

Prinsipielle retningslinjer for legers videre- og etterutdannelse.

— Et diskusjonsgrunnlag

Innstilling av 31. desember 1964 fra
Utvalget for legers videre- og etterutdannelse,
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo¹.

1. Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid.

1. Oppnevning og mandat.

I en innstilling av 4/6 1957 fra «Komitéen til utredning av spørsmålet om lægers videreutdannelse» (1) er det gjort utførlig rede for den historiske utvikling i Norge. Komitéen la frem en rekke forslag, bl.a. om kurser for vordende spesialister, om administrasjonen av postgraduate utdannelse og om finansieringen. De fleste av disse forslag har det imidlertid fremdeles ikke lyktes å gjennomføre.

Den 10/12 1960 ble det oppnevnt et «Råd for legers videre- og etterutdannelse» (formann: professor, dr. med. Axel Strøm). Dette råd ble oppnevnt av sentralstyret i Den norske lægeforening, Helsedirektoratet og de medisinske fakulteter i Oslo og Bergen. Det har konsentrert seg om å få i stand flere og bedre kurser, og det har utført et meget godt arbeid med de begrensede midler det har hatt til rådighet. Fra utgangen av 1964 faller alle bevilgninger bort, og Rådet vil derfor innstille sitt arbeid. Ansvaret for den videre utvikling hviler dermed igjen på Den norske lægeforening, Helsedirektoratet og de medisinske fakulteter.

Rådet har summert opp sine erfaringer i en utredning av 11/5 1964 (2), og det anbefaler her *overfor de medisinske fakulteter*:

(d) at fakultetene oppnevner kurskomitéer for avholdelse av kurser som ledd i spesialistenes videre- og etterutdannelse og at bevilgninger hertil oppføres på fakultetenes budsjetter, herunder opprettelse av nødvendige stillinger, anskaffelse av utstyr m.v. for postgraduate utdannelse.

(e) at Det medisinske fakultet i Oslo utreder spørsmålet om å trekke «Drammenskurset» inn i sin kursvirksomhet.

(f) at fakultetene utreder spørsmålet om hvorvidt forskerutdannelsen bør omlegges, henholdsvis utbygges.

På grunnlag av denne anbefaling oppnevnte Det medisinske fakultetsråd i Oslo i møte den 9/6 1964 et «Utvalg for legers videre- og etterutdannelse» som skulle arbeide med punktene (d) og (e), mens behandlingen av punkt (f) i innstillingen foreløpig ble utsatt. Utvalget besto av professor Birger Kaada (formann) og dosentene Sverre Halvorsen, Johan Hertzberg og Peter F. Hjort. Med unntak av Hertzberg er dette den samme komité som på dette tidspunkt hadde ansvaret for Det medisinske fakultets «Spesielle forelesninger». Fra 1. januar 1965 er ansvaret for de sistnevnte overlatt til en underkomité av Fakultetsutvalget for legers videre- og etterutdannelse med professor Svein L. Sveinsson som formann.

2. Utvalgets arbeid.

Arbeidet med legers videre- og etterutdannelse må skje på to fronter:

(a) *Arbeidet på lengre sikt.* Legers videre- og etterutdannelse rommer en hel serie av forskjellige problemer som bør sees og løses i sammenheng med hverandre. Det er derfor viktig å trekke opp hovedlinjene i hele dette arbeid så tidlig som mulig. Hvis det kan oppnås enighet om hovedlinjene, er det langt lettere å fordele, koordinere, og prioritere de forskjellige underproblemene. I neste omgang blir det nødvendig å utarbeide en konkret og detaljert plan for løsningen av hele problemkomplekset.

(b) *Arbeidet på kortere sikt.* Det er imidlertid like viktig å arbeide på et praktisk plan for å stimulere og utvide den kursvirksomhet som allerede er i gang. Dette arbeid har en begrenset, men allikevel viktig målsetting, nemlig å utnytte de muligheter som kan realiseres straks.

Utvalgets mandat er i det vesentlige begrenset til arbeidet på kortere sikt, og dette er fortsatt etter de retningslinjer som ble trukket opp av «Rådet for legers videre- og etterutdannelse». Det såkalte «Drammenskurs» er også blitt føyd inn i Fakultetets kursvirksomhet.

I tillegg til dette arbeid på kortere sikt har utvalget imidlertid følt et stadig sterkere behov for å skaffe seg en samlet oversikt over de viktigste problemer som knytter seg til legers videre- og etterutdannelse. Det er særlig to årsaker til dette. For det første er vi blitt klar over at disse problemer er av langt større dimensjoner enn vi fra først av antok. For det annet befinner universitetene seg i stor tidnød. Det er planlagt en betydelig utvidelse av den medisinske undervisning ved universitetene i Oslo og Bergen, samtidig som det legges planer for universiteter i Trondheim og Tromsø (3). Disse planer tar sikte på å øke antallet av medisinske studenter til mer enn det dobbelte innen 1970. Skal det være den minste sjans til å nå dette mål, må postgraduateutdannelsen komme i gang snarest mulig, slik at de nye studenter kan få kvalifiserte lærere.

I forståelse med Dekanus har vi derfor gått ut over vårt mandat og forsøkt å lage en foreløpig oversikt over hvorledes vi mener retningslinjene bør være for videre- og etterutdannelsen av leger. Vi understreker at denne innstilling er *foreløpig*, og at den har som formål — ved siden av det materiale som foreligger fra før — tjene som grunnlag for *diskusjon* om de prinsipielle sider av problemet. Det er vårt håp at en bred diskusjon kan lede til enighet om de prinsipielle retningslinjene og deretter til positive tiltak. I kapitel VII har vi lagt frem forslag til slike tiltak.

¹ Det medisinske fakultetsråd vedtok i møte 16/2 1965 å slutte seg til de prinsipielle retningslinjene i denne innstilling.

II. Innledende bemerkninger.

1. Bakgrunnen for kravet om videre- og etterutdannelse.

Medisinsk kunnskap og dermed de diagnostiske og terapeutiske muligheter utvikler seg i stadig raskere tempo. Dette gjør at det medisinske studium ikke lenger kan gi en vordende lege de kunnskaper som trenges for å praktisere resten av livet. Mer og mer må studiet nøye seg med å gi en generell innføring i medisinen. Det daglige medisinske arbeid må i stadig større utstrekning basere seg på videregående studier etter embetseksamen, og det kreves et livslangt studium for å følge med i fagets videre utvikling. *Behovet* for videre- og etterutdannelse er derfor hevet over tvil.

I tillegg til dette er det imidlertid også vokst frem et visst *krav* fra samfunnet: Legene har monopol på sin virksomhet, og de plikter derfor å skaffe seg nødvendig videre- og etterutdannelse. Dette krav fremheves særlig i de østeuropeiske land (3). Her i landet frifant Høyesterett i 1919 en distriktslege med den begrunnelse at det i hans studietid ikke hadde vært noen ordnet undervisning i psykiatri. Det var imidlertid dissens om dommen, og mindretallet fremholdt at distriktslegen hadde *plikten* til å holde seg à jour i sitt fag. Han måtte vise faglig årvåkenhet i den forstand at han innenfor overkommelighetens grenser fulgte med i den medisinske utvikling. Professor Kristen Andersen (5, s. 95) har senere sluttet seg helt og fullt til denne siste oppfatning. Den norske lægeförening har også gått inn for samme syn. Det heter i § 2 i dens etiske regler: «En læge skal holde sine kunnskaper vedlike og stadig sørge for å fornye dem» (6).

