærkt omkostningskrævende specialer (radiologi m.v.) kan utvivlsomt udøves uden for sygehusvæsenet, men i så fald må det offentlige sikre sig, at ydelserne bliver præsteret med moderne apparatur svarende til sygehusvæsenets, hvilket for eksempel kunne ske ved, at den del af honoraret for ydelsen, som skal dække apparatur og inventar, virkelig også anvendes dertil.

For at sikre samhörigheden fagligt er det kommissionens opfattelse, at der i langt de fleste om ikke alle specialer, bør være en regelmæssig eller fast tilknytning til kolleger inden for fagområdet i sygehussektoren. Dette kan opnås ved ansættelser, hvor speciallægen har forpligtelser både over for sygehusvæsenet og i den primære sundhedstjeneste. Dette kan naturligvis arrangeres på en række forskellige måder, men det vil i hovedsagen være et forhandlingsspørgsmål om den mest hensigtsmæssige tilrettelæggelse heraf. Der skal peges på, at en anden løsning er den i U.S.A. fremherskende, hvor praktiserende speciallæger kan opnå indlæggelses- og behandlingsrettigheder på sygehusene.

Afslutningsvis vil speciallægekommisjonen pege på, at det er meget ønskeligt, at der rundt omkring i landet etableres forskellige modeller for de ambulante speciallægeydelser, som afprøves og sammenlignes, dels fordi der er forskellige behov i landets forskellige amter, og dels fordi det kunne være ønskeligt at få en mere systematisk vurdering af, hvorvidt den ene eller den anden organisation af disse ydelser er at foretrække.

Geografisk fordeling

Den geografiske fordeling af speciallægerne i Danmark er meget uens, og medens der i en del af storbyerne er rigelig eller endog tendens til for rigelig dækning med speciallæger, er situationen i provinsen meget ofte den, at der er mangel på speciallægeservice. Det er kommissionens opfattelse, at der er et påtrængende behov for en bedre spredning af speciallægerne, og kommissionen har tidligere peget på, at dette vil kunne finde sted ved at ansætte et større antal speciallæger ved de mindre sygehuse, som samtidig kunne tillægges funktioner i den primære sundhedstjeneste. Kommissionen vil endnu engang kraftigt fremhæve den uhensigtsmæssige stabsstruk-

tur, vi for øjeblikket har, hvorved en række veluddannede speciallæger presses ud af sygehusvæsenet, fordi de er ansat i tidsbegrænsede stillinger, når der samtidig er stort behov for en ændret stabsstruktur på disse sygehuse i retning af ansættelse af flere speciallæger. Dette forekommer så meget mere rimeligt, som en hel række speciallægeselskaber har gjort opmærksom på, at der enten er for mange 1. reservelægestillinger i faget, og/eller at disse 1. reservelægestillinger er besat med ukvalificerede læger, som ikke har gennemgået kursusstilling.

Uddannelsen

Principielt er kommissionen af den opfattelse, at den heltidspraktiserende speciallæge bør have en uddannelse af samme varighed som en speciallæge, der fastansættes i sygehusvæsenet men indholdet bør ikke nødvendigvis være identisk. For eksempel behøver mere kompliceret operativ virksomhed formentlig ikke at indgå i uddannelsen af læger som stiler mod speciallægepraksis, og det må skønnes særdeles hensigtsmæssigt, om en del af uddannelsen kunne finde sted i speciallægepraksis. Forholdene er formentlig ikke ens fra speciale til speciale, men for eksempel i otologi er virksomheden i praksis temmelig vidtgående forskellig fra virksomheden på et sygehus, og en obligatorisk ansættelse i praksis, før man beskæftiger sig med denne virksomhed, måtte være rimelig, i lighed med hvad kommissionen har foreslået for uddanne sen til almen praksis. For uddannelsen af speciallæger også i speciallægepraksis taler hensynet til patientbehandlingen og forskningen, og det må anses for hensigtsmæssig, at samtlige læger inden for et fagområde eller en fagdisciplin ser hele spektret inden for området.

UDDANNELSES- OG FORSKNINGS-INSTITUTIONER

Et betydeligt antal læger er ansat på uddannelses- og forskningsinstitutioner, specielt i tilknytning til de lægevidenskabelige hovedområder på universiteterne. Det er kommissionens opfattelse, at disse læger i lighed med andre læger har behov for en delvis formaliseret og delvis individuel videreuddannelse, men at denne som hidtil med fordel kan foregå i universiteternes regie. Som det fremgår af

kommissionens betænkning om den teoretiske videreuddannelse, finder kommissionen det imidlertid hensigtsmæssigt, om teoretisk videreuddannelse koordineres, således at også læger under speciallægeuddannelse i et vist omfang kan deltage i universiteternes kursusvirksomhed, og at der ligeledes åbnes mulighed for, at universitetsansatte kan deltage i kurser arrangeret af specialistanævnet, jvf. allerede eksisterende samarbejde herom med det tegevidenskabelige forskningsråd.

Mange læger underviser på andre uddannelsesinstitutioner, for eksempel sygeplejeskoler, terapiassistent-skoler, socialhøjskoler etc. De fleste af disse lærerstillinger er deltidsstillinger, og kommissionen har ikke set det som sin opgave at formulere særlige uddannelseskrav for denne gruppe, men skal pege på det ønskelige i, at læger, der fungerer som lærere, får mulighed for og opfordres til at deltage i de pædagogiske kurser.

FORSORGSINSTITUTIONER (SÆRFORSORGEN)

Et stort antal læger har fuldtidsbeskæftigelse inden for særforsorgens forskellige grene og herunder specielt i åndssvageforsorgens centre. Kommissionen har overvejet behovet for særlige uddannelsesforløb for læger, der stiler mod ansættelse i åndssvageforsorg, men finder at dette spørgsmål bør udvalgsbehandles i forbindelse med planerne om en udlægning af særforsorgen. Det skal udtrykkeligt påpeges, at oligofrenologi ikke betragtes som en del af psykiatrien.

ANDRE OMRÅDER INDEN FOR SOCIAL OG SUNDHEDSSEKTOREN

Udover de førnævnte institutioner under særforsorgen findes yderligere en lang række institutioner med forskelligt klientel og/eller patienter. Der kan nævnes børne- og ungdomsinstitutioner, sanatorier, revalideringsklinikker, ambulatorier for alkoholskadede, kriminalforsorgsinstitutioner m.v.

I det omfang det drejer sig om døgninstitutioner, vil der være et vist behov for ansættelse af huslæger, der bør være speciallæger i almen medicin, samt afhængig af klientellets sammensætning speciallæger inden for forskellige specialer. Ambulatorier for alkoholskadede vil for eksempel have behov for ansættelse af psykiatere etc.

De fleste læger, der arbejder inden for det her nævnte område har samtidig anden beskæftigelse, men kommissionen finder alligevel, at der er tale om specifikke lægelige funktioner, der kan motivere særlig erfaring og viden. Det vil således kunne være en fordel, om lægerne havde mulighed for at følge dele af kursus i samfundsmedicin (se bilag 11). I øvrigt er det uddannelsesmæssige behov formentlig nogenlunde dækket ved specialselskabernes egen efteruddannelsesvirksomhed.

SAMFUNDSMEDICIN/ ARBEJDSMEDICIN

Dette område er gjort til genstand for særlig behandling i en af kommissionen i 1974 nedsat arbejdsgruppe. Gruppen har i 1977 afgivet sin betænkning, hvortil der henvises (bilag 11).

FORSVARET

Forsvarets lægekorps består dels af værnepligtige reservelæger og dels af fastansatte læger. For sidstnævntes vedkommende må det være forsvarets opgave at give lægerne den specifikke uddannelse, de har behov for for at varetage deres forskellige funktioner, men herudover kan der være behov for at lade militærlæger deltage i dele af det samfundsmedicinske kursus, idet lægerne i fredstid også har almen hygiejniske og katastrofemedicinske opgaver.

ANDRE STATSLIGE OG PRIVATE INSTITUTIONER OG VIRKSOMHEDER

Et antal læger er fuldtidsbeskæftigede inden for visse dele af industrien, herunder specielt den farmaceutiske industri, og i visse statslige institutioner for eksempel dele af seruminstitutionen. Kommissionen finder, at de uddannelsesmæssige behov dels er tilgodeset gennem speciallægeuddannelser i for eksempel klinisk mikrobiologi og dels gennem uddannelsesmuligheder inden for klinisk farmakologi samt

ved de uddannelser, de forskellige virksomheder selv gennemfører.

Mange andre læger har delfunktioner, der er relateret til administrationen af særlig lovgivning. Kommissionen har overvejet, om der på dette vidtspændende område er behov for at opstille særlige uddannelsesmæssige kriterier, men mener ikke, det er nødvendigt, idet der allerede i dag eksisterer et tilstrækkeligt tilbud af specialkurser, og idet der sjældent er behov for ansættelse i bestemte uddannelsesstillinger. Ofte indgår disse funktioner som en integreret del af afdelingers arbejde, og yngre læger vil under deres uddannelse i de relevante specialer også få en rimelig indsigt i disse arbejdsområder. Som eksempler skal nævnes psykiateres medvirken i mentalobservationer og afgivelse af erklæring, børnepsykiateres vurdering i forældremyndighedssager, retsmedicinske institutters medvirken i for eksempel faderskabsager, udvælgelse af egnede til særlige erhvervsfunktioner samt lægers medvirken ved vurdering af helbredskrav i forbindelse med forsikringer, pensioner etc. I forbindelse hermed kan også nævnes den stigende anvendelse af læger i såvel primærkommuners som amtskommuners behandling af ansøgninger om bistand i henhold til bistanndsloven og andre love.

Som det er fremgået af det foregående, finder kommissionen ikke behov for at opstille formaliserede uddannelseskrav til lægelige funktioner uden for sygehusvæsenet ud over de forslag, der er fremgået af kapitel 5, herunder specielt kommissionens forslag om oprettelse af nye specialer i almen medicin og samfundsmedicin. Herudover vil der være behov for at give læger med funktioner uden for sygehusvæsenet mulighed for at deltage i dele af den teoretiske kursusvirksomhed inden for det samfundsmedicinske område. Disse kursers omfang og indhold er nærmere beskrevet i bilag 11

Lægers efteruddannelse

Læger er i deres virksomhed forpligtet til at vedligeholde og ajourføre deres faglige viden. Lægeløftet slutter således med »at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og iøvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser«. Denne forpligtigelse opfyldes dels gennem den videreuddannelse, som er obligatorisk for alle læger, og dels gennem den frivillige efteruddannelse.

Videreuddannelsen omfatter de i denne betænkning behandlede speciallægeuddannelser, og denne del af uddannelsen kan kort karakteriseres således:

1. Videreuddannelsen er obligatorisk for alle læger, der ønsker at opnå en højere professionel kompetence end den, der opnås ved den lægevidenskabelige embedseksamen, med henblik på at erhverve sig tilladelse til at virke som alment praktiserende læge eller som speciallæge inden for eller uden for sygehusvæsenet.
2. Videreuddannelsens varighed, dens indhold og udformning er fastsat af sundhedsmyndighederne på baggrund af lovgivningen, og den omfatter dels en teoretisk del og dels en praktisk-klinisk del.
3. Omkostningerne ved de teoretiske kurser i videreuddannelsen dækkes af staten (sundhedsstyrelsen), medens sygehuskommunerne bidrager ved at yde de kursusøgende læger tjenestefrihed med løn.

I modsætning til den formaliserede og obligatoriske videreuddannelse er efteruddannelsen karakteriseret ved at være frivillig og principielt livslang. Efteruddannelsen kan således karakteriseres ved:

1. at vedligeholde og genopfriske den viden, som er nødvendig for udførelse af professionen,
2. at videregive ny viden og erfaring inden for sådanne områder, hvor udviklingen af basalforskningen og teoretisk og klinisk medicinsk forskning er nået så vidt, at resultaterne kan overføres til det praktisk-kliniske arbejde,
3. at videregive viden og erfaring fra det ene speciale til det andet (herunder også almen praksis) og fra tilgrænsende fag til professionens udøvere.

Ansvar for efteruddannelsens planlægning, indhold og gennemførelse har altid været placeret hos lægestanden uafhængigt af de af sundhedsmyndighederne iværksatte uddannelsesaktiviteter, ligesom udgifterne til efteruddannelsen fortrinsvis afholdes af lægerne selv.

Disse efteruddannelsesaktiviteter omfatter dels et stadigt stigende tilbud af kurser og lignende, dels udgivelsen af forskellige faglige tidsskrifter, som af den enkelte læge ofte suppleres med tilsvarende udenlandsk litteratur.

Såvel kursusaktiviteterne som en stor del af faglitteraturen kan naturligt deles i efteruddannelsen for speciallæger og efteruddannelsen for alment praktiserende læger.

Efteruddannelse af speciallæger

Indtil for ca. 15 år siden var det et almindeligt synspunkt, at det var overflødigt at tilbyde speciallæger efteruddannelse i form af kurser.

Speciallægernes efteruddannelse bestod dengang dels i den videre kliniske oplæring, som fandt sted for de underordnede læger, der

efter opnået speciallægeanerkendelse fortsatte i sygehusvæsenet, dels ved selvstudier af tidsskrifter m.m.

Omkring 1960 påbegyndtes imidlertid på initiativ af Dansk medicinsk selskabs uddannelsesudvalg en række tværfaglige kurser for speciallæger. I de senere år har speciallægeselskaberne erkendt deres forpligtelse på dette område, og der afholdes nu et betydeligt antal kurser for de forskellige specialers udøvere. Lærerkrafterne på disse kurser kommer dels fra kredsen af aktive kliniske forskere, dels fra de teoretiske universitetsinstitutter og dels fra udlandet.

Den almindelige danske lægeforening har gennem sin uddannelseskomité, i hvilken såvel universiteterne som sundhedsstyrelsen er repræsenteret, ydet økonomisk og praktisk bistand til gennemførelse af disse kurser. Den økonomiske støtte ydes kun, når komiteen kan godkende kursernes form og indhold. Udover sådanne kurser tilrettelagt for de enkelte specialer arrangeres også tværfaglige kurser, hvortil der er adgang for speciallæger fra alle områder. Disse kurser arrangeres overvejende inden for de områder, der er under udvikling, hvilket ofte vil sige områder, som ikke direkte dækkes af et anerkendt lægeligt speciale.

Udover de af speciallægeselskaberne og lægeforeningen arrangerede formaliserede kurser sker der gennem de videnskabelige selskabers moder og kongresser en betydelig formidling af videnskabelige og kliniske fremskridt, ligesom der tværfagligt i de lokale lægekredsforeninger arrangeres et betydeligt antal moder, symposier m.v. med efteruddannelsesmæssigt indhold. Endelig har speciallæger i vid udstrækning adgang til efteruddannelse i form af kongresser, symposier og lignende her i landet og ikke mindst i udlandet. Sådanne arrangementer foregår dels i internationale videnskabelige sammenslutningers regi og dels i et vist omfang tilrettelagt af industri- og handelsforetagender inden for sundhedssektoren.

Det økonomiske grundlag for speciallægenes efteruddannelse er dels direkte tilskud til kurser fra lægeforeningen og dels kursusafgift, kongresafgift og rejseomkostninger betalt af den enkelte speciallæge. I en række tilfælde har den enkelte speciallæge dog mulighed for at få udgiften til sådanne kurser helt eller delvis refunderet på det sygehus, hvor han er ansat. Sygehusene har tillige i

betydelig udstrækning ydet speciallægerne orlov med løn med henblik på kursusdeltagelse.

Selvom der således i de sidste par årtier har kunnet konstateres en meget betydelig stigning i de formaliserede kursustilbud til speciallæger, har dette ikke betydet, at den enkelte speciallæges selvstudier i efteruddannelsesøjemed er overflødiggjort eller mindsket. Læger inden for alle specialer har adgang til en lang række tidsskrifter både af tværfaglig karakter som for eksempel Ugeskrift for læger, Danish Medical Bulletin, de øvrige nordiske lægeforeningstidsskrifter og udenlandske publikationer som for eksempel det britiske Lancet. Hertil kommer særlige fagtidsskrifter, der alene beskæftiger sig med et speciale. Blandt disse bør nævnes de såkaldte »acta scandinavica«, i hvilke der publiceres en meget væsentlig del af de fremskridt, der sker inden for de enkelte specialer i de nordiske lande.

Efteruddannelse af alment praktiserende læger

Efteruddannelsen for de praktiserende læger begyndte i 1901, da professor H. Mygind ved Københavns Kommunehospital tog initiativ til at påbegynde en såkaldt fortsættelsesundervisning for de praktiserende læger. Den almindelige danske lægeforening gik aktivt ind i sagen i 1914 ved at nedsætte et fortsættelseskursusudvalg, der indgik i lægeforeningens uddannelseskomité, da denne blev etableret i 1965.

Inden for efteruddannelsen af de praktiserende læger lægges der nu betydelig vægt på de centraliserede efteruddannelseskurser. For disse kursers vedkommende er der sket en betydelig udvikling ikke alene i omfang, men også med hensyn til at gøre undervisningen mere relevant for almen praksis. Tidligere tilrettelagdes undervisningen af universitetslærere, og de synspunkter, der undervistes ud fra, blev naturligt domineret heraf. Dette har i de senere år ændret sig væsentligt, og kursernes emnevalg, form og indhold tilrettelægges nu af praktiserende læger, ligesom kurserne i stor udstrækning anvender praktiserende læger som lærerkrafter, og kursusindholdet løbende justeres af fagets egne udøvere.

Også kvantitativt er den centraliserede kursuaktivitet udvidet betydeligt i de senere år, og der tilbydes nu årligt fire ugekurser med ca. 40 timers undervisning med plads til hver

100 læger. Hertil kommer så, at uddannelseskomiteen har ydet bistand til specielle kurser i for eksempel socialpsykiatri, forskningsmetodologi og laboratorieteknik for praktiserende læger.

De centraliserede efteruddannelseskurser for praktiserende læger har til en vis grad eksperimenterende karakter, og man har i de seneste år optaget dele af disse kurser på videobånd således at disse optagelser kan anvendes **ved mindre, decentraliserede** efteruddannelseskurser.

Det økonomiske grundlag for de centraliserede **efteruddannelseskurser udgøres dels af** tilskud fra lægeforeningen dels af afgifter betalt af den enkelte kursusedtager. For en stor del af de praktiserende læger gælder det, at de efter nærmere fastsatte regler kan få godtgjort en del af den arbejdsfortjeneste, der mistes under kursusedtagelse fra det såkaldte administrationsudvalg, som råder over midler, der indbetales af sygesikringen som en procentdel af de praktiserende lægers honorarer. I Københavnsområdet gælder nogle andre regler, og her ydes tilskud fra Københavns Praktiserende Læger.

For de praktiserende læger er der en meget lang tradition for lokal efteruddannelsesvirksomhed, som tidligere byggede på foredragsaftener oftest tilbudt gennem det tidligere nævnte fortsættelseskursusudvalg. Udviklingen går nu mod selvstændigt arrangeret efteruddannelse gennem lokale udvalg i de enkelte amter, hvilket giver muligheder for en over flere sæsoner systematisk tilrettelagt kursusvirksomhed. De enkelte kredsforeninger i amterne får koordinerende støtte fra lægeforeningens uddannelseskomité, som også yder økonomisk bistand til denne decentraliserede undervisning.

Ud over denne egentlige kursusvirksomhed sker der også inden for almen praksis efteruddannelse ved andre aktiviteter. I lighed med speciallægeselskaberne tilrettelægger Dansk selskab for almen medicin kurser, symposier etc., og også på internationalt plan

er der i disse år en stigende kursus- og kongresaktivitet med almen medicinske emner.

Praktiserende lægers selvstudier gennem tidsskrifter og faglitteratur følger samme mønster som for speciallægerne, men det bør i denne sammenhæng fremhæves, at de praktiserende læger i Månedsskrift for praktisk lægegerning har et særligt tidsskrift af høj efteruddannelsesmæssig værdi.

Forhold til videreuddannelsessystemet

De efteruddannelses tilbud som i dag er til rådighed for lægestanden, må siges at være tidssvarende både i omfang, indhold og udformning. Lægeforeningen har dels gennem bidrag over medlemskontingenterne dels i et vist omfang gennem aftalesikrede tilskud fra arbejdsgiverne tilvejebragt et økonomisk grundlag for en fortsat udvikling på efteruddannelsesområdet, således at såvel speciallæger som alment praktiserende læger for begrænsede udgifter kan skaffe sig den nødvendige efteruddannelse.

Der har i de senere år været arrangeret efteruddannelseskurser af en sådan karakter, at speciallægen har godkendt deltagelse i disse kurser som ekvivalerende med de teoretiske kurser i videreuddannelsen. Det er kommissionens opfattelse, at man med betydelig fordel kan udbygge samarbejdet mellem speciallægen og lægeforeningens uddannelseskomité med henblik på en rationel koordination af de kursusaktiviteter, som med fordel kan indgå som et led i videreuddannelsen, **ligesom der bør søges åbnet mulighed for, at** eventuel ledig kursuskapacitet i videreuddannelsen kan tilbydes landets læger som efteruddannelseskurser. Derimod finder kommissionen ikke, at de offentlige myndigheder **bør** overtage det økonomiske administrative og pædagogiske ansvar for efteruddannelsen i almindelighed, og mener heller ikke, at der for tiden kan påvises et behov for at gøre efteruddannelse obligatorisk.

Kapitel 8

Økonomien i de lægelige videreuddannelser

Siden 1935 har staten fastsat kravene til de formaliserede lægelige videreuddannelser og har siden 1966 påtaget sig størstedelen af de direkte udgifter til den teoretiske del af videreuddannelsen.

Statsfinansieringen har omfattet betaling af den egentlige kursusvirksomhed d.v.s. lærer- og kursuslederlønninger, rejseudgifter til elever og lærere, eventuelle time- og dagpenge til lærerne. Hertil kommer for speciallægekursernes og kurserne i almen medicins vedkommende refusion af administrationsudgifter på indtil 2.000 kr. pr. kursus å ca. 120 timer til sygehuse og til institutterne for almen medicin, som har påtaget sig administration af kursusøkonomien, sekretærbistand til kursuslederen m.m., idet dog sekretærbistanden på kurserne i almen medicin ved Københavns, Århus og Odense universiteter betales fuldt ud af staten.

Arbejdsgivernes bidrag til finansieringen har bestået i orlov med løn til de uddannelsessøgende samt vikarudgifter for læger under uddannelse til almen praksis under disses fravær til de teoretiske kurser. Hertil kommer, at statens refusion antagelig kun dækker omkring halvdelen af de udgifter, der for sygehuse er forbundet med administration af speciallægekurserne.

Den eneste væsentlige mangel i det offentliges finansiering af de nuværende formaliserede lægelige videreuddannelser har efter kommissionens opfattelse været, at der ikke betales time- og dagpenge (d.v.s. tilskud til overnatninger m.v.) til de uddannelsessøgende. Dette har haft til følge, at det ikke har været muligt at tilrettelægge teoriuddannelsen som internatkurser.

De nuværende udgifter til de lægelige

videreuddannelser kan kun opgøres for så vidt angår de direkte statslige udgifter, hvorimod sygehuskommunernes udgifter til tjenestefrihed med løn samt vikarudgifter ikke kan opgøres blot nogenlunde præcist.

De statslige kursusudgifter kan, opgjort i 1976-priser, for finansåret 1977/78, specificeres således:

1. Udgifter til kurser i	
almen medicin	1.698.000 kr.
2. Speciallægekurser	1.977.000 kr.
3. Skolelægekurser	76.000 kr.
4. Kursus i samfundsmedicin/ embedslægekursus	140.000 kr.
la.	3 891 000 kr

Til sammenligning kan det anføres, at de tilsvarende svenske budgetter for 1977/78 beløber sig til godt 19,9 mio svenske kr., inklusive 90.000 kr. til et kursuskatalog, men eksklusive lønninger til sekretariatspersonalet i NLV (17 heltidsansatte) eller andre administrationsudgifter (jfv. kap. 5).

Sundhedsstyrelsens uddannelsessektion, der varetager den centrale administration af de **lægelige videreuddannelser**, omfatter pr. 1. april 1977 lønnet personale svarende til V₂ overlæge, 1 jurist, 1 lægelig deltidsansat konsulent, 2 lægelige deltidsansatte sekretærer, formanden for speciallægenævnet og ca. 4¹/₂ kontoruddannede medarbejdere. De samlede administrationsudgifter udgør ca. 1 mio kr. Udgiften til ca. 25 kursusledere er medtaget under opgørelsen af de direkte kursusudgifter. Det skal iøvrigt anføres, at speciallægenævnets medlemmer, bortset fra formanden, er ulønnede i denne egenskab på trods af et meget omfattende arbejde.

Kursusvirksomheden har de seneste år

omfattet ca. 300 uddannelsessøgende i speciallægeuddannelserne og ca. 370 i uddannelsen i almen medicin pr. år. Kursusdeltagerne i skolelæge- og samfundsmedicinkurserne har udgjort ialt 60 pr. år i gennemsnit.

Økonomiske konsekvenser af speciallægekommisionens forslag

Speciallægekommisionens forslag vil nødvendiggøre en udbygning af den sekretariatsmæssige funktion i sundhedsstyrelsens uddannelsessektion, omfattende såvel den lægelige som den administrative medarbejderstab. Forslaget vil få økonomiske konsekvenser, navnlig som følge af:

- Udvidelse af det samlede teoretiske uddannelsesprogram som følge af behov for en udvidelse af teoretisk kursus for den enkelte uddannelsessøgende. Hertil kommer, at antallet af uddannelsessøgende i det mindste i de første 10 år må forventes øget.
- Større udgifter til administration, først og fremmest til sekretariatsfunktion, og udgivelse af kursuskatalog og anden informationsvirksomhed.
- Udgifter til medlemmerne af det centrale uddannelsesnævn og de faste kursusledere, herunder diæter og lignende.
- Større udgifter til delkursusledere og kursussekretærer, idet man må tilstræbe, at disse i et vist omfang i relation til kursusvirksomheden må kunne frigøres fra sædvanlige funktioner. (Om ogede opgaver for delkursusledere se bilag 3).
- Større udgifter til indførelse af alternative undervisningsformer, herunder ekstralære til paneldiskussioner.
- Udgifter til udvikling af undervisningsmateriale.
- Udgifter i forbindelse med etablering af pædagogisk service, herunder gennemførelse af pædagogiske kurser for kursusledere.
- Udgifter til forsøgsundervisning.
- Eventuelle udgifter til kursuslokaler (store tværfaglige kurser).
- Opholdsudgifter til de uddannelsessøgende, herunder udgifter til tilrettelæggelse af internatkurser.

De økonomiske konsekvenser af kommissionens forslag kan sammenfattes i følgende hovedpunkter:

Anslået merudgift pr. år

- En styrkelse af sundhedsstyrelsens uddannelsessektion (2 sagsbehandlere, 3 assistenter, 2 formandshonorarer, pædagogisk konsulent m.v.). 570.000 kr.
 - En udvidelse af antallet af kursustimer, herunder de tværgående kurser, vederlag til delkursusledere samt udgifter i forbindelse med ændring af kursusstruktur og undervisningsformer. 1.000.000 kr.
 - Betaling af kursisternes opholdsudgifter. 1.640.000 kr.
- laik 3.210.000 kr.

Den under punkt 1 opførte merudgift svarer til den af sundhedsstyrelsen fremsendte indstilling til indenrigsministeriet vedrørende styrkelsen af uddannelsessektionen i forbindelse med etablering af et centralt nævn for lægers videreuddannelse (specialistnævnet). Den under punkt 2 opførte merudgift er et skøn, hvori indgår en række usikkerhedsfaktorer, herunder i hvor høj grad en koordination af flere specialers kurser kan praktiseres, antal uddannelsessøgende, den hastighed hvormed udvidelser af kursustimetallet kan gennemføres, eventuelle aftaler om øget vederlag til kursusledere, sekretærer etc. Beregningen af betaling af opholdsudgifter (punkt 3) er baseret på, at ca. halvdelen af kursustimetallet i speciallægeuddannelsen og på almen medicinkurserne gennemføres med betaling af opholdsudgifter for deltagerne.

Kommisionen finder, at en udbygning af uddannelsessektionen er en forudsætning for en rimelig varetagelse af den sekretariatsmæssige betjening af specialistnævnet, ligesom en udbygning af sektionen er nødvendig for at kunne gennemføre foranstaltninger til sikring af den lægelige videreuddannelse i nødvendigt omfang og af en forsvarlig kvalitet. laik vil kommissionens forslag indebære noget mindre end en fordobling af de nuværende statslige udgifter til lægers videreuddannelse.

Finansiering

Det er kommissionens principielle opfattelse, at da det offentlige har stillet krav om formaliserede lægelige videreuddannelser som betingelse for erhvervskompetence, må udgifterne til gennemførelsen af disse uddan-

nelser afholdes af det offentlige. Kommissionen finder derfor fortsat en rent offentlig finansiering naturlig uden at tage stilling til en eventuel fordeling mellem staten og sygehuskommunerne. Speciallægekommissionen anser det for en fordel, at økonomien i fremtiden bestemmes af antallet af uddannelsessøgende og ikke af antallet af speciallægeuddannelser. Der vil i denne forbindelse med rimelighed

kunne indføres en kontrol med, at den enkelte uddannelsessøgende læge ikke gratis deltager i flere kurser end det er nødvendigt for gennemførelse af den valgte uddannelse, idet der dog efter kommissionens opfattelse fortsat må være en vis mulighed for — eventuelt efter ansøgning til det centrale uddannelsesnævn — at skifte til en uddannelse i et andet end det først valgte speciale.

9. Kapaciteten i videreuddannelsen

Under udarbejdelsen af kommissionens forslag til uddannelseskrav og under drøftelser af disse med speciallægeselskaberne, har uddannelseskapa­citeten også været genstand for overvejelser. I kapitel 5, hvor kommissionens forslag beskrives, omtales også den hidtidige speciallægeproduktion igennem de sidste 4 år. Kommissionen har derimod ikke været i besiddelse af tilstrækkelige prognoser til at fremkomme med forslag om den ønskelige produktion, men har dog i flere specialer kunnet henvise til betænkninger fra speciallægeselskaber, hvoraf det fremgår, at speciallægeproduktionen er væsentlig større end nødvendigt for at dække efterspørgslen. Kommissionen har i tidligere redegørelser og i denne betænkning gjort opmærksom på behovet for en ændret stabsstruktur på sygehusafdelingerne med henblik på tilvejebringelse af en bedre balance i uddannelsessystemet. Balancen vil bedres væsentligt, såfremt der ansættes flere faste speciallæger, og i mange specialer bør der samtidig ske en reduktion i antallet af 1.reservelægestillinger. Kommissionen har også i flere forbindelser fremhævet, at det store antal nye medicinske kandidater, der uddannes ved universiteterne, ikke alle vil kunne få plads inden for det samlede videreuddannelsessystem, og at man derfor i alle specialer mærker den tiltagende vanskelighed for den enkelte uddannelsessøgende med gennemførelsen af de krævende uddannelsesforløb.

Denne omstændighed og det forhold, at et stort antal læger skal sikres turnusuddannelse inden for specialgrupperne intern medicin og kirurgi (og i almen praksis) med henblik på erhvervelse af ret til selvstændigt virke som læge, betyder, at der er et velbegrundet behov for flere uddannelsesstillinger på reservelæge-

niveau på de af turnusordningen berørte afdelinger. Samtidig kan der konstateres et lige så velbegrundet behov for reduktion af antallet af uddannelsesstillinger specielt på 1. reservelægeniveau på en lang række af de uddannelsesklassificerede afdelinger inden for mange specialer.

For kommissionen har det været afgørende, at de uddannelsesforslag, der er fremlagt, også kan gennemføres med den nuværende uddannelseskapa­citet i sygehusvæsenet. En præcis vurdering af et uddannelsesforslags konsekvenser kan imidlertid kun beregnes, såfremt det fastlægges, hvor mange speciallæger, der ønskes uddannet pr. år inden for de enkelte specialer, og sådanne præcise angivelser foreligger som tidligere fremhævet ikke. Man har derfor valgt at vurdere uddannelsesforslagene konsekvenser ved hjælp af en teoretisk model, som giver mulighed for at belyse uddannelsesforslagene konsekvenser ved forskellig vækst i antallet af slutstillinger inden for specialerne. Samtidig har man søgt at belyse konsekvenserne af forslagene, såfremt man skal indrette videreuddannelsessystemet efter de uddannelsessøgendes egne ønsker om specialevalg, således som de fremgår af F.a.y.l.'s uddannelsesenquete.

Opstillingen af modellen og beregningerne er foretaget af overlæge G. Schiøler, sundhedsstyrelsen.

Beregningsmodellens forudsætninger

Ved opstillingen af den anvendte model har man forudsat, at visse forhold inden for uddannelsessektoren bevares konstante, ligesom vurderingen af uddannelseskapa­citeten er baseret på en afgrænset tidsperiode, idet man har foretaget beregninger for perioden 1977

til 1990. Herudover er følgende definitioner og forudsætninger anvendt:

1. Uddannelseskapa­citeten i det enkelte speciale er defineret som det antal reservelægestillinger og 1. reservelægestillinger, der fandtes på henholdsvis a- og b-klassificerede afdelinger ved sundhedsstyrelsens opgørelse maj 1976, og det er forudsat, at disse stillinger klassificeres på tilsvarende måde ved en eventuel gennemførelse af speciallægekommis­sionens ændringsforslag.
2. Antallet af reservelægestillinger på medicinske og kirurgiske afdelinger er reduceret med det antal, der skal bruges ved oprettelse af 600 turnusstillinger. Den valgfrie del af turnustiden forudsættes placeret i almen praksis. Der er ikke taget hensyn til, at behovet for turnusstillinger må ventes at være noget højere i de første fem til seks år af perioden, ligesom der ikke er indregnet stillingsforbrug til afvikling af den eksisterende uddannelseskø.
3. Det antal reservelægestillinger, der er til rådighed inden for specialet (eksklusive stillinger fratrasket til turnusordningen) reduceres med det antal stillinger, der skal anvendes til supplerende uddannelser for andre specialer, hvorefter man når frem til det antal reservelægestillinger, der er disponible for specialets egen videreuddannelse. Det antal stillinger, der medgår til supplerende uddannelse i andre specialer, er beregnet ud fra den forudsætning, at antallet af slutstillinger i disse specialer stiger med den for kolonnen angivne vækstprocent. Det samlede antal reservelægestillinger inden for det speciale, beregningerne vedrører, holdes imidlertid konstant uanset den vækstprocent for slutstillinger, der lægges til grund for den givne beregning.
4. Antallet af slutstillinger inden for specialet er udledt af talmaterialet indhentet ved lægetællingen november 1976 som en sum af læger med anerkendelse i det pågældende speciale med hovedvirksomhed i speciallægepraksis og i overlægestilling ved sygehus eller tilsvarende institutioner.
5. Puljen af speciallæger er det antal læger, der ved lægetællingen november 1976 angav at have speciallægeanerkendelse i det pågældende speciale, men med ansættelse i underordnet stilling som hovedbeskæftigelse.

6. Det antal i ger, der minimalt skal uddannes pr. år inden for specialet, er beregnet ud fra følgende forudsætninger:
 - a. Speciallæger fungerer i gennemsnit 24 år i slutstilling.
 - b. Alment aktiverende læger fungerer i gennemsnit 30 år i slutstilling.
 - c. Den eventuelle tilvækst i bestanden over den angivne 14-års periode beregnet som procenttallet $\times 14$.
 - d. Den eksisterende pulje af speciallæger skal opbruges inden for beregningsperioden, hvorfor puljens størrelse fratrækkes det til vedligeholdelse af bestanden nødvendige og det til tilvæksten nødvendige antal speciallæger. Det fundne totaltal divideres derefter med 14, hvorved fremkommer det gennemsnitlige antal uddannede pr. år.

Den samlede formel for beregningen af det minimale antal uddannede ser herefter således ud:

$$\left(\frac{\text{Bestand af spec.læger}}{24} \times 14 \right) + \left(\frac{\text{Bestand af spec.læger} \times \text{vækst \%}}{100} \times 14 \right) \\ \div \text{pulje} = \text{mindste antal uddannede i perioden 1977-1990.}$$

Som eksempel kan anvendes et speciale med et slutstillingstal på 140 og en pulje på 32 samt en ønsket vækst på 2 % pr. år:

$$\left(\frac{140}{24} \times 14 \right) + \left(\frac{140 \times 2}{100} \times 14 \right) \div 32 = 89$$

I perioden skal der altså uddannes ialt 89 speciallæger, hvilket svarer til 6,4 pr. år.

Beregningen af det antal læger, der minimalt skal uddannes pr. år, tager således ikke hensyn til, at der ved periodens begyndelse er et antal læger i gang med speciallægeuddannelserne.

På grundlag af de således beregnede uddannelses­stal er det muligt at vurdere, om der inden for den nuværende stillingsmasse er kapacitet til vedligeholdelse af den eksisterende bestand af speciallæger, og om der er kapacitet til en given vækstprocent. Der er ikke i de gennemførte beregninger taget hensyn til en eventuel skæv aldersfordeling inden for gruppen af speciallæger, men dette vil det være teknisk muligt at gøre.

Behovs-indeks

For at skabe et enkelt udtryk for en given speciallægeproduktions behov for udnyttelse af den eksisterende stillingsmasse på reservelæge-niveau har man beregnet et såkaldt behovs-indeks. Dette indeks beregnes som forholdet mellem det antal reservelægestillinger, der kræves for at opfylde uddannelsernes mindstekrav, og det samlede antal stillinger, som er klassificeret i den pågældende uddannelse.

For de enkelte specialer beregnes et behovs-indeks for landsdelssygehusstillingerne, som indgår obligatorisk i alle specialers uddannelse. Desuden er der beregnet et index (i tabellerne betegnet behovs-index, total) for behovet vedrørende samtlige a- og b-klassificerede reservelægestillinger fratrukket det antal stillinger, der anvendes til den obligatoriske uddannelse på landsdelssygehusniveau.

For 1. reservelægeuddannelsen er der ikke foretaget en tilsvarende indeksberegning, men der er opgivet hvor mange års 1. **reservelæge**-ansættelse, der teoretisk kan blive i gennemsnit til hver speciallæge ved uddannelse af det antal speciallæger, der er beregnet som minimum.

Da beregningen er udført for en 14-års periode frem til 1990, har man valgt at angive, hvor mange læger det ved periodens slutning er nødvendigt at uddanne om året for at være i balance, og hvad dette betyder angivet i behovs-indeks.

Behovs-indeks er en absolut minimumsstørrelse.

Et indeks på 1,00 vil betyde, at alle stillinger i den pågældende kategori vil udnyttes fuldt ud til opfyldelse af uddannelsens

minimumskrav. Er indeks større end 1,00, angiver det, at der, hvis man ønsker det angivne antal læger uddannet, må normeres flere stillinger, medens et indeks under 1,00 betyder, at der ud over de stillinger, der skal anvendes til den minimale uddannelse af det angivne antal læger, er mulighed for længere uddannelse i de pågældende stillinger til den enkelte eller til at uddanne flere.

Kapacitetsvurdering for de enkelte grundspecialer

I det følgende belyses kapacitetsforholdene inden for de enkelte grundspecialer og de dertil hørende grenspecialer som følger:

1. Intern medicin og medicinske grenspecialer
2. Pædiatri
3. Dermatologi
4. Kirurgi og kirurgiske grenspecialer
5. Ortopædisk kirurgi
6. Gynækologi og obstetrik
7. Anæstesiologi
8. Klinisk fysiologi og nuklearmedicin og klinisk kemi
9. Klinisk mikrobiologi
10. Klinisk immunologi
11. Patologisk anatomi
12. Diagnostisk radiologi
13. Neuromedicin
14. Neurokirurgi
15. Psykiatri
16. Børnepsykiatri
17. Oto-rhino-laryngologi
18. Oftalmologi
19. Terapeutisk radiologi
20. Almen medicin

Intern medicin og medicinske grenspecialer

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0%	1	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse	15.0	24.0	32.7	41.2
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger	9.3	14.9	20.3	25.6
Antal r-stillinger til disp. for specialet	146	137	128	120
Min. antal uddannet pr. år i specialet	6.5	9.8	13.1	16.4
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0.14	0.20	0.27	0.34
Behovs-indeks total	0.07	0.13	0.19	0.28
Antal Rj-år pr. uddan- net i specialet	36	24	18	14
Antal slutstillinger 1990	330	376	422	469
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0.29	0.33	0.37	0.41
total	0.17	0.22	0.28	0.36
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	13.8	15.7	17.6	19.5
Antal slutstillinger 1976				330 ¹⁾
Pulje				100 ¹⁾
(Udland				14)
r-stillinger, a-afd.				96 ²⁾ 4)
r-stillinger, b-afd.				65 ³⁾ 4)
R ₁ -stillinger				234

) incl. fysiurgi. ²⁾ incl. fysiurgiske a-afd. ³⁾ excl. fysiurgi. ⁴⁾ excl. stillinger til turnus.

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i de intern medicinske fag er teoretiske

minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man ønsker at angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. De sikreste oplysninger, der foreligger til vurdering af et sådant behov, er Foreningen af yngre læger's uddannelsesenquete fra 1974. Af denne fremgår det, at ca. 60 læger pr. år søger uddannelse i de intern medicinske fag (inklusive fysiurgi), og med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	125
total	138

Dette betyder, at uddannelsesønskerne kun kan imødekommes, hvis stillingsmassen (excl. turnusstillinger) på a-afd. udvides med 25 % og på b-afd. med 38 %, og da kun såfremt alle stillinger udnyttes maksimalt. Hertil kommer nynormering til dækning af andre specialers øgede behov, som på samme grundlag vil svare til ca. 160 stillinger.

Såfremt man inddrager halvdelen af afdelingernes nuværende disponible reservelægestillinger til uddannelsesstillinger i de intern medicinske fag, vil der kunne uddannes 24 speciallæger pr. år, og hver laige vil kunne få ca. 10 år som 1. reservelæge. Uddannelse af 24 speciallæger årligt vil give balance ved en slutstillingsmængde på ca. 575 — en forøgelse på ca. 75 % i forhold til 1976-tallene. Uddannelsen af 60 speciallæger pr. år svarende til de registrerede uddannelsesønsker vil svare til en slutstillingsmængde i balance på ca. 1450, en vækst i forhold til det nuværende på ca. 350 %.

Pædiatri

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0	1	2	3
	%	%	%	%
Antal stillinger til suppl. uddannelse	3,7	5,7	7,5	9,5
Stillinger til suppl. uddannelse i % af disp. stillinger	5,1	7,8	10,3	13,0
Antal r-stillinger til disp. for specialet	68	65	63	60
Min. antal uddannet pr. år i specialet	1,1	1,8	2,4	3,1
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,04	0,06	0,09	0,11
Behovs-indeks total	0,01	0,01	0,02	0,03
Antal R -år pr. uddan- net i specialet	39	24	18	14
Antal slutstillinger 1990	65	74	83	92
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0,09	0,11	0,13	0,14
total	0,02	0,02	0,03	0,03
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	2,7	3,1	3,5	3,8
Antal slutstillinger 1976				65
Pulje				22
(Udland)				4)
r-stillinger, a-afd				42
r-stillinger, b-afd				31
Ri-stillinger				43

Tallene for den årlige »produktion« af special-
læger i pædiatri er teoretiske minimumstal,
som kun opfylder de behov, der er opstillet i
beregningsmodellen.

Tilsvarende beregninger kan udføres, så-
fremt man angiver behovet for uddannelses-
stillinger som det, der skal til for at opfylde de
uddannelsessøgendes ønsker. De sikreste op-
lysninger, der foreligger af den art, er Forenin-
gen af yngre læger's uddannelsesenquete fra
1974. Af denne fremgår, at gennemsnitligt 16
læger ønsker at uddanne sig til speciallæge pr.
år. Hvis man skal opfylde disse uddannelses-
ønsker, vil behovs-indeks for pædiatri blive
følgende:

landsdelssygehuse	0,57
total	0,18

Dette viser, at det vil være muligt at opfylde
alle uddannelsessøgendes ønsker om en ud-
dannelse i pædiatri, såfremt uddannelsesforlø-
bene på landsdelssygehusene er tilrettelagt
relativt stramt og kun giver plads til begræn-
set uddannelse uden for minimumskravene.
Der vil imidlertid kun kunne blive knap 3 års
1. reservelægeansættelse i gennemsnit pr.
uddannet læge, og uddannelsen af 16 special-
læger pr. år vil betyde, at der opnås balance,
når antallet af slutstillinger er ca. 385, hvilket
er en forøgelse på næsten 500 % i forhold til
1976-tallene.

Dermatologi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse	0,1	0,2	0,3	0,3
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger	0,3	0,7	1,0	1,0
Antal r-stillinger til disp. for specialet	30	30	30	30
Min. antal uddannet pr. år i specialet	2.4	3.2	4.0	4.8
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0.24	0.32	0.40	0.48
Antal R ₁ år pr. uddannet i specialet	6V ₂	5	4	3
Antal slutstillinger 1990	80	91	102	114
Behovs-indeks fra 1990 ved balance landsdelssygehuse	0.33	0.38	0.43	0.48
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	33	3.8	4.3	4.8
Antal slutstillinger 1976	80			
Pulje	13			
(Udland	4)			
r-stillinger. a-afd.	30			
r-stillinger. b afd.	—			
R ₁ -stillinger.	16			

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i dermatologi er teoretiske minimums

tal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav. Tabellen indeholder alene beregninger af behovs-indeks for a-afdelinger, idet der i dag ikke eksisterer uddannelsesstillinger uden for disse afdelinger.

Tilsvarende beregninger kan udføres, hvis man angiver behovet for uddannelsesstillinger som det, der er nødvendigt for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Ifølge Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete 1974 var der på dette tidspunkt uddannelsesønsker svarende til en årlig speciallægeproduktion i dermatologi på 13 læger om året. Med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	1,30
-------------------	------

Dette betyder, at uddannelsesønskerne med den nuværende stillingsmasse ikke kan imødekommes. Antallet af reservelægestillinger skal øges med 30 %, såfremt blot minimumskraverne skal kunne opfyldes. Samtidig vil der med en uddannelse på 13 læger om året kun blive 12 1. reservelægeår i gennemsnit til hver, hvilket betyder at også 1. reservelægestillingsantallet skal udvides betydeligt, hvis kravene til speciallægeanerkendelse og til § 14-niveau skal kunne imødekommes. Uddannelse af 13 læger om året vil være i balance med en samlet bestand af dermatologiske speciallæger på ca. 310, hvilket er næsten 300 % mere end bestanden i 1976.

Kirurgi og kirurgiske grenspecialer

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still. til suppl. uddannelse	20	32	43	54
Still. til suppl. udd. i % af disponible stillinger	7,4	11,9	15,9	20,0
Antal r-stillinger til disp. for specialet	250	238	227	216
Min. antal uddannet pr. år i specialet	2,3	4,5	6,8	9,0
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,07	0,14	0,21	0,28
Behovs-indeks total	0,02	0,04	0,06	0,08
Antal R, år pr. uddannet i specialet	108	56	37	28
Antal slutstillinger 1990	225	257	288	320
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0,29	0,33	0,37	0,41
total	0,07	0,09	0,11	0,13
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	9,4	10,7	12,0	13,3
Antal slutstillinger 1976				225
Pulje				100
(Udland)				19
r-stillinger, a-afd.				65 ¹⁾
r-stillinger, b-afd.				205 ¹⁾
R ₁ stillinger				250

¹⁾ excl. stillinger til turnus. ²⁾ landsdelsafdelinger i specialerne thoraxkirurgi, urologi og kirurgisk gastroenterologi.

De i tabellen anførte tal for den årlige »produktion« af speciallæger i de kirurgiske specialer er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor

kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav. Det skal tilføjes, at der i disse tal ikke indgår speciallæger i ortopædkirurgi, idet disse behandles særskilt for dette grundspeciales område.

Beregningerne i tabellen kan også udføres, hvis behovet angives som det antal uddannelsesstillinger, der skal til for at opfylde alle de uddannelsessøgendes ønsker. De sikreste oplysninger, der foreligger til vurdering af dette behov, er Foreningen af yngre læger's uddannelsesenquete fra 1974. Af denne fremgår det, at ca. 33 læger pr. år søger uddannelse i de kirurgiske specialer, og med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til et tilsvarende større behov til uddannelsen i andre specialer, beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	1,00
total	0,43

Uddannelsen af alle, der ønsker det — 33 pr. år — vil således kræve maksimal udnyttelse af alle stillinger på landsdelssygehuse som særlige uddannelsesstillinger, og desuden vil der på hele området være behov for yderligere mellem 50 og 100 stillinger til dækning af andre specialers uddannelsesbehov.

Uddannes der 33 kirurger om året, vil disse i gennemsnit kunne opnå 7½ års reservelægeansættelse, og dette antal vil være i balance ved en slutstillingsmængde på ca. 800, hvilket vil være en forøgelse med ca. 250 % i forhold til 1976-tallene. Såfremt man udnytter halvdelen af landsdelsafdelingernes nuværende disponible reservelægestillinger til uddannelsesstillinger, vil der være mulighed for at uddanne 17 kirurger årligt svarende til en slutbestand på ca. 410 — en forøgelse på ca. 80 % i forhold til 1976.

Ortopædisk kirurgi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl uddannelse	0 4	0,5	0,7	0,8
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger	0,3	0,4	0,5	0,7
Antal r-stillinger til disp. for specialet	129	129	128	128
Min. antal uddannet pr. år i specialet	0,2	1,0	1,7	2,5
Behovs-indeks for landssdelssygehuse	0,01	0,02	0,04	0,05
Behovs-indeks total	(0 01)	(0 01)	0,01	0,01
Antal R ₁ -år pr. uddan- net i specialet	355	71	42	28
Antal slutstillinger 1990	75	85	95	105
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landssdelssygehuse	0,07	0,08	0,09	0,10
total	0,01	0,01	0,02	0,02
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	3,1	3,5	4,0	4,4
Antal slutstillinger 1976	75			
Pulje	40			
(Udland	6)			
r-stillinger, a-afd.	69 ¹⁾			
r-stillinger, b-afd.	60 ¹⁾			
R ₁ -stillinger	71			

¹⁾ Det er forudsat, at specialet ikke indgår i turnusordningen.

De i tabellen anførte tal for den årlige »produktion« af speciallæger i ortopædisk kirurgi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man angiver behovet for uddannelsesstillinger, som det der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger om dette kan fås i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974. Ifølge denne vil ønskerne svare til uddannelse af 11 speciallæger i ortopædisk kirurgi om året, og med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landssdelssygehuse	0,24
total	0,05

Dette betyder, at uddannelsesønskerne uden vanskelighed kan imødekommes inden for de stillinger, der i dag eksisterer i specialet. Med uddannelse af 11 speciallæger pr. år bliver der mulighed for gennemsnitligt 6,5 år som 1. reservelæge pr. uddannet speciallæge. Såfremt der uddannes dette antal læger, vil det svare til en samlet bestand af speciallæger på 264, hvilket er ca. 250 % mere end bestanden i 1976.

Gynækologi og obstetrik

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse	4,9	8,1	11,2	14,2
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger	3,2	5,2	7,2	9,2
Antal r-stillinger til disp. for specialet	150	147	144	141
Min. antal uddannet pr. år i specialet	2,1	3,3	4,5	5,7
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,04	0,06	0,08	0,10
Behovs-indeks total	0,02	0,03	0,05	0,06
Antal R ₁ -år pr. uddan- net i specialet	37	24	17	14
Antal slutstillinger 1990	120	137	154	170
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0,09	0,10	0,11	0,12
total	0,05	0,06	0,07	0,08
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	5,0	5,7	6,4	7,1
Antal slutstillinger 1976 .				120
Pulje				40
(Udland				13)
r-stillinger, a-afd.				57
r-stillinger, b-afd.				98
R ₁ -stillinger				

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i gynækologi og obstetrik er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger derom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974, som viser, at 28 læger om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i gynækologi og obstetrik. Med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landsdelssygehuse 0,49
total 0,34

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse, såfremt der tilrettelægges en rationel udnyttelse af uddannelsesstillingerne. Såfremt der uddannes 28 speciallæger om året, kan der imidlertid kun blive knap 3 1. reservelægeår i gennemsnit til hver speciallæge, hvilket betyder, at der kun med vanskelighed kan skaffes mulighed for en bredere uddannelse af speciallæger på § 14-niveau.

En fortsat uddannelse af 28 speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 672, hvilket er ca. 460 % mere end bestanden i 1976.

Anæstesiologi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse	3,5	6,0	8,3	10,6
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger	3,1	5,3	7,3	9,4
Antal r-stillinger til disp. for spec	110	107	105	102
Min. antal uddannet pr. år i specialet	2,8	4,2	5,7	7,1
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,09	0,13	0,18	0,23
Behovs-indeks total	0,04	0,06	0,09	0,12
Antal R -år pr. uddan- net i specialet	24	16	12	9
Antal stutstillinger 1990	145	165	186	206
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0,19	0,22	0,25	0,27
total	0,09	0,11	0,13	0,15
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	6,0	6,9	7,8	8,6
Antal slutstillinger 1976				145
Pulje				45
(Udland				11)
r-stillinger, a-afd.				63
r-stillinger, b-afd.				50
R, stillinger				66

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i anæstesiologi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man ønsker at angive behovet for uddannelsesstillinger, som det der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger til vurdering af et sådant behov foreligger i Foreningen af yngre læger's uddannelsesenquete, 1974. Det fremgår af denne, at 10 læger i gennemsnit ønsker at uddanne sig inden for specialet, og med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	0,32
total	0,16

Der er således inden for den eksisterende stillingsmasse rigelig plads til, at alle uddannelsesønsker kan imødekommes, og hver speciallæge vil i gennemsnit kunne opnå ca. 6½ års ansættelse som 1. reservelæge. Uddannelsen af 10 speciallæger om året vil kunne vedligeholde en samlet bestand af speciallæger på ca. 240, hvilket er 65 % mere end bestanden i 1976.

1) Klinisk fysiologi og nuklearmedicin

2) Klinisk kemi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse	3,3	4,9	6,6	8,2
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger	6,3	9,4	12,7	15,8
Antal r-stillinger til disp. for specialet	49	47	45	44
Min. antal uddannet pr. år i specialet	2,7	3,5	4,5	5,3
Behovs-indeks for landssygehuse	0,45	0,58	0,75	0,88
Behovs-indeks total	0,06	0,09	0,13	0,16
Antal R ₁ år pr. uddan- net i specialet	13	10	8	7
Antal slutstillinger 1990	89	99	112	124
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landssygehuse	0,61	0,68	0,78	0,87
total	0,09	0,11	0,13	0,15
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	3,7	4,1	4,7	5,2
Antal slutstillinger 1976				89
Pulje				14
(Udland)				3)
r-stillinger, a-afd.				12
r-stillinger, b-afd.				40
R ₁ stillinger				36

I beregningsmodellen er specialerne klinisk fysiologi og nuklearmedicin og klinisk kemi slået sammen under ét, idet uddannelsesforløbet for en stor del er placeret på de samme afdelinger. Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i disse to specialer er teoretiske minimumstal, og forbruget af ud-

dannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger herom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974, som viser, at i gennemsnit 6 læger om året ønsker at uddanne sig inden for de to specialer. Med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landssygehuse	1,00
total	0,16

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker næppe kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse på landssygehuse, idet et behovs-indeks på 1,00 vil betyde, at man kun vil kunne opfylde minimumskravene for uddannelse i disse stillinger, og kun såfremt stillingerne alle udnyttes fuldt ud til dette formål. Derimod vil der ikke være større problemer med ansættelser på andre kategorier afdelinger. Selv om der kun skal uddannes læger svarende til behovet for at dække en beskeden vækst i antallet af speciallæger i slutstilling, vil uddannelseskapa- citeten på landssygehuse blive meget anstrengt, og der vil være god grund til at foretage en vis udvidelse af stillingsmassen.

Uddannelse af speciallæger i et omfang svarende til modellens beregninger, vil ikke give kapacitetsproblemer på 1. reser- velæge-niveau. Såfremt alle uddannelsessøgendes ønsker skal imødekommes, vil der stadig være kapacitet til, at hver speciallæge i gennemsnit kan få 6 års 1. reser- velægetid. Ved en fortsat uddannelse af 6 speciallæger om året vil der opstå balance ved en samlet bestand på ca. 144 læger, hvilket kun er godt 60 % mere end bestanden i 1976.

Mikrobiologi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse				
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger				
Antal r-stillinger til disp. for specialet	19	19	19	19
Min. antal uddannet pr. år i specialet	0.6	0.9	1.2	1.4
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0.10	0.15	0.20	0.23
Behovs-indeks total	0.03	0.05	0.07	0.09
Antal R ₁ år pr. uddannet i specialet	10	7	5	4
Antal slutstillinger 1990	25	29	32	36
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0.16	0.20	0.22	0.25
total	0.06	0.07	0.08	0.09
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	10	12	13	15
Antal slutstillinger 1976				25
Pulje.....				6
(Udland.....)				-)
r-stillinger. a-afd.				12 ¹⁾
r-stillinger. b-afd.				7
R ₁ -stillinger.....				6 ²⁾

¹⁾ 2/3 af reservelægestillingerne på Statens seruminstitut excl. Blodfraktioneringsafd. Hormonafd. og Epidemiologisk afd.
²⁾ incl. 1/3 af reservelægestillingerne på Statens seruminstitut, jfr. ¹⁾

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i mikrobiologi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav. Uanset at specialerne mikrobiologi og klinisk immunologi får et delvis fælles uddannelsesforløb, er specialerne beregningsmæssigt behandlet hver for sig.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger herom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974 som viser, at gennemsnitligt 3 læger om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i mikrobiologi. Med dette som grundlag kan behovs indekset uden at der tages hensyn til et tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	0,50
total.....	0,23

Dette betyder at de uddannelsessøgendes ønsker kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse på reservelægeniveau, men en uddannelse af 3 læger om året vil betyde, at der i gennemsnit kun kan blive to 1. reservelægeår til hver speciallæge. En imødekommelse af uddannelsesønskerne vil derfor kræve en udvidelse af antallet af 1. reservelægestillinger. En fortsat uddannelse af 3 speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 75, hvilket svarer til 200 % mere end bestanden i 1976.

Klinisk immunologi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0%	2%	3%	
Antal still. til suppl. uddannelse				
Still. til suppl. udd. i % af disponible stillinger				
Antal r-stillinger til disp. for specialet ¹⁾	11	11	11	11
Min. antal uddannet pr. år i specialet	0.3	0.4	0.6	0.7
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,10	0.13	0.20	0.23
Behovs-indeks total	0.03	0.04	0.06	0.07
Antal R,år pr. uddannet i specialet	20	15	10	9
Antal slutstillinger 1990	15	17	18	20
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0.20	0.23	0.26	0.30
total	0.06	0.07	0.08	0.09
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	0.6	0.7	0.8	0.9
Antal slutstillinger 1976				15
Pulje				5
(Udland				1)
r-stillinger, a-afd				6')
r-stillinger, b-afd				5<)
Ri-stillinger				6

¹⁾ dvs. antal stillinger klassificeret i specialet klinisk blodtypeserologi.

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i klinisk immunologi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav. Uanset at specialet har delvis fælles uddannelsesforløb med klinisk mikrobiologi, er det her behandlet isoleret, idet man af praktiske grunde har måttet tage udgangspunkt i uddannelseskapa­citeten i det nuværende speciale klinisk blodtypeserologi.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelses­stillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger heroin foreligger i Foreningen af yngre læger's uddannelsesenquete fra 1974 som viser, at i gennemsnit 1 læge om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i klinisk blodtypeserologi. Uanset at dette fag ikke er ganske identisk med det fremtidige klinisk immunologi, kan man med dette som grundlag, og uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregne behovs-indeks til følgende:

landsdelssygehuse	0,33
total	0,11

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse, men at selv en vækst baseret på disse ønsker kun vil kunne give en forøgelse af stillingsantallet frem til 1990 på 6-7. Såfremt den kliniske immunologi som laboratoriespeciale skal udbygges væsentligt mere i de kommende år, vil der kunne opstå kapacitetsproblemer.

Patologisk anatomi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse				
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger				
Antal r-stillinger til disp. for specialet	49	49	49	49
Min. antal uddannet pr. år i specialet	1,1	1,9	2,6	3,4
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,11	0,19	0,26	0,34
Behovs-indeks total	0,02	0,04	0,06	0,08
Antal R,-år pr. uddannet i specialet	42	24	17V ₂	13 ¹ / ₂
Antal slutstillinger 1990	75	86	96	107
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0,31	0,36	0,40	0,45
total	0,07	0,09	0,10	0,11
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	3,1	3,6	4,0	4,5
Antal slutstillinger 1976				75
Pulje				28
(Udland)				6)
r-stillinger, a-afd.				20
r-stillinger, b-afd.				29
R ₁ stillinger				46

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i patologisk anatomi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger herom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974, som viser, at 14 læger om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i patologisk anatomi. Med dette som grundlag kan behovs-indeks beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	1,40
total	0,67

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker ikke kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse på landsdelssygehush-niveau. En forøgelse af disse stillinger med 40 % vil kun kunne give plads til opfyldelse af minimumskravene på 2 år pr. uddannelsessøgende. Såfremt der uddannes 14 speciallæger om året, vil der herudover kun kunne blive godt 3 års 1. reservelægetid i gennemsnit til hver speciallæge, hvilket ikke er tilstrækkeligt til at sikre en tilstrækkelig bred uddannelse af speciallæger på § 14-niveau. En fortsat uddannelse af 14 speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 355, hvilket er ca. 350 % mere end bestanden i 1976.

Diagnostisk radiologi

	Vækst p -, år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse				
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger				
Antal r-stillinger til disp. for spec	109	109	109	109
Min. antal uddannet pr. år i specialet	3,6	5,3	7,0	8,6
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,15	0,22	0,30	0,37
Behovs-indeks total	0,04	0,05	0,07	0,09
Antal R ₁ år pr. uddan- net i specialet	23	15	12	9
Antal slutstillinger 1990	165	188	211	224
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0,29	0,33	0,37	0,42
total	0,07	0,08	0,10	0,11
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	6,9	7,8	8,8	9,8
Antal slutstillinger 1976				165
Pulje				45
(Udland				13)
r-stillinger, a-afd.				47
r-stillinger, b-afd.				62
R ₁ -stillinger.				81

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i radiologi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, hvis man angiver behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger om disse ønsker foreligger i Foreningen af yngre læger's uddannelsesenquete fra 1974, og det fremgår heraf, at uddannelsesønskerne svarer til en »produktion« på 14 speciallæger i radiologi pr. år. Med dette som udgangspunkt kan behovs-indeks beregnes til følgende:

landsdelssygehuse. 0,60
total 0,17

Disse behovs-indeks betyder, at uddannelsesønskerne uden større vanskelighed kan imødekommes både på landsdelssygehusenes afdelinger og i faget som helhed. Såfremt man uddanner 14 speciallæger i radiologi om året, vil hver af dem i gennemsnit kunne opnå 6 års ansættelse som 1. reservelæge, og dette antal speciallæger vil kunne være i balance med en samlet bestand af radiologiske speciallæger på 336. Dette betyder en forøgelse på godt 100 % i forhold til 1976-tallene.

Neuromedicin

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger				
	0%	1	2	%	3
Antal still til suppl. uddannelse	10,4	14,6	18,8	26,1	
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger	21,2	29,8	38,4	53,6	
Antal r-stillinger til disp. for specialet	39	34	30	23	
Min. antal uddannet pr. år i specialet	2,5	3,2	4,0	4,7	
Behovs-indeks for landssygehus	0,25	0,32	0,40	0,47	
Behovs-indeks total	0,03	0,05	0,08	0,13	
Antal R ₁ år pr. uddan- net i specialet	10	8	6<1/2	6	
Antal slutstillinger 1990	75	86	96	107	
Behovs-indeks fra 1990 ved balance					
landssygehus	0,31	0,36	0,40	0,45	
total	0,04	0,06	0,08	0,12	
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	3,1	3,6	4,0	4,5	
Antal slutstillinger 1976					75
Pulje					9
(Udland					3)
r-stillinger, a-afd					10
r-stillinger, b-afd					39
R ₁ -stillinger					26

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i neuromedicin er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger herom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974 som viser, at 14 læger i gennemsnit om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i neuromedicin. Med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landssygehus	1,40
total	0,48

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker langt fra kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse på landssygehusene. Der skal ske en udvidelse med 40 % blot for at dække de fastlagte minimumskrav, hvilket kun delvis kan ske ved omklassificering af enkelte afdelinger på landssygehus. Hertil kommer, at en uddannelse af 14 speciallæger om året kun vil give mulighed for gennemsnitlig knapt to år i 1. reservelægeansættelse pr. speciallæge.

En fortsat uddannelse af 14 speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 335, hvilket er ca. 350 % mere end bestanden i 1976.

Neurokirurgi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse	13	16	20	24
Stil til suppl. udd. i % af disponible stillinger	37	46	57	69
Antal r-stillinger til disp. for specialet	34	33	33	32
Min. antal uddannet pr. år i specialet	0.3	0.5	0.7	0.9
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0.01	0.02	0.03	0.04
Antal R ₁ år pr. uddannet i specialet	50	30	21	17
Antal slutstillinger 1990	20	23	26	28
Behovs-indeks fra 1990 ved balance landsdelssygehuse	0.04	0.04	0.05	0.06
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	0.8	1.0	1.1	1.2
Antal slutstillinger 1976	20			
Pulje	8			
(Udland	1)			
r-stillinger, a-afd.	35 ¹⁾			
r-stillinger, b-afd.	—			
R ₁ -stillinger	15			

¹⁾ alle afdelinger er medregnet som landsdelsafdelinger.

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i neurokirurgi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysningerne herom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974 som viser, at 4 læger om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i neurokirurgi. Med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landsdelssygehuse 0,18

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse på **reservelægeniveau**, men det kniber med at kunne opfylde de vejledende § 14-krav, idet der gennemsnitlig kan blive knap 4 års 1. reservelægeansættelse pr. speciallæge.

En fortsat uddannelse af 4 speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 95, hvilket er ca. 375 % over bestanden i 1976.

Psykiatri

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	2 %	3 %	
Antal still til suppl uddannelse	7,4	11,5	15,3	19,3
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger	5,0	7,7	10,3	13,0
Antal r-stillinger til disp. for specialet	142	137	134	130
Min. antal uddannet pr. år i specialet	8,1	10,8	13,5	19,3
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,26	0,35	0,44	0,62
Behovs-indeks total	0,06	0,09	0,13	0,21
Antal R -år pr. uddannet i specialet	11	8 ^{>1/2}	7	4 ^{<1/2}
Antal slutstillinger 1990	270	308	346	383
Behovs-indeks fra 1990				
ved balance				
landsdelssygehuse	0,36	0,41	0,46	0,52
total	0,09	0,11	0,14	0,16
Min. antal uddannet pr. år fra 1990				
ved balance	11,3	12,8	14,4	16,0
Antal slutstillinger 1976				270
Pulje				43
(Udland				5)
r-stillinger, a-afd				62
r-stillinger, b-afd				87
R, -stillinger				91

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i psykiatri er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede teeger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger herom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974 som viser, at 25 læger om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i psykiatri. Med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	0,81
total	0,27

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker teoretisk kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse, såfremt der navnlig på landsdelssygehuse tilrettelægges rationelle uddannelsesforløb med udnyttelse af næsten alle uddannelsesstillingerne. Såfremt der uddannes 25 speciallæger om året, kan der kun blive ca. 3^{1/2} års 1. reservelægeansættelse i gennemsnit til hver speciallæge, hvilket kun lige akkurat dækker de vejledende § 14-krav.

En fortsat uddannelse af 25 speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 600, hvilket er ca. 125 % mere end bestanden i 1976.

Børnepsykiatri

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger							
	0	%	1	%	2	%	3	%
Antal still til suppl. uddannelse	0,6		0,9		1,2		1,6	
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger	5,5		8,2		10,9		14,5	
Antal r-stillinger til disp. for specialet	10		10		10		9	
Min. antal uddannet pr. år i specialet	1,2		1,6		1,9		2,3	
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,12		0,16		0,19		0,23	
Behovs-indeks total	0,13		0,19		0,24		0,32	
Antal R -år pr. uddannet i specialet	10		7 1/2		6 1/2		5	
Antal slutstillinger 1990	35		40		45		50	
Behovs-indeks fra 1990 ved balance								
landsdelssygehuse	0,17		0,17		0,19		0,21	
total	0 1 1/2		0,17		0,20		0,22	
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	1,5		1,7		1,9		2,1	
Antal slutstillinger 1976							35	
Pulje.....							3	
(Udland.....							2)	
r-stillinger, a-afd.							10	
r-stillinger, b-afd.							1	
Ri-stillinger.....							12	

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i børnepsykiatri er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger, som det der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger herom foreligger i Foreningen af yngre læger's uddannelsesenquete fra 1974 som viser, at 4 læger om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i børnepsykiatri. Med dette som grundlag kan behovs-indeks, uden at der tages hensyn til tilsvarende større behov for stillinger til andre specialers uddannelse, beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	0,40
total.....	0,61

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse, såfremt der tilrettelægges rationel udnyttelse af uddannelsesstillingerne. Såfremt der uddannes 4 speciallæger om året, kan der imidlertid kun blive 3 1. reservelægeår i gennemsnit til hver speciallæge, hvilket betyder, at der kun med vanskelighed kan skaffes mulighed for en bredere uddannelse af speciallæger på § 14-niveau.

En fortsat uddannelse af 4 speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 95, hvilket er ca. 175% mere end bestanden i 1976.

Oto-rhino-laryngologi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Antal still til suppl. uddannelse				
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger				
Antal r-stillinger til disp. for specialet	76	76	76	76
Min. antal uddannet pr. år i specialet	4.0	5.5	6.9	8.2
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0.21	0.29	0.37	0.44
Behovs-indeks total	0.06	0.08	0.11	0.13
Antal R -år pr. uddan- net i specialet	11	8	6.7	5.7
Antal slutstillinger 1990	145	165	186	206
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0.32	0.37	0.42	0.46
total	0.08	0.11	0.12	0.14
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	6.0	6.9	7.8	8.6
Antal slutstillinger 1976				145
Pulje				28
(Udland)				5
r-stillinger, a-afd				28
r-stillinger, b-afd				48
Ri-stillinger				45

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i oto-rhino-laryngologi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger herom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974 som viser, at 17 læger om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i oto-rhino-laryngologi. Med dette som grundlag kan behovs-indeks beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	0.91
total	0.34

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker kun ville kunne imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse, såfremt praktisk taget alle stillinger på de nuværende a-afdelinger indgik i rationelt tilrettelagte uddannelsesstillinger. Såfremt der uddannes 17 speciallæger om året kan der kun blive ca. 2½ års 1. reservelægeansættelse i gennemsnit til hvert speciale, hvilket betyder, at der kun med vanskelighed kan skaffes mulighed for en tilstrækkelig bred uddannelse af speciallæger på § 14-niveau.

En fortsat uddannelse af 17 speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 410, hvilket er ca. 180% mere end bestanden i 1976.

Oftalmologi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0%	1%	2%	3%
Antal still til suppl. uddannelse				
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger				
Antal r-stillinger til disp. for specialet	31	31	31	31
Min. antal uddannet pr. år i specialet	4,5	5,7	7,0	8,3
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0,25	0,32	0,39	0,46
Behovs-indeks total	0,25	0,34	0,44	0,55
Antal R ₁ år pr. uddan- net i specialet	47,	3 1/2	3	2 1/2
Antal slutstillinger 1990	125	142	160	178
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0,29	0,33	0,37	0,41
total	0,29	0,35	0,41	0,47
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	5,2	5,9	6,7	7,4
Antal slutstillinger 1976				125
Pulje				10
(Udland)				7
r-stillinger, a-afd				18
r-stillinger, b-afd				13
Ri-stillinger				21

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i oftalmologi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger som det, der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger herom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974 som viser, at 9 læger om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i oftalmologi. Med dette som grundlag kan behovs-indeks beregnes til følgende:

landsdelssygehuse	0,50
total	0,61

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse på reservelægeniveau, men kun såfremt der tilrettelægges uddannelsesforløb med en rationel udnyttelse af stillingerne. Såfremt der uddannes 9 speciallæger om året, kan der imidlertid kun blive ca. 2V₂ år i 1. reservelægeansættelse i gennemsnit til hver speciallæge. Dette betyder, at der kun med vanskelighed kan skaffes en tilfredsstillende § 14-kvalificerende uddannelse.

En fortsat uddannelse af 9 speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 215, hvilket er ca. 75% mere end bestanden i 1976.

Terapeutisk radiologi

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	0 %	1 %	2 %	i %
Antal still til suppl. uddannelse				
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger				
Antal r-stillinger til disp. for specialet	23	2i	23	23
Min. antal uddannet pr. år i specialet	0.9	1.2	1.6	1.9
Behovs-indeks for landsdelssygehuse	0.08	0.10	0.14	0.17
Antal R ₁ år pr. uddan- net i specialet	14V ₂	11	8	7
Antal slutstillinger 1990	35	40	45	50
Behovs-indeks fra 1990 ved balance				
landsdelssygehuse	0.13	0.15	0.17	0.19
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	1.5	1.7	2.0	2.2
Antal slutstillinger 1976				35
Pulje				8
(Udland)				2)
r-stillinger, a-afd				23
R ₁ -stillinger				13

Tallene for den årlige »produktion« af speciallæger i terapeutisk radiologi er teoretiske minimumstal, og forbruget af uddannelsesstillinger svarer derfor kun til det antal uddannede læger, der skal til for at opfylde beregningsmodellens krav. Da kommissionen ikke har stillet forslag om ændrede uddannelseskrav i dette speciale, har man ved beregningen anvendt de hidtil gældende regler.

Tilsvarende beregninger kan udføres, såfremt man vil angive behovet for uddannelsesstillinger, som det der skal til for at opfylde de uddannelsessøgendes ønsker. Oplysninger herom foreligger i Foreningen af yngre lægers uddannelsesenquete fra 1974, som viser, at gennemsnitligt tre læger om året ønsker at uddanne sig til speciallæge i terapeutisk radiologi. **Med** dette som grundlag kan behovs-indeks beregnes til følgende:

landsdelssygehuse 0,26

Dette betyder, at de uddannelsessøgendes ønsker kan imødekommes inden for den eksisterende stillingsmasse, og der vil i gennemsnit kunne blive godt fire 1 reservelægeår til hver speciallæge. En fortsat uddannelse af tre speciallæger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 75, hvilket svarer til ca. 115% mere end bestanden i 1976.

Almen medicin

	Vækst pr. år i antallet af slutstillinger			
	1 %	2 %	3 %	
Antal still til suppl. uddannelse				
Still til suppl. udd. i % af disponible stillinger				
Antal r-stillinger til disp. for specialet	125	125	125	125
Min. antal uddannet pr. år i specialet	37	63	39	115
Behovs-indeks	0,44	0,76	1,07	1,38
Antal slutstillinger 1990	2600	2964	3328	3692
Behovs-indeks fra 1990 ved balance	1X4	1,19	1,33	1,48
Min. antal uddannet pr. år fra 1990 ved balance	87	99	111	123
Antal slutstillinger 1976				2600
Pulje.....				700*)
(Udland.....				-)
r-stillinger.....				125

*) antallet ansat til ca. 2 årganges »produktion« på kursus i almen medicin.

Beregningerne for specialet almen medicin tager sigte på at belyse konsekvenserne af en indførelse af en 5-års uddannelse, der udover 1/2 års praksisreservelægetid i turnustiden også indeholder 1 1/2 års ansættelse som amanuensis som sidste del af speciallægeuddannelsen.

Det antal uddannelsesstillinger, der er til disposition for specialet, er ansat til det antal amanuensisstillinger, der var ved lægetællingen i november 1976, ialt 125. Desuden adskiller beregningerne sig fra sygehusspecialerne, ved at der regnes med 30 års erhvervsaktivitet for hver speciallæge i almen medicin. Puljen af færdiguddannede almen medicinere kan ikke angives præcis, men man er i

beregningerne gået ud fra, at puljen skønsmæssigt kan ansættes til 2 års »produktion« af praktiserende læger på kursus i almen medicin, ialt ca. 700.

Med disse forudsætninger vil en uændret bestand af praktiserende læger frem til 1990 kun kræve uddannelse af årligt knapt 40 nye praktiserende læger, medens en vækst på 3 % om året i denne sektor vil kræve uddannelse af ca. 115 pr. år. Skal man imidlertid uddanne praktiserende læger med henblik på en vækst af denne størrelsesorden, er det nuværende antal amanuensisstillinger utilstrækkeligt til at opfylde forslaget om 5 års speciallægeuddannelse. Det vil være nødvendigt med en 40 % udvidelse af disse stillinger, og det ville i så fald kun imødekomme minimumskravene. Tilsvarende ses det af beregningerne, at man på længere sigt ikke med den nuværende amanuensisstillingsmængde kan vedligeholde den nuværende bestand på 2600 praktiserende læger, når den anslåede pulje er opbrugt. Såfremt uddannelsesbehovet ansættes til det antal, der er nødvendigt for at imødekomme de uddannelsessøgendes ønsker, er den nuværende stillingsmængde aldeles utilstrækkelig. Udfra Foreningen af yngre læger's uddannelsesenquete fra 1974 kan det anslås, at mindst 250 læger i gennemsnit pr. år ønsker at uddanne sig i almen medicin. Behovs-indeks kan herudfra beregnes til 3,0, hvilket betyder at kun V₃ af de uddannelsessøgendes ønsker kan imødekommes, såfremt der stilles krav om den foreslåede speciallægeuddannelse i almen medicin. I den for tiden gældende overgangsordning med en 3-års uddannelse, hvori indgår 1 års almen praksis vil forholdene være noget anderledes. Såfremt de uddannelsessøgende opnår 1/2 års praksisreservelægetid i turnustiden, vil den nuværende amanuensisstillingsmængde nogenlunde kunne dække det resterende uddannelsesbehov.

En fortsat uddannelse af 250 alment praktiserende læger om året vil være i balance med en samlet bestand på ca. 7500 praktiserende læger, hvilket er 190 % mere end bestanden i 1976.

Beregningsmodellens anvendelse

En vurdering af behovet for uddannelsesstillinger til gennemførelse af de lægelige videreuddannelser kan som nævnt i indledningen af dette kapitel kun udføres på grundlag af teoretisk opstillede præmisser, idet der i dag ikke eksisterer et talmæssigt udtryk for samfundets behov for læger med videreuddannelse inden for de forskellige specialer.

Ved, som det er gjort i det foranstående, at anvende en teoretisk model kan man imidlertid få et indtryk af, hvor mange læger der skal videreuddannes, såfremt man ønsker at opstille forskellige mål med henblik på væksten inden for et givet speciale. Samtidig kan man få en ret præcis vurdering af, hvor i videreuddannelsessystemet der kan opstå kapacitetsmæssige vanskeligheder med hensyn til at skaffe de læger, der ønskes uddannet, den fornødne kliniske uddannelsestid. Der er i beregningsmodellen regnet med den forudsætning, at hver uddannet læge kun skal have det i uddannelsesreglerne fastsatte minimum af ansættelse på de uddannelsesklassificerede afdelinger, men der er mulighed for at foretage tilsvarende beregninger, såfremt man vil tillægge hver uddannelsessøgende læge yderligere ansættelsestid på uddannelsesafdelinger. Ud fra sådanne beregninger, hvor man varierer uddannelsestiden, antallet af uddannede læger pr. år og andre parametre, vil det være muligt ret præcist løbende at vurdere uddannelseskapaciteten og påvise flaskehalse i videreuddannelsessystemet.

Sådanne beregninger kan have interesse, såfremt man ønsker at tilvejebringe et mere styret uddannelsessystem inden for lægernes videreuddannelse. Hidtil har man afstået fra noget sådant, men den store tilgang af nye læger fra universiteterne kan gøre det nødvendigt at indføre en styring af speciallægeuddannelserne for at sikre et kvalitativt tilstrækkeligt højt niveau. Imidlertid vil en indførelse af et styret uddannelsessystem gøre det nødvendigt løbende at justere uddannelseskapaciteten inden for de enkelte specialer i overensstemmelse med de planlagte udbygninger eller indskrænkninger inden for sundhedsvæsenet, ligesom der må finde en korrektion af uddannelseskapaciteten sted under hensyntagen til erhvervsaktive lægers aldersfordeling. Ved en udbygning af den her beskrevne beregningsmodel vil noget sådant være muligt, og der vil løbende kunne foretages tilpasninger af ud-

dannelseskapaciteten. Det skulle således være muligt at sikre sig imod en kunstigt opstået lægemangel på speciallægeniveau, samtidig med at der er kø foran videreuddannelsessystemet.

Anvendes den beskrevne beregningsmodel på det samlede videreuddannelsessystem, altså uden opdeling af uddannelsesbehovet på enkeltspecialer, kan der gives et groft indtryk af det behov, der er for at videreuddanne læger til slutstillingerne inden for sundhedsvæsenet. Med de samme forudsætninger som anvendt ved beregningerne i de enkelte specialer, herunder også sikring af slutstillingsplacering af de eksisterende puljer af færdiguddannede speciallæger, kan det beregnes, at der til en vedligeholdelse af den nuværende bestand af læger i slutstilling frem til 1990 skal videreuddannes ca. 85 læger pr. år, mens en årlig vækst på 3 % i antallet af slutstillinger kræver, at der videreuddannes ca. 230 læger pr. år frem til 1990.

Hvis det forudsættes, at puljerne af færdiguddannede læger inden for alle specialer og almen praksis er opbrugt i 1990, og man derefter kun skal vedligeholde den på det tidspunkt opnåede bestand inden for de forskellige områder, skal der, hvis bestanden holdes uændret fra 1976, videreuddannes ca. 175 læger om året, og såfremt man skal vedligeholde den bestand, der er opnået ved 3 % vækst frem til 1990, skal der videreuddannes ca. 250 læger om året. I begge tilfælde gælder det, at ca. halvdelen skal uddannes til almen praksis, og ca. halvdelen fordelt på de øvrige speciallægeuddannelser.

Ved beregningen af sådanne teoretiske tal for behovet for videreuddannelse af læger er der ikke taget hensyn til, at det store antal underordnede lægestillinger på sygehusene er begrundet med en arbejdsmængde, som er uafhængig af behovet for videreuddannelse af speciallæger og praktiserende læger. Der skal således fortsat uddannes læger til at varetage disse arbejdsopgaver. Totalt skal der til vedligeholdelse af den stillingsmængde, som ikke medgår til dækning af videreuddannelsernes minimumskrav uddannes mellem 50 og 100 læger om året. Uanset om man anvender den bestående stillingsmængde til at forlænge speciallægeuddannelserne eller til at beskæftige læger med arbejde, som ikke indgår i speciallægeuddannelserne, vil der selv med en samlet lægebestand, der omfatter 40-50 % flere læger i slutstilling end nu, næppe være

behov for at uddanne mere end mellem 300 og 350 læger pr. år.

KOMMISSIONENS BEMÆRKNINGER

De foretagne beregninger er som anført først og fremmest foretaget for at undersøge, om kommissionens forslag til uddannelsesforløb kan gennemføres med den nuværende uddannelseskapa- citet i sygehusvæsenet. Som det klart er fremgået vil dette være tilfældet, såfremt målsætningen kun er at uddanne det nødvendige antal speciallæger til at bevare eller langsomt udvide den nuværende bestand af speciallæger i slutstillinger.

Såfremt man derimod ønsker at give samtlige medicinske kandidater en videreud- dannelse ud over turnusuddannelsen og i vidt omfang vil tilgodese lægernes egne ønsker og specialevalg, er uddannelseskapa- citeten util- strækkelig, og en udvidelse af antallet af uddannelsesstillinger er nødvendig. Uden en samtidig meget kraftig øgning af antallet af slutstillinger (flerdobling), vil resultatet i så fald blive, at et stigende antal læger efter gennemgået speciallægeuddannelse og § 14- kvalifikation ikke vil kunne beskæftiges i sundhedsvæsenet. Allerede i dag er der i mange fag en stor pulje af færdiguddannede, der fortsat befinder sig i uddannelsesstilling. Selv om der til enhver tid bør være en pulje af læger med speciallægeanerkendelse i uddan- nelsesstilling, enten fordi de endnu ikke har opnået § 14-kvalifikation eller fordi de supple- rer uddannelsen i et særligt funktionsområde eller gresspeciale, bør puljen næppe være større end 15% af antallet af slutstillinger. Beregningerne viser, at puljerne i næsten samtlige specialer er væsentligt større og i enkelte specialer udgør over 50 %. Dette forhold har været kendt i nogle år, og enkelte specialselskaber har derfor henvendt sig til sundhedsstyrelsen med henblik på at begræn- se speciallægeproduktionen ved en reduktion i antallet af kursusstillinger. En midlertidig reduktion er foretaget i anæstesiologi og diagnostisk radiologi og i andre fag styres speciallægeproduktionen ved, at der optages et fast antal læger på det teoretiske kursus hvert år. Effekten af disse former for »ad- gangsbegrænsning« til enkelte specialer vil dog først vise sig om adskillige år, og desuden vil en del læger, der har opnået dele af en speciallægeuddannelse i Danmark stadig kun- ne gøre den færdig i udlandet.

Kommissionen har overvejet, hvilke mu-

ligheder der eksisterer for hurtigt at løse nogle af de aktuelle problemer. Som flere gange påpeget er det samlede antal speciallæ- ger i sundhedsvæsenet ikke for stort, men tværtimod er der fortsat store dele af landet, hvor speciallægedækningen er utilstrækkelig. Ved at konvertere uddannelsesstillinger på 1. reservelægeniveau til slutstillinger vil dette forhold kunne bedres og samtidig vil det sikre kvaliteten af det lægelige arbejde. Reduceres speciallægeproduktionen, uden at antallet af slutstillinger øges, vil et stadigt stigende antal sygehusafdelinger få vanskelighed med at besætte 1. reservelægestillinger med tilstræk- keligt uddannede læger, og det er kommissio- nens opfattelse, at forholdene i hvert enkelt speciale bør analyseres med henblik på at fastlægge et hensigtsmæssigt forhold mellem uddannelsesstillinger og slutstillinger og sam- tidig sikre, at kvaliteten i sundhedsvæsenet kan opretholdes og bedres.

Forholdene kan illustreres ved at analyse- re situationen i ortopædisk kirurgi, hvor der i dag er 75 slutstillinger og en pulje på 40 speciallæger i 1. reservelægestillinger. Øges antallet af slutstillinger ikke, vil en stor del af puljen tvinges til at forlade sygehusvæsenet på grund af tidsbegrænsning i deres ansættel- se, og såfremt man reducerer speciallægepro- duktionen i faget i overensstemmelse med beregningerne, vil et endnu større antal 1. reservelægestillinger end i dag være besat med læger, der ikke har gennemgået kursus- stillingen og det teoretiske kursus. Der er i dag i dette fag næsten lige så mange 1. re- servelægestillinger som slutstillinger, hvor antallet af slutstillinger burde være 4-5 gange større end antallet af 1. reservelægestillinger.

I et fag som oto-rhino-laryngologi, hvor der er et stort antal slutstillinger uden for sygehusene, er der en rimelig balance, og en tilsvarende ratio bør snarest etableres for de øvrige specialer.

Gennemføres forslag af denne art, vil de i dag uddannede speciallæger kunne anvendes i de funktioner, som de er uddannet til og hvor der er behov for dem. Tilpasses **speciallæge**- produktionen herefter til det nye antal slutstil- linger, vil der til enhver tid kunne være en hensigtsmæssig fordeling af lægerne i de forskellige specialer.

Med kommissionens uddannelsesforslag vil det desuden være muligt hurtigt at tilpasse uddannelsessystemet til uddannelseskrav til nye funktionsområder.

Kommissionen har især omtalt behovet for en konvertering af 1. reservelægestillinger til slutstillinger, idet kommissionen er opmærksom på, at de foretagne beregninger er baseret på uddannelsernes minimumskrav, og kommissionen lægger vægt på, at kapaciteten i reservelægestillinger er så rigelig, at flertallet af læger efter gennemført turnusuddannelse får mulighed for gennem ansættelser i forskellige fag at udskyde endeligt specialevalg.

Selv om ovennævnte forslag gennemføres meget hurtigt, og selv om væsentlige dele af lægers overarbejde konverteres til nye stillinger, vil der efter kommissionens opfattelse fortsat være et betydeligt antal læger, der ud over turnusuddannelsen, ikke kan påregne videreuddannelse i det danske sundhedsvæsen, og kommissionen anbefaler derfor, at man påny overvejer tilgangen til det medicinske studium.

Betænkning
om
uddannelsen i almen medicin

I december 1973 nedsatte sundhedsstyrelsen en speciallægekommission med følgende kommissorium:

- at** undersøge på hvilke områder der uden for og på sygehusene er behov for anerkendte lægelige specialer sammenholdt med en vurdering af behovet for andre lægelige arbejdsområder (ekspertområder),
- at** stille forslag om, hvilke lægelige specialer der bør anerkendes, samt at stille forslag om uddannelseskrav i disse specialer inden for rammen af lov om udøvelse af lægegering (lov nr. 72 af 14.11.1934 med ændringer, jf. indenrigsministeriets lovebekendtgørelse nr. 197 af 14.V.1970).

