



**Oplæg til udarbejdelse af målbeskrivelse for helseuddannelserne i Danmark.**

Quistorff, Bjørn; Kjaer, M.

*Published in:*  
Ugeskrift for læger

*Publication date:*  
1973

*Document version*  
Også kaldet Forlagets PDF

*Citation for published version (APA):*  
Quistorff, B., & Kjaer, M. (1973). Oplæg til udarbejdelse af målbeskrivelse for helseuddannelserne i Danmark. *Ugeskrift for læger*, 135(35), 1903-1906.

ormene *Ascaris lumbricoides* og/eller *Enterobius vermicularis* (Tabel I). Bakteriologiske undersøgelser blev også foretaget for *Pseudomonas*, *Clostridium perfringens*, *Salmonella* og kintal på kødpeptonagar og kødpepton-gelatine. - På grundlag af resultaterne er der forsøgt opstillet nogle kvalitetskriterier for forureningsgraden af sandkasser. Det forekommer sandsynligt, at børn ved leg i de fækal forurenede sandkasser vil være udsat for smitterisiko med bakterier, æg fra indvoldsorme og allergener m. v. Det har dog ikke på nuværende tidspunkt været muligt at angive acceptable grænseværdier for graden af forurening.

## SUMMARY

PREBEN KRISTENSEN, OLE BERG & EJNER FJERDINGSTAD: Contamination of sandpits in Copenhagen.

Ugeskr. Læg. 1973:135:1897-1903.

Sand from ten sandpits selected at random in Copenhagen and the surroundings was submitted to investigation. In eight of these considerable faecal contamination was demonstrated as indicated by the presence of *E. coli* and *Str. faecalis*. In addition, eggs of the parasitic worms *Ascaris lumbricoides* and/or *Enterobius vermicularis* were found in five sandpits (Table I). Bacteriological investigations were also undertaken to reveal *Pseudomonas*, *Clostridium perfringens*, *Salmonella* and counts on meat-pepton-agar and meat-pepton-gelatine.

On the basis of the results obtained, an attempt is made to establish criteria for the degree of qualitative contamination of sandpits.

It seems probable that children, when playing in sandpits polluted with faeces, may be exposed to infection due to bacteria, eggs of intestinal worms, allergens, etc. So far, however, it has been impossible to establish acceptable marginal values for the degree of pollution.

Send reprint requests to Dr. OLE BERG, Hygiejnisk institut, Blegdamsvej 21, DK-2100 Copenhagen Ø.

## Litteratur:

- 1) Bisseru, B.: Diseases of man acquired from his pets. Heinemann, London 1967.
- 2) Bonde, G.: Bacterial indicators of water pollution. (Disp.). Teknisk Forlag, København 1962.
- 3) Fjerdingstad, E.: Schweiz. Z. Hydrologie 1970: 32: 429-438.
- 4) Fromm, G.: Zbl. Bakt., I. Abt. Orig. 1972:B155:391-400.
- 5) Hajna, A.: Publ. Hlth Lab. 1951:9:80.
- 6) Hansen, E.: Medlemsbl. danske Dyr lægeforen. 1972: 55:987-988.
- 7) Jessen, O.: *Pseudomonas aeruginosa* and other green fluorescents. Munksgaard, København 1965.
- 8) Kristensen, K.: Nord. Vet.-Med. 1969:21:353-369.
- 9) Livingstone, D. J.: J. Hyg. (Lond.) 1969:67:209-223.
- 10) Schlieper: Merckbl. Med. Parasitologie 1949:57.
- 11) Spencer, F. M. & Monroe, L. S.: The color atlas of intestinal parasites. Charles C. Thomas, Springfield 1961.
- 12) Wilson, W. J. & Blair, E. M. Mc. V.: J. Path. Bact. 1924:27:119.

## Oplæg til udarbejdelse af en målbeskrivelse for helseuddannelserne i Danmark

Af MOCENS KJÆR & BJØRN QUISTORFF

På en række forskellige fronter er der i øjeblikket en betydelig aktivitet i gang med henblik på ændringer af de eksisterende helseuddannelser i Danmark (5, 9, 15).