Det er viktig å peke på konsekvensene av dette syn: Hvis legene har plikt til å følge med i den medisinske utvikling, bør samfunnet også legge forholdene slik til rette at den enkelte lege kan make denne oppgave. Dette må gjelde både videre- og etterutdannelsen.

2. Utviklingen av legers videre- og etterutdannelse i andre land.

I England åpnet Postgraduate Medical School of London i 1935, og British Postgraduate Medical Federation ble grunnlagt i 1947 (7). Det tilbys nå kurser i alle deler av medisinen, endog i «Medical Engineering», og kursene varer fra noen få dager og opptil 2 år (8). En tilsvarende ordning ble innført i Australia i 1948 (9).

I Amerika er det ingen tilsvarende organisasjon, men de enkelte universiteter — ca. 90 i alt — tilbyr en serie av kurser, og de løpende diskusjoner om «postgraduate education», bl.a. i J. Amer. med. Ass og New Engl. J. Med., vitner om en sterk interesse for spørsmålet.

I de østeuropeiske land er det også stor interesse for problemet, og det er opprettet omfattende organisasjoner for å løse det (4). Et land som Bulgaria, med en befolkning omtrent som Sveriges, har f.eks. en postgraduate medisinsk skole med ca. 70 professorer og dosenter (10). I Tsjekkoslovakia er nå angivelig 70 % av alle leger spesialister (11).

De nordiske land har enda ikke funnet frem til en ordning, men behovet for videre- og etterutdannelse er anerkjent av myndighetene. Regjeringene i de nordiske

land har oppnevnt en komité som skal utarbeide et forslag til avtale om felles spesialistregler for nordiske leger. Forslaget innebærer både teoretisk utdannelse etter embetseksamen og eksamen for spesialister (12).

3. Utviklingen av legers videre- og etterutdannelse i Norge.

Her i landet har legenes videre- og etterutdannelse vært drøftet siden i slutten av forrige århundre (1).

Tilsvarende problemer har imidlertid vært diskutert innen alle fag som har tilknytning til naturvitenskapene, således ved de matematiske-naturvitenskapelige fakulteter i Oslo og Bergen, ved Det odontologiske fakultet i Oslo, ved Norges tekniske høgskole i Trondheim, og ved Landbrukshøgskolen på Ås. På enkelte punkter har disse overveielser mer almen interesse, og vi kommer tilbake til disse punkter i kapitel VI.

4. Terminologi.

Vi har fulgt den tradisjonelle inndeling av legene i fire kategorier:

Spesialister.

Alminnelig praktiserende leger.

Offentlige leger.

Akademiske lærere (ofte omtalt som forskere).

For hver av disse kategorier faller problemene i to faser:

(a) *Videreutdannelsen* etter medisinsk embetseksamen. Denne periode anses for avsluttet når legen er kvalifisert til å utføre en bestemt form for medisinsk virksomhet.

(b) *Etterutdannelsen* (eller med et bedre ord, vedlikeholdsutdannelsen) som varer resten av legens aktive liv.

III. Spesialister.

1. Definisjoner.

Et symposium arrangert av WHO uttalte nylig (4): «... a *specialist* is defined as a doctor who, under established criteria, and through a recognized system of assessment, has acquired and maintained a high degree of knowledge and skill in a particular field of medicine and limits his work to that field». Denne definisjon forutsetter en systematisk videre- og etterutdannelse med eksamen. Definisjonens siste ledd, «limits his work to that field», er ikke et naturlig krav for alle spesialister i Norge, og i det følgende har vi derfor sett bort fra det.

En *spesialitet* er et praktisk begrep. Det er naturlig å skille ut et område som egen spesialitet når god praksis på dette område krever særskilte kunnskaper, kyndighet («skill»), erfaring, og interesse. En spesialitet må være av en viss rimelig størrelse før den bør skilles ut fra moderfaget. Spesialitetene er ikke statiske. Enkelte forsvinner og nye oppstår, avhengig av sykdoms-panoramaet i et land, av de økonomiske ressurser, og av retninger i medisinen. Det er en tendens til stadig større spesialisering, og det er rimelig å anta at denne tendens vil fortsette.

2. Antall av spesialister og spesialiteter.

Pr. 30/9.64 fantes det 1964 spesialister godkjent av Den norske lægeförening (13). Listen omfatter ca. 30

spesialiteter, og i Tabell 1 er spesialitetene ordnet etter størrelse.

En del leger er spesialister i 2 eller 3 fag. Alle leger er heller ikke medlemmer av Den norske lægeförening. Vi har derfor ikke nøyaktige oppgaver over forholdet mellom spesialister og ikke-spesialister. Tabell 2 er laget på grunnlag av oppgaver fra Norges almenvitenskapelige forskningsråd (14).

For tiden er altså ca. 35 % av alle leger spesialister, men det er rimelig å anta at dette tallet vil stige videre. Vi antar at minst halvparten av alle leger om få år vil være spesialister. Det finnes dessverre ingen vel gjennomtenkt prognose for behovet innen de enkelte spesialiteter. Slike prognoser er utarbeidet i Danmark (15), og dette problem bør snarest tas opp til omhyggelig vurdering her hjemme.

3. Den nåværende utdanning og autorisasjon av spesialister i Norge.

Hittil har videreutdannelsen av vordende spesialister vært overlatt til Den norske lægeförening og til legene selv. Den består vesentlig i praktisk arbeid på sykeavdelingene; det er ingen systematisk teoretisk utdanning, og det er ingen avsluttende kunnskapsprøve. En mindre del av den praktiske tjeneste kan, for noen spesialiteters vedkommende, erstattes med tjeneste på et teoretisk institutt. Utdannelsen foregår ved de fleste sykehus i landet, selv om en viss del av tjenesten må tas ved større sykehus. Kravene for godkjenning i de enkelte spesialiteter avgjøres av Den norske lægeförening i samarbeid med spesialist-föreningene, og kravene gjelder kun tjenestens art og varighet (6).

Etter Utvalgets mening lider denne utdanning av alvorlige mangler: Den er av meget vekslende kvalitet; den mangler et teoretisk fundament, og den tar alt for lang tid. Alderen ved godkjenning er således 39–40 år for kirurger, indremedisinere og barneleger. For psykiatere er den ca. 44 år (13). Tilsvarende synspunkter har vært hevdet av andre. En komité oppnevnt av Norsk kirurgisk förening uttalte således høsten 1964: «Utdannelsen av de unge kirurger her i landet har vært preget av tilfeldighet og mangel på systematikk, som ikke gir tilstrekkelig garanti for at kirurgenes opplæring er adekvat» (16).

4. Utdanning og autorisasjon av spesialister i andre land.

I alle land omfatter spesialist-utdannelsen et visst minimum av klinisk tjeneste ved spesialavdelinger. I tillegg til dette gis det i mange land en systematisk teoretisk utdanning. I de østeuropeiske land gis denne utdanning ofte ved en egen Postgraduate Medical School (3). I England (7) og Australia (8) gis den i form av kortere eller lengre kurs.

Autorisasjon som spesialist bygger i mange land på en eksamen. I de engelsktalende land er dette som regel en detaljert og vanskelig eksamen med høy strykeprosent. Finland har som det første av de nordiske land innført eksamen for spesialister; den er skriftlig og kan tas tre ganger årlig i Helsingfors. I Sverige er det også forelått eksamen for spesialister (17).

Tabell 1.