Som medlemmer af kommissionen udpegedes af:

Sundhedsstyrelsen:

E. GOLDSCHMIDT (formand), NIELS ROSSING, J. WORM PETERSEN (til 1.IV.1974), JØRGEN FOG (fra 1.X.1974).

Sundhedsstyrelsens specialistnævn:

PALLE SVITH, RENÉ VEJLSGAARD

Den alm. danske lægeforening:

JØRGEN FOG (til 1.X.1974), STEFFEN GJØRUP, ERIK HENRICHSSEN, OLE SELMER (fra 1.XII.1974)

Foreningen af yngre læger:

GUNNAR SCHIØER, MOGENS KJÆRGAARD HANSEN, JØRGEN KLEENER (til 1.IV.1974), HANS KARLE (fra 1.V.1974).

Undervisningsministeriet

C. M. MADSEN (Odense universitet), TYGE SØNDERGAARD (Århus universitet), BENT SØRENSEN (Københavns universitet).

Dansk medicinsk selskab:

MOGENS ANDREASSEN (til 15.XII.1975), SIGVARD KAAE.

Som observatører deltager fra indenrigsministeriet:

C. MØRCH PETERSEN (til 1.IX.1975), NIELS BENTSEN (fra 1. IX.1975), J. TØRNING.

Som sekretærer udpeget: JENS ASTRUP, KIRSTEN FISCHER, CLAUS LUNDSTEDT, JOHS. NEHM.

Kommissionen har nedsat flere arbejdsgrupper, blandt andet en arbejdsgruppe om almen medicin med følgende medlemmer: PALLE SVITH (formand), POUL BACKER, OLE SELMER, SVEND JUUL, NIELS BENTZEN, stud. med. MORTEN CHRISTY, JENS ASTRUP (sekretær). I speciallægekommissionens årsberetning for 1974 er refereret arbejdsgruppens overvejelser og forslag samt speciallægekommissionens overvejelser i tilslutning hertil.

På basis af de reaktioner på denne årsberetning, som er fremsendt til speciallægekommissionen fra specialselskaber, fakulteter m.v., har kommissionen i efteråret 1975 færdigbehandlet spørgsmålet om uddannelse i almen medicin og skal i det følgende fremlægge sine synspunkter, der munder ud i et forslag om oprettelse af et speciale i almen medicin.

Som en konsekvens af kapacitetsproblemerne i den kliniske videreuddannelse af læger og af hensyn til blandt andet EF-direktiverne er der fremsat forslag til ændringer i lægeloven, som vil muliggøre gennemførelsen af en fælles, klinisk almenuddannelse af 18 måneders varighed. Denne videreuddannelse imødekommer også de aftalte uddannelsesregler inden for det fællesnordiske arbejdsmarked for læger. Da en lægelovsændring skal gennemføres senest med udgangen af 1976 af hensyn til EF-direktiverne, og da denne nye uddannelse forudsættes suppleret med en videreuddannelse til almen praksis, har speciallægekommissionen fremskyndet sit arbejde på dette punkt ved allerede nu at fremlægge nærværende betænkning.

UDDANNELSEN I ALMEN MEDICIN

Udviklingstendenser i sygehusvæsenet

Siden århundredskiftet har den alment praktiserende læges indsats og placering i det danske sundhedsvæsen undergået betydelige ændringer. År 1901 fandtes der i Danmark 1.372 læger, der bogstavelig talt alle havde almen praksis som hovederhverv eller som et betydende bierhverv. Ved sundhedsstyrelsens lægetælling i november 1974 var der 9.033 erhvervsaktive læger i Danmark, hvoraf kun 2.446 eller 27,1 % var alment praktiserende læger. Denne forskydning afspejler en ændring i det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde i sundhedssektoren betinget af den udvikling, der har fundet sted i det danske samfund og i lægevidenskaben. Gennem en udbygning af sygehusvæsenet og en vidtgående specialisering af den lægelige arbejdskraft er en bedre diagnostik og effektiv behandling af komplicerede sygdomme muliggjort, hvorved det personalemæssige og økonomiske trykdepunkt i det danske sundhedsvæsen gradvis er flyttet fra almen praksis til sygehussektoren.

Konsekvenser for erhvervsvalg

Denne udvikling i sygehusvæsenets vækst og specialisering har medført, at det er blevet tiltagende vanskeligt for yngre læger at opnå en praksisrelevant uddannelse på sygehusene. Da yngre læger inden for de sidste 20 år har kunnet forvente en varig beskæftigelse inden for sygehusvæsenet, har et flertal derfor valgt at uddanne sig med dette for øje, hvilket har præget videreuddannelsesprofilen

Ændret uddannelsesgrundlag

Samtidig er uddannelsen af medicinske studenter i de senere år i stigende omfang forestået af lærerkræfter uden lægeuddannelse og af læger uden eller med ringe kendskab til almen praksis. Også de sygdomskategorier, som studenter og yngre læger møder i løbet af uddannelsen, har ændret sig, idet en række sygdomme i dag næsten udelukkende behandles i almen praksis. Forskellen mellem de sygdomsproblemer, patienterne præsenterer for alment praktiserende læger, og de sygdomme og symptomkomplekser, studenter og yngre læger opnår erfaringer med, er således væsentligt forøget inden for den omtalte periode. Man har søgt at råde bod på denne uddannelsesmæssige skævhed ved at fremme studenterundervisningens praksisrelevans gennem ændringer i studieplanen og ved oprettelse af lærestole i faget almen medicin i København 1973 og i Århus 1975.

Nye opgaver for praktiserende læger

I de senere år er ønsket om at bevare og styrke den praktiserende læges nøglefunktion i sundhedsvæsenet kommet til udtryk i en række officielle betænkninger (socialreformkommissionens betænkninger, Wechseltmannudvalgets betænkning) og i sundheds- og sociallovgivningen. Sideløbende hermed har de alment praktiserende læger i organisationer og videnskabelige selskaber selv præciseret målsætningen for arbejdet i almen praksis m.v. Den omtalte specialisering og de øgede undersøgelses- og behandlingsmuligheder har medført ændrede samarbejdsvilkår for de alment praktiserende læger og lægerne på sygehus. Det er vanskeligt kortfattet at redegøre herfor, men for eksempel anvendes ved en række alvorlige og kroniske sygdomme

ambulant behandling, der varetages af den praktiserende læge assisteret af sygehusets specialister og laboratorier, i langt større omfang end blot for få år siden, hvor sygehuse alene stod for behandlingen. Fordelen ved denne arbejdsdeling er åbenbar, blandt andet derved at patienterne kan forblive i deres eget miljø og ofte leve et næsten normalt liv. Inden for det socialmedicinske felt er problemerne i samme periode blevet stadig mere komplicerede og løsningen vanskeligere. De nuværende alment praktiserende læger har dog med baggrund i en langvarig sygehusuddannelse, suppleret med løbende efteruddannelse, vist sig i stand til at påtage sig en række af de ovennævnte opgaver.

Hidtidige uddannelsesforløb

Indtil 1970 kunne en læge nedsætte sig i almen praksis efter 1 års sygehusuddannelse (B-autorisation). Ændringen i den medicinske studieplan 1967 medførte en afkorting af den kliniske uddannelse under studiet. I konsekvens heraf ændredes lægeloven i 1970 således, at der nu kræves 2 års nærmere specificeret sygehusuddannelse samt et teoretisk kursus af samme varighed som tilsvarende kurser i speciallægeuddannelsen. Først herefter kan lægen opnå tilladelse til almen praksis. Undersøgelser forud for lægelovsændringen i 1970 viste, at nynedsatte læger herudover havde en gennemsnitlig sygehusuddannelse på 3½-4 år, og der opstilledes derfor dengang ikke yderligere krav.

Ifølge de nedenfor omtalte enqueter er de nynedsatte praktiserende lægers uddannelse både i 1961-66 og 1974-75 langvarig, omend den er ca. 1 år kortere i gennemsnit for den sidste gruppes vedkommende. Flertallet af praktiserende læger har således indtil nu gennemført uddannelser af betydelig længere varighed end de officielle minimumskrav til enhver tid. Selv om befolkningen således i dag betjenes af alment praktiserende læger med en betydelig sygehusuddannelse bag sig, er der, som det ses, en tendens til, at læger i de seneste år nedsætter sig med en kortere og stadigvæk for tilfældigt sammensat uddannelse i forhold til de opgaver, der nu præger almen praksis.

Uddannelsen i fremtiden

I de kommende år er der efter alle tilgængelige prognoser en sådan mangel på stillinger i sygehusvæsenet, at de læger, der ønsker at

uddanne sig med henblik på almen praksis efter den obligatoriske 18 måneders almenuddannelse, vil få store vanskeligheder ved at skaffe sig den for almen praksis nødvendige supplerende og hensigtsmæssigt sammensatte sygehusuddannelse. Speciallægekommisionen har derfor med sit senere omtalte forslag ønsket at sikre en mere ensartet og praksisrelevant videreuddannelse for alle vordende alment praktiserende læger af stort set samme varighed som hidtil.

Det skal anføres, at almenuddannelsen på 18 måneder for alle læger vil give lægerne en formel erhvervskompetence. Da denne uddannelse imidlertid er kortere end den nuværende og efter kommissionens opfattelse vil være utilstrækkelig til, at de pågældende læger kan varetage selvstændigt arbejde som alment praktiserende læger for den offentlige sygesikring m.v., vil det også af den grund være påkrævet at formalisere en yderligere uddannelse indeholdende ansættelse i almen praksis og en systematiseret indføring i det socialmedicinske arbejdsområde.

Samtlige anførte forhold medvirker til, at man på samme måde som til de i dag anerkendte lægelige specialer må præcisere uddannelseskravene til funktionsområdet almen praksis og til stadighed justere disse krav i forhold til udviklingen såvel i den primære sundhedstjeneste som i sygehusvæsenet. Formålet må være, at fremtidens praktiserende læger også får en god og tidssvarende uddannelse. Speciallægekommisionen har derfor fundet det nødvendigt at fastsætte krav for uddannelsen af alment praktiserende læger, som går ud over de i dag gældende minimumskrav, og finder, at der er behov for et egentligt speciale i almen medicin.

UDDANNELSESKRAV TIL SPECIALET ALMEN MEDICIN

Speciallægekommisionen foreslår en uddannelsesvarighed i faget på sammenlagt 5 år. Denne uddannelse efter embedseksamen er sammensat af:

en almenuddannelse på 18 måneder

efterfulgt af

en speciallægeuddannelse, som er opdelt i to afsnit:

A: 24 måneders videreuddannelse på sygehusafdeling,

B: 18 måneders videreuddannelse som amanuensis i almen praksis, samt

et teoretisk kursus.

Almenuddannelsen

En arbejdsgruppe under indenrigsministeriet (Tørningudvalget) har i januar 1975 afgivet en betænkning indeholdende forslag om, at de nuværende regler for lægers videreuddannelse ændres, således at alle læger skal gennemgå en fælles klinisk almenuddannelse på 18 måneder.

Speciallægekommissionen har tilsluttet sig disse tanker (Ugeskr. Læg. 1975, 137,419-531) og kan anbefale, at alle læger, der vil videreuddanne sig til virksomhed i almen praksis eller inden for andre specialer skal gennemgå en klinisk almenuddannelse på 18 måneder.

Denne 18 måneders videreuddannelse skal bestå af 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling, 6 måneders ansættelse på medicinsk afdeling samt 6 måneders ansættelse som praksisreservelæge hos en praktiserende læge.

Gennem almenuddannelsen er det hensigten at bibringe lægen grundige kliniske erfaringer ved deltagelse i det daglige undersøgelses- og behandlingsarbejde, såvel i sygehusvæsenet som ved arbejde i almen praksis, således at lægen herved kan opnå tilladelse til selvstændig virksomhed som læge. Herved skabes også et bedre erfaringsgrundlag for lægens valg af fortsat videreuddannelse.

Almenuddannelsen på 18 måneder tænkes gennemgået som en blokansættelse (rotationsstilling), hvor ansættelsen i almen praksis altid placeres sidst. Det må tilstræbes, at alle medicinske kandidater kort efter embedseksamen kan opnå sådanne blokansættelser.

Speciallægeuddannelsen i almen medicin

Efter almenuddannelsen skal den vordende speciallæge i almen medicin gennemgå den egentlige speciallægeuddannelse. Denne falder i to dele: en hoveduddannelse A ved ansættelse på særlige sygehusafdelinger og en hoveduddannelse B ved ansættelse som amanuensis i almen praksis.

Hoveduddannelse A

Formål: I løbet af hoveduddannelse A's 24 måneders sygehusansættelse skal den vordende alment praktiserende læge opnå kendskab

til de undersøgelses- og behandlingsmetoder, der anvendes inden for de almindeligt forekommende sygdomsgrupper på sygehusafdelinger. Lægen skal desuden lære at beherske de tekniske procedurer, der normalt også anvendes uden for sygehusene (småoperationer, behandling af mindre skader, forskellige undersøgelsesmetoder osv.). Herved opnår den vordende alment praktiserende læge en erfaringsbaggrund, som giver mulighed for et hensigtsmæssigt og effektivt samarbejde med sygehusvæsenet.

Indhold: Denne første del af speciallægeuddannelsen efter almenuddannelsen har en samlet varighed på 24 måneder.

Ud over de 6 måneders ansættelse på intern medicinsk afdeling i almenuddannelsen skal sygehusuddannelsen indeholde yderligere ansættelse i 6 måneder inden for et eller to af følgende specialer: dermato-venerologi, fysiurgi og rehabilitering, intern medicin, langtidsmedicin, neuromedicin, psykiatri eller pædiatri. Såfremt uddannelsen ikke omfatter mindst 3 måneders ansættelse på psykiatrisk afdeling, stilles der krav om gennemgået klinisk-teoretisk kursus i dette fag.

Desuden skal den samlede sygehusuddannelse ud over almenuddannelsens 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling indeholde ansættelse i 6 måneder inden for et eller to af følgende specialer: anæstesiologi, gynækologi/obstetrik, kirurgi eller oto-rhino-laryngologi. Såfremt uddannelsen ikke omfatter mindst 3 måneders ansættelse på en gynækologisk/obstetrisk afdeling eller 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling med tilstrækkelig gynækologisk belægning, stilles der krav om gennemgået klinisk-teoretisk kursus i gynækologi.

De resterende 12 måneder af sygehusuddannelsen kan finde sted inden for de nævnte eller andre specialer. Indtil 6 måneder af denne uddannelse kan valgfrit opnås ved ansættelse på andre institutioner under sundheds- og socialsektoren samt lægevidenskabelige institutioner. Speciallægekommissionen forudsætter, at retningslinjer fastsættes i en bekendtgørelse blandt andet indeholdende en liste over afdelinger og institutioner, som kan godkendes til uddannelsen. Del er således kommissionens opfattelse, at de højt specialiserede afdelinger i kirurgi og medicin ikke er egnede til denne uddannelse.

Kommissionen foreslår desuden af hensyn til udnyttelsen af den forhåndenværende kapacitet, at de uddannelsessøgende i almen

medicin kan opnå hoveduddannelse A i blokke af 2 års varighed, som indeholder ansættelse i de krævede specialer.

Hoveduddannelse B

Formål: Hoveduddannelse B's formål er at lære lægen detaljeret kendskab til de sygdomme og symptomkomplekser, der forekommer i almen praksis og som sjældent ses på sygehuse. Samtidig skal lægen opnå en vis rutine i den undersøgelses- og behandlingsteknik og i den sygdomsforebyggende virksomhed, som foregår uden for sygehusvæsenet. Derudover skal lægen lære de samarbejdsformer at kende, som er etableret mellem de praktiserende læger og socialsektoren, ligesom denne del af uddannelsen vil give kendskab til de økonomiske og administrative problemer, som er knyttet til en praksis.

Indhold: Hoveduddannelse B består af en 18 måneders ansættelse som amanuensis i en almen lægepraksis. Sammenlagt med praksisreservelægetiden i almenuddannelsen vil den færdige speciallæge således i alt have arbejdet 2 år i almen praksis, før der kan tildeles speciallægeanerkendelse i almen medicin.

I amanuensistiden skal den uddannelsessøgende læge beskæftige sig med almindeligt forekommende arbejde i den praksis, hvor han er ansat, og udføre dette under principal-lægens ledelse og vejledning. Amanuensen bør følge bestemte patienter og således få mulighed for at få en detaljeret indlæring i det nødvendige samarbejde med andre personalegrupper og institutioner inden for sundheds- og socialsektoren.

I amanuensistiden skal arbejdet i almen praksis tilrettelægges således, at der er mulighed for deltagelse i kurser og anden supplerende uddannelse inden for andre specialer, som lægen eventuelt ikke tidligere har haft ansættelse i. Lægen skal også stifte bekendtskab med arbejdet inden for det socialmedicinske arbejdsområde, som for eksempel skolelægevirksomhed, bedriftssundhedstjeneste, lægeligt arbejde i kommunens sundheds- og socialforvaltning m.m.

Ud over denne praktiske, kliniske træning foreslår kommissionen, at amanuensen skal deltage i regelmæssige møder på det nærmeste institut for almen medicin, som forudsættes at drive en sådan løbende videreuddannelsesvirksomhed. Kommissionen foreslår desuden, at lærerkræfterne ved disse institutter skal

kunne fungere som rådgivende (tutorer) for de uddannelsessøgende.

Teoretisk kursus

ALMENT KURSUS

Som konsekvens af studieordningen af 1967 og for at hæve kvaliteten af uddannelsen til almen praksis har uddannelsen siden 1970 krævet gennemgang af et teoretisk kursus af 120 timers varighed. Indholdet af kursus er baseret på en betænkning fra 1970, (Ugeskr. Læg. 1970, 132, 1369-1374). Det er kommissionens opfattelse, at det teoretiske kursus foruden de nuværende fag bør omfatte mindst følgende: arbejdsmedicin, fysiurgi-rehabilitering og indførelse i laboratoriefagenes arbejdsområder.

ARBEJDSGRUPPE OM TILRETTELÆGGELSE AF DEN TEORETISKE UDDANNELSE

Kommissionen har anmodet sundhedsstyrelsen om, at et udvalg får til opgave at fastsætte indhold og omfang af et teoretisk kursus.

KLINISK-TEORETISK KURSUS I GYNÆKOLOGI/OBSTETRIK OG PSYKIATRI

Såfremt den uddannelsessøgende ikke har gennemgået 3 måneders klinisk uddannelse i gynækologi/obstetrik og psykiatri, skal uddannelsen omfatte et klinisk-teoretisk kursus i disse fag. Kommissionen forestiller sig, at disse kurser skal være af 1 måneds varighed og placeret på udvalgte afdelinger. Et detaljeret forslag vil blive udarbejdet af ovennævnte arbejdsgruppe.

Da det er kommissionens opfattelse, at deltagelse i disse klinisk-teoretiske kurser ikke i enhver henseende vil kunne erstatte uddannelse ved ansættelse inden for de pågældende specialer, kan man ikke anbefale uddannelsesforløb, hvor både uddannelse i gynækologi/obstetrik og psykiatri er henlagt til klinisk-teoretisk kursus. Det er endvidere kommissionens opfattelse, at det på langt sigt er mest hensigtsmæssigt, at uddannelsen omfatter mindst 3 måneders ansættelse i begge fag, men af kapacitetsmæssige grunde kan man indtil videre acceptere klinisk-teoretisk kursus i det ene af fagene, fordi den langt overvejende del af fremtidens praktiserende læger vil komme til at arbejde i gruppepraksis.

Kommissionen foreslår, at de nævnte klinisk-teoretiske kurser indbygges i de senere beskrevne blokansættelser.

Beskrivelse af uddannelsesstillinger i almen praksis

I sit forslag til uddannelseskrav i specialet almen medicin har kommissionen lagt afgørende vægt på, at en del af uddannelsen foregår under ansættelse i uddannelsesstillinger i almen praksis. Ansættelse i praksis skal finde sted i 6 måneder under almenuddannelsen samt i 18 måneder under hoveduddannelsen B. Under almenuddannelsen ansættes lægen som **praksisreservelæge** og under hoveduddannelsen B som **praksisamanuensis**. I det følgende gives en beskrivelse af disse stillingers arbejds- og uddannelsesmæssige indhold.

Forskellen mellem de to stillingskategorier er, at praksisreservelægens faglige indsigt skal udvides med hensyn til arbejdet i den primære sundhedstjeneste, hvorimod uddannelsen i praksisamanuensisstillingen, dels ved dens varighed dels gennem en formaliseret teoretisk og praktisk kursus- og uddannelsesvirksomhed, tager direkte sigte på at kvalificere til arbejdet som alment praktiserende læge. Man forestiller sig imidlertid ikke, at der er nogen principiel forskel i praksisreservelægens og praksisamanuensisens daglige arbejde i praksis, omend det ansvar, som principallægen kan pålægge den sidstnævnte, naturligvis vil være større på grund af den bredere forudgående uddannelse. De overordnede mål for ansættelse i disse stillinger kan derfor formuleres i følgende punkter:

at skabe indsigt i den biologiske, psykologiske og sociale sygdomsopfattelse i almen praksis,

at bibringe kendskab til sygdomme og symptomkomplekser i almen praksis,

at formidle kendskab til det samlede undersøgelses- og behandlingstilbud i almen praksis samt almenmedicinerens rolle i det sygdomsforebyggende arbejde,

og for praksisamanuensisens vedkommende:

at bibringe færdigheder som alment praktiserende læge.

De særlige forhold, der karakteriserer det lægelige arbejde i almen praksis, som såvel praksisreservelægen som praksisamanuensen må uddannes i, skal omtales i det følgende under punkterne 1-4.

1) SAMARBEJDET MELLEM ALMEN PRAKSIS OG DEN ØVRIGE DEL AF SUNDHEDS- OG SOCIALSEKTOREN

Den uddannelsessøgende læge skal opnå kendskab til samarbejdet mellem almen praksis og den øvrige del af sundhedssektoren som sygehusvæsen, sygehjem, plejehjem og andre institutioner samt samarbejde med blandt andet jordemoder, hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske. Endvidere skal lægen opnå kendskab til samarbejdet mellem almen praksis og de forskellige sociale institutioner, som sammen med den praktiserende læge er involveret i patientbehandlingen.

2) PATIENTVISITATIONEN

1 almen praksis er det målet, at sygdomstilstande, som kræver yderligere diagnostik og behandling under sygehusindlæggelse tidligst muligt kan visiteres. Patientvisitationen indebærer også særlige forhold af socialmedicinsk art, idet det ofte kan være hensigtsmæssigt at medinddrage socialsektorens bistand i form af hjælpe- og støtteforanstaltninger på et tidligt tidspunkt.

3) HELHEDSVURDERING AF SYGDOMSFORLØB

Medens hospitalslægens arbejde i væsentlig grad bygger på holdarbejde, arbejder den alment praktiserende læge meget selvstændigt. Han færdigbehandler således størsteparten af de sygdomstilfælde, han møder. Hertil kommer, at lægen har til opgave at overtage patienten til videre behandling og kontrol efter sygehusindlæggelse. Hos kronisk syge patienter er dette ofte en årelang opgave. Desuden vil det i nogle tilfælde dreje sig om håbløst syge patienter, som i den sidste tid passes i hjemmet eller på plejehjem. Det er derfor i særlig grad vigtigt, at de uddannelsessøgende i almenpraksisstillingerne lærer at opfatte et sygdomsbillede som en sammenhængende proces i sin opståen, forløb og afslutning.

4) SYGDOMSPROFYLAKSE

Over for særlige grupper i samfundet, for eksempel børn og svangre, udfører den praktiserende læge et sygdomsforebyggende arbejde. Ud over en specifik lægelig viden kræver dette en ganske særlig erfaring, idet man her beskæftiger sig med problemer på grænseområdet mellem sygdom og sundhed. Uddannelsen i **almen praksis må især medinddrage** miljømæssige forhold i hjem og på arbejds-

plads i helhedsvurderingen af sygdomsforløbet. En tidsmæssig og miljømæssig helhedsvurdering af sygdomsforløbet er afgørende for at kunne vurdere, hvilke forebyggende foranstaltninger der kan anvendes, og for at iværksætte en tidlig effektiv behandlingsindsats. Ud over en mere eller mindre direkte indgriben i miljøet i hjem og på arbejdsplads vil der ofte være tale om information til patienter og pårørende om særligt sygdomsmæssige problemer, ligesom et generelt sundhedsoplysende arbejde over for befolkningsgrupper, som for eksempel børn og unge, arbejdere, andre sundhedsprofessioner og socialmedarbejdere, kan være påkrævet.

De her nævnte forhold vedrørende det lægelige arbejde i almen praksis er alle af særlig karakter og forudsætter særlige kundskaber. Disse særlige kundskaber kan kun indlæres i almen praksis, hvilket har været afgørende for kommissionens forslag til uddannelse i almen praksis som praksiserservelæge og praksisamanuensis. Endvidere er de særlige forhold, som beskrevet under punkterne 1-4, afgørende for det uddannelses- og arbejds-mæssige indhold i disse stillinger. For at dette mål kan nås, må arbejdet tilrettelægges således, at praksisreservelægen og praksisamanuensen fungerer som læger i almen praksis. Lægen skal derfor fungere som medarbejder i den pågældende praksis og udføre en del af det forekommende lægelige arbejde. Lægen bør principielt pålægges enhver form for lægeligt arbejde, som forekommer i den pågældende praksis, herunder foretage sygebesøg samt deltage i vagtarbejdet. Dette kan kun gennemføres, hvis praksisreservelægen og praksisamanuensen udfører sin del af det lægelige arbejde under principallægens ledelse og vejledning. Man kan i denne forbindelse sammenligne lægens funktion med en reservelæges funktion på en sygehusafdeling.

Det må understreges, at denne betænkningens forslag om en speciallægeuddannelse i almen medicin ikke kan gennemføres, medmindre det nødvendige antal praksisreservelæge- og praksisamanuensisstillinger tilvejebringes. Ansættelse af praksisreservelæge og praksisamanuensis er en så væsentlig del af helheden, at det er en betingelse for gennemførelsen af det samlede forslag. Kommissionen lægger meget stærk vægt på, at der hurtigt tilvejebringes den fornødne organisatoriske og økonomiske baggrund for etablering af det nødvendige antal uddannelsesstil-

linger i almen praksis. Kan dette ikke lade sig gøre, er det kommissionens opfattelse, at det ikke er muligt at sikre en tidssvarende uddannelse af alment praktiserende læger i fremtiden.

Indførelse af specialet med forslag til overgangsregler

I et notat fra medicinaldirektøren af 8.V.1974 og senere i Tørningudvalgets betænkning er det foreslået at ændre lægernes videreuddannelse, således at ret til selvstændig virksomhed som læge opnås efter en almenuddannelse på 18 måneder.

Tørningudvalget gjorde det til en forudsætning for gennemførelsen af 18 månedersforslaget, at der etableres et speciale i almen medicin eller en anden tilsvarende form for formaliseret almen medicinsk uddannelse som betingelse for at kunne fungere som alment praktiserende læge for sygesikringen m.v.

Kommissionen deler det synspunkt, at man må forlange en supplerende videreuddannelse af de læger, der vil drive almen praksis for sygesikringen, og er af den opfattelse, at det bør tilstræbes, at den foreslåede speciallægeuddannelse i fremtiden bliver forudsætningen for, at en læge kan arbejde under overenskomsten mellem den offentlige sygesikring og Praktiserende lægers organisation.

Imidlertid mener kommissionen, blandt andet på grund af den utilstrækkelige uddannelseskapacitet, at det ikke er realistisk med øjeblikkelig virkning at stille krav om speciallægeanerkendelse i almen medicin som betingelse for at kunne praktisere for den offentlige sygesikring.

Kommissionen foreslår derfor følgende

OVERGANGSREGLER

for

A: at opnå tilladelse til at drive praksis for den offentlige sygesikring

B: at opnå speciallægeanerkendelse i almen medicin

A. REGLER FOR TILLADELSE TIL AT PRAKTISERE FOR DEN OFFENTLIGE SYGESIKRING UDEN SPECIALLÆGE ANERKENDELSE I ALMEN MEDICIN (OVERGANGSREGLER)

A I. For de læger som består embedseksamen efter 1976-lægelovsforslagets gennemførelse, foreslår kommissionen:

— en uddannelse af i alt 3 års varighed, indeholdende 18 månedersuddannelsen med følgende bestanddele:

- 1) 6 måneders ansættelse på intern medicinsk afdeling, hvilket altid vil være sikret i almenuddannelsen.
- 2) 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling, hvilket altid vil være sikret i almenuddannelsen.
- 3) 12 måneder ansættelse som reservelæge/-amanuensis i almen praksis.
- 4) De resterende 12 måneders sygehusansættelse skal indeholde:

enten 6 måneders ansættelse ved kirurgisk afdeling med tilstrækkelig gynækologisk belægning

eller 3 måneders ansættelse på gynækologisk/obstetrisk afdeling

eller 1 måned varende klinisk-teoretisk kursus i sidstnævnte fag.
Endvidere skal denne del af uddannelsen indeholde:

enten 3 måneders ansættelse ved psykiatrisk afdeling

eller 1 måned varende klinisk-teoretisk kursus i dette fag.

Den resterende del af de 12 måneders sygehusansættelse er valgfri.

- 5) Et teoretisk kursus af mindst samme omfang som det nuværende kursus i almen medicin. Dette kursus bør som hovedregel placeres i de sidste 6 måneder af praksisopholdet.

Speciallægekommissionen forudsætter, at det hurtigt vil være muligt at tilrettelægge den foreslåede uddannelse i form af to adskilte blokansættelser, således at den første er identisk med den foran omtalte almenuddannelse. Den anden del af uddannelsen, som sigter specifikt mod almen praksis, skal derefter kunne opnås i en samlet ansættelse ligeledes af 18 måneders varighed. Sammensætningen af denne blokansættelse må afhænge af, hvad den enkelte læge har haft i sin almenuddannelses sidste 6 måneder, og der må derfor kunne tilbydes blokansættelser af forskellig sammensætning. Sådanne muligheder vil være nærmere omtalt i et senere afsnit.

Å II. For de læger, der har bestået embedseksamen før 1976-lægelovsforslagets gennemførelse, men som endnu ikke har opnået B-autorisation (lægeloven 1954) respektive tilladelse til almen praksis (lægeloven 1970), foreslår kommissionen:

Disse læger kan opnå tilladelse til at virke som alment praktiserende læger for den offentlige sygesikring i henhold til reglerne i A I.

Disse læger kan også opnå adgang til at virke som alment praktiserende læger under den

offentlige sygesikring, når de har tilendebragt den uddannelse, der er krævet i 1970-lægeloven.

A III. For de læger der ved 1976-lægelovsforslagets gennemførelse har opnået B-autorisation (lægeloven 1954), respektive tilladelse til almen praksis (lægeloven 1970), foreslår kommissionen:

Disse læger bevarer adgangen til at virke som alment praktiserende læger under den offentlige sygesikring.

A IV. For udenlandske læger må særlige bestemmelser fastsættes om deres adgang til at fungere under den offentlige sygesikring.

B. REGLER FOR OPNÅELSE AF SPECIALLÆGEANERKENDELSE I ALMEN MEDICIN (OVERGANGSREGLER)

B I. For de læger, som består embedseksamen efter 1976-lægelovsforslagets gennemførelse, foreslår kommissionen:

- 1) Gennemførelse af den foreslåede 3-årige uddannelse jf A I.
- 2) **Enten:** Yderligere 1 års sygehusansættelse på godkendte sygehusafdelinger og 1 års virksomhed i almen praksis.
Eller: 2 års virksomhed i almen praksis.
- 3) Deltagelse i godkendte praksisorienterede videre- og efteruddannelseskurser af nærmere fastsat omfang.

B II. For de læger, der har bestået embedseksamen før 1976-lægelovsforslagets gennemførelse, men endnu ikke har opnået B-autorisation (lægeloven 1954), respektive tilladelse til almen praksis (lægeloven 1970), foreslår kommissionen:

Disse læger kan opnå speciallægeanerkendelse i henhold til reglerne i B I. Disse læger kan også opnå speciallægeanerkendelse ved:

- 1) Gennemførelse af uddannelse som krævet i lægeloven af 1970.
- 2) Yderligere
Enten: 1 års sygehusansættelse på godkendte afdelinger og 2 års virksomhed i almen praksis.
Eller: 3 års virksomhed i almen praksis.
- 3) Deltagelse i godkendte praksisorienterede videre- og efteruddannelseskurser af nærmere fastsat omfang.

B III. For de læger, der ved 1976-lægelovsforslagets gennemførelse har opnået B-autorisation (lægeloven 1954), respektive tilladelse til almen praksis (lægeloven 1970), men som ikke fungerer i praksis, foreslår kommissionen:

Disse læger følger de under B II, 2) og 3) nævnte regler. Det er dog en betingelse, at de har haft fuldtidsbeskæftigelse som læge i i alt 5 år.

B IV. For de læger, der på tidspunktet for indførelsen af specialet almen medicin fungerer som alment praktiserende læger under den offentlige sygesikring, lloreslår kommissionen:

Disse læger kan opnå speciallægeanerkendelse i almen medicin ved afslutningen af 2 års virksomhed i almen praksis (inkl. eventuel amanuensisstjeneste), dog tidligst, når de har haft fuldtidsbeskæftigelse som læge i i alt 5 år.

Den praktiske gennemførelse af speciallægekommissionens forslag

Idet kommissionen forudsætter, at folketinget snarest gennemfører ændringer i lægeloven i overensstemmelse med de fremsatte forslag, skal der stilles følgende forslag med henblik på den praktiske gennemførelse.

I. Den fælles almenuddannelse på 18 måneder bor tilrettelægges i en blokansættelse. Med henblik herpå foreslås nedsat et udvalg med de nødvendige beføjelser til at etablere et tilstrækkeligt antal blokke, der omfatter almenuddannelsens krav. Det er desuden udvalgets opgave at træffe de nødvendige foranstaltninger til, at det store antal læger, som er uddannet i de senere år, får mulighed for at opnå tilladelse til selvstændig virksomhed som læge. Dette udvalg foreslås sammensat af repræsentanter for sundhedsstyrelsen, sygehuskommunerne, sygesikringen og lægeforeningen og har også til opgave at stille forslag om nynormering eller midlertidig normering af stillinger med henblik på at sikre, at almenuddannelsen kan gennemføres snarest efter afslutningen af det medicinske studium.

II. Speciallægekommissionen har yderligere anmodet sundhedsstyrelsen om, at et udvalg får til opgave:

- 1) at udarbejde en plan for de teoretiske kurser i almen medicin indeholdende en oversigt over, hvilke fag og emner der skal undervises i, og hvor mange kursustimer der skal bruges til hvert fag. Udvalget skal desuden tage stilling til, om undervisningen kan tilrettelægges som delkurser, hvoraf nogle er obligatoriske, medens andre kan søges som tilvalgskurser,
- 2) at komme med en detaljeret beskrivelse af de af kommissionen foreslåede klinisk-teoretiske kurser i specialerne psykiatri og gynækologi/obstetrik, idet det er forudsat, at disse kurser skal have en varighed af 4 uger. Udvalget skal desuden tage stilling til,

om der evt. skal tilbydes lignende klinisk-teoretiske kurser i andre specialer,

- 3) at udarbejde forslag til institutterne for almen medicins opgaver i videreuddannelsen og et skøn over antallet og arten af de lærere, der må knyttes til institutterne,
- 4) at udarbejde en oversigt over den nødvendige administrations omfang og omkostninger.

III. Der må i 1976 udstedes bekendtgørelse om, at adgangen til at fungere i almen praksis for den offentlige sygesikring betinges af en uddannelse som beskrevet ovenfor.

IV. Der må i 1976 udstedes bekendtgørelse om kravene til speciallægeanerkendelse i almen medicin.

V. Det må anses for påkrævet, at der snarest tilvejebringes det fornødne grundlag for en prioritering i sundhedssektoren, således at der kan tages stilling til det antal speciallæger, det anses for ønskeligt skal fungere inden for de talmæssigt vigtigste specialer — herunder almen medicin — i de kommende år.

VI. Der må i 1976 gennemføres aftaler mellem stat, amtskommuner og læger om oprettelse af fornødne uddannelsesstillinger i almen praksis — såvel til almenuddannelsen til samtlige specialer som til hoveduddannelsen i specialet almen medicin.

VIDEREUDDANNELSESKAPACITET OG TILGANG AF LÆGER TIL ALMEN PRAKSIS

Medens antallet af praktiserende læger fra de første efterkrigsår og indtil begyndelsen af 1970'erne var næsten konstant, er der i de seneste år sket en betydelig nettotilgang til den primære sundhedstjeneste. Flere undersøgelser i de senere år har vist, at der blandt de nyuddannede læger er opstået en stigende interesse for at virke i almen praksis, således at ca. 40 % af alle medicinske kandidater efter 1971 ønsker en uddannelse i almen medicin. Under forudsætning af, at disse læger kan få videreuddannelse af en hensigtsmæssig sammensætning og varighed, vil man regne med en tilgang af praktiserende læger på 250 til 275 per år i hvert fald frem til 1980-82. Hertil må påregnes en vis tilgang af læger, der først havde valgt en anden uddannelse.

Dette sammenholdt med, at talmateriale fra lægeforeningen tyder på, at den naturlige

afgang af erhvervsaktive praktiserende læger næppe vil være over 100 om året i gennemsnit inden for de næste 10 år. betyder, at der i de kommende år vil være mulighed for at tilvejebringe en betydelig ekspansion af primærsektorens lægelige bemanding.

Perspektivplanedegørelsen 1972-1987 (PP II) beskriver i sit afsnit om sundhedssektoren en udviklingsmodel, der vil føre frem til ca. 3.800 alment praktiserende læger i 1987

Tabel I. Bestand af praktiserende læger ved forskellige udviklingsmodeller.

Antal praktiserende læger i	Nettotilgangen af praktiserende læger per år:			
	50	100	150	200
1975	2.500	2.500	2.500	2.500
1978	2.650	2.800	2.950	3.100
1981	2.800	3.100	3.400	3.700
1984	2.950	3.400	3.850	4.300
1987	3.100	3.700	4.300	4.900

I Tabel 1 er angivet væksten af antallet af praktiserende læger ved forskellige tal for nettotilgangen frem til 1987.

Speciallægekommissionen har ikke anset det for sin opgave at tage stilling til, i hvilken takt det vil være ønskeligt, at den primære sundhedstjeneste udvikler sig, men har fundet det hensigtsmæssigt at skitsere forskellige modeller, som vil kunne anvendes til vurdering af, hvor mange speciallæger i almen medicin der skal skaffes uddannelsesplads til.

Såfremt man i overensstemmelse med en af de skitserede udviklingsmodeller holder tilgangen af praktiserende læger konstant, vil der ske en vækst i det samlede antal også efter 1987, indtil der er opnået balance mellem afgang og tilgang. Denne balance kan tidligst forventes at optræde om ca. 30 år, idet et groft skøn tyder på, at læger er aktive i almen praksis i ca. 30 år.

På grundlag af dette skøn kan man omvendt opstille den tilgang af læger der på lidt længere sigt er nødvendig for at opretholde de fire skitserede modellers sluttal (antal praktiserende læger i 1987). jf. Tabel II.

Tabel II.

Bestand af praktiserende læger	Nødvend. brutto tilgang ved balance
3.100	ca. 105 per år
3.700	ca. 125 per år
4.300	ca. 145 per år
4.900	ca. 165 per år

Den nødvendige tilgang af nye læger ved balance er naturligvis påvirkelig af forskellige forhold, men det mest betydningsfulde er ændring i den gennemsnitlige aktive periode. Såfremt en ændring i pensioneringsalderen for eksempel vil nedsætte denne periode fra 30 til 25 år, bliver der behov for en 20 % større tilgang.

I Tabel III er opgjort det samlede stillingsforbrug ved indførelsen af den foreslåede 5-årige speciallægeuddannelse i almen medicin svarende til de i det foregående anførte

Tabel III. Behovet for reservelægestillinger ved opfyldelse af kravene til uddannelsen af speciallæger ved forskellige tal for bruttotilgang til specialet almen medicin (5 års uddannelsen).

	Til almen uddannelse	Til almen medicinsk uddannelse ved bruttotilgang				Til andre speciallægeuddannelser	I alt				Normerede reservelægestillinger maj 1975
		(1) 150	(2) 200	(3) 250	(4) 300		(1)	(2)	(3)	(4)	
Intern medicin	310	—	—	—	—	105	415	415	415	415	415
Psykiatri	—	38	50	63	75	75	113	125	138	150	190
Medicinsk blok	—	37	50	62	75	252	289	302	314	327	410
Kirurgi	310	—	—	—	—	75	385	385	385	385	370
Gynækologi/obstetrik	—	38	50	63	75	75	113	125	138	150	150
Kirurgisk blok	—	37	50	62	75	153	190	203	215	228	470
Valgfri	—	150	200	250	300	—	150	200	250	300	60
Almen praksis	310	225	300	375	400	—	535	610	685	710	—
I alt	930	525	700	875	1000	735	2190	2365	2540	2665	2065

Tabel IV *Behovet for reservelægestillinger til en 3-årig almen medicinsk uddannelse (overgangsregler).*

	Til almen uddannelse	Til almen medicinsk uddannelse ved bruttotilgang				Til andre speciallægeuddannelser	I alt				Normerede reservelægestillinger maj 1975
		(1) 150	(2) 200	(3) 250	(4) 300		(1)	(2)	(3)	(4)	
Intern medicin	310	—	—	—	—	105	415	415	415	415	415
Psykiatri	—	38	50	63	75	75	113	125	138	150	190
Medicinsk blok	—	—	—	—	—	252	252	252	252	252	410
Kirurgi	310	—	—	—	—	75	385	385	385	385	370
Gynækologi/obstetrik	—	37	50	62	75	75	112	125	137	150	150
Kirurgisk blok	—	—	—	—	—	153	153	153	153	153	470
Valgfri	—	75	100	125	150	—	75	100	125	150	60
Almen praksis	310	75	100	125	150	—	385	410	435	460	—
I alt	930	225	300	375	450	735	1890	1965	2040	2115	2065

udviklingsmodeller (bruttotilgang = nettotilgang+100), medens der Tabel IV er vist stillingsforbruget ved indførelse af den 3-årige overgangsordning. I begge tabeller er til sammenligning vist det normerede antal stillinger i de enkelte specialer (maj 1975).

Beregningsgrundlaget for de i Tabel III og Tabel IV angivne tal for stillingsforbrug ved andre speciallægeuddannelser er taget fra Foreningen af yngre læger's uddannelsesenquête 1974, idet der er regnet med at hver uddannelsessøgende læge bruger 3 år i reservelægeansættelser inden for sit speciale. I tabellerne er desuden opført det samlede forbrug af stillinger i intern medicin, kirurgi og almen praksis til gennemførelse af blokansættelser indeholdende almenuddannelsen til 95 % af de kommende kandidathold.

Af tabellerne fremgår det, at der på flere punkter er åbenbare kapacitetsproblemer inden for sygehusvæsenet. Dette vil yderligere forstærkes, såfremt forslaget om henlæggelse af en del af almenuddannelsen til alment praktiserende læger ikke kan gennemføres for alle. Endvidere må det kræves, at de uddannelsessøgende ikke udstrækker de enkelte ansættelsesforhold ud over de for specialerne gældende uddannelseskrav. Dette forhold vil kunne sikres ved gennemførelse af blokansættelser.

I forbindelse med Tabel III og Tabel IV skal det fremhæves, at der ikke er medregnet uddannelseskapa- citet til det betydelige antal læger fra de seneste 4-5 årgange, som venter på at få de nødvendige ansættelser til deres videreuddannelse.

Den samlede opgjorte uddannelseskapa- citet giver mulighed for en videreuddannelse af op til 300 læger i almen medicin og ca. 250 i de andre specialer. Der mangler således uddannelseskapa- citet efter gennemgået 18 måne- ders almenuddannelse til mellem 10 og 15 % af hvert kandidathold.

Konklusionen af den ovennævnte forsigtige talmæssige vurdering af videreuddannel- seskapaciteten i sygehusvæsenet og stillings- behovet for specialet almen medicin må være, at kapaciteten nu og i de første 5 år må forventes at være ganske tilstrækkelig, selv om der kan skabes mulighed for såvel blokan- sættelser i sygehusvæsenet som de nødveni- ge stillinger i almen praksis.

DEN PRAKTISKE TILRETTELÆGGELSE AF VIDEREUDDANNELSEN

Blokansættelser

Som det fremgår af det foranstående, kan der blive kapacitetsmæssige vanskeligheder med at skaffe videreuddannelseskapa- citet til et tilstrækkelig stort antal læger selv i den første periode, hvor der kun kræves 3 års ansættelse. Speciallægekommis- sionen skal derfor som tidligere nævnt anbefale, at såvel almenuddan- nelsen af samtlige læger som den særlige supplerende uddannelse, der sigter mod almen praksis, tilrettelægges som blokansættelser. Ved blokansættelser forstås ansættelse i un- derordnet lægestilling på flere afdelinger efter hinanden i et og samme ansættelsesforhold, således at den samlede ansættelse indeholder et afsluttet uddannelsesforløb med et bestemt sigte, for eksempel en speciallægeuddannelse

eller en afgrænset del af denne. Herved opnås, at den enkelte læge erhverver den krævede uddannelse på kortest mulig tid og under rimelige sociale forhold, og at den samlede uddannelseskapacitet udnyttes bedst muligt.

ALMENUDDANNELSEN

Som første skridt til gennemførelse af en sådan bedre udnyttelse af uddannelseskapaciteten bør der snarest og senest fra begyndelsen af 1977 tilrettelægges det fornødne antal blokstillinger til afviklingen af almenuddannelsen til nye kandidater. Disse blokstillinger, der vil kunne tilrettelægges ved alle landets sygehuse, skal indeholde følgende enkeltansættelser:

- 6 måneder på en kirurgisk afdeling
- 6 måneder på en medicinsk afdeling
- 6 måneder hos en praktiserende læge.

Da der i dag ikke er sikkerhed for, at der inden 1977 kan oprettes det tilstrækkelige antal praksisreservelægestillinger, må en del af disse blokansættelser i en overgangsperiode formentlig alene omfatte 18 måneders ansættelse på sygehusafdelinger. I det omfang, det er muligt, bør de resterende 6 måneder indeholde ansættelse på psykiatrisk og/eller gynækologisk afdeling. Kommissionen vil i denne forbindelse pege på, at ansættelse på den enkelte afdeling af under 3 måneders varighed ikke vil kunne accepteres, men at man tværtimod som hovedregel bør tilstræbe enkeltansættelser på 6 måneder.

Tabel V. *Det nødvendige antal blokansættelser til fælles almenuddannelse for kandidatholdene 1977-85 samt antallet anvendte stillinger i forskellige specialer.*

År	Forventet antal kandidater	Nødvendigt antal stillinger i alt	Antal stillinger i		
			medicin	kirurgi	praksis ¹⁾
1977	640	915	305	305	305
1978	640	915	305	305	305
1979	700	990	330	330	330
1980	675	960	320	320	320
1981	735	1050	350	350	350
1982	810	1155	385	385	385
1983	600	855	285	285	285
1984	600	855	285	285	285
1985	600	855	285	285	285

¹⁾ Evt. sygestillinger

På grundlag af den forventede kandidatproduktion i perioden 1977-85 kan behovet for stillinger til almenuddannelse opgøres som anført i Tabel V, idet det er forudsat, at 95 % af alle kandidater søger uddannelse i disse stillinger. Antallet af kandidater er i overensstemmelse med universiteternes forventning i efteråret 1975. Fra 1983 er kandidatantallet anslået til 600 per år.

SUPPLERENDE UDDANNELSE TIL ALMEN PRAKSIS

For flertallet af de læger, der ønsker at uddanne sig i almen medicin vil det formentlig gælde, at de har haft et halvt års ansættelse hos en praktiserende læge i deres almenuddannelse. Skal disse læger opfylde de ovenfor opstillede uddannelseskrav, vil det mest hensigtsmæssigt kunne ske gennem et supplerende blokstilling på yderligere 18 måneder. Der bør derfor snarest og senest i løbet af 1978 tilvejebringes et passende antal stillinger til disse læger. Stillingerne kan have lidt forskellig sammensætning, men vil kunne etableres på de fleste sygehuse og en nærliggende praksis.

Man kan til læger med en almenuddannelse med den normale sammensætning foreslå blandt andet følgende kombinationer i blokansættelserne ud over yderligere 6 måneders ansættelse i almen praksis.

- a) 6 måneder gynækologi/obstetrik + 6 måneder psykiatri.
- b) 6 måneder gynækologi/obstetrik + 6 måneder valgfri sygehustjeneste i medicinsk blok samt klinisk-teoretisk kursus i psykiatri.
- c) 6 måneders psykiatri + 6 måneder valgfri sygehustjeneste i kirurgisk blok samt klinisk teoretisk kursus i gynækologi/obstetrik.

I de første år efter nyordningens indførelse må man som nævnt regne med, at en del af lægerne får en almenuddannelse, som ikke omfatter ansættelse hos en praktiserende læge. Af hensyn til at der også skal sikres disse læger en rationelt tilrettelagt uddannelse, bør der ved de fleste sygehuse også etableres blokansættelser, som indeholder 12 måneders ansættelse i almen praksis. De resterende 6 måneder anvendes til ansættelse på 3-6 måneder i gynækologi/obstetrik og/eller psykiatri, respektive klinisk-teoretisk kursus i et af disse fag. Der vil i et vist omfang være mulighed for at lade disse stillinger indeholde 3 måneders

ansættelse på andre afdelinger inden for enten kirurgisk eller medicinsk blok.

BLOKANSÆTTELSE I FREMTIDEN

Det største pres på uddannelseskapa­citeten kan forventes i de nærmeste 5-7 år. Kom­missionen skal i denne forbindelse pege på nød­vendigheden af, at man, før og samtidig med at de omtalte blokstillinger til almenuddannelsen skal etableres, også må sikre den basale kliniske uddannelse af de sidste års kandidat­hold. Der er specielt problemer med at sikre, at disse læger får den fornødne minimums­uddannelse på medicinske afdelinger. Man må her forudse, at det i de nærmeste år vil være nødvendigt at gribe ind i den traditionelt frie stillingsbesættelse på disse afdelinger, ligesom det må overvejes, om det <an blive nødven­digt med midlertidige ekstranormeringer på visse medicinske afdelinger.

Selv om der på kort sigt er store capaci­etsproblemer, er det vigtigt, at myndigheder­ne følger udviklingen nøje og så snart det er muligt tager initiativ til udvidelse af de blok­ansættelser, der omfatter den supplerende uddannelse, således at disse kommer til at omfatte de ansættelser, der er nødvendige for uddannelsen af speciallæger i almen medicin. Dette må forventes at kunne ske i første halvdel af 1980'erne.

PRAKTISERENDE LÆGERS HITTIDIGE UDDANNELSE

Fra lægelovens ikrafttræden i 1935 og indtil 1970 eksisterede der en lovbestemt 12 mæ­nede obligatorisk videreuddannelse, før læger­ne tildeltes ubegrænset autorisation som læge og fødselshjælper (B-autorisation). Denne ud­dannelse bestod af 6 måneders kirurgi og 6 måneders medicin, indtil 1965 tilrettelagt som en turnustjeneste.

Ved lægelovsrevisionen i 1970, der fulgte ændringer i den lægevidenskabelige studie­plan af 1967, forlængedes den obligatoriske videreuddannelse til at omfatte 24 måneders sygehustjeneste, bestående af 9 måneders medicin, 3 måneders kirurgi, 3 måneders psykiatri, 3 måneders gynækologi/obstetrik og 6 måneders valgfri sygehusansættelse. Endvi­dere etableredes for første gang et teoretisk kursus af 120 timers varighed, hvoraf ca. halvdelen omfatter orientering om særlige praksisforhold og resten en videreuddannelse i lægevidenskabelige fag, som skønnes af have særlig relevans for virksomhed i almen prak-

sis. Disse fag er dermato-venerologi, oftalmolo­gi og oto-rhino-laryngologi og pædiatri.

De ovennævnte krav er, som anført tidli­gere, de minimale krav for opnåelse af B-autorisation eller tilladelse til almen praksis, men den reelle varighed af videreuddannelsen før nedsættelse i almen praksis har hele tiden været længere end de nævnte minimumskrav. I en artikel i Ugeskrift for læger 1966, 128, 371-375, er der redegjort for resultaterne af en enquete blandt 302 alment praktiserende læ­ger, der nedsatte sig i 5-året 1960-64. Fra denne artikel skal fremdrages de vigtigste resultater.

Den gennemsnitlige varighed af sygehus uddannelsen før overgang til almen praksis var 5,3 år. Ca. halvdelen af de adspurgte havde haft ansættelse som amanuensis inden nedsæt­else som alment praktiserende læge.

Ved undersøgelsen havde man endvidere interesseret sig for, hvor mange af de nynet­satte læger der havde haft ansættelse omfat­tede specialerne medicin, kirurgi, psykiatri og gynækologi/obstetrik. Det viste sig herved, at kun 4 af de 302 havde haft mindst 6 måneders ansættelse i alle de nævnte fire specialer, medens 25 % havde skaffet sig 6 måneders ansættelse i tre af de fire specialer.

Kun 22 % havde haft ansættelse på psyki­atriske afdelinger og 38 % på gynækologisk/obstetriske afdelinger.

På et spørgsmål om der savnedes yderlige­re ansættelse i noget speciale, svarede næsten 1/3, at de havde følt behov for yderligere ansættelse på intern medicinsk afdeling. Ingen af de øvrige specialer kunne samle et tilsva­rende antal lægers ønsker.

På spørgsmålet om behov for ansættelse på afdelinger, som de nynedsatte praktiseren­de læger ikke havde været ansat på i deres hittidige uddannelse, svarede knapt halvdelen, at der var behov for ansættelse på dermatolo­gisk afdeling, medens ca. 1/3 ønskede oto-rhino-laryngologi, pædiatri og psykiatri.

For at få et indtryk af, hvorvidt disse uddannelsesmønstre har ændret sig med åre­ne, har speciallægekommisionen i samarbej­dermed lægeforeningen i november 1975 fore­taget en fornyet undersøgelse af nyligt nedsat­te praktiserende lægers hittidige uddannelses­forløb.

Undersøgelsen er udført ved en enquete udsendt til 340 praktiserende læger, som i tidsrummet 1.1.1974 til 1.XI.1975 for første gang nedsatte sig i almen praksis. Enqueten er

blevet besvaret af 300 læger eller ca. 88 %. Folgende hovedresultater af undersøgelsen skal gengives her:

Den gennemsnitlige videreuddannelse inden nedsættelsen var 4,8 år og fordeler sig på den i Tabel VI angivne måde:

Tabel VI. 300 praktiserende læger, fordelt efter længden af deres videreuddannelse, inden nedsættelse i perioden 1.1.1974 til LIX. 1975.

Uddannelse	Antal
-24 måneder	6
25-36 måneder	51
37-48 måneder	74
49-60 måneder	81
61-72 måneder	30
73-84 måneder	19
85-96 måneder	11
97-108 måneder	6
109-120 måneder	6
121 måneder og derover	16
I alt	300

Gennemsnit:	Totalt	58,1 måned
	Øverste 25 %	97,3 måned
	Nederste 25 %	32,8 måned

Ligesom i 1966-undersøgelsen er der meget betydelig variation i både kandidatlder og sygehustjeneste før nedsættelsen, idet enkelte meget langvarige uddannelser tilsyneladende er udtryk for, at de pågældende har gennemført et fuldstændigt eller næsten fuldstændigt speciallægeuddannelsesforløb, men ikke har fundet eller ønsket varig beskæftigelse inden for det pågældende speciale.

Den gennemsnitlige sygehusuddannelse før nedsættelsen var 52 måneder og fordeler sig som anført i Tabel VII, hvori til sammenligning er anført antallene fra 1966 undersøgelsen:

Det ses, at de 300 læger har gennemsnitlig 19 måneders uddannelse i den kirurgiske blok og 20 måneders ansættelse i den medicinske blok, hvorved forstås intern medicin og medicinske grenspecialer.

Det ses endvidere, at 125 læger i gennemsnitlig 7 måneder har haft psykiatri, og det vil sige, at 58 % ingen uddannelse har i dette fag.

Af lægerne har 129 haft i gennemsnit 8 måneders ansættelse på gynækologisk/obstetriske specialafdelinger. I alt har dog 268 af de 300 læger haft ansættelse på afdelinger med gynækologisk/obstetrisk virksomhed.

Inden for undersøgelsesperioden har der ikke vist sig nogen tendens til forkortelse af uddannelsernes varighed.

Det er endvidere opgjort hvor mange af de 300 læger der opfylder de nugældende krav om 24 måneders klinisk uddannelse for opnåelse af tilladelse til almen praksis, indeholdende 9 måneders medicin 3 måneders psykiatri, 3 måneders kirurgi og 3 måneders gynækologi og obstetrik. 82 læger eller 27 % opfylder disse krav, og 173 læger eller ca. 58 % har i deres uddannelse tre af de fire fag repræsenteret med hver 6 måneder inden for 24 måneders hospitalsansættelse.

Det skal endvidere anføres, at af de 300 læger har de 146 i gennemsnit 12 måneders uddannelse i almen praksis som amanuensis, vikar eller lignende almen lægegerning.

Det skal endelig anføres, at 96 eller 32 % har gennemgået det 120 timers kursus i almen medicin.

Knap 80 % af de 300 læger anfører, at de i et eller flere specialer ikke har fået tilstrækkelig uddannelse. Det drejer sig i langt hovedparten af tilfældene om specialer, hvori de pågældende ikke har haft ansættelse. Heraf kan nævnes:

Dermatologi 116 læger, svarende til 39 % af samtlige

Fysiurgi 86 læger, svarende til 29 % af samtlige
 Pædiatri 71 læger, svarende til 24 % af samtlige
 Otologi 46 læger, svarende til 15 % af samtlige
 Psykiatri 37 læger, svarende til 12 % af samtlige.

Gynækologi anføres af 41 (svarende til 14 %), hvoraf de 25 har haft ansættelse på en afdeling, hvor dette speciale var repræsenteret. Kun 12 (svarende til 4 %) anførte intern medicin.

Som konklusion af denne undersøgelse set i forhold til 1966-undersøgelsen skal fremhæves:

1. Den gennemsnitlige sygehusuddannelse er forkortet med 1 år (fra 5,3 til 4,3 år).
2. I begge undersøgelser havde ca. halvdelen haft tilknytning til almen praksis før nedsættelsen.
3. I 1966 havde 22 % haft gennemsnitlig 7 måneders psykiatri og i 1975 havde 42 % haft 7 måneders psykiatri.
4. 80 % savner yderligere uddannelse i et eller flere fag, i næsten alle tilfælde inden for fagområder hvor de pågældende ikke havde haft ansættelse.

Tabel VII. 300 og 302 praktiserende lægers gennemsnitlige sygehusuddannelse inden nedsættelse i perioderne 1.1.1974- LIX, 1975 og 1961-65.

Speciale	1974-75			1961-65 Total- gennem- snit ¹⁾
	Antal	Gennem- snit	Total- gennem- snit ¹⁾	
Kirurgi	147	11,8	5,8	19,4
Kirurgi inkl. gynækologi/obstetrik	175	14,2	8,3	
Ortopædisk kirurgi	51	7,5	1,3	
Gynækologi/obstetrik	129	7,7	3,3	
Andre kirurgiske specialer	22	9,6	0,7	19,8
Intern medicin	300	17,6	17,6	
Medicinske grenspecialer	49	13,8	2,2	
Psykatri	125	6,7	2,8	
Pædiatri	66	8,9	1,9	25,4
Dermato-venerologi	11	5,2	0,2	
Neuromedicin	42	7,6	1,1	
Fysiurgi	27	7,8	0,7	
Oto-rhino-laryngologi	42	6,5	0,9	1,5
Andet	—	—	5,3	
I alt	300	—	52,1	63,4

¹⁾ Ved totalgennemsnit forstås antal måneder i pågældende speciale fordelt på hele materialet.

- I 1966 ønskede 31 % yderligere uddannelse i intern medicin, i 1975 kun 4 %.
- Der er ligeledes færre ønsker om gynækologi/obstetrik og oto-rhino-laryngologi (i 1966: 31 %, 1975: 15 %).
- Det hyppigst forekommende ønske er stadig dermatologi (i 1966: 50 %, 1975: 39 %).
- Ønsket om pædiatri er stadig fremtrædende (i 1966: 34 %, 1975: 24 %).
- Det samme gælder fysiurgi (i 1966: 25 %, 1975: 29 %).
- 12 % ønskede ansættelse i psykiatri mod 30 % i 1966.

Imidlertid modsvares dette af de ovenfor under punkt 3 nævnte forhold, at langt flere i 1975-undersøgelsen havde haft ansættelse på psykiatrisk afdeling. Hvis antallet af dem, som har haft ansættelse på psykiatrisk afdeling eller ønsker det, lægges sammen, fås både i 1966- og 1975-undersøgelsen ca. 55 % af samtlige.

Behovet for dermatologi, fysiurgi og pædiatri er stort, og der kan være grund til at pege på, at fysiurgi er det eneste af disse 3 fag, som ikke er repræsenteret i det teoretiske 120 timers kursus.

FORHOLDENE I UDLANDET

I de nordiske lande kendes allerede særlige uddannelser med henblik på virksomhed i

almen praksis. I Norge har man således længe som betingelse for opnåelse og bevarelse af særlig titel — almen praktiker med tilføjelse af DNLF (Den norske lægeforening) — skullet gennemføre en særlig videreuddannelse, der ud over turnustjenesten på 18 måneder består af 24 måneders virksomhed i almen praksis, mindst 300 timers kursusdeltagelse, heraf nogle obligatoriske efter lægeforeningens bestemmelse, samt 1 års sygehusansættelse ved afdelinger med godkendte uddannelsesprogrammer.

Som betingelse for at bevare titlen kræves, at man over en 5-årig periode fortsat har almen praksis som hovedbeskæftigelse, deltager i 200 timers kursus og har tilsammen 3 måneders sygehustjeneste ved afdeling eller poliklinik, relevant for almen praksis.

I Sverige har man ud over den fælles turnustjeneste på 21 måneder etableret en egentlig formaliseret uddannelse med henblik på opnåelse af **almänläkarekompetens** (ret til praksis for den offentlige sygesikring). Denne uddannelse er af 3½ års varighed og omfatter:

- 1½ års ansættelse ved intern medicinsk afdeling, hvoraf højst 1 år kan erstattes af ansættelse ved langtidsmedicinsk afdeling eller højst 6 måneder kan erstattes med ansættelse ved afdeling for medicinsk rehabilitering (fysiurgi og rehabilitering).

- 2) 6 måneders ansættelse ved psykiatrisk afdeling. Afdelingen skal have akut modtagelse af patienter.
- 3) 6 måneders ansættelse i almen praksis eller socialmedicin.
- 4) 3 måneders ansættelse ved pædiatrisk afdeling.
- 5) 9 måneders ansættelse i almen praksis eller valgfrit inden for de anerkendte specialer.

Inden for EF-området har man i juni 1975 vedtaget 2 direktiver vedrørende lægers frie muligheder for erhvervsudøvelse i medlemsstaterne. I forbindelse hermed vedtoges visse minimale uddannelsesvarigheder for specialer, som var fælles i 2 eller flere af medlemsstaterne, men heri indgik ikke et speciale i almen medicin.

Ikke desto mindre findes der inden for EF flere lande (for eksempel Tyskland, Holland og England), hvor der er etableret mere eller mindre obligatoriske postgraduate uddannelser med henblik på almen praksis.

Udviklingen er dog endnu i en tidlig fase, og ministerrådet har derfor i dette stadium indskrænket sig til at optage et protokollat — i øvrigt på mødet den 16.VI.1975, hvor lægedirektiverne blev endelig vedtaget — hvorved Rådet konstaterer, »at der i visse medlemsstater aftegner sig en almindelig tendens til at understrege den praktiserende læges rolle og betydningen af hans uddannelse. Rådet anmoder derfor Kommissionen om at undersøge de problemer, som denne udvikling medfører, og at fremlægge forslag herom.« Sådanne forslag er endnu ikke fremlagt.

RESUME

Med det fremlagte forslag til ændring af lægeloven vil alle læger efter en fælles almenuddannelse på 18 måneder få ret til selvstændig virksomhed som læge, og den hidtidige tilladelse til at udøve virksomhed som alment praktiserende læge, der opnås på baggrund af en 2-årig videreuddannelse, omfattende blandt andet teoretiske kurser af 120 timers varighed, bortfalder.

Speciallægekommisionen foreslår derfor, at der i tilslutning til lægelovsændringen oprettes et speciale i almen medicin og fastlægges uddannelseskrav, der kræves gennemført som en betingelse for at opnå tilladelse til at praktisere for den offentlige sygesikring. Disse uddannelseskrav beskrives nærmere, og det fremhæves, at det efter kommissionens opfattelse er helt afgørende, at en del af uddannelsen finder sted i almen praksis, og at der derfor snarest etableres uddannelsesstillinger i den primære sundhedstjeneste.

Som overgangsbestemmelser foreslår kommissionen, at læger i videreuddannelse kan opnå tilladelse til at praktisere for den offentlige sygesikring, hvis de opfylder de uddannelseskrav, der er beskrevet i lægeloven af 1970, medens læger med lægevidenskabelig embedseksamen efter 1.1.1977 skal gennemføre en 3-årig videreuddannelse.

For at udnytte den stærkt begrænsede uddannelseskapacitet bedst muligt foreslår kommissionen samtidig, at såvel almenuddannelsen som den resterende del af uddannelsen gennemføres i blokansættelser.

Redegørelse fra
Speciallægekommissionens arbejdsgruppe
vedrørende børnepsykiatri

Under kommissionens drøftelser af specialet bernepsykiatri syntes de følgende problemer at kræve særlig opmærksomhed:

- 1) Den utilstrækkelige udbygning inden for det amtskommunale sygehusvæsen i forhold til det i »Vejledende retningslinjer for planlægning af sygehusvæsenets udbygning« forudsatte.
- 2) Det stadig stigende og på grund af fagets manglende udvikling på amtsplan udækkede behov for børnepsykiatrisk bistand i den primære sundhedstjeneste, i den sociale sektor og inden for skolevæsenet.
- 3) Den utilstrækkelige rekruttering til børnepsykiatri, som dels skyldes de relativt få slutstillinger, dels det ringe antal uddannelsesstillinger — også set i forhold til den nu eksisterende slutstillingpulje. Dette misforhold har bl.a. medført, at ønsket om obligatorisk ansættelse ved børnepsykiatrisk afdeling som led i den pædiatriske og voksenpsykiatriske specialistuddannelse ikke har kunnet realiseres.
- 4) Den herskende uklarhed om fagets relationer også i uddannelsesmæssig henseende til andre specialer og »gren«-specialer, især pædiatri, voksen- og ungdomspsykiatri og almen medicin.

Med henblik på en nærmere belysning af disse problemer og i relation hertil en vurdering af muligheden for en integration mellem børnepsykiatriske enheder og de pædiatriske afdelinger nedsatte speciallægekommisionen i september 1974 en arbejdsgruppe med følgende sammensætning:

- 1) Overlæge ULLA BOESEN, børnepsykiatrisk sektion, Dansk psykiatrisk selskab.
- 2) Overlæge JØRGEN FOG, Sundhedsstyrelsen.
- 3) Overlæge HENRIK HOFFMEYER, voksenpsykiatrisk sektion, Dansk psykiatrisk selskab.

4) Professor, dr. med. JOHS. MELCHIOR, Dansk pædiatrisk selskab.

5) Lektor, dr. med. RENÉ VEJLSGAARD, speciallægekommisionen (formand).

Arbejdsgruppen har holdt 4 møder. Gruppen har ikke fået tildelt et egentligt kommissorium, men til 2. møde var udarbejdet en række notater fra de respektive fagområder til belysning af de rejste problemer. (Disse er som bilag fremsendt til kommissionen).

Arbejdsgruppen har herefter udarbejdet nærværende redegørelse, som i kortfattet form beskriver de funktioner, specialet varetager, samt de forventede udvidelser af funktionsområdet i forbindelse med den ændrede opgavefordeling i henhold til bl.a. bilstandslovens gennemførelse. Endelig fremsættes forslag vedrørende en integration mellem pædiatriske og børnepsykiatriske enheder i det amtskommunale sygehusvæsen, som vil skabe baggrund for en hensigtsmæssig uddannelse, såvel i børnepsykiatri som i de tilgrænsende specialer.

Børnepsykiatriens udvikling

Børnepsykiatrien beskæftiger sig med diagnostik og behandling af psykiske lidelser hos børn. Den aldersmæssige afgrænsning varierer inden for forskellige lande og er herhjemme begrænset til 14-15 års alderen. Hyppigheden af disse lidelser varierer, og afhængigt af kriterier og klientel angives forskellige tal. Et realistisk udgangspunkt er, at 7-16% af alle børn har behov for børnepsykiatrisk bistand, enten ved direkte børnepsykiatrisk behandling eller indirekte ved rådgivning til f.eks. praktiserende læger og skolepsykologer. Kun en lille del af dette behov dækkes her i landet.

I 1944 oprettedes den første børnepsykiatriske afdeling, og i 1954 blev børnepsykiatri et selvstændigt speciale. Til trods for den

tidlige start er udbygningen skredet langsomt frem.

Der eksisterer i dag i alt otte børnepsykiatriske enheder, en ved Rigshospitalet, en ved Københavns kommunale sygehusvæsen, to amtskommunale afdelinger og de sidste fire under direktoratet for statshospitalerne. Få børnepsykiatere er beskæftiget uden for sygehusvæsenet (skolepsykiatrisk kontor i Københavns kommune, enkelte rådgivningscentre under børne- og ungdomsforsorgen samt i åndssvageforsorgen). Muligheden for at praktisere som speciallæge i børnepsykiatri for sygesikringen er begrænset af, at der ikke eksisterer nogen overenskomst.

Behovet for undervisning i børnepsykiatri i en række fagområder, lægelige såvel som ikke-lægelige, har ligeledes vanskeligt kunnet opfyldes.

I de »Vejledende retningslinjer for planlægning af sygehusvæsenets udbygning« anføres, at det børnepsykiatriske speciale skal indeholdes i den enkelte amtskommunes samlede sygehusfunktion, en placering der anses for hensigtsmæssig dels af hensyn til de kortere afstande for patienterne og deres familier, dels for at opnå et tilstrækkeligt nært tværfagligt samarbejde sygehusspecialerne imellem, og for at den nødvendige børnepsykiatriske bistand uden for sygehusvæsenet over for skolevæsenet, socialcentrene, særforsorgen samt den primære sundheds- og socialtjeneste kan stilles til rådighed på samme måde som for de andre sygehusspecialers vedkommende.

Den i retningslinjerne foreslåede udbygning i amterne har imidlertid ikke fundet sted, og behovet netop her er i dag væsentligt større på grund af den siden dengang stedfundne ændring i opgavefordelingen mellem stat, amter og kommuner, herunder ikke mindst bistandslovens gennemførelse. Den manglende udbygning står i misforhold til den udvikling, som har fundet sted inden for andre lægelige specialer, hvilket som nævnt har svækket rekrutteringer til specialet og medført, at de eksisterende enheder er overbelastede og har lange ventelister. Disse ventelister består formentlig af alvorligere sygdomstilfælde, idet det hævdes, at alment praktiserende læger efterhånden undlader at henvise middelsvære og lettere tilfælde til de eksisterende afdelinger på grund af ventetiden og i stedet som tidligere henviser til pædiatere og eventuelt andre institutioner.

Børnepsykiatriens funktioner / sundhedssektoren

Speciallæger i børnepsykiatri virker **inden for sygehusvæsenet** i sengeafdelinger og ambulatorier med undersøgelse og behandling samt visitation af børn henvist fra institutioner, skolevæsenet, børne- og ungdomsforsorg, særforsorg, alment praktiserende læger og fra andre specialafdelinger. Ikke blot praktiserende læger, kommunale sundheds- og socialforvaltninger samt socialcentre, men også øvrige afdelinger i sygehuset vil stille større krav til børnepsykiatriske afdelingers assistance i fremtiden.

Der er et udtalt behov for børnepsykiatriske bistand **uden for** sygehusvæsenet med henblik på tidlig diagnostik, planlægning og vejledning i behandlingen og supervision af igangværende behandling. I forbindelse med det øgede tværfaglige samarbejde i den primære sundheds- og socialtjeneste bl.a. med henblik på **en øget sygdomsforebyggende indsats** over for familier med mindre børn er det sandsynligt, at såvel alment praktiserende læger som sundhedsplejersker, skolelæger og sociale rådgivergrupper vil fordrø øget børnepsykiatrisk assistance til denne opgave.

/ den sociale sektor

Hvor der kun i ringe grad er sket en udbygning af den børnepsykiatriske bistand i den primære sundheds- og socialtjeneste samt i skolevæsenet er børnepsykiatriens virksomhed mere udbygget i relation til specielle områder inden for socialvæsenet. Børnepsykiatrisk tilsyn (undersøgelse og behandling af det enkelte barn samt vejledning af forældre og personale) på **børne- og ungdomsforsorgens** forskellige døgninstitutioner varetages for øjeblikket af såvel voksen- som børnepsykiatere på konsulentbasis. På institutioner for børn varetages arbejdet bedst af børnepsykiatere. Såfremt de børnepsykiatriske enheder normeres sufficient, ville det være ønskeligt, om dette arbejde blev knyttet til disse ambulatorier.

Børneværnet (nu sundheds- og socialudvalgene) ønsker ofte et barn børnepsykiatrisk undersøgt forud for stillingtagen til anbringelse, eventuelt med efterfølgende konference mellem børnepsykiateren og den visiterende myndighed. Familievejledningens, børne- og ungdomsværns-personale og de kommende rådgivergrupper vil ofte have behov for bør-

nepsykiatrisk vejledning og supervision i behandlingsforløb og i akut opståede situationer. Endelig må de kommende-amtslige socialcentre også have direkte børnepsykiatrisk bistand.

Statens åndssvageforsorg har i fire forsorgscentre børnepsykiatere ansat som overlæger. De øvrige har et stort behov for børnepsykiatrisk specialviden, et behov der kun opfyldes i begrænset omfang. Dette er u hensigtsmæssigt, når man betænker, at op mod halvdelen af børn og unge under åndssvageforsorgen har moderate eller svære psykiske forstyrrelser ved siden af intelligensnedsættelsen.

Den øvrige særforsorg (blinde, vanføre, tale- og døveforsorgen) har ligeledes et behov for børnepsykiatrisk assistance, som i flere tilfælde i dag dækkes af konsulenter. Disse opgaver kan man forudsat en tilstrækkelig normering overflytte til de børnepsykiatriske sygehusenheder.

/ skolevæsenet

De skolepsykologiske kontorers personale består ikke længere udelukkende af skolepsykologer, men udbygges med kliniske psykologer og socialrådgivere foruden konsulenter for specialundervisning. Et samarbejde mellem børnepsykiatriske speciallæger og de skolepsykologiske kontorer er ikke kun ønskeligt, men nødvendigt, da mange af de børn, der i skolealderen henvises til børnepsykiatrisk undersøgelse, har eller har haft kontakt med skolepsykologisk kontor. Ved et fast etableret samarbejde, f. eks. gennem regelmæssige konferencer, opnår man en bedre udnyttelse af den samlede specialviden, en bedre koordination af behandlingsforløb og en bedre visitation med hensyn til, hvor det enkelte barn mest hensigtsmæssigt behandles. Desuden opnås herved, at skolens personale, når der er brug for rådgivning vedrørende specielle undervisningsformer af børn med udtalte adfærdsvanskeligheder eller symptomer på psykisk lidelse, kan få bistand gennem det etablerede samarbejde mellem børnepsykiatere og skolepsykologisk kontor.

Undervisning

Undervisning i børnepsykiatri indgår både i det medicinske studium og i videreuddannelsen af vordende speciallæger i 1) børnepsykiatri, 2) psykiatri, 3) pædiatri og 4) af læger til almen praksis. Herudover undervises i faget

især ved forskellige efteruddannelseskurser for læger. Faget indgår i psykologiundervisningen på universiteterne og på Danmarks lærerhøjskole. Børnepsykiatriske afdelinger anvendes som praktiksteder i uddannelsen af psykologer og socialrådgivere. I øjeblikket gives der kun i ringe omfang undervisning i børnepsykiatri til sygeplejegruppen, det gælder både grund- og videreuddannelsen. Noget tilsvarende gælder de sociale skoler og forskellige seminarier.

Andre funktioner

Mødrehjælpen og plejehjemsforeningerne har i en række tilfælde anvendt børnepsykiatrisk vurdering af såvel børn som vordende adoptiv- og plejeforældre. Mødrehjælpsopgaverne i denne henseende skal i fremtiden løses af socialcentre.

Retsvæsenet og andre juridiske instanser anvender børnepsykiatere f. eks. ved undersøgelser og erklæringer med henblik på spørgsmål om forældremyndighed, samkvemsret og ved anke eller lignende i tvangsanbringelsessager.

Børnepsykiatriens relationer

Faget har både i den daglige funktion og med hensyn til uddannelse tæt berøring med psykiatrien og pædiatrien. De fleste steder er børnepsykiatriske afdelinger geografisk placeret i tilknytning til voksenpsykiatriske afdelinger og er således i nogen grad isoleret fra de øvrige sygehusspecialer. Dette er betinget af den historiske udvikling, hvor børnepsykiatrien er udsprunget af den klassiske psykiatri, dens tankegang og metode.

Fagets daglige og praktiske opgaver er imidlertid med tiden blevet mere og mere præget af, at klientellet først og fremmest er børn i bestandig udvikling. Erkendelsen heraf rejser umiddelbart spørgsmålet, om ikke en nærmere geografisk og funktionsmæssig tilknytning til de pædiatriske afdelinger ville være hensigtsmæssig ud fra en række hensyn.

Relation til voksenpsykiatri

Samarbejdet mellem voksen- og børnepsykiatrien har hidtil trods den geografiske nærhed været ret ubetydeligt, og man har fra voksenpsykiatrisk side i almindelighed fundet, at børne- og til dels ungdomspsykiatrien er givet væsentligt bedre vilkår for psykiatrisk behandling efter moderne dynamiske principper.

Det er nødvendigt, at samarbejdet mellem de psykiatriske specialer fortsat bliver udbygget, navnlig ved at den voksenpsykiatriske uddannelse kommer til at rumme klinisk børnepsykiatri. Børne- og ungdomspsykiatriens opgave er også — dvs. jævnsides med den behandlende indsats — at forebygge psykisk sygelighed senere i livet. På grund af den utilstrækkelige udbygning af den børnepsykiatriske virksomhed spiller denne indsats kvantitativt næppe nogen større rolle i øjeblikket.

Udviklingen af den moderne ambulante social- og distriktskykiatri samt udviklingen af familiepsykiatrien o.lign. gør det absolut nødvendigt, at børne- og voksenpsykiatrien samarbejder. Bl.a. derfor bør de eksisterende børnepsykiatriske afdelinger, som overvejende er placeret ved psykiatriske institutioner med tilknytning til universiteterne (og dermed til studenterundervisningen), opretholdes og udbygges.

Imidlertid er de klassiske psykoser og karakterneuroser sjældne i barnealderen, ligesom de psykopatologiske tilstande, der findes med fremskreden alder, ikke eksisterer inden for børnepsykiatrien. I det hele taget må det fremhæves, at børns forskellige udviklingstrin og livssituation medfører en anden undersøgelses- og behandlingsform, end man benytter i voksenpsykiatrien, hvorfor børnepsykiatriske patienter (bortset fra i ganske særlige tilfælde) ikke kan indpasses i den voksenpsykiatriske pleje. Man kan derfor ikke fra voksenpsykiatrisk side indvende noget imod, at de børnepsykiatriske afdelinger eller enheder i fremtiden også etableres og udbygges ved de amtskommunale sygehuse, som rummer de pædiatriske afdelinger.

Relation til ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatri er i mange lande, bl.a. Sverige, et speciale. Herhjemme findes intet speciale i ungdomspsykiatri, men enkelte specialafdelinger tager sig af unge patienter mellem 14 og 20 år.

Gruppen har indtil videre afstået fra at vurdere ungdomspsykiatri som speciale i uddannelsesmæssig forstand, men skal henvise til særbetænkning herom (Ugeskr. Læg. 1971, 133, 1274) og eventuelt til særbehandling under kommissionen. Ungdomspsykiatrien har nære relationer til såvel børnepsykiatri og voksenpsykiatri som til pædiatri.

Relation til pædiatri

Børn med psykiske lidelser bør behandles i

særlige enheder indrettet specielt for dette klientel; det gælder såvel under indlæggelse som i ambulant behandling. En pædiatrisk vurdering kan være nødvendig, ligesom en neuropædiatrisk undersøgelse og kontinuerlig kontrol kan være ønskelig. Disse forhold taler for en placering af børnepsykiatri og pædiatri i samme sygehusenhed (hovedsygehus).

Et vist bygningsmæssigt fællesskab for de to specialer vil medføre, at man i det omfang, det er hensigtsmæssigt, kan have fælles plejepersonale og fælles stab af psykologer, socialrådgivere og særlige pædagoger, hvilket indebærer såvel faglige som formentlig økonomiske fordele. Ligeledes vil en fælles rådgivning med hensyn til anbringelse på institutioner uden for sygehusvæsenet være hensigtsmæssig, ikke mindst når man tager pædiatriens og børnepsykiatriens funktioner over for skole-, sundheds- og socialvæsen i betragtning. Ej heller bør man se bort fra, at forældres holdning til børnepsykiatrisk undersøgelse og behandling af deres børn vil være mere naturlig, når børnepsykiatrien udøves ved samme sygehus som pædiatrien.

Arbejdsgruppen har imidlertid især lagt vægt på de uddannelsesmæssige fordele ved en fælles placering af de to fag. Gruppen mener, at der herigennem kan skabes et rationelt uddannelsesforløb for yngre læger i børnepsykiatrisk og pædiatrisk speciallægeuddannelse ved oprettelse af rotationsstillinger mellem den pædiatriske og børnepsykiatriske enhed med godkendt program. F. eks. kan V₂-årige og/eller 1-årige perioder indgå begge steder, således at reservelægen har dagarbejde enten i den ene eller den anden enhed, og derudover indgår i en fælles vagt. Fælleskonferencer vil ud over deres uddannelseseffekt medvirke til den fornødne kontinuitet i vagtarbejdet.

Børnepsykiatrisk speciallægeuddannelse

Undersøgelse og behandling af sjæleligt syge børn er en så speciel og flerfacetteret lægelig funktion, at den i det væsentlige ikke kan varetages af andre lægelige specialer eller personer med anden uddannelse. Derfor bør specialet fortsat eksistere med en særlig uddannelse som grundlag.

Gruppen har vurderet de nuværende uddannelseskrav og finder ingen anledning til at foreslå ændringer i den kliniske del. Man skal dog pege på, at der inden for de teoretiske kurser er områder, som kunne koordineres

med emner fra f. eks. pædiatrien og psykiatrien og danne grundlag for t lvalgskurser. Behovet for uddannelse i voksenpsykiatri, pædiatri og neurologi er så udtalt i netop dette speciale, at gruppen ikke ser nogen begrundelse for afskaffelse af kravene herom. Man finder det i øvrigt væsentligt, at der skabes øget mulighed for, at uddannelsessøgende inden for voksenpsykiatrien og pædiatrien og om muligt også almen medicin kan supplere deres uddannelse gennem ansættelse i børnepsykiatriske afdelinger.

Gruppen skal endvidere anbefale, at der ved en udbygning af børnepsykiatriske enheder i forbindelse med pædiatriske afdelinger etableres to-årige rotationsordninger godkendt af specialistanævnet. Disse enheder bør da klassificeres som d-afdelinger i børnepsykiatri og de to år tælle som henholdsvis 1 år i børnepsykiatrisk hoveduddannelse og 1 års uddannelse i pædiatri.

Lignende rotationsordninger kan etableres mellem voksen- og ungdomspsykiatri og børnepsykiatri, hvor de geografiske forhold taler for det.

Sådanne ordninger vil give større fleksibilitet og bedre og kortere uddannelser med færre ansættelser.

KONKLUSION OG FORSLAG TIL SPECIALLÆGEKOMMISSIONEN

Arbejdsgruppen finder, at der fortsat er et behov for at opretholde fagområdet børnepsykiatri som et selvstændigt speciale.

Faget varetager sådanne lægelige funktioner, der ikke i det væsentlige kan varetages af andre lægelige specialer, og som ikke kan dækkes af andre faglige uddannelser. Fagområdet kræver en uddannelse, der ikke bør ændres i forhold til de nuværende krav.

Man gør opmærksom på, at det i »Vejledende retningslinjer for planlægning af sygehusvæsenets fremtidige udbygning« er forudsat, at der oprettes 1-2 børnepsykiatriske enheder per amt. Heri er arbejdsgruppen af mange grunde enig; men denne udvikling har ikke fundet sted, og konsekvensen heraf har bl.a. været, at der er uddannet for få børnepsykiatere på grund af et utilstrækkeligt antal uddannelsesstillinger, samt at ønsket om at supplere andre specialer og faggruppers uddannelser med børnepsykiatri ikke har kunnet tilgodeses.

Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at der allerede nu er et stort og stærkt stigende behov for børnepsykiatrisk assistance ikke blot i sygehusvæsenet, men også især i den primære sundhedstjeneste og i den sociale sektor.

Kun et mindre antal af de eksisterende opgaver kan løses med det nuværende antal speciallæger; antallet af uddannelsesstillinger inden for børnepsykiatri må derfor snarest forøges, således at et øget antal slutstillinger i det amtskommunale sygehusvæsen efterhånden kan besættes. Arbejdsgruppen har fundet, at dette ud fra rationelle og samfundsøkonomiske synspunkter mest hensigtsmæssigt løses ved at åbne nye muligheder for fagets udøvelse, idet man skal **foreslå, at der ved sygehuse med eksisterende og kommende børneafdelinger etableres børnepsykiatriske enheder**, der i det omfang, det er fagligt hensigtsmæssigt, kan integreres funktionelt med pædiatrien, dog således at den børnepsykiatriske enhed har egen ledelse med en eller flere overlæger og fast tilknyttet læge(r) på 1. reservelægeplanet. Desuden bør der være reservelæge(r) og hvor det er muligt i rotation og vagtfællesskab med læger tilknyttet den pædiatriske enhed.

Arbejdsgruppen finder, at denne løsning allerede på kortere sigt og på forsvarlig vis vil løse en række samfunds-mæssige problemer i henseende til tidlig diagnose og behandling af psykiske lidelser hos børn over hele landet, samtidig med at der på længere sigt sikres rekrutteringsgrundlag for børnepsykiatere og skabes mulighed for uddannelse i børnepsykiatri for andre fagområders udøvere. Rotationsstillinger for yngre læger mellem de børnepsykiatriske enheder og voksen- og ungdomspsykiatriske samt pædiatriske afdelinger er meget ønsket.

Arbejdsgruppen mener, at dette problem bør løses snarest uafhængigt af statshospitalernes overføring til det amtskommunale sygehusvæsen. Forslaget indebærer ikke, at de nuværende etablerede børnepsykiatriske afdelinger, bl.a. i tilknytning til statshospitaler, bør omstruktureres, men at de fortsat bør bevares og i øvrigt udbygges og opnormeres med henblik på de udadgående funktioner og med henblik på hurtigst muligt at etablere det nødvendige antal uddannelsesstillinger. Dette gælder ikke mindst de afdelinger, der vil få landsdelsfunktioner som behandlingscentre for specielle psykiske lidelser hos børn. For

bevarelse taler også hensynet til samarbejdet med de tilknyttede voksen- og ungdomspsykiatriske afdelinger, et samarbejde som er øn-

sket og bør udbygges, selv om børnepsykiatri og pædiatri af de anførte grunde knyttes nærmere sammen inden for amtskommunerne.

Organisation
af
den teoretiske videreuddannelse

Redegørelse
fra
speciallægekommissionens udvalg vedrørende den teoretiske videreuddannelse

Speciallægekommissionen har gennem offentliggørelsen af flere rapporter tilstræbt en løbende information om kommissionens overvejelser for derigennem at opnå en frugtbar feed-back til kommissionens arbejde. Det er ud fra denne synsvinkel, at udvalget vedrørende den teoretiske videreuddannelse har ønsket at redegøre for dets overvejelser om en ny organisation af den teoretiske del af videreuddannelsen til speciallæge.