Ved helseuddannelserne forstås i det følgende uddannelser, som giver kompetence til erhvervsfunktioner i sundhedssystemet. Sundhedssystemet kan defineres mere eller mindre bredt, men indtil videre forstås her ved de funktioner i samfundet, som direkte eller indirekte er beskæftiget med profylakse, behandling, revalidering, administration samt undervisning og forskning vedrørende enkeltindivider eller befolkningsgrupper, som enten kan blive eller er ramt af sygdom.

Disse uddannelser kan i hovedsagen afgrænses som følgende:

- |                    |   |
|--------------------|---|
| a) tandlæger       | h) sundhedsplejersker                               |
| b) sygeplejersker  | i) sygehjælpere                                     |
| c) læger           | j) socialrådgivere                                  |
| d) laboranter      | k) psykologer (med arbejdsområde i helse-sektoren). |
| e) fysioterapeuter |   |
| f) ergoterapeuter  |   |
| g) jordemødre      |   |

De igangværende initiativer kan ses i sammenhæng med de planlagte ændringer af sundheds- og socialektoren (1, 2, 3), tankerne vedrørende biologisk basisuddannelse (4, 5, 13, 15), nyere tendenser inden for pædagogikken (6, 12) samt samfundets sparebestræbelser og forsøg på centralisering af det administrative apparat (7).

### Begrundelser for på nuværende tidspunkt at påbegynde arbejdet vedrørende en målbeskrivelse for helseuddannelserne

- a) Kravet om et stadig stigende antal veluddannede personer fra samfundets side kombineret med befolkningens krav om rimelige uddannelsesmuligheder for alle samt de begrænsede muligheder for at investere i undervisning nødvendiggør en mere præcis formulering end tidligere af alle uddannelsers indhold, således at dette kan bedømmes med henblik på bedst mulig prioritering af uddannelsesressourcer etc.
- b) Med henblik på en rationel planlægning af uddannelserne er det nødvendigt at beskrive de funktioner, som den enkelte uddannelse skal give kompetence til, meget nøje, hvis den uddannelsessøgende skal kunne opnå funktionsdygtighed på et rimeligt kort åremål.
- c) De stærke ønsker i tiden angående integrationsbestræbelser i alle eksisterende uddannelser med henblik på at modvirke den atomiseringsproces, som i stigende grad har medført en splittelse af samhørende uddannelses- og funktionsområder.
- d) Spørgsmålet om uddannelsernes fleksibilitet. Fra mange sider ønsker man i dag at etablere uddannel-

Fra Dansk selskab for medicinsk undervisning. Udvalget til drøftelse af helseuddannelserne.

sesstrukturer, hvor man kan »stå af« eller »på« i forskellige niveauer. For at disse bloksystemer skal kunne fungere, kræves en nøje afklaring og beskrivelse af de enkelte blokkes indhold.

- e) En betydelig insufficiensfølelse hos mange helsearbejdere over for de arbejdsopgaver, som i det daglige trænger sig på – herunder ikke mindst den stigende erkendelse af sygdommes socio-økonomiske sammenhænge og denne erkendelses implikationer på diagnose, behandling og prognose samt revalidering af patienter med en lang række forskellige lidelser (8).
- f) Et forsøg på koordinering af de bestræbelser, som på nuværende tidspunkt er i gang med henblik på ændring af de eksisterende helseuddannelser.
- g) Et forsøg på at begynde en debat om de affektive mål i helseuddannelserne. Hvilke holdninger har f. eks. en sygeplejerske eller en læge? Kan man med rimelighed overhovedet tale om fælles holdninger blandt helsearbejdere? Hvilke holdninger burde de have, og hvem skal bestemme disse? Patienterne, folketinget, helsearbejderne selv, uddannelsesinstitutionerne etc.?
- h) En hel række forskellige forhold af mere eller mindre politisk karakter, som har sammenhæng med helseuddannelsernes målsætning. Det er blevet tiltagende klart, at samfundet ikke i længden vil kunne bære den meget voldsomme stigningstakt i udgifterne til sundhedssektoren. Man taler om en prioritering af indsatsen. En sådan prioritering af sundhedsvæsenets opgaver må, hvis den skal gennemføres fornuftigt, kræve deltagelse bl. a. af helsearbejdere. Uddannelsen af de akademiske helsearbejdere i en værdifri videnskabsstradition har medført, at de ikke vil være i stand til at deltage i denne prioriteringsdebat. Den vil blive ført af politikerne. Det vil derfor være et væsentligt moment ved udarbejdelsen af en målbeskrivelse for helsesystemet, at den samfundsbevidste og samfundskritiske holdning prioriteres højt.
- i) I 1950'erne og først i 1960'erne var man fra politisk hold af den opfattelse, at et meget væsentligt led i sundhedssystemet var hospitalerne, og at mange sygdomsmæssige problemer ville være løst, hvis blot kapaciteten på dette område var stor nok. Derfor byggede man hospitaler i en målestok som ingen sinde tidligere. Imidlertid må man stille sig skeptisk over for resultaterne af denne indsats. Man taler om, at behandlingen i de dyre sygesenge bør vige for en bredt anlagt (og billigere?) profylaktisk indsats (10). På dette punkt kan man med rette bebrejde planlæggerne og de besluttende myndigheder, at de ikke forinden igangsættelsen af sådanne projekter har undersøgt præmisserne for deres antagelser.