Spesialister godkjent av Den norske lægeförening pr. 30/9-64.*

Kirurgi	295
Indremedisin	278
Psykiatri	231
Lungesykdommer og lungetuberkulose	228
Medisinsk radiologi	145
Øre-nese-halssykdommer	109
Barnesykdommer	103
Fødselshjelp og kvinnesykdommer**	93
Hud og veneriske sykdommer	89
Øyesykdommer	83
Nevrologi	74
Revmatiske sykdommer	38
Ortopedisk kirurgi	24
Medisinsk bakteriologi og serologi	22
Anestesi	21
Medisinsk biokjemi og fysiologi	17
Dental kjevekirurgi	16
Urinveiskirurgi	12
Barnepsykiatri	11
Patologi og patologisk anatomi	10
Fysikalsk medisin	9
Attføringsmedisin	8
Plastisk kirurgi	8
Klinisk nevrofysiologi	7
Klinisk patologi	6
Medisinsk blodtypeserologi	6
Nevrokirurgi	5
Yrkesmedisin	5

* De minste spesialiteter — epidemiske sykdommer, idrettsmedisin, tropesykdommer, thorax-kirurgi — er utelatt.

** Herav 5 som var godkjent bare i fødselshjelp.

Tabell 2.

Antall spesialister og ikke-spesialister under 70 år i Norge i årene 1955, 1960, 1962 (13).

År	Antall leger under 70 år			Spesialister i % av alle leger
	I alt	Ikke-spesialister	Spesialister	
1955	3696	2564	1132	30,6
1960	4085	2710	1375	33,6
1962	4285	2787	1498	34,9

Spesialistreglene er for tiden under nordisk debatt, og det vil sannsynligvis gå enda et par år før det blir fattet vedtak om felles spesialistregler for Norden. Det fremgår imidlertid av det foreløpige forslag til avtale som er utarbeidet av en nordisk komité, at det bør kreves en viss teoretisk utdanning ved siden av den praktiske, og at utdannelsen bør avsluttes med en kunnskapsprøve som sikrer en viss minste kvalitet (12).

5. Generelle synspunkter på utdanning og autorisasjon av spesialister i Norge.

De vordende spesialister skal utdannes til selvstendig arbeid i sin spesialitet og dessuten til å drive de norske sykehus. De må få en videreutdanning som kan danne et tilstrekkelig solid fundament for den etterutdanning som må foregå i de følgende 30–40 år som aktiv spesialist. Videreutdannelsen må derfor sette seg følgende mål:

1. Den må gi de nødvendige *teoretiske kunnskaper* i spesialfaget. Det er viktig at detaljkunnskapene kombineres med evne til å forstå biologisk problemstilling.

2. Den må gi *praktisk kyndighet* og erfaring i faget.
3. Den må øve opp evnen til *vitenskapelig tankegang*, til å analysere problemene systematisk, kritisk, objektivt og selvstendig. Denne evne bør trenes så ofte at den etter hvert blir en vane.
4. Den må vise hvordan spesialisten kan *følge med* i fagets utvikling, og enda viktigere; den må skape et personlig behov for å følge med.
5. Den må modne til *medisinsk og menneskelig ansvar*, til «judgment and wisdom over and beyond medical knowledge and scientific skills» (4).
6. Den må øve opp en viss *administrativ evne*, fordi mange av spesialistene får et betydelig administrativt ansvar.

På grunnlag av denne generelle målsetting antar utvalget at følgende retningslinjer bør gjelde for spesialistutdannelsen. Disse synspunkter stemmer godt med dem som er lagt frem av den nordiske komité (12), av en komité oppnevnt av Norsk kirurgisk forening (16) og av professorene Strøm (18) og Thomassen (19).

Utdannelsen bør starte med en *klinisk grunnutdannelse* på 1½–2 år hvor kandidaten arbeider under veiledning, men med ansvar. Turnusperioden på 1½ år bør være tilstrekkelig, selv om det i de store spesialiteter ville være ønskelig med en noe lengre grunnperiode som kunne gi kandidaten en viss klinisk erfaring i spesialfaget. Denne grunnperiode kan med fordel tas på mindre sykehus.

Spesialutdannelsen bør gi en grundig *praktisk opplæring* i faget. Denne opplæring fås best ved arbeid — med ansvar — på spesialavdelinger. Underordnet arbeid med lite eller intet ansvar har neppe noen verdi som utdannelse. Denne tjeneste bør — iallfall for en stor del — tas som assistentlege ved de store sykehus og universitetsklinikkene.

Det ville være en fordel om de vordende spesialister fikk anledning til å gjøre tjeneste ved avdelinger for de enkelte grener av spesialitetene. En mindre del av tjenesten, f.eks. inntil ett år, bør kunne tas etter eget valg ved slike avdelinger. I Sverige har man foreslått (17) at gren-spesialitetene skal sidestilles med moderspesialiteten, slik at en lege kan godkjennes i en gren-spesialitet (f.eks. hjertesykdommer) uten først å være spesialist i moderspesialiteten (indremedisin). Utvalget har foreløpig ikke villet ta standpunkt til dette spørsmål.

I sin innstilling av 28/11-62 har «Komitéen til å vurdere gjeldende legeordning ved sykehusene» (20) foreslått at kandidatstillingene ved universitetsklinikkene skal brukes i etterutdannelsen av praktiserende leger og i sideutdannelsen av spesialister. Utvalget mener imidlertid at disse formål kan dekkes ved tjeneste på mindre sykehus og at de underordnede legestillinger ved de sentrale sykehus fortrinnsvis bør benyttes i spesialistutdannelsen.

Ved hjelp av kurser og selvstendige studier bør de vordende spesialister få en *teoretisk skolering* i de fag som har betydning for spesialiteten, inklusive basalfagene. Detaljene i en slik kursplan må utarbeides for hver spesialitet, og det må undersøkes i hvilken utstrekning kursplanene kan koordineres for flere spesi-

teter. Dette gjelder spesielt for basalfagene. Det bør også utredes om kursene bør strekkes ut over hele utdannelsesperioden eller om de bør konsentreres i en kortere studieperiode. Disse spørsmål må utredes særskilt for hver spesialitet. Kursene bør være systematiske, men de bør ikke legges for skolemessig opp. Et visst minimum av kursutdannelse bør være obligatorisk. Arbeid ved et teoretisk institutt bør kunne erstatte kursdeltagelse i vedkommende disiplin.

De vordende spesialister bør ha kontakt med det *vitenskapelige arbeid* som foregår ved avdelingene. De som ønsker det, bør få delta i dette arbeid. Det er viktig at de som har lyst og evne får anledning til å ta spesialist- og forskerutdannelsen parallelt. Utvalget antar imidlertid at spesialistutdannelsen i alminnelighet ikke behøver å omfatte langvarige vitenskapelige studier og arbeid. Dette punkt fortjener grundig overveielse, og det henger nøye sammen med de regler som legges til grunn for bedømmelse av søkere til faste stillinger ved de perifere sykehus.

Den nordiske komité (12) regner også med en *«sideutdannelse»* i en nabospesialitet på ½–1 år. Dette vil utvilsomt styrke utdannelsen, særlig for dem som skal praktisere i noen avstand fra et stort sentralsykehus. Utvalget mener at det er betenkelig å kreve en slik utdannelse av *alle* spesialister; dette punkt må imidlertid utstå til den nordiske komité har fattet sitt endelige vedtak.

Spesialistutdannelsen bør påbegynnes kort tid etter avsluttet turnustjeneste, og den bør som regel *ikke vare over 3–5 år*. Det bør således være mulig å avslutte spesialistutdannelsen i en alder av 32–33 år. I mange spesialiteter må det kreves ytterligere studier og tjeneste etter spesialisteksamen før spesialisten er kvalifisert til overordnet arbeid.