UDVALGETS NEDSÆTTELSE, SAMMENSÆTNING OG KOMMISSORIUM

På speciallægekommissionens møde den 1.IV.1975 besluttedes det at nedsætte et udvalg under speciallægekommissionen med det formål at analysere behovet for ændringer i den teoretiske del af videreuddannelsen til speciallæge, herunder spørgsmål om koordination inden for videreuddannelsen og koordination med det medicinske studium (stofoverførsel). Forinden havde fællesudvalget for de tre fakultetsstudienævne i skrivelse af 23.XI.1974 henvendt sig til speciallægekommissionen med henblik på nedsættelse af en arbejdsgruppe med det formål at etablere et koordinationsorgan til sikring af stofoverførsel mellem den præ- og postgraduate lægeuddannelse. Speciallægekommissionen besluttede derfor at anmode fællesudvalget for de tre fakultetsstudienævne om at lade sig repræsentere i udvalget:

Udvalget fik herefter følgende sammensætning:

Udpeget af speciallægekommissionen:

1. reservelæge, dr. med. HANS KARLE (formand)
overlæge JØRGEN FOG
overlæge, dr. med. STEFFEN GJØRUP
overlæge, dr. med. C. MADSEN
professor, dr. med. BENT SØRENSEN

Udpeget af fællesudvalget for de tre fakultetsstudienævne:

- overlæge, dr. med. P. LINNET-JEPSEN, Århus
stud. med. JENS PETER STEENSEN, København
stud. med. BIRGIT VISKUM, Odense (til februar 1976)
professor, dr. med. FRANTZ BIERRING, Odense (fra marts 1976)
stud. med. TROELS PEDERSEN, Odense (fra marts 1976)

Observatør fra Indenrigsministeriet:

- kontorchef, cand. jur. J. TØRNING (til november 1975)
kontorchef, cand. jur. NIELS BENTSEN (fra november 1975)

Fra speciallægekommissionens sekretariat:

- reservelæge JENS ASTRUP (til februar 1976)
sekretær KIRSTEN FISCHER
ekspeditionssekretær JOHS. NEHM.

Udvalgets kommissorium:

- 1) Med udgangspunkt i den samlede mængde uddannelsestilbud inden for den postgraduate lægeuddannelse ønskes en konkret vurdering af behovet for en koordinering af disse.
- 2) Der ønskes en konkret skitsering af, hvorledes uddannelsestilbudene kan samles og kommunikeres til de uddannelsessøgende og andre.
- 3) Der ønskes en vurdering af de krav, der bør stilles til kursusplaner generelt, herunder spørgsmålet om mål- og pensumbeskrivelser samt evalueringsformer.
- 4) Behovet for en central faglig vurdering af samtlige kursusplaner ønskes afklaret.
- 5) Der ønskes en vurdering af behovet for en central vejledning af pædagogisk samt uddannelsesteknisk art over for de enkelte kursusledelser samt over for de uddannelsessøgende.

- 6) Der ønskes en vurdering af, i hvilket omfang en central fagkundskab er nødvendig for at sikre særlig kursusvirksomhed, f. eks. tværfaglige kurser.
- 7) Med udgangspunkt i et konkret eksempel, som ønskes gennemarbejdet, ønsker man de problemer skitseret, der er forbundet med begrebet stofoverførsel, dvs. udveksling af pensum mellem præ- og postgraduat uddannelse.
- 8) I tilfælde af, at udvalget under sin gennemgang af pkt. 1-7 måtte finde det hensigtsmæssigt at foreslå en central styring, en centralt placeret fagkundskab o. lign. som forudsætning for en tilfredsstillende sikring og udvikling af området, bedes udvalget samtidig skitsere målet med en styring samt den nødvendige faglige repræsentation samt forsøge at skitsere omfanget af en tilhørende sekretariatsfunktion.
Endvidere ønskes skitseret, hvilken kompetence en eventuel central styring bør tildeles.

Udvalget bør stille forslag til speciallægekommissionen om løsning af ovenstående problemer i den teoretiske del af speciallægeuddannelsen, herunder den teoretiske del af uddannelsen i almen medicin.

Udvalgets arbejdsplan

Ved udvalgets første møde den 10.VI.1975 nedsattes følgende arbejdsgrupper:

Arbejdsgruppe A: vedrørende stofoverførsel (kommissoriets pkt. 7).

Medlemmer:

JENS ASTRUP (til februar 1976)

P. LINNET-JEPSEN

JENS PETER STEENSEN

BIRGIT VISKUM (til februar 1976)

FRANTZ BIERRING (fra marts 1976)

Arbejdsgruppen har besluttet at belyse stofoverførsels-problematikken ved eksempler fra anatomen, og man har sikret sig særlig sagkundskab ved at supplere sig med fagantomer og kirurger.

Arbejdsgruppe B: vedrørende planlægning og koordination af den teoretiske videreuddannelse (kommissoriets pkt. 1, 2, 4, 6 og 8).

Medlemmer:

STEFFEN GJØRUP

HANS KARLE

JOHS. NEHM

Dr. med. CLAUD LUNDSTEDT, speciallægekommissionen.

Ved udvalgets møde den 14.X.1975 traf man endvidere beslutning om nedsættelse af

Arbejdsgruppe C: vedrørende kursusplaner, mål- og pensumbeskrivelser, evalueringsformer og pædagogiske spørgsmål (kommissoriets pkt. 3 og 5).

Medlemmer:

HANS KARLE

JOHS. NEHM

1. reservelæge, dr. med. JØRN NERUP, Lægeforeningens uddannelseskomité
afdelingsleder, cand. jur. & art. OLE B. THOMSEN, Institut for anvendt pædagogik, Københavns universitet.

Nærværende redegørelse vil kun berøre overvejelser og forslag fra arbejdsgruppe B.

DEN TEORETISKE VIDERE- UDDANNELSE AF LÆGER. PLANLÆGNING OG KOORDINATION

Nuværende ordning

Studieplansbetænkningen af 1964 forudsatte en teoretisk videreuddannelse, og en sådan blev indført i form af 120 timers teoretisk kursus både for uddannelsessøgende til almen praksis og ved speciallægeordningen af 1966. Det formelle grundlag for den nuværende ordning er indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 202 af 25.V.1970. Ansvar for det teoretiske uddannelsesprogram til almen praksis er henlagt til sundhedsstyrelsens kursusråd vedrørende almen medicinuddannelsen, mens arbejdet med den praktiske gennemførelse er overgivet til de lægevidenskabelige fakulteter; kurserne finansieres af indenrigsministeriet. Oprindeligt var det tanken, at ansvaret for indholdet og gennemførelsen af den teoretiske videreuddannelse til speciallæge skulle henlægges til a-afdelingernes chefer, men speciallægeselskaberne påtog sig straks opgaven via særlige kursusudvalg, idet dog Da d l's uddannelseskomité måtte sikre finansieringen, indtil offentlige midler blev tilvejebragt. Af sundhedsstyrelsens cirkulære af 27.III.1972 fremgår det klart, at speciallægeselskaberne vælger en kursusledelse med repræsentation af såvel speciallæger som uddannelsessøgende, og at denne kursusledelse tilrettelægger det faglige indhold af kurserne og udarbejder budget for kurset; administrationen af kursusudgifterne varetages i samarbejde med hjemstedssygehusets administration.

Den formelle godkendelse af den teoretiske videreuddannelse til speciallæge er henlagt til sundhedsstyrelsen og specialistnævnet, men dette indebærer i realiteten kun i begrænset omfang en bedømmelse af det faglige

indhold, hvorimod man kan øve indflydelse på kursusøkonomi og i nogen grad på organisation. Dispensationssager varetages ligeledes af sundhedsstyrelsen og specialistnævnet, herunder også deltagelse i anden kursusvirksomhed, f. eks. i udlandet.

Den nuværende ordning har medført en uhensigtsmæssig opbygning af den teoretiske videreuddannelse, således at hvert af de kursusberettigede speciallægeselskaber har kunnet opbygge sit eget kursusprogram. Ikke alle specialer har haft et separat kursusprogram; f. eks. er den teoretiske videreuddannelse i de medicinske og kirurgiske anerkendte grenspecialer ligesom a-ansættelsen henlagt til grundspecialerne, og enkelte små specialer har ikke etableret egen kursusvirksomhed, men har sikret den nødvendige teoretiske videreuddannelse ved samarbejde med andre specialer og ved internationalt, især nordisk samarbejde. Der har til gengæld været eksempler på to adskilte kursusprogrammer inden for et enkelt speciale (f.eks. anæstesiologi; psykiatri; tidligere også intern medicin). Ifølge opgørelse foretaget i sundhedsstyrelsens medicinal-statistiske afdeling efteråret 1973 findes der i alt 21 adskilte kursusprogrammer. Antallet af deltagere varierer fra 2 til 54; i 9 specialer er antallet af deltagere under 10. De fleste kursusprogrammer afvikles på 1 år; enkelte (f. eks. kirurgi) strækker sig over 2 år; enkelte specialer afholder kun kursus hvert andet eller tredje år.

Udgifterne ved den teoretiske videreuddannelse af speciallæger beløber sig (1975-76) til ca. 2,1 mill. kr., heraf knap 1,7 mill. kr. til lærerhonorarer og rejseudgifter til lærere og kursister og resten til administration, herunder udgifter til sundhedsstyrelsens uddannelses-sektion. Dertil kommer belastningen af sygehusene ved kursisternes fravær fra afdelingerne.

Med hensyn til kursusorganisation har der været en række udviklingstendenser som et resultat af den betydelige interesse, der har været udvist i speciallægeselskabernes kursusledelser med henblik på at finde tidssvarende uddannelsesformer. Som eksempler herpå kan nævnes:

- a) Ændring af uddannelsesprogrammet fra enkelttimer 1-2 gange ugentlig til samling i delkurser med emnebegrænset undervisning af 2-5 dages varighed.
- b) Delvis dispensation fra reglen om 120 timers undervisning per uddannelsessøgende, idet flere af de store specialer har opnået separate ordninger, der tillader et noget større timeantal.
- c) En udvikling fra ensartede uddannelsesprogrammer for alle uddannelsessøgende inden for specialet henimod større valgfrihed, dog kun inden for det af selskabet tilrettelagte program. De fleste selskaber anvender nu en kombination af obligatoriske og valgfrie kurser, enkelte har helt frit valg.
- d) Tendens til tidsmæssig adskillelse af det teoretiske kursus og ansættelse i a-stilling, hvorved en væsentlig begrundelse for a-stillingerne (men ikke opholdet på storhospitalerne) er ophævet. Nogle anvender dog stadig a-stillingen som adgangsbillet til det teoretiske uddannelsesprogram, men i flere specialer gives der kursusadgang efter nærmere regler til læger, som endnu ikke har opnået a-stilling, men som ønsker uddannelse i det pågældende speciale. Set med snævre økonomiske øjne er der utvivlsomt en vis lækage i systemet gennem denne ordning, men omfanget er næppe stort.
- e) På grundlag af de indhøstede erfaringer med kursusvirksomheden er der sket væsentlige forbedringer med hensyn til kursusindhold, herunder f. eks. balancen mellem fagenes basale grundlag, anvendt teori og praktik.
- f) Der er utvivlsomt sket betydelige fremskridt, hvad angår den pædagogiske side af videreuddannelsen, således at der selv uden egentlig pædagogisk assistance inden for de fleste specialer er opnået en tilfredsstillende balance mellem lærer- og elevaktivitet, ligesom der i et begrænset omfang er tilvejebragt egnet kursusmateriale etc.

Der kan næppe herske tvivl om, at der med de anførte udviklinger er opnået væsentlige forbedringer i et uddannelsessystem, som har været godt i en opbygningsfase, men som tiden mere eller mindre er løbet fra, og som næppe vil kunne imødekomme fremtidige krav i forbindelse med forventet ekspansion af videreuddannelsen.

Udviklingen i de øvrige nordiske lande

Som bekendt er et forslag til nordisk aftale om fælles principper i speciallægeuddannelsen fra 1964 aldrig blevet ratificeret. I et nyt forslag til ændring af overenskomst mellem de nordiske lande om fælles nordisk arbejdsmarked for læger er medtaget et nyt afsnit om gensidig anerkendelse af specialister. I dette forslag har man forladt tankerne om fælles uddannelsesregler. Der består således fortsat visse forskelle i de enkelte landes regler for speciallægeuddannelse, men principperne i 1964-aftalen følges dog i Norge, Sverige og Danmark, og man er af den formening, at det færdige produkt ikke afviger mere, end at en gensidig anerkendelse er mulig inden for de specialer, som det enkelte land selv opererer med. Det nye forslag er godkendt på embedsmandsplan den 27 XI 1975 og man kan imødesee ratifikation af aftalen inden længe.

Selv om der således ikke er udsigter til vedtagelse af fælles uddannelsesregler, kan det alligevel være hensigtsmæssigt at omtale udviklingen inden for den teoretiske videreuddannelse i de øvrige nordiske lande, først og fremmest fordi der her har været tale om bestræbelser på større koordination, dog med ret forskellige løsninger.

Finland

I Finland er der ikke etableret en formaliseret teoretisk videreuddannelse. Som det eneste land i Norden har man derimod en specialisteksamen. En ny studieplan for det medicinske studium i Finland, som i hovedsagen ikke adskiller sig fra den nugældende, forventes snarest vedtaget, men det er foreløbig ikke sandsynligt, at der bliver indført en formaliseret teoretisk videreuddannelse.

Norge

Det norske system har været karakteriseret ved en sammenlægning af den teoretiske videre- og efteruddannelse. Det faglige ansvar for uddannelsen er henlagt til de medicinske fakulteter, og finansieringen sker for hoved-

partens vedkommende over universitetsbudgettet, idet der dog er tilskud dels fra Den norske lægeforenings fond til videre- og efteruddannelse af læger samt kursusafgifter fra de uddannelsessøgende. Der er adgang til kurserne for alle norske læger, idet der dog er mulighed for ved de enkelte kurser at præferere for læger under uddannelse. Også læger fra andre nordiske lande har mulighed for at deltage. Det praktiske arbejde med tilrettelæggelse af kurserne varetages af fakulteternes udvalg for lægers videre- og efteruddannelse bistået af et beskedent sekretariat. Der udarbejdes årligt et kursuskatalog; i 1975 afholdtes i alt 80 kurser. Emnevalget for kurserne er i vid udstrækning sket under hensyntagen til de ønsker, der er fremkommet fra de forskellige specialitetskomiteer, som også har meddelt, hvilke kurser der vil blive godkendt inden for de enkelte specialer. De generelle krav er 60 timers kursus, idet der dog efter indstilling fra specialitetskomiteerne kan stilles krav om højere, eventuelt lavere, timeantal. Fra 1977 vil et overvejende flertal af specialer foreslå en udvidelse af kravene, oftest til 120 timer, i et enkelt (psykiatri) 200 timer.

Ansaret for godkendelse af specialistuddannelse påhviler Den norske lægeforenings centralstyre. Som rådgivende organ er der oprettet et specialitetsråd med repræsentanter for helsedirektoratet, de medicinske fakulteter, specialforeningerne og læger under uddannelse. Specialitetskomiteerne oprettes efter forslag fra specialforeningerne og består af 5 medlemmer, bl.a. med repræsentation af universitetslærere og læger under uddannelse.

Som anført er der ikke nogen adskillelse af videre- og efteruddannelsen, og man har i Norge fastholdt det formålstjenlige i at bevare denne ordning, idet man anser det for en fordel, at de to grupper af uddannelsessøgende gensidigt inspirerer hinanden. Man kan undre sig over, at en sådan bredde i målgruppen ikke giver anledning til problemer, men det skyldes muligvis en overvejende katedral undervisningsform.

Sverige

I 1969 blev der indført en ny ordning vedrørende videreuddannelsen af læger i Sverige. Efter denne er det tanken, at enhver læge under sin videreuddannelse efter den afsluttende eksamination i medicin, kirurgi og psykiatri (efter 21 måneders klinisk grundud-

dannelse) skal have en teoretisk videreuddannelse. Når uddannelsessystemet er fuldt udbygget (forventes i 1977), skal videreuddannelsen omfatte 120 timer formaliseret undervisning per uddannelsessøgende svarende til 6 ugekurser à 20 timer, hvortil kommer 10-15 timer per kursus til anden undervisningsaktivitet. Foreløbig er de formelle krav gennemgang af mindst 2 kurser, men de fleste får allerede 4-5 kurser. Man er opmærksom på, at behovet for teoretiske kurser kan variere, og at nogle specialer i nogen udstrækning kan basere uddannelsen på undervisning i afdelingerne.

Det administrative og faglige ansvar for videreuddannelsen er henlagt til Nævnet for lægers videreuddannelse (NLV), som sorterer direkte under socialdepartementet med sæde i socialstyrelsen. I nævnet, hvis 13 medlemmer udpeges af regeringen, har alle ansvarlige for lægers uddannelse sæde, dvs. socialstyrelsen, universitetskanslerembedet og de medicinske fakulteter, Landstingsforbundet (svarer nogenlunde til Amdsrådsforeningen i Danmark), Kommuneforbundet, Sveriges lægeforening, Det svenske lægeselskab og Studenterforbundet. Nævnet har til opgave at fastlægge de generelle retningslinjer for videreuddannelsen, herunder organisation og økonomi. Nævnet udpeger de nedennævnte ekspertgrupper, samarbejder med de regionale komiteer og formidler det internationale samarbejde.

Under nævnet findes særlige afdelinger for henholdsvis den systematiske videreuddannelse (NLV:U), omfattende både almenuddannelse og speciallægeuddannelse, almentjenesten (NLV:AT) og kompetencegivning (både til almen praksis og speciallægevirksomhed) (NLV:B). NLV:U administrerer kursusvirksomheden, herunder udarbejdelse af kursuskatalog, og yder pædagogisk assistance. Som rådgivende organer er oprettet emneekspertgrupper for hvert speciale eller gruppe af specialer samt for almenuddannelsen (i alt 30). Ekspertgrupperne udpeges af NLV* efter indstilling fra de medicinske fakulteter, Sveriges lægeforening og Det svenske lægeselskab. Disse ekspertgrupper er rådgivende over for NLV og varetager den konkrete planlægning inden for eget virksomhedsområde samt fastsætter, hvilke kurser der godkendes i de enkelte uddannelser.

Kursuslederne for de enkelte kurser udpeges af NLV:U efter indstilling fra ekspertgruppen. Kursuslederen, der evt. bistås af en

selvvalgt sekretær har meget vidtgående be-
føjelser; han udarbejder kursusprogrammet i
detaljer, dvs. forslag til indhold, lærerkræfter
etc. og opstiller budget. Både indhold og
økonomi godkendes af NLV:U. Desuden ud-
vælger kursuslederen deltagerne efter ansøg-
ning, giver evt. studieanvisninger, tilrettelæg-
ger kundskabsprøve og godkender kursusdel-
tagelse. Ved kursets afslutning indsendes be-
retning til NLV:U. Svarende til det betydelige
ansvar og arbejde er kursuslederhonoraret så
stort, at kursuslederen og kursussekretæren
kan frigøres fra normale funktioner i tilsam-
men 3 uger.

Det praktiske arbejde i NLV:U varetages
af et sekretariat med 15 heltidsansatte. De
samlede udgifter til den teoretiske videreud-
dannelse er for tiden ca. 18 mill. sv. kr. per år;
heraf går ca. 5 mill. til udgifter til kursisterne,
som ikke oppebærer løn under kursus, men
modtager et tilskud svarende til ca. 70 % af
hospitalslønnen foruden dagpenge og befor-
dringsudgifter. Hertil kommer udgifter til
nævnets virksomhed (delvis honoreret) og det
administrative personale. Der udsendes årligt
katalog om samtlige kurser til alle svenske
læger. Det samlede kursusudbud i 1975-76 er
253 kurser.

Ved den praktiske gennemførelse af kur-
susvirksomheden deltager regionale komiteer
(RLV) i de 7 sygehusregioner; disse har
hovedsagelig administrative-budgetmæssige
funktioner. Det tilstræbes, at kursusvirksom-
heden i de store fag kan afvikles inden for
regionen.

Målgruppen for uddannelsesprogrammet
er først og fremmest læger under uddannelse,
som har opnået autorisation som læge efter
1969, dernæst uddannelsessøgende med auto-
risation før 1969 og endelig i et vist omfang
læger, der allerede er specialister eller almen-
praktiserende læger. Der opereres dels med
obligatoriske kurser, dels med valgfri kurser
inden for den af vedkommende speciale plan-
lagte kursusvirksomhed, og endelig helt valgfri
kurser. Kursusvirksomheden kan spredes
over hele hoveduddannelsen.

Sammenlignet med danske forhold er det
svenske videreuddannelsessystem præget af
en betydelig organisation, mens kursusvirk-
somheden endnu langtfra er udbygget.

Mangler ved det nuværende danske system

Trods de utvivlsomme fremskridt, der har
præget udviklingen i de 8 år, vi har haft en

teoretisk videreuddannelse, har der dog været
iøjnefaldende mangler, først og fremmest
hvad angår koordination og hensigtsmæssig
udnyttelse af ressourcer.

Uddannelsessystemet har især været man-
gelfuldt på følgende områder:

1) U hensigtsmæssig udnyttelse af økonomi

Inden for specialer med få uddannelsessøgen-
de har der været afholdt kurser for en meget
begrænset deltagerkreds (som tidligere anført
helt ned til 2-3 deltagere), endda ofte inden for
emner der doceres og anerkendes i flere
specialer.

2) U hensigtsmæssig udnyttelse af lærerkræfter

Foruden at have den under punkt 1 anførte
konsekvens for kursusøkonomi har afviklin-
gen af kursusprogram med meget små hold
været belastende for de relativt begrænsede
lærerkræfter, der står til rådighed i videreud-
dannelsen, ligesom det er pædagogisk fru-
strerende at undervise små hold; der er
formentlig både en øvre og en nedre grænse
for hensigtsmæssig klassekvotient set fra en
pædagogisk synsvinkel.

3) Ringe tværfaglig kontakt

Det har været en udbredt opfattelse, at den
teoretiske videreuddannelse burde være fæl-
les inden for fagområder, som indgår i flere
specialer, hvis udøvere også i den daglige
kliniske situation er henvist til samarbejde.
Der har i tidens løb været anført en række
eksempler på emner, der ville egne sig til
fælles kursusvirksomhed (f. eks. mikrobiologi,
immunologi, endokrinologi, væskeelektrolyt-
balance og gastroenterologi).

4) Begrænsning i differentieringen af videreuddannelsen

Som konsekvens af adskillelsen i uddannelses-
enheder svarende til de forskellige specialer
har de givne rammer ikke skabt mulighed for
etablering af kursusvirksomhed på specielle
områder eller på grænseområder mellem fag-
ene.

5) Begrænset variationsmulighed med hensyn til uddannelsens længde

Selv om der er eksempler på afvigelser fra 120
timers reglen, har denne dog alligevel været
oplevet som en noget rigid bestemmelse.
Inden for visse specialer, bl.a. grundspecialer-

ne i medicin og kirurgi, som også må tilgodeses uddannelsen inden for de forskellige grenspecialer, er behovet utvivlsomt større, medens andre fagområder muligvis har et mindre behov for formaliseret uddannelse betinget af fagets størrelse og uddannelsesmæssige traditioner i afdelinger og laboratorier.

6) Ingen mulighed for internatkurser

Selv om internatkursusformen er almindeligt anerkendt som værende af stor pædagogisk betydning, har de eksisterende rammer for videreuddannelsen ikke givet mulighed herfor, hvilket har været følt som en mangel af både kursusrettelæggere og uddannelsessøgende.

7) Faglige og pædagogiske mangler

Som tidligere nævnt har der ikke hos de godkendende myndigheder været reelle muligheder for gennem saglig kritik at øve indflydelse på kursusplanerne. Dette har bl.a. medført, at kursusformen og de pædagogiske forhold ikke altid har været optimale. Mange kursusledelser har på eget initiativ udviklet tidssvarende kursusafholdelse og mulighed for fagpædagogisk assistance.

8) Mangler ved bevillingssystemet og økonomien

Bevillingsmæssigt bestemmes videreuddannelsessystemet af antallet af kursusberettigede specialer og reglen om 120 timers undervisning per uddannelsessøgende. Styringsmæssigt er dette ikke hensigtsmæssigt, idet der herved ikke tages hensyn til antallet af uddannelsessøgende.

Det nuværende bevillingssystem er indrettet efter den oprindelige kursusform med 120 timers katedrale forelæsninger. Indførelsen af delkursusprincippet har skabt et behov for en anden budgetpraksis. Dette gælder først og fremmest honorering af delkursuslederen, der har et meget stort forberedelsesarbejde, og som optimalt bør være til stede som moderator ved hele kurset. Det gældende cirkulæres bestemmelse om udgifter til ekstralærere med henblik på paneldiskussion o. lign. har nærmest karakter af en undtagelsesbestemmelse og bør udbygges. Der savnes økonomisk basis for udarbejdelse af kursusmateriale og til fagpædagogisk assistance. Bidrag til administration dækker næppe de faktiske udgifter.

9) Isolation af videreuddannelsen

Den eksisterende struktur af videreuddannelsen har svækket mulighederne for en sammenhæng mellem universitetsstudiet og videreuddannelsen. Selv om de lægevidenskabelige fakulteter i overensstemmelse med »den blå betænkning« om det lægevidenskabelige studium (1964) erkender et ansvar for videreuddannelsen, har der bortset fra det teoretiske kursus til almen praksis og universitetslærernes medvirken ved a-kurser ikke været bestræbelser for en samordning. Heri ligger også forklaringen på manglende initiativ med hensyn til stofoverførsel fra studie til postgraduat uddannelse.

10) Relation til sygehusvæsenet

Også i forholdet til sygehusvæsenet er det nuværende system mangelfuldt, hvilket er beklageligt, da den teoretiske videreuddannelse stiller krav til hospitalsvæsenet (bl.a. lokaler, administration af kursusudgifter) og påvirker afdelingernes funktion (fravær til kursusdeltagelse). Det vil derfor være hensigtsmæssigt ved fremtidig planlægning at give sygehus ejerne medindflydelse på og medansvar for lægernes videreuddannelse.

Tidligere debat om og forsøg på koordination af videreuddannelsen

Den almindelige danske lægeforenings uddannelseskomité tog i 1971 initiativ til forsøg på koordination af den teoretiske videreuddannelse, idet den udsendte en enquete til samtlige speciallægeselskaber med det formål at skabe et samlet overblik over a-kursusvirksomheden. På baggrund af enqueten afholdt uddannelseskomiteen i januar 1972 i samarbejde med specialistnævnet og indenrigsministeriets uddannelsessekretariat en konference på **Scanticon** vedrørende koordinationsproblemer i speciallægeuddannelsen. Som et resultat af konferencen, som gav anledning til udarbejdelse af adskillige konkrete forslag til kursuskoordination, konkluderedes det:

- at** koordination af de teoretiske kurser er ønskelig med henblik på højnelse af kvalitet, mere rationel udnyttelse af lærerkræfter, øget tværfaglig kommunikation og øget mulighed for fagpædagogisk assistance,
- at** oprettelsen af et koordinerende organ med dette formål er ønskelig,
- at** arbejdet med udarbejdelsen af kursernes

faglige indhold fremdeles må ligge hos specialselskaberne, således at der ikke er behov for et styrende organ, og
at lægeforeningens uddannelseskomité kunne være et egnet forum til igangsættelse af koordinationsarbejdet.

Uddannelseskomiteen nedsatte derefter i juni 1972 et udvalg til at udarbejde forslag til, hvorledes koordinationsarbejdet kunne fremmes. Udvalget afgav i september 1972 en betænkning, som påpegede dels kortsigtede, dels langsigtede perspektiver.

I de **kortsigtede** perspektiver foreslog udvalget følgende:

- 1) En årlig samlet offentlig publikation af samtlige specialers a-kursusplaner.
- 2) Udarbejdelse af en »administrationspjece« med det formål at give praktisk anvendelig vejledning for kursusledelserne med henblik på kursusadministration i videste forstand.
- 3) Mødevirksomhed for kursusledelserne med henblik på at skabe personlige kontakter og til drøftelse af administrative og pædagogiske problemer.

I de **langsigtede** perspektiver pegedes på nødvendigheden af at etablere et fritstående koordinationsorgan, idet man især havde en selvejende institution i tankerne. Til denne institutions opgaver skulle høre:

- 1) Indsamling og formidling af alle oplysninger om postgraduate uddannelsesaktiviteter.
- 2) Koordination af disse i et samlet uddannelsesprogram med klassifikation af de enkelte kurser (obligatoriske — valgfri).
- 3) Varetagelse af den praktiske og økonomiske administration af videreuddannelseskurser.
- 4) Ved konsulentvirksomhed at tilbyde pædagogisk assistance til de enkelte kursusledelser.
- 5) Etablering af særlige tværgående kurser, som ikke naturligt hører hjemme under nogen af de kursusarrangerende instanser.

Udvalgets betænkning blev af lægeforeningen fremsendt til overvejelse i indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen. Man må konstatere, at initiativet ikke har fået konsekvenser, og efter nedsættelsen af speciallægekommissionen i efteråret 1973 har det været naturligt at henvise spørgsmålet til behandling her.

Sideløbende med disse planlægningsforsøg har der været enkelte konkrete eksempler på koordinationsbestræbelser. Vigtigst i så henseende har nok været forsøget med kursus i immunologi og immunsygdomme arrangeret på **Scanticon** januar 1975 af Den almindelige danske lægeforenings uddannelseskomité, idet dette kursus efter aftale med de implicerede specialer og sundhedsstyrelsen blev godkendt som a-kursus i dermatologi, intern medicin og pædiatri. Ved dette internatkursus var der i et begrænset omfang arrangeret særligt program for de uddannelsessøgende fra de enkelte specialer, men selskabernes kursusledelse havde i øvrigt ingen indflydelse på kursustilrettelæggelsen, hvilket nok oplevedes som en mangel. Kursusledelserne for Dansk selskab for intern medicin og Dansk kirurgisk selskab har i 1976 planlagt et fælles kursus i medicinsk-kirurgisk gastroenterologi, og kursusledelsen for specialet diagnostisk radiologi har i flere år tilbudt andre specialers uddannelsessøgende optagelse på selskabets kurser. Dansk selskab for intern medicin har endvidere optaget kursister fra klinisk fysiologi på kurser i endokrinologi, og der findes en del eksempler på optagelse af enkeltpersoner på forskellige kurser. Endelig har enkelte specialer afholdt kursus i et nordisk samarbejde (f.eks. plastikkirurgi), ligesom enkeltpersoner i et vist omfang har fået godkendt kurser i udlandet.

UDVALGETS OVERVEJELSER OM KOORDINATION AF VIDEREUDDANNELSEN

Fordele

Ved en koordination af den teoretiske videreuddannelse må følgende fordele forventes at kunne opnås:

1) Bedre udnyttelse af kursusøkonomi

Ved sammenlægning af undervisning, således at der opnås rimelige holdstørrelser, må der kunne frigøres økonomiske midler, som vil kunne udnyttes på mere hensigtsmæssig måde inden for videreuddannelsen, f. eks. ved udvidelse af det samlede uddannelsesstilbud, ved igangsættelse af forsøgsvirksomhed, ved udvikling af undervisningsmateriale og ved tilbud om pædagogisk assistance. En nærmere beregning af det beløb, der vil kunne frigøres, vil kunne foretages på grundlag af kursusprogrammer og aftaler med kursusledelser.

2) Mere rationel udnyttelse af lærerkræfter (se **pkt. 2** under »Mangler«)

Punkterne 1 og 2 gælder i første omgang kun de små specialer, men ved at etablere store kurser i de tværgående fag tilrettelagt ved en vekselvirkning mellem plenumforelæsninger og undervisning i specialeorienterede mindre grupper kan der formentlig også opnås en rationel udnyttelse af ressourcer inden for de store specialer. Udvalgets arbejdsgruppe C vil senere stille forslag om en sådan kursusmodel.

I de store specialer har det været et problem at ramme den rigtige frekvens for afholdelse af et givet delkursus, hvilket i nogen udstrækning har medført enten for store holdstørrelser eller en uudnyttet kapacitet. Ved koordination af den samlede videreuddannelse vil det formentlig blive lettere at arrangere de nødvendige og tilstrækkelige dublinger af kurser.

3) Øget tværfaglig kontakt (se **pkt. 3** under »Mangler«)

4) Større differentiering i uddannelsen

Dette kan i første omgang opnås ved i et nærmere fastlagt omfang at godkende adgang til deltagelse i andre specialers kurser. Ved frigørelse af økonomi kan der endvidere blive mulighed for planlægning af kurser med mere specielle emner, som det enkelte selskab ikke har mulighed for at iværksætte. Dette kan illustreres ved de gevinster, der opnåedes ved en sammenlægning af de to oprindelig helt adskilte kursusprogrammer i intern medicin; ved sammenlægningen opnåede man mere hensigtsmæssige holdstørrelser og fik plads til kurser i f. eks. medicinsk genetik, membranfysiologi og medicinsk statistik og forskningsmetodologi. Det vil ikke være vanskeligt at forestille sig en række mere specielle kurser, som vil være værdifulde i det samlede uddannelsessystem, men som kun henvender sig til relativt få inden for det enkelte speciale; som eksempler herpå kunne man forestille sig kurser i arbejdsmedicin, rehabilitering, sexologi etc.

Spørgsmålet om differentiering i uddannelsen har været kontroversiel, idet nogle specialer har ment at formålet med teoretisk uddannelse skulle være at docere de essentielle grundelementer i fagene, og at alle, der opnår samme autorisation, også må have samme uddannelse, medens man i alt fald i de store specialer er af den opfattelse, at det

alligevel ikke er muligt at docere hele faget, og at alle grene inden for faget er lige væsentlige. Det vil måske endog være en fordel, hvis speciallægeuddannelsen resulterer i et varieret produkt, således at den samlede speciallægegruppe udgør en mere vidtdækkende mosaik af ekspertise.

En forudsætning for etablering af mere specielle kurser må være, at i hvert fald en del af kursusøkonomien forvaltes centralt. Det samme er tilfældet, hvis man vil fremme opbygningen af en pædagogisk service.

5) Mulighed for stofoverførsel

Såfremt bestræbelserne på koordination led-sages af en form for central styring, vil der formentlig samtidig være skabt det nødvendige apparat til gennemførelse af stofoverførsel fra grunduddannelsen til den postgraduate uddannelse.

Eventuelle ulemper ved koordination

- 1) Ved at udvide målgruppen for et delkursus består der en mulighed for, at udbyttet for de enkelte specialer reduceres. Dette vil nok i betydeligt omfang kunne modvirkes ved en hensigtsmæssig tilrettelæggelse, bedst ved at de implicerede kursusledelser får medindflydelse på tilrettelæggelsen.
- 2) Ved at fratage de enkelte specialer den automatiske ret til at etablere selvstændig kursusvirksomhed består der en teoretisk mulighed for, at de små specialers uddannelsesmæssige interesser ikke tilgodeses. Dette må dog kunne løses ved at medinddrage speciallægeselskaberne i arbejdet med planlægning af videreuddannelsen.
- 3) Etablering af en central koordinerende instans vil kunne svække initiativ og kreativitet decentralt. Dette vil modvirkes ved fortsat medvirken af speciallægeselskaberne ved planlægningen.
- 4) Den med koordinationen forbundne nødvendige administration vil medføre et ressourceforbrug.

KONKLUSION

Sammenfattende kan man fastslå, at en række forhold, herunder først og fremmest hensyn til økonomi og lærerressourcer samt fagligt begrundede hensyn, taler for at tilvejebringe en ordning, der sikrer koordination i videreuddannelsen. I betragtning af de erfaringer, der

er opbygget med de sidste 8 års videreuddannelse, må det endvidere forekomme værdifuldt, dersom speciallægeselskaberne fortsat er med i arbejdet.

Udvalgets forslag til organisation af den teoretiske videreuddannelse

Udvalget finder, at etablering af en hensigtsmæssig ramme for den teoretiske videreuddannelse, herunder ønsket om større koordinations- og nødvendiggør en fastere uddannelsesstruktur og en større grad af centralisering. Samtidig ønsker man at bevare den medindflydelse og ekspertise, som i det eksisterende system er opnået ved samarbejdet med speciallægeselskabernes kursusledelser.

På grund af den nære forbindelse mellem den teoretiske del af videreuddannelsen og den kliniske uddannelse ved sygehusansættelse vil udvalget anbefale, at den teoretiske videreuddannelse ansvarsmæssigt også i fremtiden bør være underlagt sundhedsstyrelsen. Det anses endvidere for vigtigt, at der ved organisation af den teoretiske videreuddannelse sikres snævre forbindelseslinjer til den autorisationsgivende instans.

Den nedenfor foreslåede struktur vil i første række gælde de nuværende speciallægeuddannelser, men vil også kunne omfatte den teoretiske videreuddannelse til almen praksis, og såfremt der som foreslået af speciallægekommissionen oprettes et speciale i almen medicin, må det til dette hørende teoretiske kursusprogram naturligt indpasses i den her foreslåede ordning.

Forslaget omfatter følgende elementer:

/. Centralt uddannelsesnævn

Udvalget foreslår oprettelse af et centralt uddannelsesnævn for lægers videreuddannelse under sundhedsstyrelsen. Det centrale uddannelsesnævn vil formelt være rådgivende over for sundhedsstyrelsen, men bør i realiteten have vidtstrakt selvstændig kompetence. I det centrale uddannelsesnævn skal alle instanser, der har med speciallægeuddannelse og -anerkendelse at gøre, have indflydelse; dette tænkes opnået ved, at der af sundhedsstyrelsen efter indstilling fra de respektive instanser udpeges repræsentanter for indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen, undervisningsministeriet, de lægevidenskabelige fakulteter, Amts-

rådsforeningen og det øvrige sygehusvæsen og Den alm. danske lægeforening. De uddannelsessøgendes interesser tænkes varetaget af fakulteternes og D.a.d.l.'s repræsentanter. Ved fastlæggelse af nævnets størrelse er det vigtigt at tilsikre, at der bliver tale om et handledygtigt organ. Udvalget vil foreslå, at nævnet bliver på i alt 17 medlemmer med følgende sammensætning:

Formand: læge, udpeget af indenrigsministeren.

Indenrigsministeriet: 1 medlem.

Sundhedsstyrelsen: 2 medlemmer, heraf 1 læge.

Undervisningsministeriet: 1 medlem.

De lægevidenskabelige fakulteter: 3 medlemmer (læger): 1 fra København, 1 fra Århus, 1 fra Odense.

Sygehus- og sygesikringskommunerne: 3 medlemmer: 2 fra Amtsrådsforeningen, 1 fra København + Frederiksberg.

D.a.d.l.: 6 medlemmer: 2 fra FAS (1 hospitalsansat og 1 praktiserende speciallæge), 2 fra F.a.y.l, 2 fra P.L.O.

Danske lægestuderendes landsråd: 1 observatør.

Mens det nuværende specialistanævn er et rent lægeligt organ, vil der således efter dette forslag være ikke-lægelig repræsentation; der vil dog fortsat være lægelig overvægt (i alt 11 læger). Ved den foreslåede sammensætning har man til gengæld tilstræbt at give en række instanser, som har interesse i videreuddannelsesproblematikken, medindflydelse på og ansvar for den postgraduate lægeuddannelse.

Det foreslåede uddannelsesnævn får som overordnet organ til opgave at fastlægge de generelle retningslinjer for lægers videreuddannelse til speciallæger, såvel den teoretiske som den praktiske del. Det er endvidere udvalgets opfattelse, at nævnet bør være overordnet organ i spørgsmål vedrørende oprettelse og nedlæggelse af lægelige specialer og vedrørende tildeling af speciallægeanerkendelse. Nævnet vil herved overtage de funktioner, der i øjeblikket varetages af specialistanævnet, og af hensyn til bestemmelser i lægeloven findes det hensigtsmæssigt, at det centrale uddannelsesnævns officielle betegnelse bliver **specialistanævnet**. Udvalget er vidende om, at bestemmelserne om specialistanævnet ved den kommende revision af lægeloven vil blive udformet således, at de her tiltænkte

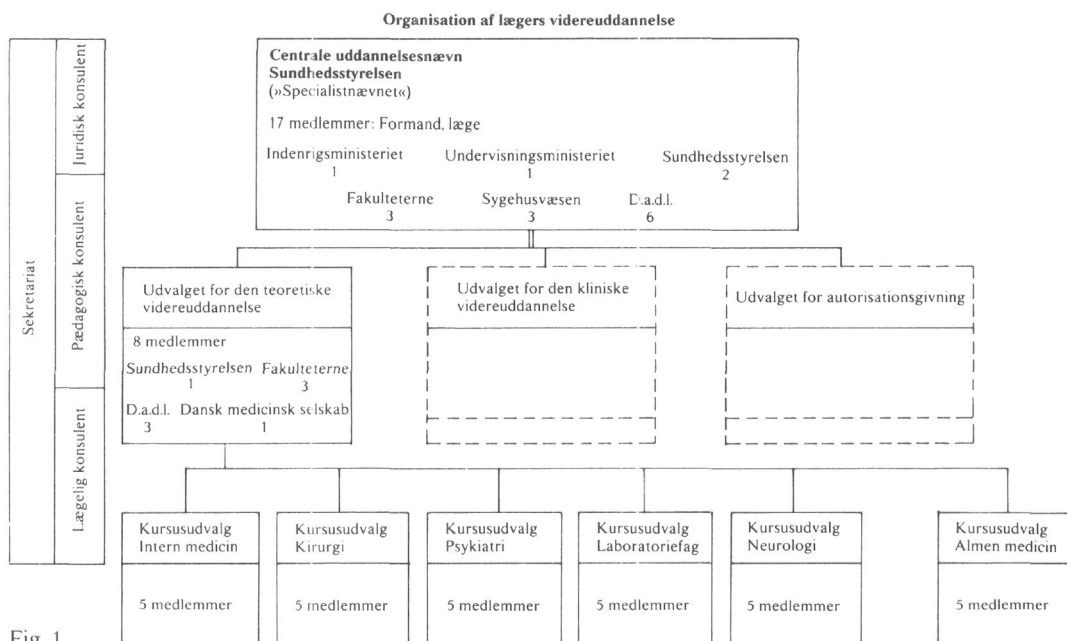


Fig. 1.

funktioner vil kunne tillægges specialistnævnet i kraft af særlig bekendtgørelse.

Det centrale uddannelsesnævn for lægers videreuddannelse (= det fremtidige specialistnævn) vil således ifølge udvalgets forslag få overdraget funktioner, som i øjeblikket varetages af sundhedsstyrelsens uddannelsessektion og det nuværende specialistnævn. Det er udvalgets opfattelse, at disse funktioner bør varetages af forskellige underudvalg.

Således tænkes alle spørgsmål vedrørende den teoretiske videreuddannelse henlagt til **udvalget for den teoretiske videreuddannelse af læger**, som omtales nærmere i det følgende. Udvalget forestiller sig desuden et **udvalg for den kliniske videreuddannelse**, hvis opgaver skulle være klassifikation af afdelinger, kontrol med uddannelsesafdelinger med henblik på, om de uddannelsesmæssige krav er opfyldt, tilrettelæggelse af uddannelsesblokke (blokansættelser) etc. Endelig forestiller udvalget sig et særligt **udvalg for autorisationsgivning**, som skal varetage alle opgaver i forbindelse med speciallægeanerkendelse, diplomgivning, dispensationssager o. lign. Udvalgets forslag til organisation af speciallægeevnesenet fremgår af Fig. 1.

I det følgende skal udvalget nærmere gøre rede for sit forslag vedrørende den teoretiske videreuddannelse.

2. Udvalget for den teoretiske videreuddannelse

Man foreslår oprettelse af et underudvalg under det centrale uddannelsesnævn til varetagelse af den teoretiske videreuddannelse. I dette udvalg bør alle instanser, der er impliceret i den teoretiske del af videreuddannelsen af læger, have sæde. Det foreslås, at dette udvalg bør have 8 medlemmer sammensat på følgende måde:

Sundhedsstyrelsen: 1 medlem

De lægevidenskabelige fakulteter: 3 medlemmer

D.a.d.l.: 3 medlemmer

Dansk medicinsk selskab: 1 medlem

Formanden for udvalget og eventuelt flere af de øvrige medlemmer bør samtidig være medlem af det centrale uddannelsesnævn.

Teoriudvalget skal have følgende opgaver:

- Etablering og koordination af et samlet teoretisk uddannelsesprogram i samarbej-

de med de nedenfor nævnte faste kursus udvalg.

- b) Godkendelse af kursusprogrammer.
- c) Etablering af tværfaglige kurser.
- d) Etablering af en pædagogisk service.
- e) Udarbejdelse af retningslinjer for optagelse af kursusedtagere.
- f) Forvaltning af de til videreuddannelsen afsatte økonomiske midler, herunder udarbejdelse af budget.
- g) Varetagelse af internationalt, især nordisk samarbejde.
- h) Formidling af koordination mellem det præ- og postgraduate uddannelsesområde, herunder sikring af stofoverførsel.

3. Faste kursusudvalg

Der bør svarende til hvert grundspeciale (dvs. de grund- eller moderspecialer, som speciallægekommisionen forventes at ville anbefale) nedsættes faste kursusudvalg. Man skal således have et kursusudvalg inden for intern medicin, kirurgi, psykiatri, de forskellige laboratorieblokke, neuroblokken etc., og med henvisning til ovenstående eventuelt også et kursusudvalg for almen medicin. Kursusudvalget bør udpeges af speciallægeselskaberne og vil altså svare til de nuværende kursusledelser. De faste kursusudvalg har i samarbejde med teoriudvalget følgende opgaver:

- a) Tilrettelæggelse af kurser inden for vedkommende grundspeciale.
- b) Fastlæggelse af, hvilke kurser der anerkendes inden for det enkelte speciale, både blandt de af kursusudvalget selv tilrettelagte kurser og andre kurser, herunder angivelse af henholdsvis obligatoriske kurser og tilvalgskurser.
- c) Udvælgelse af kursusedtagere.

4. Sekretariat

Det centrale uddannelsesnævns og de tre underudvalgs opgaver skal varetages af et sekretariat, hvortil er knyttet såvel lægelig som anden akademisk (bl.a. fagpædagogisk) og administrativ arbejdskraft. Sekretariatet vil blandt andet få til opgave at lede den praktiske administration af kursusvirksomheden i det omfang, denne ikke varetages af kursusudvalgene. Til opgaverne hører endvidere en årlig udarbejdelse af katalog over planlagte kurser og kursuskrav inden for de enkelte specialer, vejledning af kursusledere og anden

informationsvirksomhed, indsamling af ansøgninger og registrering af kursusedtagere. Endvidere forberedelse og øvrige arbejde i forbindelse med møderne i udvalgene, herunder ad hoc udvalg til løsning af særlige opgaver, vejledning af uddannelsessøgende samt udstedelse af autorisationer og tilladelser. Sekretariatet foreslås placeret i sundhedsstyrelsen som en del af uddannelsessektionen.

5. Regionale tutorer el. lign.

Udvalget har overvejet, om der i lighed med speciallægekommisionens overvejelser om en tutorordning på amtsplan eller regionalt plan vedrørende tilrettelæggelse af den praktiske uddannelse bør etableres en tutorinstans, der gennem formidling af information og konsulentvirksomhed kan sikre vejledning med hensyn til den teoretiske videreuddannelse. Regionale tutorer vil kunne yde en informationsvirksomhed også på det teoretiske område, men udvalget finder det ikke praktisk muligt at oprette en egentlig rådgivningsinstans vedrørende alle speciallægeuddannelser i alle amter eller regioner. I stedet vil man foreslå, at det centrale uddannelsesnævn regelmæssigt publicerer en kommenteret udgave af uddannelsesregler, prognoser o. lign. (svarende til »Speciallægeuddannelsen i Danmark«, udgivet af F.a.y.l. 1970).

6. Kursusvirksomheden

A) MÅLGRUPPEN

Deltagere i kursusvirksomheden bør i første række være læger under videreuddannelse. I det (begrænsede) omfang der er ledige pladser, vil disse kunne stilles til rådighed for andre, herunder også speciallæger. Det må tilstræbes, at der også gives adgang til læger under uddannelse fra de øvrige nordiske lande.

B) KURSUSFORM

Udvalget vil generelt anbefale, at den teoretiske videreuddannelse gives som samlede emneafgrænsede delkurser af op til en uges varighed. Man foreslår dels kurser med et mindre deltagerantal (max. 20-25), dels større kurser, evt. internatkurser, hvor der veksles mellem fælles katedrale forelæsninger og »specialeorienteret« undervisning i mindre grupper.

C) KURSUSKRAV OG SAMMENSÆTNING AF UDDANNELSE

Kravene til teoretisk uddannelse inden for de enkelte specialer fastsættes efter forhandling mellem nævnets teoriudvalg og vedkommende kursusudvalg. Ved fastsættelsen tages både hensyn til den samlede kursuslængde og fordeling mellem obligatoriske og valgfri fag. Formentlig bør man i de fleste fag operere med obligatoriske kurser og tilvalgskurser inden for de af det faste kursusudvalg arrangerede kurser. Endvidere kan kursusudvalget bestemme, hvilke kurser fra andre specialer der kan tælle i videreuddannelsen. Endelig må der være mulighed for, at uddannelsessøgende efter ansøgning får godkendt kurser, der normalt ikke tæller i vedkommende speciale, samt kurser afholdt i andet regie, herunder kurser i udlandet. Udvalget forestiller sig et krav om gennemførelse af (5-8 delkurser af op til en uges varighed).

D) KURSUSADGANG

Der må fastsættes nærmere adgangskriterier. Udvalget har forestillet sig, at alle uddannelsessøgende efter opfyldelse af nogle minimumskrav til klinisk uddannelse (f. eks. almen uddannelse + 1 års ansættelse i hoveduddannelsen) udstyres med automatisk ret til deltagelse i et bestemt antal kurser (klippekortsystem). For kursusøkonomien vil en sådan ordning indebære den fordel, at udgifterne er koblet til antallet af uddannelsessøgende og ikke til antallet af kursusberettigede specialer. Da der også i fremtiden må påregnes i et vist omfang at ske skift til anden specialuddannelse, må der dog tages bevillingsmæssige hensyn hertil, ligesom man ikke kan operere med optimal kursusøkonomi ved alle kurser, specielt ikke inden for de mindre specialer.

Udvalget har ikke nærmere taget stilling til spørgsmålet om a-stillingerne, men vil pege på de mulige kollegiale og lønmæssige konsekvenser af det skitserede klippekortsystem, som i princippet vil få virkning for alle hospitalsafdelinger.

E) EVALUERING

Spørgsmålet om evaluering er for tiden genstand for behandling i udvalgets arbejdsgruppe C.

Økonomiske konsekvenser

Ved koordination vil der kunne opnås en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Alligevel

må man forudse, at en tidssvarende teoretisk videreuddannelse vil stille krav til øgede bevillinger. Følgende forhold vil trække i den retning:

- 1) Stigende antal uddannelsessøgende, i det mindste i de første 10 år.
- 2) Større udgifter til administration, først og fremmest til sekretariatsfunktion, herunder udgivelse af kursus katalog og anden informationsvirksomhed.
- 3) I nærmere fastsat omfang udgifter til medlemmerne af det centrale uddannelsesnævn og de faste kursusledelser, diæter o. lign.
- 4) Større udgifter til delkursusledere og kursussekretærer. Man må tilstræbe, at disse i et vist omfang kan frigøres fra sædvanlige funktioner.
- 5) Større udgifter til sikring af alternative undervisningsformer (f.eks. ekstra lærere til paneldiskussioner).
- 6) Udgifter til udvikling af undervisningsmateriale.
- 7) Udgifter til pædagogisk service og evaluering.
- 8) Udgifter til forsøgsundervisning.

RESUMÉ

Nærværende redegørelse omhandler alene spørgsmål om planlægning og koordination af den teoretiske videreuddannelse. Indledningsvis redegøres for udviklingstendenser i den teoretiske videreuddannelse i Danmark og de øvrige nordiske lande. Dernæst beskrives nogle mangler ved det nuværende danske system, tidligere bestræbelser på koordination samt udvalgets overvejelser om fordele og eventuelle ulemper ved større centralisering og koordination af videreuddannelsen. Det konkluderes, at man må tilstræbe etablering af et uddannelsessystem, der sikrer større koordination.

Udvalgets forslag til nyordning af den teoretiske videreuddannelse omfatter oprettelse af et centralt uddannelsesnævn under sundhedsstyrelsen med repræsentation af alle instanser, der har med speciallægeuddannelsen at gøre. Nævnet skal bistås af et sekretariat, der kan formidle kommunikationen med de uddannelsessøgende, og skal samarbejde med faste kursusudvalg udpeget af de enkelte grundspecialer. Der skitseres nogle forslag vedrørende kursusvirksomheden, og endelig omtales, de økonomiske konsekvenser af forslaget.

Den teoretiske videreuddannelse

til

speciallæge

Kursusmodel, kursusplaner og evaluering

Redegørelse

fra

speciallægekommissionens udvalg vedrørende den teoretiske videreuddannelse

Speciallægekommissionens udvalg vedrørende den teoretiske videreuddannelse har i en selvstændig betænkning (bilag 3) redegjort for dets overvejelser og forslag med hensyn til en ny organisation af den teoretiske del af videreuddannelsen til speciallæge.

Formålet med denne redegørelse er at orientere om udvalgets forslag med hensyn til den praktiske tilrettelæggelse og evaluering af den teoretiske videreuddannelse.

Redegørelsens indhold

Teoriudvalgets sammensætning og kommissorium.

Arbejdsgruppe C.

Nuværende udformning af den teoretiske videreuddannelse.

Mangler ved den nuværende teoriundervisning.

Forholdene i udlandet.

Udvalgets overvejelser og forslag:

I. Kursusstruktur og undervisningsformer.

- 1) De uddannelsessøgendes forudsætninger.
- 2) Hensynet til koordination.
- 3) Hensynet til evalueringsmulighed.
- 4) Kursusmodel.

II. Krav til kursusplaner.

- 1) Kursusopslaget.
- 2) Kursusprogrammet.

III. Evaluering.

- 1) Generelle betragtninger.
- 2) Evaluering af teoretisk kompetence.
Behov.
Metode.
- 3) Kursusevaluering.
Kursusevalueringens funktioner.
Evalueringsdata.
Evaluering.
Rapportering.

IV. Delkursusledernes pædagogiske kvalifikationer.

Konsekvenser af udvalgets forslag.

Teoriudvalgets sammensætning og kommissorium

Teoriudvalget har følgende medlemmer:

Udpeget af speciallægekommissionen:

1. reservelæge, dr. med. HANS KARLE (formand)

Overlæge JØRGEN FOG

Overlæge, dr. med. STEFFEN GJØRUP

Overlæge, dr. med. C. M. MADSEN

Professor, dr. med. BENT SØRENSEN

Udpeget af fællesudvalget for de tre fakultetsstudienævne:

Overlæge, dr. med. P. LINNET-JEPSEN, Århus Stud. med. JENS PETER STEENSEN, København

Stud. med. BIRGIT VISKUM, Odense (til februar 1976)

Professor, dr. med. FRANZ BIERRING, Odense (fra marts 1976)

Stud. med. TROELS PEDERSEN, Odense (fra marts 1976)

Observatør fra indenrigsministeriet:

Kontorchef, cand. jur. J. TØRNING (til november 1975)

Kontorchef, cand. jur. NIELS BENTSEN (fra november 1975)

Fra speciallægekommissionens sekretariat:

Reservelæge JENS ASTRUP (til februar 1976)

Sekretær KIRSTEN FISCHER

Ekspeditionssekretær Jons. NEHM

Udvalgets kommissorium:

- 1) Med udgangspunkt i den samlede mængde uddannelsesstilbud inden for den postgraduate lægeuddannelse ønskes en konkret vurdering af behovet for en koordinering af disse.

- 2) Der ønskes en konkret skitsering af, hvorledes uddannelsestilbudene kan samles og kommunikeres til de uddannelsessøgende og andre.
- 3) Der ønskes en vurdering af de krav, der bør stilles til kursusplaner generelt, herunder spørgsmålet om mål- og pensumbeskrivelser samt evalueringsformer.
- 4) Behovet for en central faglig vurdering af samtlige kursusplaner ønskes afklaret.
- 5) Der ønskes en vurdering af behovet for en central vejledning af pædagogisk samt uddannelsesteknisk art over for de enkelte kursusledere samt over for de uddannelsessøgende.
- 6) Der ønskes en vurdering af, i hvilket omfang en central fagkundskab er nødvendig for at sikre særlig kursusvirksomhed, f. eks. tværfaglige kurser.
- 7) Med udgangspunkt i et konkret eksempel, som ønskes gennemarbejdet, ønsker man de problemer skitseret, der er forbundet med begrebet stofoverførsel, dvs. udveksling af pensum mellem præ- og postgraduat uddannelse.
- 8) I tilfælde af, at udvalget under sin gennemgang af pkt. 1-7 måtte finde det hensigtsmæssigt at foreslå en central styring, en centralt placeret fagkundskab o. lign. som forudsætning for en tilfredsstillende sikring og udvikling af området, bedes udvalget samtidig skitsere målet med en styring

samt den nødvendige aglige repræsentation samt forsøge at skitsere omfanget af en tilhørende sekretariatfunktion.

Endvidere ønskes skitseret, hvilken kompetence en eventuel central styring bør tildeles.

Udvalget bør stille forslag til Speciallægekommissionen om løsning af ovenstående problemer i den teoretiske del af speciallægeuddannelsen, herunder den teoretiske del af uddannelsen i almen medicin.

Udvalget har nedsat flere arbejdsgrupper (se bilag 3). Nærværende rapport berører alene overvejelser og forslag fra arbejdsgruppe C.

Arbejdsgruppe C

Vedrørende kursusplaner, mål- og pensumbeskrivelser, evalueringsformer og pædagogiske spørgsmål (kommissoriets pkt. 3 og 5).

Medlemmer:

HANS KARLE

JOHS. NEHM

1. reservelæge, dr. med. JØRN NERUP, Lægeforeningens uddannelseskomité.

Afdelingsleder, cand. jur. & art. OLE B. THOMSEN, Institut for anvendt pædagogik, Københavns universitet.

Nuværende udformning af den teoretiske videreuddannelse

Et obligatorisk krav om gennemgang af teoretisk kursus som led i speciallægeuddannelsen blev indført ved indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 148 af 22.IV.1966, der trådte i kraft 1. juni samme år. De nugældende bestemmelser er indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 202 af 25.V.1970, sundhedsstyrelsens bestemmelser af 27.II.1974 og sundhedsstyrelsens cirkulære af 27.III.1972. Det formelle krav er uændret siden 1966: gennemgang af i alt 120 timers teoretisk kursus givet i forbindelse med ansættelse i særlig stilling (a-stilling). Ansvar for tilrettelæggelsen af de teoretiske kurser blev overdraget til speciallægeselskaberne, som før den tid overvejende havde varetaget rent videnskabelige formål. Opgaven blev løst ved nedsættelse af kursusudvalg under de enkelte speciallægeselskaber, og i starten blev undervisningen givet som katedrale forelæsninger, i de fleste tilfælde i form af 2 x 2 ugentlige timer over 2 semestre.

Bla. som resultat af kritik fra de uddannelsessøgende er der lidt efter lidt siden ordningens indførelse udviklet mere tidssvarende undervisningsformer. Af de seneste kursusplaner (for 1976-77), som sundhedsstyrelsens uddannelsessektion har modtaget, fremtræder følgende mønstre:

- 1) alle specialer, der afholder kursusvirksomhed, afvikler hovedparten af undervisningen i form af emneorienterede delkurser på 1-5 dages varighed. En mindre del af undervisningen gives fortsat som enkelttimer. Et enkelt speciale (klinisk fysiologi) benytter sig desuden i et vist omfang af korrespondancekurser. Ennemæssigt kan man foretage en opdeling i a) grund- og redskabsfag (matematik, fysik, kemi, statistik, forskningsmetodologi etc.), b) tværfag-
- lige medicinske fag (immunologi, klinisk mikrobiologi, klinisk farmakologi, medicinsk genetik, væske-elektrolytregulation etc.) c) organspecialer (kardiologi, gastroenterologi, hæmatologi, nefrologi, urologi, thoraxkirurgi etc.), d) apparaturlære (endoskopi, anæstesiteknik, røntgenteknik etc.), e) terapiformer (fysioterapi, psykoterapi, radioterapi) og f) samfundsorienterede fag (sociologi, forsikringsmedicin etc.) (se Bilag I).
- 2) kursusprogrammet inden for et speciale planlægges af speciallægeselskabets kursusudvalg, medens ansvaret for tilrettelæggelsen og gennemførelsen af de enkelte delkurser overdrages til en delkursusleder, der er ekspert på det pågældende fagområde. Delkursuslederen planlægger programmet i detaljer, udpeger lærerkræfter, forestår udsendelse af kursusmateriale og fungerer desuden ofte som moderator under kursus.
- 3) inden for alle specialer er undervisningsformen ændret, således at der nu er tale om en afveksling mellem katedrale forelæsninger, paneldiskussioner, diskussioner med elever, gruppearbejde, øvelser, demonstrationer etc. Hovedparten af undervisningen er lærerdirigeret, men inden for enkelte fag har man forsøgt elevforelæsninger efter forudgående vejledning af delkursuslederen.
- 4) mens den teoretiske uddannelse i starten var ens for alle inden for et enkelt speciale, er der nu en klar tendens til større valgmulighed, og i de store specialer især er der indført en opdeling i obligatoriske kurser og **tilvalgskurser**. Et speciale (intern medicin) har udelukkende tilvalgskurser. Samtidig er der i flere specialer dispenseret fra 120 timers regelen, således at det samlede kursusprogram for den enkelte uddannel-

sessøgende overstiger dette minimumskrav (kirurgi: maks. 240, medicin: maks. 240, pædiatri: maks. 150). Også med hensyn til sammenknytningen med a-stillingen er der efterhånden indført en vis liberalisering, hvilket betyder, at den teoretiske videreuddannelse nu af ikke helt få opsamles over en længere periode.

- 5) med hensyn til evaluering fremgår det af kursusrapporterne, som indsendes til sundhedsstyrelsens uddannelsessektion, at mange delkurser afsluttes med en diskussionspræget kritik af kursus' indhold og form. Ved en del delkurser anvendes kursusbedømmelse gennem en skriftlig enquete, og visse specialer benytter også en enquete til bedømmelse af det samlede kursusprogram. Sigtet med denne form for evaluering er udelukkende ønsket om feed-back til kursusplanlægning. Der foregår derimod ikke systematiseret elevevaluering; som nævnt anvendes ved mange kurser opgaveløsning, som dog ikke tjener til egentlig elevbedømmelse, og hvis resultat ikke synes at have indflydelse på godkendelse af kursusedtagelsen. Hvad angår godkendelse, gælder alene en regel om, at en sådan kun kan opnås, såfremt fravær fra undervisningen ikke overstiger 20 timer ud af det samlede kursusprogram på 120 timer, jf. sundhedsstyrelsens cirkulære af 27.III.1972, § 8, stk. 2.

Mangler ved den nuværende teoriundervisning

I de fleste specialer har der af speciallægeselskabernes kursusledelser og de uddannelsessøgende været ydet en meget værdifuld indsats, og det er inden for de givne rammer vidtgående lykkedes at skabe tidssvarende uddannelsessystemer, ligesom der gennem eksperimenterende virksomhed er høstet værdifulde erfaringer. Det teoretiske videreuddannelsesområde er dog kvalitetsmæssigt præget af stor heterogenitet, og der er åbenlyse mangler på flere punkter:

- 1) **Kursusform.** Selv om man stort set har forladt den ensidige katedrale undervisningsform, savnes stadig ved mange kurser en hensigtsmæssig balance mellem de informative og elevaktiverende former for undervisningsmomenten. De nuværende rammer for videreuddannelsen har endvidere ført til faglig isolation, og der er

behov for kursusformer, som vil muliggøre den også af andre grunde ønskede koordination af videreuddannelsen (se udvalgets redegørelse om organisation og koordination, (bilag 3).

- 2) **Kursusprogrammer.** Kursusprogrammerne har meget varierende kvalitet. Ofte er de lidet informative og indskrænker sig f. eks. til overskrifter. Det kan derfor være vanskeligt for de uddannelsessøgende at se, om kurserne måtte have deres interesse, eller hvilke forudsætninger der forventes, ligesom mangler med hensyn til målsætning gør det umuligt for både uddannelsessøgende og autorisationsgivende instanser at vurdere den uddannelsesmæssige værdi af kurserne.
- 3) **Undervisningsmateriale.** I de nuværende rammer for videreuddannelsen er der ikke forudset et behov for udvikling af undervisningsmateriale, og det til kursusedtagerne med henblik på forberedelse udsendte materiale (litteraturlister, fotokopi af tidsskriftsartikler o.lign.) har haft meget varierende kvalitet. Enkelte kursusledere og lærere har dog på eget initiativ udarbejdet oversigter over undervisningsemner o.lign., ligesom der udfoldes en stigende aktivitet med hensyn til udarbejdelse af øvelsesmateriale og opgaver. Både for at øge udbyttet af undervisningen og i evalueringsmæssigt øjemed (se senere) er der behov for en større indsats på dette område.
- 4) **Pædagogiske forhold.** De ved den teoretiske videreuddannelse medvirkende kursusledere og lærere er først og fremmest udvalgt ud fra videnskabeligt-faglige kriterier. Dette er naturligvis hensigtsmæssigt, men der forekommer talrige eksempler på, at de faglige kvalifikationer ikke tilstrækkeligt har opvejet iøjnefaldende pædagogiske mangler. Der synes således at være et behov for en styrkelse af den pædagogiske side af videreuddannelsen.
- 5) **Evaluering.** Mangelen på et hensigtsmæssigt evalueringssystem har for såvel de centrale kursusledelser som den autorisationsgivende instans og de bevilgende myndigheder været utilfredsstillende. Kursusledelserne, der garanterer for tilfredsstillende gennemgang af de teoretiske kurser, har i realiteten kun kunnet anvende tilstedeværelseskriteriet ved deres afgørelser. Som tidligere nævnt har evaluering med henblik på justering af uddannelsesplanlægningen

efterhånden fundet en vis anvendelse, men denne funktion bør utvivlsomt styrkes.

- 6) Rapportering.** De eksisterende retningslinjer for kursusrapportering giver kun et beskedent indtryk af kursusaktiviteten, jf. sundhedsstyrelsens formular 9041.

Forholdene i udlandet

I det følgende skal omtales nogle hovedtræk vedrørende speciallægeuddannelsen i andre lande. Der er lagt særlig vægt på en omtale af evalueringsbestemmelser. Organisationen af den teoretiske videreuddannelse i de øvrige skandinaviske lande er behandlet tidligere (bilag 3).

Finland. Man mangler systematisk teoretisk videreuddannelse. For at opnå speciallægeanerkendelse skal man aflægge specialisteksamen. Specialisteksamen arrangeres af medicinalstyrelsen, og specialitetskommissionen udpeger eksaminatorer efter forslag fra de medicinske fakulteter.

Norge. I de generelle bestemmelser for lægers videre- og efteruddannelse anføres det om evaluering, at der, hvor det er hensigtsmæssigt, kan arrangeres en enkel prøve ved afslutningen af kurset. Karaktersystemet er bestået/ikke bestået, og bestået kursusprøve er en forudsætning for udstedelse af attestat. Kursusledelsen har ansvaret for tilrettelæggelsen af prøven. Der er oprettet et rådgivende udvalg for kursusprøver, fælles for universiteterne, som skal vejlede med hensyn til kursusprøverne, og som fungerer som ankeinstans.

Sverige. I en betænkning om den systematiske videreuddannelse (SLUS, 1967) foreslås obligatorisk kundskabsprøve ved afslutning af ugekurserne. Der har derimod ikke været forslag om samlet speciallægeeksamen. Formålet med prøverne skulle dels være at fastslå, om deltagerne har opnået de kundskaber, som kursuslederen anser for minimale for at opnå godkendelse, dels at give feed-back til kursuslederen og lærerne med henblik på kommende kursusplanlægning.

Ifølge oplysninger fra NLV:U finder kundskabsprøvning sted i et stigende omfang, og man har efterhånden indhentet nogen erfaring på dette område. Tilrettelæggelsen af kundskabsprøvningen og bedømmelsen er overladt til delkursuslederen, som har meget frie hænder, idet der fortsat ikke er givet formelle

regler. Der har været eksperimenteret med forskellige prøveformer, som fordeler sig nogenlunde ligeligt på skriftlige metoder (multiple choice, essayopgaver, korte besvarelser) og mundtlige (egentlig eksamination, diskussioner, seminarer); også eksempler på praktiske prøver (laboratorieøvelser) forekommer. Ved bedømmelsen anvendes alene gradueringen bestået/ikke bestået på grundlag af et før prøven fastlagt niveau. Kursusrapporten skal indeholde kopi af prøven og en redegørelse for forløbet; der findes ikke faste retningslinjer for, hvilke forholdsregler der skal tages ved utilfredsstillende præstationer. Socialstyrelsen er i øjeblikket ved at udarbejde en vejledning vedrørende kundskabsprøvning.

Ved nogle kurser anvendes kundskabsprøvning før påbegyndelsen af kurset med henblik på at vise, hvilke forudsætninger de uddannelsessøgende møder med.

EF-lande og USA. Speciallægeuddannelsen foregår i disse lande efter fastlagte regler, der kontrolleres enten af det offentlige eller de lægelige organisationer. Bestemmelserne varierer meget, men der findes alle steder specialisteksamen eller andre former for evaluering.

Sammenfattende findes kundskabsprøvning under en eller anden form ved speciallægeuddannelsen i de lande, med hvilke Danmark har eller vil få gensidige anerkendelsesbestemmelser på speciallægeområdet (jf. nordisk arbejdsmarkedsaftale og EF-direktiver). Metoderne og omfanget varierer meget, og en direkte sammenligning med danske forhold er ikke mulig; Afgørende for omfanget og udformningen af kundskabsprøvning synes at være faktorer som universitetsstudiets karakter, herunder specielt variabiliteten inden for det enkelte land, antallet af uddannelsessøgende og uddannelsesmæssige traditioner.

Udvalgets overvejelser og forslag

I. Kursusstruktur og undervisningsformer

Udvalget er af den opfattelse, at hovedkursusformen ved den teoretiske videreuddannelse bør være det **emneorienterede delkursus**, og at kursus bør afvikles ved heldagsundervisning i fra få dage til maksimalt 1 uges varighed. I det omfang det er hensigtsmæssigt for undervisningen og praktisk og økonomisk muligt, bør **internatsformen** anvendes; det er en almindelig erfaring, at udbyttet af undervisningen herved øges væsentligt på grund af

den større kontakt mellem de uddannelsessøgende og lærerne. Med hensyn til obligatoriske/valgfrie kurser og kravene til teoretisk uddannelse henvises til udvalgets tidligere forslag bilag 3.

Udvalget har lagt vægt på, at der ved forslag om kursustilrettelæggelse tages hensyn til 1) de uddannelsessøgendes forudsætninger, 2) ønskerne om koordination i videreuddannelsessektoren og 3) evalueringsmuligheder. Dertil kommer, at kursusformen må rette sig efter emnet for undervisningen.

1) De uddannelsessøgende forudsætninger.

Som gruppe kan de uddannelsessøgende karakteriseres ved følgende momenter, som vil være afgørende for den måde, på hvilken de vil forholde sig i forskelligt tilrettelagte undervisningssituationer: det er voksne mennesker, der allerede i nogen tid har udøvet praktisk lægegerning; de vil typisk være i alderen fra slutningen af tyverne til op mod 40; de har en betydelig faglig-medicinsk ballast med sig fra universitetsuddannelsen; de har gennemgået en bestandig selektion igennem skolen og universitetet, inden de er nået ud i erhvervsmæssig beskæftigelse, og har over for sig selv for længst dokumenteret evnen til med udbytte at studere på egen hånd og tilpasse sig en akademisk undervisningssituation; de er vant til at udtrykke sig mundtligt og skriftligt på et højt formuleringsniveau; de er vant til fra den daglige praksis at omsætte lægevidenskabelig teori til praktiske beslutninger og handlinger og til dels selv at teoretisere over for de iagttagelser og erfaringer, de gør i praksis; de ved, at de befinder sig i et fortsat uddannelsesforløb, og er indstillet på at lære så meget som muligt for gradvis at bevæge sig frem mod funktioner, der giver dem mulighed for med en rimelig grad af sikkerhed at kunne arbejde uden ældre kollegers tilsyn og vejledning. De er tidsmæssigt i en presset situation med stor arbejdsbyrde; privatøkonomisk og familiemæssigt er de første etableringsår oftest ikke ovre, og ekstraarbejde og et minimum af interessebetonede udadrettede aktiviteter gør yderligere tiden knap. Alt dette har pædagogisk relevans.

Det er en almindelig erfaring, at voksne i denne situation stiller store krav til udbyttet af den tid, de modtager undervisning i.

De forventer, at undervisningen er tilpasset deres behov, men samtidig ønsker de selv at få lejlighed til at påvirke undervisningens indhold og form. De kan som helhed ikke acceptere, at undervisningstiden hængår med diskussioner af muligt indhold og arbejdsform. Det samme gælder gruppedrøftelser, der ikke leder frem til forholdsvis definerbare resultater af faglig art. Dette fører til behov for en ret fast struktureret kursusform, hvor indhold, mål og arbejdsform er planlagt på forhånd, men dog med vidtgående hensyntagen i planlægningsfasen til den pågældende undervisningsgruppes ønsker. En fast struktur betyder ikke, at den oprindelige plan ikke kan ændres undervejs, men nødvendiggør, at ønsker om ændringer undervejs fremsættes så betids, at det bliver muligt at forberede et struktureret forløb efter de ændrede retningslinjer. En fast struktur betyder heller ikke, at der ikke kan gøres vidtgående brug af deltageraktiverende arbejdsformer eller foregå diskussioner, der forfølger spor ud fra deltagerens specielle interesse, evt. helt åbne, ustrukturerede diskussioner, men blot at der i programmet er indlagt tid hertil. Generelt kræves dog en klar forestilling om, hvad der skal diskuteres, og hvad det faglige udbytte deraf skal være, ligesom det må sikres, at resultaterne opsummeres og struktureres. Voksne under videreuddannelse har et stort behov for aktivt at engagere sig i drøftelser og opgaveløsning om faglige emner, og deres erfaringsbaggrund gør, at deltageraktiverende undervisningsformer vil være særlig velegnede. Til sådanne undervisningsformer hører opgaveløsning, individuelt eller i grupper, klasse- eller smågruppediskussioner styret af læreren eller eleverne, bearbejdelse af cases, rollespil, laboratorieøvelser, simuleringsøvelser og lignende. Det bemærkes, at der hermed ikke er sagt, at forelæsningen ingen plads har som undervisningsform på videreuddannelseskurser, men blot at den bør indgå i velovervejede vekselvirkninger med et mere varieret udbud af alternative undervisningsformer.

Det kan endvidere fremhæves, at de uddannelsessøgende i specialistuddannelsen sædvanligt vil have ret store forventninger til relevansen af det lærestof og de aktiviteter, de udsættes for på et teorikursus. De

har en baggrund i praksis og forventer, at teorien på en eller anden måde skal kvalificere dem yderligere til praksis. For så vidt de kan se det praksisrelevante i undervisningen, eller undervisningen øger deres forståelse af noget, de kender fra tidligere erfaringer, kan de forventes at engagere sig intensivt i arbejdet med teorien. Kursisternes holdning og arbejdsindsats vil således i et vist omfang være afhængig af en omhyggelig relevansprøvning af hvert indholdselement i tilrettelægningsfasen og en klargøring for kursisterne af emnets relevans i undervisningsfasen.

- 2) **Hensynet til koordination.** Teoriudvalgets arbejdsgruppe B har (se bilag 3) anbefalet, at der tilstræbes større koordination i det teoretiske videreuddannelsessystem. Dette ønske får også indflydelse på kursusstrukturen, idet der må skabes en kursusform, der forener hensynet til det tværfaglige, koordinative med det snævert specialeorienterede.
- 3) **Hensynet til evalueringsmulighed.** Som det nærmere vil blive omtalt nedenfor, finder udvalget, at evaluering af den teoretiske videreuddannelse bør ske i nær relation til selve undervisningssituationen i forbindelse med det enkelte kursus. Den teoretiske undervisning må derfor gives i en form, der muliggør en sådan evaluering.
- 4) **Kursusmodel.** Udvalget har på denne baggrund søgt at beskrive en generel kursusmodel, som med modifikationer bestemt af emnemæssige forskelle skulle kunne anvendes inden for hele videreuddannelsessektoren. Forslaget bygger på følgende forudsætninger:

at der under delkursus skal meddeles en stor mængde ny viden,

at eleverne forudsættes at lægge et betydeligt forarbejde (læsning af 200-300 sider) i kursus ligesom et vist hjemmearbejde i selve kursusperioden,

at videreuddannelsen **ikke** afsluttes med nogen formel kundskabsprøve, men at der i det enkelte delkursus indlægges selvstændig elevaktivitet i et sådant omfang, at kursusledelsen får tilstrækkeligt grundlag for en stillingtagen til den enkelte elevs niveau (elev-evaluering),

at størstedelen af de anvendte lærerkræfter ikke har speciel pædagogisk skoling, og **at** kursus for at opnå høje grader af retentionseffekt må forsyne eleverne med

relevant materiale (forstudier, hand-outs med resumeer, behandlingsvejledninger m.v.) samt opgavemateriale.

Det enkelte kursus skal derfor i sin opbygning veksle mellem **informationsfaser** og **elevaktivitet**.

Informationsfaserne bør som helhed være kortvarige og af varierende art (katedrale foredrag, film, paneldiskussioner). Der bør lægges direkte op til elevaktivitet, og informationsfaserne kan også anvendes til afrunding (præcisering) af elevaktivitetsfasernes indhold. Informationsfaserne bør støttes af i forvejen udleverede resumeer og hand-outs.

Elevaktivitet bør anvendes i stort omfang under forskellige former: katedrale elevforedrag, gruppearbejde om problemløsninger (opgaver) som forelægges af en grupperepræsentant, enkeltmandsopgaver (evt. forberedt hjemme) som diskuteres i lærerstyret plenum, altså en slags eksaminatorieform, «lyn»-multiple choice tests, som løses på stedet med øjeblikkelig korrektion og meget andet. Elevforedragene bør lægge vægt på informationsmeddelelse, kritisk vurdering af undersøgelsesmetoder og behandlingsresultater og kritisk vurdering af videnskabelige artikler.

Kursus skal opbygges i emneblokke af 1/2-1 dags varighed, og hver blok består af informationsfaser og dertil knyttede elevaktiverende faser. Balancen mellem disse vil variere med emnet; der kan ikke gives faste retningslinjer, men som hovedregel bør det tilstræbes, at der til hver informationsfase er knyttet en aktiv forarbejdsfase. En skitseplan for en emneblok i et delkursus er vist i Fig. 1.

Hovedsigtet med en sådan generel kursusmodel skulle dels være at lette delkursusleders arbejde, dels at styrke delkursuslederen i dennes krav til lærerkræfternes forberedelse af undervisningen, og endelig at sikre at der indbygges en tilstrækkelig elevaktivitet i de enkelte kurser. En sådan fremgangsmåde vil yderligere have den fordel, at det vil være nemmere for den centrale styrende myndighed (specialistnævnet) at kontrollere, om kursustilrettelæggelsen opfylder de pædagogiske intensjoner. En sådan kursusmodel kan både anvendes ved et delkursus inden for et enkelt speciale, og — for at tilgodese ønsker om koordination — som plangrundlag for integrerede tværfaglige kurser (f. eks. immunologi, mikrobiologi, klinisk farmakologi). Aktivi-

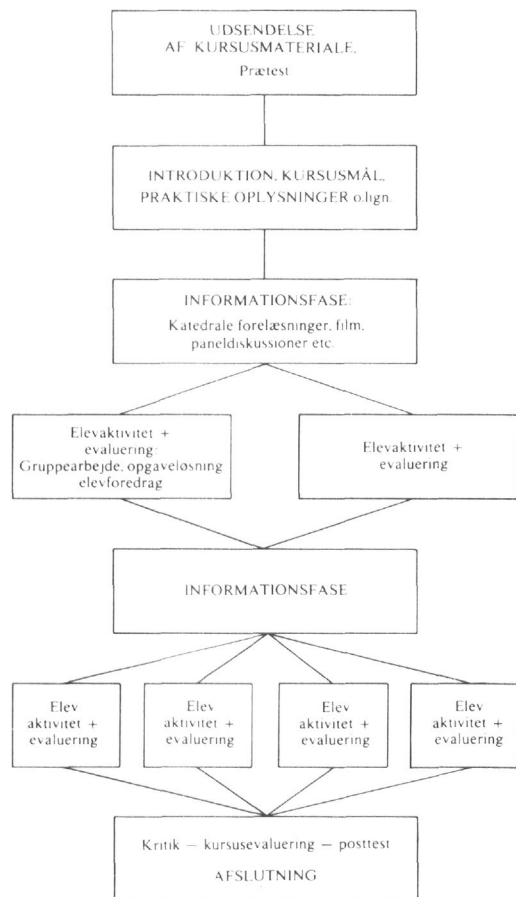


Fig. 1. Skitseplan for emneblok i delkursus.

tetsfaserne kan i sidstnævnte tilfælde anvendes som opsplitninger af kursus, hvor de enkelte deltagende specialer i det integrerede kursus i små grupper behandler de for specialet særlige emner; f. eks. kan dermatologer behandle cellulære immunreaktioner i huden i et tværfagligt immunologikursus' emneblok om cellulær immunologi. Det skal naturligvis sikres, at der i disse opsplittede kursusdele også indbygges elevaktivitet.

II. Krav til kursusplaner

Det vil være hensigtsmæssigt, at kursusplaner fremtræder i to versioner: 1) en summarisk kursusbeskrivelse (»kursusopslaget«), som har til formål at gøre alle potentielle uddannelsessøgende opmærksom på kursets eksistens, 2) en mere fyldig kursusbeskrivelse (»kursusprogrammet«), der sendes til de udpegede kursus-

deltagere, og som har til formål at orientere om enkelthederne i kurset.

1) Kursusopslaget. Opslaget skal være så kortfattet, at det kan optages i det årlige kursuskatalog, som det foreslås at udvalget for den teoretiske videreuddannelse udgiver (bilag 3), og i fagbladenes faglige meddelelser, så læserne let kan se, om meddelelsen er henvendt til dem. Det skal være fyldigt nok til, at potentielt interesserede kan afgøre, i hvilken udstrækning tilbudet er relevant for dem, og om de har praktisk mulighed for at deltage.

På grundlag af erfaringer fra undersøgelser foretaget i forbindelse med erhvervslivets efter- og videreuddannelsesstilbud bør opslaget indeholde oplysning om følgende:

- Kursusemne
- Deltagergruppen, som kurset er henvendt til.
Herunder
 - max. antal deltagere.
 - evt. formelle adgangsbetingelser: forudgående uddannelse, aktuel stillingsbetegnelse og funktionsområde.
 - forudsætninger: praktisk og teoretisk erfaringsbaggrund.
 - om kurset er obligatorisk og evt. dispensationsmuligheder.
- Tidspunkter:
Datoer, klokkeslæt fra-til for hver dato.
- Arbejdsbyrde:
Totalt antal undervisningstimer, forventet forberedelsesbyrde til læsning og opgaveløsning hjemme. Evt. tilstedeværelsespligt.
- Kursusmål:
Kortfattet, almen beskrivelse af det indbegreb af kundskaber, færdigheder og holdninger, som kurset tilsigter at bringe deltagerne set i relation til disses arbejdsmæssige funktioner eller fortsatte udvikling.
- Indhold:
Kursets faglige indhold opdelt i delemer. Gerne med angivelse af den vægt — i tid — hvormed de indgår i kurset.
- Undervisningsmetodik:
De anvendte undervisningsformer og deres krav til deltagerne.
- Evt. afsluttende prøve/diplom eller anden form for evaluering.
- Kursusarrangør.

- j) Kursusleder og medvirkende lærere.
- k) Sted.
- l) Evt. kursusgebyr eller andre udgifter samt evt. tilskudsmuligheder.
- m) Tilmelding:
Frist, tilmeldingsmåde og -adresse samt sted eller person, der kan give yderligere oplysninger.

2) Kursusprogrammet. Kursusprogrammet tjener som vejledning og »køreplan« for deltagerne. Det præciserer kursusledelsens intentioner på en sådan måde, at deltagerne og lærere gnidningsfrit kan indgå i samarbejde på de præmisser, der er lagt til grund for planlægningen af emner og aktiviteter, og evt. engagere sig i en diskussion om programmet ud fra en rimelig forståelse af rationalen bag det fremlagte program. Hertil kommer, at kursusprogrammet skal være vejledende for godkendende myndigheder.

Det vil være hensigtsmæssigt at gentage de praktiske oplysninger i et sådant program, så deltagerne har alle relevante oplysninger samlet på ét sted. Herudover bør det indeholde en uddybning af følgende temaer:

- a) **Kursets mål.** Her angivet mere fyldestgørende end i opslaget. Såfremt det ikke er meningen, at kurset afsluttes med en prøve af f.eks. multiple choice typen, er det næppe nødvendigt at udspecificere målene i meget detaljerede delmål. Målbeskrivelsen må være tilstrækkeligt oplysende og være formuleret i et sprog, som gør det forståeligt for deltagerne, hvad det er hensigten, at de skal have ud af at beskæftige sig med de enkelte emneindslag; i kurset og af at engagere sig i de øvelser, opgaver og andre aktiviteter, der indgår i hvert programpunkt. Den skal desuden kunne tjene som rettesnor for de medvirkende lærere i deres udvælgelse af undervisningsindhold og tilrettelæggelse af aktiviteter omkring det enkelte programpunkt.
- b) **Kursusforløb.** For hver dato og tidspunkt angives de emner, der vil blive bearbejdet i undervisningstiden, og tillige beskrives den måde (forelæsning, diskussion, øvelser etc.), hvorpå emnet vil blive bearbejdet. Endvidere angives de for emnet ansvarlige lærere.

- c) **Forventninger til deltagerne.** Her beskrives den forberedelse, der forventes af deltagerne, opdelt i tidsafsnit, så det klart fremgår, til hvornår noget skal være læst, opgaver være afleveret etc.
- d) **Kursuslitteratur.** Opregning af obligatorisk kursuslitteratur med evt. angivelse af, hvordan den mest bekvemt fremkaffes. Vejledning til supplerende litteratur samt evt. oplysninger om biblioteksfaciliteter.
- e) **Kursusledelse og lærere.** Adresser, telefonnumre, træffetider etc., der gør det muligt for deltagerne at kontakte kursusleder og lærere.
- f) **Kursuslokaliteter og faciliteter.** Oplysninger om hvor undervisningen i de enkelte lektioner finder sted. Evt. vejviser. Kantine- og rekreationsfaciliteter. Muligheder for tilkaldelse over telefon.
- g) **Kursussektariat.** Relevante navne samt adresse og træffetid. Mulighed for assistance med fotokopiering, udsendelse og lignende. Sekretariatets funktioner.
- h) Evt. yderligere praktiske oplysninger.

III. Evaluering

1. GENERELLE BETRAGTNINGER

Evalueringssproblematikken i den postgraduate lægeuddannelse har for nylig været genstand for nærmere behandling i en **WHO-rapport: Examination and grading of undergraduate and postgraduate medical students, København 1975.** Rapporten er udarbejdet af WHO's regionalkontor i København og dækker resultaterne af en arbejdsgruppes behandling af dette emne. Som eksamensrelaterede funktioner anføres a) kontrol med de studerendes indsats, b) udvælgelse af studerende til særlige uddannelsesprogrammer, c) klassifikation af de uddannelsessøgende (niveaumåling, prædikation af fremtidig adfærd), d) stimulation af elever og læreres motivation og e) feed-back til uddannelsesplanlægning og ændring af uddannelsessystemer, herunder lærersadfærd. Betegnelsen **summativ evaluering** dækker eksaminationsformer, der tjener til at afgøre, om eleverne skal gå videre til næste trin, mens begrebet **formativ evaluering**, som endnu kun er på forsøgsstadiet, anvendes om måling af elevpræstationer med henblik på at hjælpe elever og lærere i indlæringsprocessen.

Rapporten omtaler også evalueringsmeto-

der og forsøg på forbedringer på dette felt. På Institutet for forskning i lægelig uddannelse og evaluering, universitetet i Bern, og ved andre centre i Europa udføres forsøg med evaluering af diagnostisk færdighed inden for visse afgrænsede områder, særligt oftalmologi, dermatologi og oto-rhino-laryngologi. Metoden baseres på observation af eksaminandens adfærd og vurderes på grundlag af forud fastsatte kriterier. I samarbejde med det amerikanske selskab for intern medicin har National Board of Medical Examiners i flere år beskæftiget sig med datalogisk orienterede eksaminationsformer, således at patientbeskrivelsen overføres til en programmeret regnemaskine, hvorefter eksaminandens behandlingsforslag køres ind i maskinen via en terminal. Forsøg af denne art foregår bl.a. ved universiteterne i Chicago og San Francisco. Ved nogle postgraduate eksaminationer i USA anvendes skriftlig klinisk simulation. Af andre metoder, i det væsentlige endnu på forsøgsstadiet, nævnes interview med simuleret patient, optaget på video-tape, og anvendelse af attrapper f.eks. ved undervisning i anæstesiologi, oftalmologi og hjertesygdomme.

Rapporten fremhæver, at foreløbig kun få lægeskoler i Europa har udviklet tilfredsstillende uddannelsesprincipper og evalueringsmetoder. Udviklingen går langsomt, ikke blot fordi næppe noget fakultet er tilstrækkeligt kvalificeret på områder som psykometri og evalueringsmetoder, men også fordi disse institutioner ikke har tid nok til både at uddanne forskere og betjene de lægelige fakulteter på områder som evaluering og adfærdsforskning. Arbejdsgruppen konkluderer, at anvendelsen af videnskabeligt begrundede metoder til evaluering bør stimuleres, og at viden på dette område er en væsentlig forudsætning for forbedring af lægeuddannelsen. Arbejdsgruppen fremfører i sin rapport følgende rekommandationer:

- a) At der oprettes stillinger og institutter til varetagelse af »medical education«.
- b) At der dannes en fond til støtte for uddannelsessøgende på området inden for lægeuddannelsen.
- c) At der ydes støtte til oprettelse af særlige kurser i evaluering på national eller international basis.
- d) At institutioner, der optager uddannelsessøgende, gøres bekendt med evalueringsmetoder.