For tiden tror man på, at det væsentlige led i sundhedssystemet er den praktiserende læge, og arbejder følgelig intensivt på at forøge antallet af praktiserende læger (3). Men stadig er det opfattelser og formeninger, som danner grundlaget for dispositionerne. Der mangler svar på helt basale spørgsmål: Hvoraf består helsesystemet? Efter hvilket formål fungerer det? Og frem for alt: Hvorledes ønsker vi, at helsesystemet skal fungere?

De her skitserede begrundelser repræsenterer kun et ringe udsnit af de mulige argumenter, som eksisterer

for at påbegynde dette målbeskrivelsesarbejde, og som gennem flere år gang på gang er blevet fremført især fra studentside (14).

### Præmisser

Et forsøg på at lave en målbeskrivelse for helseuddannelserne fører umiddelbart til overvejelser om, hvilke præmisser man vil lægge til grund for arbejdet.

Der tegner sig her to principielt forskellige muligheder:

- 1) Man kan forsøge at kortlægge og beskrive sundhedssystemet, som det eksisterer i dag i det danske samfund med hensyn til de funktioner, som varetages af helsearbejdere, og med hensyn til de omstændigheder (lovgivning, uddannelser, økonomiske forhold etc.) hvorunder dette arbejde foregår. En sammenligning mellem helsearbejdernes faktiske funktioner i det nuværende sundhedssystem og deres uddannelse til at varetage disse funktioner vil her være essentiel.

Med dette materiale som udgangspunkt kan der udarbejdes en målsætning/målbeskrivelse for helsesystemet som helhed, og indenfor denne ramme kan de enkelte helseuddannelser derefter beskrives.

- 2) Den anden mulighed er, at man begynder med at udforme en målsætning for det »ideelle« helsesystem og derefter ændrer det faktiske system i overensstemmelse hermed, inklusive helseuddannelsernes indhold.

Det er klart, at også denne fremgangsmåde nødvendigvis er en kortlægning og beskrivelse af det eksisterende helsesystem, men det er samtidig helt afgørende, at diskussionen og målformuleringen ikke begrænses og hæmmes af mulighederne i det eksisterende system.

Hvis man vælger den første mulighed ved en målbeskrivelse af helseuddannelserne, betyder det, at man, som ved alle tidligere gennemførte udbygninger og reformer af sundhedsvæsenet og helseuddannelserne, medvirker til en fiksering og endnu en gang udelukker, eller i hvert fald udskyder, en meningsfuld diskussion af, hvorvidt de principper, som sundhedsvæsenets udvikling følger, overhovedet er rigtige eller i det mindste optimale.