Utvalget antar at spesialistutdannelsen bør avsluttes med en *eksamen*. Dette er nødvendig av to grunner, dels for å sikre at kandidatene fyller visse minstekrav, og dels for å kontrollere kvaliteten av de enkelte trinn i utdannelsen. Formodentlig bør eksamen foregå ved universitetsklinikkene, og kravene bør fastlegges av de medisinske fakulteter og Lægeforeningen, f.eks. ved en komité oppnevnt for hver spesialitet. Siden formålet med eksamen bare er å sikre en viss minstekvalitet, er det tilstrekkelig med to karakterer; bestått og ikke-bestått.

6. Organisering av videreutdannelsen (spesialistutdannelsen).

Den oppgave som er skissert ovenfor er meget stor: over halvparten av de medisinske kandidatene vil om få år ønske å utdanne seg i ytterligere 3–5 år etter avsluttet turnustjeneste.

Flere grunner taler for at universitetene må gis muligheter til å engasjeres sterkere i dette arbeid. For det første må utdannelsen i stor utstrekning skje ved universitetsklinikkene. For det annet må universitetene sørge for spesialkyndige lærere innen de forskjellige grener av spesialitetene. For det tredje må universitetene også sørge for den nødvendige teoretiske opplæring i de deler av basalfagene som kreves for de enkelte spesialiteter og

delta i eksamen. Utvalget mener derfor at universitetene må påta seg hovedansvaret for den teoretiske delen av spesialistutdannelsen og eksamen.

Fakultetene er imidlertid allerede fullt belastet med studentundervisningen, og de kan ikke uten videre makte en så betydelig tilleggsoppgave. To veier står da åpne. Enten kan man utvide fakultetene, eller man kan skape en spesiell «Postgraduate Medical School». Denne siste mulighet synes lite fristende. Dels er det unaturlig å skille undervisningen i to deler, all den stund de to deler henger intimt sammen. Dels vil det kreve en ny universitetsklinikk i Oslo-området, et prosjekt som iallfall i øyeblikket ikke er realistisk. Utvalget mener derfor at universitetene bør søke å løse denne oppgave ved å bygge ut institutter og klinikker med videre- og etterutdanning for øye. Dette krever en viss subspesialisering i de store fag, med opprettelse av nye stillinger, laboratorier og avdelinger. Denne utvikling tar nødvendigvis lang tid, fordi det kreves 5–10 år eller mer å utdanne en lege for slike stillinger. *I det lange løp er dette den viktigste begrensende faktor i videre- og etterutdannelsen, og det er derfor viktig at universitetene kommer i gang med denne utbygging så fort som mulig.*

Kravet om kvalitet i utdannelsen kommer lett i konflikt med kravet om tilstrekkelig kapasitet: jo mer eksklusivt utdannelsen legges opp, desto mindre blir kapasiteten. Den endelige plan må derfor bygge på et rimelig kompromiss mellom disse to krav. Grunnlaget for et slikt kompromiss vil variere i de enkelte fag.

Det kreves derfor en detaljert plan for alle spesialiteter, en plan som tar hensyn til spesialistbehovet, til den kliniske tjeneste, og til de teoretiske kunnskaper som det er rimelig å kreve. En slik detaljert plan må søke å konkretisere:

Hva er behovet for spesialister i de enkelte fag?

Hva bør kreves av klinisk tjeneste, og hvilke sykehus kan denne tjeneste utføres ved?

Hvordan bør planen for den teoretiske utdanning legges opp i hvert enkelt fag?

Hva trengs det av lærere i de kliniske fag og i basal-fagene?

Hvilke konsekvenser vil ordningen ha for universitets-sykehusene? F.eks. vil det bli nødvendig å koordinere undervisningen på de enkelte avdelinger? Dette gjelder særlig parallell-avdelingene i kirurgi og medisin på universitetsklinikkene.

Hvordan bør eksamen ordnes?

Fakultetene bør ta initiativet til at en slik plan blir utarbeidet (se kapitel VII). Før eller senere blir det også nødvendig å opprette en egen administrasjon for videreutdannelsen av spesialister, noe i likhet med den engelske ordning («Dean of postgraduate medicine»). En slik administrasjon får til oppgave å planlegge og koordinere hele utdanningsprogrammet.

7. Finansiering av videreutdannelsen.

Samfunnet er interessert i dyktige leger, og denne interessen kan ikke stoppe ved embetseksamen. Et symposium organisert av WHO i 1963 (4) uttalte således: «The postgraduate training of doctors is not a purely

personal matter: it is of vital social and national interest, since the standard of medical services depends directly on the doctors' qualifications, knowledge and experience.»

Legene er 27–28 år gamle når de begynner på sin videreutdanning, og de fleste har da skaffet seg familie og studiegjeld. De bør derfor sikres en rimelig inntekt i utdanningsperioden. Erfaringene har dessuten vist at underbetaling fører til at fritiden brukes til betalt ekstrarbeid istedenfor til studier. Dette er ikke rasjonelt, og de kliniske utdanningsstillinger bør derfor lønnes slik at det ikke er nødvendig å ta ekstrarbeid. Kursene bør av samme grunn være gratis, som annen undervisning ved universitetene.

8. Etterutdannelsen av spesialister.

Etterutdannelsen bør bestå av selvstudier og kurser. Slike kurser kan legges opp som generelle repetisjonskurser eller som mer spesielle kurser konsentrert om deler av spesialiteten. Begge typer av kurser er allerede i gang og har vist seg meget verdifulle.

Ansvaret for organiseringen av etterutdannelsen kan legges på universitetene eller på de enkelte spesialistforeninger. Utvalget antar at spesialistforeningene bør påta seg arbeidet med å organisere disse kurs, fordi programmet bør velges etter praktiske behov. Som regel vil det imidlertid være naturlig for foreningene å samarbeide med universitetene om de enkelte opplegg.

Det har vært hevdet at også etterutdannelsen bør være obligatorisk. I så fall skulle spesialistgodkjenningen være tidsbegrenset, og spesialistene måtte dokumentere at de hadde deltatt i et visst antall kurser for å få fornyet godkjenning. Utvalget mener at man i det lengste bør unngå en slik ordning. Enhver lege har plikt til etterutdanning, men under eget ansvar og med frihet til å organisere den som han selv ønsker.

Utvalget har hevdet ovenfor at videreutdannelsen bør finansieres av samfunnet. Det samme syn kan ikke gjøres gjeldende for etterutdannelsen. Legene har da kommet i forholdsvis godt betalte stillinger, og de bør ha råd til å betale kursene selv. Disse kurser bør derfor prinsipielt være selvfinansierende.

IV. Alminnelig praktiserende leger.

1. Generelle synspunkter.

I vårt helse-system søker praktisk talt alle pasienter primært en alminnelig praktiserende lege, og denne tar selv ansvaret for 80–90 % av alle de sykdommer som fører til konsultasjon. Han formidler også kontakten mellom pasienten og spesialistene på sykehus eller i praksis (21). Den praktiserende lege er derfor nøkkelmannen i systemet, og det er i stor utstrekning han som bestemmer dets kvalitet.

For tiden er det ingen obligatorisk videreutdanning for de praktiserende leger, og alle deltar heller ikke i den prisverdige etterutdanning som er i gang. Medisinen har gått så raskt frem at utviklingen i noen grad er i ferd med å gå fra denne typen av leger. Det er flere tegn som tyder på det. Antallet av praktiserende leger

går stadig tilbake både relativt og absolutt (21), og det er stadig færre unge leger som føler seg tiltrukket av alminnelig praksis. Den praktiserende leges sosiale posisjon er heller ikke så god som før. Dette har sin virkning på rekrutteringen, og det kan også spores blant pasientene. Særlig i byene er de praktiserende leger utsatt for et stadig press fra pasienter som vil bli henvist til spesialist for lidelser som den praktiserende lege kan ta seg av selv.