En nærmere behandling af disse punkter har nærværende udvalg fundet ligger uden for dets kommissorium, men udvalget finder disse rekommandationer betydningsfulde.

Nærværende udvalg har overvejet **behovet for evaluering** af 1) de uddannelsessøgendes kompetence i de teoretiske fag efter gennemgået teorikursus, og 2) de teoretiske kursers faglige og pædagogiske kvalitet. I tilknytning hertil har man også overvejet, hvilke **former** for evaluering der i givet fald vil kunne komme på tale.

2) EVALUERING AF TEORETISK KOMPETENCE

Behov. Som omtalt finder der i dag ikke nogen særskilt prøvning sted af de teoretiske kundskaber, der indgår i speciallægeuddannelserne. Der er i udvalget enighed om, at en egentlig eksamen i de teoretiske fag hverken er ønskelig eller påkrævet. Begrundelsen herfor er først og fremmest, at der til et meget betydeligt antal kurser skulle udvikles og gennemprøves tests til evaluering af en række delfærdigheder og delmål. Udvikling af sådanne tests kræver evalueringseksperter, tid og penge. Selv en egentlig traditionel eksamen vil medføre en meget betydelig ressourceanvendelse, hvad enten der anvendes skriftlig eller mundtlig eksaminationsform. Endelig og væsentligst vil en specialisteksamen ikke være nogen varig garanti for kompetence; det forekommer mindre meningsfyldt at gennemføre en omhyggelig testning i viden ved afslutning af videreuddannelsen og derefter overlade det til den enkelte af afgøre, hvordan denne viden kan holdes å jour de næste 30-40 år. Det kan i denne forbindelse nævnes, at der flere steder i udlandet arbejdes med planer om recertifikation eller genautorisation af læger, ledsaget af bestemmelser om nærmere fastsat efteruddannelse. Som et grundsynspunkt i hele evalueringsdiskussionen er det værd at holde fast ved, at det overvejende flertal af læger er interesserede i at holde den faglige viden og færdigheder ved lige, hvis der foreligger en tilstrækkelig motivation. Væsentligere end at opstille sindrige evaluerings-systemer forekommer det således at holde motivationen ved lige.

Hvorvidt der er behov for evaluering af anden art end egentlig eksamen, beror bl.a. på det principielle syn, man anlægger på de teoretiske kundskabers funktion i speciallægens uddannelse og praksis.

Det er som tidligere omtalt et særkende

ved den her omhandlede gruppe uddannelsessøgende, at de som helhed er relativt højt motiverede for at tilegne sig det teoretiske stof, der er knyttet til deres praksis. De møder teoriundervisningen med en betydelig erfaringsbaggrund fra den lægelige praksis i afdelingerne. Det gør dem receptive for den støtte, teorien kan give dem til at forklare og ordne i meningsfulde mønstre de ofte usammenhængende fænomener, som de har haft lejlighed til at iagttage i praksis. Sygdomsforløb og teknikker som de i afdelingerne kun når at stifte et overfladisk bekendtskab med, får de i teoriundervisningen lejlighed til at erhverve sig dybere indsigt i, ligesom de i teoriundervisningen kan forberede sig til løsningen af opgaver, som de måske endnu ikke har været stillet overfor, men som de ved, at de en dag vil blive kastet ud i med forventninger om, at de selvstændigt kan klare dem. Deres forhold til teoriundervisningen er desuden bestemt af deres åbenbare interesse i at tilegne sig sådanne kundskaber og færdigheder, som anses for påkrævede, for at de i deres praksis som speciallæger kan virke på samme kvalifikationsniveau som deres kolleger inden for specialet.

Der skulle derfor næppe være større behov for evaluering i tilknytning til teorikurset med det formål for øje at sikre eller påvirke de uddannelsessøgendes studiemæssige indsats. De har selv en klart erkendt interesse i at yde en rimelig indsats.

Det anførte bygger på den antagelse, at de uddannelsessøgende selv i det væsentlige anser teorien som en støtte i bestræbelserne på at udvide deres praksiskvalifikationer. En konsekvent gennemførelse af dette synspunkt på forholdet mellem teori og praksis i lægegeringen vil rejse tvivl om nødvendigheden af en af praksiskompetencen uafhængig evaluering af de teoretiske forudsætninger. En særskilt prøvning af teorikundskaber kan have god mening i situationer, hvor beherskelse af teorien tillægges en selvstændig værdi, eller hvor de ikke klart giver sig udtryk i den praktiske kompetence. Det kan f.eks. være tilfælde, hvor teoriuddannelsens funktion er at forberede til en lægegering i de teoretiske discipliner. Her består opgaven typisk i at formidle teorien i sig selv. I speciallægeuddannelsen har teorien imidlertid næppe en sådan selvstændig værdi. Den begrunder først og fremmest sin værdi i det omfang, hvori den gør speciallægen bedre egnet til at løse de

problemer, der opstår i praksis. Hvis den **ikke** udruster lægen til med større indsigt at løse sådanne problemer, bør den næppe tillægges en sådan vægt i afgørelsen af, om en person skal anses for kvalificeret som speciallæge, at en selvstændig prøvning i den er indiceret.

Dei; synes ikke at forholde sig anderledes, selv om der tages hensyn til ønsker om forskningskompetence. Specialistuddannelsen er ikke defineret som en forskeruddannelse, men det er ønskeligt, at vordende speciallæger får lejlighed til at erhverve sig et grundlag for at arbejde videnskabeligt med de iagttagelser, de gør i deres praktiske gerning, og at så mange som muligt som speciallæger udøver en vis videnskabelig virksomhed jævnsides med det praktiske lægearbejde. Af sådanne grunde må man støtte tendensen til i teorikurset at indbygge komponenter som forskningsmetodologi og lignende. Den forskningsmæssige kompetence, der herved vil kunne opnås, vil give sig udslag i videnskabelige arbejder, og en selvstændig prøvning af teoridelen er derfor ikke velbegrundet.

Til det anførte skal føjes, at under den nugældende ordning finder der ingen egentlig prøvning af praksiskompetencen sted. Kvalifikationer for at virke som speciallæge anses som tilstrækkeligt dokumenteret i og med, at man har undergivet sig de udviklingsmuligheder og påvirkninger, som det indebærer at være ansat i et vist tidsrum på bestemte afdelinger. Det teoretiske synspunkt, der ligger bag denne holdning til evalueringsproblematikken i relation til praksiskvalifikationer, er, at de iagttagelser, en reservelæge får lejlighed til at gøre på de pågældende afdelinger, de problemsituationer han nødvendigvis sættes i, de drøftelser han har med sine kolleger osv., **ikke kan undgå** at udvikle hans kvalifikationer. Det tætte samarbejde med kolleger i forbindelse med kravet om, at han bestandig på en for alle synlig måde løser forekommende opgaver, medfører samtidig, at hans kvalifikationer løbende er under kontrol, hvorfor en særskilt, afsluttende prøvning af hans samlede praksiskvalifikationer er overflødig. Der må fordres en særlig begrundelse for at anlægge et andet teoretisk syn, når talen er om teoridelen. Fastholdes ydermere synspunktet, at teorien hovedsagelig begrundes som grundlag for praksisfunktionen, vil evalueringen af den være indeholdt i den løbende evaluering af praksiskvalifikationer, og en særskilt, afsluttende evaluering af de

teoretiske kvalifikationer vil være en såvel teoretisk som pragmatisk absurditet.

Den foregående argumentation udgår fra en bestemmelse af forholdet mellem teori og praksis som et middel-mål forhold, hvor teorien i uddannelsesforløbet har midlets funktion, og praksis er det overordnede mål. En konsekvent pædagogisk opfølgning af synspunkt vil føre til en indsnævring af teoriundervisningens kundskabsindhold til det, der umiddelbart lader sig anvende i bestemt afgrænsede, forudsigelige praksissituationer. Hermed aktualiseres dog faren for, at teoriundervisningen mister en særlig funktion i forhold til praksiserfaringen: at fremme indsigten i de generelle og abstrakte aspekter af de fænomener, de uddannelsessøgende i praksis oplever partielt og konkret. Følgen kan blive en blokering af teoriundervisningens muligheder for en mere omfattende og vidtrækkende påvirkning af den vordende speciallæges udvikling af egen kompetence. Det fulde potenti-ale, der rummes i en teoretisk undervisning, udfries således ikke med en middel-mål model som grundlag.

At anse teori-praksis relationen som en dialektisk enhed i udviklingen af speciallægens kompetence vil formentlig give et mere frugtbart og realistisk udgangspunkt. Her anses den ene ikke som underordnet den anden. Praktisk erfaring og teoretisk uddannelse er to forskellige måder at erkende virkeligheden på. De adskiller sig fra hinanden ved erkendelsens objekt, metode og den struktur, hvori resultaterne opsamles og præsenteres. Ingen af dem giver alene fuld indsigt i givne sagsforhold. Forbundet med hinanden i et uopløseligt dialektisk samspil udgør de hver for sig en grundbetingelse for, at læreprocessen får karakter af helhed og udvikling: Teoretisk indsigt fremmes ved kendskab erhvervet gennem praksiserfaringer. Praksiserfaringer kan udspringe af teoretisk erkendelse og får øget betydning i lyset af teori. Teorien har således en selvstændig værdi i læreforløbet, ikke uafhængigt af, men i vekselvirkning med praksis. Netop vekselvirkningen udgør det moment, der sætter en udviklingsproces i gang og sikrer, at den løber videre ud fra sin egen indre dynamik. Teoriens specifikke rolle er således at opbygge et reservoir af kundskaber, skemaer, analytiske redskaber etc., som vil kunne påvirke lægens praksishandlinger i et ikke bestemt afgrænset omfang af situationer og lette hans tolkning og ordning af

praksiserfaringer på en sådan måde, at han selvstændigt kan drage lære af dem med henblik på fremtidige handlesituationer. Der skabes herved mulighed for en udvikling, der ud over den formelle uddannelses afslutning løfter den uddannelsessøgende op på et stadig højere både teoretisk og praktisk kompetenceniveau.

Accepteres en sådan model af teoriens og praksiserfaringens relative funktioner i uddannelsen, kan spørgsmålet om evaluering af udbyttet af teoriundervisningen ikke afvises som meningsløst. Den teoretiske kompetence har sin selvstændige betydning, og dens omfang vil ikke fuldt ud lade sig registrere i de praksishandlinger, der lader sig iagttage under lægens afdelingstjeneste i uddannelses-tiden. For at sikre sig dens tilstedeværelse må man overveje en særskilt evaluering.

Metode. Evaluering af den ønskede type behøver ikke at have form af en traditionel eksamination eller testning. Såfremt teoriundervisningen alene består i forelæsninger og selvstudier, er eksamination eller testning vel uundgåelig. Ved en sådan undervisning har man oplysninger om det stof, der skal formidles, men ingen viden om, i hvilket omfang deltagerne faktisk tilegner sig stoffet og bearbejder det. Tilrettelægges teoriundervisningen derimod med rig mulighed for, at deltagerne kan arbejde aktivt med stoffet — i diskussioner, ved opgaveløsning, i simulerede øvelser etc. — rummer undervisningen i sig selv mulighed for løbende at følge deltagerens arbejde med stoffet og dermed for løbende evaluering af deres udvikling af kompetence.

Udvalget vil derfor foreslå, at der ved teoriundervisningens afslutning udstedes et bevis til hver enkelt deltager for, at vedkommende **»på tilfredsstillende måde har gennemgået teorikurset og løst de dermed forbundne opgaver«**. Beviset beskriver kursernes indhold og en målbeskrivelse, der angiver den tilstræbte kompetence. Beviset udgør over for omverdenen tilstrækkelig dokumentation for tilfredsstillende teoretisk kompetence. Beviset forudsætter, at kursusledelse og -lærere under kursusforløbet opmærksomt følger og evaluerer de enkelte deltageres indsats og udvikling. Det antages de allerede at gøre af pædagogiske grunde, dvs. for at kunne tilrettelægge undervisningen i overensstemmelse med deltagerens fremskridt og særlige vanskeligheder (**formativ evaluering**). Giver en deltagers indsats eller

udvikling anledning til bekymring med hensyn til, om der ved afslutningen vil kunne udstedes bevis for »tilfredsstillende« gennemgang af kursus, gribes der ind med henholdsvis advarsel eller pædagogisk støtte. Der ofres ingen energi på gradueret bedømmelse af de enkelte deltagere. Det afgørende er at registrere de atypiske tilfælde, hvor mangelfuld indsats eller udvikling kan bringe en deltager i fare for ikke at få attest. Som diskvalificerende momenter, der kan begrunde en sådan mistanke kan nævnes:

- udeblivelse — uanset hvad grunden er — fra betydelige dele af undervisningen,
- gentagne tilfælde af mangelfuld forberedelse, hvor undervisningsprogrammet forudsætter læsning hjemme.
- en eller flere (afhængig af den vægt der skal lægges herpå) opgaver er ikke løst, eller opgaverne afslører som helhed et uacceptabelt niveau.
- en deltagers bidrag til diskussioner afslører konsekvent væsentlige brist i tilegnelsen og forståelsen af tidligere behandlet stof.

Mulighederne for at definere diskvalificerende momenter vil variere med den anledning til at gøre iagttagelser om deltagernes arbejde med stoffet, som rummes i forskellige kursusoplæg. Eksemplerne samles imidlertid om to hovedhensyn:

1) en deltager er **ikke blevet udsat for** påvirkning, der kan fremme hans tilegnelse af stoffet (ikke deltaget, ikke læst, manglende indsats); 2) en deltager har **trods modtagelsen påvirkning ikke udviklet sig** i acceptabelt omfang (opgaver og mundtlige bidrag viser, at han ikke har lært).

Det er klart, at evalueres deltagernes kompetence i det væsentlige ved hjælp af den påvirkning, de har været udsat for, og den måde de har udnyttet denne påvirkning på, bliver selve påvirkningens kvalitet et afgørende moment i evalueringsproceduren. Af den grund er det vigtigt, at teorikurserne underkastes grundig både faglig og pædagogisk vurdering.

3) KURSUSEVALUERING

Kursusevalueringens funktioner. Kursusevaluering har andre funktioner end den netop nævnte.

Udvalget anbefaler, at der ved afslutnin-

gen af hvert kursus foretages en kritisk evaluering af kurset med henblik på:

- Revision af kurset og vejledning af medvirkende lærere.** Formålet er af forbedre kurset næste gang det tilbydes.
- Rapportering til overordnede kontrolorganer.** Formålet er at give overordnede ansvarlige myndigheder grundlag for indseende i og stillingtagen til kursets kvalitet og effektivitet.
- Evaluerings af deltagernes kompetenceudvikling.** Formålet er, som omtalt ovenfor, at bidrage til det grundlag, hvorpå der tages stilling til meddelelse af autorisation. Der er her ikke tale om en evaluering af enkeltindivider, men **af kurset** Kursusevalueringen har imidlertid betydning for individuelle evalueringer derved, at den oplyser om **kvaliteten af den påvirkning deltagerne har været udsat for.** Den er af samme betydning for vurdering af speciallægens kompetence som oplysningen om, at han har gjort hospitalstjeneste ved en højt/lidet anerkendt sygehusafdeling.

Evalueringsdata. Kursusevaluering med henblik på de nævnte tre funktioner må baseres på systematisk indsamlede og analyserede data og forudsætter stillingtagen til evalueringens

- OBJEKT**, dvs. hvad har man brug for at vide?
- METODER**, dvs. hvordan skal de pågældende oplysninger skaffes til veje?
- KRITERIER**, dvs. efter hvilke målestokke skal oplysningerne vurderes?

Ad a) & b) objekt og metoder. Kursusevalueringens tre funktioner vil ikke nødvendigvis kræve de samme data, men det vil naturligvis være praktisk at overveje og indsamle dem i én proces. Overvejelserne om objekt, metoder og kriterier tager derfor hensyn til alle tre funktioner. Først ved analysen af, hvilke konsekvenser der skal drages af de indsamlede data, og hvordan der skal rapporteres om dem (se nedenfor om evaluering og rapportering), skelnes der på ny mellem de tre funktioner.

Dataindsamlingen bør herefter koncentrerer om fire **objektområder**:

Intentioner.
Indsatser.
Produkt.
Proces.

Ved **INTENTIONER** forstås de **officielle mål** for kurset, dvs. de kundskaber, færdigheder og holdninger, som det er hensigten, at deltagerne skal tilegne sig gennem deltagelse i kurset. Desuden intentionerne vedrørende **forløbet** af kurset, dels som det er udtrykt i det offentliggjorte program for kurset, dels de hensigter man har haft om undervisningsmetoder, balance mellem deltager-/læreraktivitet, arbejdsklima etc. Oplysninger om intentioner sammenholdes i evalueringen med det faktiske indlæringsudbytte og det faktiske forløb.

Metode: Målene bør foreligge skriftligt og findes i kursusprogrammet. Forløbsintentionerne fremgår til dels af programmet, men desuden i kursusledelsens instruktion til lærerne om, hvordan undervisningen gerne skulle indrettes, i mødebeslutninger, kursuslederens notater m.v.

Med **INDSATSER** tænkes på summariske oplysninger om deltagerne, kursislæreres og -ledelsens aktivitet i forbindelse med kurset. Der tænkes især på deltagerne faktiske mødefrekvens, det omfang hvori de har læst det forordnede stof og løst stillede opgaver samt deres aktivitet i timerne. Desuden på lærernes og ledelsens indsats ved forberedelse og gennemførelse af undervisning. Uden sådanne oplysninger vil man ved revisionsovervejelserne savne væsentlige variable til forklaring af evt. misforhold mellem intentioner og faktisk udbytte/forløb. De danner desuden for kontrolmyndigheden grundlag for en samlet vurdering af, hvorvidt udbyttet har været indsatsen værd.

Metode: Deltagerne oplysning om deltagelse, læst stof og løste opgaver i **afsluttende evalueringsskema**. Kursislærernes oplysninger om deltagerne tilstedeværelse og forberedelse. Kursislæreres og -ledelsens oplysning om forberedelsestid og gennemførelse/aflysning af programmets enkelte lektioner.

Informationer om **PRODUKTET** belyser, hvad deltagerne har lært **som følge af**, at de har deltaget i kurset og udført det dermed forbundne hjemmearbejde. Som en selvfølgelig bør der tilvejebringes data til belysning af, i hvilket omfang deltagerne har lært, **hvad der forudsættes i målene** (se INTENTIONER). Desuden kan deltagerne have lært **ting som ikke direkte er forudset i de** formentlig ret summarisk **formulerede målbeskrivelser**, men som kan være væsentlige for en vurdering af real-kompetencen og derfor søges belyst. Det kan også være af interesse for en

vurdering af kursets mulige effekt for deltagerne praksis at få oplyst, i hvilket omfang de selv mener, at deres **fremtidige handlemåde vil blive påvirket af, hvad de har lært**. Deltagerne **tilfredshed** med deres udbytte af kurset er endnu en dimension af produktet, som det kan være betydningsfuldt at få oplyst.

Metode: Spørgsmål til deltagerne i **afsluttende kursusevalueringsskema + afsluttede evalueringsskrøftelse**: Om de selv oplever, at de som følge af kurset har lært at . (hvert mål angives); hvad de i øvrigt har lært på kurset, som de vil anse for særlig betydningsfuldt for dem personlig (åbent spørgsmål); om de mener at deres fremtidige praksis vil blive ændret/påvirket som følge af deres deltagelse i kurset (plads til evt. bemærkninger). Desuden **kursislærernes vurdering** af kursisternes opgaver og mundtlige bidrag i undervisningen med henblik på udbyttet, både i relation til de officielle mål og i øvrigt. Endelig kursusledelsens almene indtryk af undervisningens (påvirkningens) kvalitet i relation til de enkelte mål.

Oplysninger om **PROCESSEN** skal give kursusleder og lærere grundlag for at vurdere, om undervisningen har haft de proceskvaliteter, som de har haft for øje, dvs. om målet med, hvordan undervisningen og samspillet med deltagerne skulle »se ud«, er blevet til virkelighed. Desuden vil de kunne omfatte deltagerne tilfredshed med processen, dvs. deltagerne vurdering af processen sammenholdt med deres egne forestillinger om, hvordan den ideelt burde tage sig ud. Begge dele har et klart revisionsformål, der skulle hjælpe til udvikling af kurset, så det både kommer til at svare til ledelsens/lærernes forestilling om »god pædagogik« og bliver mere tilfredsstillende for deltagerne. Desuden vil kontrolorganet have interesse i en vurdering af de valgte fremgangsmåders effektivitet, herunder især en hensigtsmæssig udnyttelse af tid og lærerressourcer. Kun et fåtal af den mangfoldighed af aspekter, der tilsammen karakteriserer en undervisningsproces, vil kunne underkastes analyse i en enkelt kursusevaluering. Der må foretages et beskedent udvalg, som anses for særlig væsentligt lige nu, hvorpå der senere, når gentagne kurser giver identiske oplysninger om de samme forhold, kan søges efter oplysninger om nye forhold.

Metode. Udsagn i evalueringsskemaerne, der udtrykker væsentlige intentioner vedrørende det pædagogiske forløb hos ledelse og

lærere og som kræver enig/uenig-afkrydsning af deltagerne (eks.: »Der var god balance mellem lærer- og elevaktivitet«, »Forelæsningsne i X-emnet var forståelige og interessevækkende«). Desuden deltagerne fremhævelse i frie svar af særligt positive og negative aspekter ved processen samt forslag til ændringer. Afsluttende evalueringsdiskussion med deltagerne. Efterfølgende evalueringsdiskussion i lærerkollegiet.

Ad c) kriterier. I det foregående er der taget stilling til de kriterier, hvorefter vurderingen tænkes at finde sted. Et kursus anses for i højere grad at have været tilfredsstillende, jo mere

- deltagerne har lært af hvad der forudsættes i målene,
- deltagerne har lært af hvad de selv har lagt vægt på at lære,
- deltagerne fremtidige praksis kan forventes påvirket af kursusoplevelsen.
- den pædagogiske proces svarer til de pædagogisk ansvarliges intentioner for den,
- den pædagogiske proces opleves som tilfredsstillende af deltagerne,
- det indlæringsmæssige udbytte anses som tilfredsstillende af overordnede kontrolmyndigheder ud fra hensyn til den for autorisation nødvendige kompetence og til investerede deltager-, lærer- og pengeressourcer.

Det ligger uden for rammerne af udvalgets arbejde at udarbejde egentlige instrumenter til brug for den foreslåede indsamling af data. Det forudsættes, at der, når stillingtagen foreligger til speciallægekommissionens forslag, iværksættes et udviklings- og instruktionsarbejde med henblik på konkret udformning af evalueringsinstrumenter.

Evaluerings

Evaluerings er her udskilt fra dataindsamlingen for at tydeliggøre, at f.eks. en bunke deltagerudfyldte evalueringskemaer udgør **data** for en evaluering og ikke bør anses for evalueringen af et kursus. Deltagerne reaktioner på kurset, herunder deres **tilfredshed**, kan være et vigtigt moment i evalueringen, som imidlertid bør suppleres og afvejes med andre data, for at man med rimelighed kan træffe en kvalitetsdom om kurset og analysere de kritiske momenter i det. Eks.: Deltagerne kan tænkes

at være meget tilfredse med kurset og oplyse, at de har lært meget, medens lærernes analyse af deres opgaver og indsats i klassen vidner om, at de ikke har lært, hvad målene forudsætter.

Evaluering i den snævre betydning, som er anvendt her, omfatter da en analyse af og kritisk stillingtagen til de indsamlede oplysninger.

Denne virksomhed kan munde ud i

- 1) en dom over kursets kvalitet som helhed,
- 2) hypoteser til forklaring af hvorfor det gik som det gik,
- 3) angivelse af konsekvenser.

Revisionsfunktionen vil kræve den mest omfattende analyse. Analysen kan her indledningsvis koncentreres om at sammenholde oplysningerne om, hvad deltagerne har lært (produktdata), med målene (intentioner), og oplysningerne om forløbet (procesdata) med de tilsvarende instruktioner for forløbet. En søgeproces sættes i gang for at finde forklaring på evt. manglende overensstemmelse mellem intentioner og det faktiske resultat/**forløb** Konsekvenserne af disse forklaringshypoteser kan være ændringer i målene eller **forløb** intentionerne ved fremtidige kurser, vejledning af lærerne, justering af programmet, så det svarer til deltagerne forventede indsats o.lign.

Kontrollfunktionen sætter den generelle dom over kursets kvalitet i centrum. Det er her især hvad deltagerne har lært i relation til målene, der interesserer, ligesom også deltagerne» tilfredshed kan være af betydning. Det kræver en vurdering af de forskellige produktdata over for hinanden. Kontrolorganet kan dog også have brug for en evaluering af tilstrækkeligheden af de ressourcer og faciliteter, der stilles til rådighed, af indsatsernes (deltagertid, lærertid, pengemidler, faciliteter etc.) rimelighed i forhold til produktkriterierne og af udvalgte forløbsmomenter, alt sammen med angivelse af mulige konsekvenser for måljustering, ressourceallokering, lærerrekrutering og -udvikling, programlægning m.v.

Autorisationsfunktionen fordrer en koncentration om kursets generelle kvalitet samt mål-produkt aspektet. Analysen af hvad deltagerne har lært, herunder hvad der måtte ligge uden for det i målbeskrivelserne forudsætte, har særlig interesse. Det har desuden stor betydning, at spredningen i deltagergruppen belyses. En egentlig vurdering af individuelle

deltagere med henblik på autorisation hører ikke hjemme i kursusevalueringen, som alene har **kursets kvalitet**, herunder den af deltagerne som **gruppe** erhvervede kompetence, som genstand.

Rapportering

Rapportering med henblik på **revisionsfunktion** har hovedsagelig kursusledelsen og de implicerede lærere som målgruppe. Formen for opgørelsen af evalueringens resultater kan formentlig overlades til deres afgørelse og indrettes efter behovene i den individuelle situation. Med hensyn til **kontrol- og autorisationsfunktionerne** er der behov for en langt mindre fyldig rapport end ved revisionsfunktionen. Vægten ligger på stort set de samme evalueringsmomenter. Muligvis vil der kunne udarbejdes standardiserede krav til rapportens indhold, hvorved der åbnes mulighed for løbende indseende med og evt. indgreb fra kontrol- og autorisationsmyndighedernes side. Udvalget foreslår dette spørgsmål og de tekniske problemer i forbindelse med udformningen af standarder overvejet af en særlig arbejdsgruppe, når stillingen til speciallægekommissionens forslag foreligger.

IV. Delkursusledernes pædagogiske kvalifikationer

Hvis undervisning og evaluering på teorkurserne følger de i de foregående afsnit foreslåede retningslinjer, stilles der særlige krav til såvel undervisere som delkursusledere.

Generelt for begge grupper gælder, at det ikke er tilstrækkeligt, at de oplever sig selv som fagligt sagkyndige med ansvar for at formidle et fagligt stof. De må tillige være indstillet på at følge med i den måde, hvorpå modtagerne i formidlingsprocessen modtager og bearbejder det faglige stof. De må desuden have kundskaber og færdigheder, der gør det muligt for dem at fastholde opmærksomheden og analysere samspillet imellem det faglige stof og den pædagogiske proces.

Disse holdninger, kundskaber og færdigheder bør sikres gennem **udvælgelsen** af lærere og delkursusledere og udvikles gennem pædagogisk **påvirkning**.

Udvalget har specielt overvejet de krav, der bør stilles til delkursuslederne, for at de kan forventes at varetage deres opgaver på pædagogisk forsvarlig måde. Som grundlag herfor har man foretaget en grov analyse af

de arbejdsopgaver, som typisk vil indgå i delkursuslederens funktion:

1. FAGLIGE FUNKTIONER:
 - 1.1. Faglig-videnskabelig orientering om udviklingen inden for specialet.
 - 1.2. Underretning om specialister inden for de emner, der indgår i specialet.
2. KURSUSPLANLÆGNING:
 - 2.1. Indholdsudvælgelse og indholdssekvensering.
 - 2.2. Udarbejdelse af forslag til målbeskrivelse.
 - 2.3. Valg af arbejdsform.
 - 2.4. Tidsdisponering.
 - 2.5. Tilrettelæggelse og indsamling af kursusmaterialer, udarbejdelse af litteraturlister.
 - 2.6. Vurdering af læreremner, engagement og instruktion af lærere.
 - 2.7. Udarbejdelse af kursusprogram.
3. KURSUSADMINISTRATION:
 - 3.1. Udarbejdelse og kommunikation af kursusopslag.
 - 3.2. Bestilling af lokaler, udstyr, apparatur m.v.
 - 3.3. Sekretariatsledelse.
 - 3.4. Økonomiske spørgsmål, regnskabsførelse.
 - 3.5. Forelæggelse og rapportering for kursusledelse.
 - 3.6. Udarbejdelse af slutrapport.
 - 3.7. Andre administrative funktioner.
4. KURSUSLEDELSE:
 - 4.1. Koordination af medvirkende læreres virksomhed.
 - 4.2. Overvågning af kursus, de enkelte læreres undervisning samt deltagernes udvikling.
 - 4.3. Vejledning af lærere og kursister under kursusforløbet.
5. UNDERVISNING:
 - 5.1. Tilrettelæggelse og gennemførelse af egen undervisning.
 - 5.2. Udarbejdelse af undervisningsmaterialer til samme.
 - 5.3. Udarbejdelse og gennemgang af opgaver.
6. EVALUERING:
 - 6.1. Løbende evaluering af elevernes indsats og fremskridt.

- 6.2. Evaluering af lærernes, herunder egen undervisning.
- 6.3. Ansvar for og planlægning af samlet kursusevaluering.

Denne oversigt prætenderer ikke at være udtømmende. Oversigten giver imidlertid tilstrækkeligt udgangspunkt for at overveje dels udvælgelseskriterier dels behovet for pædagogisk uddannelse.

De opgaver, der er opregnet under 1. FAGLIGE FUNKTIONER, og 3. KURSUS-ADMINISTRATION og i vidt omfang også 4. KURSUSLEDELSE, omhandler kvalifikationer, som kan forudsættes at være til stede ved udvælgelsen af delkursusledere, uden at nogen særlig uddannelse hertil er nødvendig. Det drejer sig i særlig grad om:

- faglig indsigt og overblik over fagets ledende specialister.
- administrativ erfaring og organisatoriske evner.
- sociale og ledelsesmæssige færdigheder.

Disse kvalifikationer bør lægges til grund som **primære udvælgelseskriterier**.

De under alle øvrige funktioner nævnte opgaver forudsætter nogle pædagogiske kvalifikationer, som enten kan udgøre **sekundære udvælgelseskriterier**, for så vidt de allerede måtte foreligge ved udvælgelsestidspunktet, eller kan udgøre grundlaget for **mål og indhold i et uddannelsesprogram**, der tager sigte på at udvikle disse kvalifikationer.

Udvalget skal med hensyn til disse sidstnævnte kvalifikationer indskrænke sig til at pege på følgende grove hovedkategorier:

- kendskab til didaktisk teori og praksis. Didaktikken omfatter bl.a. udvælgelse og beskrivelse af pædagogiske mål, udvælgelse af indhold, organisation af læreindholdet.
- kendskab til praktisk og teoretisk pædagogisk metodik. Metodikken omhandler bl.a. undervisnings- og arbejdsformer, undervisningsprincipper, tilrettelæggelse af lektionsforløb, anvendelse af hjælpemidler i undervisningen, udførelse af praktisk undervisning, analyse af undervisningssituationer m.v.
- kendskab til pædagogisk evaluering, herunder evaluering af individpræstationer, vurdering af lærerkvalifikationer og af undervisning samt kursusevaluering.

— kendskab til indlærings- og socialpsykologiske forhold af betydning for didaktiske og metodiske overvejelser.

For så vidt delkursusledere ikke allerede er i besiddelse af disse kvalifikationer, bør der tilrettelægges pædagogiske kurser for dem med de nævnte områder som hovedtemaer.

Konsekvenser af udvalgets forslag

I. Organisation af videreuddannelsen

Udvalgets forslag om en ny kursusmodel og forslag med hensyn til pædagogiske forbedringer og evaluering af videreuddannelsen nødvendiggør en ændring af videreuddannelsens organisation i retning af større central styring. Dette er tilgodeset ved det modelforslag, som tidligere er udarbejdet af teoriudvalget (bilag 3).

II. Pædagogisk service

Udvalgets forslag vil kræve etablering af en pædagogisk service, som bør knyttes til sekretariatet for den teoretiske videreuddannelse. Udvalget forestiller sig ikke opbygning af en selvstændig pædagogisk afdeling, men at der til den teoretiske videreuddannelse knyttes en pædagogisk konsulenttjeneste, evt. ved et samarbejde med universiternes institutter for anvendt pædagogik.

Med hensyn til omfanget af den pædagogiske service forestiller man sig dels ansættelse af en fast konsulent 4-6 timer per uge, dels afholdelse af kurser for kursusledere og delkursusledere. Konsulenten skal stå til rådighed med pædagogisk bistand ved udformning og evaluering af kursusplaner, vejledning af kursusledere og evaluering af kurser etc. De foreslåede kurser, der må tilrettelægges og gennemføres af fagpædagoger, tænkes afholdt ca. hvert 2. år, når systemet er etableret, hvortil kommer 2 igangsatningskurser. Antallet af pædagogiske kurser er bestemt af aktive kursuslederes gennemsnitlige funktionstid. Udvalget skal i forbindelse med forslaget om pædagogisk kursus anbefale, at disse kurser bygges op som udvalgets kursusmodel, samt at delkursuslederne her får lejlighed til at udarbejde konkrete evalueringsskemaer for de enkelte fag.

Endelig vil udvalget foreslå udarbejdelse af en skriftlig pædagogisk vejledning for kursusledere og delkursusledere.

III. Kursuslokaler

Udvalget skal gøre opmærksom på, at den her foreslåede kursusmodel vil stille specielle krav til kursuslokaler.

IV. Økonomi

De årlige udgifter til fast konsulenttjeneste og til afholdelse af pædagogiske kurser anslås i 1976-værdier af udgøre ca. 100.000 kr. Hertil kommer etableringsudgifter (igangsætningskurser, udarbejdelse af pædagogisk vejledning etc.), hvilket anslås at ville koste ca. 200.000 kr.

Der må desuden forudses udgifter til udarbejdelse af undervisningsmateriale, forsøgsmateriale etc.; udvalget har ikke søgt at anslå størrelsen heraf.

De økonomiske udgifter til etablering af en pædagogisk service, især etablering af forudsætninger for et fungerende **evaluerings**-system, er beskedne og skal sammenholdes med de formentlig betydeligt større udgifter ved en egentlig eksamensordning, som bl.a. vil nødvendiggøre udarbejdelse af opgaver, aflønning af eksaminatorer, censorer etc.

BILAG I

Oversigt over kursusemner

Anæstesiteknik
Arbejdsfysiologi
Audiologi
Blodbanksorganisation
Blodtypeserologi
Børnepsykiatri
Endokrinologi
Endoskopi
Enzymologi
Foniatri
Forsikringsmedicin (incl. erklæringer)
Fysik (stråle- og radiobiologi incl. isotoper)
Fysiurgi
Gastroenterologi
Hepatologi
Hæmatologi
Immunologi
Kardiologi + kredsløb
Klinisk farmakologi
Klinisk kemi
Klinisk mikrobiologi
Laryngologi
Lungemedicin
Matematik
Medicinsk genetik
Medicinsk onkologi
Medicinsk psykologi
Medicinsk statistik + forskningsmetodologi
Membranfysiologi
Metaboliske sygdomme
Nefrologi, væske-elektrolytbalance
Neurokirurgi

Neuroradiologi
Neuropsykiatri
Oftalmodiagnostik
Oftalmokirurgi
Oftalmopatoфизиologi
Oligofrenologi
Otoneurologi
Otoradiologi
Patologisk anatomi
Plastikkirurgi
Proteinkemi
Psykopatologi
Psykoterapi
Radiologisk gastroenterologi
Radiologiske knogletumorer og ledsygdomme
Radiologisk lymfologi
Radiologisk nefrologi
Radiologisk otologi
Radiologisk pulmonologi
Radiologisk pædiatri
Radiologisk flebologi
Radioterapi
Reproduktionsfysiologi
Retspsykiatri
Rhinologi
Røntgenteknik
Sansefysiologi
Sanseoftalmofysiologi
Sexologi
Sociologi
Thoraxkirurgi
Traumatologi
Urologi
Venerologi
Væske-elektrolytbalance

Stofoverførsel
mellem
den lægevidenskabelige grunduddannelse
og
videreuddannelsen

Redegørelse
fra
speciallægekommissionens udvalg vedrørende den teoretiske videreuddannelse

Speciallægekommissionens forord

Stofoverførsel eller stofudveksling mellem det medicinske studium og videreuddannelsen har været et fremtrædende tema i debatten om lægeuddannelsen siden studieplankommissionens arbejde i begyndelsen af 1960'erne. Mange har fremhævet, at pensumafsnit ud fra rationelle og pædagogiske hensyn er uheldigt placeret; stoffet bringes ikke i en fornuftig uddannelsesmæssig sammenhæng eller er måske kun nødvendigt for en mindre del af de uddannelsessøgende. På den anden side har der fra universitetets side været en berettiget tilbageholdenhed med at afgive stof, så længe der ikke formelt var sikkerhed for, at dette ville dukke op på et senere sted i uddannelsen.

Emnet blev også behandlet ved studieplan-konferencen på Scanticon i oktober 1974, og som et resultat af denne modtog speciallægekommissionen en opfordring fra fællesudvalget for de tre fakultetsstudienævne til at inddrage spørgsmålet om stofudveksling i kommissionens overvejelser.

Der foreligger nu en redegørelse om stofudvekslingsproblematikken udarbejdet af en arbejdsgruppe under speciallægekommissionens teoriudvalg. Arbejdsgruppen har — bistået af en række sagkyndige — med udgangspunkt i en konkret behandling af emner inden for anatomien anvist forskellige modeller til tilvejebringelse af det faglige grundlag for stofoverførsel og har desuden søgt mere generelt at redegøre for de problemer af planlægningsmæssig, pædagogisk, styringsmæssig og økonomisk art, der knytter sig til stofudveksling.

Speciallægekommissionen har kunnet tilslutte sig hovedlinjerne i betænkningen. Det er kommissionens opfattelse, at arbejdsgruppen gennem de valgte eksempler på stofoverførsel har opnået at illustrere problemer vedrørende metode og planlægning. Hvad det

kvantitative angår, stiller kommissionen sig lidt tvivlende overfor, om man er gået tilstrækkelig radikalt til værks, men der kan dog være grund til at understrege, at det trods alt er lykkedes at finde grundlag for flytning af ca. 10 % af pensum inden for et fagområde, som i de senere år ved flere studierevisioner har undergået betydelige pensumreduktioner. Det er dog stadig muligt, at en mere gennemgribende studieplanændring ville kunne demonstrere yderligere muligheder for stofflytning. I øvrigt er det kommissionens umiddelbare opfattelse, at der inden for andre fagområder vil være betydelig mere at vinde. Det er i øvrigt interessant, at der i betænkningen også peges på behov for flytning af stof fra videreuddannelse til studium.

Der har utvivlsomt i de senere år som resultat af ændrede studievilkår og den gradvise opbygning af en teoretisk videreuddannelse været tale om en vis stofflytning fra studium til videreuddannelse. En mere bevidst og systematisk stofoverførsel vil imidlertid forudsætte etablering af et styringsapparat, der kan tage initiativer og formidle koordination mellem studium og videreuddannelse. Det er speciallægekommissionens opfattelse, at der med oprettelse af et nyt specialistanævn med en bredere sammensætning (speciallægekommissionens betænkning om det nye specialistanævn, Ugeskr Læg.: 139, 14, 854-860 er skabt et bredere grundlag for planlægning og gennemførelse af stofudveksling.

En anden forudsætning for stofudveksling vil være, at der sikres en større bevægelighed i lærerkapaciteten, således at universitetslærernes undervisningsforpligtelse kan »aftjenes« ved deltagelse i videreuddannelsen; en sådan ordning er ved at blive gennemført i Sverige. Endelig må man som forudsætning nævne, at der under videreuddannelsen skabes ansættelsesmæssige muligheder for den tilstrækkelige

kursusdeltagelse. En løsning af disse problemer vil kræve et samarbejde mellem en række forskellige instanser, som efter speciallægekommissionens forslag nu vil få sæde i specialnævnet.

Planlægningen af stofoverførsel vil medføre et stort og ressourcekrævende arbejde med deltagelse af lærere fra mange fag på forskel-

ligt niveau, og der vil være et betydeligt behov for decentraliserede initiativer som foreslået i redegørelsen.

Det er speciallægekommissionens håb, at nærværende betænkning vil kunne bringe debatten ind i en mere handlingspræget fase, som kan medvirke til at fremme kontinuiteten i lægeuddannelsen.

Speciallægekommissionens udvalg vedrørende den teoretiske videreuddannelse besluttede i juni 1975 at behandle spørgsmålet om **stofoverførsel**, dvs. udveksling af stof (pensum) mellem grunduddannelsen og videreuddannelsen i en særlig arbejdsgruppe (A).

Arbejdsgruppen har haft følgende **medlemmer** (der tillige er medlemmer af det samlede teoriudvalg):

**FRA FÆLLESUDVALGET FOR DE TRE
FAKULTETSSTUDIENÆVN:**

overlæge, dr. med. P. LINNET-JEPSEN, Århus
(formand)

stud. med. JENS PETER STEENSEN, København (sekretær)

professor FRANZ BIERRING, Odense
(fra marts 1976)

stud. med. TROELS PETERSEN, Odense
(fra marts 1976)

stud. med. BIRGIT VISKUM, Odense
(til februar 1976)

**FRA SPECIALLÆGEKOMMISSIONENS
SEKRETARIAT:**

læge JENS ASTRUP (sekretær)
(til februar 1976)

Under arbejdet med eksempler på stofoverførsel har gruppen konsulteret følgende **lære-re** med faglig sagkundskab ved **Århus uni-versitet**:

1. reservelæge ERIK GRAVGAARD (almen kirurgi)

lektor, dr. med. FINN GENESER (anatomi)

professor, dr. med. O. MYHRE JENSEN (patologisk anatomi)

overlæge, dr. med. JØRGEN LAURITZEN (ortopædkirurgi)

adjunkt, fhv. overlæge H. MYGIND (anatomi, almen kirurgi)

Arbejdsgruppens **opgave** svarer til teoriudvalgets kommissorium punkt 7:

»Med udgangspunkt i et konkret eksempel, som ønskes gennemarbejdet, ønsker man de problemer skitseret, der er forbundet med begrebet stofoverførsel, dvs. udveksling af pensum mellem præ- og postgraduat uddannelse.«

Teoriudvalgets samlede kommissorium er aftrykt i redegørelsen fra arbejdsgruppe B (Ugeskr. Læg. 1976, 138, 1344-1352).

Den hidtidige tilrettelæggelse af grunduddannelsen og videreuddannelsen

De senere års diskussion om udveksling af stof (pensum) mellem grunduddannelsen og videreuddannelsen tager dels udgangspunkt i grunduddannelsens problemer ved at skulle rumme den stadigt voksende vidensmængde inden for de traditionelle fag samtidig med, at nye fagområder kommer til, dels i behovet for en udbygning af den formaliserede videre- og efteruddannelse af læger.

Vi har i Danmark en 75-årig tradition for efteruddannelse. Indtil midten af tresserne var al formaliseret teoretisk undervisning i såvel de kliniske som de prækliniske fag henlagt til universiteterne, hvor undervisningen blev givet fælles for alle læger i grunduddannelsen.

Videreuddannelsen var først og fremmest en praktisk-klinisk uddannelse på de forskellige hospitalsafdelinger, suppleret med kandidaternes selvstudier og eventuelle forskning. De forskellige kurser var frivillige og et led i den generelle efteruddannelse af læger.

Ved omlægningen af grunduddannelsen ved Københavns og Århus universiteter i 1967 afkortedes den kliniske del af studiet med et halvt år, mens de prækliniske fags vægt øgedes tilsvarende. Samtidig ændredes **sigtet** med grunduddannelsen: Fremover skulle universitetsuddannelsen tilvejebringe »basic doctors«, dvs. læger som ikke er »færdiguddannede«, men som er i besiddelse af de nødvendige **forudsætninger** for at kunne gå ind i en videreuddannelse til alment praktiserende læge eller speciallæge.

I konsekvens heraf ændredes tilrettelæggelsen af speciallægeuddannelserne og uddannelsen til alment praktiserende læge i henholdsvis 1966 og 1970. I forbindelse hermed indførtes obligatorisk deltagelse i teoretiske videreuddannelseskurser af 120 timers varighed som forudsætning for at opnå B-autorisa-

tion eller speciallægeanerkendelse. Disse videreuddannelseskurser skulle give kandidaterne sådanne **særlige** forudsætninger inden for specialområdet, som ikke er indeholdt i uddannelsen til »basic doctor«.

Studieordningen af 1967 og de teoretiske videreuddannelseskurser har nu fungeret i knap 10 år, og nedenfor skal kort skitseres nogle udviklingstendenser. Erfaringerne fra det postgraduate område er nærmere beskrevet i redegørelsen fra teoriudvalgets arbejdsgruppe B og medtages kun summarisk her.

VIDEREUDDANNELSEN

- 1) Kurserne må klart siges at have udfyldt et behov for teoretisk videreuddannelse. Der er i dag over 20 forskellige kursusprogrammer, og flere af de store specialer har — som forsøgsordning — fået et timetal, som er større end det oprindelige antal på 120 timer. (Se nærmere Ugeskr. Læg. 1976, 138, 1345).
- 2) Kurserne har i det væsentlige beskæftiget sig med videregående kliniske problemstillinger. I betydeligt omfang har man dog også beskæftiget sig med teoretiske (prækliniske) fag, herunder først og fremmest med de fag, der har et umiddelbart klinisk anvendelsesområde (eksempelvis farmakologi, mikrobiologi og fysiologi).
- 3) Lærerne har i vid udstrækning været de samme, som også underviser prægraduat ved universiteterne. En stor del af lærerkorpset på det kliniske område — og en del lærere i de teoretiske fag — er således i dag fortrolige med at tilrettelægge og gennemføre en undervisning både på et præ- og et postgraduat niveau. I forbindelse hermed bør nævnes, at man i de senere år ved de tre universiteter har arrangeret specielle videreuddannelseskursus i de prækliniske fagområder m.v. Disse kurser

har ingen umiddelbar relation til speciallægeuddannelserne og henvender sig først og fremmest til kandidater, som ønsker en forskerkarriere inden for de teoretiske discipliner. Det betyder imidlertid, at man også på det prækliniske område får erfaringer med at tilrettelægge og gennemføre undervisning på forskellige niveauer.

Det eksisterende system inden for videreuddannelsen har fungeret udmærket i en opbygningsfase, hvor man ikke havde nogen (dansk) erfaring med postgraduat undervisning. En række forhold af faglig, pædagogisk, administrativ og ressourcemæssig art taler imidlertid i dag for en fastere organisatorisk ramme og en overordnet styring af såvel kurserne som af **hele** videreuddannelsen i sundhedsstyrelsens regie, jf. redegørelsen fra arbejdsgruppe B. Når dette forslag forhåbentlig snarligt realiseres, vil der for første gang være tale om etablering af en egentlig uddannelsesinstitution på det postgraduate område

Grunduddannelsen

1 løbet af de sidste 10-15 år er der sket en meget kraftig vækst i mængden af viden og indsigt inden for næsten alle natur- og lægevidenskabelige fagområder. Samtidig med denne udvikling har nogle af hovedtendenserne i grunduddannelsen været følgende:

- 1) Den prækliniske del af uddannelsen er øget, og uddannelsen har fået en større teoretisk-naturvidenskabelig tyngde.
- 2) Det kliniske studium er blevet udskudt og i nogen grad reduceret, specielt for så vidt angår de mere praktisk-kliniske aspekter.
- 3) Nye aspekter — specielt fra de samfunds- og adfærdsvidenskabelige områder — har haft vanskeligt ved at komme ind i uddannelsen, til dels fordi presset inden for de eksisterende fag har været meget stort.

En grundig teoretisk indsigt er en vigtig forudsætning for de fleste lægelige funktioner i dag, ikke blot på det forskningsmæssige område. Den skitserede udvikling har imidlertid haft nogle uheldige virkninger ud fra et mere **uddannelsesmæssigt** synspunkt.

For det første er den rent teoretiske prækliniske periode blevet meget lang. 1. del og 2. del A, der i det væsentlige er en teoretisk deleksamen, optager i dag 4 år ud af $6\frac{1}{2}$ års *

normeret prægraduat uddannelsestid — eller skønsmæssigt 5 år ud af gennemsnitlig knap 8 års studietid. Det betyder, dels at forbindelseslinjerne mellem f. eks. forprøvefagene og deres kliniske anvendelsesområder bliver meget lange, dels at det bliver vanskeligere for studenterne nogenlunde tidligt at danne sig et overblik over det normale menneske i sundhedsmæssig sammenhæng. Sidstnævnte accentueres yderligere af fagopsplitningen.

For det andet er det pædagogisk — og **fagligt** — uheldigt, at den kliniske tankegang først reget sent kommer ind i uddannelsen. Dette er et gammelt problem, men aktualiseres naturligvis af den teoretiske og tekniske udvikling.

Endelig for det tredje er det som tidligere berørt betænkeligt, at store nye aspekter af lægeligt arbejde og forskning kun i meget begrænset omfang har kunnet komme ind i universitetsuddannelsen.

Inden for de senere år er der fremkommet en række forskellige forslag til ændringer af grunduddannelsen, således at den i højere grad tager højde for disse problemer. Et gennemgående træk i disse forslag har været ønsket om tidlig patientkontakt, tidsmæssig og faglig integration af de prækliniske og kliniske fag, øget vægt på arbejdsmetodik og forståelse af principielle sammenhænge samt indførelse af samfunds- og adfærdsvidenskabelige aspekter som én af grundpillerne i uddannelsen. (Indstilling af 17.XII.1976 om reformer af de længerevarende sundhedsuddannelser, undervisningsministeriet).

Samtidig med at disse forskellige forslag er fremkommet, er det fra forskellig side dels fastholdt, at de teoretiske fag må tilegnes, før de kliniske fag kan indlæres, dels blevet understreget, at en stor teoretisk indsigt er en nødvendig forudsætning for de fleste lægelige funktioner i dag, og at man i forvejen har vanskeligheder ved at give disse forudsætninger inden for den eksisterende ramme.

Uden at gå nærmere ind i denne diskussion kan følgende dog fastslås:

- 1) Den stadige akkumulation af ny viden på næsten alle områder nødvendiggør en klar prioritering af, hvad der bør være fælles for alle læger i grunduddannelsen, og hvad der må henlægges til den mere specialiserede videreuddannelse. Det forekommer naturligt, at læger med vidt forskellige kliniske arbejdsområder i et vist omfang

*) Ved Odense universitet dog $3\frac{1}{2}$ år ud af 6 år normeret studietid.

også har behov for forskellige forudsætninger inden for de teoretiske fagområder.

- 2) Det er formentlig mere et spørgsmål om tradition og fastlåst struktur end om faglig og pædagogisk nødvendighed, når al undervisning i de teoretiske discipliner er henlagt til de første fire år af den samlede lægeuddannelse. De teoretiske fag som forudsætninger for de kliniske fagområder omfatter i dag mange forskellige angrebsvinkler og niveauer.

På det kliniske område er undervisningen i dag opdelt i grundstof, der er fælles for alle læger i grunduddannelsen, og mere specielt stof, der er henlagt til den teoretiske og praktiske videreuddannelse.

Stofoverførsel i relation til de prækliniske fag skulle således ikke være noget egentlig nyt, men snarere en videreudvikling af en tendens, der har gjort sig gældende på det kliniske område i løbet af de sidste ti år.

Arbejdsgruppens generelle overvejelser vedrørende stofoverførsel mellem grunduddannelsen og videreuddannelsen

Indledningsvis finder arbejdsgruppen grund til at fastslå, at stofoverførsel — eller bedre: **stofudveksling**, da stofoverførsel kan ske i begge retninger — har visse økonomiske og strukturelle forudsætninger. Alt i alt må man sige, at i hvert fald de strukturelle muligheder i øjeblikket er gode med henblik på diskussionen om stofoverførsel: prægraduat forbereder man studiereformer, og postgraduat er uddannelserne allerede under omlægning. Som en væsentlig forudsætning i denne forbindelse peges på etableringen af et centralt navn for lægers videreuddannelse (jf. redegørelsen fra teoriudvalgets arbejdsgruppe B: Ugeskr. Læg. 1976, 138, 1344-1352 og speciallægekommissionens betænkning om det nye specialistnavn: Ugeskr. Læg.: 139, 14, 854-860).

Den aktuelle diskussion om stofoverførsel drejer sig om de prækliniske fag, og udvalget har da også valgt at illustrere sine overvejelser med eksempler herfra. Det bør imidlertid erindres, at stofoverførselsdiskussionen er lige så relevant — og i nogen grad har fundet sted — for de kliniske fag, for så vidt som de sidste ti års stofudveksling ikke er foregået som resultat af en overordnet koordination. På den anden side er det nok i den prækliniske sektor, at skoen trykker mest i øjeblikket.

I første omgang vil stofoverførselsdiskussi-

onen stort set indskrænke sig til at omfatte det mere traditionelt kundskabsmæssige (»pensum«), men på længere sigt bør også inddrages f.eks. praktisk-klinisk erfaring og introduktion til videnskabeligt arbejde (jf. forslaget om en specialopgave i betænkningen om lægeuddannelsen ved Københavns universitet).

Metodeproblemer

Følgende hovedaspekter må tages i betragtning ved fastlæggelse af indhold og omfang af undervisningen i et givet fag:

- 1) Et **anvendelsesaspekt**, hvorved forstås fagets umiddelbare relevans for daglig praksis i den senere erhvervsfunktion, subsidiært for tilegnelsen af andre fag.
- 2) Et **fagligt aspekt** omfattende dels et kendskab til fagets metoder dels kendskab til mere principielle sammenhænge.
- 3) Et **pædagogisk aspekt** betinget af, at undervisningen dels skal »hænge sammen«, dels af at der kan være elementer, som er et nødvendigt led i en læreproces.

Anvendelsesaspektet har overvejende karakter af paratviden og konkrete fremgangsmåder. Dette aspekt giver samtidig den væsentligste prioritering mellem vigtigt og mindre vigtigt stof (f. eks. et knæled kontra de kostovertebrale led) og vil først og fremmest kunne belyses af personer med kendskab til erhvervsfunktioner.

Det faglige aspekt skal bidrage til at give en principiel forståelse af vigtige sammenhænge inden for det pågældende fagområde. Hvis faget senere skal kunne anvendes ved løsningen af integrerede problemstillinger, kræver det kendskab til de parametre, der arbejdes med: Hvordan kan en given problemstilling operationaliseres, og hvilke muligheder og begrænsninger ligger der i de enkelte parametre? Dette aspekt vil først og fremmest kunne belyses af fagets egne lærere.

Det pædagogiske aspekt kræver næppe nogen nærmere omtale. Ikke mindst studenterne vil kunne bidrage med væsentlige synspunkter om f. eks. et givet fags sammenhæng med den øvrige uddannelse, undervisningssekvensen, de pædagogiske metoder m.v., for så vidt som studenterne er de aktive brugere af undervisningen.

To måder har været foreslået til at angribe problemet stofoverførsel, betegnet henholdsvis »oppefra-og-ned« og »nedefra-og-op«.

1) Ved at gå »**oppefra-og-ned**« starter man så at sige med at bygge taget. Først prøver man at definere den samlede mængde viden og færdigheder i et givet fag, f. eks. makroskopisk anatomi, som er nødvendig inden for de forskellige specielle lægelige funktionsområder. Ud fra dette største fælles mål forsøges dernæst afgrænset det mindste fælles mål, der er fælles for alle læger uanset deres mere specielle funktion. Denne »basalviden« svarer dels til de funktioner, som alle læger er fælles om at kunne udføre (f. eks. den objektive, kliniske undersøgelse og behandling af visse mere almindelige sygdomme), dels til det grundlag som er nødvendigt for forståelsen af den terminologi, der anvendes på andre lægers specielle områder. Denne basalviden er naturligvis også en forudsætning for at kunne diagnosticere sygdomme og forstå terapiformer, som den enkelte læge ikke selv beskæftiger sig så meget med.

Afgrænsningen af denne basalviden kunne danne udgangspunkt for fastlæggelse af niveauet ved kandidateksamen, altså for en fastlæggelse af undervisningens indhold og omfang i grunduddannelsen.

2) Ved at gå »**nedefra-og-op**« søges først afgrænset den mængde viden og færdigheder inden for f. eks. makroskopisk anatomi, som er nødvendig for at kunne forstå undervisningen i de andre prækliniske fag, dernæst for forståelsen af undervisningen i de parakliniske og kliniske fag på 2. del. Disse forskellige forudsætninger danner tilsammen omfanget og indholdet af den prægraduate undervisning. Herefter fortsættes til de forskellige »specialistuddannelser med det sigte at få defineret, hvilke yderligere forudsætninger disse kræver.

I og for sig bliver der vel næppe nogen større forskel på det endelige resultat, uanset hvilken af de to metoder der anvendes.

Den første metode giver et godt grundlag for at skelne mellem vigtigt og mindre vigtigt stof i forhold til senere daglig praksis, men det forekommer umiddelbart noget vanskeligt rent operationelt at afgrænse, hvad der er fælles lægelig basalviden medmindre det mere »håndfast« defineres, f. eks. hvilke sygdomme en bestemt type læger bør kunne diagnosticere og behandle, hvilke der bør kunne diagnosticeres, hvilke der kun bør kunne placeres i en gruppe osv.

Den anden metode giver ikke samme klare prioriteringsgrundlag i forhold til senere daglig praksis, men forekommer umiddelbart lettere håndterlig og kan desuden give supplerende oplysninger om, hvilket stof der må med ind i uddannelsen af hensyn til mulighederne for at forstå de øvrige fag.

Fælles for de to metoder er imidlertid, at det først og fremmest er **anvendelsesaspektet**, der bliver belyst, hvorimod det faglige aspekt ikke bliver nærmere klarlagt. Ingen af fremgangsmåderne giver således fuld vejledning med hensyn til, hvad undervisningens indhold og omfang skal være i f. eks. den prægraduate uddannelse. Hvis dette problem skal løses, kræver det opstilling af nogle principper for uddannelsens samlede mål og en klar prioritering mellem disse. Det må imidlertid overvejes, om **alle** de nævnte aspekter er nødvendige i samtlige fag, og det betyder ikke, at ethvert arbejde med stofoverførsel er umuliggjort, for så vidt som anvendelsesaspektet må have en meget høj prioritet i en lægeuddannelse.

Konkret har arbejdsgruppen valgt at illustrere sine overvejelser med faget anatomi som eksempel og har opstillet følgende uddannelsesmæssige og funktionsmæssige niveauer:

- A. Et niveau svarende til »basallægen«, det vil i denne forbindelse sige cand. med./turnuskandidaten samt læger, der i mindre grad skønnes at have behov for videregående undervisning i anatomi, f. eks. laboratorielæger, psykiatere og almenpraktikere. Dette niveau svarer til det afsluttende niveau i grunduddannelsen.
- B. Et speciallægeniveau svarende til de specialer, der stiller særlige krav om anatomisk viden, eksempelvis de kirurgiske specialer, visse intern-medicinske specialer, gynækologi/obstetrik, otologi, røntgendiagnostik og patologi.
- C. Et subspecialistniveau svarende til f. eks. håndkirurgen og retsmedicinen.

Niveauet svarende til »basallægen« kan fastlægges dels ved at spørge lærerne i de prægraduate aftagerfag, hvilken anatomisk viden der er en forudsætning for at kunne forstå undervisningen, dels ved at spørge repræsentanter for »basallægeniveauet«, hvilken viden de faktisk anvender i daglig praksis. Speciallægeniveauet kan beskrives på tilsvarende vis ved at spørge de forskellige special-

læger, dels om hvad der er nødvendigt for at gennemgå uddannelsen, dels for daglig praksis. I overensstemmelse med speciallægekommisionens øvrige overvejelser opstilles ingen nærmere afgrænsning med hensyn til »subspecialistniveauet«, da dette niveau må blive meget individuelt.

Som eksempler på disse niveauer har arbejdsgruppen gennemarbejdet hånden og ventriklens anatomi. Forslaget vedrørende hånden anatomi fremgår af bilag I.

Problemer vedrørende økonomi, styring, koordination og evaluering

Nedenfor skal arbejdsgruppen kort skitsere nogle af de øvrige problemer af mere generel art, som knytter sig til stofoverførselsproblematikken.

Økonomien: Problemerne omkring økonomien vedrører dels finansieringen af den postgraduate undervisning dels aflønningen af kursusedtagerne.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at universitetslæreres undervisningsforpligtelse bør kunne aftjenes ved undervisning i videreuddannelsen — som det er tilfældet i Sverige. Man kunne f. eks. foreslå, at 1 times postgraduat undervisning ækvivalerede med 2 timers prægraduat undervisning.

Problemerne skulle herefter mere ligge i, at den præ- og postgraduate lægeuddannelse ressortmæssigt hører under 2 forskellige ministerier (henholdsvis undervisningsministeriet og indenrigsministeriet).

Der bør desuden mellem sygehusejerne (Amtsrådsforeningen) og Den almindelige danske lægeforening træffes aftale om kursusedtagernes frihed til deltagelse i kursus, løn i kursusperioden og evt. rejse- og opholdsgiften.

Alle de økonomiske aspekter implicerede parter vil være repræsenterede i det nye specialistanavn. Dette må snarest afgive sin indstilling til de respektive ministerier.

Styring og koordination: Stofoverførsel forudsætter en samlet og overordnet koordination af hele lægeuddannelsen præ- og postgraduat. Samtidig er det nødvendigt med en meget bred kontakt mellem grundfag og aftagerfag-funktioner, dels fordi et enkelt centralt organ ikke vil kunne tage kvalificeret stilling til en lang række enkeltproblemer, dels for at sikre muligheden for decentrale initiativer. Arbejdsgruppens meget foreløbige over-

vejelser på dette punkt taler således for to niveauer med hensyn til styring og koordination. For så vidt angår den overordnede koordination, peger man på et relativt snævert samarbejde mellem universiteterne, undervisningsministeriets faglige landsudvalg og det nye specialistanavn. Hvordan den nærmere kompetencefordeling skal være, kan man ikke tage stilling til på nuværende tidspunkt, men vil foreslå, at det nye specialistanavn som en af sine første opgaver tog initiativ til dette samarbejde. For så vidt angår den brede kontakt, peger man på den model, som er under udvikling ved Århus universitet i forbindelse med udarbejdelse af pensumbeskrivelser. For hvert fag nedsættes et udvalg bestående af repræsentanter for aftagerfagene, som sammen med repræsentanter for faget selv udarbejder en pensumbeskrivelse. Hvis disse udvalg — på varierende måde — blev suppleret med repræsentanter for de videnskabelige selskaber og disses kursusudvalg samt studenter, ville man formentlig få etableret den nødvendige brede faglige kontakt, samtidig med at såvel faglærere, andre prægraduate fag eller de postgraduate instanser har en formaliseret mulighed for initiativer.

Evaluering: Det er klart, at hele stofoverførselsdiskussionen har evalueringsmæssige aspekter. Det har i denne forbindelse været fremført, at stofoverførsel forudsætter indførelse af eksaminer på det postgraduate område. Udvalget finder imidlertid, at evalueringen af det stof, der eventuelt overføres, må følge den evalueringsmåde, der i øvrigt anvendes på det postgraduate område. (Se redegørelsen fra arbejdsgruppe C, Ugeskr. Læg. 1976, 138, 2821-2822). Som grundsynspunkt både præ- og postgraduat er det formentlig værd at holde fast ved, at næsten alle studenter og læger faktisk er interesserede i at holde deres viden og færdigheder ved lige og øge dem, hvis der ellers foreligger en rimelig motivation. Stofoverførsel skulle øge mulighederne for at motivere indlæringen af stoffet, for så vidt som det kommer til at ligge tættere ved den praktiske anvendelse.

Fordele og ulemper ved stofoverførsel

Afslutningsvis skal arbejdsgruppen kort prøve at skitsere nogle af de fordele og ulemper, man ser i forbindelse med stofoverførsel.

Fordele: For det første vil det som tidligere nævnt i højere grad være muligt at give de teoretiske forudsætninger på det tidspunkt, hvor det begynder at få praktisk betydning. Det må siges at være en klar pædagogisk og faglig fordel.

For det andet giver stofoverførsel mulighed for en bedre udnyttelse af ressourcerne. I øjeblikket, hvor al teoretisk undervisning er placeret i bunden af hele uddannelsen, både over- og underuddannede de senere læger. Stofoverførsel vil give mulighed for en mere relevant fordeling af det teoretiske stof i forhold til de forskellige specialgrupper og samtidig give mulighed for, at der skabes den nødvendige plads i grunduddannelsen til nye faglige aspekter.

For det tredje giver stofoverførsel mulighed for en stadig ajourføring af de enkelte fags indhold og omfang i overensstemmelse med udviklingen på de lægelige funktionsområder. Den fornyelse af stoffet, der selvfølgelig også hidtil har fundet sted, har nok i det væsentlige svaret til den faglige udvikling, men har ikke kunnet sikre, at væsentlige nye områder, f. eks. miljø- og forebyggelsesproblematikken, kom ind, og har heller ikke kunnet prioritere mellem »vigtigheden« af de forskellige lægelige funktionsområder (f. eks. udbygning af almen praksis).

Ulemper: Den væsentligste ulempe i forbindelse med stofoverførsel er, at det vil kræve et meget stort og omfattende arbejde i hvert fald i den indledende fase. Først og fremmest savnes en mere systematisk beskrivelse af de forskellige fag og niveauer i dag. Dette er imidlertid ikke et specielt problem i forhold til stofoverførselsproblematikken, da disse niveau- og målbeskrivelser længe har været ønsket i mange forskellige sammenhænge. Derudover vil stofoverførsel kræve et vist styrings- og koordinationsarbejde, hvis det skal have nogen værdi som middel til stadig ajourføring.

Stofoverførselsproblematikken belyst ved konkrete eksempler fra dele af anatomen

Efter en indledende drøftelse af forskellige muligheder inden for de teoretiske fag valgte arbejdsgruppen at illustrere problemerne om stofoverførsel med eksempler fra dele af anatomen. Konkret valgtes håndens og ventriklens makroskopiske anatomi, sidstnævnte

organ suppleret med overvejelser om embryologi og histologi.

Baggrunden for at vælge faget anatomi — frem for f. eks. kemi, biokemi eller genetik — var, at faget dels er klart afgrænset dels er velkendt af alle læger og endelig har et bredt anvendelsesområde i daglig praksis.

Omfanget af den makroskopiske anatomi er flere gange blevet beskåret senest ved studieplanrevisionen i 1967, således at såvel fagets omfang som kravene til detailviden er blevet reduceret. Samtidig er der dog sket væsentlige udvidelser på det ultrastrukturelle område inden for histologi og cytologi.

På denne baggrund forventede arbejdsgruppen ikke, at de valgte eksempler, i hvert fald for så vidt angår den makroskopiske anatomi, ville være specielt velegnede til at illustrere, at store stofmængder kan overføres fra grunduddannelsen til videreuddannelsen. Derimod fandt arbejdsgruppen, at hånden og ventriklen ville kunne illustrere behovet for viden på forskellige niveauer afhængigt af den enkelte læges postgraduate funktion.

Håndens anatomi vil kunne illustrere behovet for undervisning i samme stof på stigende niveauer med stadig større detalrigdom.

Ventriklens anatomi vil kunne illustrere behovet for videregående undervisning i forskellige aspekter af samme fag afhængigt af den enkelte læges postgraduate funktion som f. eks. kirurg, intern mediciner, patolog eller radiolog.

Hoveddistinktionen er mellem det prægraduate og det postgraduate niveau. Ved afgrænsningen af det prægraduate niveau fandt arbejdsgruppen følgende parametre af værdi:

- 1) Den prægraduate uddannelse skal give de nødvendige og tilstrækkelige forudsætninger for at kunne fungere som underordnet læge (turnuskandidat) på et sygehus og i almen praksis, herunder kunne deltage i videnskabeligt arbejde og systematiseret videreuddannelse.
- 2) 1 tvivlstilfælde om afgrænsningen af det prægraduate niveau foretrækker arbejdsgruppen — helt generelt — en vis overindlæring, bl.a. under hensyntagen til glemsel.
- 3) Det prægraduate niveau bør som hovedregel være afpasset således, at store grupper af læger ikke vil have behov for videregående undervisning i de fleste af fagene. Den postgraduate undervisning må omfat-

te de områder, som enten er helt specielle for de enkelte lægefunktioner, eller som det af pædagogiske og forståelsesmæssige årsager klart må siges at være mest hensigtsmæssigt at placere i videreuddannelsen.

Det praktiske arbejde med at opstille præ- og postgraduate niveauer ville være væsentligt lettere, hvis der forelå sammenlignelige pensumbeskrivelser for undervisningen ved universiteterne og i videreuddannelsen. I mangel af sådanne pensumbeskrivelser har arbejdsgruppen dels taget udgangspunkt i en generel målbeskrivelse for anatomiundervisning ved Odense universitet dels i en række konkrete lærebogstekster af forskellig sværhedsgrad.

Den generelle målbeskrivelse omfatter følgende læremål:

Undervisningen bør:

1) **indøve evnen til iagttagelse og beskrivelse**

Der skal kunne gives en systematisk, logisk opbygget beskrivelse af anatomiske strukturer og regioner betragtet dels som en enhed dels som en del af legemets strukturelle og funktionelle helhed.

2) **indøve fagsprog**

I beskrivelsen og ved identifikationen af anatomiske strukturer skal kunne anvendes:

- a) internationalt fagsprog (Nomina anatomica)
- b) almindeligt anvendte lægevidenskabelige termini såvel anatomiske som kliniske
- c) danske betegnelser.

3) **indøve normale anatomiske facts**

Beskrivemetode og fagsprog skal kunne anvendes på menneskelegemets komponenter og disses kar- og nerveforsyning i det omfang, viden om disse strukturer er nødvendig for

- a) på almindeligt anvendte dissektionspræparater at kunne navngive en udpeget struktur,
- b) ved undersøgelse af levende og døde at afgøre om et fund er normalt,
- c) at beskrive legemets funktioner,
- d) at forstå sygdommens udvikling og spredning,
- e) at forstå operative indgreb og deres risiko.

4) **give forståelse af sammenhængen mellem struktur og funktion og anatomi og klinik**

5) **sammen med de øvrige teoretiske fag opøve evnen til at arbejde systematisk med indlæring af et stort stof og fremlæggelse af dette.**

De anvendte lærebøger er følgende:

- 1) A. Kehler: Anatomi og fysiologi I og II. Lærebog for sygeplejeelever. Nyt nordisk Forlag, København 1972.
- 2) M. E. Matthiessen & J. Egeberg: Regionær anatomi. Munksgaard, København 1968.
- 3) R. Passmore & J. S. Robson: A companion to medical studies. William Clowes and Sons Limited. London — Beccles — Colchester 1974.
- 4) Richard S. Snell: Clinical anatomy for medical students. Little, Brown and Company, Boston 1973.
- 5) Benninghoff-Goerttler: Lehrbuch des Anatomie des Menschen. Urban & Schwarzenberg, München — Berlin — Wien 1975.
- 6) W. H. Hollinshead: Textbook of anatomy. Hoeber Medical Book, Harper & Row, London 1967.

Håndens anatomi

Håndens anatomi (bilag I) er det klareste og det mest illustrative af de to eksempler.

Udgangspunktet for arbejdet med dette eksempel var anvendelsesaspektet. Først opstilledes forskellige niveauer svarende til stigende terapeutisk og diagnostisk formåen. Man fandt i denne forbindelse at kunne skelne mellem følgende fire typer af læger:

- 1) cand. med.'en (turnuskandidaten, den alment praktiserende læge m.fl.)
- 2) almenkirurgen
- 3) ortopædkirurgen samt
- 4) subspecialisten i håndkirurgi

For hver type af læger forsøgte man dernæst ved eksempler på sygdomme og traumer m.v. at afgrænse de tilstande, som bør kunne diagnosticeres, primærbehandles og eventuelt behandles endeligt. Herudfra defineredes de nødvendige og tilstrækkelige anatomiske forudsætninger, for at de forskellige typer af læger kan udfylde deres funktion sufficient. Definitionen af de anatomiske forudsætninger skete ved at gennemarbejde de relevante afsnit i ovennævnte lærebøger og finde de

tekster frem, man fandt svarede til de forskellige niveauer.

Problemerne i denne fremgangsmåde ligger naturligvis dels i, hvordan de forskellige lægetypers funktion afgrænses, dels i vurderingen af hvilke anatomiske forudsætninger, der anses for nødvendige for at kunne varetage de forskellige funktioner tilfredsstillende. Det var imidlertid tydeligt, at man — trods forskellige opfattelser om den nærmere afgrænsning — diskuterede konkret og arbejdede med parametre, som kunne operationaliseres.

Udgangspunktet for arbejdet med håndens anatomi var anvendelsesaspektet, og det er også kun dette, som er blevet belyst. Arbejdsgruppen afstod fra en vurdering af de faglige og pædagogiske aspekter, fordi disse næppe kan belyses alene på grundlag af et så snævert område, men formentlig kun i sammenhæng med hele bevægeapparatet, evt. hele den makroskopiske anatomi.

Konklusionen af analysen var, at den eksisterende prægraduate undervisning i håndens anatomi (fire timer ved universiteterne i København og Århus) ikke har et urimeligt omfang, samtidig med at der skønnes at være et vist behov for videregående undervisning for visse af de kirurgiske specialer.

Ventriklens anatomi

Ventriklens anatomi er vanskelig at arbejde med som isoleret eksempel på grund af dette organs omfattende kliniske betydning og centrale placering i både den præ- og postgraduate uddannelse.

Arbejdsgruppen søgte primært at skelne mellem et præ- og postgraduat niveau på grundlag af lærebogsteksterne.

For **embryologi**ens vedkommende fandt man, at en basal og principiel gennemgang vil være dækkende for den prægraduate uddannelse. I videreuddannelsen bør embryologien gennemgås mere organspecifikt og mere dybtgående.

De gældende prægraduate pensumkrav (ved Århus universitet) fandt man for omfattende.

Den **makroskopiske anatomi** fandtes velbeskrevet og velillustreret i så godt som alle tekstbøger, men en mere detaljeret viden vil være nødvendig på flere områder inden for den postgraduate uddannelse, specielt i almen

¹irurgi og kirurgisk gastroenterologi.

Det gældende prægraduate niveau skønnes dækkende.

Ventriklens **specielle histologi** blev vurderet på grundlag af en speciel tekst udarbejdet af lektor F. GENESER (Århus universitet). Teksten angiver et prægraduat niveau, samtidig med at postgraduate niveauer antydes ved supplerende tekst og forslag til videregående litteratur på specielle områder.

Der var ikke fuld enighed om afgrænsningen af det prægraduate niveau. Nogle medlemmer mente, at teksten — trods reduktion i forhold til de gældende pensumkrav ved universiteterne — var for omfattende og detaljeret. Andre af arbejdsgruppens medlemmer pointerede, at niveauet ikke kan lægges lavere af hensyn til mulighederne for at meddele undervisningen på et videnskabeligt grundlag, og at der er store grupper af læger (kirurger, intern-medicinere og patologer), som har behov for et nøje kendskab til ventriklens histologi. Det mere principielle problem er, i hvor høj grad et detaljeret kendskab til morfologien er nødvendigt for at kunne forstå funktionerne.

Sammenfattende forekom diskussionen om ventriklens anatomi mere usikker, først og fremmest fordi man ikke havde fastlagt klare anvende sesområder i form af fysiologiske funktioner, sygdomme, kirurgiske indgreb osv. i lighed med eksemplet vedrørende håndens anatomi. Arbejdsgruppens vanskeligheder illustrerer således behovet for afgrænsning af de enkelte lægegrupperes funktioner som udgangspunkt for drøftelse af stofoverførsel.

Afsluttende bemærkninger

Arbejdsgruppen har forsøgt at kvantificere omfanget af stofoverførsel inden for de gennemarbejdede afsnit af anatomien.

Håndens anatomi: arbejdsgruppen mener ikke, at der vil være mulighed for at overføre stof fra det prægraduate studium til videreuddannelsen på dette område. Arbejdsgruppen har endvidere skønnet, at der i speciallægeuddannelsen i almen kirurgi bør indgå videregående undervisning i håndens anatomi af 2-3 timers varighed, i speciallægeuddannelsen i ortopædisk kirurgi 3-5 timer.

Ventriklens anatomi: for embryologiens og den makroskopiske anatomis vedkommende (fagene doceres samtidig) finder man, at der vil kunne overflyttes 1-2 timer fra det prægraduate studium til videreuddannelsen. For den specielle histologis vedkommende vil der

næppe ske nogen reduktion, da undervisningen kun omfatter tre timer (inkl. esophagus), og en væsentlig del af tiden går til mikroskopi.

I videreuddannelsen skønner arbejdsgruppen, at der i fagene medicin, kirurgi og patologisk anatomi vil være behov for 3 timers undervisning, for fagene medicin og kirurgis vedkommende i form af 2 timers gennemgang af litteratur og 1 times diskussion, og for patologiens vedkommende i form af 1 times kort repetition af den specielle histologi og 2 timers diskussion af speciallitteraturen.

Arbejdsgruppen har endelig forsøgt at skønne over det samlede omfang af mulig stofoverførsel inden for den makroskopiske anatomi (og specielle embryologi). Undervisningen (ved Odense universitet) omfatter i dag i alt 258 timer, og et forsigtigt skøn giver en reduktion på 22 timer eller ca. 8 %. Reduktionerne ligger inden for muskelsystemet, tænder og sanseorganernes anatomi (som mere hensigtsmæssigt henlægges til undervisningen i oftalmologi og otologi, bortset fra en helt basal gennemgang tidligere i studiet). En helt klar forudsætning for denne reduktion er dog nødvendigheden af en formaliseret videreuddannelse efter kandidateksamen.

Den postgraduate undervisning i anatomi bør omfatte videregående undervisning i bl.a. embryologi, topografisk anatomi, samt — for kirurger — være mere operationsteknisk orienteret.

De gennemarbejdede afsnit af dele af anatomen har således ikke kunnet illustrere nogen større mulighed for stofoverførsel i den makroskopiske anatomi, men har mere kunnet illustrere forskellige niveauer. Samtidig fremgår nødvendigheden af at inddrage anvendelsesaspektet, hvis drøftelserne om stofoverførsel skal foregå på et nogenlunde sikkert grundlag.

Nedenfor aftrykkes eksemplet vedrørende håndens anatomi (bilag I). Eksemplet vedrørende ventriklens anatomi vil kunne fås ved henvendelse til speciallægekommissionens sekretariat, sundhedsstyrelsen.

Bilag I.

HÅNDENS ANATOMI

Stofoverførsel i anatomen med konkrete eksempler inden for håndens anatomi:

Udgangspunkt:

- I. Hvad skal en **basic doctor** (cand. med.) vide om håndens anatomi?

- II. Hvad skal en speciallæge i almen kirurgi vide om håndens anatomi?
- III. Hvad skal en speciallæge i ortopædisk kirurgi vide om håndens anatomi?
- IV. Hvad skal en subspecialist i håndkirurgi vide om håndens anatomi?

ad. I.

Ansvarshavende undervisningsinstans: det lægevidenskabelige fakultet og studienævn ved universitetet.

Målsætning: en dansk cand. med. skal vide så meget om håndens anatomi:

- 1) at han kan forstå den normale hånds mekaniske funktion ved almindeligt arbejde og normale færdigheder, således at han kan forklare sig over for sine patienter desangående,
- 2) at han kan diagnosticere og forstå patogenesen ved almindelige lidelser i hænderne, som han støder på i almen praksis og evt. selv kan behandle, eller således at han kan fremsende en velformuleret henvisningsseddel til behandling hos speciallæge og forstå et tilbagesvar fra denne,
- 3) at han under vagtarbejde på skadestue kan foretage en tilfredsstillende undersøgelse af en håndskade og foretage sådan behandling, som normalt er overladt yngste vagthavende,
- 4) at han kan udtale sig som læge i erklæringer til forsikringsselskaber og offentlige myndigheder angående prognosen efter traumatiske lidelser i håndregionen.

Eksempel på sygdomme i hånden, som en cand. med. må vide besked om i henhold til ovenstående og som forudsætning for følgende:

Collesfraktur og Smith's fraktur, fraktur i os scaphoideum, i metakarper, såvel subkapitalt som på corpus, samt på phalanges. Bennets fraktur. Lunatummalaci. Knogletumorer (enkondromer i fingerknogler). Forstuvet finger inklusive ligamentlæsion med og uden knogleafsprængning. Senelæsion inklusive dropfinger. Tendovaginitter ved håndled inklusive de Quervain's syndrom. Ganglier. Springfinger. Panaritier og deres udbredelse. Nervelæsioner. Polyarthritis i fingerled og håndled inklusive caput ulnae syndrom. Dupuytren's kontraktur. Syndaktyli. Negledeformiteter. Den refleksdystrofiske hånd.

Indhold vurderet ud fra eksempler:

Collesfraktur

For at kunne behandle en Collesfraktur med reposi- sition i lokal anæstesi, vurdere resultatet røntgenolo- gisk, vejlede patienten i fingerøvelser, bedømme ophelingsresultatet til en forsikringssag og forstå komplikationer i form af dårlig ledfunktion i distale radio-ulnarled, i radio-karpalledet, dårlig senefunk- tion til fingrene, ruptur af extensor pollicis longus og tryksymptomer fra nervus medianus, må en cand. med. anatomisk kende:

Formen af knogledelene i nederste radius- og ulnaende med nøjagtig topografisk beliggenhed af processus styloideus radii og ulnae, samt ledfladernes position og orientering på røntgenbilleder i begge planer.

Opbygning af distale radio-ulnarled med bruskflader, ledkapsel, synovial omslagsfold og normale bevægelighed.

Opbygning af radio-karpalled med discus triangularis og karpalknoglernes orientering i forhold til underarmsknoglerne og i forhold til hinanden, samt opbygning af karpaltunnelen, topografi af tuberositas ossis scaphoidei et trapezii, os pisiforme og hamulus ossis hamati. Indhold i karpaltunnelen og underarmsflexorsenernes indbyrdes placering ud for frakturniveauet samt nervus medianus' beliggenhed samme steds og dens sensitive og motoriske funktion. Extensorretinaklets opbygning med kulisser og synoviale seneskeder samt extensorsenernes virkning på fingrene, specielt topografi af extensor pollicis longus og dens virkning på tommelen.

Med nær relation til frakturstedet må kendes: arteria radialis, arteria ulnaris, nervus ulnaris, ramus superficialis nervi radialis, vena cephalica og vena basilica.

Fingerledsdistorsion

For at kunne vurdere omfanget af en sådan læsion og dermed behandlingsbehovet, evt. indikation for operation og/eller immobiliseringsstid, må ledforholdene kendes ret nøje, således især kollaterale, accessoriske og palmare ligamenter. Dette er sammenhængende med kendskab til ledenderes ossøse form røntgenanatomien, bruskfladerne og ledbevægeligheden samt fribrøse og synoviale flexorsenskeder foruden extensorsenetilhæftningerne.

Panaritium

For at kunne vurdere en betændelsestilstand i en finger eller hånd med henblik på behandlingsbehovet vedr. evt. operationstidspunkt og/eller immobiliseringsperiode, samt evt. kunne udføre operativ behandling for et panaritium, må en cand. med. kende:

Hudens og det subkutane vævs opbygningsforhold med relevante forskelle mellem beskaffenheden på dorsal- og volarsiden samt pulpa's opbygning.

For paronychion's vedkommende må neglenes opbygningsforhold med matrix, hud-negleovergang og neglelejerne kendes.

For lymphangitis må lymfebaner og regionale lymfeknuder beliggenhed (kubitalglandlen og aksilglandlerne) kendes.

For tendinøs overgriben må seneskedeafgrænsningerne på fingrene og bursa manus kendes ret nøje.

For spredning fra fingre til en håndphlegmone må lumbrikalkanalerne kendes.

For evt. lokalbedøvelse og operativ behandling af panaritium på fingre må såvel nervestammer af

medianus, ulnaris og radialis ved håndledsregionen kendes. Desuden må fingernervers og fingerarteriers topografi kendes ret nøje, således også afgang af dorsale ramus fra digitalnerven.

Ud fra kravet til anatomisk viden i disse tre eksemplars er afsnittene vedrørende hådens og underarmens anatomi i de på side 194 nævnte lærebøger gennemgået og vurderet.

De nævnte lærebøger fordeler sig groft taget i tre kategorier:

Nr. 1 og 2 (henholdsvis A. Kehler Anatomi og fysiologi 1 og 11 og M. E. Mathiessen og J. Egeberg: Regional anatomi) gennemgår anatomen relativt kortfattet uden nærmere detailbeskrivelse af de enkelte strukturer og er formentlig velegnede som introduktion eller til at skabe overblik.

Nr. 3 og 4 (R. Passmore og J. S. Robson: A companion to medical studies, og Richard S. Snell: Clinical anatomy for medical students) giver tillige en detailgennemgang af alle klinisk vigtige strukturer og svarer til det traditionelle prægraduate pensum (eller ligger lidt i underkanten).

Nr. 5 og 6 (Benninghoff-Goerttler: Lehrbuch der Anatomie des Menschen, og W. H. Hollinshead: Textbook of anatomy) er internationale standardværker inden for den makroskopiske anatomi og ligger i overkanten af det traditionelle prægraduate pensum

Hensigten med gennemgangen har været at vurdere de enkelte bøgeres værdi i undervisningssammenhængen, eventuelt med mulighed for at fastlægge præ- og postgraduate niveauer ud fra de forskellige tekster.

Denne vurdering har resulteret i følgende **indstilling**:

Under den nuværende studieordning ligger undervisningen i anatomi tidligt i 1. delstudiet — og hermed ophører den formaliserede undervisning i faget.

De tre universiteters anatomiske institutter har i de senere år søgt at give undervisningen i anatomi større Klinisk sigte, ligesom lærere fra de kliniske fag er blevet medinddraget i undervisningen.

Set fra et klinisk synspunkt er det imidlertid uheldigt, at det indlærte stof er udsat for en lang tidsperiode af glemsel, før det får praktisk klinisk relevans i sammenhæng med 2. delstudiet og videreuddannelsen.

Under disse omstændigheder er det nødvendigt at holde en høj standard med hensyn til lærebog (eksempel nr. 5 og 6) og at docere et højt indhold af paratviden hos studenterne.

Der har imidlertid ikke været muligt ud fra disse meget omfattende lærebøger at angive, hvilken del af teksten som bør læses, og hvilke dele som bør læses som orientering.

Kravet om viden må derfor udformes som en målsætningsbeskrivelse med henblik på vejledning af studenterne.

En sådan målsætningsbeskrivelse bør ved et lægestudium have et klart klinisk sigte med relation til patologi og funktion, og lærerkræfterne bør derfor selv have gennemført et helt lægestudium og have et minimum af klinisk erfaring (f. eks. svarende til B-autorisation).

Såfremt det blev muligt at integrere anatomiundervisningen i den kliniske undervisning under 2. dels studiet, ville man kunne nøjes med at anvende en betydelig mere summarisk lærebog (nr. 2, evt. endda nr. 1) som indlæringsbog under et **meget kort 1. dels studium**. Til gengæld herfor burde 75-85 % af det nuværende timetal overføres til et forlænget 2. dels studium, hvor den anatomiske undervisning kunne integreres i den kliniske. Til dette formål findes det da tilstrækkeligt at anvende en af de noget mere omfattende bøger (eksempel 3 og 4), suppleret med praktisk dissektion og præparatdemonstrationer.

Forudsætningen for at vælge en sådan løsning, hvor man nøjes med at docere makroskopisk anatomi under lægestudiet fra bøger med et informationsniveau som bøgerne nr. 1, 2, 3 og 4, må være en sikkerhed for, at der fremsættes krav om formaliseret efteruddannelse i makroskopisk anatomi ved den postgraduate uddannelse til speciallæge (se nedenfor).

ad II.

Ansvarshavende undervisningsinstans:

Dansk kirurgisk selskab i samarbejde med et udvalg for postgraduat lægeuddannelse.

Målsætning: en speciallæge i almen kirurgi skal kunne behandle de under I. nævnte sygdomme i en ukompliceret form.

Der tænkes her således primært på en postgraduat uddannelse med henblik på praksis som speciallæge, men alligevel tilstrækkelig til at give basis for den yderligere flerårige kliniske uddannelse, som kan kvalificere til ansættelse som overlæge på almenkirurgisk afdeling.