### Forslag til procedure

I overensstemmelse med de ovenfor anførte betragtninger nedsatte Dansk selskab for medicinsk undervisning i foråret 1973 et udvalg til drøftelse af helseuddannelserne. Med anvendelse af det ovenfor under 2) beskrevne princip fik udvalget følgende formål:

- a) at søge defineret, hvad man vil forstå ved helseuddannelser og helsearbejdere i det danske samfund,
- b) at forsøge at klargøre og beskrive indholdet i de således definerede eksisterende helseuddannelser,
- c) at forsøge at beskrive de funktionsområder i samfundet, som personer med en helseuddannelse faktisk varetager, samt tentativt forsøge at klarlægge resultaterne af denne indsats i bredeste forstand,
- d) at forsøge at tage stilling til, hvorvidt de eksisterende helseuddannelser giver helsearbejdere den fornødne viden og baggrund for at fungere optimalt i deres arbejde, og hvorvidt de således er i stand til at realisere det nuværende sundhedssystems målsætning,

- e) at forsøge en stillingtagen til det nuværende sundhedssystem og de nuværende helseuddannelsers målsætninger, samt om nødvendigt at fremkomme med alternativer,
- f) at tage skridt til, at helsearbejdernes uddannelser bliver sat i relation til det eksisterende sundhedssystem målsætning eller til en ændret, mere optimal målsætning,
- g) at søge en integration af helseuddannelserne gennemført på basis af en fælles rammemålsætning, målbeskrivelse og evt. en fælles basisuddannelse for flere (alle?) typer af helsearbejdere.

Som det fremgår, vil udvalgsarbejdet skulle gennemgå to faser:

### Første fase

En tilbunds gående undersøgelse og beskrivelse af det eksisterende sundhedssystem og af indholdet i de eksisterende helseuddannelser.

Følgende områder undersøges og beskrives:

- 1) Den eksisterende målsætning for sundhedssystemet og for hver enkelt af de omhandlede erhvervsfunktioner.
- 2) Den eksisterende lovgivning på området.
- 3) De økonomiske vilkår for helsetjenesten.
- 4) Hvilke personalegrupper er beskæftiget i helsesystemet?
- 5) Hvilken uddannelse har de, hvad indeholder den i detaljer, og hvad er det eksisterende lovmæssige grundlag for helseuddannelserne?
- 6) Hvilke initiativer er for øjeblikket ved at blive taget med henblik på ændring af de pågældende uddannelser/erhvervsfunktioner?
- 7) For at få et nøjere overblik over det nuværende helsesystems funktion må en række forskellige undersøgelser gennemføres til belysning af de nuværende helsearbejders faktiske funktioner og de samfundsmæssige relationer, hvori helsearbejderne fungerer. F. eks. en undersøgelse af befolkningens behov for helsearbejdere og ønsker vedrørende disse funktioner samt en undersøgelse af helsearbejdets art og omfang og helseuddannelsernes sufficiens med henblik på at varetage de opgaver, som er fremherskende på sundhedssystemets forskellige niveauer.
- 8) Hele denne viden indsamles for hver enkelt helsefunktion, og for hver af de uddannelser, som giver erhvervskompetence inden for den enkelte funktion, beskrives derefter så fuldstændigt som muligt:
  - a) hvilken konkret viden og forståelse,
  - b) hvilke metoder og færdigheder,
  - c) samt hvilke holdninger der karakteriserer den enkelte uddannelse.

### Anden fase

Med den viden, erfaring og de ideer, som er indsamlet under første fase, må overvejelser påbegyndes om, hvorvidt det nuværende helsesystem kan anses for at være optimalt eller ideelt, og hvorvidt de funktioner, som i dag varetages af helsearbejdere, kan anses for at være relevante.

Der må derefter defineres en række, måske overvejende affektive, hovedmål for et (ændret?) helsearbejde, eksempelvis følgende:

Helsearbejdere er personer, som er uddannet til at varetage følgende opgaver:

- 1) at kunne foretage systematisk opsporing og oplysning af sygdom i samfundet,
- 2) at kunne kortlægge sygdommens årsager ud fra relevante polyætiologiske sygdomsmodeller (11),
- 3) at kunne sætte ind med effektive forholdsregler mod disse årsager,
- 4) at kunne deltage i et stort anlagt profylaktisk udviklingsarbejde,
- 5) at kunne iværksætte akut og effektiv behandling over for patienter, der er ramt af sygdom,
- 6) at kunne forestå og udføre en resocialiseringsbehandling, hvis mål det er efter den initiale sygdomsbehandling at bringe patienten tilbage til hans oprindelige miljø og funktioner i samfundet eller til en anden for ham acceptabel funktion.
- 7) For nogle gruppers vedkommende at kunne fungere samlende overfor alle de ovennævnte bestræbelser, der tilsammen udgør den funktionelle del af sundhedssystemet.