Det paradoksale er at medisinen utvikling ikke har gjort den praktiserende lege overflødig; tvert imot, den økende spesialisering har heller økt behovet for en generelt orientert familielege. Denne lege må fremdeles være nøkkelman, en slags koordinator, for alle de forskjellige spesialister (22).

Dette problem kan antagelig bare løses ved at den praktiserende lege får en bedre videre- og etterutdanning. Dette vil gjøre ham bedre skikket til å spille sin rolle; det vil bedre hans status både blant kollegene og pasientene og således skaffe ham den posisjon han trenger og har krav på. Dette syn deles av de praktiserende leger selv (21).

2. Videreutdannelsens form.

Videreutdannelsen må, som for spesialistene, bestå i klinisk arbeid og teoretisk utdanning. Det *kliniske* arbeid bør foregå på sykehus og muligens også ved «traineeships» hos erfarne praktiserende leger. De store sentrale sykehus vil sannsynligvis bli fullt opptatt med studentundervisningen og spesialistopplæringen, og de praktiserende leger bør derfor få sin utdanning ved middelstore og mindre sykehus. Her vil de også arbeide med problemer av samme art som de møter i sin senere virksomhet.

Den *teoretiske* opplæring må baseres på selvstudier og kurser. Slike kurser kunne gå over flere uker og gi en oversikt over et større område, f. eks. indremedisin for praktiserende leger. De kunne også gå over noen få dager og beskjefte seg med mindre felter, f. eks. endokrinologi for praktiserende leger (23).

Det har vært antydning (18, 21) at alminnelig praksis burde få rang av egen «spesialitet» på linje med de øvrige spesialiteter. I så fall måtte det utarbeides et eget utdanningsprogram på 3–5 år, og godkjenningen måtte bygge på eksamen. Slike spesialister måtte ha rett til samme honorar som andre spesialister. Det har vært oppstillet som et fremtidsmål at *alle* praktiserende leger skulle ha en slik utdanning. Dette ville bety at det medisinske studium bare skulle gi en grunnutdanning og at videreutdannelsen ble obligatorisk for alle leger.

Utvalget antar at en slik obligatorisk videreutdanning ennå ikke er realiserbar. Derimot bør det eksperimenteres med en frivillig spesialutdanning for alminnelig praksis. På den måten kan man vinne erfaring som kan danne grunnlaget for senere reformer.

3. Administrasjon av videreutdannelsen av alminnelig praktiserende leger.

Det finnes utenlandske universiteter som har egne professorater i alminnelig praksis, og Alminnelig praktiser-

ende lægers forening har foreslått at det opprettes et Institutt for alminnelig praksis ved Det medisinske fakultet her hjemme. Dette institutt skulle delta i undervisningen av studentene; det skulle lede videreutdannelsen av de praktiserende leger, og det skulle forske «i og om almen praksis» (21). Det bør nevnes at en slik forskning i andre land har avslørt alvorlige mangler ved den medisinske service som mange pasienter får (24). En oppgave for denne forskning er også å fastslå hvilke kunnskaper det er rimelig å kreve av alminnelig praktiserende leger, slik at dette kan legges til grunn for utdannelsen.

Utvalget er enig i dette forslaget, fordi det er viktig å knytte kontakt mellom de medisinske fakulteter og de praktiserende leger. Studentene, de vitenskapelige tjenestemenn og spesialistene er representert i fakultetene, men ikke de praktiserende leger som tross alt utgjør over halvparten av alle leger. Utvalget vil derfor støtte planen om å opprette et Institutt for alminnelig praksis i forbindelse med et av de større sykehus i Oslo-området, men vi vil også fremheve at et slikt institutt står og faller med lederen.

Utvalget antar videre at Lægeforeningen bør ha ansvaret for videreutdannelsen av de praktiserende leger. Den bør samarbeide med fakultetene og Helseinspektora- tet, og den bør eksperimentere med kurs av forskjellig lengde og innhold. Det såkalte «Drammenskurs» er et nyttig ledd i en slik forsøksvirksomhet.

Finansieringen av disse kurs bør søkes ordnet på samme måte som for spesialistene: den undervisning som inngår i videreutdannelsen for unge leger bør være gratis.

4. Etterutdannelsen av alminnelig praktiserende leger.

Denne hører naturlig inn under Lægeforeningen og de middelstore og mindre sykehus. Den bør organiseres først og fremst som oppfriskningskurser, på samme måte som de kurser som allerede er i gang. Det bør imidlertid prøves andre metoder også: lesesirkler, lydbånd-service til bruk hjemme, osv. Det er her et fruktbart område for initiativ og virkelyst.

Det kan tenkes at en viss etterutdanning bør være obligatorisk, f. eks. et kurs hvert 5. år. Utvalget antar imidlertid at etterutdannelsen bør være frivillig.

V. Offentlige leger.

De offentlige leger faller i to undergrupper: distriktsleger og leger i administrative stillinger. Fra et utdannelsesmessig synspunkt hører også bedriftslegene i større bedrifter hjemme i denne gruppen, fordi de for en stor del beskjefte seg med profylaktisk og sosial medisin.

Enkelte land krever et særlig høyt faglig nivå av slike leger; i Tsjekkoslovakia er de f. eks. spesialister i indremedisin (11). I Norge har Helseinspektora- tet i flere år arrangert kurser for offentlige leger.

Det kan ikke være tvil om at de vordende distriktsleger bør ha en solid klinisk utdanning, men denne utdanning bør ikke være begrenset til en av de nåværende spesialiteter. Den spesialitet i alminnelig praksis vi har diskutert ovenfor, ville være et bedre grunnlag for deres

kliniske virksomhet. I det hele tatt bør den kliniske utdanning for distriktsleger sees i sammenheng med utdannelsen for alminnelig praksis.

I tillegg til denne utdanning må distriktslegene også ha nødvendig utdanning i profylaktisk medisin, sosialmedisin og administrasjon. Denne del av utdannelsen bør fortsatt høre inn under Helsedirektoratet.

VI. Akademiske lærere og forskere.

1. Generelle synspunkter.

De fleste i denne gruppe skal utdannes *både* til akademiske lærere og til forskere, dels fordi det finnes få rene forskerstillinger i vårt land, og dels fordi en undervisning som ikke er kombinert med forskning som regel blir steril. Denne gruppe, som også omfatter klinikere, skal derfor utdannes ikke bare til produktive forskere, men også til dyktige lærere og til akademiske ledere. Det kreves mer enn en effektiv og snever forskerskole; det kreves et miljø som produserer akademikere i ordets rette forstand.

I alle diskusjoner om videre- og etterutdannelsen er det enighet om at denne gruppe må økes betydelig, både av hensyn til undervisningen og forskningen. Med den foreslåtte store økning av studenttallet fra 170 til 360 om året (3) er det tvingende nødvendig at denne rekrutteringsvirksomhet forsterkes i vesentlig grad i de kommende år. Det bør understrekes at det tar 5–10 år eller mer å utdanne en medisinsk lærer.