En sådan læges minimumsviden om håndens anatomi bør derfor foruden det under I. nævnte omfatte sådanne detaljer, som er en forudsætning for at bedømme den diagnostiske sikkerhed og foretage operative indgreb med tilsigtet sikkerhed for positivt resultat uden at fremkalde iatrogene skader på håndens strukturer.

Indhold vurderet ud fra eksempler:

Ganglion

Sådanne udgår oftest fra håndledskapslen og poser sig vej op mellem bløddelsstrukturerne, stadig forbundet med håndleddet ved en lang smal stilk. Der må derfor her især lægges vægt på en nøjagtig topografisk indsigt i alle sener, ligamenter, retinakler, nerver og kar i håndledsregionen, såvel dorsalt som volart, især med henblik på de enkelte strukturers beliggenhed i forhold til hudoverfladen og karakteristiske **points de repère**. Endvidere en mere nøjagtig opfattelse af håndledskapslens op-

bygning, synoviale forhold og ledhuler i karpalregionen.

Springfinger (oftest fra 1. finger)

Nøjagtig fornemmelse af tommelfingerens opbygning, bevægefunktioner og position i forhold til den øvrige hånd.

Nøjagtig topografisk indsigt i flexor pollicis longus, thenarmuskler, kar og nerver til tommelen. Viden om fibrose seneskeders opbygning, synoviale seneskedeforhold og projektion af de enkelte strukturer i forhold til huden.

Extensorseneoverskæring

Nøjagtig viden om senernes beliggenhed, junkturer, extensorseneaponeurosens opbygning med lumbrikaler og interosser og disses funktion. Nøjagtig topografi af kutane nerver og veneforhold på håndryggen.

Under den nuværende videreuddannelsesstruktur hengår der 4-6 år, før den enkelte læge starter den formaliserede speciallægeuddannelse. Man må derfor regne med en vis glemsel af det under studiet docerede lærestof, og det ville derfor være ønskeligt, om der kunne tilvejebringes en formaliseret, systematisk undervisning i makroskopisk anatomi, sideløbende med og koblet til den kliniske undervisning. En sådan undervisning kan næppe foregå sufficient uden medvirken af anatomiske institutter og deres tilbud af undervisningsmateriale, men vil til gengæld kræve, at en del af institutternes lærerkraft har stor klinisk og praktisk lægelig erfaring.

Ud fra de fremsatte forudsætninger er de samme 6 anatomibøgers tekster vurderet. De to første bøger kan man se helt bort fra i denne sammenhæng. De to næste bøger indeholder hver for sig en del informationer af relevans på dette niveau, men er til gengæld på mange andre punkter så mangelfulde, specielt topografisk og illustrationsmæssigt, at de må anses for uanvendelige. De to sidste lærebøger er så omfattende, at de vil kunne danne fuldt sufficient informationsbasis under vejledning af erfarende klinisk anatomilærere.

ad III.

Ansvarshavende undervisningsinstans:

Dansk ortopædisk selskab i samarbejde med udvalg for postgraduat lægeuddannelse.

Målsætning: en speciallæge i ortopædisk kirurgi skal foruden det under I. og II. nævnte kunne diagnosticere og bedømme sjældnere forekommende og mere komplicerede lidelser i hænderne samt behandle sådanne foruden at foretage rekonstruktive indgreb for senfølger efter polyarthrit og for artroser, foretage primær behandling og den almindeligste rekonstruktive efterbehandling af alle håndskader, således beherske forskellige teknikker til senesutur og nervesutur.

Indhold vurderet ud fra eksempler:

Dupuytren's kontraktur

Det er her nødvendigt at have en detaljeret topografisk viden vedrørende alle hulhåndens sene-, kar- og nerverstrukturer samt deres beliggenhed projiceret til huden og dennes markeringslinjer og punkter. Endvidere nøjagtig viden om aponeurosis palmaris, dens udbredelse og nedbinding mod såvel hud som dybe strukturer. Nøjagtig opbygning af fingrenes grundled og mellemlid, såvel ossøse forhold som kapsel-, synovialis- og ligamentforhold.

Flexorsenelæsion

kræver en nøjagtig viden om senernes beliggenhed i vola, opbygningen af fibrøse seneskede, relation og nøjagtig projektion på huden af krydsningsforholdet mellem profundus og superficialissener, synovialskedeforhold inklusive vinculae, foruden en god viden om fingrenes kinesologi.

Kvæstningstraume af hånden med fraktur og åben bløddelslæsion

Sådanne kræver viden om alle håndens anatomiske strukturer, deres beliggenhed samt værdien af deres funktion.

Ligesom under II. kan kun de to sidste bøger anses for sufficente, selv om bog nr. 3 har lagt så megen vægt på overfladetopografi og på funktion, at den på disse områder kan give god information. Også her må man påpege det ønskelige i en

formaliseret postgraduat anatomiundervisning ved tilstrækkeligt klinisk erfarne lærere, men på grund af større krav til viden om håndens anatomi hos en speciallæge i ortopædisk kirurgi må man påregne ca. 50 % mere tid til gennemgang af stoffet end under II.

Der er her atter tænkt på nødvendig postgraduat uddannelse med henblik på praksis som speciallæge og som basis for den yderligere kliniske uddannelse, der kan kvalificere til ansættelse som overlæge på en ortopædisk kirurgisk hospitalsafdeling.

ad IV.

En subspecialist i håndkirurgi vil være en i forvejen højt uddannet ortopædkirurg, og nogen formaliseret undervisning i anatomi på dette niveau skønnes ikke nødvendig.

Målsætning: En »håndkirurg« skal beherske alle finere rekonstruktive indgreb som f. eks. fri sene-transposition, **pedical island flap**, pollisationer, fri nervetransplantation og lignende indgreb af så speciel karakter, at disse patienter med fordel kan samles på 3-4 afdelinger i Danmark. For at opfylde dette bør han kende håndens anatomi i enhver detalje indusive varianter i forhold til normalen. En del af denne anatomi findes især beskrevet i specialtidsskrifter, som foruden anerkendte større anatomiske lærebøger må danne grundlag for mængden af viden.

En sådan subspecialist må forventes selv at tilegne sig dette stof.

Blokansættelser

lægenes videreuddannelse

I arbejdet med gennemgangen af forskellige speciallægeuddannelser har speciallægekommisionen flere gange haft drøftelser om blokansættelsers anvendelse i lægernes videreuddannelse. Da man i kommissionen har ønsket en nøjere gennemgang af de problemer, uddannelsesmæssige som administrative, som knytter sig til indførelsen af blokansættelser i større omfang, nedsatte man i efteråret 1975 en arbejdsgruppe, som fik følgende sammensætning:

ERNST GOLDSCHMIDT (formand)

C. M. MADSEN

MOGENS KJÆRGÅRD HANSEN

GUNNAR SCHIØLER

CLAUS LUNDSTEDT (sekretær)

Ved blokansættelser forstås ansættelse i underordnet lægestilling på flere afdelinger efter hinanden i et og samme ansættelsesforhold, således at den samlede ansættelse indeholder et afsluttet uddannelsesforløb med et bestemt sigte, f. eks. en speciallægeuddannelse eller en afgrænset del af denne.

I det følgende skal gives en kort beskrivelse af blokansættelsessystemet, og fordele og ulemper skal søges belyst. Det må dog allerede her fremhæves, at det nuværende misforhold mellem antallet af uddannelsessøgende og antallet af uddannelsesstillinger gør det nødvendigt at indføre et blokansættelsessystem. Når der som nu er beskæftigelsesproblemer, er det vanskeligere at opnå stillingsskift på et i forhold til uddannelsen ønskeligt tidspunkt. Reservelæger vil derfor ofte sidde længere i stillingerne, end uddannelsen kræver. Kun blokansættelser kan bryde denne *circulus vitiosus*.

Det nuværende ansættelsessystem for læger under videreuddannelse

Hovedprincippet i den nuværende videreud-

dannelse er, at den enkelte læge søger at opnå sin videreuddannelse ved ansættelse på afdelinger med de specialer, som indgår i hans uddannelse.

Disse reservelæge- og 1. reservelægestillinger besættes efter almindeligt offentligt opslag, og kun undtagelsesvis har der været tale om opslag af stillinger, som indebærer ansættelse på mere end én afdeling.

Grundlaget for dette videreuddannelsessystem er blandt andet en almindeligt accepteret opfattelse af, at alle underordnede lægestillinger på vore sygehuse er uddannelsesstillinger. For at sikre, at dette også får en praktisk effekt, er alle underordnede sygehusstillinger tidsbegrænsede. Reservelægestillinger opslås normalt som etårige stillinger med mulighed for forlængelse i op til 3 år, mens 1. reservelægestillinger normalt er 5-årige. Man sikrer sig herved, at den enkelte læge ikke bliver siddende uhensigtsmæssig lang tid i den enkelte stilling og derved skaber en fastlåsning af videreuddannelsessystemet, som gør det umuligt at gennemføre uddannelsen for andre, der ønsker at komme igennem et givet speciale.

Som et supplement til disse overenskomstregler om ansættelsernes varighed, har Foreningen af yngre læger i forståelse med sygehusejerne fastlagt kollegiale vedtægter, som sætter grænser for, hvor længe en læge kan arbejde i underordnede stillinger inden for et bestemt speciale. Disse regler bestemmer generelt, at man højst kan have ansættelse i 12 år inden for samme speciale, og at man højst kan være ansat halvdelen af tiden som reservelæge. Denne hovedregel kan suppleres med særlige regler for de enkelte specialer, og i øjeblikket gælder en 3 års begrænsning på 1. reservelægestillinger i fagene oftalmologi og mikrobiologi.

Under de nuværende beskæftigelsesproblemer er de gældende regler ikke tilstrække-

lige til at sikre den nødvendige cirkulation i systemet.

Blokansættelsernes anvendelse i det nuværende system

Blokansættelser har aldrig været anvendt i større udstrækning her i landet, og der eksisterer en meget fast tradition for, at den enkelte afdelings chef(er) har ret til at indstille én blandt flere ansøgere til en given stilling, uden at der i forbindelse med den enkelte ansættelse er krav om hensyntagen til den samlede uddannelseskapaacitets udnyttelse eller den enkelte læges uddannelsesbehov.

Historisk set er de gamle turnusstillinger den eneste form for blokansættelser, der har haft generel udbredelse i sygehusvæsenet. Disse stillinger, der var sammensat af 6 måneders ansættelse på medicinsk afdeling og 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling, greb ind i lægechefernes indstillingsret, idet turnuskandidaterne blev ansat efter lodtrækning. 1 takt med den stigende lægemangel i 1950'erne svandt efterhånden interessen for disse stillinger, dels fordi de medicinske kandidater uden vanskeligheder kunne skaffe sig de ansættelser, der krævedes til opnåelse af B-autorisation uden at gå igennem en turnusstilling, dels fordi turnusstillingerne var aflønnet ringere end de almindelige reservelægestillinger (kandidatstillinger). Turnusordningen blev derfor suspenderet i 1965.

I slutningen af 1960'erne opstod der et ønske om at få etableret blokansættelse med et indhold svarende til de krav, som efter lægelovsændringen i 1970 stilledes for opnåelse af ret til udøvelse af selvstændig virksomhed som alment praktiserende læge. Sådanne blokansættelser skulle være af mindst 2 års varighed og indeholde ansættelse på mindst fire forskellige afdelinger (medicin, kirurgi, psykiatri og gynækologi/obstetrik). Der er i årenes løb etableret op mod 150 af disse rotationsstillinger. På grund af den stigende tilgang af læger og det stadig større antal læger, som stiler mod almen praksis, er presset mod disse stillinger imidlertid vokset så stærkt, at efterspørgslen langtfra kan imødekommes. Når der ikke har kunnet oprettes flere trods betydelig indsats fra mange sider, skyldes det til dels, at en del lægechefer ikke har ønsket at afgive deres selvstændige indstillingsret ved stillingsbesættelserne, men i endnu højere grad at man på mange afdelinger ikke har villet acceptere de ofte meget

kortvarige (3 måneder) ansættelser på de enkelte afdelinger inden for det samlede ansættelsesforløb.

I speciallægeuddannelse kendes blokansættelser kun i meget begrænset omfang og i alt væsentligt kun i form af de kirurgiske kursusstillinger, hvor reservelægen på 2 år er ansat inden for fire forskellige grenspecialer. Desuden er der enkelte steder lavet lokale aftaler om udveksling af 1. reservelæger for at sikre den enkelte uddannelse inden for forskellige dele af specialet.

Forholdene i udlandet

Mens blokansættelsessystemet således må betragtes som en undtagelse i det danske videreuddannelsessystem, er det flere steder i udlandet den normale form for videreuddannelse. I den angelsaksiske verden er speciallægeuddannelsen i vid udstrækning tilrettelagt på en måde, der gør det muligt for den enkelte læge at opnå sin uddannelse under ansættelse på et hospital, hvor han får hele sin videreuddannelse i én sammenhængende ansættelse. I Frankrig er speciallægeuddannelsen tilrettelagt noget anderledes, idet den gennemføres som et egentligt postgraduat studium, men også her er uddannelsen knyttet til en bestemt uddannelsesenhed.

I Sverige er videreuddannelsessystemet i disse år ved at gennemgå en betydelig ændring, og det er målet, at alle speciallægeuddannelser skal foregå gennem blokansættelser. Videreuddannelsen påbegyndes med en »almäntjänstgöring« betegnet AT-blok, som omfatter 21 måneders ansættelse på sygehus og på lægestationer. Efter denne AT-blok fortsætter uddannelsen i en såkaldt FV-blok (fortsat videreutbildningsblock), som fører helt frem til speciallægeautorisation. Endnu er systemet ikke fuldt udbygget, men det er dog således, at godt halvdelen af de læger, der nu er under videreuddannelse, er ansat i en FV-blok. Der er nogen forskel fra speciale til speciale, men for alle gælder det, at der indrettes flere og flere FV-blokke, og der er flere og flere læger, der søger denne vej ind i uddannelsen. Hertil kommer, at de centrale myndigheder viser større og større interesse for at gøre FV-blokken til den eneste form for videreuddannelse.

Blokansættelsernes betydning for videreuddannelsessystemet

Da det som nævnt ovenfor er en undtagelse

med blokansættelser på danske sygehuse, og da dette blandt andet skyldes en meget lang tradition i vort ansættelsessystem, må det være rimeligt at se nærmere på de fordele og ulemper, som kan være forbundet med en udbredt anvendelse af blokansættelser.

Baggrunden for, at blokansættelser i stadig større grad er blevet nævnt som en nødvendig nyskabelse i vort videreuddannelsessystem, er ikke mindst, at antallet af læger under videreuddannelse er steget væsentligt hurtigere end antallet af uddannelsesstillinger.

Dette stigende misforhold mellem udbud og efterspørgsel på uddannelsesstillinger bevirker dels at den enkelte yngre læge får vanskeligt ved at opnå de nødvendige ansættelser inden for en rimelig tid, dels at den »sociale sikkerhed« for den enkelte påvirkes i uheldig retning af den stadig større risiko for ledighed mellem to ansættelser. Det er derfor et naturligt ønske, at der etableres stillinger, som indeholder et samlet uddannelsesforløb under garanteret ansættelsessikkerhed i en rimelig årrække.

Samtidig med, at disse forhold for den enkelte gør sig mere og mere gældende, har »systemet« et tilsvarende stigende behov for at sikre sig den bedst mulige udnyttelse af den til rådighed værende uddannelseskapacitet. Dette sker naturligvis bedst ved, at man ikke har de uddannelsessøgende siddende i den enkelte stilling længere end det kræves, for at han kan opfylde de krav, der stilles i den valgte uddannelse. Dette vil teknisk bedst kunne løses gennem blokansættelser.

Ved blokansættelser vil man også kunne opå en bedre sammenhæng i uddannelsen, idet ansættelser på forskellige afdelinger kommer i en hensigtsmæssig rækkefølge, og det vil være væsentligt lettere at sikre en større uddannelsesmæssig værdi af korte ansættelser. Da man, selv om man skifter fra afdeling til afdeling, oftest vil arbejde videre på et sygehus, man i forvejen kender, vil »indkøringsperioden« blive minimal til fordel for både den enkelte læge og for afdelingernes løbende drift.

Hertil bør også lægges, at en blokansættelse naturligt må finde sted efter en ansættelsesprocedure, hvor læger fra flere afdelinger deltager i udvælgelsen, hvorfor udvælgelseskriterierne må forventes at blive bredere.

Mod anvendelse af blokansættelser i større udstrækning kan tale, at systemet indebærer en risiko for en betydelig stivhed, hvor antallet af læger, der bliver uddannet i de

forskellige specialer, ikke viser sig at være i overensstemmelse med det antal, der er behov for. Dette kan i nogen grad imødegås ved løbende at tilstræbe en justering samt ved at skabe mulighed for, at man også kan uddanne sig i et speciale uden at passere gennem fastlagte blokansættelser.

Man kan desuden indvende, at den enkelte kan få problemer med at gennemføre længerevarende videnskabeligt arbejde på en afdeling, hvilket kun delvis vil kunne kompenseres af, at man forbliver ansat på det samme sygehus i en længere periode. Større videnskabelige opgaver må imidlertid forventes henlagt til ansættelser enten imellem to blokke, eller efter at man har gennemgået de for en speciallægeuddannelse nødvendige ansættelser. I denne forbindelse bør man erindre, at et veltilrettelagt blokansættelsessystem vil kunne føre frem til speciallægeanerkendelse i en væsentligt yngre alder, end det nu er tilfældet.

Hvis blokansættelser skal medføre den nødvendige bedring af udnyttelsen af uddannelseskapaleten, må nogle af ansættelserne på de enkelte afdelinger nødvendigvis blive af kortere varighed end nu (ned til 6 måneder). Det vil kræve en bevidst pædagogisk indsats fra afdelingschefernes side at give sådanne stillinger et optimalt uddannelsesmæssigt indhold. Desuden vil den arbejdsmæssige værdi for afdelingen af en læge i kortvarig ansættelse være ringere end ved længerevarende ansættelse. En regional tilrettelæggelse af ansættelserne og uddannelsen, hvor flere afdelinger i fællesskab tilrettelægger og gennemfører undervisningen og derved undgår overlappende virksomhed, vil i nogen grad kunne kompensere for disse ulemper. En ændring af afdelingernes stabsopbygning i retning af flere fastansatte læger vil dog utvivlsomt være nødvendig for at få videreuddannelsessystemet til at fungere godt.

Selektionsproblemerne i videreuddannelsen

Under det medicinske studium skal studenterne ikke blot tilegne sig en vis viden, men også opnå erfaring i på basis af en anamnese og objektive fund at instituere et hensigtsmæssigt undersøgelsesprogram og en rimelig behandling. De fleste nybagte kandidater har ikke en tilstrækkeligerfaringtilatkunneopfyldedissekraav, og derfor har de fleste lande en klinisk obligatorisk sygehustjeneste som betingelse for tilladelse til selvstændig virksomhed som læge.

Under videreuddannelsen i sygehusstillinger vælger den enkelte læge før eller siden det område, i hvilket han ønsker den endelige specialuddannelse. Under det nuværende system er der ved hvert stillingskift en udvælgelsesprocedure, som formentlig til en vis grad leder de uddannelsessøgende ind i arbejdsområder, hvor de kan gøre fyldest. Der har, i hvert fald teoretisk, været fri adgang til undervejs i uddannelsen at skifte fra et speciale til et andet. I hvor stort omfang dette system har kunnet placere den enkelte på sin rette hylde, er vanskeligt at afgøre.

Mod blokansættelser kan indvendes, at man risikerer at få et stift system, hvor selektionsmulighederne bliver få og skift fra et speciale til et andet vanskelig. Man må derfor opbygge blokansættelsessystemer, som kan deles i to eller tre trin, således at der på hvert trin er mulighed for at vælge speciale inden for en større gruppe af specialer. Desuden vil en mere systematisk tilrettelagt klinisk videreuddannelse give bedre mulighed for at vurdere den enkelte læges evner og muligheder og dermed også bedre grundlag for at vejlede ham i valget af fortsat specialuddannelse.

Eksempler på blokansættelser

Efter gennemgang af de overvejelser, der må gøres i forbindelse med en eventuel introduktion af blokansættelsessystemet i lægernes videreuddannelser, har udvalget fundet det hensigtsmæssigt at opstille en række eksempler på, hvordan blokuddannelser kan tilrettelægges.

En række teoretiske modeller kan naturligvis opstilles, idet man både kan tænke sig blokansættelser, der starter umiddelbart efter embedseksamen og som er så langvarige, at de indeholder et helt uddannelsesforløb frem til speciallægeanerkendelse, og uddannelsesforløb som sammenstykkes af tre-fire korterevarende blokke med eller uden den afsluttende 1. reservelægetid som del af den sidste blokansættelse.

Udvalget har valgt at opstille nogle modeller, som bygger på, at den enkelte læge har gennemgået 18 måneders almenuddannelse, og derefter kan søge ind i en såkaldt blok I, som er fælles for en større gruppe af specialer, efterfulgt af en blok II som sigter specifikt mod en speciallægeanerkendelse inden for et snævrere område. Denne blok II kan foruden nødvendige reservelægeansættelser også indeholde et års 1. reservelægetid, hvis dette i

enkelte specialer forekommer hensigtsmæssigt, men udvalgets hovedmodel forudsætter, at 1. reservelægetiden opnås ved ansættelse efter almindelig ansættelsesprocedure, når lægen har gennemgået blok II.

De opstillede eksempler tager deres udgangspunkt i de eksisterende uddannelsesregler, men vil naturligvis kunne tilpasses senere ændringer i kravene, ligesom de ikke vil være en hindring for, at der indføres mulighed for såkaldte ekspertuddannelser uden for de anerkendte specialer.

Det todelte bloksystem vil indebære mulighed for at tilrettelægge samlede uddannelsesforløb regionalt, således at blok I kan gennemgås som samlet ansættelse på et centralsygehus, mens blok II kan placeres enten udelukkende på et større sygehus med afdelinger eller på et sådant sygehus i samarbejde med et centralsygehus.

Model for todelte bloksystem inden for speciallægeuddannelsen i det medicinske specialeområde

Modellen for et todelte bloksystem bygger på, at den første blok — blok I — har en sådan sammensætning, at den kan fungere som en introduktion til en række forskellige specialer inden for det medicinske område.

En sammensætning af en sådan 18 måneders ansættelse, der ville kunne fungere som en sådan introduktion, kunne være:

6 måneders intern medicin

6 måneders neuromedicin

6 måneders anæstesiologi.

En sådan blok I ville uden vanskelighed kunne etableres på de fleste amters hovedsygehuse. Den uddannelsessøgende ville herefter have en god baggrund for at vælge sit endelige speciale og søge ansættelse i en blok II. Som eksempel på sådanne blokke kan nævnes:

A. 24 måneders ansættelse i rotation på 2-3 grenspecialiserede medicinske afdelinger på et landsdelssygehus.

Når denne intern medicinske blok II er gennemgået, vil en efterfølgende ansættelse som 1. reservelæge på en relevant medicinsk afdeling føre frem til speciallægeanerkendelse.

B. 12 måneders ansættelse på fysiurgisk b-afdeling.

6 måneders ansættelse på ortopædkirurgisk afdeling på landsdelssygehus.

12 måneders ansættelse på fysiurgisk a-afdeling.

En sådan fysiurgisk blok II vil med efterfølgende 1. reservelægeansættelse på en fysiurgisk afdeling føre frem til speciallægeanerkendelse.

Principielt kan en blok I som beskrevet i denne model suppleres med blok II i næsten alle de medicinske grenspecialer. Der er desuden intet der udelukker, at blok II udvides med 12 måneders ansættelse som 1. reserve-læge. Tænker man sig dette gennemført for f. eks. den nævnte fysiurgiske blok II, kan den uddannelsessøgende nå frem til speciallægeanerkendelse på ca. 5 år efter gennemgået almenuddannelse.

Model for todelt bloksystem inden for speciallægeuddannelsen i det kirurgiske specialeområde

Som beskrevet ovenfor under modellen for de medicinske specialer kan man inden for det kirurgiske område opbygge uddannelserne med en introduktionsuddannelse samlet i en blok I efterfulgt af en mere specifik uddannelse inden for det valgte speciale i form af en blok II, som fører frem til 1. reservelægeniveauet.

Skal blok I med de nuværende uddannelseskra-ve have en rimeligt stor bredde, bør den være 2-årig og kan f. eks. sammensættes således:

- 6 måneder almen kirurgi
- 6 måneder ortopædisk kirurgi
- 6 måneder gynækologi og obstetrik
- 6 måneder anæstesiologi.

En sådan blok I, der vil kunne etableres i de fleste amter, kan danne udgangspunkt for videre uddannelse i en række specialer. Følgende eksempler kan illustrere dette:

- A. 12 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling.
24 måneders ansættelse i kirurgisk kursusstilling.
Med efterfølgende 1. reservelægeansættelse på kirurgisk afdeling vil speciallægeanerkendelse kunne opnås på 7½ år.
- B. 12 måneders ansættelse ved gynækologisk-obstetrisk b-afdeling.
12 måneders ansættelse på kirurgisk b-afdeling.
12 måneders ansættelse på gynækologisk-obstetrisk a-afdeling.
Tillægges et års 1. reservelægeansættelse, bliver den samlede uddannelsestid 7½ år.

- C. 6 måneders ansættelse på anæstesiologisk b-afdeling.

24 måneders ansættelse på anæstesiologisk a-afdeling.

Medregnes den nødvendige 1. reservelægeansættelse, bliver uddannelsestiden i alt 7 år.

På tilsvarende måde som i de her nævnte eksempler kan der sammensættes en relevant blok II indenfor alle de kirurgiske grenspecialer.

SAMMENFATNING

Arbejdsgruppen har drøftet mulighederne for anvendelse af blokansættelser i speciallægeuddannelsen. Selv om man kan påpege visse ulemper ved et sådant system, mener arbejdsgruppen at måtte anbefale indførelse af blokansættelser, uden at dette dog gøres til den eneste mulighed for videreuddannelsesforløb.

Blokansættelser vil betyde forbedrede muligheder for at udnytte den til rådighed værende videreuddannelseskapa-citet, og de vil skabe mulighed for væsentlige kvalitative forbedringer i den kliniske uddannelse. Da udvalget ønsker, at et videreuddannelsessystem dels må indeholde muligheder for selektion, dels må tilbyde et fleksibelt erhvervsvalg, foreslår man anvendelsen af et todelt bloksystem, som fører den uddannelsessøgende frem til det niveau, hvor han kan søge 1. reservelægestillinger. Udvalget mener ikke, at man som generel regel bør indbygge 1. reservelægeansættelser i blokansættelserne, men det foreslåede system indebærer mulighed for, at dette kan lade sig gøre i det omfang, det findes hensigtsmæssigt, for eksempel inden for de specialer hvor en stor del af de færdige speciallæger skal virke i praksis uden for sygehusene.

Udvalget har opstillet en model for todelt blokansættelser inden for de medicinske og kirurgiske specialeområder. Ved en række eksempler belyses de praktiske muligheder for at sammensætte sådanne blokke. Udvalget har taget sit udgangspunkt i de nuværende krav til speciallægeuddannelserne og har derfor ikke fundet det relevant at foretage kapacitetsmæssige beregninger, men skal understrege, at man, så snart blokansættelsessystemet kan beskrives ud fra kommissionens forslag om ændrede uddannelsesforløb, bør foretage en talmæssig vurdering af sådanne forslags kapacitetsmæssige konsekvenser for det samlede videreuddannelsessystem.

Betænkning
om
specialistnævnet

SPECIALISTNÆVNETS HIDTIDIGE OPGAVER OG SAMMENSÆTNING

Det første initiativ til regler for speciallægebetegnelser og -uddannelser kom fra Den almindelige danske lægeforening, der i 1918 gennem et af foreningen nedsat specialistudvalg udsendte den første fortegnelse over de af foreningen anerkendte speciallæger. Udvalget fortsatte sin virksomhed, til denne blev overtaget af sundhedsstyrelsens specialistnævn, der blev etableret ved lægeloven af 1.1.1935. Nævnets opgaver blev defineret ved sundhedsstyrelsens instruks af 8.11.1935 som:

- 1) — gennem sundhedsstyrelsen at afgive indstilling til indenrigsministeren om, inden for hvilke grene af videnskaben læger kan opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge,
- 2) — gennem sundhedsstyrelsen at afgive indstilling til indenrigsministeren angående fastsættelse i hovedtrækkene af, på hvilke vilkår sådan ret kan opnås,
- 3) — at afgive indstilling til sundhedsstyrelsen vedrørende skriftlige ansøgninger fra i Danmark praksisberettigede læger om tilladelse til at betegne sig som speciallæge, og
- 4) — at afgive indstilling; angående eventuelle ændringer i specialistnævnets sammensætning eller instruks m.v., hvis sådanne tiltrænges.

Instruksen indeholder i øvrigt regler om valgperiode (4 år, men således at halvdelen afgår hvert andet år; formanden vælges af nævnet for et år ad gangen), mødehyppighed (mindst én gang årligt, det ordentlige møde i november måned, hvor formanden vælges), nævnets ansættelse (med sundhedsstyrelsens godkendelse) af en honorarlønnet sekretær, om skriftlig og mundtlig votering samt om udarbejdelse af årsberetning.

Nævnet var fra 1935 sammensat af et medlem af det lægevidenskabelige fakultet, en sygehusoverlæge, to alment praktiserende læger, en praktiserende speciallæge samt en repræsentant for de unge, endnu ikke nedsatte læger. Medlemmerne var dengang som nu udnævnt af sundhedsstyrelsen, hvilket ligeledes gælder suppleanter samt de tilforordnede to speciallæger inden for hvert anerkendt speciale, der skal vejlede nævnet ved bedømmelse af ansøgninger. Ved lægelovsændringen af 1 VI 1970 erstattedes den ene praktiserende læge af en fakultetsrepræsentant, medens lægeovens specifikation af nævnets medlemmer udgik i forbindelse med lægelovsændringen af 1 XII.1976, hvorefter nævnets sammensætning fastsættes i bekendtgørelse fra indenrigsministeriet.

Siden 1970 har lægeloven bestemt, at nævnets formand udnævnes af indenrigsministeren efter indstilling fra sundhedsstyrelsen.

Ved sundhedsstyrelsens regler af 14 VI 11.1970 ændredes instruksen for specialistnævnets virksomhed. Herved udgik opgaven at afgive indstilling angående ændring af nævnets sammensætning; reglen om den 2-årige forskydning af udpegningen af halvdelen af nævnets medlemmer bortfaldt. Reglerne om mødefrekvensen udgik, idet nævnet nu afholder møde, når formanden eller 3 medlemmer anser det for nødvendigt. Endvidere indføjedes en bestemmelse om, at sundhedsstyrelsen afholder de med nævnets virksomhed forbundne udgifter.

Specialer og uddannelseskrav

De godkendte specialer blev fastsat til følgende ved indenrigsministeriets bekendtgørelse af 13 II 1937

1. Intern medicin
2. Kirurgi
3. Børnesygdomme

4. Lungetuberkulose
5. Nervesygdomme
6. Sindslidelser og nervøse tilstande (psykiatri)
7. Gynækologi (kvindesygdomme)
8. Obstetrik
9. Ortopædi
10. Oto-laryngologi
11. Oftalmologi
12. Dermato-venerologi
13. Fysiurgi
14. Radiologi
15. Patologisk anatomi og vævsmikroskopi.

Der indførtes almindelige uddannelseskrav samt særlige krav for hvert speciale. De almindelige krav var: en kandidat alder af mindst 6 år, gennemført turnustjeneste samt 2 års uddannelse i praktisk lægegerning, hvoraf det ene år kunne anvendes til supplerende uddannelse eller uddannelse i hovedspecialet uden for hoveduddannelsesstedet og specialuddannelsesstiden. De særlige uddannelser fastsattes individuelt for hvert speciale og var som regel af 3½-4 års varighed. Kun i intern medicin og kirurgi krævedes 1. reservelægeansættelse.

Foruden de nævnte specialer anerkendtes organ- eller subspecialer under intern medicin og kirurgi, idet bekendtgørelsen gav hjemmel for, at enhver speciallæge i intern medicin og kirurgi kunne »avertere« et eller flere organspecialer. Organspecialer eller kombinationer af sådanne skal dog anerkendes i hvert enkelt tilfælde af sundhedsstyrelsen efter indstilling fra specialistnævnet. I disse tilfælde blev organspecialets navn tilføjet efter betegnelsen intern medicin eller kirurgi (»særlig ...«). Ordningen var gældende indtil 1966.

Ved indenrigsministeriets bekendtgørelse af 27.VII.1942 forblev antallet af specialer uændret, men de danske betegnelser blev indføjet (»medicinske sygdomme eller intern medicin«, »øjensygdomme eller oftalmologi«). Det blev som i den tidligere bekendtgørelse fastslået, at såfremt en læge ønskede anerkendelse inden for flere specialer, krævedes der fuld uddannelse inden for hvert af disse. Kravet om turnus og en kandidat alder af 6 år opretholdtes, hvorimod den 2-årige uddannelse i almen praksis, det ene år eventuelt som supplerende uddannelse på sygehus, blev ændret til: 1 års klinisk lægevirksomhed i praksis eller uden for afdelinger, hvor hoved- og biuddannelsen i specialet erhverves. Samtidig

blev de særlige uddannelseskrav defineret som: a) hoveduddannelse i selve specialet, b) biuddannelse og/eller c) supplerende uddannelse. Kravet om 1. reservelægeansættelse i intern medicin bortfaldt. Biuddannelsen var som regel af 1 års varighed på en afdeling med tilknytning til specialet, medens den supplerende uddannelse som regel var af 3 måneders varighed. Eksempelvis bestod uddannelsen i fødselshjælp eller obstetrik i en hoveduddannelse ved 2 års ansættelse på fødeafdeling, biuddannelse ved 1 års ansættelse på rent gynækologisk afdeling eller kirurgisk afdeling med større gynækologisk belægning samt supplerende uddannelse ved 3 måneders tjeneste på venerologisk afdeling eller poliklinik. Ved bekendtgørelse af 16.V.1944 ændredes uddannelseskravene i øre-næse-halssygdomme og øjensygdomme, idet der på begge områder indførtes krav om ansættelse i mindst 1 år ved en af det offentlige eller for det offentliges regning drevet afdeling.

Ved bekendtgørelse af 12.VII.1947 tilføjes speciale nr. 16: klinisk kemi og laboratorietechnik, og ved bekendtgørelse af 16.XI.1950 spaltedes specialet radiologi i specialerne røntgendiagnostik og strålebehandling, og der indførtes 3 nye specialer: brysthulens kirurgiske sygdomme eller thoraxkirurgi, neurokirurgi samt anæstesiologi. Der indførtes krav om, at lægen i almindelighed må have været ansat på mere end én afdeling inden for specialet. Thoraxkirurgi havde hidtil været et organspeciale under kirurgi, hvorfor der under den nye status som selvstændigt speciale opretholdtes et krav om speciallægeanerkendelse i kirurgi som en del af biuddannelsen. Ved bekendtgørelsesændringer af 1951, 1954, 1957, 1959, 1961 og 1962 justeredes uddannelseskravene i enkelte specialer. I 1954 indførtes specialet børnepsykiatri og i 1962 specialet plastikkirurgi.

Kravene om en dyberegående revision af speciallægeuddannelsen startede på lægeforeningens initiativ i sidste halvdel af 1950'erne, hvor gentagne grundige drøftelser fandt sted i forskellige lægelige forsamlinger. Eksempelvis kan det nævnes, at speciallægeuddannelsen var hovedemnet for Dansk medicinsk selskabs årsmøde i 1958 og for de nordiske lægeforeningers fællesmøde samme år. Der var især fra Foreningen af yngre lægers side et betydeligt pres for at få uddannelserne ændret og en meget positiv indstilling over for reformer, der sikrede en bedre uddannelse, en mere

ensartet uddannelse, uanset hvor i landet man var ansat. Tillige var der ønske om en uddannelse, der i højere grad end den daværende lod sig vurdere al specialitætnævnet. Disse reformønsker skal ses på baggrund af en kritik, der især var rettet imod manglende effektivitet i kundskabstilegnelsen og manglende integrering mellem de kliniske og teoretiske fag.

Specialitætnævnet færdiggjorde de nye uddannelsesregler i 1964, men disse blev først sat i kraft ved bekendtgørelse af 22.IV.1966, idet man afventede den ændring i grunduddannelsen, som fandt sted, efter at fakulteternes fællesudvalg havde udarbejdet forslag til ny studieplan, hvori blandt andet indgik tanker om stofoverførsel fra studium til videreuddannelse.

Samtidig med disse danske reformplaner arbejdedes videre på nordisk plan. Dette resulterede i en nordisk betænkning om specialitætkompetance for nordiske læger i 1964 og en svensk betænkning om lægers grunduddannelse og videreuddannelse; fra 1967. I begge spores den ovennævnte kritik som grundlag for de ændrede uddannelsesregler.

Ved 1966-bekendtgørelsen udvidedes antallet af specialer til 29 med hjerte- og kredsløbssygdomme (kardiologi), klinisk blodtypeserologi, klinisk fysiologi, klinisk mikrobiologi, klinisk neurofysiologi, medicinske nyresygdomme (nefrologi), tropemedicin og urinvejenes kirurgiske sygdomme (urologi). Kvindesygdomme og fødselshjælp (gynækologi og obstetrik) samledes til 1 speciale, medens lungetuberkulose ændredes til medicinske lungesygdomme, og nervesygdomme (neurologi) ændredes til medicinske nervesygdomme (neuromedicin). Ved bekendtgørelse i 1970, 1971 og 1972 godkendtes specialerne kirurgiske mave-tarmsygdomme (kirurgisk gastroenterologi), medicinske mave-tarmsygdomme (medicinsk gastroenterologi) samt langtidsmedicin. Klassifikationslister over godkendte uddannelsesafdelinger er optaget heri og i øvrigt løbende revideret.

De væsentlige nye elementer i speciallægeuddannelsen efter 1966 reglerne i forhold til tidligere er, at der foruden særlige regler for de godkendte specialer indføres fælles uddannelseskrav for alle specialer. Desuden indføres et af sundhedsstyrelsen godkendt kursus under en 1-årig ansættelse på særlige afdelinger, der alene eller i samarbejde med andre afdelinger eller institutioner kan påtage sig at gennemføre et uddannelsesprogram. Herudover

kræves det, at hoveduddannelsen skal finde sted på mindst to afdelinger, og desuden at uddannelsen skal omfatte et års tjeneste som 1. reservelæge. Mindre revisioner af uddannelseskravene er gennemført i 1971 og 1974.

Ved ordningens indførelse var der i nogle speciallægeselskaber en vis skepsis over for ansættelse på de såkaldte a-afdelinger og den med denne ansættelse forbundne kursusvirksomhed, ligesom der af bevillingsmæssige årsager var vanskeligheder med at få etableret det fornødne antal kurser. Overgangsperioden blev dog af kortere varighed, og det lykkedes i efteråret 1967 at få kurserne finansieret over en tilskudskonto på finansloven. Den faglige tilrettelæggelse af kurserne blev pålagt specialselskaberne under sundhedsstyrelsens ansvar. De økonomiske og administrative retningslinjer blev fastlagt ved sundhedsstyrelsens cirkulære af 21.VI.1968 senere ændret 27.III.1972. Kursernes administration er baseret på et samarbejde mellem vedkommende speciallægeselskab, den af dette valgte kursusledelse, hjemstedssygehuset, hvor kurset afholdes, specialitætnævnet og sundhedsstyrelsen.

Nævnets sekretariatsfunktion varetages af sundhedsstyrelsens uddannelsessektion, der herudover har arbejdsopgaver i forbindelse med tildeling af autorisationer, uddannelsen til almen praksis, administration af skolelægekursus og kursus i samfundsmedicin samt uddannelsen af andre medicinske personalegrupper. Uddannelsessektionens bemanding er følgende:

- En lægelig konsulent
- to lægelige sekretærer med 15 timers ugentlig tjeneste.
- to juridiske medarbejdere (ekspeditionssekretær og sekretær, som dog også har andre opgaver)
- fire kontoruddannede sekretærer (heraf to på deltid)
- en deltidsbeskæftiget revisor og dennes assistent.

Siden 1975 er sektionen tilknyttet afdeling D's overlæge, således at sektionen nu formelt indgår i denne afdeling.

LÆGELOVSÆNDRINGEN PER 1.XII.1976 OG DE I MEDFØR HERAF UDSTEDTE BEKENDTGØRELSER

Ved lov nr. 275 af 26.V.1976 er lægeloven ændret med virkning fra 1.XII.1976. Lovændringen har følgende uddannelsesmæssige konsekvenser:

1) Bestemmelsen om en 24 måneders klinisk og teoretisk uddannelse til alment praktiserende læge ændres til at omfatte en 18 måneders klinisk uddannelse til selvstændigt virke som læge. Denne uddannelse forudses gennemgået af enhver læge som en supplerende praktisk grunduddannelse.

2) Der indføres en generel bemyndigelse for indenrigsministeren til at fastsætte regler for lægelige videreuddannelser udover den nævnte grunduddannelse med henblik på udøvelse af nærmere bestemte lægelige funktioner ligesom ministeren bemyndiges til at give regler for anvendelse af særlige betegnelser for læger, der har gennemgået videreuddannelse.

3) Indenrigsministeren bemyndiges til at give bestemmelser med henblik på gennemførelse af overenskomster om fællesnordisk arbejdsmarked for læger og direktiver vedtaget af de europæiske fællesskaber.

4) Bestemmelsen om specialistanævnets sammensætning udgår af loven og overlades til indenrigsministerens afgørelse, idet det dog fortsat bestemmes, at formanden udnævnes af indenrigsministeren og skal være læge. I bemærkningen til lovforslaget understreges, at det herved ikke tilsigtes at indskrænke den nuværende repræsentation i nævnet, men tværtimod blandt andet at give sygehuskommunerne mulighed for repræsentation i nævnet. Endvidere forudses i bemærkningerne, at visse specialer erstattes af ekspertfunktioner, og at de dertil hørende videnskabelige selskaber udpeger repræsentanter til at vejlede specialistanævnet herom.

1 medfør af loven har indenrigsministeren udstedt følgende bekendtgørelser:

Bekendtgørelse af 25.XI.1976 om uddannelse til selvstændigt virke som læge

Herved fastlægges 18 måneders praktisk-klinisk uddannelse (turnusuddannelse) omfattende 6 måneders ansættelse som reservelæge på intern medicinsk sygehusafdeling, 6 måneders ansættelse som reservelæge på kirurgisk sygehusafdeling samt 6 måneders ansættelse som reservelæge enten hos alment praktiserende læge for den offentlige sygesikring eller på klinisk sygehusafdeling. Sundhedsstyrelsen bemyndiges til at fravige uddannelseskravene såfremt lægen har gennemgået anden uddannelse, der efter styrelsens skøn kan sidestilles hermed. Med henblik på tilvejebringelse af den nødvendige uddannelseskapacitet bemyndiges sundhedsstyrelsen til efter forhandling med sygehus- og sygesikringskommunerne samt lægeforeningen at udtage det nødvendige antal turnusstillinger, ligesom styrelsen bemyndiges til at fastsætte regler for lægers adgang til at opnå disse stillinger. Speciallæger gives adgang til at få bevis for **tilladelse** til selvstændigt virke som læge — herved opfyldes en bestemmelse i lægedirektiverne, hvorefter enhver speciallæge for at opnå anerkendelse i de øvrige EF-lande skal have opnået ret til selvstændig

lægevirksomhed. Endelig fastslås, at enhver læge, der er omfattet af lægedirektiverne samt den nordiske overenskomst om fælles arbejdsmarked for læger, har ret til selvstændigt virke som læge.

I henhold til bekendtgørelsens § 2 skal specialistnævnet udarbejde en oversigt over godkendte afdelinger og praksis.

Der er desuden fastsat visse overgangs- og dispensationsbestemmelser i bekendtgørelsen.

Bekendtgørelse af 25.XI.1976 om uddannelse af alment praktiserende læger

I medfør af denne kan sundhedsstyrelsen meddele læger tilladelse til at betegne sig som alment praktiserende læger. Betingelsen herfor er dels opnået tilladelse til selvstændigt virke som læge, dels gennemgang af en 18 måneders uddannelse udover den basale turnusuddannelse. Denne i alt 36 måneders uddannelse skal omfatte 6 måneders ansættelse som reservelæge på intern medicinsk sygehusafdeling, 6 måneders ansættelse som reservelæge på kirurgisk sygehusafdeling, 12 måneders ansættelse som reservelæge eller amanuensis hos alment praktiserende læge for den offentlige sygesikring, heraf dog mindst 6 måneder som amanuensis efter opnået tilladelse til selvstændigt virke som læge. Endvidere 3 måneders klinisk uddannelse i gynækologi subsidiært 6 måneder på kirurgisk afdeling med tilstrækkelig gynækologisk belægning, endvidere 3 måneders ansættelse på psykiatrisk sygehusafdeling. Uddannelsen i gynækologi eller psykiatri kan erstattes af et klinisk teoretisk kursus af 1 måneds varighed. Endvidere en supplerende valgfri uddannelse, således at uddannelsen i alt bliver på 36 måneder. Hertil kommer et teoretisk kursus i almen medicin af 1 måneds varighed.

Specialistanævnet får til opgave at give indstilling til sundhedsstyrelsen over afdelinger og praksis, hvor den kliniske uddannelse kan foregå; nævnet overtager hermed for sygehusafdelingernes vedkommende den opgave, turnusudvalget hidtil har haft. Endvidere får nævnet til opgave at udtale sig i alle dispensationssager, således at nævnet får en betydelig indflydelse på antallet af dispensationer og dispensationspraksis og dermed i betydelig grad på antallet af læger, der opnår tilladelse til at betegne sig som alment praktiserende læge, idet kravet om uddannelse i almen praksis i 1 år i hvert fald i begyndelsen må antages at blive af limiterende karakter. Endelig får nævnet til opgave at udarbejde regler og kursusplaner for det teoretiske kursus i almen medicin; nævnet overtager hermed den opgave, der hidtil har været varetaget af sundhedsstyrelsens kursusnævn vedrørende uddannelsen i almen medicin. Det bestemmes, at opnåelse af betegnelsen alment praktiserende læge er en betingelse for at påtage sig praksis for den offentlige sygesikring.

Der er desuden fastsat visse overgangsbestemmelser i bekendtgørelsen.

Bekendtgørelse af 25.XI.1976 om specialistnævnets sammensætning

Denne bekendtgørelse nødvendiggøres af den ændrede formulering af lægelovens § 4, stk. 2, hvorefter nævnets sammensætning bestemmes af indenrigsministeren. Ved bekendtgørelsen gennemføres en udvidelse af det nuværende specialistnævn med en repræsentant for indenrigsministeriet og tre repræsentanter for sygehus- og sygesikringskommunerne, heraf 2 fra Amtsrådsforeningen og 1 fra København og Frederiksberg kommuner.

Bekendtgørelse af 17.XII.1976 om EF-statsborgeres adgang til udøvelse af lægegerning i Danmark m.v.

Der tillægges herved sundhedsstyrelsen beføjelse til at meddele EF-statsborgere, der har gennemført en uddannelse som læge i en af de øvrige medlemsstater, autorisation som læge og tilladelse til selvstændigt virke som læge i Danmark. Tilsvarende regler gælder for tilladelse til at anvende speciallægebetegnelser, der er godkendt i Danmark. I tilfælde, hvor den pågældende ikke er i besiddelse af et for udøvelse af lægegerning i Danmark tilstrækkeligt kendskab til det danske sprog, anviser sundhedsstyrelsen passende muligheder for erhvervelse af sådant kendskab. Endelig pålægges der sundhedsstyrelsen pligt til at afslutte behandlingen af ansøgninger hurtigst muligt og normalt senest 3 måneder efter ansøgningens indgivelse samt at give de centrale sundhedsmyndigheder i de pågældende lægers hjemstater meddelelse om den i Danmark meddelte tilladelse og autorisation, ligesom styrelsen skal underrette de pågældende sundhedsmyndigheder om eventuelle retslige eller administrative sanktioner over for pågældende læger i anledning af alvorlig tilsidesættelse af lægens pligter. Meddelelse til hjemlandets myndigheder skal ligeledes gives, hvis en læge fraskriver sig sin autorisation eller retten til at ordinere euforiserende stoffer.

KOMMISSIONENS OVERVEJELSER OG FORSLAG

Specialistnævnets sammensætning

Speciallægekommissionen betragter den foran omtalte ændring af specialistnævnets sammensætning som foreløbig, og indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen har da også givet udtryk for, at spørgsmålet om nævnets sammensætning vil blive optaget til fornyet overvejelse i forbindelse med afslutningen af speciallægekommissionens arbejde.

Som endelig sammensætning af specialistnævnet foreslår kommissionen følgende:

Formand: læge, udpeget af
indenrigsministeren

Indenrigsministeriet:	1 medlem
Sundhedsstyrelsen:	2 medlemmer, heraf mindst 1 læge
Undervisningsministeriet:	1 medlem
De lægevidenskabelige fakulteter:	3 medlemmer (læger, hvoraf mindst 2 skal være beskæftiget med klinisk virksomhed): 1 fra København 1 fra Århus 1 fra Odense
Sygehus- og sygesikringskommunerne:	3 medlemmer Speciallægekommissionen foreslår, at disse medlemmer repræsenterer såvel sygehusvæsen som sygesikring.
Den alm. danske lægeforening:	6 medlemmer, heraf 1 fra Foreningen af speciallæger 1 fra Foreningen af yngre læger 1 fra Praktiserende lægers organisation.

Når dette forslag fremsættes på nuværende tidspunkt, hvor kommissionen endnu ikke har afsluttet sine overvejelser om de fremtidige speciallægeuddannelser og andre videreuddannelser, ligger det blandt andet i det forhold, at lægelovsændringen medfører genindførelse af en fælles almenuddannelse for samtlige læger og herved bliver den tidligere opdeling i et specialistnævn med ansvar for speciallægeuddannelsen og et andet udvalg med ansvar for uddannelsen til praktiserende læger (turnusudvalget) mindre hensigtsmæssig.

Speciallægekommissionen er endvidere af den opfattelse, at det nuværende specialistnævn med dets nuværende sekretariat ikke vil kunne løse de opgaver i forbindelse med lægers videreuddannelse, der skal løses i de kommende år. En række betænkninger og redegørelser om uddannelsen til alment praktiserende læge og om den teoretiske videreuddannelse, der er udsendt fra speciallægekommissionen eller vil fremkomme i løbet af 1977, har påpeget nødvendigheden af ændringer i uddannelsesforløb, og det vil her være hensigtsmæssigt at sammensætte specialistnæv-

net så bredt, at det kan sikre gennemførelsen af de nødvendige ændringer og den nødvendige koordination. Speciallægekommissionen er bekendt med, at overvejelser i prioriteringsudvalget og landsdelsspecialudvalget samt undervisningsministeriets bestræbelser, blandt andet gennem det faglige landsudvalg for sundhedsuddannelserne, henimod en omlægning af den prægraduate lægeuddannelse kan motivere en reorganisering af speciallægeuddannelserne. Der foreligger allerede i dag forslag til væsentlige ændringer af studiestart og overførsel af stof fra det prægraduate til det postgraduate studium, og det må anses for afgørende for behandlingen af disse forslag, at der findes et koordinerende organ for lægernes videreuddannelse.

Speciallægekommissionen skal også påpege en række forhold, der motiverer ændringer i speciallægeuddannelsernes indhold, såvel som i deres praktiske gennemførelse:

- 1) De uddannelsesmæssige kapacitetsproblemer i sygehussektoren betinger en omlægning af stillingsstrukturen til blokansættelser med intensiveret klinisk uddannelse med kortere ansættelse på de enkelte afdelinger. Dette betinger igen sammen med andre forhold en ændring af lægestabene i retning af flere fastansatte speciallæger ved landets sygehusafdelinger.
- 2) De generelle tendenser til en styrkelse af den primære sundhedstjeneste, en øget indsats i sygdomsforebyggelse blandt andet ved oprettelsen af bedriftssundhedstjeneste m.v. betinger ligeledes omlægninger i såvel lægernes grunduddannelse som videreuddannelse og gør det blandt andet nødvendigt, at der oprettes uddannelsesstillinger i den primære sundhedstjeneste og i andre områder i sundhedssektoren uden for sygehusene.
- 3) Debatten om speciallægevirkosomhed uden for sygehusene viser, at der er behov for en omlægning af visse speciallægeuddannelser af hensyn til specialernes funktion over for den primære lægetjeneste.
- 4) De nye arbejdsmarkedsaftaler for læger og speciallæger inden for EF indebærer justeringer i videreuddannelsen.

I en periode hvor uddannelsessystemet er spændt til bristepunktet må det være et berettiget krav, at de tilgængelige ressourcer anvendes på den mest hensigtsmæssige måde. Der må skabes rammer, der sikrer, at læger

under videreuddannelsen styres ind i uddannelsesforløb, således at den samlede lægelige ekspertise bliver bedre fordelt end i dag, hvor produktionen af speciallæger i visse fagområder er større end sundhedsvæsenets efterspørgsel, medens andre fagområder fortsat er utilstrækkeligt udbygget (eksempelvis børnepsykiatri og samfundsmedicin).

Speciallægekommissionen tilstræber gennem sit forslag om en ændret sammensætning af specialistanævnet at give de politiske og administrative myndigheder (sygehusejere, sygesikring m.v.), som er direkte afhængige af den lægelige arbejdskrafts fordeling og funktion, medindflydelse på og ansvar for lægernes videreuddannelse.

Specialistanævnets opgaver

Efter de nugældende regler for specialistanævnets virksomhed er nævnets opgave:

- 1) Gennem sundhedsstyrelsen at afgive indstilling til indenrigsministeren om antallet og arten af lægelige specialer.
- 2) Gennem sundhedsstyrelsen at afgive indstilling til indenrigsministeren om fastsættelse af betingelserne for at opnå ret til at betegne sig som speciallæge, herunder klassificering af afdelinger og tilrettelæggelse af teoretiske kurser.
- 3) At afgive indstilling til sundhedsstyrelsen vedrørende ansøgninger fra læger om tilladelse til at betegne sig som speciallæge.

I bekendtgørelserne fra indenrigsministeriet har nævnet endvidere fået tillagt den opgave at udarbejde lister over godkendte afdelinger og praksis i forbindelse med uddannelsen til selvstændigt virke som læge, og nævnet skal ligeledes udarbejde oversigt over godkendte afdelinger og praksis til uddannelsen af praktiserende læger og skal endvidere udarbejde det teoretiske kursus i forbindelse hermed samt afgive indstilling til sundhedsstyrelsen i forbindelse med dispensationer fra uddannelseskravene.

Ifølge bemærkninger til lægeloven er det ligeledes hensigten, at specialistanævnet skal tilrettelægge ekspertuddannelser.

Kommissionen har på denne baggrund opstillet følgende generelle målsætning for nævnets virksomhed:

Nævnets opgave er at afgive indstilling til sundhedsstyrelsen om lægers kliniske og teoretiske videreuddannelse efter embedseksa-

men samt rådgive sundhedsstyrelsen i andre lægelige uddannelsesspørgsmål.

1 forbindelse med forslaget gennemførelse forudsættes, at sundhedsstyrelsen giver detaljerede nye »Regler for speciallægevirksomhed«, herunder regler for eventuelle underudvalgs sammensætning og funktion, jf. nedenfor.

Selv om speciallægenævnet er et rådgivende organ for sundhedsstyrelsen, vil det i højere grad end hidtil få et reelt ansvar for lægers videreuddannelse, og gennem den ændrede sammensætning får de myndigheder, der beskæftiger læger, medindflydelse på de generelle retningslinjer for uddannelserne. Efter kommissionens opfattelse er det nævnets opgave at beskæftige sig med den samlede uddannelse efter embedseksamen, både videre- og efteruddannelse, samt med det lægevidenskabelige studium i det omfang, koordinationen er nødvendig.

Nævnet skal ikke blot fastlægge uddannelseskrav for uddannelser, der medfører tilladelse til at betegne sig som speciallæge, men også for uddannelser, der fører frem til ansættelser i andre dele af sundhedssektoren, for eksempel som embedslæge, skolelæge, bedriftslæge eller militærlæge, samt endelig fastlægge generelle retningslinjer for vurdering efter lægelovens § 14 med henblik på fastansættelse i sygehusvæsenet. Kommissionen forestiller sig, at der specielt i fagområder uden formaliserede uddannelseskrav til vejledning for de uddannelsessøgende udarbejdes minimumskrav for fastansættelse og for tildeling af titler. Nævnet må også i samarbejde med universiteterne kunne indpasse forskeruddannelser i de øvrige lægelige videreuddannelser.

Speciallægekommissionen har på grundlag af ovennævnte mere generelle betragtninger opstillet følgende liste over speciallægenævnets opgaver i forbindelse med den kliniske og teoretiske videreuddannelse:

- 1) Gennem sundhedsstyrelsen af afgive indstilling til indenrigsministeren om antallet og arten af lægelige specialer og i forbindelse hermed om betingelserne for at opnå ret til at betegne sig som speciallæge-
- 2) At afgive indstilling til sundhedsstyrelsen vedrørende ansøgninger fra læger om tilladelse til at betegne sig som speciallæge.

- 3) At afgive indstilling til sundhedsstyrelsen vedrørende de generelle retningslinjer for opnåelse af andre titler eller tilladelser og herunder generelle retningslinjer for uddannelseskrav i forbindelse med § 14-vurdering.
- 4) At afgive indstilling til sundhedsstyrelsen vedrørende ansøgninger fra læger om tilladelse til at anvende de i pkt. 3 nævnte titler eller tilladelser.
- 5) At behandle forespørgsler i forbindelse med vurdering af uddannelser i ind- og udland, herunder vurdering af udenlandske uddannelsesprogrammer med henblik på forhåndsgodkendelse heraf.
- 6) At varetage visse internationale opgaver i forbindelse med lægers videreuddannelse, herunder etablering af fællesnordiske og andre internationale videreuddannelsesprogrammer.
- 7) At bistå sundhedsstyrelsen i forvaltningen af de til videreuddannelsen afsatte økonomiske midler (fortrinsvis de teoretiske kurser), herunder udarbejdelse af budget.
- 8) Etablering og koordination af et samlet teoretisk uddannelsesprogram i samarbejde med kursusudvalg (se senere).
- 9) Godkendelse af kursusprogrammer.
- 10) Etablering af tværfaglige kurser.
- 11) Etablering af pædagogisk service.
- 12) I samarbejde med kursusudvalg: optagelse af kursusdeltagere.
- 13) Formidling af koordination mellem det præ- og postgraduate uddannelsesområde, herunder spørgsmål om stofoverførsel.
- 14) Udarbejdelse af indstilling til sundhedsstyrelsen om godkendelse af afdelinger og **lægepraksis** til
 - a) turnusuddannelsen
 - b) uddannelsen til alment praktiserende læge
 - c) speciallægeuddannelsen
 - d) andre uddannelser.
- 15) Udarbejdelse af indstilling om etablering af blokansættelser i
 - a) turnusuddannelsen
 - b) uddannelsen til alment praktiserende læge
 - c) speciallægeuddannelsen
 - d) andre uddannelser.
- 16) Udarbejdelse og indstilling til sundhedsstyrelsen om kliniske uddannelsesprogrammer i forbindelse med videreuddannelsens forskellige elementer.

KOMMISSIONENS FORSLAG TIL ORGANISATION

Med en udvidelse af specialistnævnet til *M* medlemmer og med de mange nye opgaver, nævnet foreslås tillagt, anser kommissionen det for mest hensigtsmæssigt, at der med henblik på den løbende sagsbehandling oprettes 3 permanente underudvalg.

Kommissionen foreslår følgende 3 permanente udvalg:

- 1) Udvalget for uddannelsesbedømmelse
- 2) Udvalget for den kliniske videreuddannelse
- 3) Udvalget for den teoretiske videreuddannelse.

Herudover bør nævnet efter aftale med sundhedsstyrelsen kunne nedsætte ad hoc udvalg til løsning af særlige opgaver.

Efter indstilling fra specialistnævnet skal sundhedsstyrelsen fastlægge rammerne for udvalgenes funktioner og kompetence og udpege udvalgenes medlemmer. Kun formændene skal nødvendigvis være medlemmer af nævnet.

UDVALGET FOR UDDANNELSESBEDØMMELSE

Sammensætning:

Formand:	Nævnets formand
Den alm. danske lægeforening:	4 medlemmer: 1 fra F.a.y.l. 2 fra FAS 1 fra P.L.O.
De lægevidenskabelige fakulteter:	2 medlemmer (læger, beskæftiget med klinisk virksomhed)

Udvalgets opgaver:

pkt. 2-4-5 fra ovenstående liste.

UDVALGET FOR DEN KLINISKE VIDEREUDDANNELSE

Sammensætning:

Formand:	et medlem af nævnet
Sundhedsstyrelsen:	1 medlem
Sygehus- og sygesikringskommunerne:	2 medlemmer
De lægevidenskabelige fakulteter:	evt. 1 medlem
Den alm. danske lægeforening:	3 medlemmer

Udvalgets opgaver:

pkt. 14-15-16 fra ovennævnte liste.

UDVALGET FOR DEN TEORETISKE VIDEREUDDANNELSE

Sammensætning:

Formand:	et medlem af nævnet
Sundhedsstyrelsen:	1 medlem
Sygehus- og sygesikringskommunerne:	1 medlem
De lægevidenskabelige fakulteter:	3 medlemmer
Den alm. danske lægeforening:	2 medlemmer
Dansk Medicinsk Selskab:	1 medlem (kursusleder)

Udvalgets opgaver:

pkt. 8-9-10-11 -12-13 f ra ovenstående liste.

Specialistnævnets sekretariat og daglige administration

Det er kommissionens opfattelse, at den tidligere beskrevne sekretariatsmæssige bemanning i sundhedsstyrelsens uddannelsessektion allerede i dag er utilstrækkelig til forsvarlig varetagelse af opgaverne i forbindelse med lægers videreuddannelse. Ved en fuld udbygning af specialistnævnet til et centralt uddannelsesnævn med 3 permanente udvalg, ad hoc udvalg osv. — en organisation der på væsentlige punkter kan sidestilles med det svenske »Nämnd för läkares vidareutbildning«, som betjenes af et sekretariat med 15 heltidsansatte medarbejdere — vil en oprustning af både den lægelige og den administrative medarbejderstab i sundhedsstyrelsens uddannelsessektion være påkrævet, ligesom medarbejdere, der kan dække de øvrige sundhedsuddannelsers område, samt en pædagogisk uddannet medarbejder vil være nødvendige.

Kommissionen er endvidere af den opfattelse, at der blandt medarbejderne i uddannelsessektionen til nævnet og de tre permanente udvalg knyttes direkte lægelig bistand enten i form af 1-2 heltidsansat(te) yngre læge(r) eller ved ansættelse af lægelige sekretærer på deltidbasis. Ansættelsen af heltidsansatte yngre læger som sekretærer vil være den bedste løsning, ikke mindst for at sikre koordinations mellem de permanente udvalgs funktion; men kommissionen er klar over, at der kan være rekrutteringsmæssige problemer i forbindelse med en heltidsansættelse, og foreslår

derfor, at det overvejes, i hvilket omfang denne ansættelse kan have uddannelsesmæssig værdi i uddannelsen inden for samfundsmedicin (administrativ medicin) eller hvorvidt ansættelsen kan kombineres med ansættelse i en embedslægeinstitution. Kommissionen lægger stor vægt på, at nævnets sagsbehandling kan være hurtig og effektiv, og at der skabes bedre muligheder end hidtil til at få mundtlige besvarelser på forespørgsler vedrørende uddannelse m.v.

Kommissionen foreslår at nævnets formand sammen med formændene for udvalget for den teoretiske videreuddannelse og for den kliniske videreuddannelse udgør et forretningsudvalg, der varetager den daglige ledelse af specialistnævnets arbejde. I forbindelse med de planlagte omlægninger i lægernes videreuddannelse må det forventes, at forretningsudvalget fører forhandlinger med specialselskaber, universiteter, tilforordnede m.v., og kommissionen lægger derfor stor vægt på, at forretningsudvalgets medlemmer delvis kan frigøres i deres hovedbeskæftigelse, subsidiært tillægges et honorar for deres hverv som nævnens formand, respektive udvalgsformand.

Med henblik på den praktiske tilrettelæggelse af videreuddannelserne foreslår kommissionen, at der regionalt og eventuelt — for visse dele af uddannelserne — i de enkelte amter oprettes særlige udvalg, der i samarbejde med nævnet forestår tilrettelæggelsen af blokansættelser og andre uddannelsesprogrammer. Kommissionen har ikke på nuværende tidspunkt taget endelig stilling til, hvorledes sådanne udvalg bedst organiseres, men anbefaler, at man afventer de erfaringer, der indhoses i forbindelse med turnusordningens tilrettelæggelse, før man tager endelig stilling til opbygningen af sådanne regionale uddannelsesudvalg.

Nævnets tilforordnede

Til at vejlede specialistnævnet ved vurderingen af konkrete ansøgninger og ved udformningen af uddannelseskrav udnævner sundhedsstyrelsen for 4 år ad gangen speciallæger

inden for hvert anerkendt speciale, og i lægeloven af 1976 findes som tidligere nævnt i bemærkningerne til loven et forslag om, at det også i forbindelse med ekspertfunktioner kan komme på tale at lade de dertil hørende videnskabelige selskaber udpege repræsentanter til at vejlede specialistnævnet. Endvidere omtaler lægelovens § 14 rådgivning af sundhedsstyrelsen i forbindelse med visse ansættelser, og kommissionen foreslår, at § 14-rådene bistår specialistnævnet ved udarbejdelsen af de tidligere omtalte vejledende retningslinjer.

I sundhedsstyrelsens cirkulære om administration og betaling af udgifter ved afholdelse af kurser for læger under speciallægeuddannelse al **27.III.1972** pålægges det de videnskabelige selskaber at nedsætte et særligt kursusudvalg, der bistår ved udarbejdelsen af kursusplaner, budgetforslag m.v.

De tilforordnede specialrepræsentanter har hidtil bistået specialistnævnet også ved klassificering af afdelinger i uddannelsesmæssig henseende, men de mange problemer, der opstår i forbindelse hermed, har ofte medført, at specialistnævnet har måttet optage direkte forhandlinger med specialselskabernes bestyrelser.

Selv om den nuværende struktur har fungeret nogenlunde tilfredsstillende, har der været en del koordinationsproblemer, og kommissionen skal derfor henstille, at specialselskaberne, der både indstiller til sundhedsstyrelsen vedrørende tilforordnede til specialistnævnet og til § 14-råd og udpeger medlemmer af uddannelsesudvalg, koordinerer disse aktiviteter på det uddannelsesmæssige område ved at etablere uddannelsesudvalg, der omfatter samtlige disse funktioner. Kommissionen er dog bekendt med, at en sådan struktur næppe vil være velegnet for Dansk selskab for intern medicin og Dansk kirurgisk selskab, der omfatter en lang række specialselskaber, men mener på den anden side, at den ønskelige koordination med fordel kunne fremmes ved afholdelse af 1-2 årlige møder mellem samtlige tilforordnede, § 14-råd, kursusledelse m.v.

Den fremtidige speciallægeuddannelse

det intern-medicinske fagområde

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING

- 11 Arbejdsgruppens nedsættelse og sammensætning
- 12 Kommissorium
- 13 Baggrunden for speciallægekommissionens arbejde
- 14 Arbejdsgruppens arbejdsform

2. ARBEJDSGRUPPENS OVERVEJELSER

- 2.1 Sygehusstruktur — grenspecialisering
- 2.2 Autorisation og § 14-bedømmelse
- 2.3 Speciallægeuddannelsens varighed og indhold
- 2.4 Teoretisk uddannelse
- 2.5 Videnskabeligt arbejde
- 2.6 Uddannelseskapacitet
- 2.7 Funktion udenfor sygehusvæsenet
- 2.8 Opdeling i korttids- og langtidssektor

3. ARBEJDSGRUPPENS FORSLAG TIL UDDANNELSESKRAV

- 3.1 Speciallægeuddannelsen i intern medicin
 - 3.1.1 Stadium I: turnusuddannelse
 - 3.1.2 Stadium II: almen intern medicin — kursus — ansættelse — teoretisk uddannelse — laboratorieuddannelse
 - 3.1.3 Stadium III: 1. reservelægeuddannelse
- 3.2 § 14 niveau i intern medicin
- 3.3 Autorisation (§ 14-niveau) i grenspeciale
- 3.4 § 14-niveau i såvel intern medicin som grenspeciale
- 3.5 Ekspertuddannelse

4. RESUMÉ

1. INDLEDNING

1.1 Arbejdsgruppens nedsættelse og sammensætning

Efter et møde mellem speciallægekommissionen og bestyrelsen for Dansk Selskab for Intern Medicin (D.S.I.M.) nedsatte speciallægekommissionen i slutningen af juni 1976 en arbejdsgruppe, som skulle stille forslag til en reform af speciallægeuddannelsen i intern medicin og de intern-medicinske grenspecialer (det intern-medicinske fagområde). Arbejdsgruppens medlemmer blev udpeget af speciallægekommissionen og D.S.I.M.:

FRA SPECIALLÆGEKOMMISSIONEN:

ERNST GOLDSCHMIDT (formand)

CLAUS LUNDSTEDT

GUNNAR SCHIØLER

FRA D.S.I.M.:

VAGN ANDERSEN

GUNNAR BENDIXEN

AAGE DRIVSHOLM

STEFFEN HVIDT

KAJ HØEDT-RASMUSSEN

HANS KARLE

Som sekretær for arbejdsgruppen udpegedes TORBEN B. SØRENSEN fra sundhedsstyrelsens uddannelsessektion.

1.2 Kommissorium

På basis af speciallægekommissionens årsberetning og »Nyt fra speciallægekommissionen« samt en fælles almenuddannelse for alle læger af 18 måneders varighed, indeholdende 6 måneders kirurgi, 6 måneders medicin og 6 måneders almen praksis (eller anden uddannelse) ønskes udarbejdet forslag til et detaljeret uddannelsesprogram for speciallægeuddannelsen i intern medicin samt forslag til

uddannelsesveje for eksperter inden for specielle funktionsområder i den medicinske sektor.

Der ønskes herunder stillingtagen til uddannelsernes praktiske gennemførelse, dvs. hvilke afdelinger, der kan indgå i uddannelsernes forskellige led, gerne i form af blokansættelser (rotation), og hvor langt hen i forløbet uddannelserne kan være fælles.

Endvidere ønskes forslag (»overskrifter«) til den teoretiske uddannelse med angivelse af fælles elementer, idet udvalget ikke behøver at føle sig bundet af den nuværende tidsramme for teoretiske kurser (120 timer).

Del er kommissionens ønske, at arbejdsgruppen i sine forslag tilgodeser behovet for de forskellige medicinske fagområders funktion i og uden for sygehusvæsenet, uden at dette behøver at udtrykke sig i formaliserede uddannelser til alle funktionsområder, og uden at der tages stilling til behovet for tildeling af særlige autorisationer.

Det er arbejdsgruppens opgave at overveje eksisterende og eventuelle nye fagområders placering i uddannelsessystemet, herunder også en opdeling af den medicinske sektor i en langtid s- og korttidssektor, hvorved relationerne til neuromedicin og fysiurgi/rehabilitering bør belyses.

1.3 Baggrunden for speciallægekommissionens arbejde

Som en væsentlig del af baggrunden for speciallægekommissionens arbejde kan følgende forhold anføres:

1. Det nuværende antal specialer (32) er mere eller mindre tilfældigt, stort set afhængigt af traditioner og af, om nogle interesserede på det rette tidspunkt har henvendt sig til specialistnævnet eller sundhedsstyrelse. Derfor findes

der i dag anerkendte specialer i f. eks. klinisk neurofysiologi, tropemedicin, nefrologi, urologi etc., men ikke i f. eks. **hæmatologi**, karkirurgi, retspatologi eller nuklearmedicin.

Der er således intet logisk i, at der for øjeblikket opereres med 32 specialer, der kunne lige så godt have været 20 eller 50 eller måske endnu flere. Speciallægekommisionen har derfor blandt andet set det som sin opgave at tilvejebringe en koordination af uddannelserne til et fleksibelt system, hvorved der bliver et relativt mindre antal formaliserede uddannelsesforløb, med det formål at nye funktionsområder tvangsfrit kan integreres i de bestående uddannelsesforløb, efterhånden som behovene for disse nye områder opstår.

2. Speciallægereglerne har i visse tilfælde haft en uhensigtsmæssig indflydelse på udviklingen af specialfunktioner i sygehusvæsenet, hvor planlægningen af sygehusvæsenet snarere burde have påvirket uddannelsesforløbene. Der tænkes her på optagelse af visse specialfunktioner i dele af sygehusvæsenet, som ikke har et tilstrækkeligt patientmateriale til at opretholde den fornødne ekspertviden hos lægerne. Herved er der risiko for fejlinvesteringer, og på lidt længere sigt forkert eller endog manglende visitation til specialfunktionerne.

3. Det nuværende system med klassifikation af afdelingerne i uddannelsesmæssig henseende fungerer ikke efter intentionerne. Dels har der ligget et vældigt pres på specialistanævnet fra afdelinger, som ønskede klassifikation så »fint« som muligt, og dels har der ikke ligget nogen reel vurdering af den uddannelsesmæssige værdi af afdelingerne som grundlag for klassifikationerne. Specialistanævnet har ofte været henvist til at arbejde med nogle mere eller mindre relevante kriterier for klassifikationen, hvorved den nøje vurdering af den uddannelsesmæssige værdi ikke altid har været det mest fremtrædende.

4. **Uddannelseskapaciteten** i sygehusvæsenet er i perioden blevet stedse hårdere belastet, således at det i nogle henseender kan siges, at uddannelsessystemet i realiteten er brudt sammen. Først for nylig er der taget skridt til en imødegåelse af dette problem i form af en adgangsregulering til det medicinske studium, men det vil vare adskillige år, før effekten heraf slår igennem.

Det har derfor været en meget væsentlig forudsætning for speciallægekommisionen at arbejde hen imod et så fleksibelt uddannelses-

system som muligt med sent endeligt erhvervsvalg, kombineret med den størst mulige udnyttelse af de uddannelsesmæssige ressourcer.

Allerede på nuværende tidspunkt kan man konstatere, at på trods af et meget stort udbud af lægevidenskabelige kandidater er produktionen af færdiguddannede speciallæger relativt aftagende, fordi der er så store vanskeligheder med at opnå de nødvendige uddannelsesstillinger.

5. Utilfredshed med kursusstillingen i flere specialer, først og fremmest på grund af mangel på et særligt indhold i forhold til almindelige reservelægestillinger, har nødvendiggjort, at dette led af uddannelsen tages op til revision.

Efterhånden som de teoretiske kurser er blevet ændret mere og mere hen imod flerdagskurser, ofte i internatform, er sammenkoblingen af kursus og kursusstilling blevet mindre logisk, i stedet findes et behov for ansættelse på landsdelssygehus, suppleret med et evt. delvis adskilt teoretisk kursus.

6. De af EF vedtagne lægedirektiver, som er trådt i kraft ultimo 1976, har betinget visse mindre korrektioner af uddannelsesvarigheden, og ligeledes har det længe ønskede nordiske samarbejde om lægers videreuddannelse nået et stade, hvor man i foråret 1977 kan forvente ratifikation af en fællesnordisk aftale om de lægelige videreuddannelser. Også i denne relation har visse ændringer været nødvendige i de danske uddannelser.

1.4 Arbejdsgruppens arbejdsform

Arbejdsgruppen udarbejdede en skitse til den fremtidige speciallægeuddannelse i den medicinske sektor. Skitsen indeholdt forslag til uddannelseskrav til speciallægeanerkendelse i intern medicin, baseret på et uddannelsesforløb på normalt 6V₂ år efter lægevidenskabelig embedseksamen, samt forslag til en model for uddannelsesforløb førende til autorisation i intern-medicinske grenspecialer. Skitsen omtalte endvidere krav til § 1 4-anerkendelse i intern medicin og i de intern-medicinske grenspecialer.

Skitsen blev udsendt til følgende selskaber:

- Dansk cardiologisk selskab
- Endokrinologisk selskab
- Dansk gastroenterologisk selskab
- Dansk hæmatologisk selskab
- Dansk nefrologisk selskab
- Dansk pneumologisk selskab

Dansk selskab for **allergologi** og immuno-
logi

Dansk selskab for giftfoirskning

Dansk selskab for hepatologi

Dansk selskab for langtidsmedicin

Dansk selskab for tropemedicin

samt til professor **Eigi** 11 Hvidberg som
repræsentant for klinisk farmakologi.

29.-30. oktober samt 11. november 1976 har arbejdsgruppen i høringsform holdt møder med repræsentanter for de nævnte selskaber og interessegrupper. Uddannelsesmodellen fik generel tilslutning fra alle selskaber undtagen tropemedicin og klinisk farmakologi, og arbejdsgruppen har derefter på basis af drøftelserne udarbejdet et forslag til de generelle retningslinjer for uddannelserne i det **intern-**medicinske fagområde.

Udkastet blev udsendt til samtlige medlemmer af D.S.I.M. og derefter drøftet på en ekstraordinær generalforsamling den 14. januar 1977. Det besluttedes her, at medlemmerne skulle fremsende deres skriftlige kommentarer til D.S.I.M.'s bestyrelse, og at en revideret udgave skulle udsendes til vurdering af selskabets medlemmer.

Nuværende betænkning er udarbejdet under hensyntagen til de fremsendte kommentarer.

Udkastet blev tillige sendt til ovennævnte selskaber med anmodning om generelle udtalelser og svar på specifikke spørgsmål vedrørende udformningen af grenspecialeuddannelsen. Under udarbejdelsen af betænkningens afsnit om grenspecialiseret uddannelse er der taget hensyn til selskabernes kommentarer, og besvarelserne, som er fremsendt til speciallægekommissionen, vil indgå i den nærmere udformning af **uddannelses** regler.

2. ARBEJDSGRUPPENS OVERVEJELSER

2.1 Sygehusstruktur — grenspecialisering

Formålet med de medicinske speciallægeuddannelser må være at sikre en adækvat uddannelse — kvalitativt såvel som kvantitativt — af speciallæger til alle medicinske speciallægefunktioner i sundhedsvæsenet. Det betyder, at der skal sikres uddannelsesmuligheder såvel for intern-medicinere, der skal fungere i en snævert afgrænset specialfunktion, som for intern-medicinere, der skal fungere i almene intern-medicinske hospitalsstillinger eller uden for sygehusvæsenet. Den fysiske sygehusstruktur vil næppe ændres afgørende i

de næste **10-15** år, og dette medfører, at der også må uddannes intern-medicinere til at betjene mindre sygehuseenheder.

Udviklingen har de sidste årtier været præget af en stigende grad af specialisering, først og fremmest inden for de store sygehuse; de specialiserende funktionsområder er i nogen grad blevet fulgt op af formaliserede speciallægeuddannelser med tilhørende autorisationer, omend i langsommere tempo. Der synes imidlertid ikke at være nogen umiddelbar logisk begrundelse for, at nogle **intern-**medicinske specialfunktionsområder i dag er formaliserede specialer, andre ikke. Hvis alle intern-medicinske specialfunktionsområder skulle have hver deres speciallægeuddannelse med tilhørende autorisation, ville der blive særdeles mange formaliserede uddannelser resulterende i et meget stift uddannelsessystem med deraf følgende vanskeligheder for tilrettelæggelsen.

Som udgangspunkt for sine overvejelser har arbejdsgruppen ønsket at fastslå, at der ved forslag om en simplifikation af uddannelsessystemet ikke lægges op til en indskrænkning af funktionsområder. Man må tværtimod regne med en fortsat udspecialisering, og det er bl.a. formålet med arbejdsgruppens forslag, at en sådan udvikling let indpasses i uddannelsessystemet.

Arbejdsgruppen har savnet en nærmere analyse af sundhedsvæsenets udviklingstendenser og dermed en kvantitering af behovet for specialisering. En sådan analyse er ikke primært et uddannelsesspørgsmål og må foregå i et bredere forum med repræsentation også af politikere og brugere. En nærmere planlægning af udspecialiseringen er for tiden genstand for behandling i det af indenrigsministeren nedsatte udvalg om lands- og landsdelsfunktioner. Dette udvalg har i en delbetænkning (januar 1977) anbefalet, at der etableres et permanent landsdækkende udvalg for planlægning og visitation. Uanset resultatet af et sådant planlægningsarbejde er det vigtigt at understrege, at enhver prognostisering altid vil indebære betydelig usikkerhed, og at det må være et vigtigt formål ved udformningen af kommende regler for uddannelsen i det intern-medicinske fagområde, at der sikres en struktur, der smidigt kan inkorporere evt. nye grenspecialer (f. eks. medicinsk onkologi, toksikologi etc.). Arbejdsgruppen vil derfor anbefale, at der skabes mulighed for en løbende justering af **uddannelsesreglerne**,

også efter at speciallægekommissionen har afsluttet sit arbejde.

På denne baggrund finder man det ønskeligt at tilrettelægge et uddannelsessystem, som på én gang giver flertallet af uddannelsessøgende mange valgmuligheder langt frem i systemet, og som samtidig sikrer, at alle nødvendige specialfunktioner også i fremtiden dækkes. Dertil kommer, at faglige grunde taler for en integration af det intern-medicinske fagområde, og dermed relativt sen udspecialisering for flertallet af de uddannelsessøgende. Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at der i fremtiden foruden grenspecialister vil være behov for individuelle uddannelsesforløb inden for ekspertområder.

Allerede i dag har så godt som alle intern-medicinere særlige interesseområder inden for intern medicin; det kan være p.t. formaliserede specialer (f. eks. **cardiologi**, nefrologi og medicinsk gastroenterologi) eller p.t. ikke-formaliserede specialer (f. eks. endokrinologi og hæmatologi). Såvel grenspecialiseret som almen intern-medicinsk uddannelse er derfor nødvendig for de fleste intern-medicinere, men med forskellig vægt for specialisten ansat i det amtskommunale sygehusvæsen og for specialisten ansat ved landsdelshospital. Førstnævnte må have nogen uddannelse i et grenspeciale ved siden af sin almene intern-medicinske uddannelse. Specialisten ved landsdelshospitalet arbejder først og fremmest inden for sit grenspeciale, men i de fleste tilfælde må han tillige på kvalificeret vis kunne varetage de almene intern-medicinske forpligtelser i den integrerede medicinske blok, og han må derfor have en vis almen intern-medicinsk uddannelse. Den snævert grenspecialiseret uddannede (eksperten) bør kunne opnå anerkendelse som grenspecialist, men ikke som speciallæge i intern medicin.

Som konsekvens af disse overvejelser har arbejdsgruppen stillet forslag om en uddannelsesmodel, som sikrer integration af det intern-medicinske fagområde, idet grenspecialiseringen, bortset fra særlige ekspertfunktioner, finder sted som en overbygning på en total eller subtotal speciallægeuddannelse i intern medicin.

Af hensyn til mulighederne for at vedligeholde kompetence anser arbejdsgruppen det for nødvendigt at fastslå, at man højst kan fungere som speciallæge i ét grenspeciale foruden i intern medicin.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at fler-

tallet af uddannelsessøgende inden for fagområdet vil stile imod en kombineret uddannelse i intern medicin og et grenspeciale, og dette synspunkt støttes af de indkomne kommentarer fra gremsskaberne.

2.2 Autorisation og § 14-bedømmelse

Arbejdsgruppen finder, at spørgsmål om autorisation har begrænset relevans for læger uddannet inden for det intern-medicinske fagområde. Langt størsteparten vil efter arbejdsgruppens opfattelse også i fremtiden komme til at fungere i relation til sygehusvæsenet, og deres kompetence vil derfor være defineret ved § 14-vurdering i relation til konkrete stillingsbeskrivende opslag.

Af hensyn til de grenspecialister, som vil få speciallægepraksis som eneste erhverv, af hensyn til relationerne til offentlige myndigheder og endelig af hensyn til opnåelse af erhvervsmuligheder i andre lande anser arbejdsgruppen det for nødvendigt, at der foruden § 14-bedømmelse findes mulighed for autorisation efter nærmere fastsatte uddannelseskraav. Arbejdsgruppen mener, at autorisation som grenspecialist må tildeles af det kommende specialistnævn i samråd med sagkyndige udpeget af de respektive specialselskaber, der som nu også skal medvirke ved § 14-bedømmelse i forbindelse med konkrete slutstillinger. Arbejdsgruppen lægger vægt på, at der udarbejdes ensartede retningslinjer for § 14-bedømmelse, og at disse bliver tilgængelige for de uddannelsessøgende.

Kravene til autorisation i et grenspeciale må generelt defineres ved 1. reservelægeansættelse af en varighed på omkring 3 år i grenspecialiserede afdelinger.

De detaljerede krav til 1. reservelægeuddannelse ligesom evt. krav til supplerende uddannelse i andre kliniske specialer eller i laboratoriefag må nærmere fastsættes efter forhandling med grenspecialerne. Arbejdsgruppen anser det for hensigtsmæssigt, at den samlede uddannelsesvarighed bliver nogenlunde ensartet for alle grenspecialer.

§ 14-vurdering i intern medicin og i grenspecialerne forudsætter detaljerede stillingsbeskrivelser samt funktionsbeskrivelser af 1. reservelægeansættelserne.

2.3 Speciallægeuddannelsens varighed og indhold

Som udgangspunkt for sit forslag har arbejdsgruppen haft dels den nye lægelovs krav om

en fælles almenuddannelse på 18 måneder efter lægevidenskabelig embedseksamen, dels EF-bestemmelsernes minimum på 5 år i intern medicin. Uddannelsen kan således ikke gøres kortere end i alt 6V₂ år. De nuværende minimumskrav til speciallægeanerkendelse i intern medicin er 6V₂ år. Det faktiske uddannelsesforløb har imidlertid i langt de fleste tilfælde været betydeligt længere. Det har fra flere sider været fremhævet, at uddannelsesvarigheden burde afkortes. Arbejdsgruppen finder, at det snarest er opgaven at etablere et uddannelsesforløb uden afgørende hindringer betinget af begrænset uddannelseskapacitet. Arbejdsgruppen skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at de kommende års pres på uddannelsesstillinger i intern medicin vil blive meget betydeligt. For at **måliggøre** et uhindret uddannelsesforløb har man derfor i et vist omfang ønsket at tilrettelægge uddannelsen i uddannelsesblokke (se nærmere herom i betænkning om blokansættelser, bilag 6), hvorved antallet af ansættelsesskift reduceres.

I overensstemmelse med den ændring, der de senere år er sket med hensyn til intern-medicineres ansvar for en række para-intern-medicinske områder (neurologi, dermatologi, pædiatri) finder man ikke generelle behov for klinisk sideuddannelse. I det fåtal af slutstillinger, hvor kompetence af denne art fortsat vil være aktuel, må denne kunne opnås ved supplerende uddannelse med henblik på § 14-bedømmelse til den pågældende stilling.

Arbejdsgruppen har derfor lagt større vægt på hoveduddannelsen og foreslår bl.a. en forlængelse af 1. reservelægetiden. Uddannelsen bør sammensættes af ophold på såvel brede intern-medicinske afdelinger som på landsdelssygehus. Under hensyntagen til den tiltagende grenspecialisering på sidstnævnte sygehuse har arbejdsgruppen anbefalet en rotationsordning med ophold på flere grenspecialiserede afdelinger, idet formålet må være at bibringe de uddannelsessøgende indsigt i en række mere specialiserede funktioner inden for fagområdet, både af hensyn til intern-medicinerens fremtidige virke, f. eks. med hensyn til visitation, og med henblik på at give grundlag for valg af grenspeciale.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at det for at kunne fungere som speciallæge i intern medicin er nødvendigt at indleve sig i og forstå det patofysiologiske og laboratoriemæssige grundlag for faget. Der stilles derfor forslag om obligatorisk uddannelse for alle

intern-medicinere inden for laboratoriesektoren i videste forstand. For de fleste vil en sådan uddannelse passende kunne ske i relation til videnskabelig aktivitet. Laboratorieuddannelse kan placeres hvor som helst i uddannelsesforløbet, men af hensyn til muligheden for gre ispecialrettet laboratorieuddannelse er det foreslået, at laboratorietiden almindeligvis lægges efter rotationsstillingen på landsdels-sygehus.

Med hensyn til laboratoriemæssig uddannelse i relation til grenspecialefunktion er det arbejdsgruppens opfattelse, at en sådan uddannelse og kompetence i de fleste tilfælde vil opnås ved 1. reservelægeansættelse i en grenspecialiseret afdeling, hvor den kliniske og laboratoriemæssige funktion i forvejen er integreret.

2.4 Teoretisk uddannelse

Behovet for teoretisk videreuddannelse er meget stort inden for intern medicin, idet den forude a generelle og tværfaglige emner må omfatte en række mere grenspecialeorienterede emner. Arbejdsgruppen vil derfor anbefale en udvidelse fra 120 til ca. 240 timers teoretisk uddannelsesprogram som forudsætning for speciallægeanerkendelse i intern medicin. Man mener derimod ikke, at der er behov for formalisering af teoretisk uddannelse til funktioner som grenspecialist; en sådan vil naturligt ske i tilslutning til hoveduddannelsen i det pågældende grenspeciale, ved anden kursusaktivitet, bl.a. i udlandet, og ved videnskabelig aktivitet.