I de ovenfor skitserede hovedmål er der lagt afgørende vægt på helsearbejderen i en opsøgende funktion i stedet for i den afventende, konsulterende funktion, hvori han fungerer i dag, og som måske er en af de stærkest diskriminerende faktorer i det nuværende sundhedssystem (11).

Som det fremgår af ovenstående, vil hovedmålenes indhold og dermed helsearbejdernes funktionsområder imidlertid helt afhænge af, hvad man vil vælge at definere som »sygdom« i samfundet. Derfor vil en gennemgribende diskussion af problemkomplekset sygdom/sundhed, måske blive kardinalpunktet i hele arbejdet, men under alle omstændigheder et punkt som må udskydes, indtil det primære kortlægnings- og beskrivelsesarbejde er blevet udført.

Det er givet, at man må forsøge at tage dette spørgsmål op i det bredest muligt sammensatte forum og om muligt definere begreberne som dynamiske størrelser, der til stadighed må underkastes fornyede undersøgelser, efterhånden som samfundet udvikler sig. Med en fastlæggelse af, hvad man vil forstå ved begrebet sygdom, en viden om det faktiske sundhedssystemets funktioner samt en målsætning for et mere optimalt sundhedssystem ville de ovenfor nævnte hovedmål direkte kunne anvendes som ramme om udformningen af en målbeskrivelse for helsesystemet.

Hvis man inden for de rammer, som målsætningen afstikker, beskriver samtlige helsefunktioner, vil det være muligt at udlede et fælles uddannelsesgrundlag for disse funktioner.

Dette fælles uddannelsesgrundlag skulle da fungere som en integreret, fælles basisuddannelse for samtlige helsearbejdere.

### KONKLUSION

Det har gennem mange år været tradition, at der har hersket adskillelse i beslutningsprocesserne mellem prioriteringspolitiske og studieplansadministrative spørgsmål. Denne situation har medført, at de generelle beslutninger vedrørende sundhedssystemet og helseuddannelserne er blevet truffet af andre (politikere) end dem (universitetslærere, sygeplejelærere, instruktionsjorde-mødre etc.), som havde determinerende indflydelse på studieplaner, undervisning og forskning og har bidraget betydeligt til den atomisering, der i dag er sket inden for helseuddannelserne og sundhedssystemet. Hvis

ønsket om et progressivt, dynamisk udviklingsarbejde indenfor sundhedssystemet og helseuddannelserne skal realiseres, må disse beslutningsprocesser nærmes til hinanden, og en nøje planlagt undersøgelse og beskrivelse af de eksisterende helseuddannelser må påbegyndes.