Det har hittil ikke vært noen systematisk videreutdanning for unge forskere. Man kan hevde at dette er prinsipielt riktig, fordi bare en hardhendt seleksjon basert på individuell innsats kan sikre den best mulige kvalitet i de akademiske toppstillinger. Miljøet på gode institutter og i aktive spesialforeninger vil også kunne gi en viss generell orientering. I mange tilfelle blir imidlertid de unge forskere overlatt til seg selv, og deres formål er utelukkende å forske og publisere innen et snevert område. Som *utdanning* betraktet er denne metode ofte lite effektiv, sen og smalsporet. Det finnes derfor flere forslag til forandring.

I *Sverige* ble det den 5/6 1963 nedsatt en komité til å vurdere forskerutdannelsen og forskerkarrieren (25). I mandatet til denne komité slås fast at den nåværende forskerutdanning har alvorlige mangler: «forskarutbildningen anses innefatta alltför ringa undervisning och organiserad handledning och bedömes därigenom bli mindre effektiv vilket i sin tur leder till för långa utbildningstider». For å råde bot på dette skal komitéen undersøke om ikke den nåværende lisensiateksamen og doktorgraden bør slås sammen til en felles vitenskapelig eksamen, nemlig doktorgraden. Denne skulle kreve en studieperiode på 3–4 år, og den skulle bestå av to deler: metodiske studiekurser («doktorand-kurser») og selve avhandlingen.

I *Norge* er samme tanke drøftet i flere akademiske utredninger:

(a) *De matematisk-naturvitenskapelige fakulteter ved universitetene i Oslo og Bergen*. Et fellesutvalg avga en innstilling om «Vitenskapelig forutdanning i mate-

matisk-naturvitenskapelige fag» den 5/2 1963 (26). Innstillingen presiserer at det mangler en rasjonell og effektiv utdanning av vordende (natur-)vitenskapsmenn. En cand.real.-eksamen er ikke lenger et egnet startgrunnlag for selvstendig forskning, fordi den raske ekspansjon i naturvitenskapene har ført til at avstanden mellom det organiserte universitetsstudium og forskningsfronten er blitt stadig større. Utvalget foreslår derfor å erstatte den nåværende dr.philos.-grad med en ny grad: *dr. scient.* Denne utdanning skal svare noenlunde til den amerikanske utdanning for Ph.D. Den skal skille seg fra den nåværende doktorgrad ved at kandidatene må gjennomgå en viss systematisk undervisning og avlegge en *kunnskapsprøve* i tillegg til selve det *vitenskapelige arbeid* (doktoravhandlingen) og prøveforelesningene. Dette er nødvendig, fremholder utvalget, dels for å effektivisere forskerutdannelsen, dels for å bedre forskernes kvalifikasjoner, og dels for å sikre at doktoranden har så brede og grundige kunnskaper i sitt fag at han fortjener jus docendi. Endelig vil en slik forandring sannsynligvis senke alderen på doktorandene (den er nå gjennomsnittlig 38 år).

Utvalget presiserer at denne ordning forutsetter en konkret og detaljert plan for «doktorgradsstudiet». Dette studium bør ta 3–4 år etter cand.real.-nivå. Det bør bestå av en innledende og forholdsvis generell studieperiode på 1–1½ år. I hovedperioden skal kandidatene drive selvstendig vitenskapelig arbeid.

Utvalget tar avstand fra tanken om en lisensiatgrad, dvs. en utvidet kunnskapsprøve uten doktoravhandlingen. En slik grad vil, etter utvalgets mening, bare representere en unaturlig og forsinkende stasjon på forskerveien.

(b) *Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo* har arbeidet med postgraduate-problemer siden 1954, og 17/1 1961 ble det fremlagt en plan for «Videreutdanning av odontologer» (27). Planen tar sitt utgangspunkt i det faktum at tannlegestudiet for en stor del er en praktisk utdanning. Det er derfor nødvendig å videreutdanne en gruppe av odontologer for å skaffe personale til undervisning og forskning. Denne utdanning varer ca. 3 år og fører frem til en «lisensiat-grad», som antas å svare til en amerikansk «Master of Science» grad. Første år skal gå med til obligatoriske kurser som gir en innføring i basalfag og vitenskapelig metodikk. Deretter følger et spesialstudium på 1½–2 år hvor kandidatene dels arbeider ved et institutt og dels gjennomgår teoretiske kurser. I denne perioden skal kandidatene også skrive «en avhandling av kompilatorisk og i noen grad konstruktiv art», noenlunde svarende til en hovedoppgave. Utdannelsen avsluttes med en eksamen.

Hele utdannelsen er forholdsvis skolemessig, og hver kandidat har en støttekomité på 3 medlemmer som veileder ham i studiet og prøver hans kunnskaper ved avslutningen. Lisensiatgraden gir ikke jus docendi; den er ment å være «en typisk utdannelsesgrad». Hittil har 29 kandidater påbegynt denne videreutdanning, og to har avsluttet den. I budsjettforslaget for 1966 er det ført opp i alt kr. 212 160,— til videreutdannelsen (28).

(c) *Norges tekniske høyskole* har også en teknisk lisen-

siatgrad (29) som bygger på en vitenskapelig avhandling pluss kunnskapsprøver. Kandidatene er prinsipielt studenter ved Høgskolen, men de arbeider ofte som vitenskapelige assistenter ved instituttene.

(d) *Det medisinske fakultetet i Oslo* utredet spørsmålet om en medisinsk lisensiatgrad i 1958 (30) etterat den nye universitetslov av 9/12 1955 hadde gitt adgang for fakultetsrådene til å opprette en lisensiatgrad. Denne omfatter imidlertid bare et vitenskapelig arbeid. Forslaget falt i det medisinske fakultetsråd, hovedsakelig fordi man ikke ønsket å innføre en annenklassens grad eller endog en «dumpegrad».

2. Plan for videreutdannelsen til akademiske lærere og forskere.

Utvalget mener at det medisinske studium bør gi et tilstrekkelig fundament i basalfagene, og at det derfor ikke er grunn til å innføre en videreutdanning med en eksamen som svarer til tannlegenes lisensiatgrad. Derimot mener vi at de prinsipielle overveielser som vi har gjort rede for ovenfor i avsnittene om den svenske forskerutdannelsen og den norske dr. scient.-graden også har gyldighet for de vordende medisinske forskere og lærere. Disse prinsipper bør derfor legges til grunn for videreutdannelsen av denne gruppe.

Videreutdannelsen bør knyttes til Universitetet, og den bør bestå av to deler. Dels bør de vordende akademiske lærere drive selvstendig vitenskapelig arbeid under passende veiledning ved et institutt eller en avdeling. Dette arbeid bør normalt i løpet av 3–4 år lede frem til en doktoravhandling, og det skulle ikke være grunn til vesentlige forandringer i de nåværende krav til arbeidets kvalitet. Samtidig med dette vitenskapelige arbeid bør de følge kurser eller seminarer i fag som kan gi dem en bredere vitenskapelig bakgrunn: biologi, matematikk, statistikk, fysikalsk kjemi, biokjemi, biofysikk, måle- og instrument-lære, osv. Hvert kurs avsluttes med en passende prøve, og et visst antall gjennomgåtte kurser kvalifiserer for den kunnskapsmessige del av doktorgraden. Det bør være anledning til å velge mellom flere kurser, slik at enhver kan skaffe seg en utdanning som svarer til lyst, anlegg og behov.

Formålet med denne dobbelte utdanning er å la studentene drive selvstendig og produktivt vitenskapelig arbeid innenfor et lite felt, samtidig som de får en generell vitenskapelig grunnkolering. De to sider av utdannelsen vil utfylle hverandre; de vil gi en videre vitenskapelig horisont og skape mer effektive forskere og bedre lærere.