Arbejdsgruppen mener ikke, at det teoretiske uddannelsesprogram tidsmæssigt behøver at afgrænses til en særlig stilling, men finder det hensigtsmæssigt, at hovedparten gennemgås under ophold på landsdelssygehus. Man ser dog gerne, at der skabes mulighed for, at mere almene kurser kan gennemføres tidligere. Det må overvejes, om visse kurser efter nærmere bestemmelse af det intern-medicinske kursusudvalg gøres obligatoriske, ligesom der bør gives mulighed for i et vist omfang at få godkendt helt specielle teoretiske kurser, herunder kurser arrangeret i andet regi, bl.a. i udlandet.

2.5 Videnskabeligt arbejde

Arbejdsgruppen ønsker at fremhæve, at videnskabeligt arbejde er et integrerende led i uddannelsen af intern-medicinere; en meget betydelig del af den videnskabelige indsats

inden for fagområdet ydes erfaringsmæssigt af yngre læger.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at man ikke kan opstille generelle krav til videnskabelig aktivitet, men at der ved udformningen af uddannelsesreglerne må tages hensyn til mulighederne for videnskabeligt arbejde.

Det er derfor væsentligt for uddannelsen af intern-medicinere, at mulighederne for videnskabelig ansættelse opretholdes eller udbygges, og at man også i de kliniske ansættelser i længere perioder er tilknyttet samme kliniske forskningsmiljø. Uddannelsesmodellen må derfor indeholde mulighed for at »stige af« på mange trin i uddannelsesforløbet med henblik på længerevarende funktion i en videnskabelig stilling. Arbejdsgruppen vil desuden understrege nødvendigheden af, at mulighederne for ansættelse i reservelægestilling i op til 3 år bevares, idet dette er afgørende for, at man kan gennemføre længerevarende kliniske forskningsprojekter; sidstnævnte er tillige af afgørende betydning for de medicinske afdelingers funktion.

Efter arbejdsgruppens opfattelse vil den tidligere omtalte obligatoriske laboratorieuddannelse for de fleste uddannelsessøgende kunne bidrage værdifuldt til den videnskabelige skoling og vil kunne vælges under hensyntagen til videnskabelig interesse.

2.6 Uddannelseskapacitet

Stillingsforbruget ved arbejdsgruppens uddannelsesforslag er i Tabel 1 opgjort under forudsætning af uændret speciallægeproduktion. Det fremgår, at kapaciteten på de medicinske afdelinger også efter gennemførelsen af turnusordningen vil være tilstrækkelig. Det skal bemærkes, at der ikke er taget hensyn til afviklingen af »medicinerpuklen«, idet retningslinier herfor endnu ikke er fastlagt.

Det forudsættes, at den gældende afdelingsklassifikation tages op til revision.

2.7 Funktion uden for sygehusvæsenet

Som tidligere omtalt mener arbejdsgruppen, at flertallet af intern-medicinere og intern-medicinske grenspecialister også i fremtiden vil fungere i sygehusvæsenet. Arbejdsgruppen er dog åben overfor muligheden af, at visse intern-medicinske funktioner varetages uden for sygehusvæsenet; arbejdsgruppen vil her pege på det ønskelige i, at alle speciallæger inden for det intern-medicinske fagområde, for at undgå faglig isolation, under en eller anden

form knyttes til sygehusene, således at der ved siden af fuldtidsansatte speciallæger ansættes speciallæger på andre vilkår, f. eks. »joint appointment« mellem den primære sundheds-tjeneste (sygesikringen) og hospitalsvæsenet. Dansk Selskab for Intern Medicin har nedsat en arbejdsgruppe med henblik på dette spørgsmål.

Uanset hvilken udvikling der måtte komme med hensyn til omfanget af intern-medicinske speciallægers funktion uden for sygehusvæsenet, kan arbejdsgruppen i øjeblikket ikke pege på behov for særlige uddannelsesmæssige hensyn.

2.8 Opdeling i korttids- og langtidssektor

Speciallægekommissionen har i sin årsberetning (Ugeskrift for Læger 137, side 519-531, 1975) peget på en opdeling af den medicinske blok i en korttids- og en langtids sektor, hvor sidstnævnte skulle indebære en integreret funktion af speciallæger i intern medicin, neuromedicin og fysiurgi. Arbejdsgruppen mener sig ikke i stand til nærmere at tage stilling til dette forslag, men vil foreslå, at spørgsmålet senere gøres til genstand for en nærmere drøftelse i et udvalg med deltagelse af de interesserede specialer. Arbejdsgruppen har derfor til grund for sit forslag regnet med, at langtidsmedicin vil bestå som et funktionsområde inden for intern medicin i sin nuværende udformning. Dette synspunkt er tiltrådt af repræsentanterne for Dansk Selskab for Langtidsmedicin.

3. ARBEJDSGRUPPENS FORSLAG TIL UDDANNELSESKRAV

På baggrund af foranstående overvejelser vil arbejdsgruppen opstille nedennævnte forslag til uddannelseskraV inden for det intern-medicinske fagområde.

Forslaget omfatter dels uddannelseskraV til speciallæge i intern medicin og retningslinier for uddannelseskraV med henblik på § 14-anerkendelse i intern medicin og dels retningslinier for uddannelseskraV med henblik på § 14-anerkendelse (= autorisation) i intern-medicinske grenspecialer.

I Tabel 2 er vist de intern-medicinske grenspecialer, som arbejdsgruppen i øjeblikket foreslår anerkendt. Som tidligere fremhævet må der til stadighed ske en vurdering af behovet for autorisation af nye grenspecialer.

3.1 Speciallægeuddannelsen i intern medicin (Fig. 1 & 2)

3.1.1 Stadium I: Turnusuddannelse

Denne er fælles for alle læger og omfatter ialt 18 måneder fordelt på:

- 6 måneders intern medicin
- 6 måneders kirurgi
- 6 måneder i almen praksis eller valgfri sygehusafdeling

3.1.2 Stadium II:

Denne del af uddannelsen omfatter **almen intern medicin, kursusansættelse, teoretisk uddannelse og laboratorieuddannelse.**

ALMEN INTERN MEDICIN

Denne uddannelse vil normalt være introduktion til den egentlige speciallægeuddannelse i intern medicin og omfatter 12 måneders ansættelse ved en almen intern-medicinsk afdeling. Den bør i almindelighed finde sted på et sygehus af en rimelig størrelse og udspecialisering.

Turnusuddannelsen og almen intern medicin uddannelsen bør ikke begge foregå på landsdelssygehus.

Formål: Hensigten med denne uddannelse er at give de læger, der ønsker at uddanne sig inden for fagområdet intern medicin, en nærmere indsigt i faget. Uddannelsen bør derfor finde sted på afdelinger, der behandler et bredt udsnit af intern-medicinske sygdomme, og som har såvel akut beredskab som ambulatoriefunktion. De uddannelsessøgende vil sædvanligvis være i bunden vagt. Ved afslutningen af dette uddannelsesstrin skal lægen have opnået indsigt i de fleste alment forekommende intern-medicinske problemstillinger og skal i et vist omfang, specielt med hensyn til akut medicin, kunne træffe selvstændige beslutninger. Uddannelsen bør foruden vagtarbejde omfatte selvstændig stuegang, ambulatoriearbejde under supervision, fremlæggelse af problemer ved konferencer o.l. Endvidere vil det være hensigtsmæssigt, at mere almene teoretiske kurser i et vist omfang afvikles i relation til denne uddannelse.

KURSUSANSÆTTELSE

Det næste trin i uddannelsen svarer til den hidtidige kursusstilling og finder sted på landsdelssygehus.

Ansættelsen skal være af 24 måneders

varighed og have principielt samme grundstruktur for alle uddannelsessøgende i det intern-medicinske fagområde. Stillingen bør tilrettelægges, så ensidig uddannelse i enkelte grenspecialiserede afdelinger modvirkes. Dette vil på mange måder lettest opnås ved en integreret struktur af den medicinske blok, som nærmere beskrevet i D.S.I.M.'s: **Betænkning vedrørende den intern medicinske afdelings struktur og ledelse** (U.F.L., 133, nr. 11, side 513, 1971). Tilrettelæggelsen af kursusansættelser kan sammensættes på forskellig måde; det bør herved tilstræbes, at de uddannelsessøgende i et vist omfang kan vælge en stilling, hvis funktioner svarer til interesseområder og ønsker om slutfunktion som speciallæge.

Afhængig af strukturen ved de enkelte landsdelssygehuse og opdelingen af grenspecialer må kursusansættelsen almindeligvis omfatte funktion ved 2 afdelinger eller afsnit. Et af disse ophold skal være af mindst 12 måneders varighed.

Samlet ansættelse af mindst 24 måneders varighed ved flere medicinske landsdelssygehusafdelinger uden for rotationsordning vil efter nærmere regler kunne erstatte rotationsstilling.

Formål: Landsdelshospitalsuddannelsen skal bibringe de uddannelsessøgende indsigt i løsningen af mere avancerede problemer inden for flere intern-medicinske fagområder. Det forudsættes, at landsdelssygehusene deltager i diagnostik og behandling af patienter med uselekterede, almen-medicinske sygdomme. Ved sammensætningen af rotationsstillingerne må man tilstræbe en vis alsidighed både med hensyn til senere funktion som intern-mediciner og med henblik på at give de uddannelsessøgende mulighed for specialevalg.

De uddannelsessøgende bør i almindelighed placeres i bagvagtslag under passende supervision. Ved afslutningen af uddannelsen skal de uddannelsessøgende have indsigt i en række grenspecialiserede intern-medicinske funktionsområder og skal kunne træffe selvstændige dispositioner såvel i vagtarbejde som i dagfunktionen. Ved deltagelse i konferencer, litteraturmøder etc. skal de uddannelsessøgende tillige have indblik i den videnskabelige baggrund for og udviklingsarbejdet vedrørende de pågældende specialer.

Ved indplacering i afdelingens arbejde skal det tilgodeses, at de uddannelsessøgende nor-

malt bør afvikle hovedparten af det teoretiske uddannelsesprogram under denne ansættelse.

REGIONALT KURSUSRÅD

Sammensætningen af de enkelte kursusansættelser på landsdelshospital foreslås varetaget af et regionalt kursusråd, hvori de uddannelsessøgende skal være repræsenteret. Kursusrådet skal desuden koordinere den postgraduate uddannelse i afdelingerne og refererer under ansvar til D.S.I.M.'s tilsynsråd eller en ækvivalerende instans.

TEORETISK UDDANNELSE

Omfang: 10 delkurser af gennemsnitlig 4 dage = 240 timer.

Placering: 4 delkurser pr. år i de 24 måneders ansættelse ved landsdelssygehus. Det må overvejes, om der bør lægges kurser i introduktionsuddannelsen; det skulle dreje sig om tværgående fagområder som f. eks. væskeelektrolytbalance, mikrobiologi, klinisk farmakologi etc. Løvrigt må de resterende kurser placeres under laboratorieuddannelsen og i 1. reservelægetid.

Kursusemner:

A) arrangeret af det faste kursusudvalg for intern medicin:

cardiologi
kredsløbssygdomme
endokrinologi
fysiurgi og rehabilitering
gastroenterologi
hepatologi
hæmatologi
immunologi og immunsygdomme
klinisk farmakologi
klinisk kemi
klinisk mikrobiologi
langtidsmedicin
lungemedicin
medicinsk genetik
medicinsk onkologi
medicinsk rheumatologi
metaboliske sygdomme
nefrologi
væskeelektrolytbalance

B) kurser arrangeret i andet regi, men godkendt til intern medicin:

arbejdsmedicin
blodtypeserologi
endoskopi

forsikringsmedicin
medicinsk statistik og forskningsmetodologi
membranfysiologi
socialmedicin
tropemedicin.

Listen over kursusemner må løbende justeres af det centrale kursusudvalg.

LABORATORIEUDDANNELSE

Alle uddannelsessøgende skal gennemgå mindst 6 måneders laboratorieuddannelse. Denne skal finde sted ved ansættelse på reservelægeniveau i laboratoriespecialer som f. eks. klinisk kemi, klinisk fysiologi, nuklearmedicin, blod- og vævstypeserologi, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologisk teknik. Laboratoriepræget arbejde i en klinisk afdeling (f. eks. assistentstilling) eller ansættelse ved eller stipendiestilling med tilknytning til et teoretisk institut vil ligesom videnskabeligt arbejde af anden art, som dokumenterer ækvivalerende laboratiemæssig uddannelse, kunne godkendes.

Laboratorieuddannelsen vil kunne lægges på ethvert tidspunkt i det samlede uddannelsesforløb, men det skønnes mest hensigtsmæssigt, at den almindeligvis placeres efter rotationsstillingen på landsdelssygehus af hensyn til muligheden for at vælge en i sammenhæng med grenspecialevalg relevant laboratorieuddannelse. Det vil endvidere være hensigtsmæssigt, dersom laboratorieuddannelsen, hvis det ønskes af den uddannelsessøgende, kan sammenknyttes med rotationsstillingen i ét ansættelsesforhold.

Formål: Uddannelsen skal medvirke til at give en forståelse af det patofysiologiske og laboratiemæssige grundlag for intern medicin. Der bør lægges vægt på det praktiske samarbejde mellem laboratorium og klinik, og som tidligere anført kan uddannelsen tillige give mulighed for videnskabelig aktivitet.

3.1.3 Stadium III: 1. reservelægeuddannelse (Fig. 2)

1. reservelægeansættelse bør placeres sidst i uddannelsen. Uddannelsen kan omfatte enten:

- 18 måneder ved en almen intern-medicinsk afdeling,
- 2 x 12 måneder ved to grenspecialiserede afdelinger, der hver har sit grenspeciale, og som tillige har en vis almen intern-medicinsk funktion, eller

- c) 12 måneder ved en almen intern-medicinsk afdeling og 12 måneder ved en grenspecialiseret afdeling, som tillige har en vis almen intern-medicinsk funktion.

Ved b) og c) vil op til 6 måneder af ansættelsen ved grenspecialiseret afdeling tillige kunne tælle ved uddannelsen i pågældende grenspeciale.

Formål: 1. reservelægetiden skal yderligere opøve den uddannelsessøgende i selvstændig funktion med hensyn til alle almene intern-medicinske problemstillinger. Ved afslutningen af uddannelsen skal han have betydelig rutine i arbejdet i en medicinsk afdeling; han skal selvstændigt kunne varetage ambulatoriearbejde og kunne udfærdige speciallægeerklæringer til brug for offentlige myndigheder, have erfaringer med undervisning af medicinsk og paramedicinsk personale og have en vis indsigt i administrativt arbejde. Det bør derfor tilstræbes, at 1. reservelægen under sin ansættelse deltager i afdelingens administration, f. eks. som ansvarlig tilrettelægger af arbejds gange i afdeling og ambulatorium, som leder af personalemøder og som repræsentant for afdelingen i udvalg og råd.

1. reservelægeansættelsen fører frem til **speciallægeanerkendelse i intern medicin.**

3.2 § 14-niveau i intern medicin

Hertil kræves yderligere 2 års 1. reservelægeansættelse. Uddannelsen kan enten finde sted ved almen medicinsk afdeling eller ved kombination af grenspecialiserede afdelinger. Nærmere vurdering må ske under henvisning til den samlede 1. reservelægefunktion. Op til 1 år ved meget specialiseret afdeling vil kunne godkendes.

3.3 Autorisation (§ 14-niveau) i grenspeciale (Fig. 2)

For uddannelsessøgende, der ønsker at sigte direkte på et intern-medicinsk grenspeciale, er der efter kursusansættelsen mulighed for direkte at tage 1. reservelægeansættelse på en grenspecialiseret afdeling. Denne uddannelse bør være af omkring 3 års varighed på en eller flere afdelinger inden for specialet. Efter nærmere bestemmelse for de enkelte grenspecialer kan der stilles krav om supplerende uddannelse (andre kliniske fag eller laboratoriefag); dette bør almindeligvis ske ved tilsvarende afkortning af 1. reservelægetiden i grenspecialet.

Den uddannelsessøgende vil efter denne uddannelse kunne opnå autorisation og være kvalificeret på § 14-niveau inden for vedkommende grenspeciale, men er ikke specialist i intern-medicin.

3.4 § 14-niveau i såvel intern medicin som grenspeciale

For den, der ønsker at opnå såvel § 14-anerkendelse i intern medicin som autorisation i og dermed anerkendelse på § 14-niveau i et grenspeciale, må 1. reservelægetiden omfatte såvel almen intern medicin som grenspecialiseret funktion.

Den samlede ansættelse som 1. reservelæge (efter kursusansættelse og laboratorieuddannelse) bør være 4 år, omfattende en passende kombination af begge funktioner efter nærmere bestemmelse under hensyntagen til afdelingens funktionsområde. Uddannelsen bør i almindelighed finde sted på mere end én afdeling.

Med hensyn til krav om supplerende uddannelse gælder samme bestemmelser som nævnt under pkt. 3.

Ved afslutningen af uddannelsesforløb i pkt. 3.2-3.4 skal lægen have erhvervet sig en sådan kompetence, at han kan bestride en stilling som overlæge i det danske sygehusvæsen inden for det pågældende funktionsområde.

3.5 Ekspertuddannelse

Som tidligere omtalt vil der i et vist omfang kunne være behov for ansættelse af eksperter med meget snævre funktionsområder. Uddannelseskravene til disse stillinger må fremgå af beskrivelse af funktionsområdet i hvert enkelt stillingsopslag, og der kan ikke fastlægges generelle regler herfor. I det omfang det er hensigtsmæssigt, bør disse knyttes til det øvrige uddannelsessystem, f. eks. deltagelse i teoretiske kurser o.l.

4. RESUMÉ

Der stilles forslag om revision af speciallægeuddannelsen i det intern-medicinske fagområde, hvorved der tilstræbes en integration af uddannelserne i grundspecialet intern medicin og de intern-medicinske grenspecialer. Uddannelsen til grenspecialet foreslås således tilrettelagt som en overbygning på en total eller subtotal uddannelse i intern medicin, og det foreslås, at autorisation i et grenspeciale

opnås svarende til § 14-niveau. Det foreslås endvidere, at der kan tildeles autorisation i intern medicin eller i ét grenspeciale alene eller i både intern medicin og ét grenspeciale. Endelig anføres det, at der i et vist omfang vil være behov for ansættelse af eksperter med meget snævre funktionsområder og med der-til hørende individuelt sammensat uddannelse.

Forslaget til uddannelsesregler med henblik på speciallægeanerkendelse i grundspecialet intern medicin omfatter foruden turnusuddannelsen 5 års hoveduddannelse, sammensat af 12 måneders uddannelse i almen intern medicin ved ansættelse på en bred intern-

medicinsk afdeling, 24 måneders kursusansættelse på landsdelssygehus, 6 måneders laboratorieuddannelse, 240 timers teoretisk kursus, afsluttende med 18 måneders (24 måneders) 1. reservelægeansættelse. Den samlede uddannelsesvarighed bliver således 6V₂ (7) år.

Uddannelsen med henblik på autorisation i grenspeciale foreslås at omfatte ca. 3 års 1. reservelægeansættelse ved grenspecialiseret afdeling. Efter nærmere bestemmelse kan der stilles krav til supplerende uddannelse.

Forslaget indebærer, at nye udviklingsten-denser i fagområdet let kan indpasses i uddannelsessystemet.

Tabel 1. *Forbruget af uddannelsesstillinger ved gennemførelse af uddannelsesforslaget sammenholdt med antal normerede stillinger.*

Reservelægestillinger på medicinske*) afdelinger:

Introduktionsstillinger 12 mdr.	22	
Kursusstillinger 24 mdr.	44	
r-stillinger ialt	66	
r-stillinger normeret maj -75	75	504
Rest til andre uddannelser	438	
Indgår i turnus		300
Rest til andre specialer og suppl. i intern medicin	138	

1. reservelægestillinger på medicinske*) afdelinger:

R ₁ stillinger 18 mdr.	33	
R ₁ -stillinger normeret maj -75	75	280
Rest til suppl. uddannelse (grenspecialer, § 14 niveau)	247	

Reservelægestillinger på laboratorieafdelinger:

Antal r-stillinger normeret maj -75 i specialerne 10, 11, 12 og 13	87	
Forbrug i lab.uddannelserne, jvf. spec kommissionens skitse	65	
Rest til andre udd.	22	
Behov til medicin	11	

*) Omfatter specialerne 3, 8 15 16 31 og 32.

Beregning af forbruget baseret på det nuværende antal af kursusstillinger.

Tabel 2. *Forslag til autorisationsberettigede intern medicinske grenspecialer (1977).*

Cardiologi
Lungemedicin
Nefrologi
Medicinsk gastroenterologi
Langtidsmedicin
Endokrinologi
Hæmatologi
Hepatologi
Medicinsk allergologi
Medicinsk rheumatologi
Infektionsmedicin

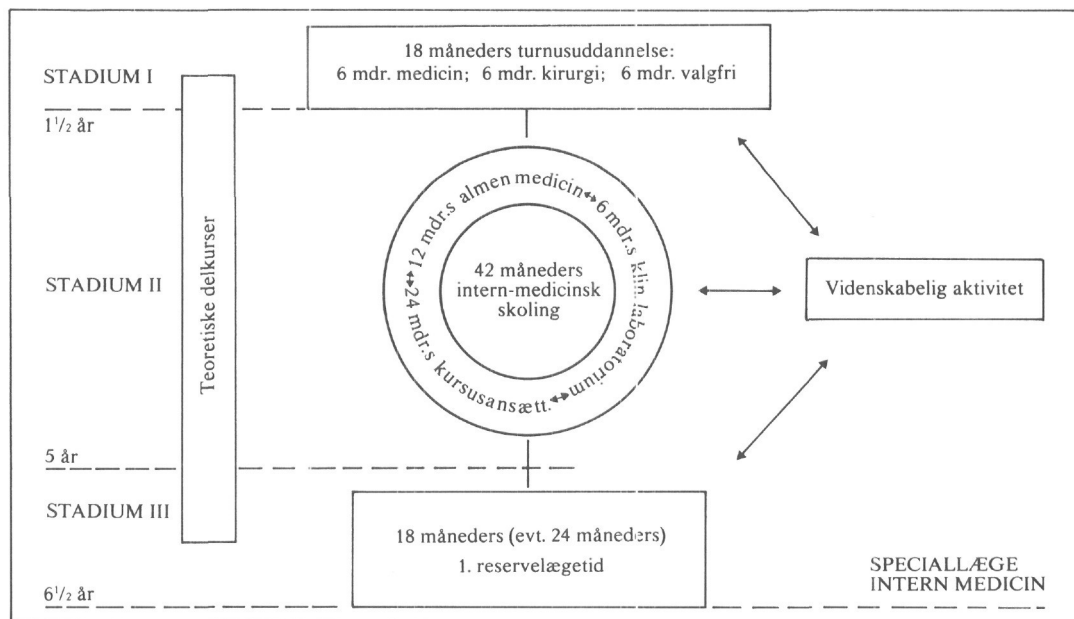


Fig. 1. Speciallægeuddannelse i intern medicin

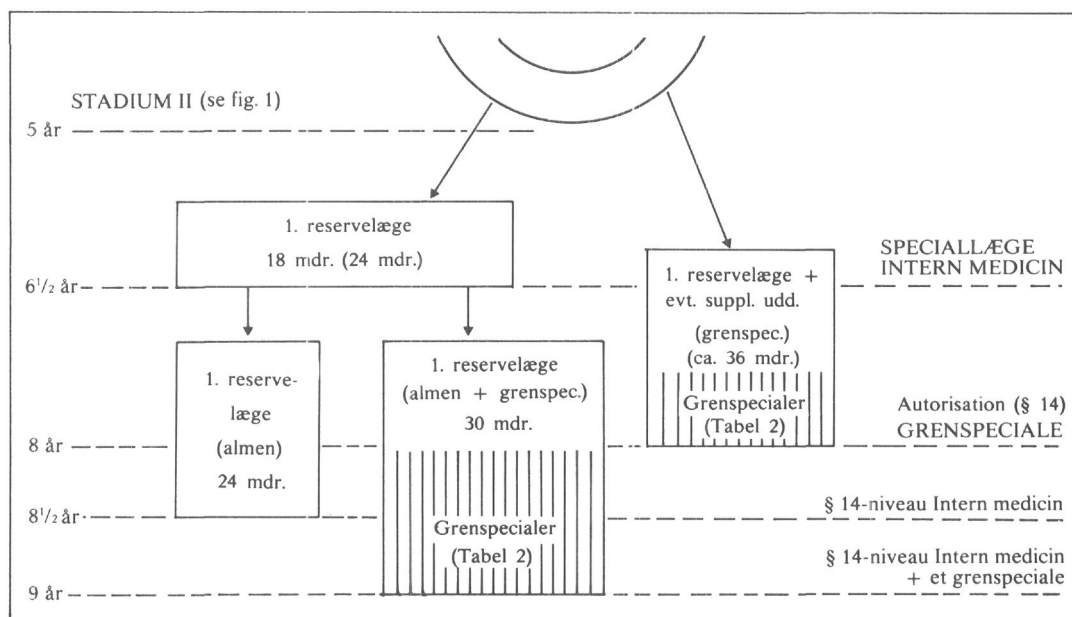


Fig. 2. Uddannelse med henblik på § 14-anerkendelse i intern medicin og autorisation (§ 14-niveau) i grenspeciale

Den fremtidige speciallægeuddannelse

laboratoriespecialerne

I maj 1974 nedsatte speciallægekommissionen en arbejdsgruppe til undersøgelse af, om en uddannelsesmæssig samling af laboratoriespecialerne var mulig og hensigtsmæssig. Gruppen fik følgende sammensætning:

NIELS ROSSING (formand)

HANS KARLE

GUNNAR SCHIØLER

RENÉ VEJLSGAARD (indtil maj 1976)

CLAUS LUNDSTEDT (sekretær)

Arbejdsgruppens opgave

Gruppen fik ved sin nedsættelse ikke tildelt et egentligt kommissorium, men har set det som sin opgave at vurdere, om der er eller burde være et sådant fælles indhold i laboratoriespecialerne og tilgrænsende ekspertområder af enten uddannelsesmæssig, funktionel eller teknologisk karakter, at det ville være hensigtsmæssigt at foretage en vis samling af disse lægelige discipliner, ikke blot i administrative og evt. også bygningsmæssige blokke, men også i uddannelsesmæssige enheder.

På baggrund af gruppens overvejelser samt drøftelser med de berørte videnskabelige selskaber og i kommissionen har man opstillet et forslag til koordinerende uddannelsesforløb indenfor laboratoriedisciplinerne.

Yderligere har arbejdsgruppen under henvisning til speciallægekommissionens kommissorium drøftet, under hvilke former laboratoriespecialerne kan og bør yde service til den del af sundhedssektoren, der ligger udenfor sygehusvæsenet.

Arbejdsgruppens arbejdsform

Som indledning til arbejdet udarbejdede arbejdsgruppen et oplæg, som efter drøftelse i kommissionen blev medtaget i uddrag i den-

nes årsberetning fra februar 1975. Desuden blev oplægget udsendt til de interesserede videnskabelige selskaber, og på grundlag af disse selskabers reaktioner på det foreløbige forslag udarbejdede arbejdsgruppen et betænkningsudkast, som foreslog laboratoriefagene opdelt uddannelsesmæssigt i 3 blokke. Efter en drøftelse i kommissionen med de implicerede selskaber, nedsattes tre arbejdsgrupper i laboratoriefagene bestående af medlemmer fra speciallægeselskaberne og kommissionsmedlemmer:

Gruppe A: den fysiologiske-biokemiske blok, omfattende klinisk fysiologi, klinisk kemi, klinisk fa -makologi og nuklearmedicin.

Gruppe B: patologi omfattende patologisk anatomi, retspatologi m.m.

Gruppe C: mikrobiologi og immunologi, omfattende klinisk bakteriologi, virologi, blodtypeserologi og immunologi.

I disse arbejdsgruppers arbejde har deltaget repræsentanter for følgende selskaber:

Dansk selskab for patologisk anatomi

Dansk blodtypeserologisk selskab

Dansk selskab for allergologi og immunologi

Dansk selskab for klinisk mikrobiologi

Dansk selskab for klinisk kemi

Dansk selskab for klinisk fysiologi

Dansk nuklearmedicinsk selskab

samt repræsentanter for fagområderne

klinisk virologi

klinisk farmakologi

Arbejdsgrupperne afgav i løbet af 1976 redegørelser til speciallægekommissionen, og disse

redegørelser har sammen med selskabernes kommentarer til speciallægekommissionens årsberetning 1975 indgået i arbejdsgruppens udarbejdelse af sit endelige forslag, ligesom de senest i marts 1977 førte drøftelser mellem selskaberne og kommissionens arbejdsgruppe.

ARBEJDSGRUPPENS OVERVEJELSER

Baggrund

I indenrigsministeriets cirkulære af 8. juni 1971 om planlægning af sygehusvæsenet (»De vejledende retningslinier«) er dér af praktiske grunde foretaget en blokvis opdeling af de lægelige specialer. For laboratorieblokkens vedkommende anbefales en centralisering af de egentlige laboratoriefag, og samtidig peges der på det ønskelige i, at der skabes den størst mulige fleksibilitet i forbindelse med placering og organisation af laboratorier i forhold til hinanden på det enkelte sygehus. Som begrundelse herfor anføres såvel hensynet til undersøgelseernes kvalitet som hensynet til en økonomisk udnyttelse af apparatur og personale.

Arbejdsgruppen har desuden taget med i sine betragtninger, at medens man på landsdelssygehusene har tilvejebragt en fuldstændig opdeling funktionsmæssigt imellem de enkelte laboratoriespecialer, er laboratoriefunktionen udenfor disse store sygehuse koncentreret på få laboratorier, og ansvaret for flere funktioners udførelse kan påhvile en lægechef med formel uddannelse indenfor kun ét af de eksisterende specialer.

Arbejdsgruppen finder, at denne funktionelle integration på amternes hovedsygehuse om muligt bør understøttes af, at laboratorierne på chefniveau bemandes med læger, der har tilstrækkelig bred uddannelse til på fagligt fuld tilfredsstillende vis at dække **flere** laboratoriefunktioner, hvorved deres kapacitet også vil blive fuldt udnyttet. På den anden side forudsætter en tilstrækkelig kvalificeret varetagelse af **alle** laboratorieopgaver, at chefkompetencen fordeles på flere læger med uddannelsesmæssig baggrund hentet fra de 3 specialegrupper foreslået i det efterfølgende.

Man har i de senere år kunnet konstatere en betydelig udvikling indenfor laboratoriefagene, således at der er fremkommet flere ønsker om anerkendelse af nye lægelige specialer indenfor forskellige tværfaglige laboratoriediscipliner. Da det må anses for ønskværdigt at imødegå et stærkt stigende

antal specialer og dermed en funktionel opsplitning indenfor laboratorieblokken, bør såvel uddannelsen som den praktiske organisation tilrettelægges således, at det relativt let lader sig gøre at optage nye funktioner, uden at dette behøver at medføre en opsplitning af personale og laboratorier.

Både indenfor laboratoriespecialerne og indenfor de kliniske specialer, de betjener, er det med stigende vægt blevet påpeget, at man bør undgå enhver tendens til gensidig isolation af disse to typer af lægelige funktioner. Det har været påpeget, at de nugældende uddannelsesordninger kan fremme sådanne tendenser, og at dette på længere sigt vil hæmme udnyttelsen af lægelig viden og teknologi. Arbejdsgruppen er klar over, at en tendens til isolation i høj grad også er bestemt af lægernes holdning, som de bl.a. erhverver under speciallægeuddannelsen, hvilket der såvidt muligt bør tages hensyn til.

Indenfor alle laboratoriespecialerne gælder det, at der er et udtalt behov for samarbejde med såvel akademisk uddannet som andet teknisk personale med ikke-lægelig viden og erfaring, der i et mere samlet system indenfor en laboratorieblok kan komme flere discipliner tilgode.

Speciallægeuddannelsernes sigte

Det må være en rimelig forudsætning at antage, at i hvert fald den fysiske sygehusstruktur og til en vis grad også den organisationsmæssige struktur indenfor sundhedsvæsenet vil være stort set uændret i de kommende 10-15 år.

Derfor må formålet med de forskellige speciallægeuddannelser indenfor laboratorieblokken være at sikre uddannelsesforløb og -muligheder såvel for laboratorielæger, der ønsker at placere sig i en snævert afgrænset specialfunktion, som for laboratorielæger, der ønsker at fungere i mere almene laboratoriefunktioner i sygehusvæsenet.

Såfremt alle logisk afgrænselige laboratoriediscipliner skulle have deres egen formaliserede speciallægeuddannelse med tilhørende autorisation, ville der imidlertid skulle udskilles særdeles mange uddannelsesforløb, hvilket ville resultere i et meget stift videreuddannelsessystem med deraf følgende vanskeligheder både for tilrettelæggelsen af det samlede uddannelsessystem og for den enkelte uddannelsessøgende.

Det er derfor arbejdsgruppens opfattelse,

at en vis forenkling af uddannelsessystemet indenfor laboratoriespecialerne er nødvendig, ikke for at lægge op til en indskrænkning i funktionsområderne, men tværtimod ud fra den forudsætning, at der fortsat opstår nye discipliner, og at disse discipliner skal kunne indpasses i uddannelsessystemet og dermed også nyttiggøres udenfor landsdelshospitaler og specielle institutter.

Uafhængigt af dette generelle syn på uddannelsessystemets opbygning lægger arbejdsgruppen vægt på, at der også i fremtiden vil være mulighed for godkendelse af individuelle uddannelsesforløb indenfor ekspertområder, som ikke dækkes af de anerkendte specialer.

Det nuværende system

Arbejdsgruppen har i sit arbejde henregnet følgende anerkendte specialer til laboratorieblokken:

1. Diagnostisk radiologi
2. Klinisk kemi
3. Patologisk anatomi
4. Klinisk mikrobiologi
5. Klinisk fysiologi
6. Klinisk blodtypeologi
7. Klinisk neurofysiologi.

Endvidere følgende discipliner, der har søgt om anerkendelse som lægelige specialer:

8. Klinisk immunologi
9. Klinisk virologi
10. Retsmedicin eller retspatologi
11. Nuklearmedicin.

Hertil følger sig disciplinen:

12. Klinisk farmakologi,

der i en betænkning fra et udvalg under sundhedsstyrelsen er blevet anbefalet godkendt som et selvstændigt funktionsområde.

Arbejdsgruppen har ved sin gennemgang af disse specialer og discipliner og efter sine overvejelser om fælles indhold i uddannelsesmæssig, funktionel og teknologisk henseende ment at kunne fastslå, at specialet diagnostisk radiologi har en så lang uddannelsesmæssig egen tradition og et så betydeligt kvantitativt omfang, at specialet ikke i uddannelsesmæssig henseende kan integreres med de øvrige fag indenfor laboratorieblokken.

Hvad specialet neurofysiologi angår, har gruppen konstateret, at det i hvert fald med den nuværende afgrænsning af funktionsom-

rådet må betragtes som en disciplin indenfor neurologien.

For klinisk farmakologis vedkommende har arbejdsgruppen ikke ment på det foreliggende at kunne tage endelig stilling til dette fags placering funktions- og uddannelsesmæssigt.

Betegnelsen klinisk immunologi dækker efter arbejdsgruppens opfattelse flere discipliner, hvoraf kun den, der beskæftiger sig med den immunologiske laboratorieteknik, henhører under laboratoriespecialerne. De øvrige discipliner kan henføres til en uddannelsessammenhæng med de intern medicinske discipliner. Efter at arbejdsgruppen er blevet gjort bekendt med et forslag til den fremtidige speciallægeuddannelse i det intern medicinske fagområde, hvorunder discipliner som allergologi og medicinsk reumatologi samt infektionsmedicin er indpasset i den intern medicinske speciallægeuddannelse, har man kun medtaget de uddannelsesmæssige forhold omkring den immunologisk-tekniske disciplin.

Endelig har arbejdsgruppen fundet det rimeligt at regne med, at en række områder vil kunne udvikle sig til selvstændige, faglige og/eller teknologiske funktionsområder eller discipliner indenfor det danske sygehusvæsen i et omfang, der er større, end det hidtil har været tilfældet. Som eksempler herpå kan nævnes funktioner som ultralyddiagnostik, cytogenetik, CAT-scanning og virologi.

Forholdene i udlandet

Arbejdsgruppen har ved undersøgelse af uddannelsesforholdene indenfor laboratoriespecialerne i udlandet noteret sig forskelle fra land til land både i specialernes formelle afgrænsning og i uddannelsesmønstrene. Gruppen har herefter kunnet konstatere, at man ikke umiddelbart i udenlandske uddannelsessystemer har kunnet finde en model, som med fordel vil kunne overføres til det danske uddannelsessystem og sygehusvæsen.

Skandinavien

Man er bekendt med, at der i de skandinaviske lande foregår en nyvurdering og tildels en revision af speciallægebestemmelserne. Man er vidende om, at den svenske socialstyrelse er i færd med et udvalgsarbejde, der har til formål bl.a. at undersøge det hensigtsmæssige i en sammenlægning af i hvert fald nogle laboratoriespecialer. Dette udvalgsarbejde er, såvidt arbejdsgruppen er orienteret, endnu

ikke afsluttet. Fra et udvalg af nordiske blodtypeserologer er der desuden fremkommet en betænkning, der foreslår en sammen-smeltning af faget klinisk immunologi med specialt blodtypeserologi.

EF-området

Inden for de øvrige EF-lande set under ét findes med klinisk fysiologi som eneste undtagelse alle de specialer, der i dag er anerkendt her i landet, og desuden er en række af laboratorieområdets discipliner anerkendt som selvstændige specialer i et eller flere EF-lande. Imidlertid foreligger der ikke anvendelige oplysninger om laboratoriespecialer og -discipliners funktionsmæssige og uddannelsesmæssige indhold i et sådant omfang, at arbejdsgruppen har kunnet drage nytte heraf.

Autorisation og §14-bedømmelse

Arbejdsgruppen har drøftet spørgsmålet om behovet for autorisationer inden for laboratoriefagene og konkluderet, at sådanne har begrænset betydning, idet langt størsteparten af de læger, der uddannes i disse specialer, også i fremtiden vil komme til at fungere i sygehusvæsenet eller i meget nær relation til dette. Deres kompetence og kvalifikationer vil derfor altid blive defineret og vurderet i forbindelse med en §14-vurdering i relation til konkrete stillingsopslag.

Imidlertid må der af hensyn til den enkelte speciallæges forhold til offentlige myndigheder og f. eks. hans interesser i forbindelse med virksomhed i udlandet kunne tildeles autorisationer i specialerne indenfor laboratoriesektoren. Disse autorisationer må kunne tildeles af det kommende specialistnævn i samråd med tilforordnede i specialerne. Arbejdsgruppen finder det hensigtsmæssigt, hvis der er et nært samarbejde mellem disse sagkyndige og §14-rådene. Der vil så samtidig kunne ske en afvejning af disse bedømmelser overfor et sæt ensartede principper for §14-bedømmelser, som arbejdsgruppen finder må tilvejebringes. Sådanne retningslinier må til enhver tid være til rådighed for de uddannelsessøgende.

Speciallægeuddannelsens varighed, indhold og forbrug af stillinger

Ved udarbejdelsen af sit forslag til ændrede speciallægeuddannelser i laboratoriesektoren har arbejdsgruppen taget sit udgangspunkt i lægelovens bestemmelser om en fælles 18-måneders almenuddannelse. Arbejdsgruppen

går ud fra, at det inden for en kort årrække vil være sådan, at alle medicinske kandidater får denne almenuddannelse i tilslutning til embedseksamen.

I de nuværende regler for speciallægeuddannelser er uddannelsesstiden indenfor laboratoriespecialerne noget varierende med en varighed på op til 7 år i et enkelt speciale. Det faktiske uddannelsesforløb er imidlertid for de fleste væsentligt længere. De ønsker, der har været fremført om en afkortning af uddannelsen i forhold til de nuværende, faktiske varigheder, kan efter arbejdsgruppens opfattelse ikke gennemføres ved en afkortning af de formelle minimumskrav, men bør kunne finde sted ved en mere rationel tilrettelæggelse af uddannelsesforløbet. Man kan i denne forbindelse henvise til en betænkning om blokansættelser (Ugeskrift for læger 138:48:3076-3079).

Mens arbejdsgruppen således ikke har set nogen rimelig mulighed for at afkorte uddannelsesforløbets formelle rammer, har man lagt vægt på, at der indenfor de foreslåede krav bliver mulighed for at tilrettelægge såvel en bredt sammensat laboratorieuddannelse som en relevant klinisk uddannelse. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at mindst ét år af laboratorieuddannelsen bør finde sted uden for landsdelssygehusenes stærkt specialiserede laboratorier, men man har ikke fundet det afgørende, om dette ene års funktion på et laboratorium med mere almene funktioner finder sted på et bestemt tidspunkt i uddannelsesforløbet. Derimod bør der altid som led i uddannelsen være ansættelser i 2-3 år på landsdelssygehuses afdelinger inden for specialt.

Af hensyn til at sikre uddannelserne et tilstrækkeligt og relevant indhold af klinisk erfaring bør der udover almenuddannelsen være yderligere mulighed for klinisk uddannelse. Hvor denne uddannelse er obligatorisk, bør den finde sted efter ansættelsen på laboratorier på landsdelssygehus.

De her anførte synspunkter er i generelle træk tiltrådt af alle involverede selskaber, der imidlertid peger på, at realiseringen af de opstillede mål forudsætter flere uddannelsesstillinger, end der nu er til rådighed.

Teoretisk uddannelse

Inden for de fleste laboratoriespecialer er en omfattende, teoretisk videreuddannelse en absolut forudsætning for at opretholde en øn-

skelig høj kvalitet af laboratorievirksomheden på vore sygehuse. Arbejdsgruppen er enig om, at det nuværende krav om 120 timers kursus til hver speciallæge må anses for utilstrækkeligt, og skal foreslå, at den teoretiske uddannelse udvides, således at der bliver mulighed for ca. 240 timers teoretisk uddannelse.

Den teoretiske uddannelse bør i stort omfang tilrettelægges som tilvalgskurser indenfor de forskellige laboratoriespecialer. Disse tilvalgskurser må den enkelte uddannelsessøgende kunne søge som supplement til en række obligatoriske kurser specielt tilrettelagt inden for specialernes nødvendige, teoretiske »redskabsfag«.

ARBEJDSGRUPPENS FORSLAG TIL UDDANNELSESKRAV I LABORATORIEFAGENE

På baggrund af de foran anførte overvejelser kan arbejdsgruppen opstille de i det følgende anførte forslag til uddannelseskraV for laboratoriespecialerne.

Arbejdsgruppen betragter sit forslag som en uddannelsesmodel, og lægger vægt på, at der senere udarbejdes en mere detaljeret beskrivelse af de enkelte uddannelsesled efter nærmere drøftelser med speciallægeselskaberne og sagkyndige inden for de enkelte specialer.

Uddannelsesmodellen bygger på, at laboratoriefagene opdeles i følgende specialer:

Gruppe I:

1. Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
2. Klinisk kemi

Gruppe II:

3. Klinisk mikrobiologi
4. Klinisk immunologi

Gruppe III:

5. Patologisk anatomi.

Uddannelsen for laboratoriespecialerne er opbygget omkring en model, der i princippet er ens for alle specialer. Uddannelserne omfatter følgende trin:

- A. Almenuddannelse, som er den for alle læger gældende turnustjeneste.
- B. Introduktionsuddannelse, som også kan betegnes som det første af hoveduddannelsen.
- C. Ansættelse på landsdelssygehusniveau på specialiserede laboratorier indenfor specialat.

D. Supplerende klinisk uddannelse.

E. 1. reservelægeuddannelse.

SPECIALLÆGEUDDANNELSERNE I GRUPPE I

Almenuddannelsen

Almenuddannelsen er identisk med turnusuddannelsen, som er fælles for alle læger. Varigheden er 18 måneder sammensat således: 6 måneders ansættelse på medicinsk afdeling, 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling og 6 måneders ansættelse i almen praksis eller på en valgfri sygehusafdeling.

Introduktionsuddannelsen

Denne del af uddannelsen følger normalt umiddelbart efter almenuddannelsen og har en varighed på 12 måneder. Ansættelsen bør finde sted på et sygehus med laboratorievirksomhed af et rimeligt omfang. Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at centrallaboratorierne på de fleste hovedsygehuse uden for landsdelssygehuse vil være velegnede uddannelsessteder på dette niveau. Imidlertid bør der ikke være noget i vejen for, at ansættelse på mere specialiserede laboratorier kan fungere som introduktionsuddannelse. Denne del af uddannelsen fungerer som første led i begge uddannelsesretningerne i gruppe I.

Hensigten med introduktionsuddannelsen er, at de læger, der tænker på at søge ind i et af laboratoriespecialerne, kan få en nærmere indsigt i laboratoriesektorens virksomhed. Efter et års ansættelse skal lægen have opnået indsigt i de almindeligt forekommende problemstillinger inden for det pågældende laboratoriums virksomhed samt have almindeligt kendskab til de undersøgelsesmetoder, der anvendes. De uddannelsessøgende bør under en sådan ansættelse have mulighed for at deltage i mere almene teoretiske kurser med relation til laboratoriefagene.

Uddannelse på landsdelssygehusniveau

Den uddannelse, der finder sted efter mindst et års laboratorieansættelse, svarer i alt væsentligt til det nuværende kursusstillingsniveau. Ansættelsen skal ske som en rotation mellem forskellige specialiserede laboratorieafdelinger eller mellem specielle funktioner inden for samme laboratorieafdeling. Den samlede ansættelse ansættes til 2 år, således at der bliver mulighed for en tilstrækkelig lang ansættelse indenfor de enkelte discipliner.

Den uddannelsessøgende læge skal være beskæftiget halvdelen af tiden inden for klinisk kemi, og halvdelen inden for klinisk fysiologi og nuklearmedicin. Løvrigt behøver de tilbudte rotationsstillinger på landsdelssygehuse ikke at være nøjagtig ens.

Hensigten med denne del af uddannelsen er at bibringe den kommende speciallæge en detaljeret viden om det teoretiske og praktiske grundlag for specialiets forskellige discipliner. Den uddannelsessøgende skal desuden have grundig indsigt i løsningen af mere avancerede problemer inden for de forskellige områder, ligesom rotationen mellem de to specialer skal give vedkommende mulighed for endeligt valg af speciale.

Hovedvægten i den teoretiske uddannelse bør lægges i denne del af uddannelsesforløbet, og arbejdet på afdelingerne bør tilrettelægges således, at den uddannelsessøgendes kursusdeltagelse afvikles som en naturlig del af ansættelsen.

Teoretisk uddannelse

Den teoretiske uddannelse bør tilrettelægges som 10-15 delkurser å 2-4 dages varighed, således at uddannelsen ialt kommer til at optage ca. 240 timer.

En del af de mere basale, teoretiske kurser bør som nævnt kunne tilbydes læger, der er ansat i introduktionsuddannelsesniveaue, mens flertallet af kurser bør gennemgås under ansættelsen på landsdelssygehuse, ligesom den uddannelsessøgende på dette niveau gennem tilvalgskurser må have mulighed for at forberede sin endelige specialisering.

Kursusemner (eksempler)

A. Obligatoriske kurser for alle i specialet:

Statistik og forskningsmetodologi
Afdelingsadministration/arbejdsledelse
Datamatik/datalogi/informationsteori
Litteratursøgning
Matematik, mængdelære og fysik
Isotopkursus I
Kinetik
Endokrinologi
Nyrefysiologi og elektrolytforstyrrelser i stofskiftet
Hæmatologi.

B. Tilvalgskurser, som kan være obligatoriske i enkelte discipliner:

Proteiner, lipider, separationsteknik
Toxikologi

Enzymologi/koagulation
Metabolisk regulation/klinisk relevant biokemi
Apparatlære
Hjerte-lunge-arbejdsfysiologi
Perifert kredsløb
Dynamisk og statisk isotopscintigrafi
Strålehygiejne-radiobiologi-radiofarmaci
Dosimetri-terapi med radioaktive lægemidler
Isotopkursus II (RIA og andre in vitro-analyser)
Gastroenterologi
Hepatologi
Klinisk farmakologi
Farmakologi (bl.a. receptorteorier, farmakokinetik)
Medikamentanalyser.

Supplerende klinisk uddannelse

Denne uddannelse skal være af mindst 1 års varighed. I princippet kan ansættelsen finde sted på enhver klinisk afdeling af rimelig størrelse, men mest velegnede vil afdelinger inden for det kirurgiske og medicinske område være.

Den kliniske ansættelse udover almenuddannelsen kan placeres hvor som helst i uddannelsesforløbet, men finder bedst sted i tilslutning til ansættelsen på landsdelssygehuses laboratorieafdelinger.

Hensigten med den kliniske ansættelse på dette tidspunkt i uddannelsen er at give den vordende speciallæge indsigt i laboratorieundersøgelses- og behandlingsmæssige virksomhed på en klinisk afdeling. Ansættelsen skal desuden åbne mulighed for en selvstændig, videnskabelig aktivitet specielt inden for en laboratoriedisciplins kliniske anvendelse.

1. reservelægeansættelse

Det sidste led i speciallægeuddannelsen omfatter 1½ års 1. reservelægeansættelse, som skal placeres sidst i uddannelsen.

Uddannelsen skal finde sted på laboratorieafdelinger, der er godkendt som uddannelsessted i det valgte speciale inden for gruppen.

Hensigten med 1. reservelægeansættelsen er, at den vordende speciallæge skal erhverve yderligere viden og rutine i forbindelse med selvstændig funktion inden for afdelingens virksomhed. Han skal således ved afslutningen af 1. reservelægetiden have betydelig rutine i

afdelingens arbejde og selvstændigt kunne tilrettelægge og bedømme laboratoriets undersøgelser. Han skal derudover have mulighed for at indhøste erfaring ved undervisning af både medicinsk og paramedicinsk personale og erhverve sig en vis indsigt i afdelingens administrative problemer.

1. reservelægeansættelsen fører frem til **speciallægeanerkendelse** i enten **klinisk fysiologi og nuklearmedicin** eller i **klinisk kemi**.

*

SPECIALLÆGEUDDANNELSERNE I GRUPPE II

Almenuddannelsen

Almenuddannelsen er idemisk med turnusuddannelsen, som er fælles for alle læger. Varigheden er 18 måneder sammensat således: 6 måneders ansættelse på medicinsk afdeling, 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling og 6 måneders ansættelse i almen praksis eller på valgfri sygehusafdeling.

Introduktionsuddannelse

Introduktionsuddannelsen vil normalt følge umiddelbart efter almenuddannelsen og skal have en varighed på 12 måneder. Ansættelsen kan finde sted på et laboratorium på amternes hovedsygehuse, som har delfunktioner inden for gruppens specialer, men kan også finde sted på mere specialiserede laboratorier og på landsdelssygehusniveau. Denne del af uddannelsen fungerer som første led af hoveduddannelsen i begge gruppens specialer.

Hensigten med introduktionsuddannelsen er, at de læger, der tænker på at søge ind i specialerne i gruppe II, kan få en nærmere indsigt i fagenes basale funktioner. Efter 1 års ansættelse skal lægen have opnået indsigt i de almindeligt forekommende problemstillinger og have almindeligt kendskab til de rutinemæssige undersøgelsesmetoder, der anvendes i specialerne. De uddannelsessøgende bør under en sådan ansættelse have muligheder for at deltage i mere almene teoretiske kurser med relation til specialtet.

Uddannelse på landsdelssygehusniveau

Denne uddannelse, der finder sted efter introduktionsuddannelsen, svarer i alt væsentligt til det nuværende kursusstillingsniveau. Uddannelsen skal have en varighed på 2 år, og på dette niveau må de uddannelsessøgende vælge, hvilket speciale inden for gruppen de ønsker at uddanne sig i. Der skal således

tilbydes 2-årige uddannelsesstillinger både indenfor klinisk immunologi og indenfor klinisk mikrobiologi. Disse uddannelsesstillinger må tilrettelægges med rotation mellem forskellige speciallaboratorier eller -funktioner inden for de to specialer, men iøvrigt behøver stillingerne ikke alle at have nøjagtig samme sammensætning. Den detaljerede tilrettelæggelse af uddannelsesstillinger på dette niveau inden for de to specialer må ske i et samarbejde mellem specialistnævnet og de berørte specialselskaber.

Hensigten med denne del af uddannelsen er at bibringe den kommende speciallæge en detaljeret viden om det teoretiske og praktiske grundlag for specialets forskellige discipliner. Den uddannelsessøgende skal desuden erhverve sig indsigt i løsningen af mere avancerede problemer inden for de forskellige områder.

Hovedvægten i den teoretiske uddannelse bør lægges i denne del af uddannelsesforløbet, og arbejdet på afdelingerne bør tilrettelægges således, at den uddannelsessøgendes kursusdeltagelse afvikles som en naturlig del af tjenesten.

Teoretisk uddannelse

Den teoretiske uddannelse bør tilrettelægges som delkurser à 2-4 dages varighed. Uddannelseskravene bør sammensættes af relativt få obligatoriske kurser og en række tilvalgskurser, således at den samlede teoretiske uddannelse får en varighed af 200-250 timer.

En del af de mere basale teoretiske kurser bør som nævnt kunne tilbydes læger, der er ansat i introduktionsuddannelsesniveaue, mens flertallet af kurser bør gennemgås under ansættelsen på landsdelssygehusniveau. Herudover skal der være mulighed for, at en række specielle tilvalgskurser gennemgås under 1. reservelægeansættelsen.

Kursusemner (eksempler)

- Isolering og identifikation af virus
- Hurtig diagnostik af virus-infektioner
- Anvendelse af forsøgsdyr
- Immunfluorescensteknik
- Cellefysiologi og celledyrkningsteknik
- Isotopkursus
- Statistik
- Hæmatologi, blodprodukter, blodbankteknik
- Erytrocytimmunologi og genetik
- Immunologisk teknik

Basal immunologi
 Teorier om antigen og antistofstruktur og kinetik
 Immungenetik og vævstypeimmunologi
 Tumormmunologi
 Medicinsk allergiske sygdomme
 Immunologiske mangeltilstande
 Immunterapi og immunprofylakse
 Autoimmunsygdomme og bindevævssygdomme
 Infektionspatologi og infektionsimmunologi
 Klinisk farmakologi og antibiotikaterapi
 Desinfektion og sterilisation
 Hospitalshygiejne
 Medicinsk mykologi
 Medicinsk parasitologi
 Resistensbestemmelse

Supplerende klinisk uddannelse

Denne del af uddannelsen skal have en varighed af mindst 1 år og kan finde sted på alle kliniske afdelinger med en patientbelægning, der er relevant for specialet. Der vil således overvejende kunne blive tale om ansættelse på intern medicinske og på kirurgiske afdelinger.

Den kliniske ansættelse udover almenuddannelsen kan placeres hvor som helst i uddannelsesforløbet, men bør som hovedregel finde sted i tilslutning til ansættelse på landsdelssygehusenes afdelinger. Arbejdsgruppen foreslår, at man stiler efter en ordning, der gør det muligt at tilbyde sådanne kliniske uddannelsesstillinger under et til alle uddannelsessøgende i gruppe II.

Hensigten med den kliniske ansættelse på dette tidspunkt i uddannelsen er at give den vordende speciallæge indsigt i specialets relation til den øvrige undersøgelses- og behandlingsmæssige virksomhed på en klinisk afdeling. Ansættelsen giver herudover mulighed for en selvstændig videnskabelig aktivitet specielt med tilknytning til specialets kliniske anvendelse.

1. reservelægeuddannelse

Det sidste led af uddannelsen omfatter 1 1/2 års 1. reservelægeansættelse, som skal placeres sidst i uddannelsesforløbet. Ansættelsen kan finde sted på alle godkendte afdelinger inden for det valgte speciale.

Hensigten med 1 reservelægeansættelsen er, at den vordende speciallæge skal erhverve yderligere viden og rutine i forbindelse med

selvstændig funktion inden for afdelingens virksomhed. Han skal således ved afslutningen af 1. reservelægetiden have betydelig rutine i afdelingens arbejde og selvstændigt kunne tilrettelægge og bedømme laboratoriets undersøgelser. Han skal derudover have mulighed for at indhøste erfaring ved undervisning af både medicinsk og paramedicinsk personale og erhverve sig en vis indsigt i afdelingens administrative problemer.

1. reservelægeansættelsen fører frem til **speciallægeanerkendelse i klinisk mikrobiologi eller klinisk immunologi.**

Den kliniske mikrobiologiske funktion bør foruden individuelt patientorienteret arbejde også omfatte løsning af sygehushygiejniske problemer.

Klinisk immunologi omfatter de hidtil kendte klinisk blodtypeserologiske opgaver men herudover også nyere immunologiske opgaver, der ikke kan henføres under de traditionelle blodbanksopgaver, såsom vævstypeserologi, undersøgelse af cellulær immunologi og immunkemi.

SPECIALLÆGEUDDANNELSERNE I GRUPPE III

Almenuddannelsen

Almenuddannelsen er identisk med turnusuddannelsen, som er fælles for alle læger. Varigheden er 18 måneder sammensat således: 6 måneders ansættelse på medicinsk afdeling, 6 måneders ansættelse på kirurgisk afdeling og 6 måneders ansættelse i almen praksis eller på en valgfri sygehusafdeling.

Introduktionsuddannelsen

Denne del af uddannelsen følger normalt umiddelbart efter almenuddannelsen og har en varighed på 12 måneder. Ansættelsen bør i almindelighed finde sted på en patologisk-anatomisk afdeling af en rimelig størrelse, idet arbejdsgruppen anser patologisk-anatomiske afdelinger på amternes hovedsygehuse som velegnede uddannelsessteder på dette niveau. Der bør dog naturligvis intet være i vejen for, at ansættelse på større — og måske noget mere specialiserede institutter og afdelinger — kan fungere som introduktionsuddannelse.

Hensigten med introduktionsuddannelsen er, at de læger, der tænker på at søge ind i specialet patologisk anatomi, kan få en nærmere indsigt i virksomheden på en patologisk-anatomisk afdeling. Efter 1 års ansættelse skal

lægen have opnået indsigt i de almindeligt forekommende problemstillinger inden for specialet og et almindeligt kendskab til de undersøgelsesmetoder, der anvendes. De uddannelsessøgende bør under en sådan ansættelse have mulighed for at deltage i mere almene teoretiske kurser med relation til specialet.

Uddannelse på landsdelssygehusniveau

Den uddannelse, der finder sted efter 1 års introduktionsuddannelse, svarer i alt væsentligt til det nuværende kursusstillingsniveau. Ansættelsen bør have en samlet varighed på 2 år, og hvis den finder sted på en afdeling med fuldstændig adskillelse af funktioner i flere afsnit, bør der tilrettelægges en rotation, således at den uddannelsessøgende får tilstrækkelig mulighed for at beskæftige sig med alle funktioner, ligesom det kan vise sig hensigtsmæssigt at etablere rotationsstillinger, der omfatter ansættelse på mere end én afdeling. Der bør i det hele taget være tale om et forud planlagt superviseret uddannelsesforløb støttet af selvstændige studier og praktisk træning. Uddannelsen skal omfatte dermatopatologi, lunge-patologi, hjerte-kar-patologi, hæmatologi, lymfatiske systems patologi, knogle- og bløddelspatologi, neuropatologi, urogenitalsystemets patologi, mamma-patologi, gastro-entero-patologi og cytologi.

Hensigten med denne del af uddannelsen er at bibringe den kommende speciallæge viden og praktisk træning til vurdering af undersøgelser inden for de nævnte områder, idet der lægges vægt på de store linier, og ikke på mere specielle detaljer. Der skal således sikres en vis rutine i vurderingen af almindeligt forekommende patologisk-anatomiske problemstillinger samt et solidt grundlag for endeligt valg af funktionsområde inden for specialet.

Teoretisk uddannelse

Den teoretiske uddannelse bør tilrettelægges som en række delkurser af 2-4 dages varighed. Det anslås, at den samlede teoretiske uddannelse må have et omfang på 250-300 timer.

En del af de mere basale, teoretiske kurser bør kunne tilbydes læger, der er ansat i introduktionsuddannelsesniveauet, men hovedvægten af den teoretiske uddannelse bør ske under ansættelse på landsdelssygehusniveau. Hovedparten af den teoretiske uddannelse bør være fælles og obligatorisk for alle

uddannelsessøgende i specialet, men der kan blive tale om en række mere specielle tilvalgs-kurser, og disse må i så fald i et vist omfang kunne gennemføres under 1. reservelægeansættelsen.

Kursusemner (eksempler)

Teoretiske basale kurser:

Histologisk teknik og lysmikroskopi (inkl. nyere metoder med tilknytning hertil)
Sektioner og retsmedicin
Mikrobiologi, virologi, parasitologi, mykologi
Inflammation
Onkologi I
Histokemi
Elektromikroskopi
Immunologi (proteinkemi)
Arvepatologi, kromosomundersøgelse og vævsdyrkning

Specie t organpatologiske kurser:

Onkologi
Urogenitalsystemet inkl. gynækopatologi og pædiatrisk patologi
Gastrointestinalkanalen inkl. leverpatologi, pædiatrisk patologi og cytologi
Støttevævenes sygdomme inkl. pædiatrisk patologi
Neuropatologi og ophthalmopatologi samt endokrine organers patologi
Lymfeknuder og hæmopatologi
Dermatopatologi
Mammapatologi, endokrinopatologi
Kardiovaskulære sygdomme
Øre-, næse-, mundhule- og halssygdomme
Lungepatologi inkl. cytologi
Nyere forskningsmetodologi inkl. dyreforsøgskundskab

Supplerende klinisk uddannelse

Den supplerende kliniske uddannelse skal have en varighed på mindst 1 år. Ansættelsen bør finde sted sent i uddannelsesforløbet og som hovedregel i fortsættelse af ansættelse på landsdelssygehus. Ansættelsen kan finde sted både på almindelige kliniske afdelinger eller på afdelinger inden for laboratoriespecialer med servicefunktioner over for kliniske afdelinger.

Den supplerende kliniske ansættelse udover almenuddannelsen har til hensigt at give den vordende speciallæge indsigt i den patologiske anatomis relation til den øvrige undersø-

gelses- og behandlingsmæssige virksomhed på de kliniske afdelinger. Ansættelsen skal herudover give mulighed for en selvstændig videnskabelig aktivitet navnlig inden for den patologiske anatomis kliniske anvendelse.

1. reservelægeuddannelsen

1. reservelægeansættelsen skal være placeret sidst i uddannelsesforløbet og skal omfatte 12 måneders ansættelse på et alment institut eller afdeling for patologisk anatomi. Ansættelse på specialiserede institutter eller afdelinger skal ikke indgå i denne del af uddannelsen.

Hensigten med 1. reservelægeansættelsen er at opgive den vordende speciallæge i selvstændig funktion med hensyn til alle alment forekommende patologisk-anatomiske problemstillinger. Ved afslutningen af denne ansættelse må lægen have en betydelig rutine i arbejdet på et patologisk-anatomisk institut eller afdeling og han skal selvstændigt kunne varetage de daglige funktioner. Herudover bør han erhverve sig visse erfaringer med undervisning både af medicinsk og paramedicinsk personale og skaffes en vis indsigt i afdelingens administrative funktioner.

1. reservelægeansættelsen fører frem til **speciallægeanerkendelse i patologisk anatomi.**

§ 14-NIVEAU 1 LABORATORIE SPECIALERNE

Med forslaget om at samle laboratorieuddannelserne i de nævnte specialer skabes der mulighed for at uddanne speciallæger med en tilstrækkelig bred baggrund til at varetage de almene funktioner i sygehusvæsenet uden for landsdelssygehusene, samt varetage konsulentvirksomhed over for den primære sundheds-tjeneste respektive selvstændig funktion uden for sygehusene.

Imidlertid må en sådan ordning også indebære muligheden for, at man kan sikre uddannelse af specialister inden for snævrere fagområder således at der til stadighed kan være kvalificerede speciallæger til rådighed ved besættelse af slutstillinger på speciallaboratorier eller sideordnede funktioner på mere bredt arbejdsde laboratorier.

Arbejdsgruppen foreslår, at en læge efter gennemgået speciallægeuddannelse og opnået speciallægeanerkendelse i sit speciale kan uddanne sig yderligere ved 2 års 1. reservelægeansættelse på et laboratorium som udelukkende eller overvejende varetager funk-

tioner indenfor et specielt område under spe-

ciallet. Efter gennemgangen af en sådan yderligere specialuddannelse vil den pågældende speciallæge kunne opfylde generelle krav til ansættelse som overlæge på et speciallaboratorium (§ 14-niveau).

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der bør udarbejdes generelle retningslinier for de uddannelseskrav, der er almindeligt gældende for opnåelse af § 14-anerkendelse i laboratoriespecialerne både med henblik på funktion på speciallaboratorium og på alment arbejdende afdelinger. Hovedtrækkene i sådanne retningslinier må være, at § 14-niveauet nås efter 2 års 1. reservelægeansættelse efter speciallægeanerkendelse.

Ved afslutningen af det videre uddannelsesforløb med henblik på at nå § 14-niveau, skal lægen have erhvervet sig en sådan kompetence inden for sit speciale eller sin disciplin, at han kan bestride en stilling som overlæge i det danske sygehusvæsen inden for det pågældende funktionsområde.

Såfremt man i fremtiden skulle få behov for anvendelse af formelle grenspecialetitler er det arbejdsgruppens opfattelse at uddannelseskravene i så fald bør fastlægges til de forannevnte generelle § 14-krav.

Hvad angår de mere detaljerede krav til de beskrevne uddannelser er det arbejdsgruppens opfattelse, at specialistnævnet såfremt forslaget gennemføres, må tilrettelægge såvel de teoretiske kurser som gennemføre den nødvendige afdelingsklassifikation og tilrettelæggelse af uddannelsesstillinger i samarbejde med de berørte videnskabelige selskaber. Arbejdsgruppen har derfor afstået fra mere detaljerede forslag på disse områder og alene for den teoretiske uddannelses vedkommende opstillet en række eksempler på kursusemner.

LABORATORIESPECIALERNE UDEN FOR SYGEHUSVÆSENET

De nuværende specialer inden for laboratorieblokken har en noget forskellig placering i sundhedsvæsenet udenfor sygehusene. For klinisk kemi gælder det, at den offentlige sygesikring i København driver et laboratorium med fastansatte speciallæger til dækning af praksissektoren. Uden for det københavnske overenskomstområde varetages de samme funktioner af klinisk kemiske laboratorier med speciallæger som konsulenter eller ejere.

Klinisk fysiologi drives kun i begrænset omfang uden for sygehusene.

Speciallæger i patologisk anatomi kan arbejde under en overenskomst med den offentlige sygesikring, og der er på denne baggrund opbygget ret betydelige private laboratorier, som betjener praktiserende læger og speciallæger.

1 forbindelse med sine overvejelser, om hvilke funktioner fremtidige speciallæger skal uddannes til, har arbejdsgruppen drøftet, hvilke specialer der måtte være behov for uden for sygehusenes laboratorieblokke. Da en hensigtsmæssig og økonomisk drift af laboratorievirksomhed også uden for sygehusvæsenet forudsætter store og hyppige investeringer i apparatur i et omfang, som ikke gælder for andre specialer, har gruppen set følgende muligheder for at dække den primære sundhedssektors behov for service fra laboratoriespecialerne:

1. Den offentlige sygesikring yder så høje honorarer efter overenskomst med privatpraktiserende speciallæger, at en privatin-

vestering i nødvendigt omfang gøres mulig. Samtidig må sygesikringen have indsigt med, at disse investeringer finder sted.

2. Det offentlige ansætter speciallæger i laboratorier drevet enten af sygesikringen eller af sygehusvæsenet, således at investeringsansvaret påhviler det offentlige.
3. Laboratoriefaciliteterne ved sygehusene udbygges med apparatur, speciallæger og andet personale i det omfang, det er nødvendigt for at dække den primære sundhedstjenestes behov for laboratorieservice.

Hvilken af de tre muligheder, der bør vælges på længere sigt, må afhænge af landets samlede sundhedspolitik og den deraf følgende prioritering inden for sundhedssektoren. Arbejdsgruppen har imidlertid fundet det nødvendigt at pege på de realistiske muligheder, der findes, men har ikke set det som sin opgave — og har heller ikke mulighed for — at foretage en afvejning af, hvilken af de nævnte muligheder, der vil egne sig bedst til at opfylde de fremtidige krav i sundhedsvæsenet.

Redegørelse
fra
arbejdsgruppen vedr. den fremtidige
speciallægeuddannelse i fysiurgi/reumatologi

Indledning

Ved flere lejligheder har speciallægekommis-sionen drøftet den fremtidige uddannelse i og den fremtidige placering af specialet fysiurgi og rehabilitering. På kommissionens møde den 18. januar 1977 besluttede man at fremsende en kort redegørelse til Dansk fysiurgisk selskab med en indbydelse til en drøftelse mellem speciallægekommis-sionen og selskabets bestyrelse. Denne drøftelse fandt sted ved et møde den 8. februar 1977, og på baggrund af de synspunkter, der blev fremført fra Dansk fysiurgisk selskabs side, besluttede man at nedsætte en arbejdsgruppe med det formål at finde frem til en nærmere beskrivelse af speciallægeuddannelsen i faget. Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

FRA SPECIALLÆGEKOMMISSIONEN:

NIELS ROSSING

GUNNAR SCHJØLER

FRA DANSK FYSIURGISK SELSKAB:

ERIK MARTIN JENSEN

PETER HELBY PETERSEN

JOHANNES FRIIS

JESPER SYLVEST

Baggrunden for arbejdsgruppens arbejde

Det fysiurgiske speciale har i den sidste snes år gentagne gange været genstand for drøftelser i forskellige udvalg både i sundhedsstyrelsens regie og inden for Dansk fysiurgisk selskabs rammer. Hertil kommer, at reumatologien som særskilt intern-medicinsk disciplin har haft en række fortalere de senere år, navnlig under indtryk af den kliniske immunologis udvikling. Der har i denne diskussion — og også under drøftelserne i speciallægekommis-sionen — været fremført argumenter både for at nedlægge fysiurgi som et selvstændigt speciale og for, at der også i fremtiden vil

være et udtalt behov for fysiurgisk uddannede speciallæger. Uanset de delte opfattelser af det fysiurgiske speciales fremtid og afgrænsning har alle udtrykt den opfattelse, at det under alle omstændigheder er nødvendigt med visse ændringer i uddannelsen af de læger, der skal tage sig af patienter med lidelser i bevægeapparatet, og at der vedrørende denne gruppe patienter navnlig synes at være behov for en styrkelse i aktiviteten inden for de områder af faget, der tager sig af de meget hyppige lidelser i bevægeapparatets biøddede, ofte betegnet fysiurgia minor.

I 1976 afgav et af sundhedsstyrelsen nedsat udvalg en betænkning: »Reumatologi inden for sygehusvæsenet«. I denne betænkning gennemgås reumatologi som begreb, og der foretages en gennemgang af de omfattede patientkategoriers størrelse og behovet for behandlingstilbud. Denne udvalgsbetænkning er indgået i arbejdsgruppens overvejelser, idet man specielt har været opmærksom på, at der foreslås reumatologiske enheder inden for sygehusvæsenet med en lægestab bestående dels af intern-medicinske reumatologer og dels af fysiurgisk uddannede reumatologer.

Specialets indhold

Specialets område er bevægeapparatets medicinske sygdomme, dvs. diagnostik og behandling af bevægeapparatets lidelser. En meget væsentlig del af specialets behandlingsopgaver består ifølge sagens natur af fysisk rehabilitering. Dette har bl.a. ført til, at specialet udover at beskæftige sig med bevægeapparatets egentlige medicinske sygdomme også i vid udstrækning har optaget den opgave at varetage fysisk rehabilitering af andre patientgrupper med sekundære funktionshæmninger i bevægeapparatet som f. eks. patienter med lidelser i centralnervesystemet og de perifere

nerver samt patienter med følger efter knoglebrud af alle sværhedsgrader. Det er karakteristisk for specialets funktion, at rehabiliteringsarbejdet hænger nøje sammen med de diagnostiske funktioner, og dertil kommer, at specialet på mange områder beskæftiger sig med forebyggelse af sygdomme i bevægeapparatet. Ikke mindst inden for arbejdsmedicinen, hvor fysiurgers ergonomiske baggrund med fordel kan udnyttes, er der i de senere år opstået et behov for speciallæger med indgående kendskab til bevægeapparatets fysiologi og patologi.

Den beskrevne afgrænsning af fysiurgiens arbejdsområde falder nøje sammen med de internationale definitioner på faget reumatologi. The International League Against Rheumatism har så sent som i 1977 fastslået fagets definition til at omfatte inflammatoriske led-sygdomme og bindevævslidelser, degenerative ledsygdomme af enhver art — også de degenerative lidelser i columna inklusive diskuslidelser og bløddelsygigt som f. eks. arbejdsbetingede sygdomme i bevægeapparatet, dvs. muskulære lidelser, bursit, tenosynovit og myoser.

Uddannelsesmæssige overvejelser

Allerede tidligt i dette århundrede udskilte der sig et speciale på det fysioterapeutiske område. Specialet, der senere fik betegnelsen fysiurgi, byggede overvejende på fysiske behandlingsformer og var således i den første tid et rent behandlingsspeciale. De læger, der i de følgende årtier gik ind i specialet, var overvejende specialister i intern medicin, og efterhånden som såvel diagnostiske muligheder som behandlingsmetoder bedredes, udviklede specialet sig videre til mere at være en gren af det intern-medicinske fagområde. Parallelt hermed har der imidlertid også udviklet sig en vis reumatologisk virksomhed inden for den interne medicin, navnlig koncentreret om immunologiens fremskridt i de senere år og før dette introduktionen af glucocorticoider i behandlingen.

Efter en periode med tydeligt stort islæt af intern medicin i fagets uddannelse har der i de seneste 10-15 år været en udvikling frem imod en mere selvstændig afgrænsning af specialet overvejende koncentreret om et mere snævert fysiurgisk område med stadig mindre forbindelse til den interne medicin. Dette har efterhånden tydeligt vist sig som utilfredsstillende for de fysiurgisk uddannede læger, som i

deres arbejde møder betydelige diagnostiske udfordringer, hvor der er et væsentligt behov for en sufficient intern-medicinsk baggrund, samtidig med at den reumatologiske patientgruppe på uhensigtsmæssig måde og uden rationel begrundelse er blevet delt op mellem intern-medicinske og fysiurgiske afdelinger.

Arbejdsgruppen er blevet gjort bekendt med det forslag, der foreligger fra speciallægekommissionen om en fremtidig udformning af det intern-medicinske fagområdes uddannelser, og har bl.a. bemærket sig, at man i denne redegørelse afgrænser et grenspeciale betegnet medicinsk reumatologi. Dansk selskab for giftforsknings kommentarer til den intern-medicinske uddannelsesmodel har ligeledes været forelagt arbejdsgruppen.

På baggrund af de overvejelser, der er kommet til udtryk i de her nævnte redegørelser og den ovenfor nævnte betænkning om reumatologien inden for sygehusvæsenet, har arbejdsgruppen fundet, at behovet for læger med speciallægeuddannelse i bevægeapparatets sygdomme bedst tilgodeses ved at indpasse specialets uddannelse som et intern-medicinsk grenspeciale, idet den brede reumatologiske uddannelse med vægt på rehabiliteringsfunktionerne indpasses i det af Dansk selskab for intern medicin foreslåede grenspeciale: medicinsk reumatologi. Arbejdsgruppen finder det vigtigt at fastslå, at der på denne måde ikke skabes baggrund for at lave både et snævert immunologisk-reumatologisk intern medicinsk grenspeciale og et fysiurgisk speciale til varetagelse af patienter med lidelser i bevægeapparatet. En væsentlig grund hertil er, at det ikke er muligt at sætte en skarp grænse mellem de patientgrupper, der i givet fald skulle henføres til hvert af de to specialer.

Forslag til fremtidig reumatologisk speciallægeuddannelse

På baggrund af de ovenfor anførte betragtninger foreslår arbejdsgruppen, at specialet fysiurgi og rehabilitering i fremtiden betegnes som reumatologi og funktionelt og uddannelsesmæssigt indplaceres som et grenspeciale under intern medicin. Arbejdsgruppen har i denne forbindelse ikke haft vanskelighed ved at indplacere uddannelsen i det ovenfor nævnte forslag til den fremtidige speciallægeuddannelse i det intern-medicinske fagområde. I den der beskrevne model vil det være naturligt, at man som uddannelsessøgende efter gennemgået turnusuddannelse på 18 måneder går ind

i det såkaldte stadium II, den intern-medicinske skoling på 42 måneder.

Under den intern-medicinske skoling i uddannelsens stadium II bør der være mulighed for, at en del af ansættelsen på almen intern-medicinsk afdeling kan erstattes med ansættelse på fysiurgisk (reumatologisk) afdeling, såfremt ansættelsen finder sted på afdeling med sengeafsnit og hvis virksomhed ikke alene er begrænset til fysiurgisk rehabilitering.

Seks måneders ansættelse på et laboratorium kan indgå i uddannelsen på samme måde som for de øvrige intern-medicinske specialer.

Den intern-medicinske »kursusstilling« på 24 måneder vil være velegnet til at give den kommende reumatolog en bred og relevant intern-medicinsk baggrund. I det omfang man på landsdelshospitalerne får mulighed for at opbygge sådanne kursusstillinger med lidt varierende indhold, foreslår arbejdsgruppen, at der også tilbydes et vist antal stillinger, hvori reumatologi/fysiurgi indgår med op til 6 måneder.

I det intern-medicinske uddannelsesforslag forudsættes det, at de uddannelsessøgende læger som hovedregel vil fortsætte uddannelsen efter kursus med mindst $1\frac{1}{2}$ års ansættelse som 1. reservelæge på en intern-medicinsk afdeling og derved opnå speciallægeanerkendelse i intern medicin. Arbejdsgruppen finder, at denne mulighed også kan være anvendelig for reumatologer, men er af den opfattelse, at det naturlige uddannelsesforløb snarere vil blive, at man efter kursusansættelsen går direkte videre i en gresspecialisering på reumatologiske afdelinger. Den videre uddannelse skal efter arbejdsgruppens opfattelse så bestå i 3 års 1. reservelægeansættelse, hvoraf højst 12 måneder kan finde sted på en afdeling med rene rehabiliteringsfunktioner. Seks måneder af den 3-årige gresspecialuddannelse kan opnås på en ortopædkirurgisk eller en neurologisk afdeling.

Den samlede formelle uddannelsestid for en (gren)specialist i reumatologi vil efter forslaget blive 8 år. Ved afslutningen af denne uddannelsestid skal speciallægen være i stand til at udøve selvstændig funktion med hensyn til alle reumatologiske problemstillinger og kunne afgrænse og vurdere lidelser i bevægeapparatet overfor andre intern-medicinske og neurologiske sygdomme. Ved afslutningen af uddannelsesperioden skal han have udtrakt rutine i alt arbejde på en reumatologisk

afdeling inklusive varetagelsen af ambulant vurdering og kontrol af patienter samt tilrettelæggelse og ledelse af den fysiske rehabilitering i samarbejde med terapiassistenter. Lægen skal i det hele taget have erhvervet sig en sådan kompetence, at han kan bestride en stilling som overlæge i sygehusvæsenet inden for reumatologien, idet arbejdsgruppen forudsætter, at de af sundhedsstyrelsens udvalg foreslåede reumatologiske enheder vil kunne bemandes med således uddannede reumatologiske speciallæger, hvorefter det i betænkningen frenhævede behov for ansættelse af både medicinske reumatologer og fysiurger ikke længere vil være til stede, idet de reumatologiske enheders behov for differentieret ekspertise vil kunne sikres ved ansættelse af speciallæger med forskellig hovedinteresse inden for reumatologien.

Teoretisk uddannelse

Arbejdsgruppen foreslår de teoretiske kurser udvidet til at omfatte mellem 200 og 240 kursustimer. Det teoretiske kursus skal dels bestå af obligatoriske, basale intern-medicinske kurser dels af obligatoriske kurser i fysisk rehabilitering, ergonomi m.v., suppleret med tilvalgskurser på samme måde som inden for andre specialer. En væsentlig del af kursusvirksomheden må kunne foregå i forbindelse med uddannelsen efter kursusansættelse.

Reumatologiens fremtidige arbejdsområde

Som nævnt ovenfor forudsætter arbejdsgruppen i sit forslag til ændret uddannelse, at specialet reumatologi kommer til at omfatte **alle** aspekter af bevægeapparatets sygdomme. Speciallægerne i reumatologi skal således være i stand til at varetage både de ambulante funktionsr inden for den såkaldte fysiurgia minor som den mere komplicerede, intern-medicinsk prægede diagnostik af sjældnere reumatologiske lidelser.

I store træk kan specialets arbejdsområde inddeles i følgende hovedområder:

- a. **Rheumatologia minor = fysiurgia minor:** Undersøgelse, diagnostik og behandling af hyppigt forekommende smertetilstande og funktionsforstyrrelser i bevægeapparatet, ofte belastningsbetingede og oftest med forbigående eller periodiske patologiske forandringer. Disse sygdomme repræsenterer et udpræget ambulant funktionsområde — i speciallægepraksis og sygehusambulatorier.

b. Rheumatologia major: Undersøgelse, diagnostik og behandling af større og oftest mere kroniske reumatiske lidelser med større eller mindre tilbøjelighed til vedvarende invalidering. Gruppen omfatter både degenerative ledsygdomme og inflammatoriske ledsygdomme med karakter af universel bindevævsinflammation, hvortil slutter sig sjældnere bindevævssygdomme, der ofte opfattes som immunsygdomme. Patienterne i denne sygdomsgruppe må ofte indlægges i sygehus, men repræsenterer tillige et stort behov for ambulant virksomhed, ofte gennem længere tid.

c. Rehabiliteringsfunktion: Fysisk rehabilitering er et væsentligt led i behandlingen af et stort antal patienter inden for ovennævnte grupper a. og b. Hertil kommer imidlertid en fysisk rehabiliteringsfunktion over for patienter, som primært er behandlet under andre specialer, men som har sekundære funktionsindskrænkninger i bevægeapparatet, f. eks. efter traumatisk beskadigelse.

Ad a: Med henblik på en kvalitativt tilfredsstillende varetagelse af rheumatologia minor = fysiurgia minor er det vigtigt, at speciallægen under sin uddannelse får et grundigt og tilstrækkeligt bredt indblik i dette områdes diagnostiske og terapeutiske muligheder såvel praktisk som teoretisk. Det er i denne forbindelse vigtigt, at den vordende speciallæge dels opnår erfaring i anvendelse af en rationel og relevant behandling inden for dette meget brogede sygdomsområde, og dels bliver i stand til at møde de differentialdiagnostiske problemer, der findes inden for området. Speciallægen skal desuden med baggrund i sin ergonomiske viden kunne vejlede patienter med hensyn til nødvendige ændringer i f. eks. arbejde og arbejdsstillinger.

Ad b: De funktioner, der falder ind under dette punkt, er helt overvejende identiske med de opgaver, der er beskrevet i betænkningen »Reumatologi indenfor sygehusvæsenet«, som henhørende under de amtskommunale reumatologiske enheder og landsdelsenhederne inden for speciale. Arbejdsgruppen lægger vægt på, at de reumatologiske speciallæger uddannes til at varetage disse opgaver ud fra et synspunkt om at opretholde kontinuitet i behandlingen af disse ofte meget langvarige eller kroniske sygdomme, samtidig med at disse reumatologiske opgaver ikke funktionelt

adskilles fra fagets øvrige opgaver. Man forudsætter således, at de amtskommunale reumatologiske enheder bemannes med to eller flere speciallæger, og at enhederne varetager funktioner inden for alle reumatologiens områder. Dette udelukker selvsagt ikke en vis interesse- og arbejdsdeling speciallægerne imellem.

Ad c: Fysisk rehabilitering af patienter inden for det reumatologiske speciale vil ofte med hensyn til undersøgelsesteknik og behandlingsmetoder være nært beslægtet med fysisk rehabilitering af patienter med sekundær funktionsindskrænkning af bevægeapparatet efter primære lidelser, som er behandlet i andre specialers regie. Derfor vil reumatologens arbejde på dette område ofte omfatte andre patientgrupper end de under a. og b. nævnte. Rehabiliteringsfunktionen over for navnlig ortopædkirurgiske og neurologiske patienter er en så væsentlig del af reumatologiens arbejdsområde, at speciallægen må have de nødvendige forudsætninger for at kunne indgå i det krævende samarbejde med andre specialer og terapiassistenter, ligesom han ikke mindst for disse patienters vedkommande må have en betydelig indsigt i de sociale bistandsordninger og kunne udnytte dette i nært samarbejde med sociale forvaltninger. En væsentlig del af denne rehabiliteringsfunktion vil også i fremtiden finde sted ambulant med nær tilknytning til de reumatologiske behandlingsafsnit.

Arbejdsgruppen lægger vægt på, at speciallægeuddannelsen tilrettelægges således, at den enkelte speciallæge vil være i stand til både at fungere som speciallæge i en sygehusafdeling og som selvstændigt fungerende speciallæge. Man lægger ligeledes vægt på, at der sker den størst mulige integration af reumatologiens funktioner, og man anbefaler derfor, at en væsentlig del af den ambulante funktion, både hvad angår fysiurgia minor og rehabilitering, finder sted på eller i et nært samarbejde med de reumatologiske specialafdelingers behandlingsafsnit.

Sammenfatning

Arbejdsgruppen har på baggrund af foreliggende redegørelser og betænkninger om fysiurgia og reumatologi som fag inden for sundhedsvæsenet foreslået, at de diagnostiske og behandlingsmæssige funktioner inden for bevægeapparatets medicinske sygdomme og de dertil knyttede fysiske rehabiliteringsfunktio-

ner i fremtiden varetages, af speciallæger uddannet i reumatologi som grenspeciale under den interne medicin. Uddannelsen foreslås tilrettelagt i overensstemmelse med den af Dansk selskab for intern medicin og speciallægekommissionen udarbejdede betænkning om den fremtidige speciallægeuddannelse i det intern-medicinske fagområde. Dette betyder, at man foreslår en samlet uddannelse på i alt 8 år, som fører frem til speciallægeanerkendelse på § 14-niveau, dvs. efter 3 års 1. reservelægetid.