#### Litteratur:

- 1) Betænkning nr. 543. 1969: Socialreformkommissionens 1. betænkning. Det sociale trykkesystem. Struktur og dagpenge.
- 2) Betænkning nr. 664. 1972: Socialreformkommissionens 2. betænkning. Det sociale trykkesystem. Service og bistand.
- 3) Betænkning nr. 669. 1973: Betænkning om den stedlige social- og sundhedstjeneste. Afgivet af et af socialministeren nedsat udvalg.
- 4) Biologisk basisuddannelse i København. Scient litteratur. Oktober 1971.
- 5) Biologisk basisuddannelse. Principskitse til forsøgsordning afgivet af den på initiativ af det lægevidenskabelige hovedområde nedsatte arbejdsgruppe til etablering af en biologisk basisuddannelse. Københavns universitet, 12.V.1973.
- 6) Bojsen-Møller, F.: Reforms and new trends in medical undergraduate education. MOK. 1972:23:13-15.
- 7) Forskningspolitiske tekster 7. Regeringens perspektivplan for de højere uddannelser frem til 1985. Studenterrådet, Århus universitet, 1971.
- 8) Gregersen, P., Hoffmeyer, J., Iversen, L., Jansson, P., Lyng, E., Mikkelsen, S. & Bech, K.: Sygdom i samfundet. Fremads Fokusbøger, København 1971.
- 9) Johansson, M. & Foldspang, A.: Ugeskr. Læg. 1972: 134:2129-2131.
- 10) Kamper-Jørgensen, F.: Ugeskr. Læg. 1973:135:149-150.
- 11) Kjær, M.: Ugeskr. Læg. 1973:135:488-491.
- 12) Planlægningsrådet for de højere uddannelser. De højere uddannelsers indre struktur. Et debatoplæg. 1972.
- 13) Projektgruppe V. Rapport vedrørende de medicinske undervisnings- og forskningsaktiviteter ved Aalborg universitetscenter. April 1972.
- 14) Quistorff, B. & Kjær, M.: Oplæg til diskussion om målbeskrivelse af lægeuddannelsen. Medicinerrådet. Januar 1971 (Stencilleret).
- 15) Uddannelse for hospitalslaboranter. Særudgave af »Nyt« for hospitalslaboranter. Landssammenslutningen af hospitalslaboranter, 1972.

## Korrespondancer

### Misbrug af edb – eller hvad?

Er der nogen kompetent person, som kan forklare os stakkels ukyndige, hvorfor lægeregningerne skal edb-behandles på denne måde, som vi oplever det nu, og som H. LØW-LARSEN så træffende har kommenteret i Ugeskriftet (Ugeskr. Læg. 1973:135:1586). Hvad er det egentlig, man vil kontrollere, og hvad er det man ønsker statistisk behandlet? Hvilken nytte skal det enormt kostbare apparat gøre? Er der overhovedet nogen, som har tænkt alt dette konsekvent igennem, eller er det edb for sin egen skyld følgende en modestrømning til glæde alene for de firmaer, som fremstiller, forhandler og driver de store elektroniske anlæg?

Hvorfor er det ikke tilstrækkeligt med en manuel behandling af lægeregningerne? Tænk, hvilken enorm sum der kunne spares, hvis kun slutbeløbet på hver regning indkodedes i bogføringsmaskinerne. Og hvis myndighederne tror at kunne kontrollere, om alt går rigtigt til i hver lægepraksis, så er den valgte fremgangsmåde lidet egnet hertil.

Jeg håber, at der vil komme talrige kommentarer til dette for os i virkeligheden livsvigtige spørgsmål. Det er nemlig sådan, at det nuværende system uvægerligt vil føre til krav om forenkling, og det er let at se, at den eneste forenkling, politikerne vil kunne tænke sig, er at gøre de selvstændige læger til statens lønmodtagere – er det måske dette, som er hensigten?

Tønder

HARALD PETERSEN

#### Svar:

Redaktionen har opfordret Amdsrådsforeningen til at skrive en artikel, der informerer lægestanden om formålet med og tilrettelæggelse af edb i relation til sygesikringen. Artiklen forventes publiceret i løbet af efteråret.

REDAKTIONEN

### Kirurgi og gamle traditioner.

JØRGEN TEMPLER's indlæg i Ugeskriftet (Ugeskr. Læg. 1973:135:1586) er meget væsentligt og bør give anledning til seriøs debat.

TEMPLER peger på det for hospitalslæger særegne forhold, at enten bliver man chef, eller også må man forsvinde ud i andet erhverv, medens man såvel inden for andre akademiske discipliner som i erhvervslivet udmærket kan arbejde med permanente kontorchefstillinger o. l.

Hvis provinsafdelinger inden for kirurgien skal leve op til at være specialafdelinger døgnet rundt, medfører det en vagtbyrde for overlægerne af en størrelsesorden, som er ganske ukendt i større centre. Det vil inden for en overskuelig fremtid være muligt at få besat disse afdelingers 1. reservelægestillinger på kvalificeret vis på grund af discrepans mellem antallet af Akursusstillinger og antallet af normerede 1. reservelægestillinger. Det vil heller ikke være rimeligt at lokke for mange ind i en hospitalskarriere, når mulighederne for vedvarende beskæftigelse inden for specialiet er så begrænsede.