Utvalget har drøftet om kursene behøver å være obligatoriske. Vi antar at dette er nødvendig, fordi erfaringen viser at de fleste doktorander engasjerer seg fullt ut i sitt vitenskapelige arbeid og ikke er tilbøyelige til på egen hånd — og uten belønning — å bruke tid til generell skolering. Av samme grunn mener vi at det bør være en prøve i forbindelse med hvert kurs. Formålet med denne eksamen bør imidlertid bare være å sikre et visst minimum av kunnskap, og det er derfor ikke nødvendig å gradere resultatene utover bestått og ikke-bestått. Imidlertid har man i dag langtfra tilstrekkelig med lærer-

krefter til å gjøre slike kurser obligatoriske. Man bør derfor forsøke å få organisert en del kurser på frivillig basis og så gradvis utbygge kursvirksomheten og arbeide mot det mål at de skal bli obligatoriske.

Bare få medisinske studenter i hvert kull vil ønske denne krevende akademiske topputdanning etter embets-eksamen. Allikevel er denne gruppen av stor betydning, fordi disse kandidater er fakultetenes fremtidige lærere og ledere. De bør i alminnelighet være universitets- eller forskningsstipendiater, og de bør stort sett være fritatt for rutinearbeid. De bør antagelig drive en begrenset undervisning, forat de tidlig skal penses inn på undervisningsproblemer (muligens bør et kurs i pedagogikk inngå blant kursmulighetene). Det vil være et visst frafall under denne utdannelsen, på samme måten som det i dag forkastes en del doktoravhandlinger. Hvor stort dette frafall vil bli, må tiden vise.

Prinsipielt bør enhver som har fullført medisinsk embetseksamen kunne delta i «doktorgradkursene», og vi antar at det i enkelte tilfelle vil være naturlig å hoppe over turnustjenesten. Det må imidlertid være konkurranse både om arbeidsplasser ved de forskjellige institutter og avdelinger og også om stipendier. I praksis vil dette være de to begrensende faktorer.

Hvis denne plan blir godtatt i prinsippet, må den følges av en detaljert analyse av behovet for akademiske lærere, av arbeidsmuligheter ved de enkelte institutter og avdelinger, og av konkrete kursplaner. Bare på den måten kan man få oversikt over de fulle konsekvenser av forslaget.

Det bør understrekes at behovet for akademiske lærere vil øke meget raskt, og det er derfor viktig at dette program kommer i gang så snart som mulig.

3. Etterutdannelsen av akademiske lærere og forskere.

De fleste av disse doktorander vil antagelig ende i full akademisk stilling, og de må stort sett selv sørge for sin etterutdanning ved lesning, kongresser, fortsatt vitenskapelig arbeid og reiser. Spørsmålet om å innføre forskningstermin eller -år for prosektorer, amanuenser, o.a. vitenskapelig personell i likhet med den ordning som nå gjelder for professorer og dosenter, bør overveies.

VII. Forslag til plan for det videre arbeid.

Utvalget mener at det ikke kan være tvil om behovet for videreutdanning og heller ikke om universitetenes ansvar i denne sak. Det kreves derfor en plan for det videre arbeid.

Tidligere utredninger har ført til forholdsvis beskjedne praktiske resultater, muligens fordi diskusjonen først og fremst har konsentrert seg om prinsipielle synspunkter. Utvalget antar at tiden nå er moden til å utarbeide detaljerte og konkrete planer. Dette krever imidlertid innsamling av et meget betydelig materiale som kan belyse behovet for de for de forskjellige kategorier av leger, utdanningsmulighetene ved institutter og avdelinger, utdannings- og eksamenskrav for de enkelte kategorier, og behovet for kurser av forskjellige typer. Først når dette materialet er innsamlet og bearbeidet, kan

diskusjonen bringes over på et praktisk plan. Det blir nødvendig å foreta en prioritering av de enkelte behov, å lage et rimelig overslag over behov for lærere, å legge frem et forslag til administrativ ordning, og — til slutt — å legge frem et budsjett.

Hele dette arbeid er meget omfattende, og det er viktig at det organiseres på den beste måte. Utvalget antar at problemene er så vidt forskjellige for de omtalte fire kategorier av leger (spesialister, alminnelig praktiserende leger, offentlige leger, vordende akademiske lærere) at arbeidet bør deles opp i fire tilsvarende felter. På den annen side er problemet innen disse fire felter nær beslektet og må ses i sammenheng. Det må derfor skapes mulighet for et nært samarbeid mellom alle som arbeider med disse problemer. På dette grunnlag vil Utvalget foreslå at arbeidet organiseres på følgende måte:

Utdannelsen av *de vordende spesialister* bør bringes inn i faste former så snart de nordiske regler for spesialistutdannelsen er endelig vedtatt. Her vil det bli behov for et meget stort arbeid, og Utvalget antar at dette arbeid bør legges inn under en egen komité, eventuelt med underkomitéer for hver enkelt spesialitet. Utvalget finner det rimelig at Lægeforeningen, som hittil har hatt ansvaret for godkjenningen av spesialister, tar initiativet til å opprette denne komité. Den bør ha representanter for Lægeforeningen, spesialforeningene, de to medisinske fakulteter og Helsedirektoratet. Denne komité vil formodentlig svare til det utvalg som «Rådet for legers videre- og etterutdanning» foreslo i sin innstilling (2).

Videreutdannelsen av *de praktiserende leger* bør tas opp til vurdering. Utvalget er kjent med at Lægeforeningen allerede har opprettet en komité som skal organisere denne utdanning. Fakultetene bør ha representanter i denne komité, slik at det kan knyttes en fastere forbindelse mellom fakultetene og denne store og viktige gruppe av leger.

Videreutdannelsen av *de offentlige leger* bør fortsatt ligge under Helsedirektoratet, og Utvalget antar at Fakultetet ikke behøver å ta noe initiativ på dette felt, men det bør være villig til samarbeid, hvis Helsedirektøren ønsker å utvide eller revidere denne utdanning.

Fakultetet bør endelig snarest ta opp det problem som haster mest, og som er fakultetenes eget ansvar, nemlig rekrutteringen og utdannelsen av *de vordende akademiske lærere*. Utvalget vil tillate seg å anbefale de retningslinjer som er omtalt ovenfor. Hvis Fakultetet finner å kunne slutte seg til disse retningslinjer, bør det oppnevne en egen kurskomité som skal utarbeide konkrete kursplaner og sette disse planer ut i livet så snart som mulig¹. Denne kurskomité bør samarbeide med Fakultetsutvalget for legers videre- og etterutdanning, idet utdannelsen til akademiske lærere og spesialister til dels vil måtte benytte seg av samme opplegg med hensyn til organisert undervisning.

Utvalget har overveiet om det virkelig er behov for alle disse komitéer, og vi er blitt stående ved at det er mer rasjonelt å oppnevne små komitéer med klart avgrenset oppdrag enn store komitéer med omfattende og

¹ En slik kurskomité ble oppnevnt av Det medisinske fakultetsråd den 16/2 1965.

ofte selvvalgt mandat. Imidlertid vil det meget snart bli nødvendig å koordinere disse komitéers virksomhet i *et sentralt samordningsråd for alle legers videre- og etterutdanning*. Et slikt samordningsråd kunne f.eks. bestå av en representant fra hver av de fire underkomitéer. Et slikt råd bør formodentlig oppnevnes av «Utvalget for planlegging av den fremtidige utbygging av medisinsk undervisning og forskning, oppnevnt 2. juni 1964 av Kirke- og undervisningsdepartementet» (Brodalutvalget) i samråd med Kirke- og undervisningsdepartementet. I sin innstilling (3) har også dette utvalg pekt på behovet for et slikt råd. Rådets mandat bør være å planlegge og samordne legers videre- og etterutdanning på landsbasis. Det bør, snarest mulig, legge frem forslag overfor de institusjoner og organisasjoner som bør delta i arbeidet med disse problemer. Rådet bør ha sitt eget budsjett, dels til kontorhjelp, og dels til utredningsarbeid. Rådet bør kunne knytte til seg konsulenter som kan utarbeide konkrete og detaljerte planer for en nærmere angitt sektor av hele problemkomplekset. Denne arbeidsmetode har vist seg å være effektiv for studenterundervisningen.