Arbejdsgruppen foreslår, at betegnelsen fysiurgi og rehabilitering udgår, og at specialets navn i fremtiden bliver reumatologi. Man lægger vægt på specialets placering som intern-medicinsk grenspeciale og på, at specialet får hele reumatologien som arbejdsområde. Man tager afstand fra en opsplitning af bevægeapparatets medicinske sygdomme på flere specialer og understreger, at et rent rehabiliteringsspeciale ikke vil kunne fungere tilfredss illende

Speciallægeuddannelse

samfundsmedicin

INDHOLD

	side
Kapitel 1	INDLEDNING 263
1.1	Arbejdsgruppens nedsættelse, sammensætning og kommissorium 263
1.2	Resumé og konklusion 263
Kapitel 2	DET SAMFUNDSMEDICINSKE FAGOMRÅDE 266
2.1	Indledning 266
2.2	Det profylaktiske arbejde 267
2.3	Det socialmedicinske lægearbejde 267
Kapitel 3	SAMFUNDSMEDICINSKE ARBEJDSOMRÅDER 269
3.1	Centraladministrationen og embedslægevæsenet 269
3.1.1	Sundhedsstyrelsen 269
3.1.2	Embedslægevæsenet 271
3.1.2.1	Embedslægevæsenets arbejdsopgaver 271
3.1.2.2	Embedslægevæsenets arbejdsmetoder 271
3.1.2.3	Udviklingstendenser for embedslægevæsenet 272
3.1.2.4	Uddannelse af embedslæger 272
3.2	Arbejdsmedicin 273
3.2.1	Diagnostisk arbejde 273
3.2.2	Profylaktisk arbejde 274
3.2.3	Behandlingsopgaver 274
3.2.4	Organisation og udviklingstendenser inden for arbejdsmedicin 274
3.2.4.1	Arbejdsmedicinske klinikker 274
3.2.4.2	Arbejdslægerne ved arbejdstilsynet 275
3.2.4.3	Bedriftslæger 275
3.2.4.4	Udbygningen inden for de arbejdsmedicinske funktioner 275
3.2.4.5	Arbejdsmedicinske klinikker og ambulatorier 277
3.2.4.6	Bedriftssundhedstjenesten 277
3.2.4.7	Arbejdsmedicinske lægestillinger og behovet for arbejdsmedicinske læger 278
3.2.5	Uddannelsen i arbejdsmedicin 278
3.3	Individrettet profylakse 279
3.3.1	Skolesundhedstjenesten 279
3.3.1.1	Skolesundhedstjenestens organisation 280
3.3.1.2	Skolelægernes hidtidige uddannelsesforhold 280
3.3.2	Lægevirksomhed ved andre institutioner for børn 280
3.3.3	Profylaktiske foranstaltninger over for voksne 281
3.3.3.1	Kriminalforsorgen 281
3.3.3.2	Forsvaret 281
3.4	Socialmedicinske funktioner 281
3.4.1	Uddannelsen i socialmedicin 282

Kapitel 4	FORHOLDENE I UDLANDET	283
4.1	Sverige	283
4.1.1	Speciallægeuddannelsen i arbejdsmedicin	283
4.1.2	Speciallægeuddannelsen i socialmedicin	283
4.1.3	Uddannelsen af bedriftslæger	283
4.1.4	Uddannelsen af embedslæger	284
4.2	Norge	284
4.2.1	Speciallægeuddannelsen i »attføringsmedisin«	284
4.2.2	Speciallægeuddannelsen i arbejdsmedicin	284
4.2.3	Uddannelsen af bedriftslæger	284
4.2.4	Uddannelsen af skolelæger	284
4.2.5	Uddannelsen af embedslæger	284
4.3	Finland	284
4.3.1	Speciallægeuddannelsen af bedriftslæger	285
4.3.2	Speciallægeuddannelsen i arbejdsmedicin	285
4.4	Vesttyskland	285
4.4.1	Speciallægeuddannelsen i arbejdsmedicin	285
4.5	Holland	286
4.6	Storbritannien	286
Kapitel 5	BEHOVET FOR FORMALISERET VIDEREUDDANNELSE I SAMFUNDSMEDICIN	287
Kapitel 6	FORSLAG TIL SPECIALLÆGEUDDANNELSE I SAMFUNDSMEDICIN	289
6.1	Generelle krav til speciallægeuddannelse	289
6.1.1	Indholdet i hoveduddannelsen	289
6.1.2	Den teoretiske videreuddannelse	290
6.1.3	Eksamen og evaluering	291
6.2	Andre uddannelser i samfundsmedicin	291
6.2.1	Uddannelsen af skolelæger	291
6.2.2	Uddannelsen af bedriftslæger	291
6.2.3	Uddannelsen i socialmedicin	292
6.3	Samfundsmedicinske uddannelsesstillinger	292
6.3.1	Sundhedsstyrelsen	292
6.3.2	Miljøstyrelsen	292
6.3.3	Direktoratet for arbejdstilsynet	293
6.3.4	Arbejdsmedicinske klinikker	293
6.3.5	Universiteterne	293
6.3.6	Klinisk socialmedicinske institutioner	293
6.3.7	Andre institutioner	293
6.3.8	Embedslægeinstitutionerne	294
6.4	Behovet for uddannelsesstillinger	294
6.5	Arbejdsgruppens forslag til overgangsordninger	295
6.5.1	Samfundsmedicin	295
6.5.2	Arbejdsmedicin	295
Kapitel 7	PLANLÆGNING OG STYRING AF UDDANNELSEN I SPECIALET SAMFUNDSMEDICIN	296
7.1	Uddannelsesudvalgets sammensætning	296
7.2	Kvalifikationsvurdering	296
7.3	Specialrepræsentanter	297
7.4	Planlægning af uddannelsen af skolelæger, bedriftslæger m.v.	297
7.5	Forslag til ændringer af bekendtgørelser	297

Kapitel 1:

INDLEDNING

1.1 Arbejdsgruppens nedsættelse, sammensætning og kommissorium

På speciallægekommissionens møde den 30.-31. maj 1974 besluttedes at nedsætte en arbejdsgruppe med den opgave at afgive indstilling til kommissionen om, hvorvidt der bør oprettes et speciale i samfundsmedicin, og i givet fald hvad et sådant speciale skal omfatte, hvilke uddannelseskrav der skal stilles, herunder hvilke uddannelsesstillinger, der er eller vil være egnede, og endelig hvilke stillingstyper, der bør beklædes af eventuelt kommende speciallæger i samfundsmedicin.

Baggrunden for speciallægekommissionens beslutning om at nedsætte et udvalg med den beskrevne opgave var de senere års diskussion om samfundsmedicinens fremtidige placering i sundhedsvæsenet samt en henvisning til speciallægekommissionen fra »koordinationsudvalget vedrørende en samfundsmedicinsk specialistuddannelse«. Dette udvalg bestod af medlemmer af bestyrelserne for Dansk Selskab for Samfundsmedicin, Dansk Selskab for Socialmedicin, Dansk Selskab for Industrimedisin, Embedslægeforeningen og Dansk Skolelægeforening. Koordinationsudvalget havde udarbejdet et forslag om etablering af en speciallægeuddannelse i samfundsmedicin indeholdende en beskrivelse af funktionsområdet for læger med samfundsmedicin som speciale, en afgrænsning af fagområdet, beskrivelse af uddannelsesforløb og forslag til en faglig supervision af dette.

Arbejdsgruppen nedsattes i juni 1974 og har holdt 7 møder, arbejdsgruppen bestod af: overlæge Jørgen Fog (formand), afdelingsleder, læge Erik Holst, embedslæge Nils Rosdahl, stud. med. N. P. Rothgardt, læge Jens Stokholm, ekspeditionssekretær Johs. Nehm (sekretær).

1.2. Resumé og konklusion

Efter indledningsafsnittet om arbejdsgruppens nedsættelse, sammensætning og kommissorium gennemgås i de følgende seks kapitler det samfundsmedicinske fagområde, nuværende samfundsmedicinske arbejdsområder, forholdene i udlandet, behovet for en formalisering af videreuddannelsen i samfundsmedicin, arbejdsgruppens forslag til speciallægeuddannelse i samfundsmedicin samt til planlægning og styring af uddannelsen.

1 kapitel 2 defineres de i snævreste forstand samfundsmedicinske funktioner som lægelige funktioner, der ikke primært er individcentreret, men koncentreret om sundhedsforholdene i samfundet eller dele heraf. 1 bredere forstand omfatter samfundsmedicinske funktioner tillige en række i overvejende grad profylaktiske opgaver over for enkeltpersoner. Som eksempler på læger, der udfører førstnævnte funktioner, anføres bl.a. embeds- og arbejds-læger, medens eksempelvis skole- og bedriftslæger placeres i det i bredere forstand samfundsmedicinske område. Som en tredje gruppe læger med arbejde af samfundsmedicinsk, men stærkt specialiseret karakter, der ofte er delt mellem forskning og servicefunktioner, nævnes læger tilknyttet f.eks. universitetsinstitutter for retsmedicin, hygiejne og socialmedicin eller andre institutter. Ethvert lægeligt speciale, herunder almen medicin, indeholder samfundsmedicinske elementer, men her er det normalt klinikerens opgave at sætte patienternes individuelle interesser i centrum for rådgivning, behandling og profylakse. Det profylaktiske og socialmedicinske arbejde i den kliniske sektor og de her afgivne vurderinger som forudsætning for besluttende myndigheders afgørelser omtales; med bistandslovens ikrafttræden den 1. april 1976 er

dette område undergivet en betydelig udvikling, hvis karakter på længere sigt vil afhænge af, i hvilken udstrækning særlige uddannelses-tilbud etableres.

I kapitel 3 gennemgås de samfundsmedicinske arbejds- og ansættelsesområder. Med glidende overgange grupperes disse i tre hovedområder: de generelt orienterede, koordinerende funktioner med sigte på en generel forbedring af sundhedstilstanden, den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats over for enkeltpersoner eller grupper samt socialmedicinsk virksomhed over for patienter og myndigheder.

Kapitel 4 belyser de samfundsmedicinske områder i udlandet på grundlag af indhentede oplysninger fra Sverige, Norge, Finland, Vesttyskland, Holland og Storbritannien. Inden for det samfundsmedicinske område er et eller flere specialer oprettet i alle de nævnte lande: i Sverige arbejdsmedicin og socialmedicin, i Norge »atfføringsmedisin« og arbejdsmedicin, i Finland arbejdsmedicin og bedriftslægeuddannelse, i Vesttyskland arbejdsmedicin, i Holland samfundsmedicin og socialmedicin og i Storbritannien samfundsmedicin. Uddannelseskrav og funktionsområder gennemgås for hvert land.

I kapitel 5 undersøges behovet for en formaliseret dansk videreuddannelse i samfundsmedicin. Der er en betydelig uensartethed i den uddannelsesmæssige baggrund hos læger, der udfører identisk arbejde på det samfundsmedicinske område. Manglen på en formaliseret videreuddannelse i arbejdsmedicin er antagelig en medvirkende grund til dette fags svage udbygning. De senere årtiers industrielle og teknologiske udvikling har gjort manglen på særligt uddannelse arbejdsmedicinere og bedriftslæger iøjnefaldende. Uddannelsen af embedslæger var i realiteten uændret fra embedslægeloven af 1914 indtil lov om embedslægeinstitutioner af 1974, da visse ændringer af uddannelsen blev indført. Samfundets behov for kvalificeret lægelig arbejdskraft på det samfundsmedicinske område er stigende, og det er væsentligt, at de ansættende myndigheder kan stille særlige kvalifikationskrav til en sådan arbejdskraft på grundlag af en klart struktureret og beskrevet uddannelse. Denne vil ligeledes bidrage til, at yngre læger kan opnå en relevant uddannelse i en tid, der er præget af manglende klinisk uddannelseskapacitet. Endelig er det erfaringen, at et lægeligt fagområde først får vægt i

det medicinske studium, når det etableres som et speciale. Arbejdsgruppen anser det herefter for en nødvendighed, at samfundsmedicin godkendes som et lægeligt speciale med formaliserede kliniske, praktiske og teoretiske uddannelseskrav. Inden for de samfundsmedicinske funktioner er det særlig aktuelt at udbygge uddannelsen i arbejdsmedicin, der bør etableres som et grenspeciale med uddannelsesforløb i stor udstrækning fælles med den øvrige samfundsmedicinske uddannelse. På længere sigt kan der blive behov for at opstille særlige uddannelseskrav til udførelsen af en række andre specialiserede funktioner som f.eks. administrativ medicin, præventiv medicin, socialmedicin, omgivelseshygijne, toksikologi, sundhedsøkonomi og -oplysning. Den foreslåede uddannelsesmodel giver mulighed for med sigte på disse grenspecialiserede funktioner at sammensætte en uddannelse, der kan vurderes i forbindelse med en konkret stillingsbesættelse, ligesom modellen tager hensyn til behovet for uddannelse på et mindre specialiseret niveau f.eks. inden for bedrifts- og skolesundhedstjeneste, for læger med anden hovedbeskæftigelse.

Kapitel 6 beskriver forslaget til en samfundsmedicinsk speciallægeuddannelse, dens struktur og de praktiske muligheder for at føre den ud i livet. Efter den for alle læger fælles 18 måneders turnusuddannelse påbegyndes hoveduddannelsens afsnit A, der omfatter 18 måneders klinisk uddannelse. Formålet med denne del af hoveduddannelsen er at sikre, at kommende speciallæger i samfundsmedicin har et almindeligt, bredt kendskab til det danske sundhedsvæsen. Afsnit B omfatter 3 års klinisk og teoretisk uddannelse. Som særligt krav til det arbejdsmedicinske grenspeciale skal afsnit B omfatte 12 måneders ansættelse på arbejdsmedicinsk klinik og 12 måneders ansættelse som arbejdslægeassistent eller heltidsansat bedriftslæge. For kommende embedslæger skal afsnit B indeholde 12 måneders heltidsansættelse som embedslægeassistent ved embedslægeinstitution. Den teoretiske uddannelse omfatter gennemgang af kursus i samfundsmedicin, i det væsentlige tilrettelagt efter de hidtidige retningslinjer, dvs. som delkurser med følgende emner: A. Administration, lovgivning og planlægning, B. Epidemiologi og statistik, C. Socialmedicin, D. Hygijne, E. Arbejdsmedicin og F. Retslægelige fag. Af disse er kursus i arbejdsmedicin et nyt forslag fra arbejdsgruppen. Det foreslås,

at fem af kurserne skal gennemgås som betingelse for speciallægeanerkendelse, og af disse skal kommende embedslæger have gennemgået kursus i retslægelige fag, mens kursus i arbejdsmedicin skal være obligatorisk for grenspecialister i arbejdsmedicin. Kursus skal kunne gennemgås over nogle år, men være afsluttet før det sidste år i hoveduddannelsen påbegyndes. Efter nærmere vurdering skal dele af den teoretiske uddannelse kunne gennemgås på udenlandske kurser, bl.a. ved Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. Eksamen foreslås erstattet med en løbende evaluering svarende til evalueringen under andre speciallægekurser. Eksisterende kortere kurser for skolelæger og bedriftslæger foreslås bevaret, og et kursus for socialmedicinske konsulenter foreslås etableret. Betingelser for optagelse på disse kurser skitseres, og antallet og karakteren af samfundsmedicinske uddannelsesstillinger samt behovet herfor gennemgås, ligesom nødvendige overgangsordninger foreslås.

I kapitel 7 afsluttes betænkningen med et forslag til planlægning og styring af uddannel-

sen. Som for andre specialer foreslås et kursusudvalg for den teoretiske uddannelse med tilknytning til specialistnævnet og med under- eller ad hoc-udvalg for uddannelserne til skolelæge, bedriftslæge og socialmedicinsk konsulent. Der foreslås etableret bedømmelsesudvalg ved siden af det eksisterende embedslægelige »§ 14-råd« til vurdering af kvalifikationerne hos ansøgere til ledende stillinger på de arbejdsmedicinske og socialmedicinske områder, og en tilsvarende form for kvalifikationsbedømmelse foreslås overvejet med hensyn til ansøgere til stillinger som skolelæge, bedriftslæge m.m. Som områder, hvorpå der ifølge lægelovens § 4, stk. 2 skal udpeges specialrepræsentanter til vejledning for specialistnævnet, peges på embedslægevæsenet, arbejdsmedicin og socialmedicin, evt. også skole- og bedriftssundhedstjenesten.

Betænkningen, der er godkendt på et møde i speciallægekommisionen den 7. juni 1977, afsluttes med forslag til ændringer af bekendtgørelser vedrørende uddannelseskrav til embedslæger, skolelæger og bedriftslæger.

Kapitel 2:

DET SAMFUNDSMEDICINSKE FAGOMRÅDE

2.1. Indledning

De lægelige funktioner, der kan betegnes som samfundsmedicin i snævreste forstand, er sådanne hvor den lægelige opgave ikke primært er individ-centreret, men koncentreret om en forbedring af sundhedsforholdene i samfundet eller dele heraf. Inden for det danske sundhedsvæsen er flertallet af læger, der har sådanne sundhedsfremmende og generelt sygdomsforebyggende opgaver* (profylakse) som hovedbeskæftigelse, ansat i embedslægevæsenet, i arbejdslægeinstitutionen, i centraladministrationen samt enkelte andre steder.

Til det samfundsmedicinske område i bredere forstand regnes dog også en række lægelige funktioner som overvejende er af profylaktisk karakter og rettet mod enkeltpersoner. Som eksempler på samfundsmedicinske funktioner, der i væsentlig grad beskæftiger sig med enkeltpersoner, kan nævnes skolelægevirksomhed og bedriftslægevirksomhed samt den socialmedicinske rådgivningsvirksomhed i amternes og kommunernes social- og sundhedsforvaltninger (jfr. tidligere revalidering, modrehjælp m.v.). De nævnte funktioner bestrides dels på deltid af læger, der har deres hovedbeskæftigelse enten i praksissektoren eller i sygehusvæsenet, dels af et ikke helt ringe antal fuldtidsbeskæftigede læger.

Desuden findes der inden for enkelte institutioner og institutter læger, hvis arbejde er af samfundsmedicinsk karakter, men hvor de enkelte funktioner er stærkt specialiserede. Aktiviteten er her ofte delt mellem forskningsprægede opgaver og servicefunktioner over for samfundet og eventuelt enkeltpersoner. Der tænkes på visse universitetsinstitutter (retsmedicin, hygiejne, socialmedicin) samt andre forsknings- og serviceinstitutioner som

Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, Dansk Sygehusinstitut og Socialforskningsinstituttet.

De samfundsmedicinske funktioner varetages imidlertid ikke udelukkende af de ovenfor nævnte lægegrupper. Ethvert lægeligt speciale, herunder almen medicin, indeholder samfundsmedicinske elementer og funktioner. Med udgangspunkt i den givne specialviden udøver lægerne en række rådgivningsfunktioner og iværksætter profylaktiske foranstaltninger både over for enkeltpersoner (patienter), særlige grupper med fælles helbredsproblemer (f.eks. diabetikere, syns- og hørehandicappede, trafikskadede osv.) og over for offentlige institutioner og politiske og administrative myndigheder.

Inden for visse specialer (f.eks. inden for psykiatrien og pædiatrien) er det karakteristisk, at enkelte af fagets udøvere næsten udelukkende koncentrerer sig om speciallets samfundsmedicinske funktioner, men i almindelighed udøves de samfundsmedicinske funktioner, der er karakteristiske for det enkelte speciale, i forbindelse med den normale kliniske virksomhed direkte over for patienten.

Det er den klinisk arbejdende læges opgave — også i dennes samfundsmedicinske funktion — at have patientens individuelle interesser i centrum for sin behandling, rådgivning og profylaktiske foranstaltninger. Kun i de tilfælde, hvor læger er forpligtede dertil i henhold til lovgivning eller lignende, skal disse interesser vige til fordel for samfundshensyn, typisk i kørekortsager.

For samfundsmedicineren, f.eks. embedslægen og arbejdslægen, er hovedopgaven af hensyn til almenheden at koncentrere sig om generelle og/eller gruppeorienterede sundhedsfremmende sygdomsforebyggende foran-

stakninger, der ofte vil opleves som generende for dem, der omfattes heraf. Som eksempler kan nævnes karantænesituationer, påbudte beskyttelsesforanstaltninger under arbejdet, forbud mod badning på grund af sundhedsrisici etc., etc.

Mellem de to yderpunkter befinder sig de læger, som især arbejder med individ-orienteret profylakse, typisk inden for skolesundhedstjenesten og bedriftssundhedstjenesten. I relationen individ kontra samfund og omgivelser er deres virksomhed i dag snarere præget af den »kliniske holdning«, dvs. interessen er koncentreret om individets; helbreds-situation i forhold til gruppens og om individets muligheder for at udfolde sig inden for givne sociale og fysiske rammer. Disse lægers reelle muligheder for at øve indflydelse på en omformning af sådanne rammer med henblik på at tilvejebringe et sundere miljø er endnu i vore dage ret begrænsede bl.a. af uddannelsesmæssige grunde.

2.2. Det profylaktiske arbejde

Det er karakteristisk for det danske sundhedsvæsens forebyggende virksomhed, at den individuelle profylakse i hovedsagen varetages af den alment praktiserende læge i modsætning til, hvad der er tilfældet i andre lande, som vi iøvrigt sammenligner os med. Dette har kunnet lade sig gøre, fordi Danmark har og længe har haft en veludviklet primær lægetjeneste. Den alment praktiserende læges uddannelse og nære kendskab til patienter og deres familier, normalt opbygget og vedligeholdt gennem lang tid, har sagligt set berettiget denne placering af de forebyggende opgaver. Man har således ikke, som f.eks. i England, opretholdt en særlig sygdomsforebyggende organisation bemandet med fuldtidsansatte, specielt uddannede læger med profylaktiske opgaver over for særlige grupper som f.eks. gravide, børn og ældre.

De profylaktiske opgaver, som varetages i almen praksis, er først og fremmest helbredsundersøgelser af gravide og spæd- og småbørn samt den overvejende del af børnevaccinationsprogrammet. Herudover har de alment praktiserende læger på deltidsbasis i vid udstrækning været knyttet til skolesundhedstjenesten og den indtil nu kun sparsomt udviklede bedriftssundhedstjeneste. Særligt inden for skolesundhedstjenesten er der i disse år en udvikling i gang, der medfører ansættelse af et stadigt større antal fuldtids-

ansatte skolelæger. Denne udvikling ses specielt i og omkring de større byer.

Da arbejdsmedicinen (arbejdslægeinstitutionen, arbejdsmedicinske klinikker og bedriftssundhedstjenesten) hidtil har været svagt udbygget, og da embedslægerne, som ligeledes principielt er profylaktisk arbejdende, også har været og stadig er pålagt en række andre opgaver, har det profylaktiske lægearbejde i Danmark **som selvstændig funktion** været svagt placeret i forhold til sundhedsvæsenets andre funktioner. Det er derfor ikke overraskende, at en række forebyggende aktiviteter er udgået fra de primært behandlingsrettede dele af praksis- og sygehussektoren.

2.3. Det socialmedicinske lægearbejde

Inden for samtlige kliniske specialer, og især i almen medicin, udgøres en stor del af arbejdet af socialmedicinske funktioner, dvs. sådanne der enten tager sigte på at afbøde — eventuelt helt hindre — at sygdomme eller defekter får sociale konsekvenser for den enkelte og dennes familie eller at forebygge sociale begivenheders skadelige indflydelse på sundheden. Det gøres bl.a. ved at lægen aktiverer samfundets forskellige støttetilbud. Inden for samtlige kliniske specialområder anerkendes den socialmedicinske forpligtelse, om end der både er variationer specialerne imellem med hensyn til omfanget af denne og en bred variation i den socialmedicinske aktivitet mellem de kliniske fags enkelte udøvere.

En række særligt interesserede læger har udviklet de socialmedicinske aspekter i deres speciale og mere eller mindre fuldstændigt forladt specialets sædvanlige kliniske arbejde til fordel for de socialmedicinske arbejdsområder. Hertil kommer at en del læger, der uden at være speciallæger eller alment praktiserende læger, har påtaget sig mere eller mindre specialiserede socialmedicinske opgaver enten som fuldtidsvirksomhed eller som den overvejende del af deres lægelige aktivitet.

Endelig ydes der fra læger ansat i sygehusvæsenet eller med hovedbeskæftigelse i almen praksis et stort antal arbejdstimer til socialmedicinsk rådgivning over for primærkommuner og amiskommuner i form af konsulentordninger.

Hovedopgaven for de i dette afsnit omtalte læger er at vurdere klienters eller patienters helbredsforhold med henblik på de beslut-

tende myndigheders endelige afgørelse vedrørende en række sociale ydelser, f.eks. tilkendelse af pension, tildeling af hjælpemidler, revalideringshjælp, kontanthjælp osv. Ud fra lægelige synspunkter skal der ved rådgivningen foretages en afvejning mellem hensynet til på den ene side visse samfundsforhold (f.eks. de økonomiske og arbejdsmarkeds-mæssige forhold) og på den anden side de individuelle forhold (helbredsmæssige, sociale, uddannelsesmæssige etc.) Hele dette arbejds-

område har efter bistandslovens ikrafttræden pr. 1 april 1976 undergået en betydelig udvikling, som på nuværende tidspunkt ikke er afsluttet. I den nærmeste fremtid vil en meget stor del af den lægelige bistand, der ydes i disse sager, hidrøre fra sygehusvæsen og praksissektoren, medens udviklingen på lidt længere sigt f.eks. med hensyn til fuldtids-ansættelse af læger i socialsektoren, bl.a. vil afhænge af i hvilken udstrækning der etableres særlige uddannelsesstilbud.

Kapitel 3:

SAMFUNDSMEDICINSKE ARBEJDSOMRÅDER

På baggrund af de i kapitel 2 beskrevne forhold kan man sammenfatte det samfundsmedicinske fagområde i Danmark i tre hovedområder, som der dog funktionsmæssigt er glidende overgange imellem:

- a) generelt orienterede funktioner af planlægende, koordinerende, rådgivende og kontrollerende karakter over for samfundsinstitutioner og/eller over for særlige befolkningsgrupper med sigte på en generel forbedring af sundhedsforholdene og sundhedstilstanden,
- b) sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende virksomhed direkte over for enkeltpersoner eller grupper i form af specifikke profylaktiske foranstaltninger, herunder rådgivning og sundhedsopdragelse,
- c) socialmedicinsk virksomhed over for patienter og klienter samt rådgivning i socialmedicinske spørgsmål over for f.eks. statslige og kommunale myndigheder.

I dette kapitel foretages en gennemgang af de samfundsmedicinske funktioner på baggrund af eksisterende ansættelsesområder for læger. Der gøres rede for:

- 1) sundhedsadministrative funktioner i centraladministrationen og embedslægevæsenet,
- 2) arbejdsmedicinske funktioner,
- 3) individorienteret profylakse,
- 4) socialmedicinske funktioner.

3.1. Centraladministrationen og embedslægevæsenet

Sundhedsstyrelsen, miljøstyrelsen og direktoratet for arbejdstilsynet er de eneste institutioner inden for centraladministrationen, som i

dag beskæftiger fuldtidsansatte læger i samfundsmedicinske funktioner.

I sundhedsstyrelsen er der, foruden medicinaldirektøren som skal være læge, fem lægelige chefstillinger samt fire fuldtids lægeassistenter. I miljøstyrelsen findes en lægelig chefstilling og en lægeassistentstilling. Forholdene i (direktoratet for arbejdstilsynet vil blive beskrevet senere.

I sundhedsstyrelsen er der foruden fuldtidsstillingerne 9 deltidsstillinger som lægeassistenter og et antal deltidsstillinger som konsulenter.

Arbejdet i alle de nævnte lægestillinger er af sanrundsmedicinsk karakter, og ansættelse i chefstillinger forudsætter samfundsmedicinsk uddannelse eller erfaring, men der er ikke formelle krav til uddannelse med henblik på de lægelige funktioner i centraladministrationen. De ansatte læger har hyppigst gennemgået embedslægekursus (kursus i samfundsmedicin) og har iøvrigt gennem ansættelse i underordnede stillinger i sundhedsstyrelsen, embedslægevæsenet eller på andre områder deltaget i en række samfundsmedicinske aktiviteter og derigennem opnået relevant erfaring.

I stillingerne i de to styrelser udøves bl.a. en række planlæggende funktioner i samarbejde med andre faggrupper, men de væsentligste opgaver er at yde rådgivning af sundhedsmæssig og miljømæssig karakter til andre centraladministrative organer, de kommunale myndigheder m.fl. Derudover administreres i begge styrelser forskellige sundhedsmæssige, uddannelsesmæssige og miljømæssige funktioner.

3.1.1. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsens ressortminister er inden-

rigsministeren og i lov nr. 182 af 23. juni 1932 om sundhedsvæsenets centralstyrelse angives sundhedsstyrelsens opgaver i § 2, stk. 1, således: »Sundhedsstyrelsen fører overtilsynet med sundheds- og sygeplejen — herunder indbefattet tandlæge-, jordemoder- og apotekervæsen — og er øverste rådgiver for det offentlige i alle forhold, der kræver lægekyn- dig eller apotekerkyndig indsigt. I denne egenskab skal styrelsen høres af centraladmi- nistrationens forskellige afdelinger i alle sager, hvis afgørelse af vedkommende ministerium skønnes at kræve sådan indsigt — budgetsager af denne art derunder indbefattet. Ligele- des skal sundhedsstyrelsen på begæring af de nævnte myndigheder afgive betænkninger i sager af den anførte art.«

Sundhedsstyrelsen skal desuden nøje følge sundhedsforholdene i landet, bl.a. gennem regelmæssig indsamling af forskellige medi- calstatistiske data, indberetninger og inspek- tioner ved embedslæger og visitatorer samt i denne sammenhæng »våge over sundhedslov- givningens efterlevelse« og henlede de rele- vante myndigheders opmærksomhed på even- tuelle overtrædelser og mangler. Styrelsen skal modtage henvendelser fra myndigheder og organisationer i sundhedsanliggender og , »når det findes fornødent« fremkomme med forslag, der er egnede til at forbedre sund- hedsforholdene, herunder også »foranstalte udbredt — ved skrifter eller foredrag — vejledninger med hensyn til særlige sundheds- foranstaltninger eller sygdomsforhold«.

Sundhedsstyrelsen fører det overordnede tilsyn med alle offentlige og private helbredel- ses- og forplejningsanstalter samt alle medi- calpersoner såsom læger, tandlæger, sygeple- jersker, jordemødre, terapiassistenter og de ved apotekervæsenet beskæftigede persona- legrupper og skal iøvrigt udtale sig om de faglige kvalifikationer hos ansøgere til leden- de lægestillinger i helbredelsesinstitutioner i henhold til lægelovens § 14.

Sundhedsstyrelsen skal høres og afgive erklæring over for indenrigsministeriet vedrø- rende sygehusplanlægning i amterne såvel den fysiske som den funktionsmæssige samt i tilfælde af væsentlige ombygninger eller ænd- ringe i eksisterende institutioner og deres funktion.

I sundhedsstyrelsen er de fagområder, som har lægelig chef, inddelt i følgende funktions- områder:

Sygehusvæsen (afdeling H)

Primær sundhedstjeneste, herunder ar- bejdsmedicin og socialmedicin (afdeling D)

Infektionssygdomsbekæmpelse, narkotika- problemer, tilsyn med medicinalpersoner og klagesager over disse (afdeling D)

Videreuddannelse af læger samt øvrige medicinalpersoners uddannelse bortset fra sygeplejersker og tandlæger (afdelingerne D, H og F)

Profylakse over for svangre, børn og unge, herunder jordemodervæsen, sygesikrings- spørgsmål og sundhedsoplysning. Desuden terapiassistenter forhold samt institutio- ner for børn og gamle (afdeling F)

Internationalt sundhedsvæsen, sundheds- væsenet i Grønland, sø- og luftfartsmedi- cin, trafikmedicin (kørekortsager) m.v. (af- deling E).

Almen hygiejne herunder bolighygiejne, ernæringsproblemer (afdeling C).

Det må bemærkes, at grænsedragningen mel- lem de forskellige funktionsområder ikke er skarp. De enkelte afdelinger samarbejder med alle sundhedsstyrelsens særlige sagkyndige rådgivere, embedslægevæsenet m.fl. Desuden samarbejdes der med flere ministerier, især indenrigsministeriet, socialministeriet, miljømi- nisteriet og arbejdsministeriet samt med de til disse ministerier knyttede styrelser og direk- torater.

Udviklingen inden for især den primære sundhedstjeneste og samarbejdet med den sociale sektor samt arbejdsmedicinen og be- driftssundhedstjenesten har i de senere år medført, at sundhedsstyrelsens rådgivningsar- bejde vedrørende disse områder og en række administrative funktioner på det uddannelses- mæssige og autorisationsmæssige område er stadigt voksende.

Det af indenrigsministeren nedsatte så- kaldte prioriteringsudvalg har i sin betænk- ning peget på en række områder såsom planlægning og ressourcefordeling i sundheds- sektoren, sundhedsfremmende og sygdomsfo- rebbyggende foranstaltninger, information og statistik vedrørende sundhedsforhold, som yderligere vil kunne medføre et øget behov for lægelig arbejdskraft med samfundsmedi-

cinsk ekspertise inden for centraladministrationen, fortrinsvis i sundhedsstyrelsen.

3.1.2. Embedslægevæsenet

På grundlag af den i 1964 nedsatte hygiejnekommissions betænkning nr. 590/1970 fremsatte indenrigsministeren den 30. januar 1973 forslag til lov om embedslægeinstitutioner m.v. Denne lov (lov nr. 381 af 13. juni 1973) danner sammen med indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 grundlaget for embedslægevæsenets fremtidige struktur og funktion.

Den ny lovgivning bestemmer, at der i hvert amt oprettes en statslig embedslægeinstitution med een eller normalt flere embedslæger, hvilket muliggør en vis specialisering og opgavefordeling med henblik på den bedst mulige varetagelse af de mangeartede opgaver der er henlagt til embedslægeinstitutionerne. De første embedslægeinstitutioner oprettedes 1. oktober 1974, og pr. 1. april 1977 er der oprettet institutioner i 7 amter og herudover fungerer Københavns kommunes stads-lægeembede i princippet som en embedslægeinstitution, men efter særlige regler.

I bemærkningerne til lovforslaget var det forudsat, at institutionerne skulle oprettes i løbet af en periode på 2-4 år efter lovens ikrafttræden, men embedslægeinstitutionernes oprettelse synes først at kunne være afsluttet omkring 1980-81.

3.1.2.1. EMBEDSLÆGEVÆSENETS ARBEJDSOPGAVER

Embedslægeinstitutionernes opgaver er kortfattet beskrevet i lovens paragraffer 4-6:

»§ 4. Embedslægeinstitutionen er rådgiver for statslige myndigheder samt amtskommunale og kommunale myndigheder i amtsråds kredsen i lægelige, hygiejniske, miljømæssige og socialmedicinske forhold.

§ 5. Embedslægeinstitutionen fører på sundhedsstyrelsens vegne tilsyn med den virksomhed, der udøves i amtsråds kredsen af apoteker, læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, terapiassistenter m.v.

§ 6. Embedslægeinstitutionen yder bistand til rets- og politimyndigheder i det omfang, indenrigsministeren efter aftale med justitsministeren fastsætter bestemmelser herom.

Stk. 2. Embedslægeinstitutionens læger

skal behandle de indsatte i arresthusene inden for arresthuskredsen, hvor der ikke er ansat arrest- eller fængselslæge eller fastsat anden særlig ordning.«

I henhold til lovens § 7 har indenrigsministeren fastsat nærmere regler for embedslægernes virksomhed i en bekendtgørelse, som er optaget som bilag til denne betænkning.

I bekendtgørelsen er embedslægernes opgaver beskrevet efter en faglig inddeling i retsmedicin, tilsyn med medicinalpersonale, miljømæssige og hygiejniske forhold, socialmedicinske forhold, m.v.

Efter arbejdets karakter kan disse opgaver inddeles på følgende måde:

- 1) Organisatoriske opgaver, f.eks. medicinalstaiistiske opgaver, planlægningsopgaver i forbindelse med kommunale og amtskommunale medicinske og sociale ordninger, miljøspørgsmål m.m.
- 2) Besigtigelsessager, f.eks. tilsyn med institutioner etc.
- 3) Erklæringssager, f.eks. spørgsmål om sundhedstilstand ved erhvervelse af kørekort, om avlingstidsbestemmelser samt visse opgaver på miljøområdet.
- 4) Sager, der er forbundet med undersøgelse af personer, f.eks. undersøgelse af sigtede eller ofre ved voldsforbrydelser og personundersøgelse i forbindelse med umyndiggørelsessager.
- 5) Undersøgelse af døde, medico-legale ligsyn, obduktioner og andre retslægelige opgaver.
- 6) Arresthuslægevirksomhed.
- 7) Veiereabekæmpelse.
- 8) Tilsynssager med medicinalpersoner.

3.1.2.2. EMBEDSLÆGEVÆSENETS ARBEJDSMETODER

I det oven for anførte er der kun givet en skitsemæssig beskrivelse af embedslægernes arbejdsopgaver. Et væsentligt træk ved langt den overvejende del af disse opgaver er kravet til samarbejdet med sundhedsvæsenets øvrige personalegrupper, administrative myndigheder, politikere, socialforvaltninger, tekniske forvaltninger, politi etc.

En række af embedslægernes opgaver løses i samarbejde med repræsentanter fra andre myndigheder såsom sundhedsstyrelsen, miljøstyrelsen, rets- og politivæsen, arbejdstilsynet, kommunernes tekniske forvaltninger etc.etc.

Herudover samarbejder embedslægerne med alkoholistforsorgen, kriminalforsorgen, amtsungdomscentre m.v. fortrinsvis om løsning af generelle opgaver, men i en vis udstrækning også om socialt særligt belastede enkeltpersoner.

Mange af de opgaver, der er henlagt til embedslægerne, stiller krav om samarbejdsevne og overblik over medicinske og sociale områder. Det gælder f.eks. embedslægernes deltagelse i visitationsudvalg efter den sociale bistandslovs § 83, stk. 1, deres rådgivning af amtsankenævnene og deres deltagelse i adaptionssamrådene.

I en række andre funktioner vedrørende kommunal og amtskommunal planlægning er den nødvendige forudsætning for arbejdet, at det udføres på grundlag epidemiologisk viden og erfaring, idet sådanne planlægningsopgaver ofte forudsætter et konkret kendskab til sygdoms- og sundhedsforhold i det pågældende område og generelt kendskab til, hvordan supplerende oplysninger kan indhentes.

Samtidig forudsætter det en kritisk holdning til det foreliggende talmateriale, ligesom det er en nødvendig forudsætning for deltagelse i planlægningsarbejdet, at embedslægen har et indgående kendskab til administrative — herunder sundhedsadministrative — mekanismer og metoder. Kendskab og evne til at anvende »cost/benefit/effectiveness« beregninger er af væsentlig betydning for at kunne rådgive de berørte myndigheder. Endvidere er det nødvendigt at have kendskab til de arbejdsmetoder, som den ikke-lægelige del af sundhedspersonalet benytter.

Pædagogisk aktivitet inden for sundhedsvæsenet med bistand fra embedslægen vil ofte kræve både formaliseret undervisning og oplysningsvirksomhed over for befolkningen, f.eks. gennem massemedierne.

Embedslægens arbejde fordrer en ret omfattende »paratviden« på en række områder. Det drejer sig i realiteten om forhold inden for alle medicinske fagområder, hvor en embedslæge afæskes aktuelle udtalelser. Denne viden må suppleres med kendskab til, hvor yderligere informationer kan indhentes.

3.1.2.3. UDVIKLINGSTENDENSER FOR EMBEDSLÆGEVÆSENET

Embedslægevæsenets nuværende situation er præget af den organisatoriske udvikling i forbindelse med oprettelse af embedslægeinstitutioner og den heraf følgende specialise-

ringstendens ligesom embedslægevæsenets vilkår også påvirkes af udvikling og reformer på andre områder.

Miljøreformen betød en væsentlig ændring af embedslægernes arbejdsområde. Antallet af miljøsager er gået noget ned, efterhånden som kommunernes miljøforvaltninger er blevet udbygget, men til gengæld synes sagernes kompleksitet at være øget og behovet for specialiseret viden bl.a. på det toksikologiske område er stigende.

Socialreformens konsekvenser for embedslægernes virksomhed kan ikke endeligt afgrænses på nuværende tidspunkt. Lovændringerne har medført et forøget antal opgaver, der næppe i overskuelig fremtid vil forsvinde eller blive overført til andre læger.

Inden for det medicinalstatistiske felt arbejder sundhedsstyrelsen i disse år med omlægninger og udvidelser, som også vil inddrage embedslægeinstitutionerne. Desuden kan der bl.a. på baggrund af prioriteringsudvalgets overvejelser forventes visse nye opgaver, men dette er endnu for uafklaret til, at man kan udtale sig om, hvilke ændringer dette vil medføre i den samlede arbejdsindsats.

På det retsmedicinske område vil opgavernes karakter formentlig være stort set uændrede i de kommende år, men ikrafttræden af en ny ligsynslov pr. 1. april 1977 tyder umiddelbart på en forøgelse af opgavernes antal og omfang. På noget længere sigt vil der kunne blive tale om en vis reduktion i de mere specielle opgaver vedrørende retspsykiatri og arrestlægevirksomhed.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en udbygning af embedslægevæsenet som et samfundsmedicinsk specialområde medfører, at embedslægerne ikke fremtidig bør bestride egentlig personrettede opgaver af diagnostisk og terapeutisk karakter. Der tænkes her på det nævnte arbejde ved arresthusene og en række af de retspsykiatriske undersøgelser. Disse funktioner vil ikke kunne tilgodeses tilstrækkeligt ved en specialiseret postgraduat uddannelse inden for de samfundsmedicinske fagområder. Opgaverne bør derfor overflyttes til klinisk arbejdende læger — for de nævnte eksemplers vedkommende bedst til henholdsvis alment praktiserende læger og særligt uddannede speciallæger i psykiatri.

3.1.2.4. UDDANNELSE AF EMBEDSLÆGER

Uddannelsen af embedslæger blev første gang fastlagt i forbindelse med vedtagelsen af loven

om embedslægevesenets ordning i 1914. På dette tidspunkt udkom den første kongelige anordning om eksamen for embedslæger, der senere ændredes i 1933, 1948, 1954 og 1973.

For at opnå stilling som embedslæge er det nu en forudsætning, at man har gennemgået kursus i samfundsmedicin, der normalt afholdes hvert andet år. Kurset har siden den seneste bekendtgørelses ikrafttræden været afholdt i 1974 og 1976. Undervisningen skal omfatte følgende 5 hovedområder:

- a) Administration, lovgivning og planlægning
- b) Epidemiologi og statistik
- c) Socialmedicin
- d) Hygiejne, herunder arbejdshygiejne, bolig-hygiejne, ernæringshygiejne, omgivelses-hygiejne m.v.
- e) Retslægelige fag, omfattende retsmedicin og retspsykiatri.

Kursets varighed er knapi 4 måneder, og det tilrettelægges som delkurser i de 5 fagområder. Kursus har hidtil været afholdt i København.

Til at forestå kursus nedsætter indenrigsministeren et nævn med bl.a. repræsentanter for sundhedsstyrelsen, miljøstyrelsen og socialstyrelsen, lægeforeningen og embedslægeforeningen, samt efter indstilling fra undervisningsministeren repræsentanter for højere uddannelsesinstitutioner inden for de fagområder, hvori der undervises på kursus.

Der afholdes skriftlig eller mundtlig eksamen med karaktergivning i henhold til undervisningsministeriets bestemmelser om karaktergivning ved de højere uddannelsesinstitutioner.

Udover krav om B-autorisation eller tilladelse til selvstændigt virke som læge og gennemgået kursus i samfundsmedicin er der ingen formaliserede krav for at opnå ansættelse som embedslæge, men de fleste af de nuværende embedslæger har en langvarig klinisk og praktisk samfundsmedicinsk uddannelse bag sig og et stort antal er speciallæger i eksisterende specialer.

På baggrund af de funktioner, som embedslæger skal varetage, kan man sammenfatte de følgende generelle krav til indholdet i en samfundsmedicinsk uddannelse for læger ansat i embedslægevesenet:

- 1) viden inden for fagområderne hygiejne, miljø, socialmedicin og retslægelige fag,

- 2) kendskab til og erfaring i administrative, epidemiologiske, statistiske og planlægningsmæssige procedurer,
- 3) samarbejdserfaring i tværfaglige team,
- 4) rutine i skriftlig og mundtlig sagsfremstilling, herunder også gerne pædagogisk erfaring,
- 5) erfaring i videnskabelig behandling af især epidemiologiske problemer.

Opfyldelsen af disse uddannelseskrav forudsætter såvel teoretisk som praktisk uddannelse.

3.2. Arbejdsmedicin

Arbejdsmedicinen omfatter overvejende forebyggelse og diagnostik af sygdomme og andre sundhedsforringende påvirkninger, der alene eller i overvejende grad er udløst af faktorer i arbejdsmiljøet. Arbejdsmedicin er således et ætiologisk speciale sammenholdt af den eller de omstændigheder i arbejdsmiljøet, hvorunder sygdomme opstår eller sundhedstilstanden forringes. Arbejdsmedicinens funktioner griber således ind over de fleste organspecialers og psykiatriens områder.

Traditionelt har arbejdsmedicinen beskæftiget sig med

- diagnostik af sygdomme eller forstadier til sygdomme, der er udløst af specifikke, velafgrænsede faktorer i arbejdsmiljøet,
- forebyggelse af disse sygdomme eller forstadier dertil og
- behandling af arbejdsbetingede sygdomme.

Arbejdsmedicinens område udvides imidlertid i disse år til også at omfatte arbejdsmiljøets samlede påvirkninger af sundheden, såvel den somatiske som den psykiske.

3.2.1. Diagnostisk arbejde

Det diagnostiske arbejde inden for arbejdsmedicinen bygger i det konkrete tilfælde på kendskab til sammenhængen mellem dosis (påvirkning) på den ene side og respons (virkning) på den anden side. I denne forbindelse er det nødvendigt, at der foretages en såvel kvantitativ som kvalitativ vurdering af arbejdsmiljøet i form af en teknisk-hygienisk arbejdspladsundersøgelse. Dette er samtidig en væsentlig forudsætning for at gennemføre den rationelle sygdomsforebyggende indsats, der er arbejdsmedicinens egentlige mål.

I arbejdsmedicinen findes en række specielle diagnostiske arbejdsmetoder ligesom inden for andre diagnostiske arbejdsfelter. De for arbejdsmedicinen mere specifikke diagnostiske »redskabsfag« er toksikologi, epidemiologi, teknisk arbejdshygiejne samt særligt kendskab til arbejdsmiljø, erhvervsstruktur og produktionsprocesser.

3.2.2. *Profylaktisk arbejde*

Sygdomme og sundhedsforringende påvirkninger, der alene eller i overvejende grad er udiøst af faktorer i arbejdsmiljøet, lader sig ofte afhjælpe ved en forebyggende indsats, da den eller de udlosende faktorer ofte vil være tilgængelige for påvirkning. Traditionelt har forebyggelsen derfor været dominerende inden for arbejdsmedicinen.

Ligesom de diagnostiske arbejdsmedicinske funktioner kan også den forebyggende indsats kun gennemføres ved et samarbejde mellem mange forskellige lægelige specialer og med forskellige teknikere og andre faggrupper.

Det profylaktiske arbejde inden for arbejdsmedicinen omfatter en række vidt forskellige områder som f.eks. individuelle eller grupperettede forebyggende foranstaltninger, udfærdigelse af regler for et arbejdes udførelse, gennemførelse af risikoorienterede helbredsundersøgelser, kontrolundersøgelser af arbejdsmiljøet, forbud mod anvendelse af bestemte stoffer og produktionsmetoder inden for særlige brancher osv. I alle tilfælde kan det forebyggende arbejde iværksættes på grundlag af en diagnostisk indsats over for enkeltpersoner, gruppeundersøgelser, en generel vurdering af arbejdsmiljøet, epidemiologiske undersøgelser eller erfaringer ved rådgivningsvirksomhed etc.

De arbejdsmedicinske profylaktiske opgaver stiller specielle krav til faglig viden og uddannelse, selvom arbejdsmedicinsk profylakse over for enkeltpersoner og grupper ikke sjældent vil kunne varetages af alment praktiserende læger med supplerende uddannelse. Mere generelle profylaktiske indsatser eller særligt komplicerede opgaver, der stiller mere vidtgående krav til ekspertviden og adgang til højt specialiseret undersøgelsesapparat, teknisk bistand m.v. vil normalt kræve arbejdsmedicinsk sagkundskab på speciallægeniveau og mulighed for og erfaring i samarbejde med andre lægelige specialer og teknikere.

3.2.3. *Behandlingsopgaver*

Arbejdsmedicinen omfatter i et begrænset omfang også sygdomsbehandling i mere traditionel forstand, selvom behandlingen af arbejdsbetingede sygdomme i Danmark som hovedprincip er henlagt til enten de alment praktiserende læger, de praktiserende speciallæger eller sygehusvæsenet, og arbejdsmedicinerens opgave er i langt de fleste tilfælde begrænset til rådgivning over for disse.

Denne tradition er tildels begrundet i den eksisterende personaleknappehed inden for arbejdsmedicinen, men selvom tilgangen til faget øges i de kommende år, vil det af andre mere principielle grunde ikke være ønskeligt med væsentlige forandringer i denne opdeling af funktionerne i sundhedsvæsenet.

3.2.4. *Organisation og udviklingstendenser inden for arbejdsmedicinen*

Arbejdsmedicinsk aktivitet udøves i dag først og fremmest ved de arbejdsmedicinske klinikker, af arbejdslægerne ved arbejdstilsynet og af bedriftslægerne.

3.2.4.1. ARBEJDSMEDICINSKE KLINIKKER

Arbejdsmedicinske klinikker findes i øjeblikket ved Rigshospitalet og på Marselisborg hospital i Århus, og en klinik er under opbygning i Odense. Klinikken i Århus er nyetableret, hvorfor kun den arbejdsmedicinske klinik på Rigshospitalet skal omtales nærmere.

Klinikken fungerer som et ambulatorium, hvortil patienter kan henvises med henblik på diagnostik af en eventuel arbejdsbetinget sygdom. Hovedsageligt henvises enkeltpersoner, men hvor der kan være tale om særlige påvirkninger (f.eks. bly, kviksølv, asbest og lignende), eller hvor nye erkendte påvirkninger ønskes undersøgt, modtages tillige større persongrupper. De sygdomme eller sygdomsgrupper, som klinikken især har taget sig af, falder inden for følgende hovedgrupper:

- arbejdsbetingede sygdomme,
- andre specifikke og uspecifikke organotoksiske påvirkninger,
- arbejdsbetingede hudsygdomme.

Klinikken får kun sjældent henvist patienter med sygdomme i bevægeapparatet.

Hovedfunktionen er af differentialdiagnostisk karakter samt anvisninger på forebyggende foranstaltninger. I et vist omfang foretages undersøgelser med henblik på erklærin-

ger i forsikringssager og vejledning ved erhvervsvalg, erhvervsskifte og rehabilitering. Kun i et begrænset omfang ydes egentlig behandling.

Klinikken har en betydelig rådgivende virksomhed først og fremmest i toksikologiske spørgsmål over for såvel de henvisende instanser som erhvervslivet i bred almindelighed. En særlig aktivitet i denne forbindelse er klinikens giftinformationscentral, der indsamler oplysninger om alle tekniske produkters indhold og giftighed.

Klinikken samarbejder i særlig grad med specialerne lungemedicin, røntgendagnostik, otologi, fysiurgi, neuromedicin og dermatologi-

Klinikken er for tiden bemandet med 1 overlæge, 1 1. reservelæge, 1 klinisk assistent og 2 konsulenter på deltid (1 arbejds-læge og 1 hudlæge). Til giftinformationscentralen, der er under opbygning, er der knyttet 2 lægeuddannede konsulenter på deltid.

3.2.4.2. ARBEJDSLÆGERNE VED ARBEJDSLILSYNET

Arbejds-lægerne arbejder er omtalt i lov om almindelig arbejderbeskyttelse og består i forebyggelse og bekæmpelse af sundhedsfarer samt sanitære ulemper og i vurdering af almenhygiejniske problemer. Arbejdet omfatter således:

- 1) Større undersøgelser inden for visse fag af forekomsten af bestemte erhvervssygdomme, som f.eks. støvlungelidelser, blyforgiftninger, opløsningsmiddelforgiftninger, arbejdsbetingede hudlidelser m.v.
- 2) Periodiske undersøgelser af arbejdere der arbejder under særlige forhold, som rummer sundhedsfare.
- 3) Bedømmelse af forholdene på enkeltvirksomheder i form af lægelig bistand til tilsynskredsene.
- 4) Bistand ved direktoratet for arbejdstilsynets behandling af sager med arbejdsmedicinsk og teknisk-hygiejnisk sagsindhold.
- 5) Deltagelse i direktoratets regeludarbejdelser.

Der er til arbejdstilsynet fast knyttet een overlæge ved direktoratet for arbejdstilsynet og 14 deltidsansatte arbejds-læger. 2 af de 14 deltidsansatte arbejds-læger er konsulenter i henholdsvis arbejdsdermatologiske sygdomme og ergonomiske spørgsmål. De øvrige er knyttet til de enkelte tilsynskredse, som er organiseret på amtsbasis

3.2.4.3. BEDRIFTLÆGER

Bedriftslægerne arbejder er indtil i dag reguleret ved en standardkontrakt for bedriftslæger udarbejdet af Den almindelige danske lægeforening. Bedriftslægen er konsulent for virksomheden i alle lægelige spørgsmål og skal følge og bedømme de ansattes sygdomsforhold. I de tilfælde, hvor sygdommen skyldes arbejdsforholdene eller kan få betydning for arbejdets udførelse, skal bedriftslægen underrette virksomhedens ledelse og den af personalet valgte tillidsrepræsentant herom.

Bedriftslægen kan foretage bedømmelse af personalets helbredstilstand i forbindelse med ansættelse, placering, forfremmelse, langvarige eller hyppige sygeperioder samt ved afskedigelser.

Denne bedømmelse foretages på grundlag af indhentede lægeattester samt eventuelt supplerende undersøgelse foretaget af bedriftslæge. Endvidere kan bedriftslægen foretage undersøgelser med henblik på foreliggende arbejdsrisici, give anvisninger i forbindelse med alvorlige smitsomme sygdomme samt foretage vaccinationer, når disse betales særskilt af virksomheden.

Bedriftslægen må ikke foretage behandling i sygdomstilfælde. Dog kan bedriftslægen yde umiddelbar nødvendig lægehjælp ved ulykkestilfælde og pludseligt opstået eller forværret sygdom, såfremt han på det pågældende tidspunkt af anden grund er til stede i virksomheden.

Der er i øjeblikket mellem 70 og 80 bedriftslæger, hvoraf kun 5 er heltidsansatte. Hovedparten er ansat i stillinger med 14 timers ugentlig arbejdsforpligtelse.

3.2.4.4. UDBYGNINGEN INDEN FOR DE ARBEJDSMEDICINSKE FUNKTIONER

Med vedtagelsen af arbejdsmiljøloven, der træder i kraft den 1. juli 1977, er der lagt op til en betydelig udvidelse af den arbejdsmedicinske indsats i Danmark som led i en generel indsats for at forbedre arbejdsmiljøet og forebygge arbejdsbetingede sygdomme og sundhedsforringende påvirkninger.

I efteråret 1975 nedsatte arbejdsministeren en embedsmandsgruppe med repræsentanter fra arbejdsministeriet, arbejdstilsynet, indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen, finans og administrationsdepartementet, socialstyrelsen og de kommunale organisationer. Gruppens opgave har været at udarbejde forslag til et arbejdsmiljøinstitut, reorganisere

ring af arbejdslægeinstitutionen, udbygning af de arbejdsmedicinske klinikker og etablering af en bedriftssundhedstjeneste. Grundlaget for dette arbejde har især været »Betænkning om en dansk bedriftssundhedstjeneste« udarbejdet af et udvalg bestående af blandt andet Den almindelige danske lægeforening og arbejdsmarkedets hovedorganisationer samt den 4. rapport fra arbejdsmiljøgruppen af 1972.

Der er i de foreliggende betænkninger og rapporter stor enighed om arten og tildels omfanget af de arbejdsmedicinske opgaver. Der er ligeledes enighed om nødvendigheden af en betydelig udbygning af den specialiserede arbejdsmedicinske ekspertbistand på centralt og amtskommunalt plan i form af styrkelse af Direktoratet for arbejdstilsynets arbejdsmedicinske enhed, etablering af et arbejdsmiljøinstitut med et stærkt arbejdsmedicinsk islæt, udbygning af arbejdsmedicinske ambulatorier i amterne og klinikker ved universitets-sygehusene samt udvidelse af arbejdslægeinstitutionen i de amtslige tilsynskredse. Ligeledes er der enighed om, at de enkelte virksomheder skal have bistand af en eller anden form for bedriftssundhedstjeneste. Den organisatoriske ramme for denne bedriftssundhedstjeneste er derimod endnu ikke fuldt afklaret. Det endelige mål er, at alle såvel offentligt som privat ansatte (1,8 mill. personer) kan nyde godt af en forebyggende bedriftssundhedstjeneste opbygget i henhold til arbejdsmiljølovens § 13. Arbejdsministeren kan i henhold til denne paragraf pålægge virksomheder og særlige brancher at etablere en bedriftssundhedstjeneste efter bestemte retningslinier. § 13 skal sættes i kraft ved en særlig lov.

På denne baggrund forventes der en betydelig udvikling inden for den arbejdsmedicinske indsats, hvilket kan illustreres af de forventede personaleudvidelser. 1 arbejdstilsynet skal der ske en udvidelse, således at den lægelige bemanding bliver på een overlæge og 2 fuldtidsansatte lægeassistenter. På arbejdsmiljøinstituttet forventes ansat en institutchef (en læge eller en arbejdshygiejniker), 2 afdelingschefstillinger med ansvar for henholdsvis arbejdsmedicin og arbejdsfysiologi og dertil 4-6 underordnede lægestillinger. Desuden påtænkes det på lidt længere sigt at udvide bemandingen i arbejdstilsynskredsene således, at der hvert sted ansættes 1 fuldtidsarbejdslæge, og at der til nogle af disse knyttes et antal underordnede læger.

Til disse udvidelser må lægges, at man ved

de hygiejniske og socialmedicinske institutter kan påregne en udbygning med ansættelse af arbejdsmedicinere såvel i seniorforskerstillinger som i uddannelsesstillinger.

De opgaver, der skal varetages i de kommende år inden for de arbejdsmedicinske funktioner kan resumeres således:

- 1) Rådgivning og vejledning i arbejdsmedicinske og til dels arbejdshygiejniske spørgsmål over for virksomheder, bedriftssundhedstjenester (sikkerhedsorganisationer), amtsygehusvæsenere, lokale faglige organisationer, den primære sundhedstjeneste og offentlige myndigheder som miljømyndigheder, embedslægeinstitutioner, arbejdsformidlingen m. fl.
- 2) Tilsyn med at arbejdsmiljølovgivningens bestemmelser overholdes i sager, der har sundhedsmæssig betydning. Der kan være tale om almindelige kontrolundersøgelser i forbindelse med specielle arbejdsprocesser eller brancher, der ønskes undersøgt og bedømt eller undersøgelser foranlediget af konkrete henvendelser og anmeldelser.
- 3) Arbejdsmiljølovens § 63 giver arbejdsministeren udvidede muligheder for at fastsætte regler for lægeundersøgelser af de ansatte og for regelmæssige arbejdsmedicinske, arbejdshygiejniske og andre undersøgelser af arbejdspladsforhold. En betydelig del af disse undersøgelser vil blive en opgave for bedriftssundhedstjenesten. Det gælder f. eks. undersøgelser ved nyansættelse og periodiske helbredsundersøgelser. Undersøgelser af mere specielle forhold, hvor der er tale om særlige arbejdsrisici, og undersøgelser med et forskningssigte vil dog ofte kræve en specialiseret arbejdsmedicinsk og arbejdshygiejnisk sagkundskab.
- 4) Indsamling af materiale, anmeldelser og rapporter fra bedriftssundhedstjenesten i amtet. Bearbejdning af det indsamlede materiale er en opgave som bør varetages både lokalt i amtet og centralt. Den lokale bearbejdning har især det formål at udnytte lokal viden om forholdene og sikre en hurtig indskriden over for utilfredsstillende forhold.
- 5) Attestbedømmelse, lokal behandling af ulykkesforsikringsager, lærlingeattester og lignende.
- 6) Kliniske arbejdsmedicinske undersøgelser af enkeltpersoner eller persongrupper,

hvor der stilles særlige krav til undersøgelsesapparatur og specialviden. Sådanne undersøgelser kræver ofte herudover tekniske og hygiejniske undersøgelser og mulighed for bedømmelse af arbejdspladsforholdene.

- 7) Undervisning — først og fremmest undervisning af personale i sikkerhedsorganisationerne, men også den praktiske arbejdsmedicinske uddannelse af læger, sygeplejersker m.v., som i et vist omfang kan varetages på amtsplan.
- 8) Planlægning og koordination af den arbejdsmedicinske indsats på amtsplan, herunder deltagelse i lokalt udvalgsarbejde.

Da den arbejdsmedicinske indsats er en integreret del af den samlede arbejdsmiljøindsats, er det vigtigt, at den arbejdsmedicinske indsats indgår i den samlede lokale planlægning af arbejdsmiljøarbejdet. Da der ligeledes indgår arbejdsmedicinske elementer i sundhedsvæsenets samlede arbejde bør den lokale planlægning koordineres hermed.

- 9) Informationsarbejde over for organer beskæftiget med erhvervsvejledning, herunder også information til skolelærerne, der i henhold til arbejdsmiljølovens § 64 vil kunne forpligtes til at afgive erklæringer om helbredsforholdene for elever i afgangsklasser med henblik på deres rette indplacering på arbejdsmarkedet.

3.2.4.5. ARBEJDSMEDICINSKE KLINIKKER OG AMBULATORIER

I henhold til sygehusloven er der i efteråret 1976 udarbejdet et forslag til vejledende retningslinier for etablering af arbejdsmedicinske klinikker og ambulatorier. Planerne omfatter 3-4 arbejdsmedicinske klinikker med selvstændig chef ved universitetssygehuse i København, Århus og Odense og 11 arbejdsmedicinske ambulatorier ved amternes sygehuse lagt i tilslutning til eksisterende afdelinger med den pågældende afdelingschef som chef for ambulatoriet. Arbejdslægen i det pågældende amt foreslås knyttet til ambulatoriet i deltidsfunktion.

De opgaver som i særlig grad ventes varetaget af disse klinikker og ambulatorier er følgende:

- 1) Diagnostisk arbejde i form af arbejdsmedicinske vurderinger af enkeltpersoners sygehistorie og helbredsproblemer eller ved epidemiologisk udredning af sammenhæng

mellem symptomer og undersøgelsesresultater hos en gruppe arbejdere og deres arbejdsmiljø først og fremmest i tilfælde, hvor der er tale om nye arbejdsmedicinske problemer eller andre særlige forhold.

- 2) Rutineundersøgelser af arbejdsmiljøets påvirkninger af enkeltindivider eller grupper i virksomheder, hvor særlige risici gør sig gældende (eksempelvis silikosekontrol, blykontrol, kviksølvkontrol etc.).
- 3) Rådgivning i arbejdsmedicinske og arbejds-hygiejniske spørgsmål over for alment praktiserende læger, bedriftssundhedstjenester, sikkerhedstjenester, andre sygehusafdelinger m. fl.
- 4) Uddannelse og forskning som fortrinsvis forudsættes henlagt til de arbejdsmedicinske klinikker ved universitetssygehuse, jfr. nedenfor.
- 5) Andre opgaver i takt med udbygning af fagområdet. Således kunne amtskommunens arbejdsmedicinske service tillægges bedriftssundhedstjenesteopgaver i overensstemmelse med de gældende principper herfor over for amtskommunens og kommunernes egne ansatte og institutioner.

3.2.4.6. BEDRIFTSSUNDHEDSTJENESTEN

Arbejdsmiljølovens § 13 bestemmer, at en bedriftssundhedstjeneste skal sættes i kraft ved særlig lov, men hverken denne lovgivning eller bedriftssundhedstjenestens fremtidige organisation er endnu endeligt fastlagt. Som følge heraf kan behovet for læger ikke opgøres endeligt, men i foreliggende forslag regnes der med fra ca. 100 til 600 beregnet som heltidsbeskæftigede bedriftslæger i en fuldt udbygget bedriftssundhedstjeneste. Disse tal betegner det samlede antal lægearbejdstimer omsat til årsværk, men langt flere læger vil komme til at deltage i bedriftssundhedstjenestearbejde, fordi en meget stor del af landets små virksomheder kun vil have behov for deltidsansatte bedriftslæger.

De opgaver, som bedriftssundhedstjenesten forventes at skulle tage sig af, er der i hovedtrækkene enighed om i det foreliggende forslag. De kan resumeres som følger:

- 1) At forebygge arbejdsmiljøskader.
- 2) At udbedre allerede opståede arbejdsmiljøskader enten alene eller i samarbejde med den primære sundhedstjeneste og f.eks. de arbejdsmedicinske klinikker eller ambulatorier.

Dette kan ske gennem deltagelse i og rådgivning ved

- a) planlægning af nye produktioner og ændringer af allerede eksisterende. Hertil forudsættes kendskab til bl. a. arbejdshygiejne, ergonomi, sygdoms- og forgiftningslære,
- b) arbejdshygiejniske målinger af f. eks. støv, røg, dampe og rumklimafaktorer i samarbejde med tekniske sagkyndige,
- c) indkøb af og kontrol med personligt beskyttelsesudstyr,
- d) beskrivelse af arbejdskravprofiler (gennem jobanalyser) til brug ved en hensigtsmæssig placering af de ansatte og dermed til brug for udformning og gennemførelse af
- e) helbredsundersøgelser ved ansættelse samt periodiske undersøgelser over for særligt udsatte grupper eller enkeltpersoner blandt ansatte i virksomheden. Hertil forudsættes bl. a. kendskab til arbejdsmedicin, arbejdsfysiologi, bevægeapparatets funktion, sanseapparatets fysiologi, psykologiske mekanismer, forgiftningstegn, almindelig sygdomslære og socialmedicin samt til almene principper for en hensigtsmæssig gennemførelse af helbredsundersøgelser,
- f) helbredsundersøgelser efter fravær på grund af sygdomme eller ulykkestilfælde med henblik på erhvervsmæssig revalidering og genoptræning samt iværksættelse heraf inden for virksomhedens egne rammer alene eller i samarbejde med andre institutioner,
- g) behandling af arbejdsulykker og akut sygdom på arbejdsstedet,
- h) behandling af arbejdsbetingede sygdomme i samarbejde med den offentlige sundheds- og socialtjeneste,
- i) undervisning og rådgivning af de ansatte i sundheds- og sikkerhedsmæssige forhold,
- j) udarbejdelse af ulykkes- og sygefraværstatistik med henblik på en oversigt over virksomhedens sundhedsmæssige situation,
- k) vurdering af den faglige udvikling inden for arbejdshygiejne og arbejdsmedicin, bl.a. med det formål at drage nytte af den for virksomheden relevante nye viden.

3.2.4.7. ARBEJDSMEDICINSKE LÆGESTILLINGER OG BEHOVET FOR ARBEJDSMEDICINSKE LÆGER

Der findes i øjeblikket 4 arbejdsmedicinske chefstillinger (1 ved arbejdstilsynet og 1 ved hver af de arbejdsmedicinske klinikker i henholdsvis København, Århus og Odense), ca. 20

deltidsstillinger på speciallægeniveau (arbejds-læger, konsulenter ved arbejdsmedicinske klinikker og i sikringsstyrelsen), 2 underordnede lægestillinger ved sygehusvæsenet, hvortil kommer et ukendt antal stipendiater ved arbejdsmedicinske forskningsprojekter og 70-80 bedriftslæger hvoraf 5 er heltidsansatte. Behovet for læger med arbejdsmedicinske opgaver i heltidsstillinger kan for de nærmeste 5-10 år anslås til ca. 20 læger på chefniveau ved de arbejdsmedicinske klinikker, i administrative stillinger, i ledende forskerstillinger og som arbejds-læger i de amtslige arbejdstilsynskredse. Hertil kommer mindst 20 underordnede lægestillinger i tilknytning til de samme institutioner.

Desuden regnes der med et behov for et antal lægearbejdstimer for bedriftslæger svarende til mellem 100 og 600 årsværk.

3.2.5. Uddannelsen i arbejdsmedicin

Den nuværende arbejdsmedicinske uddannelse under det medicinske studium ydes først og fremmest i fagene hygiejne og socialmedicin. Det faktiske timetal og indhold varierer lidt fra universitet til universitet, men ligger i størrelsesordenen 10-15 forelæsnings-timer, suppleret med forskellige former for gruppeundervisning (seminarer, kolloquier og eks-kursioner). I visse kliniske fag gives desuden enkelte forelæsninger over arbejdsbetingede sygdomme, dog meget afhængigt af den enkelte undervisers interesse for emnet. Ved studenterundervisningen i almen medicin ved Københavns universitet er arbejdsmedicinske problemer nu draget ind i undervisningen i større omfang end tidligere.

Den postgraduate uddannelse er af tilsvarende beskedent omfang og udelukkende knyttet til kursusaktiviteter. Kusus i almen medicin for vordende alment praktiserende læger indeholder fra 6-10 timers undervisning i specifikke arbejdsmedicinske emner. Speciallægekurserne indeholder kun meget lidt undervisning i arbejdsmedicin mest specialerne dermatologi, fysiurgi og rehabilitering, oftalmologi og audiologi.

I foråret 1976 har der for første gang været afholdt et kursus i arbejdsmedicin på 60 timer på arbejdsmedicinsk klinik på Rigshospitalet. Deltagerne var i overvejende grad praktiserende læger, der allerede virkede som bedriftslæger eller som ønskede sådan ansættelse, mens der kun deltog et begrænset antal yngre læger. Kurset finansieredes af Den

almindelige danske lægeforening. I foråret 1977 afholdes et nyt, tilsvarende kursus, ligeledes på 60 timer, som delvis finansieres af arbejdsmiljøfonden.

Herudover har der i Danmark været afholdt korte kurser i form af seminarer på 1 eller 2 dages varighed, som imidlertid mest har haft til opgave at efteruddanne praktiserende læger og sygehusansatte læger.

Kursus i samfundsmedicin indeholder 15 skematimer i arbejdsmedicin og endelig kan det nævnes, at der tilbydes en række hovedsageligt tværfaglige kurser til bedriftslæger og teknikere inden for særlige brancher.

For læger ansat ved de arbejdsmedicinske klinikker og arbejdslægeinstitutionen stilles der i dag ingen specifikke uddannelseskrav. Oftest vil dog kursus i samfundsmedicin udgøre et mindstekrav ved ansættelsen. En række arbejdslæger og læger ansat ved arbejdsmedicinske klinikker har herudover deltaget i forskellige udenlandske kurser inden for fagområdet og har tillige speciallægeanerkendelse i intern medicin eller dermatologi. Til bedriftslægeansættelse stilles endnu ikke specifikke uddannelseskrav.

Hidtil har der således ikke været formelle uddannelseskrav på det arbejdsmedicinske område, og det har været op til den enkeltes initiativ og mulighed at sikre sig videre- og efteruddannelse. Der har indtil nu heller ikke været realistiske muligheder for at opstille formaliserede krav om en særlig arbejdsmedicinsk uddannelse for læger ansat i direktoratet for arbejdstilsynet og i arbejdslægeinstitutionen eller for bedriftslæger.

Det faglige indhold i arbejdsmedicinen bygger på lægens viden inden for

- toksikologi
- teknisk hygiejne
- statistik og epidemiologi
- arbejdsfysiologi og ergonomi
- arbejdspsykologi og arbejds sociologi
- bedriftssundhedstjenestens praktiske funktioner
- arbejdsmarkedslovgivning og arbejdsmiljølovgivning
- erhvervsstruktur, produktionsforhold, arbejdsanalyser m.v.

Herudover forudsætter agets udøvelse en klinisk uddannelse med hovedvægten på de specialer, der især beskæftiger sig med organer, som erfaringsmæssigt hyppigt udsættes for påvirkninger i arbejdsmiljøet. Det drejer

sig især om specialerne lungemedicin, intern medicin, dermatologi, fysiurgi, psykiatri, otologi/audiologi samt oftalmologi.

Arbejdsmedicinen omfatter desuden en række klinisk socialmedicinske problemer og revalideringsaspekter, hvilke fag der derfor bør indgå i det mindste i den teoretiske undervisning og om muligt også i den kliniske uddannelse.

Et uddannelsesforløb der tilgodeser kravet om viden og erfaring inden for alle disse nævnte områder, og som kan føre frem til en speciallægeanerkendelse i arbejdsmedicin, nødvendiggør et praktisk klinisk uddannelsesforløb af samme varighed som for andre lægelige specialer. Den teoretiske uddannelse må imidlertid være betydeligt mere omfattende hvilket skyldes, at arbejdsmedicinens teoretiske fag enten slet ikke eller kun i ringe grad «doceres i det medicinske studium og i andre speciallægeuddannelser.

3.3. Individrettet profylakse

Som nævnt i kapitel 2 ligger en række af de forebyggende lægelige funktioner her i landet i almen praksis. Det drejer sig om væsentlige dele af svangreprofylaksen og de profylaktiske børneundersøgelser i førskolealderen incl. vaccinationsprogram m.v. Enkelte profylaktiske foranstaltninger over for særlige grupper i befolkningen som f. eks. de forebyggende undersøgelser for livmoderhalskræft er henlagt dels til almen praksis, dels til sygehusvæsenet.

Som en særlig organiseret form for individrettet forebyggende indsats findes skolesundhedstjenesten inklusive skoletandplejen.

3.3.1. Skolesundhedstjenesten

Skolesundhedstjenestens profylaktiske indsats har som den eneste af de profylaktiske foranstaltninger den særstilling, at den i realiteten er obligatorisk. Børn behøver ikke nødvendigvis at blive undersøgt af den dertil ansatte skolelæge, men såfremt dispensation skal gives, sker det under forudsætning af, at undersøgelse finder sted hos en anden læge.

Skolelægeordningen begyndte i Københavns kommune omkring århundredeskiftet og blev ved lov gjort landsdækkende i 1946.

Skolesundhedstjenesten har i Danmark aldrig haft behandlende opgaver, og henvisning til nærmere undersøgelser hos speciallæger, på sygehus etc sker via barnets sædvanlige læge.

I 1965 nedsatte undervisningsministeriet et udvalg med den opgave at revidere den da eksisterende skolelægelov. Udvalget afgav betænkning i 1970 (betænkning nr. 591/70), der stillede forslag til en ændret lov, som blev vedtaget som lov af 7. juni 1972 om skolelægeordning. Efter loven blev kommunerne forpligtet til at ansætte skolelæger, skolesundhedsplejersker, sygeplejersker og andet personale for at sikre, at der foretages forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder og i børnehaveklasserne. Dette personale forudsættes samtidig at føre kontrol med »sundhedstilstanden i skolerne«.

Der er i indenrigsministeriets bekendtgørelse af 5. juli 1972 og sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier vedrørende tilrettelæggelse af skolelægeordningen af 22. august 1972 givet nærmere regler for skolelægearbejdet.

Skolelægens opgave er at foretage forebyggende helbredsundersøgelser af eleverne i børnehaveklassen, 1. 2. og 5. klasse samt i den senere klasse, efter hvilken undervisningspligten ophører. Herudover fører skolelægen tilsyn med og foretager undersøgelse af særlige elevgrupper i det omfang, der skønnes behov herfor (de såkaldte »risikobørn«).

Skolelægen fører endvidere tilsyn med de hygiejniske forhold i skolerne og forestår sammen med embedslægerne foranstaltningerne vedrørende smitsomme sygdomme. Skolelægerne skal endelig virke ved alment sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger, herunder oplysningsvirksomhed over for børn, forældre og skolepersonale.

3.3.1.1. SKOLESUNDHEDSTJENESTENS ORGANISATION

Skolesundhedstjenesten er et primært kommunalt anliggende. Forskellige forudsætninger, herunder kommunestørrelse, har medført en forskellig struktur fra kommune til kommune.

I en række større kommuner findes fuldtidsansatte skolelæger, mens flertallet af skolelæger iøvrigt er ansat i deltidstillinger.

Ved lægetællingen november 1976 fandtes der for hele landet 137 læger med hovedbeskæftigelse som skolelæger. Heraf anslås ca. halvdelen at være fuldtidsbeskæftigede. Desuden er et betydeligt antal andre læger beskæftiget inden for skolesundhedstjenesten

med denne virksomhed som bibeskæftigelse. Flertallet af disse læger er alment praktiserende læger, men gruppen omfatter også speciallæger i blandt andet pædiatri.

Skolelægerne er ansat i kommunernes social- og sundhedsforvaltning og to kommuner har ansat skoleoverlæger, der er fagligt overordnet de øvrige skolelæger.

Ifølge bekendtgørelsen af 5. juli 1972 står skolelægerne under tilsyn af embedslægerne, jfr. den stadig eksisterende instruks for embedslægers og skolelægers indbyrdes virksomhed af 14. februar 1947. Embedslægerne afgiver udtalelse i forbindelse med ansættelse af skolelæger, og såfremt skolelæger bliver bekendt med mangler ved de hygiejniske forhold i skolerne, foreligger der en pligt til indberetning til embedslægen.

3.3.1.2. SKOLELÆGERNES HITTIDIGE UDDANNELSESFORHOLD

For så vidt angår uddannelse til skolelæge, blev der indtil 1966 i forbindelse med embedslægekursus afholdt et egentligt skolelægekursus. I den nævnte bekendtgørelse af 5. juli 1972 om skolelægeordning fastsættes i § 4, stk. 3 følgende:

»Skolelægen skal gennemgå et af sundhedsstyrelsen tilrettelagt kursus i skolehygiejne«.

Et sådant kursus med en varighed på ca. 60 timer gennemføres nu to gange om året for vordende skolelæger og for skolelæger, der har virket i indtil 1 år. Kursus afholdes som internatkursus og udgifterne afholdes af indenrigsministeriet. Nogle skolelæger har endvidere gennemgået kursus i samfundsmedicin (embedslægekursus).

3.3.2. Lægevirkosmhed ved andre institutioner for børn

Indtil 1. april 1975 fandtes ved samtlige daginstitutioner for børn under den skolepligtige alder et regelmæssigt lægetilsyn. Tilsynets arbejde, der tidligere havde været baseret på hyppige rutineundersøgelser af alle børn, stod i vinteren 1974/75 over for en ændring, der ville medføre en mere behovspræget lægelig indsats, men med lægetilsynets bortfald bortfaldt samtidig mulighederne for at gennemføre sådanne ændringer. Der åbnedes dog mulighed for, at der efter dispensation fra socialstyrelsen i tilfælde, hvor der var tale om institutioner med et særligt belastet klientel i

social og sundhedsmæssig henseende, kunne videreføres et lægetilsyn i overensstemmelse med den foreslåede revision. Kun relativt få steder er der søgt om et sådant lægetilsyn, og ansøgninger bliver ikke altid imødekommet. Afskaffelsen af lægetilsynet har medført en øget belastning af embedslægerne i hygiejniske spørgsmål. Mens således lægetilsynet ved daginstitutioner stort set overalt er bortfaldet, er der fortsat et regelmæssigt lægetilsyn ved en række døgninstitutioner for børn. Dette bestrides hyppigst som deltidsbeskæftigelse enten af praktiserende læger eller af speciallæger i pædiatri eller børnepsykiatri. I nogle tilfælde er der tale om en huslægefunktion udført af en alment praktiserende læge kombineret med speciallægetilsyn, hyppigst af en pædiater eller en børnepsykiater.

3.3.3. *Profylaktiske foranstaltninger over for voksne*

3.3.3.1. **KRIMINALFORSORGEN**

Ved landets fængsler og arresthuse er der tilknyttet læger, der dels har undersøgende og behandlende opgaver og dels har opgaver af forebyggende karakter samt opgaver af generel hygiejnisk art over for institutionen.

Ved statsfængslerne drejer det sig normalt om særligt ansatte fængselslæger, der i nogle fængsler er ansat ved en egentlig sygeafdeling.

For arresthusenes vedkommende virker embedslægerne de fleste steder uden for Københavnsområdet som arresthuslæger og forestår her dels den almindelige lægelige behandling og dels de profylaktiske undersøgelser. De profylaktiske undersøgelser af indsatte under kriminalforsorgen står over for revision, men indtil videre opretholdes en generel helbredsundersøgelse af alle, der indsættes i forsorgens anstalter for perioder længere end 10 dage.

Det har fra indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen og embedslægeforeningens side været fremført, at det næppe kan anses for hensigtsmæssigt, at embedslægerne fortsat varetager undersøgelse og behandling af de enkelte indsatte, og dette synspunkt deles af arbejdsgruppen.

3.3.3.2. **FORSVARET**

Forsvarets lægeordning står efter det foreliggende over for væsentlige ændringer. Den hidtidige ordning er, hvad angår den lokale organisation for de enkelte enheder, baseret

på et system dels med værnepligtige lægers deltagelse i arbejdet dels med fastansatte militære overlæger knyttet til de enkelte forlægninger. Disse militære overlæger har normalt haft deres beskæftigelse som militærlæger som bibeskæftigelse ved siden af en hovedbeskæftigelse som f.eks. alment praktiserende læge.

Udover at skulle undersøge og behandle de i forsvaret ansatte og de værnepligtige har militærlægerne varetaget profylaktiske undersøgelser af alt indkaldt personel.

Tilsvarende regler findes inden for civilforsvaret.

Udover det lægelige personale knyttet til de enkelte enheder er der ved forsvarskommandoen et egentligt lægekorps. Dette har dels funktioner som superviserende for lægetjenesten ved de enkelte enheder inden for forsvaret dels stabsfunktioner i relation til forsvaret med planlægnings- og rådgivningsopgaver. Desuden har en række læger i lægekorpsen haft pædagogiske opgaver over for de indkaldte værnepligtige læger og det øvrige personel i forsvaret. Forsvarets læger på alle niveauer har endelig tilsyn med hygiejniske forhold m.v. på forsvarets installationer.

Uddannelsen af det fastansatte personel inden for forsvarets lægekorps er efter det oplyste ikke formaliseret.

3.4. **Socialmedicinske funktioner**

En række sociale institutioner har tilknyttet læger fortrinsvis i deltidsfunktioner. Man har benyttet sig dels af specielt kyndige læger inden for socialmedicinske områder, dels af speciallæger inden for relevante specialer, almen medicinere m. fl.

Efter bilstandslovens ikrafttræden pr. 1. april 1976 er der ved mange primærkommuners social- og sundhedsforvaltninger ansat lægekonsulenter, der yder socialmedicinsk bistand til kommunerne i sager vedrørende dagpenge, pensionsforhold og bilstandslovsproblemer iøvrigt.

Efter oprettelsen af amtskommunernes socialcentre er der yderligere her tilknyttet en række læger, normalt på deltidsbasis.

Lægenes funktioner er overvejende rådgivning af de administrative og politiske organer og deltagelse i en række opgaver, som i væsentlig grad er afledt af bilstandsloven, pensionslovene, dagpengeloven, samt i mindre udstrækning af abortlovgivning og adoptionslovgivning.

Det er for så vidt angår de amtskommunale socialcentre tydeligt, at amtskommunerne i deres opgaver specielt i relation til revaliderings- og pensionsnævnene har behov for bistand fra en række lægelige specialer som psykiatri, intern medicin, ortopædi, neurologi og i rådgivningsfunktioner tillige fra børnepsykiatri, pædiatri og gynækologi og obstetrik.

En række af amtskommunernes socialmedicinske opgaver dækkes for øjeblikket af embedslæger, jfr. embedslægerens deltagelse i bistandslovens § 83-udvalg om visitation til plejehjem, embedslægerens obligatoriske deltagelse i adoptionssamrådene samt den midlertidige ordning med embedslægerens lægelige rådgivning over for amtsankenævnene.

Inden for primærkommunerne har forholdene med hensyn til lægelig bistand siden afgivelsen af betænkning nr. 669 af 1973 (Wechselmann-betænkningen) været afhængig af lokale forhold. Det er oplyst, at der i december 1976 var ansat 123 alment praktiserende læger, 19 speciallæger og 4 yngre læger ved primærkommunernes socialforvaltninger i konsulentstillinger med fra 2 til 6 timers arbejde pr. uge.

I enkelte større bykommuner er der oprettet særlige socialmedicinske institutioner med fuldtidsansatte læger, men det synes ikke for øjeblikket som om dette vil blive en løsning, der vil vinde generelt indpas.

Tilknyttet amtskommunens sociale forvaltning findes børne- og ungdomsrådgivningskli-

nikker, alkohol- og narkobehandlingsinstitutioner (amtsungdomscentre), samt visse steder rådgivningsklinikker vedrørende sexualoplysning og antikonception. Disse institutionstyper udøver visse socialmedicinske funktioner, men de er hyppigt kombineret med egentlige speciallægefunktioner inden for især børnepsykiatri, psykiatri og gynækologi og obstetrik.

Den lægelige bistand til amternes og kommunernes socialmedicinske opgaver er således meget varieret tilrettelagt, blandt andet fordi området stadig er under udbygning.

3.4.1. Uddannelsen i socialmedicin

Som omtalt i kapitel 2 har samtlige specialer haft en vis socialmedicinsk tradition afhængig af specialets karakter. Mange læger har gennem årene modtaget en ret omfattende efteruddannelse inden for særlige socialmedicinske områder. Ligesom inden for det øvrige samfundsmedicinske område har der heller ikke inden for socialmedicin været krav om formaliseret videre- og efteruddannelse. En del læger med socialmedicinske funktioner har gennemgået kursus i samfundsmedicin (embedslægekursus eller skolelægekursus).

En række af de speciallæger, der nu er knyttet til amtskommunerne, har langvarig erfaring fra arbejdet i bl. a. invalideforsikringsretten, revalideringscentre og mødrehjælpen.

Kapitel 4:

FORHOLDENE I UDLANDET

Arbejdsgruppen har indhentet oplysninger om arbejdsområder og uddannelseskrav på de samfundsmedicinske specialområder i de øvrige nordiske lande, Vesttyskland, Holland og Storbritannien, hvor sundhedsvæsenets opbygning i store træk er sammenligneligt med det danske.

4.1. Sverige

1 Sverige er specialerne arbejdsmedicin og socialmedicin (begge siden 1. januar 1975) godkendt som selvstændige specialer. Endvidere findes formaliserede videreuddannelseskrav for embedslægevæsenet. For bedriftslæger kræves ingen speciel uddannelse efter opnået lægelegitimation, men socialstyrelsens udvalg vedrørende bedriftssundhedstjeneste har anbefalet, at bedriftslæger efter 1. januar 1976 har enten almenlæge anerkendelse (3½ års videreuddannelse efter legitimation) eller speciallægeanerkendelse på et område, der er relevant i forhold til den pågældende virksomheds karakter. Endvidere bør bedriftslæger have gennemgået uddannelse for bedriftslæger i styrelsen for arbejderbeskyttelses regi omfattende en teoretisk uddannelse og praktisk virksomhed. For skolelæger stilles kun krav om lægelegitimation, men videreuddannelsesspørgsmålet behandles i et udvalg om skole- og sundhedspleje.

4.1. i. Speciallægeuddannelsen i arbejdsmedicin

Uddannelsen i arbejdsmedicin omfatter følgende efter gennemgået turnusuddannelse (almäntjänstgöring):

En hoveduddannelse, der omfatter 2 års ansættelse på arbejdsmedicinske afdelinger og 2 års ansættelse på intern medicinske

afdelinger, hvoraf ½ år kan erstattes af ansættelse på enten en dermato-venerologisk afdeling, en klinisk laboratorieafdeling eller en medicinsk allergologisk afdeling.

Hertil kommer en sideuddannelse omfattende ½ års ansættelse på psykiatrisk afdeling.

Den teoretiske uddannelse omfatter i øjeblikket et obligatorisk krav om 4 ugers kursus, men dette forventes snarest udbygget til 6 uger.

4.1.2. Speciallægeuddannelsen i socialmedicin

Uddannelsen i socialmedicin omfatter efter gennemgået turnusuddannelse (almäntjänstgöring) følgende:

En hoveduddannelse omfattende 2 års ansættelse inden for det socialmedicinske område og 1 års ansættelse på intern medicinsk afdeling, hvoraf 7½ år kan erstattes af ansættelse på en pædiatrisk, en langtidsmedicinsk eller en fysiurgisk afdeling. Hertil kommer desuden ½ års ansættelse i almen medicin.

Sideuddannelsen består af 1 års ansættelse på psykiatrisk afdeling, og hertil kommer en teoretisk uddannelse, som indtil videre er på 4 uger, men dette kursus forventes snarest udbygget til 6 ugers varighed.

4.1.3. Uddannelsen af bedriftslæger

For bedriftslæger findes der et kursus i arbejdsmedicin, der har været afholdt siden 1948 og fra 1972 arrangeres af arbejdstilsynets arbejdsmedicinske afdeling. Kurset består af 8 ugekurser omfattende forelæsninger, symposier, gruppearbejde, demonstrationer og feltstudier. Der afholdes 1 ugekursus hveranden måned og det samlede kursus kommer op på ca. 275 timer og afsluttes med en eksamen.

I en betænkning fra 1968 er det beregnet, at en fuldt udbygget bedriftssundhedstjeneste i Sverige vil kræve ca. 1500 heltidsansatte bedriftslæger. Af disse er hidtil knap halvdelen uddannet.

4.1.4. Uddannelsen af embedslæger

Ansættelse som embedslæge (länsläkare) forudsætter udover turnusuddannelsen (alman tjänstgöring) følgende uddannelse: 3 års ansættelse på sygehus, hvori også indgår ansættelse på afdeling for akutte infektionssygdomme, 1½ års ansættelse som distriktslæge og 1½ års ansættelse på et videnskabeligt institut eller lignende inden for områderne socialmedicin, omgivelseshygiejne, epidemiologi, bakteriologi eller virologi.

Den teoretiske uddannelse skal omfatte gennemgang af relevante kurser på den nordiske hälsovårdhögskola i Göteborg eller en tilsvarende uddannelse, og desuden skal der kunne dokumenteres indgående kendskab til medicinallovgivningen.

4.2. Norge

I Norge godkendes der inden for det samfundsmedicinske område specialet »attføringsmedisin«, (som af de fleste speciallæger på området ønskes betegnet klinisk socialmedicin) og i arbejdsmedicin.

4.2.1. Speciallægeuddannelsen i »a ttføringsnredisin«

Speciallægeuddannelsen i attføringsmedisin omfatter en hoveduddannelse på 3 år indeholdende ansættelse på socialmedicinsk sygeafdeling og attføringsinstitut. Uddannelsen skal indeholde mindst 1 års ansættelse på hvert af de to uddannelsessteder.

Hertil kommer en sideuddannelse omfattende 1 års ansættelse på en psykiatrisk afdeling og 1 års ansættelse på enten en intern medicinsk, en reumatologisk, en neurologisk eller en fysiurgisk afdeling. Der kræves mindst 1½ års sammenhængende ansættelse. 2 år af sideuddannelsen kan erstattes af ansættelse som assisterende embedslæge tilknyttet revalideringssektoren eller ansættelse ved socialmedicinsk, arbejdsfysiologisk eller andet relevant videnskabeligt institut.

Arbejdsområderne er i første række knyttet til de socialmedicinske afdelinger på de større sygehuse eller til institutterne for revalidering og de socialmedicinske universitetsinstitutter.

4.2.2. Speciallægeuddannelsen i arbejdsmedicin

Uddannelseskravene for speciallæger i arbejdsmedicin omfatter en hoveduddannelse med 2 års ansættelse ved arbejdsfysiologisk institut og 1 års heltidsansættelse som bedriftslæge i industrien. Ansættelsen som bedriftslæge kan erstattes af 2 års virksomhed i almen praksis kombineret med bedriftslægevirksomhed, såfremt denne udgør en væsentlig del af arbejdet.