VIII. Sammendrag og konklusjoner.

1. Det er et stort og raskt økende *behov* for videre- og etterutdanning av leger. Dette behov medfører en *forpliktelse*, ikke bare for de enkelte leger, men også for universitetene. Denne foreløpige innstilling er ment å tjene som et grunnlag for diskusjon om de prinsipielle sider av dette utdanningsproblemet.

2. *De vordende spesialister* bør få en utdanning på 3–5 år etter avsluttet turnustjeneste. Spesialutdannelsen bør omfatte både klinisk tjeneste ved spesialavdelinger og systematisk, teoretisk utdanning. Utdannelsen bør avsluttes med eksamen. Denne plan stemmer overens med det forslag som er utarbeidet av en nordisk komité med sikte på felles spesialistregler for hele Norden.

3. *Alminnelig praktiserende leger* bør foreløpig ikke pålegges en systematisk videreutdanning, men universitetene bør knytte nærmere forbindelse med disse leger, f.eks. ved å opprette et Institutt for alminnelig praksis. Dette institutt bør organisere kurser for praktiserende leger, og det bør utarbeide planer for en ny spesialitet i alminnelig praksis.

4. *De offentlige leger* bør som hittil få sin utdanning i «public health» ved Helsedirektoratet. Deres kliniske utdanning bør organiseres i samsvar med de alminnelig praktiserende legers utdanning.

5. *De vordende akademiske lærere* bør få en utdanning i likhet med den amerikanske Ph. D. eller den foreslåtte norske dr. scient. Denne utdanning bør vare i 3–5 år og bestå av to deler: selvstendig vitenskapelig arbeid som leder til en doktoravhandling, pluss en generell vitenskapelig skolering i form av kurser. Det må være adgang til å velge mellom et passende antall kurser, og hvert kurs bør avsluttes med en prøve. Behovet for medisinske lærere øker meget raskt, og det er derfor viktig at en slik utdanning kan komme i gang snarest mulig.

6. Neste skritt i arbeidet med legenes videre- og etterutdannelse bør være en *detaljert utredning* av alle sider ved problemet, slik at diskusjonen kan bringes over på et praktisk plan. Utvalget foreslår dels at det oppnevnes et sentralt samordningsråd som skal planlegge hele dette arbeid på landsbasis, og dels at fakultetene tar opp arbeidet med en bedre utdannelse for vordende akademiske lærere.

Birger Kaada

Sverre Halvorsen Johan Hertzberg Peter F. Hjort

Referanser.

1. Innstilling av 4/6 1957 fra Komitéen til utbedring av spørsmålet om lægers videreutdannelse. T. norske Lægeforen. 1957, 77, 593-613.
2. Innstilling av 11/5 1964 fra Rådet for legers videre- og etterutdannelse. T. norske Lægeforen., 1964, 84, 1205-1209.
3. Plan for utbygging av medisinske læresteder i Norge 1966-1980. T. norske Lægeforen., 1964, 84, 1579-1590.
4. Symposium on Postgraduate Medical Education in Europe. World Health Organization, Copenhagen 1964, 61 pp.
5. Andersen, K.: Erstatningsrett. Tanum, Oslo 1959, 396 pp.
6. Årbok for Den norske lægeforening, 1962-63. Oslo 1963.
7. Mounsey, J. P. D.: Teaching at a Postgraduate Medical School. pp. 47-51 i ref. nr. 4.
8. British Postgraduate Medical Federation: Courses of Specialist Postgraduate Medical Instruction at Universities and Colleges of the United Kingdom. London 1963, 14 pp.
9. Johnston, W. W. S. & Lowell, R. R. H.: Postgraduate Medical Education in Australia. Postgrad. med. J. 1962, 38, 323-328.
10. Bratanov, B.: Organization of a Postgraduate Medical Centre. pp. 52-56 i ref. nr. 4.
11. Vysohlid, I.: Specialist Education for Doctors and Their Training in Clinical Disciplines. pp. 27-38 i ref. nr. 4.
12. Specialistkompetens för nordiska läkare. Utarbeidet 1964 av en komité oppnevnt av de nordiske lands regjeringer. Trykkes i 1965.
13. Brev fra Den Norske Lægeforening til Utvalget for legers videre- og etterutdannelse, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Sept. 1964.
14. Norges Almenvitenskapelige Forskningsråd: Prognose over tilgangen på leger i tiden frem til 1980. Universitetsforlaget, Oslo 1963. 84 pp.
15. Hamtoft, H.: Behov for og tilgang av læger indenfor de forskjellige lægespecialer. Ugeskr. f. Læger, 1956, 118, 285-289 og 722-733; 1957, 119, 21-27 og 883-887.
16. Betenkning fra Komitéen for Utarbeidelse av nye retningslinjer for utdannelse av kirurger. Oslo, høsten 1964, 13 pp.
17. Innstilling av 18. desember (1962) fra komité, oppnevnt av legeforeningene i Norden, til å utrede visse spørsmål vedrørende samordning av spesialistreglene i de nordiske land. T. norske Lægeforen. 1963, 83, 753-771.
18. Strøm, A.: Legenes videre- og etterutdannelse. T. norske Lægeforen. 1964, 84, 1391-1395.
19. Thomassen, T. L.: Brev av 2/10-63 til Rådet for legers videre- og etterutdannelse.
20. Innstilling av 28/11 1962 fra Komitéen til å vurdere gjeldende lægeordning ved sykehus. T. norske Lægeforen. 1963, 83, 49-64.
21. Brev av 6/10 1964 til Den norske lægeforening fra Almindelig praktiserende lægers forening angående videre- og etterutdannelse for almen praksis.
22. General Practice. WHO techn. Rep. Ser. 1964, No. 267, 24 pp.
23. British Postgraduate Med. Fed.: Courses for General Practitioners and Local Authority Medical Officers. London 1964, 7 pp.
24. Peterson, O. L., Andrews, L. P., Spain, R. S. & Greenberg, B. C.: Analytical Study of North Carolina General Practice. J. med. Educ. 1956, 31, (Dec. issue, Part 2) 1-165.
25. Referat: Forskarutbildningen och forskarkarriären, Svenska Läkaretid. 1963, 60, 2664-2671.
26. Innstilling av 5/12 1963 fra Utvalget til å utrede behovet for en vitenskapelig forutdannelse i matematisk-naturvitenskapelige fag. 16 pp.
27. Innstilling av 17/1 1961 om Videreutdannelse av odontologer. 8 pp. (pluss diverse tillegg).
28. Brev av 9/11 1964 fra Odontologisk Institutt, Universitetet i Oslo, til Utvalget for legers videre- og etterutdannelse, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
29. Reglement for den tekniske licentiatgrad ved Norges tekniske høyskole. Trondheim 1959.
30. Dokumenter fra Det medisinske fakultet i Oslo angående lisensiatgraden. Med. Fak. jnr. 454, 457, 884/58.