Sideuddannelsen består af 1 års ansættelse ved intern medicinsk afdeling og 1 års ansættelse ved en afdeling med tilknytning til specialet, hvorved forstås en afdeling for fysiurgi, dermato-venerologi, intern medicin, lungesygdomme, neurologi, psykiatri, socialmedicin, øre-næse-halssygdomme eller revalideringsinstitut. Denne ansættelse kan også erstattes af 1 års ansættelse på et arbejdsfysiologisk institut.

Arbejdsområdet er først og fremmest statens arbejdstilsyn og enkelte større kommuners lokale arbejdstilsyn. Endvidere findes der et ganske stort behov for specialister i arbejdsmedicin til større industrivirksomheder og ved arbejdsfysiologisk institut.

4.2.3. Uddannelsen af bedriftslæger

Der er ikke i Norge fastsat særlige uddannelsesregler for læger, der skal ansættes som bedriftslæger, men der afholdes regelmæssigt kurser af 3 ugers varighed for ansatte bedriftslæger.

4.2.4. Uddannelsen af skolelæger

I Norge er kun få læger heltidsansat som skolelægechefer eller assisterende skolelægechefer knyttet til de større byers helseråd. De fleste skolelæger er ansat med fra 1-10 timers arbejde om ugen, og er dels embedslæger dels alment praktiserende læger ved siden af. Der er ingen formelle uddannelseskrav.

4.2.5. Uddannelsen af embedslæger

Ansættelse som fylkeslæge (amtslæge) forudsætter normalt, at den pågældende har gennemgået en videreuddannelse i udlandet, f.eks. i England (Diploma of Public Health) eller i Sverige (Nordiska Hälsovårdhögskolans kurs). Der findes ikke særlige kurser i Norge.

4.3. Finland

I Finland er der anerkendt selvstændige specialer for bedriftslæger og i arbejdsmedicin.

4.3.1. Speciallægeuddannelsen af bedriftslæger

Speciallægeanerkendelse som bedriftslæge kan opnås efter en uddannelse omfattende en almenuddannelse på 2 år indeholdende 12 måneders ansættelse på sygehusafdelinger, 6 måneders ansættelse i »hålsøvdcenter« og 6 måneders ansættelse i et bedriftssundhedscen-ter. Herefter følger en hoveduddannelse på 3 år omfattende 24 måneders ansættelse i be-driftslægevirksomhed og 12 måneders ansæt-telse på sygehusafdelinger omfattende ansæt-telse inden for mindst 2 specialer og mindst 3 måneders ansættelse på en intern medicinsk afdeling. Desuden kræves en 1-årig sideud-dannelse omfattende enten 3 måneders ansæt-telse på et arbejdshygiejnisk institut eller 2 × 3 ugers teoretisk kursus samt 3 måneders syge-husansættelse på et undervisningssygehus el-ler et lignende specialiseret sygehus og 6 måneders bedriftslægepraktik.

Der er endnu ikke obligatoriske krav om at bedriftslæger skal have gennemgået denne uddannelse. For tiden findes der ca. 90 heltids-ansatte bedriftslæger og ca. 600 deltidsansatte bedriftslæger hovedsageligt rekrutteret fra praktiserende lægers kreds. Der er desuden udbygningsplaner for bedriftslægevirksomhe-den, der vil kræve en uddannelseskapacitet på 600 bedriftslæger frem til udgangen af 1980.

Indtil nu har 40 af de heltidsansatte be-driftslæger opnået specialistanerkendelse som bedriftslæger, og der regnes med at yderligere 200 heltidsansatte bedriftslæger skal have den samme uddannelse inden år 1980.

4.3.2. Speciallægeuddannelsen i arbejdsmedicin

Specialet arbejdsmedicin blev oprettet i 1954 og i 1962 påbegyndtes en systematisk special-lægeuddannelse på arbejdshygiejnisk institut i Helsingfors. Ansættelsesområderne for speci-allæger i arbejdsmedicin er arbejdshygiejnisk institut og filialen deraf, universiteterne og centraladministrationen. Inc til nu har 17 læger opnået speciallægeanerkendelse, og det skøn-nes at uddannelseskapaciteten er tilstrækkelig til at der kan uddannes yderligere ca. 20 frem til 1980, medens behovet er beregnet til ca. 65.

De nugældende uddannelseskrav omfatter en almenuddannelse på 2 år indeholdende 1 års hospitalsansættelse og 1 års ansættelse inden for bedriftssundhedstjenesten. Hertil kommer en hoveduddannelse på 3 år som finder sted på instituttet for arbejdshygiejne i

Helsingfors, hvor man med mulighed for en vis individuel variation skal have ansættelse på følgende afdelinger:

arbejdsmedicinsk afdeling 10-14 måneder
fysiologisk afdeling 1-3 måneder
arbejdshygiejnisk afdeling 3-6 måneder
toksikologisk afdeling 9-15 måneder
epidemiologisk afdeling 9-15 måneder
dermatologisk poliklinik 1-3 måneder.

Et år af denne uddannelse kan erstattes af $\frac{1}{2}$ år på en intern medicinsk afdeling og $\frac{1}{2}$ år enten på institut for socialmedicin, et institut for hygiejne eller et revalideringsinstitut.

Desuden omfatter kravene en sideuddan-nelse på 1 år bestående af $\frac{1}{2}$ års hospitalsan-sættelse på en dermatologisk afdeling, en lungemedicinsk afdeling, en kirurgisk afdeling, en gynækologisk afdeling eller en intern medicinsk afdeling samt $\frac{1}{2}$ års ansættelse ved en bedr ftssundhedstjeneste på en virksomhed med mindst 500 ansatte.

Uddannelsen afsluttes med en specialistek-samen.

4.4. Vesttyskland

1 Vesttyskland er arbejdsmedicin anerkendt som et selvstændigt speciale, og der stilles samme uddannelseskrav til bedriftslæger og til arbejds-læger. På grund af en begrænset uddannelseskapacitet er specialistanerkendelse imidlertid endnu ikke en forudsætning for ansættelse inden for disse to arbejdsområder.

4.4.1. Speciallægeuddannelsen i arbejdsmedicin

Uddannelseskravene til speciallæger omfatter 2 års ansættelse på klinisk afdeling uden nærmere specifikation af specialet og 1 års ansættelse på en intern medicinsk afdeling. Desuden kræves 9 måneders ansættelse på en arbejdsmedicinsk institution eller hos en spe-cialist i arbejdsmedicin samt et 3-måneders kursus i arbejdsmedicin, som afholdes i Berlin og München.

Der er for tiden ca. 1800 bedriftslæger i Vesttyskland, hvoraf ca. $\frac{1}{3}$ er heltidsansatte. På længere sigt regner man med, at behovet vil andrage ca. 4000 heltidsansatte bedriftslæ-ger.

Arbejds-læger er i Vesttyskland knyttet til delstaternes arbejdsmedicinske institutter, der er en selvstændig del af delstaternes arbejds-tilsyn. I hele Vesttyskland findes der ca. 70 arbejds-læger.

4.5 Holland

I Holland er der godkendte specialer i samfundsmedicin og i socialmedicin. Uddannelsen er teoretisk og af ca. 2 års varighed. Arbejdsområdet er for samfundsmedicinsk uddannede læger især ledelse af sygehuse og andre helbredsinstitutioner, arbejderbeskyttelse og skolelægevirksomhed samt for speciallæger i socialmedicin overvejende opgaver med kontrol og rådgivning.

4.6 Storbritannien

I Storbritannien er samfundsmedicin anerkendt som speciale og uddannelseskravene fastsættes af The Royal College of Physicians' Faculty of Community Medicine. Uddannelsen er delt i 2 afdelinger som andre engelske speciallægeuddannelser og afsluttes med tildeeling af diplom som Member of the Faculty of Community Medicine (MFCM).

Efter afsluttet turnusuddannelse og opnået autorisation som læge kræves dels en almenuddannelse af 1-2 års varighed efterfulgt af en 2-delt hoveduddannelse.

Almenuddannelsen skal vare mindst 1 år og bestå af ansættelse i godkendte stillinger, men det anbefales, at den udvides med yderligere 1 år for at opnå klinisk erfaring på sygehuse eller i almen praksis.

Første del af hoveduddannelsen på 2 år omfatter også teoretisk kursus og eksamen men denne »Early Specialist Training« kan iøvrigt varieres efter aftale med Faculty of Community Medicine, idet der enten kan indgå et 1-årigt teoretisk kursus eller delkurser der ækvivalerer hermed. En uddannelses-

søgende der har gennemgået 2 år eller mere i kliniske stillinger skal kun gennemgå 1 års »Early Specialist Training«.

Når eksamen efter denne første del er bestået, gennemgås »Higher Specialist Training« af mindst 3 års varighed. Under denne del af uddannelsen skal den uddannelsessøgende udarbejde en afhandling i løbet af det første år. Endvidere skal han, hvis dette ikke allerede er sket under uddannelsen gennemgå en almen orienteringsperiode på 1/2 år inden for det samfundsmedicinske område. Endvidere kræves der ansættelse inden for administration, planlægning incl. ressourceforbrug og personaleopbygning, sundhedspleje, sociale funktioner, sundhedsinformation, epidemiologi, sundhedsuddannelse, smittekontrol, omgivelseshygiejne eller arbejderbeskyttelse.

»Higher Specialist Training« indeholder i regelen ved afslutningen af det 2. uddannelsesår yderligere en eksamen.

The Faculty of Community Medicine fører tilsyn med den enkelte uddannelsessøgendes gennemgang af uddannelsen gennem udpegede rådgivere. Når den uddannelsessøgende har fået sin første ansættelse i en uddannelsesstilling i samfundsmedicin tilmelder han sig The Faculty of Community of Medicine, hvis sekretær underretter vedkommende rådgiver, som vejleder den uddannelsessøgende gennem hele uddannelsen.

For at blive ansat som svarende til embedslæge kræves, at den pågældende har opnået anerkendelse i samfundsmedicin og kan betegne sig som Member of the Faculty of Community Medicine.

I kapitlerne 2 og 3 er beskrevet de lægelige funktioner, der udføres inden for det egentlige samfundsmedicinske område og inden for det personrettede, profylaktiske og socialmedicinske område. Forholdene er præget af uensartethed både hvad angår videreuddannelse og ansættelsesforhold.

Uanset at forholdene i udlandet ikke er ensartede, er der dog i de fleste lande postgraduate uddannelsessystemer og anerkendte specialer, hvorved forholdene adskiller sig væsentligt fra situationen her i landet.

Som anført tidligere har den individcenterede lægelige indsats på det profylaktiske område her i landet været varetaget af læger med hovedbeskæftigelse i »det behandlende« sundhedsvæsen.

Dette har medvirket til, at der i dag består en betydelig uensartethed i den uddannelsesmæssige baggrund hos de læger, der udfører identisk arbejde inden for det samfundsmedicinske område. For eksempel har manglen på egentlig formaliseret videreuddannelse i arbejdsmedicin måske været en medvirkende grund til dette fags svage udbygning, selvom den mest tungtvejende årsag hertil er, at Danmark i så mange år har haft en veludbygget og geografisk velfordelt primær lægetjeneste, som har varetaget en del af opgaverne. For bedriftssundhedstjenestens vedkommende har de senere årtiers industrialisering og teknologiske udvikling nu ført til, at mangelen på særligt uddannede læger inden for arbejdsmedicinen er iøjnefaldende.

Det er ligeledes karakteristisk for udviklingen inden for dette område, at uddannelsen af embedslæger i realiteten bevarede uændret, fra loven om embedslægevæsenets ordning blev vedtaget i 1914, indtil visse ændringer blev gennemført i 1974.

Arbejdsgruppen anser det for nødvendigt, at der etableres et egentligt speciale i samfundsmedicin med formaliserede kliniske, praktiske og teoretiske uddannelseskrav. Den væsentligste begrundelse for forslaget om oprettelse af et speciale i samfundsmedicin er, at samfundets behov for kvalificeret lægelig arbejdskraft på området er stigende, og det er i denne sammenhæng væsentligt, at de ansættende myndigheder på grundlag af en klart struktureret og beskrevet uddannelse kan identificere og stille særlige kvalifikationskrav til sådan lægelig arbejdskraft. Det er derfor nødvendigt, at faget ligestilles med andre specialer med hensyn til videreuddannelseskrav, og at læger får mulighed for på en hensigtsmæssig måde at tilrettelægge en speciallægeuddannelse i samfundsmedicin. Den nu stærkt indskrænkede uddannelseskapacitet inden for de traditionelle kliniske fag taler på samme måde for, at man i uddannelsesplanlægningen tager hensyn til, at de yngre læger, som søger uddannelse med henblik på funktion inden for det samfundsmedicinske område, også kan få den relevante **kliniske** uddannelse.

For oprettelse af et speciale taler endvidere den erfaring, at et lægeligt fagområde først får reel betydning i det medicinske studium, når det etableres som et speciale, blandt andet derved at flere egnede lærerkræfter vil kunne stå til disposition og i større omfang præge studenterundervisningen.

Endelig vil en række deltidsfungerende læger, der nu — og formentlig også i fremtiden — arbejder inden for det socialmedicinske område, i bedriftssundhedstjenesten og ved visse profylaktiske og rehabiliterende funktioner, få en tilknytning til et eksisterende speciale, hvorfra der vil kunne hentes uddan-

neise, faglig inspiration og støtte i det daglige arbejde.

Arbejdsgruppen har overvejet, om visse funktioner kræver særlige uddannelser opfyldt inden for en formaliseret speciallægeuddannelse i samfundsmedicin og mener, at en udbygning af arbejdsmedicin som et samfundsmedicinsk grenspeciale i uddannelsesmæssig henseende må prioriteres så højt, at det må anses for absolut nødvendigt allerede nu at opstille specificerede uddannelseskrav til en speciallægeuddannelse i arbejdsmedicin. Disse uddannelseskrav må i så stor udstrækning være fælles med den øvrige samfundsmedicinske videreuddannelse, at det derfor er naturligt, at uddannelsen i arbejdsmedicin tilrettelægges som en grenspecialeuddannelse inden for det samfundsmedicinske specialeområde.

Det har endvidere været overvejet, om man samtidig skulle foreslå yderligere grenspecialisering inden for samfundsmedicinen. Man har imidlertid ikke på nuværende tidspunkt fundet behov herfor, fordi den største del af samfundsmedicinerne vil være at finde blandt embedslægerne og et mindre antal læger ansat i centraladministrationen. Selv om en funktionsopdeling i stigende grad finder sted i embedslægeinstitutionerne, er denne opdeling ikke endnu så gennemgribende, at der er grundlag for en uddannelsesmæssig opdeling. Det er dog arbejdsgruppens opfattelse, at der på længere sigt kan blive behov

for at opstille særlige uddannelseskrav til læger, der skal udføre en række specialiserede samfundsmedicinske funktioner. Der tænkes blandt andet på administrativ medicin, præventiv medicin og socialmedicin. Herudover kan der — ligeledes på længere sigt — blive behov for andre specialiserede områder såsom omgivelseshygiejne, toksikologi, infektionshygiejne, sundhedsøkonomi, sundhedsoplysning m.l.

For læger der stiler mod en af disse funktioner som fuldtidsbeskæftigelse, vil det indtil videre være muligt inden for den i kapitel 6 foreslåede uddannelsesmodel at sammensætte en uddannelse, der klart tager sigte på en sådan grenspecialiseret funktion, og som kan gøres til genstand for en særskilt faglig vurdering i forbindelse med stillingsbesættelse.

Arbejdsgruppen ønsker at understrege, at der fortsat ved siden af egentlige speciallægeuddannelser vil være behov for uddannelses-tilbud på et mindre specialiseret niveau, idet man også i fremtiden må regne med at væsentlige områder inden for samfundsmedicinen bedst varetages af læger med hovedbeskæftigelse andetsteds, overvejende i almen praksis. Der tænkes specielt på bedriftssundhedstjeneste ved mindre virksomheder, skolelægevirksomhed og lignende, og den i kapitel 6 beskrevne uddannelsesmodel tager også hensyn hertil.

Kapitel 6:

FORSLAG TIL SPECIALLÆGEUDDANNELSE I SAMFUNDSMEDICIN

Som anført i kapitel 5 foreslår arbejdsgruppen, at der oprettes et speciale i samfundsmedicin med et grenspeciale i arbejdsmedicin.

I dette kapitel gøres der rede for den uddannelsesstruktur, som efter arbejdsgruppens opfattelse bedst tilgodeser de krav, som de samfundsmedicinske funktioner stiller, jf. kapitel 3. Der vil ligeledes blive gjort rede for de praktiske muligheder, der findes for at uddannelsesforslaget kan føres ud i livet.

6.1 Generelle krav til en speciallægeuddannelse

Speciallægeuddannelsen i samfundsmedicin må indeholde følgende hovedelementer:

- A. En basal klinisk uddannelse, der skal give kendskab til det kliniske sundhedsvæsens funktioner, herunder almen praksis.
- B. En praktisk samfundsmedicinsk uddannelse, omfattende ansættelser i embedslægevæsen, arbejdstilsynskredse, centrale administrative forvaltningsorganer eller lignende med sundhedsmæssige opgaver.
- C. En formaliseret kursusuddannelse i specielle samfundsmedicinske discipliner som statistik, epidemiologi, hygiejne, toksikologi, socialmedicin, arbejdsmedicin og eventuelt de retslægelige fag, retsmedicin og retspsykiatri.
- D. En praktisk og teoretisk uddannelse gennem ansættelse inden for en eller flere af de samfundsmedicinske grunddiscipliner, gerne med mulighed for videnskabelig og pædagogisk aktivitet.
- I. 18 måneders turnusuddannelse.
- II. Hoveduddannelse A: IS måneders klinisk uddannelse. Såfremt almen medicin ikke indgår i de 18 måneders turnusuddannelse skal ansættelse i almen praksis indgå i

denne del af uddannelsen med mindst 6 måneder.

III. Hoveduddannelse B: 3 år.

a) 12 måneders ansættelse ved teoretiske institutter eller institutioner, som f.eks. Statens seruminstitut, universitetsinstitutter på områderne socialmedicin, hygiejne, mikrobiologi og retsmedicin, socialforskningsinstituttet, Dansk institut for klinisk epidemiologi. Dansk Sygehusinstitut, Statens institut for arbejdshygiejne og lignende eller

12 måneders ansættelse ved klinisk socialmedicinsk arbejde på dertil godkendte afdelinger eller institutioner.

Uddannelsen kan eventuelt finde sted under ansættelse som stipendiat.

b) 24 måneders ansættelse ved praktisk samfundsmedicinsk arbejde i embedslægeinstitutioner, sundhedsstyrelsen, miljøstyrelsen, direktoratet for arbejdstilsynet eller arbejdstilsynskredsen.

Vedrørende uddannelseskravene til grenspecialet arbejdsmedicin foreslås følgende særlige krav til den samfundsmedicinske uddannelse:

Hoveduddannelse A skal indeholde $1\frac{1}{2}$ års ansættelse på lungemedicinsk klinik.

Hoveduddannelse B skal omfatte 1 års ansættelse på arbejdsmedicinsk klinik og mindst 1 års ansættelse som arbejds-lægeassistent eller fuldtidsbedriftslæge under supervision, § 6.5.2.

6.1.1. Indholdet i hoveduddannelsen

Hoveduddannelse A skal sammen med turnusuddannelsen sikre kommende speciallæger i samfundsmedicin et almindeligt kendskab til det danske sundhedsvæsen. Efter arbejdsgruppens opfattelse må ansættelse i mindst 6

måneder i almen praksis derfor være obligatorisk i turnusuddannelsen eller i hoveduddannelse A. Ønsket om et bredt kendskab til sundhedsvæsenet gør også ansættelse inden for psykiatrien relevant, men arbejdsgruppen har ikke fundet det nødvendigt at gøre dette obligatorisk.

Kravet om ansættelse ved lungemedicinsk klinik for vordende speciallæger i det samfundsmedicinske grenspeciale arbejdsmedicin begrundes med, at disse klinikker traditionelt har arbejdet med gruppeundersøgelser af et klientel, blandt hvilket der hyppigt findes væsentlige arbejdsmedicinske problemer (f.eks. støvlungelidelser). Der synes desuden at være en tendens til at en vis arbejdsmedicinsk aktivitet udbygges på disse klinikker i det amtskommunale sygehusvæsen.

Andre ansættelser, der med fordel kan indgå i den kliniske uddannelse for vordende speciallæger i grenspecialet arbejdsmedicin er ansættelser på afdelinger i specialerne dermatologi, intern medicin, fysiurgi, otologi/audiologi.

For speciallæger i samfundsmedicin har man ikke fundet det nødvendigt at fastsætte krav om særlige ansættelser, da hovedformålet med den kliniske uddannelse er at bibringe den uddannelsessøgende kendskab til det kliniske sundhedsvæsen.

Da en stor del af de uddannelsessøgende læger inden for samfundsmedicin, i det mindste i den nærmeste fremtid, må antages at stille efter en funktion inden for embedslægevæsenet, og da embedslægeinstitutioner er den del af det samfundsmedicinske funktionsområde, hvor samfundsmedicinske opgaver i bredeste forstand behandles, stiller man forslag om, at hoveduddannelse B for vordende embedslæger skal indeholde mindst 1 års ansættelse som heltidsansat embedslægeassistent ved en institution.

Herudover stilles ingen særlige krav, udover at ansættelsesstederne skal opfylde de kriterier, der er angivet ovenfor og iøvrigt være godkendt af det i kapitel 7 foreslåede uddannelsesudvalg.

Man skal fra arbejdsgruppens side foreslå, at samtlige underordnede fuldtidsstillinger for læger i centraladministrationen godkendes normalt **under** den forudsætning, at der for disse uddannelsesstillinger findes en lægelig chef.

For ansættelser ved teoretiske institutter, hvor samfundsmedicinske teoretiske grundfag

behandles, finder arbejdsgruppen det ikke nødvendigt, at der stilles krav om, at der også er lægelig chef.

6.1.2. Den teoretiske videreuddannelse

Som tidligere anført er embedslægekursus fra **1974 blevet afholdt som** et kursus i samfundsmedicin i medfør af indenrigsministeriets bekendtgørelse af 14. november 1973 om uddannelse af embedslæger.

Arbejdsgruppen foreslår at kursus i det væsentlige fortsætter efter de retningslinier, som er nedlagt i bekendtgørelsen, men udvides med et arbejdsmedicinsk delkursus, således at kursus kommer til at bestå af 6 delkurser:

- A. administration, lovgivning og planlægning
- B. epidemiologi og statistik
- C. socialmedicin
- D. hygiejne
- E. arbejdsmedicin
- F. retslægelige fag.

Mindst 5 af disse delkurser skal gennemgås af vordende speciallæger i samfundsmedicin. Delkurserne A og B skal være obligatoriske for alle og yderligere skal man gennemgå mindst 3 af de øvrige kurser som tilvalgskurser før man kan opnå speciallægeanerkendelse i samfundsmedicin. For speciallæger i samfundsmedicin, der søger embedslægestilling, gælder det specielle at delkursus F er obligatorisk, og for grenspecialister i arbejdsmedicin er delkursus E obligatorisk.

Arbejdsgruppen foreslår iøvrigt, at kursus i fremtiden søges organiseret på en sådan måde, at de enkelte delkurser kan søges hver for sig, og kurserne bør tilrettelægges efter de samme retningslinier som andre speciallægekurser og administreres parallelt med disse.

Hvad angår den tidsmæssige placering af kursusuddannelsen i den samlede speciallægeuddannelse foreslås, at kursus kan gennemgås over nogle år, og at kursus skal være afsluttet før sidste år i hoveduddannelse B påbegyndes. Da et af kriterierne for optagelse på kursus må være en relevant forudgående uddannelse, vil det være mest naturligt, at kursus gennemføres under de første to års ansættelse i hoveduddannelse B.

Ved den Nordiska Hälsovårdshögskola i Göteborg er der gennemført et omfattende undersøgelsesarbejde med henblik på skolens fortsatte virksomhed. Arbejdsgruppen foreslår, at der åbnes mulighed for, at dele af den

teoretiske uddannelse vil kunne finde sted der efter nærmere bestemmelse på grundlag af en nøjere vurdering i det i kapitel 7 omtalte uddannelsesudvalg. Godkendelse af deltagelse i andre udenlandske kurser må også kunne gives, men må afhænge af konkrete vurderinger.

6.1.3. Eksamen og evaluering

Arbejdsgruppen er bekendt med, at det overvejes at tilrettelægge en evaluering af kurser og kursisternes udbytte ved den teoretiske del af speciallægeuddannelserne, hvilket efter gruppens opfattelse også vil være naturligt for et speciale i samfundsmedicin. Man foreslår derfor, at den nuværende eksamen i forbindelse med kursus i samfundsmedicin afskaffes. Dette anses for både naturligt og forsvarligt, da der samtidig foreslås en formaliseret praktisk, klinisk uddannelse på dertil godkendte uddannelsessteder i lighed med, hvad der er gældende inden for andre specialer.

6.2. Andre uddannelser i samfundsmedicin

Arbejdsgruppen har overvejet, hvorledes de eksisterende korterevarende efteruddannelseskurser i samfundsmedicinske emner med tiden kan omformes til korterevarende videreuddannelser, som kan supplere en allerede erhvervet uddannelse og gøres obligatorisk for at opnå særlige ansættelser.

Man er enige om, at der bevares eller tilvejebringes en teoretisk uddannelse for:

- a. skolelæger
- b. bedriftslæger
- c. socialmedicinske konsulenter.

På et senere tidspunkt kan der desuden vise sig behov for andre uddannelsesstilbud inden for det samfundsmedicinske område.

6.2.1. Uddannelsen af skolelæger

Arbejdsgruppen foreslår, at der fortsat afholdes et kursus på ca. 60 timer i skolehygiejne. Man har ikke fra arbejdsgruppens side forslag til revision af det eksisterende skolelægekursus, men man foreslår, at det i kapitel 7 nævnte udvalg løbende følger udviklingen på området.

Man skal i denne forbindelse pege på det hensigtsmæssige i, at kursus søges koordineret med delkursus C i socialmedicin ved kursus i samfundsmedicin. På denne måde kan der åbnes mulighed for, at også læger under uddannelse til speciallæge i samfundsmedicin,

får mulighed for at deltage i dette kursus i skolehygiejne.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der ved optagelse på kursus i skolehygiejne bør stilles følgende krav om forudgående kvalifikationer:

- a) tilladelse til virke som alment praktiserende læge, jf. indenrigsministeriets bekendtgørelse af 25. november 1976 om uddannelse af alment praktiserende læger eller
- b) tilladelse til selvstændigt virke som læge, jf. lægelovens § 2, stk. 5, samt yderligere 1¹/₂ års klinisk videreuddannelse.

Tilfredsstillende gennemgang af kursus i skolehygiejne samt den under a) eller b) nævnte kliniske uddannelse bør snarest i henhold til lægelovens § 3, stk. 2, gøres til en forudsætning for at opnå ansættelse som skolelæge.

Med hensyn til lovhjemmel for at fastsætte krav, henvises til kapitel 7.

6.2.2. Uddannelsen af bedriftslæger

Arbejdsgruppen finder, at der for bedriftslæger bør tilrettelægges en formaliseret uddannelse efter samme model som for skolelæger.

For læger, der ansættes som bedriftslæger, bør der derefter snarest stilles krav om tilfredsstillende deltagelse i et kursus i arbejdsmedicin, foreløbig af mindst 60 timers varighed f. eks. i lighed med det af lægeforeningen tilrettelagte.

Det foreslås, at det i kapitel 7 nævnte uddannelsesudvalg blandt andet får til opgave at gennemgå og eventuelt korrigere de eksisterende kursustilbud og overføre dem til samme regi som den øvrige kursusvirksomhed. Dette kursus i arbejdsmedicin kan formentlig med fordel koordineres med delkursus E i arbejdsmedicin i samfundsmedicinsk kursus.

I lighed med hvad der foreslås for kursus i skolehygiejne bør krav om optagelse på bedriftslægernes kursus være:

- a) tilladelse til virke som alment praktiserende læge eller
- b) tilladelse til selvstændigt virke som læge samt yderligere 1¹/₂ år klinisk uddannelse.

Som nævnt ovenfor bør kursusvirksomheden søges koordineret med delkursus E i arbejdsmedicin under kursus i samfundsmedicin, og såfremt man har gennemgået dette delkursus

kan det sidestilles med deltagelse i bedriftslægekursus.

Vordende speciallæger i samfundsmedicin og grenspeciallæger i arbejdsmedicin vil således, såfremt de har gennemgået det teoretiske kursus også kunne virke som bedriftslæger, jf. hoveduddannelse B for uddannelsen i arbejdsmedicin. Dette vil også være muligt for en yngre læge, der er under uddannelse til andre specialer under forudsætning af, at vedkommende har gennemgået et af de to teoretiske kurser. Herudover vil også speciallæger efter gennemgået kursus kunne virke som bedriftslæger.

6.2.3. Uddannelsen i socialmedicin

For så vidt angår læger med funktion som socialmedicinske konsulenter for de sociale forvaltninger på primærkommunalt og amtskommunalt plan finder man det naturligt at benytte samme uddannelsesmodel som for skolelæger og bedriftslæger.

Forudsætningen vil være gennemgået del kursus C i socialmedicin i den teoretiske uddannelse i samfundsmedicin eller et tilsvarende kursus. Det vil være ønskeligt, om der desuden tilbydes kortvarige introduktionskurser i basal epidemiologi, statistik, lovgivning etc.

Forudsætningen for optagelse på et særligt kursus i socialmedicin eller på delkursus C, kursus i samfundsmedicin, foreslås som ovenfor at være enten

- a) tilladelse til virke som alment praktiserende læge
- eller
- b) tilladelse til selvstændigt virke som læge samt yderligere 1 1/2 års klinisk uddannelse.

På noget længere sigt bør det tilstræbes at begrænse muligheden for at virke som socialmedicinsk konsulent til kun at omfatte læger, der har gennemgået den foreslåede teoretiske uddannelse og som enten har tilladelse til virke som alment praktiserende læge eller har speciallægeanerkendelse, da netop den socialmedicinske funktion, som ønskes af primær- og amtskommunale organer, oftest er knyttet sammen med et behov for enten speciallæge lig bistand eller bistand fra almen praksis.

For så vidt angår uddannelsen af fuldtidsansatte »sociallæger« ved amtskommunale og eventuelt primærkommunale forvaltninger, må man regne med, at der enten ansættes speciallæger i samfundsmedicin eller læger

med speciallægeanerkendelse i særligt relevante kliniske specialer som f. eks. psykiatri, som tillige har gennemgået de relevante dele af kursus i samfundsmedicin.

6.3. Samfundsmedicinske uddannelsesstillinger

En gennemførelse af arbejdsgruppens forslag forudsætter, at der er eller tilvejebringes et tilstrækkeligt antal underordnede lægestillinger, som kan godkendes som uddannelsesstillinger i specialet. I det følgende gennemgås de væsentligste eksisterende muligheder for sådanne stillinger uden at oversigten giver sig ud for at være komplet.

6.3.1. Sundhedsstyrelsen

I sundhedsstyrelsen findes der for tiden 4 fuldtids-lægeassistentstillinger. Disse stillinger er ikke tidsbegrænsede, men findes ved afdelinger med lægelige chefer og kan derfor indgå som uddannelsesstillinger. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at disse stillinger når lejlighed gives bør ændres til tidsbegrænsede stillinger i lighed med, hvad der gælder for andre lægelige uddannelsesstillinger.

Ud over heltidsstillingerne findes der i sundhedsstyrelsen 9 deltidsansatte læger med et ugentligt timeantal på 15. En del af disse er henlagt til specialiserede afdelinger i styrelsen og vil næppe kunne anses for specielt egnede til at give en bred uddannelse i administrativ medicin. Stillingerne giver imidlertid mulighed for tilegnelse af forskellige færdigheder, der vil kunne være af betydning for fremtidige speciallæger i samfundsmedicin. Stillingernes indhold bør derfor vurderes med henblik på en bedømmelse af deres værdi i uddannelsen i forbindelse med en eventuel overgangsordning, men derimod finder arbejdsgruppen ikke, at stillinger af denne art kan bedømmes generelt, men må vurderes specifikt i relation til den uddannelsessøgendes uddannelse iøvrigt.

6.3.2. Miljøstyrelsen

I miljøstyrelsen findes 1 underordnet heltidslægestilling. Denne stilling findes i en afdeling med lægelig chef, hvorfor ansættelse i denne stilling efter arbejdsgruppens opfattelse kan medregnes fuldt ud i en speciallægeuddannelse i samfundsmedicin. Denne stilling er som stillingerne i sundhedsstyrelsen ikke tidsbegrænset, men også for denne stilling gælder det, at den bør omdannes til en tidsbegrænset

uddannelsesstilling, når mulighed derfor foreligger.

6.3.3. *Direktoratet for arbejdstilsynet*

Inden for arbejdstilsynet og iøvrigt arbejdsministeriets område er der for øjeblikket ikke fuldtidsstillinger, som kan medregnes blandt de stillinger, der er til rådighed for speciallægeuddannelsen i samfundsmedicin, men der er som beskrevet i kapitel 3 konkrete planer om en udbygning af dette område. Såfremt disse planer gennemføres, bliver der i arbejdstilsynet under dettes overlæge to heltidslægeassistenter, og i arbejdstilsynskredsene forventes der tre til fem underordnede fuldtids-lægestillinger. Hertil kommer op til seks underordnede lægestillinger ved arbejdsmiljøinstituttet.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der også af uddannelsesmæssige grunde må lægges stærk vægt på, at disse stillinger etableres i løbet af de nærmeste par år, og at i hvert fald flertallet af dem oprettes som tidsbegrænsede uddannelsesstillinger i lighed med andre underordnede lægestillinger.

6.3.4. *Arbejdsmedicinske klinikker*

De arbejdsmedicinske klinikker er i disse år under opbygning og antallet af underordnede lægestillinger kan på indeværende tidspunkt ikke opgøres præcist. Ved Rigshospitalets arbejdsmedicinske klinik er der i øjeblikket normeret en 1. reservelægestilling og en stilling som klinisk assistent, som begge vil kunne klassificeres som uddannelsesstillinger inden for samfundsmedicin og grenspecialet arbejdsmedicin. Det må forventes, at der bliver mindst et tilsvarende antal stillinger ved klinikkerne i Århus og Odense.

6.3.5. *Universiteterne*

En række af universiteternes institutter beskæftiger sig med samfundsmedicinske discipliner, og lægestillinger ved disse institutter vil alle i et vist omfang kunne indgå som uddannelsesstillinger i speciallægeuddannelsen i samfundsmedicin.

De retsmedicinske institutters retspatologiske afdelinger har i øjeblikket normeret ialt 9 stillinger i kategorien lektor/adjunkt, som alle vil kunne godkendes som uddannelsesstillinger. Ansættelse ved andre afdelinger end de retspatologiske bør i et vist omfang efter konkret bedømmelse kunne indgå i uddannelsen.

På de socialmedicinske institutter, hvor der

i København og Århus findes ialt 6 stillinger i adjunkt/lektorgruppen, beskæftiger man sig udelukkende med områder der er relevante for den samfundsmedicinske uddannelse, og ansættelse på disse institutter kan godkendes som led i speciallægeuddannelsen.

På de hygiejniske institutter gælder de samme forhold som på de socialmedicinske institutter, og de 8 normerede stillinger i lektor/adjunktgruppen kan alle godkendes som uddannelsesstillinger.

Ved andre institutter som f.eks. institutter for medicinsk mikrobiologi, for medicinsk statistik, for genetik m.m. findes der stillinger, hvis indhold ikke sjældent har relevans for speciallægeuddannelsen i samfundsmedicin, og det er arbejdsgruppens opfattelse, at ansættelser på sådanne institutter, efter konkret vurdering på basis af en stillingsbeskrivelse, vil kunne indgå i speciallægeuddannelsen.

6.3.6. *Klinisk socialmedicinske institutioner*

1 forbindelse med forskellige institutioner findes der en række klinisk socialmedicinske afdelinger eller enheder, og stillinger ved disse bør efter en nærmere vurdering kunne indgå i speciallægeuddannelsen med indtil 12 måneder.

Heltidsstillingerne ved de kommunale og amtskommunale socialforvaltninger bør kunne medregnes, såfremt der er fuldtidsbeskæftiget lægelig chef knyttet til funktionsområdet. Sådanne stillinger findes ikke på nuværende tidspunkt, men de forventede øgede opgaver på dette område bør i de kommende år kunne give baggrund for oprettelse af uddannelsesstillinger. Deltidsstillinger ved socialforvaltningerne bør derimod efter arbejdsgruppens opfattelse ikke kunne medregnes i uddannelsen med mindre særlige forhold gør sig gældende, og da kun efter en konkret vurdering.

6.3.7. *Andre institutioner*

Ved en række andre institutioner findes der lægestillinger som i begrænset omfang vil kunne indgå i den samfundsmedicinske speciallægeuddannelse. Det gælder således lægestillinger ved socialforskningsinstituttet, ved Dansk Sygehusinstitut og ved Dansk institut for klinisk epidemiologi. Normalt bør ansættelser ved disse institutter kunne godkendes som indtil 12 måneder af den samlede uddannelse.

Stillinger på Statens seruminstitut kan for en dels vedkommende bedømmes på linie med stillinger ved universitetsinstitutterne for medicinsk mikrobiologi, hvilket vil sige at de uddannelsesmæssigt må gøres til genstand for en konkret vurdering på basis af en beskrivelse af stillingernes indhold. Stillinger ved seruminstitutets epidemiologiske afdeling bør dog formentlig kunne godkendes umiddelbart.

6.3.8. *Embedslægeinstitutionerne*

Hidtil har der kun været mulighed for oprettelse af deltidsassistentstillinger ved embedslægeinstitutionerne, men der er fornylig skabt bevillingsmæssig mulighed for at oprette to fuldtidsassistentstillinger. Vilka'rene for oprettelsen af disse stillinger forhandles for tiden, og arbejdsgruppen er af den opfattelse, at ogs' disse stillinger b'r g'øres tidsbegr'nsede, s'ledes at de kan indpasses som uddannelsesstillinger i det samlede uddannelsessystem. Ans'ttelse i stillinger af denne art vil umiddelbart kunne godkendes som led i speciall'geuddannelsen.

Der findes ved embedslægeinstitutionerne eller hos enkelte embedsl'ger ialt 7 deltidsl'geassistentstillinger med et ugentligt timetal p' 12. De b'or — i hvert fald i en overgangsperiode — efter n'rmere vurdering kunne medregnes som en del af speciall'geuddannelsen.

6.4. *Behovet for uddannelsesstillinger*

De eksisterende kapacitetsproblemer inden for det kliniske videreuddannelsessystem vil ogs' p'virke de fremtidige muligheder for tilrettel'ggelsen af uddannelsen i et speciale i samfundsmedicin. Arbejdsgruppen har vurderet de aktuelle udsigter for etablering af uddannelsesstillinger i almen praksis, men selv om der i de n'rmeste 'r kan vise sig visse kapacitetsproblemer, finder man ikke at der er grund til at fravige et krav om ans'ttelse i almen praksis for de l'ger der 'nsker at uddanne sig til speciall'ger i samfundsmedicin.

Det er arbejdsgruppen opfattelse, at ans'ttelse ved embedslægeinstitutioner m' anses for at v'ere en meget v'sentlig del af hoveduddannelse B. Det er derfor absolut n'dvendigt, at der 'bnes mulighed for at etablere egentlige uddannelsesstillinger ved

embedslægeinstitutionerne i form af fuldtidsstillinger for underordnede l'ger. Disse stillinger b'r v'ere tidsbegr'nsede i lighed med, hvad der er g'ældende for de underordnede stillinger p' sygehusene. Tilsvarende anses det for n'dvendigt, at stillinger som underordnet l'ge i centraladministrationen g'øres tidsbegr'nsede s' snart mulighed herfor foreligger. Eventuelt nyoprettede stillinger b'r fra starten normeres som tidsbegr'nsede.

Behovet for uddannelsesstillinger kan ikke angives pr'cist, men det kan tjene til illustration, at blot opretholdelse af status quo i embedslægev'esenet vil kr've, at der uddannes 3 speciall'ger pr. 'r. Skal minimumskravene i forslaget hoveduddannelse B opfyldes, betyder dette, at der er behov for 9 uddannelsesstillinger. Set i relation til antallet af eksisterende stillinger, betyder det at 4 fuldtidsstillinger i sundhedsstyrelsen og de 2 nyoprettede i embedslægev'esenet, hvis de udnyttes maksimalt, kan give disse l'ger hver to 'rs ans'ttelse inden for praktisk samfundsmedicinsk arbejde. En s' rationel udnyttelse af uddannelseskapaaciteten er imidlertid ikke mulig, hvorfor det som n'vnt ovenfor vil v'ere n'dvendigt med en udvidelse af kapaaciteten. Hertil kommer, at det m' anses som et rimeligt krav, at man foruds'tter to 'rs yderligere ans'ttelse ved en embedslægeinstitution f'or fastans'ttelse som embedsl'ge finder sted. Dette vil yderligere minimalt kr've 6 underordnede stillinger af en karakter sammenlignelig med 1. reservel'gerne p' sygehusafdelinger. Ud over behovet for stillinger til uddannelse af embedsl'ger, m' det anses for 'nskeligt, at der er uddannelseskapaacitet til r'dgighed ved embedslægeinstitutionerne til ogs' at sikre speciall'ger i samfundsmedicin med funktion uden for embedslægev'esenet en del af deres uddannelse ved en embedslægeinstitution, hvilket ogs' g'or en udvidelse af uddannelseskapaaciteten n'dvendig.

Blandt andet som f'ølge af arbejdsmilj'lovens ikrafttr'eden pr. 1. juli 1977 vil der komme et 'get behov for uddannelsesstillinger som blandt andet vil kunne im'edekomes ved at en del af de l'gestillinger, som skal oprettes b'ide centralt i direktoratet og i arbejdstilsynskredsene etableres som underordnede tidsbegr'nsede stillinger, der kan indg' i videreuddannelsessystemet. Af hensyn til udviklingen af det samfundsmedicinske grenspeciale arbejdsmedicin, m' arbejdsgrup-

pen stærkt anbefale, at noget sådant sker, ligesom man må understrege det vigtige i, at der tages tilsvarende hensyn til det arbejdsmedicinske grespeciales udbygning ved oprettelsen og udbygningen af de arbejdsmedicinske klinikker og ambulatorier i det amtskommunale sygehusvæsen.

Som en særlig mulighed for etablering af en øget uddannelseskapacitet skal man pege på, at en nærmere administrativ tilknytning mellem arbejdslægerne i tilsynskredsene og embedslægeinstitutionerne vil muliggøre, at en fuldtidsansat lægeassistent ved embedslægeinstitutionen vil kunne få en værdifuld arbejdsmedicinsk uddannelse under supervision af arbejdslægen, således at disse ansættelser for en dels vedkommende også vil kunne indgå i en arbejdsmedicinsk uddannelse.

6.5. Arbejdsgruppens forslag til overgangsordninger

Som beskrevet i det foregående, er der for øjeblikket kun meget begrænsede muligheder for, at man vil kunne uddanne tilstrækkeligt mange speciallæger i samfundsmedicin og arbejdsmedicin i overensstemmelse med de foreslåede uddannelseskrav. Det antal, der i de nærmeste år kan uddannes, vil ikke kunne opfylde det forventede behov for speciallæger på disse områder. Arbejdsgruppen har derfor kort skitseret et forslag til overgangsordninger for opnåelse af speciallægeanerkendelse i samfundsmedicin og i arbejdsmedicin.

6.5.1. Samfundsmedicin

I en overgangsperiode vil ansættelse som deltidsassistent hos en embedslæge eller i en embedslægeinstitution kunne medregnes som hoveduddannelse med den halve tid, idet indtil 48 måneders ansættelse vil kunne medregnes som 24 måneder. Det må være en forudsætning, at den pågældende ikke samtidig har ansættelse andet sted, som medregnes i hoveduddannelse B.

Desuden må deltidsarbejde i social- og sundhedsforvaltninger i amtskommuner og primærkommuner efter en konkret vurdering kunne medregnes.

Arbejdsgruppen mener, at overgangsperioden i hvilken disse regler skal kunne anvendes, bør være meget kort.

6.5.2. Arbejdsmedicin

I en overgangsperiode af kort varighed må ansættelse som bedriftslæge i deltidsstillinger kunne medregnes som uddannelse efter en konkret vurdering af den enkelte ansættelses uddannelsesmæssige værdi. Forudsætningen herfor må være, at der for den pågældende bedriftslæge ligesom for en fuldtidsansat i uddannelsesstilling etableres et tæt samarbejde (supervision) med den lokale arbejdstilsynskreds og specielt tilsynskredsens arbejdslæge. En anden mulighed er, at der etableres bedriftssundhedscentre, og at deltidsansættelser ved disse vil kunne medregnes i uddannelsen, hvis der til centret er knyttet fuldtidsansatte læger.

Kapitel 7:

PLANLÆGNING OG STYRING AF UDDANNELSEN I SPECIALET SAMFUNDSMEDICIN

Som en naturlig konsekvens af etableringen af et samfundsmedicinsk speciale er det arbejdsgruppens opfattelse, at der analogt med forholdene inden for andre specialer oprettes et kursusudvalg for den teoretiske uddannelse i tilknytning til specialistnævnet. Udover opgaverne med den praktiske tilrettelæggelse af kursusvirksomheden foreslår arbejdsgruppen, at dette kursusudvalg i de første år efter specialets etablering får en række koordinerende opgaver i samarbejde med specialistnævnet og de tre underudvalg, der er beskrevet i speciallægekommissionens betænkning om specialistnævnet. Dette må anses for nødvendigt, idet der ikke som for andre specialers vedkommende er et enkelt videnskabeligt selskab som kan varetage kursusvirksomheden, og fordi specialistnævnet og dets udvalg kan behøve et sådant kursusudvalgs rådgivende bistand ved fastlæggelse af praksis på forskellige områder. Hertil kommer at man gennem et sådant udvalg vil kunne videreføre den ekspertise og erfaring som i de senere år er oparbejdet i nævnet vedrørende kursus i samfundsmedicin.

7.1. Uddannelsesudvalgets sammensætning

Som anført ovenfor er der ikke et enkelt selskab som kan varetage den samfundsmedicinske kursusvirksomhed, og arbejdsgruppen skal derfor foreslå, at kursusudvalget under specialistnævnet sammensættes af repræsentanter udpeget af de samfundsmedicinske specialselskaber (Dansk Selskab for Samfundsmedicin, Dansk Selskab for Socialmedicin og Dansk Industrimedicensk Selskab). Derudover bør der være mulighed for at knytte medlemmer fra det nuværende kursusnævn til specialistnævnets kursusudvalg.

Arbejdsgruppen finder det ønskeligt, hvis der inden for en kort årrække kan etableres en mere fast struktur inden for de samfundsmedicinske speciallægeselskaber i lighed med, hvad der er tilfældet inden for andre samhørende grupper af specialer, men man finder det på ingen måde nødvendigt for at få etableret et kursusudvalg.

Arbejdsgruppens forslag om, at kursusvirksomheden organiseres på samme måde som for andre specialer indebærer, at indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 581 af 14.11.1973 om uddannelse af embedslæger må ændres således, at det eksisterende kursusnævn nedlægges. På samme måde må det forudsættes, at udvalget der i dag tager sig af skolelægeuddannelserne, nedlægges som selvstændigt udvalg, og at også denne uddannelse indpasses under kursusudvalgets virksomhed.

7.2. Kvalifikationsvurdering

1 henhold til lægelovens § 14 skal alle læger som ansættes som ledende læge ved »sygehus eller anden større helbredelsesinstitution« have bedømt deres kvalifikationer af sundhedsstyrelsen med bistand af et sagkyndigt råd. Denne bestemmelse dækker ikke de slutstillinger som findes inden for det samfundsmedicinske område, og ej heller flertallet af de stillinger som kan forventes oprettet. For embedslægevæsenets vedkommende er der derfor i § 2, stk. 2, i lov om embedslægeinstitutioner m.v. nedsat et særligt råd på tre medlemmer til at afgive en sagkyndig vurdering af kvalifikationer hos ansøgere til embedslægestillinger.

En tilsvarende bestemmelse findes ikke på det øvrige samfundsmedicinske område, og

uanset at bestemmelsen i § 25 i lov nr. 227 af 27. maj 1970 om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender kræver, at socialministeren nedsætter et nævn der er rådgivende ved bedømmelse af kvalifikationer hos ansøgere til ledende stillinger i amtskommunernes social- og sundhedsforvaltninger, er det arbejdsgruppens opfattelse, at der på det samfundsmedicinske område uden for embedslægevæsenet også bør etableres et bedømmelsesudvalg sammensat af medlemmer med samfundsmedicinsk uddannelse svarende til sammensætningen af § 14-rådene inden for de øvrige lægelige specialer. På baggrund af den store bredde inden for det samfundsmedicinske område foreslås det, at der etableres sådanne bedømmelsesudvalg for det arbejdsmedicinske område og det socialmedicinske område ved siden af det eksisterende embedslægelige nævn.

Desuden vil arbejdsgruppen anbefale, at man i specialistnævnet og i sundhedsstyrelsen nøje overvejer, om der bør fastlægges nærmere retningslinier for kvalitationsbedømmelsen af ansøgere til stillinger som skolelæge, bedriftslæge m.m. ud over den faglige bedømmelse, der sker for skolelægenes vedkommende i embedslægeinstitutionerne.

7.3. Specialrepræsentanter

I lægelovens § 4, stk. 2, fastsættes det, at sundhedsstyrelsen til vejledning for specialistnævnet udnævner repræsentanter for de forskellige specialer, og såfremt samfundsmedicin anerkendes som et speciale, skal der således også udpeges specialrepræsentanter på dette område. Som lægeloven er formuleret er der ikke fastsat *noget* tal for, hvor mange specialrepræsentanter der skal udpeges, og det vil således være muligt at hvert specialområde inden for samfundsmedicinen kan få udpeget specialrepræsentanter. Arbejdsgruppen vil finde det hensigtsmæssigt, at der fra begyndelsen udpeges en eller to specialrepræsentanter for embedslægevæsenet, socialmedicin og for arbejdsmedicin. Afhængig af hvilken funktion der tildeles de centrale myndigheder ved bedømmelsen af uddannelsesforhold og kvalifikationer inden for skolesundhedstjenesten, bedriftssundhedstjenesten o.a., kan det også blive aktuelt med udpegnings af specialrepræsentanter på sådanne områder.

7.4. Planlægning af uddannelsen af skolelæger, bedriftslæger m.v.

I arbejdsgruppens forslag til videreuddannelse inden for det samfundsmedicinske område indgår også regler for uddannelse af skolelæger og bedriftslæger, der ikke skal fungere som fuldtidsansatte og som ikke har behov for en speciallægeuddannelse.

Efter ændring af lægeloven i 1976 er indenrigsministeren ifølge lovens § 3, stk. 2, bemyndiget til at fastsætte regler for videreuddannelse med henblik på udøvelse af nærmere bestemte lægelige funktioner. Opfyldelsen af sådanne regler vil i givet fald være obligatorisk for udøvelsen af de pågældende funktioner, idet anden uddannelse ikke vil kunne betragtes som tilstrækkelig. Arbejdsgruppen foreslår, at der med hjemmel i den nævnte paragraf og efter forslag fra specialistnævnet fastsættes regler for uddannelse af skolelæger, bedriftslæger og socialmedicinske konsulenter ved kommuner og amter.

Den overordnede planlægning af disse uddannelser foreslås henlagt til det samfundsmedicinske kursusudvalg, således at der for hver af de omtalte uddannelser nedsættes et underudvalg.

Arbejdsgruppens forslag om at henlægge også disse kurser til det samfundsmedicinske kursusudvalg kan betyde en overordentlig stor belastning af dette udvalg i de første år efter etableringen af det samfundsmedicinske speciale og eventuelle andre formaliserede videreuddannelser inden for det samfundsmedicinske område. Arbejdsgruppen skal derfor foreslå, at det overvejes, at der udover det faste kursusudvalg for samfundsmedicin nedsættes et eller flere ad hoc-udvalg til opbygning af dette uddannelsesområde. Der tænkes specielt her på mulighederne for nogle rådgivende udvalg vedrørende embedslægeuddannelsen og skolelægeuddannelsen, idet man i sådanne udvalg vil kunne videreføre en væsentlig del af den erfaring der findes hos de personer, der har beskæftiget sig med dette område, indtil kursusrvirkomheden har fundet sin nye form.

7.5. Forslag til ændringer af bekendtgørelser

Arbejdsgruppens forslag berører flere uddannelser, der er fastsat ved indenrigsministerielle bekendtgørelser. Forslaget indebærer således en nødvendig revision af disse.

Etablering af et speciale i samfundsmedicin

vil kræve en ændring af indenrigsministeriets bekendtgørelse om uddannelsen af speciallæger. Ændringen foreslås foretaget samtidig med andre ændringer, som måtte følge af speciallægekommissionens betænkning. Den foreslåede henlæggelse af den samfundsmedicinske uddannelse til specialistnævnet parallelt med andre specialer betyder desuden, at indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 581 af 14. november 1973 om uddannelse af embedslæger revideres.

Ændrede krav til uddannelsen af skolelæger og eventuelt fastsættelse af særlige kvalifikationskrav ved ansættelse som skolelæge kan gennemføres ved en særlig bekendtgørelse i henhold til lægelovens § 3, stk. 2. Hvad angår selve indholdet i kursus i skolehygiejne kan dette fastsættes i henhold til indenrigs-

ministeriets bekendtgørelse af 5. juli 1972 om skolelægeordningen § 4, stk. 3, uden at det forudsætter ændringer i bekendtgørelsen. Arbejdsgruppen skal i denne forbindelse pege på, at et udvalg nedsat af sundhedsstyrelsen i februar 1977 har udarbejdet forslag til retningslinier for kursus i skolehygiejne, og disse retningslinier vil hurtigt kunne iværksættes, når den igangværende høring hos organisationerne mil. er tilendebragt.

Etablering af et bedriftslægekursus og eventuelt andre kurser som f. eks. kurser i socialmedicin for kommunale konsulenter, forudsætter at der udsendes bekendtgørelse herom. Krav om gennemgang af sådanne kurser som forudsætning for ansættelse i de pågældende funktioner vil kunne fastsættes i medfør af lægelovens § 3, stk. 2.

Betænkning fra en arbejdsgruppe nedsat til overvejelse af

Uddannelsen

af

kliniske farmakologer

INDHOLD

	side
1. Indledning	303
1.1 Arbejdsgruppens baggrund, medlemmer og kommissorium	303
2. Generelle retningslinier for ekspertuddannelsen til klinisk farmakolog	303
2.1 Almene principper	303
2.2 Oversigt over uddannelsens indhold	304
3. Grunduddannelse I	304
3.1 Klinisk uddannelse	304
3.2 Teoretisk uddannelse	304
4. Grunduddannelse II	304
4.1 Oversigt, inddeling, varighed	304
4.2 Basal farmakologisk funktion	304
4.3 Klinisk farmakologisk ansættelse	304
4.4 Teoretisk uddannelse	305
4.4.1 Egentlig farmakologiske/klinisk farmakologiske kurser	305
4.4.2 Deltagelse i kurser arrangeret af andre specialer	305
4.4.3 Deltagelse i kurser arrangeret i samarbejde med andre specialer	305
4.4.4 Andre specialers deltagelse i kurser arrangeret af kliniske farmakologer	305
5. Alternative muligheder og overgangsbestemmelser	305
5.1 Evt. grenspecialisering i klinisk farmakologi inden for intern medicin	305
5.2 Gennemførelse af undtagelses- og overgangsbestemmelser	305
6. Nye kategorier for uddannelsesstillinger	305
7. Skøn over behovet for kliniske farmakologer	305
8. Afslutning	306

Bilag:

Forslag til indholdet af de farmakologisk/klinisk farmakologiske kurser i »grunduddannelse II«

1. Indledning

1.1 Den stigende forståelse og interesse for den kliniske farmakologis betydning i det danske sundhedsvæsen har i de seneste år bl.a. givet sig følgende udtryk:

1. **Sundhedsstyrelsens** betænkning af 1976: »Klinisk farmakologi på sygehuse« indeholder bl.a. retningslinier for fagets funktion m.m. Uddannelsesforløbet er imidlertid ikke detaljeret beskrevet. Det skal bemærkes, at udvalgets arbejde blev afsluttet i 1973.

2. Inden for de sidste år er der, foruden den af Forskningsrådet oprettede forskningsenhed med tilhørende professorat i klinisk farmakologi ved Rigshospitalet og farmakologisk institut, oprettet permanente **professorater** i faget ved både Århus og Odense universiteter.

3. **Speciallægekommissionen** inddrog tidligt klinisk farmakologi under sit arbejde, og henviste området til »laboratoriemedicin«. Det blev imidlertid erkendt, at området overvejende skulle behandles under de kliniske fag. Herefter fremkom tilbud om en nærmere tilknytning til den interne medicin.

Disse og andre forhold har gjort det klart, at uddannelsen til klinisk farmakolog må defineres nærmere. Et mere præciseret og koordineret uddannelsesforløb må også beskrives med henblik på den nøje sammenhæng mellem uddannelsen og den senere funktion samt af hensyn til **rekrutteringen**. Tillige er det vigtigt at få fagområdet indplaceret i de kapacitetsbegrænsede videreuddannelsesmuligheder.

Direkte foranlediget af overvejelserne i speciallægekommissionen samt af forslaget fra den interne medicin (DSIM) afholdtes den 6. januar 1977 et møde med henblik på at organisere hele uddannelsesforløbet på en

fastere måde. 1 dette møde deltog speciallægekommissionens formand, ERNST GOLDSCHMIDT, formanden for DSIM's bestyrelse, AAGE DRIVSHOLM, samt en gruppe på ca. 15 læger, der er interesserede i klinisk farmakologi. På mødet nedsattes en arbejdsgruppe bestående af KARL-ERIK ANDERSSON, PER BUCH ANDREASEN, EIGILL HVIDBERG, JENS P. KAMP-MANN og JENS SCHOU, der fik til opgave inden 15. marts at fremsende et detaljeret oplæg til speciallægekommissionen om et klinisk farmakologisk uddannelsesforløb. Et specificeret kommissorium blev ikke givet, men det kunne konstateres, at der var bred tilslutning til følgende generelle punkter, som danner grundlag for arbejdsgruppens overvejelser:

- a) klinisk farmakologi bør være et tværgående klinisk ekspertområde
- b) uddannelsen skal have et både klinisk og teoretisk indhold, og
- c) uddannelsen skal føre frem til en klinisk funktion i sundhedsvæsenet.

2. Generelle retningslinier for ekspertuddannelsen i klinisk farmakologi

2.1 Klinisk farmakologi i sundhedsvæsenet må opfattes som en tværfaglig disciplin, og uddannelsen bør, indtil videre, sigte på en ekspertfunktion og ikke et klinisk speciale i gængs forstand. Dette er i overensstemmelse med sundhedsstyrelsens betænkning om klinisk farmakologi på sygehuse. Uddannelsen bør derfor ikke knyttes ensidigt til et enkelt, omend bredt, klinisk speciale som intern medicin. På den anden side vil dette speciale for flertallet give den bedste baggrund for den kliniske del af både uddannelsen til, og den senere funktion som, klinisk farmakolog. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at flertallet af kommende uddannelsessøgende vil blive rekrutteret blandt læger med overvejende in-

tern medicinsk uddannelse. Hvis anden uddannelse, eksempelvis psykiatri, neurologi, pædiatri eller delvis laboratoriemedicin, indgår som væsentlige led i den uddannelsessøgendes kliniske baggrund, vil dette i realiteten medføre en begrænsning af den pågældendes funktionsområde som klinisk farmakolog, men til gengæld give en større specialkompetence. En sådan særlig kompetence inden for et andet klinisk speciale kan (og bør formentlig) udvides ved senere supplerende uddannelse i intern medicin, hvis den pågældende skal kunne fungere mere alment i sundhedsvæsenet.

1 forbindelse med denne generelle holdning til den kliniske farmakologiske uddannelse har arbejdsgruppen den opfattelse, at de universitetsafdelinger, der har ansvaret for en væsentlig del af uddannelsen til klinisk farmakologisk ekspert må have kliniske funktioner, bl.a. ved at professorer i klinisk farmakologi tillige er overlæger ved universitetssygehuset. Dette vil også have indflydelse på uddannelsesstillingerne (se punkt 6.1).

2.2 Uddannelsen til ekspert i klinisk farmakologi bør efter arbejdsgruppens opfattelse bestå af to grunduddannelser: **Grunduddannelse I**, der omfatter den kliniske uddannelse og **Grunduddannelse II**, der omfatter den egentlig farmakologiske/klinisk farmakologiske uddannelse. I begge faser indgår en række teoretiske kurser.

Da grunduddannelse I og II hver vil vare ca. $4\frac{1}{2}$ år, vil den samlede uddannelsesvarighed nå op på ca. 9 år, dvs. nogenlunde svarende til speciallægekommissionens hidtidige tanker om en ekspertuddannelse. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at de to grunduddannelser, samt de forskellige elementer i disse, ikke nødvendigvis skal gennemgås i den her skitserede tidsmæssige rækkefølge. Det er dog ønskeligt, at hovedparten af den egentlig kliniske farmakologiske ansættelse placeres sidst i uddannelsen.

3. Grunduddannelse I.

3.1 Denne del af uddannelsen følger som en hovedregel speciallægeuddannelsen i intern medicin til og med landsdelshospitalsuddannelsen (kursusstillingen), dvs. $4\frac{1}{2}$ års klinisk uddannelse (inkl. »turnus«-stillinger i 18 mdr.) efter embedseksamen, og således $3\frac{1}{2}$ års intern medicin. Klinisk uddannelse i andre specialer (kursusstilling) kan, under hensyn til

de i pkt. 2.1 overvejede forhold, erstatte en del af den intern medicinske uddannelse.

3.2 Under landsdelshospitalsuddannelsen (kursusstillingen) skal gennemgås et antal teoretiske kurser af samme omfang som det, der fordres af den, der videreuddanner sig i det pågældende speciale (i intern medicin i øjeblikket 8).

4. Grunduddannelse II.

4.1 Denne del, som er den egentlige farmakologiske/klinisk farmakologiske uddannelse, bør vare ca. $4\frac{1}{2}$ år og foregå i universitetsregi, idet den dog delvis kan foregå på f. eks. amtskommunale klinisk farmakologiske afdelinger, når sådanne er oprettet. Uddannelsen skal omfatte 2 funktioner, dels en basal farmakologisk, dels en klinisk farmakologisk, af en omtrentlig varighed på henholdsvis 2 og $2\frac{1}{2}$ år. Hertil knytter sig forskellige teoretiske kurser.

4.2 Mest hensigtsmæssigt kan den farmakologiske funktion opfyldes ved ansættelse på en farmakologisk institution. Arbejdsgruppen mener dog, at såfremt en formel ansættelse på klinisk farmakologisk afdeling i en periode på ca. 2 år i det væsentligste omfatter en basal farmakologisk funktion, vil dette kunne ækvi- valere med en farmakologisk ansættelse. Den farmakologiske funktion bør bestå af en eksperimentel farmakologisk virksomhed som kan udføres på såvel intakte individer (dyr eller mennesker) som på isolerede organer eller væv.

En farmakologisk ansættelse kan almindeligvis ikke erstatte en funktion på en klinisk farmakologisk afdeling. Arbejdsgruppen er dog af den opfattelse, at man i undtagelsestilfælde, specielt inden færdigudbygningen af afdelinger for klinisk farmakologi, bør kunne opnå godkendelse af en klinisk farmakologisk funktion ud fra andre ansættelsesforhold, men kun såfremt det dokumenteres, at arbejdet udelukkende har været klinisk farmakologisk i konstant samarbejde med og under supervision af en etableret klinisk farmakologisk afdeling.

4.3 Vedrørende uddannelsen under ansættelse på klinisk farmakologisk afdeling henvises til sundhedsstyrelsens betænkning om klinisk farmakologi. Arbejdsgruppen påpeger, at uddannelsen, foruden det vigtige arbejde med patienterne, bør omfatte videregående klinisk rådgivning, en laboratoriefunktion (f. eks. læ-

gemiddelanalyser), erfaring i lægemiddelrelateret administration såsom deltagelse i arbejdet i lægemiddelkomiteer og offentlige lægemiddelnævn samt undervisning.

4.4 Under ansættelsen i de 2 førnævnte funktionsområder 4.2 og 4.3 skal gennemgås en teoretisk kursusuddannelse, dels ved deltagelse i egentlig farmakologiske/klinisk farmakologiske kurser, dels ved deltagelse i kurser arrangeret af andre specialer, evt. etableret i samarbejde med kliniske farmakologer.

4.4.1 Den egentlig farmakologiske/klinisk farmakologiske kursusvirksomhed påtænkes arrangeret i 3 søjler: A) En basal farmakologisk, B) En klinisk farmakologisk og C) En social/administrativ farmakologisk. Det vil være ønskeligt, såfremt de forskellige kurser gennemgås i ovennævnte rækkefølge, men af praktiske årsager mener arbejdsgruppen ikke, at dette kan kræves i øjeblikket. Den samlede kursustid under grunduddannelse II bør være mindst 240 timer eller 40 dage af 6 timer, og kurserne bør gennemføres med intervaller på ikke over 4 år. Arbejdsgruppen har fremsat forslag til en række kurser, der alle bør være obligatoriske. Disse fremgår af bilag 1.

4.4.2 Udover de i afsnit 4.4.1 nævnte kurser vil der hyppigt være behov for, at de uddannelsessøgende i klinisk farmakologi får mulighed for at deltage i kurser arrangeret af nærtstående specialer som intern medicin, klinisk kemi og klinisk fysiologi. Gennemgang af det veletablerede kursus i isotopteknik bør opfattes som en nødvendighed.

4.4.3 På særlige områder vil det være hensigtsmæssigt at oprette kurser i samarbejde med andre specialer, f. eks. sammen med klinisk kemi om kursus i lægemiddelanalyser og disses kliniske anvendelse og tolkning.

4.4.4 Det skal pointeres, at kliniske farmakologer føler det som en væsentlig opgave at deltage aktivt inden for uddannelsen af andre specialer, og det vil være naturligt at tilbyde disses uddannelsessøgende plads på de egentlig farmakologiske/klinisk farmakologiske kurser i det omfang, det ønskes og plads haves.

5. Alternative muligheder og overgangsbestemmelser

5.1 Arbejdsgruppen har diskuteret, om det ville være hensigtsmæssigt med en uddannelse

til grenspecialiseret klinisk farmakolog inden for den interne medicin, eventuelt sideløbende med en ekspertuddannelse. Arbejdsgruppen har, omend ikke i fuld enighed, afvist denne løsning, selv om det er erkendt, at en grenspecialiseret klinisk farmakolog måske vil have nemmere ved at opnå amtskommunal ansættelse end en ekspert uden egentlig overlægekompetence i et klinisk speciale. Derimod er der naturligvis ingen hindring for en samtidig uddannelse i intern medicin, således at forskellen imellem dette forløb og en ekspertuddannelse alene vil blive den kliniske ansættelsesvarighed. Arbejdsgruppen kan imidlertid ikke anbefale en uddannelse til klinisk farmakolog uden mindst 2 års basal farmakologisk funktion (se punkt 4.2).

5.2 Arbejdsgruppen forudsætter, at der, indtil de omtalte uddannelsesmuligheder er blevet en realitet, må gennemføres en række undtagelses- og overgangsbestemmelser.

6. Nye stillingskategorier

Arbejdsgruppen har erkendt, at det her skitserede uddannelsesforløb til ekspert i klinisk farmakologi vil kræve oprettelse af flere nye stillingskategorier, nemlig tidsbegrænsede uddannelsesstillinger på de farmakologiske institutioner samt underordnede hospitalsstillinger i klinisk farmakologi. Nogle ansættelser kan foregå ved stipendier og udenlandsophold, men oprettelsen af ovennævnte stillingskategorier vil på længere sigt blive en nødvendighed. Løsningen af problemerne omkring disse stillinger er en forudsætning for at gennemføre det skitserede uddannelsesforløb.

7. Skøn over behovet for kliniske farmakologer

En nøjagtig bedømmelse af det antal klinisk farmakologiske eksperter, som det danske sundhedsvæsen har behov for inden for de nærmeste år, er selvsagt vanskelig, men et rimeligt skøn vil være, at der om 10-15 år vil være heltidsfunktioner, der kræver klinisk farmakologisk ekspertuddannelse, svarende til 20-30 stillinger. Det må således forudses, at hvert amt har behov for en sådan funktion, og derudover vil der være brug for kliniske farmakologer ved universitetshospitalerne og andre særlig store hospitaler (f. eks. i hovedstadsområdet). Endelig må det antages, at medicinindustrien og det centrale sundhedsvæsen kan aftage en række af de uddannede.

En uddannelseskapacitet, der giver gennemsnitlig mindst to færdiguddannede kliniske farmakologer om året, vil derfor foreløbig være et rimeligt mål.

8. Afslutning

Arbejdsgruppen har udarbejdet denne betænkning i løbet af januar-februar 1977, hvorefter den er tilstillet speciallægekommissionen. Samtlige medlemmer af det nydannede:

»Dansk Selskab for Klinisk Farmakolog« vil få tilstillet et eksemplar.

Rigshospitalet, den 14. marts 1977

KARL-ERIK ANDERSSON

EIGILL HVIDBERG

JENS SCHOU

PER BUCH ANDREASEN

JENS P. KAMPMANN

Arbejdsgruppens forslag til struktur og indhold af kurser i »grunduddannelse II«

A. BASAL FARMAKOLOGISKE KURSER

1. Molekylær farmakologi (6 dage):

Kursus skal på et postgraduat niveau give en gennemgang af molekylær og biokemisk farmakologi.

Kursusformen bliver i væsentlig grad deltageraktiv i form af forelæggelse af lærebogspensum og nyere oversigtslitteratur foruden gruppearbejde.

Indholdet bliver en gennemgang af kemiske egenskabers betydning for biologiske funktioner, herunder absorption, interaktion og penetration i cellemembraner, bindingsmekanismer mellem lægemiddelmolekyler og organismens makromolekyler, proteinbindingsmodeller, receptorteori og receptorisolering. Med eksempler gennemgås virkningsmekanismer for en række lægemidler gennem påvirkning af fysiologiske receptorsystemer samt de kemiske omdannelsesprocesser for lægemiddelmetabolisering foruden andre eliminationsmekanismer.

2. Basal farmakokinetik (3 dage):

Kursus i basal farmakokinetik beskriver lægemidlers omsætning i organismen, dels kemisk dels ved hjælp af matematiske modeller. Undervisningen bør omfatte kendskab til lægemidlers absorption, fordeling, metabolisme og ekskretion samt en grundig formelmæssig gennemgang af et- og to-compartment systemets kinetik ved en- og flergangsdosering. Herudover kendskab til formler for bioavailability, first pass metabolisme, non-lineære systemer samt lægemidlers virkning. Det vil være ønskeligt, om kursus også omfatter en vis indføring i Laplace transformationer samt simpel computerteknik. Selvstændig opgaveløsning med demonstration af kendskab til eksponentiel og simpel infinitesimalregning bør være et væsentligt led i kursus.

3. Metoder: Farmakologiske og biokemiske (5 dage):

Formålet er at gøre deltagerne i stand til at vælge de mest hensigtsmæssige metoder i farmakologiske forskningsprojekter, at kunne vurdere metoder anvendt i andres forskningsprojekter og specielt at kunne bedømme forelagte undersøgelsesresultater i forbindelse med nye lægemidlers introduktion. Kursus vil derfor gennemgå de almindeligt anvendte dyreeksperimentelle screeningmetoder samt de mere avancerede farmakologiske metoder, som anvendes til belysning af lægemidlers effekt på forskellige organsystemer og dyreeksperimentelle sygdomsmodeller. De vigtigste metoder, som anvendes i biokemisk farmakologi til beskrivelse af lægemiddelstoffers skæbne i organismen, vil også indgå, og endelig vil det blive belyst og diskuteret, i hvilken udstrækning dyreeksperimentelle undersøgelser er relevant for den kemiske anvendelse.

B. KLINISK FARMAKOLOGISKE KURSER

1. Klinisk lægemiddelvurdering (9 dage):

Kursus formål er at give en grundig indlæring i alle faserne og problemerne inden for den kliniske lægemiddelvurdering med hensyn til både teori, praksis og teknik. Kursus skal indeholde en gennemgang af forudsætningerne for overgangen fra dyre- til humanundersøgelser, fase 1 konstruktionen og fase 2 problematikken med dosis/virkning undersøgelser. En særlig grundig gennemgang af det kontrollerede kliniske forsøg (fase 3) samt kendskab til fase 4 undersøgelser. Der bør lægges vægt på både indlæring i udøvelse samt i bedømmelse af allerede foretagne undersøgelser.

Cost/benefit vurderinger i bredeste forstand bør have en fremtrædende plads.

2. Kursus i klinisk farmakokinetik (4 dage):

Kursus i klinisk farmakokinetik omfatter den kliniske anvendelse af basal farmakologiske principper. Kursus skal beskrive sammenhængen imellem kinetik og normal eller patologisk fysiologi. Doseringsproblematikken skal tillægges stor vægt, specielt overfor risikogrupper som gravide, lakterende, børn, ældre samt lever- og nyresyge. Kursus omfatter også viden om sammenhængen imellem terapeutisk eller toksisk response og lægemiddelkoncentrationer og bør give deltagerne et grundigt kendskab til de mest anvendte lægemidlers kinetiske parametre. Der skal i hele kursus lægges stor vægt på løsningen af simulerede kliniske problemstillinger.

3. Toksikologi: Eksperimentel, præventiv og klinisk (5 dage):

Kursus gennemgår mekanismer for akut toksikologisk virkning samt langtidstoksikologiske virkninger, herunder carcinogenicitet, mutagenicitet og teratogenicitet. Metoder til undersøgelse af potentielle lægemidler m.m. vedrørende deres toksikologiske egenskaber omtales, også i relation til den vurdering, der

foretages ved registrering af nye lægemidler og udarbejdelse af positivlister inden for levnedsmiddellovgivningen. Endvidere gennemgås de almindeligst optrædende accidentelle og selvinducerede akutte forgiftninger samt almen og specifik forgiftningsbehandling.

C. Social/administrativ farmakologi (8 dage):

I dette kursus bør indgå undervisning med henblik på de brede samfundsmæssige funktioner, som den kliniske farmakolog skal varetage inden for lægemiddelområdet. Undervisningen bør omfatte udvalgte områder af epidemiologien og sociologien samt give et grundigt kendskab til den nationale og EF-mæssige lovgivning vedrørende lægemidler, apoteker- og sygesikringslovgivning samt om lov om centralstyret af sundhedsvæsenet inklusive gennemgang af relevante circulærer fra ministerier og sundhedsstyrelse. Undervisning i lægemiddeløkonomi, lægemiddelforbrugsundersøgelser samt statistik og information vedrørende lægemidler vil også indgå i kurset. Endelig vil kursus omfatte træk af medicinalindustrien og apotekervæsenets struktur, opbygningen af lægemiddelkomiteer samt give kendskab til registrering af nye lægemidler og bivirkninger.

Spørgeskema I
udsendt af speciallægekommissionen
til speciallægeselskaberne, universiteterne,
lægeforeningen m.fl.

Vedlagt fremsendes nogle eksemplarer af speciallægekommisionens årsberetning, der er offentliggjort i Ugeskrift for læger nr. 9, d. 24. februar 1975.

Det fremgår heraf, at kommissionen ønsker beretningen drøftet og kommenteret i relevante råd, udvalg eile" på generalforsamlinger, således at bidrag herfra kan indgå i

kommissionens videre arbejde. Med henblik herpå skal kommissionen anmode om svar senest den 1. juni 1975, og kommissionen er villig til at deltage i drøftelserne.

Udover generelle bemærkninger til de fremførte forslag ønsker kommissionen følgende spørgsmål besvaret:

Spørgsmål 1:

1 den gældende speciallægeordning kræves generelt 12 måneders sideuddannelse i et eller to fag. Denne obligatoriske sideuddannelse foreslår kommissionen afskaffet og erstattet af obligatorisk eller valgfri ansættelse på afdelinger, der har relation til specialet. Valgfri ansættelser skal i den forbindelse forstås på den måde, at de kan erstatte ansættelse i specialet, dvs. at den samlede uddannelsestid bevares uændret. Som eksempel herpå kan nævnes, at uddannelseskravene i patologisk anatomi indeholder en bestemmelse om, at indtil 12 måneder af hoveduddannelsen kan erhverves ved ansættelse i videnskabelig stilling eller inden for følgende specialer: klinisk blodtypeserologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi eller klinisk neurofysiologi.

Er der behov for **obligatorisk** ansættelse på beslægtede afdelinger?

bekræftende fald:

Inden for hvilket eller hvilke specialer?

Hvor mange måneder?

Kunne denne obligatoriske del af uddannelsen kobles til den del af hoveduddannelsen, der foregår på landsdelssygehuset (kursusstillingen) i en fælles rotationsstilling?

Er der behov for **valgfri** ansættelser på beslægtede afdelinger?

Spørgsmål 2:

Hoveduddannelsen omfatter i alle fag mindst 12 måneders ansættelse på sygehus med landsdelsfunktion.

Answer specialet 12 måneder for at være tilstrækkeligt?

Bør hele uddannelsen finde sted på landsdelssygehus, eller bør det nuværende krav om mindst 1 års ansættelse på b-afdeling opretholdes?

Spørgsmål 3:

Kommissionen ønsker at ændre klassificeringen af afdelingerne.

Er der i specialet behov for en opdeling af afdelingerne uden for landsdelssygehusene i forskellige kategorier?

Spørgsmål 4:

Kommissionen har overvejet om speciallægeuddannelser skulle tilbydes som en samlet rotationsstilling, der omfatter hele hoveduddannelsen, inkl. ansættelse som 1. reservelæge.

Hvorledes stiller specialet sig hertil?

Spørgeskema II
udsendt af speciallægekommissionen
til speciallægeselskaberne

SPØRGSMÅL TIL SPECIALLÆGESELSKABERNE VEDRØRENDE EVENTUELLE ÆNDRINGER AF SPECIALLÆGEUDDANNELSERNE

Spørgsmål 1:

Kommissionen har indtil nu kun haft foreløbige drøftelser af uddannelsernes længde og af de forhold, blandt andet nordiske aftaler og EF-lægedirektiver, som kan være bestemmende herfor. Der er således endnu ikke taget stilling til den minimale uddannelsestid i de enkelte specialer, men kommissionen følger sig ikke bundet til EF-direktivernes mindstekrav. Der er flere forhold, som ligger til grund for denne indstilling. Mindstekravene i EF-direktiverne er blandt andet bestemt af uddannelsessituationen, som den er i andre europæiske lande, hvor speciallægeuddannelserne har karakter af et egentligt teoretisk postgraduat studium og derfor også har en kortere varighed, end man kan kræve med det uddannelsessystem, der anvendes i for eksempel Danmark. Desuden vil man i de kommende år kunne forvente at arbejdstiden i underordnede lægestillinger begrænses til 40 timer pr. uge, hvorfor de nuværende uddannelsestider ikke bør afkortes.

Kommissionen finder det derfor ubetænkeligt at regne med en uddannelsestid på $4\frac{1}{2}$ - $5\frac{1}{2}$ år efter gennemgået almenuddannelse, således at den samlede uddannelsestid kan blive på op til 7 år.

Hvor lang tid mener selskabet uddannelsen i specialet bør vare?

Spørgsmål 2:

I de nuværende speciallægebestemmelser er sygehusafdelingerne klassificerede, og der er krav om 12 måneders ansættelse på en afdeling og 12 måneders ansættelse på en b-afdeling som minimumsregler inden for de

fleste specialer. Baggrunden for denne opdeling var ønsket om, at uddannelsen skulle indeholde ansættelser på forskellige sygehus-typer og afdelingstyper. Desværre tilgodeser klassificeringen ikke længere disse ønsker, og kommissionen har derfor overvejet andre muligheder for at sikre, at de uddannelsessøgende får en alsidig uddannelse i specialet.

Uanset resultatet af disse overvejelser finder kommissionen imidlertid, at der som hidtil skal stilles krav om mindst 12 måneders ansættelse på et landsdelssygehus, og man har desuden drøftet, om der skulle stilles krav om gennemførelse af en »introduktionsuddannelse« på særlige afdelinger/afdelingstyper som forudsætning for, at man kan få godkendt senere trin i uddannelsen.

Mener selskabet på denne baggrund, at der bør stilles særlige krav om forudgående uddannelse før ansættelse på (nuværende) a-afdelinger kan medregnes i uddannelsen?

I bekræftende fald hvilke?

Mener selskabet, at ansættelse på landsdelssygehus (nuværende a-afdelingsansættelse/kursusstilling) bør have en længde på mere end 12 måneder?

Der ønskes om muligt en kort beskrivelse af, hvilke forventninger der i uddannelsesmæssig henseende bør stilles til de forskellige ansættelser som led i speciallægeuddannelsen.

Spørgsmål 3:

Kommissionen har ikke ønsket at bevare sideuddannelsen i den form, der er gældende i

de nuværende regler for speciallægeuddannelserne. Man har derimod drøftet en form, hvor supplerende uddannelse i nærtstående specialer placeres som et led i hoveduddannelsen, og hvor det er hensigtsmæssigt gerne med regler for, på hvilket tidspunkt i uddannelsesforløbet denne supplerende del af uddannelsen skal gennemføres for at opnå det størst mulige uddannelsesudbytte

Mener selskabet, at der i specialet er behov for sådan supplerende uddannelse?

I bekræftende fald inden for hvilket speciale(r)?

Spørgsmål 4:

Kommissionen finder, at der som hidtil må stilles krav om ansættelse som 1. reservelæge som sidste led i speciallægeuddannelserne. Der er ligeledes enighed om, at 1. reservelægetiden må finde sted efter ansættelsen på landsdelssygehus (ansættelse på a-afdeling/kursusstilling), for at ansættelsen skal kunne medregnes som tællende i uddannelsen. Med de strukturændringer i lægestabene, som den store tilgang af læger utvivlsomt vil medføre i de kommende år, har kommissionen overvejet, om der bør lægges større vægt på 1. reservelægetiden end tilfældet er nu. For flertallet af specialer vil det næppe være betænkeligt at øge kravet om 1. reservelægetid til 18 måneder.

Mener selskabet, at man af uddannelsesmæssige grunde bør øge krav om funktion i 1. reservelægestilling udover de nugældende 12 måneder?

Spørgsmål 5:

Kommissionen skal i de kommende måneder formulere uddannelseskravene inden for specialerne. Forud for dette arbejdes afslutning planlægges der møder med de enkelte specialselskaber, og som udgangspunkt for drøftelserne ønsker kommissionen at være bedst muligt orienteret om de enkelte selskabers nuværende ønsker til uddannelse i specialet.

Kan selskabet skitsere en ramme for uddannelseskravene i faget blandt andet ved angivelse af de ønskede ansættelsesvarighed?

Mener selskabet, at det er hensigtsmæssigt, at 1. reservelægeansættelse kan finde sted på samtlige de afdelinger, der i dag er klassificerede som a- eller b-afdelinger?

Har selskabet eventuelt forslag til ændring af de nuværende afdelingsklassifikationer?

På hvilket tidspunkt i uddannelsen mener selskabet den teoretiske uddannelse skal placeres?

Kan selskabet angive ønsker om den teoretiske uddannelses indhold dels i antal timer, dels i »overskrifter«/kursusemner?

Spørgsmål 6:

I mange specialer har der efterhånden udviklet sig subspecialer og ekspertområder. Kommissionen skal ifølge sit kommissorium vurdere behovet også for sådanne ekspertområder, og på nuværende tidspunkt mener kommissionen ikke, at det er ønskeligt at udvide antallet af **formaliserede** speciallægeuddannelser. På den anden side må man konstatere et behov for, at der foreligger visse retningslinjer for de uddannelsessøgende, der stiler mod en funktion inden for et subspecial eller ekspertområde.

Mener selskabet, at der for tiden er behov for afgrænsning af subspecialer eller ekspertområder med angivelse af uddannelsesrammer?

1 bekræftende fald hvilke?

Hvor mange forventer selskabet der vil søge uddannelse i de angivne subspecialer/ekspertområder pr. år?

Spørgsmål 7:

I kommissionens overvejelser indgår også de uddannelseskrav, der bliver aktuelle i forbindelse med § 14-vurderinger, særligt når det drejer sig om ekspertområder og lignende. Det har været drøftet, om der bør fastlægges mere generelle retningslinjer på dette område, således at speciallæger under uddannelse og i deres valg af supplerende uddannelse kan have disse retningslinjer at rette sig efter. Man kan i denne forbindelse overveje, om sådanne retningslinjer bør indeholde oplysninger om eventuelle forskelle i de krav, der kan stilles ved § 14-vurderingen i forbindelse med ansættelser på forskellige afdelinger eller afdelings typer inden for samme speciale.

Finder selskabet, at der er behov for sådanne (generelle) retningslinjer, eventuelt med opdeling af kravene til forskellige typer af afdelinger/sygehuse?

Aflægger selskabets § 14-udvalg regelmæssigt beretning over for selskabets medlemmer, for eksempel på generalforsamlinger?

Spørgsmål 8:

Kommissionen har fået til opgave at udtale sig om, hvilke specialer der er behov for, og det er specielt understreget, at man også skal foretage en vurdering af behovet for specialer uden for sygehusvæsenet. Disse spørgsmål har indtil nu kun været drøftet i forbindelse med arbejdet i forskellige arbejdsgrupper og underudvalg. Kommissionen har således ikke taget stilling til behovet for de enkelte specialer.

Mener selskabet at kunne anbefale deltidsansættelser i sygehusvæsenet med ret/pligt for indehaveren til at drive sygesik-

ringspraksis inden for sit speciale i den resterende tid?

Kan selskabet anbefale stillinger inden for specialet, hvis indehaver har funktionspligt for eksempel både på en sygehusafdeling og i et socialcenter?

Mener selskabet, at specialet bør/kan udøves tilfredsstillende uden for sygehusene eller tilsvarende institutioner og i bekræftende fald under hvilken form? Mener selskabet, at man skal regne med, at specialet kan udøves i heltidspraksis i fremtiden?

Er der efter selskabets opfattelse områder, herunder også forebyggelse, hvor specialet kan/bør optage nye eller udvidede arbejdsopgaver?

Giver selskabets opfattelse af specialets funktion uden for sygehusvæsenet i fremtiden anledning til overvejelse om særlige uddannelsesmæssige foranstaltninger i speciallægeuddannelsen?

Litteratur

1. H. Raaschou-Nielsen: Specialistnævnets virksomhed. Ugeskrift for læger 1968, 130: 613-616.
2. Mogens Fog og Jørgen Worm-Petersen: Lægers videre- og efteruddannelse. Medicinsk Årbog vol. 12, 1969. Munksgaard.
3. Indstilling afgivet af en af indenrigsministeriet nedsat arbejdsgruppe vedrørende uddannelse af lægevidenskabelige kandidater til almen praksis. Ugeskrift for læger 1975, 137: 593-603.
4. Indstilling om reformer af de længerevarende sundhedsuddannelser. Betænkning afgivet af Det faglige landsudvalg for sundhedsuddannelserne. Undervisningsministeriet, Direktoratet for de videregående uddannelser 1976.
5. Delbetænkning vedrørende lands- og landsdelsfunktioner. Afgivet af et af indenrigsministeren nedsat udvalg. Betænkning nr. 791, 1977.
6. Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget. Betænkning nr. 809, 1977.
7. Specialistkompetens för nordiska läkare. Nordisk udredningsserie 1964:6.
8. Retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og gren spesialiteten Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 9, 1973: 617-640.
9. Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 202 af 25. maj 1970 om speciallæger.
10. Vejledning for danske læger ved sygehusansættelse i udlandet. Ugeskrift for læger 1975, 137: 2173-2174.
11. Reumatologi inden for sygehusvæsenet. Redegørelse afgivet juni 1976 af et af sundhedsstyrelsen nedsat ekspertudvalg.
12. Betænkning om de teoretiske og klinisk-teoretiske kurser i den almenmedicinske videreuddannelse. Ugeskrift for læger 1977, 139: 1972-1983.
13. Betænkning om prænatal genetisk diagnostik. Afgivet juli 1977 af et af indenrigsministeriet nedsat udvalg. Betænkning nr. 803, 1977.
14. Graduate Medical Education in the European Region. World Health Organization, Copenhagen 1974.
15. Examination and Grading of Undergraduate and Postgraduate Medical Students. World Health Organization, Copenhagen 1975.
16. Joint Committee on Higher Medical Training, The Royal College of Physicians, London, oktober 1972.
17. Tjänstgöring/utbildning för allmänläkar- och specialistkompetens. Nämnden för läkares Vidareutbildning. Stockholm, mars 1974.
18. Betænkning af 1. april 1976 fra det under 19. juli 1962 nedsatte udvalg vedrørende opbygningen af lægestabene ved danske sygehuse. Ugeskrift for læger 1976, 138: 1149-1162.
19. Personalebevægelighed i centraladministrationen. Betænkning fra udvalget vedrørende friere personalebevægelighed i centraladministrationen. Betænkning nr. 783, 1976.

