

BETÆNKNING

om

grundlaget for en overordnet prioritering af
indsatsen inden for sygebehandling og sygdoms-
forebyggelse

afgivet af det af
indenrigsministeren den 22. november 1974 ned-
satte udvalg



ISBN 87-503-2115-3

Betænkningens hovedinddeling

| | Side |
|--|-----------|
| Forord | 5 |
| Del I | 7 |
| I. Baggrunden for nedsættelsen af prioriteringsudvalget | 11 |
| II. Tilrettelæggelsen af udvalgets arbejde | 13 |
| III. Beskrivelse af det nuværende sundhedsvæsen og hovedtendenser i den hidtidige udvikling | 14 |
| IV. Udvalgets overvejelser om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse | 26 |
| V. Sammenfatning af udvalgets hovedsynspunkter | 51 |
| Del II | 53 |
| Kapitel I. Det nuværende sundhedsvæsen | 63 |
| Kapitel II. Hovedtendenser i udviklingen af sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet ... | 189 |
| Kapitel III. Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. forebyggelse | 261 |
| Kapitel IV. Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. det politisk/administrative styrings-system | 295 |
| Kapitel V. Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. sundhedsvæsenets, specielt sygehus-væsenets ressourceforbrug | 331 |
| Kapitel VI. Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. informationssystemet | 392 |

Forord

1. Udvalgets nedsættelse og kommissorium

Prioriteringsudvalget vedr. sundhedsvæsenet blev nedsat af indenrigsministeren den 22. november 1974.

Udvalget fik til opgave at tilvejebringe et grundlag for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse med det sigte at udnytte de begrænsede ressourcer mest muligt. Udvalget skulle på baggrund af PP II-s (Perspektiv-redegørelse 1972-1987) redegørelse for ressourceproblemerne i det nævnte område redegøre for de indbyrdes sammenhænge mellem funktionerne i sygehusvæsenet, i den primære sundhedstjeneste (lajgepraksis, hjemmesygepleje, jordemødre o. l.) og i de tilgrænsende sociale områder (plejehjem m. v.). I forbindelse hermed skulle udvalget på det foreliggende grundlag så vidt muligt søge at vurdere de ressourcemæssige konsekvenser af ændringer i den eksisterende funktionsopdeling mellem de pågældende områder inden for social- og sundhedsvæsenet og skulle herunder vurdere modeller til ændrede og intensiverede samarbejdsformer mellem sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste. Udvalget skulle samtidig undersøge, hvilket statistisk, økonomisk og andet materiale der vil være behov for ved en fremtidig kontinuerlig vurdering af ressourceforbruget inden for sundhedsvæsenets forskellige områder.

Udvalget skulle endvidere vurdere sammenhængen mellem den sygdomsforebyggende indsats og sygdomsbehandlingen samt de ressourcemæssige konsekvenser af en eventuel øget sygdomsforebyggende indsats.

Endelig skulle udvalget undersøge og vur-

dere, hvorvidt statens og kommunernes styringsmidler må anses for hensigtsmæssige og tilstrækkelige til at realisere en langsigtet planlægning inden for det omhandlede område og i benægtende fald fremkomme med forslag til de hertil fornødne ændringer af de gældende regler.

Det forudsattes, at udvalgsarbejdet søgtes afsluttet inden for 2 år.

2. Udvalgets sammensætning

Til formand for udvalget udpegedes:
Departementschef i indenrigsministeriet,
J. H. Zeuthen.

Udvalget fik i øvrigt følgende sammensætning:
Afdelingschef i indenrigsministeriet,
G. A. Lustrup.

Udpeget af de i folketinget repræsenterede udvalgsberettigede politiske partier:

Kirsten Sparre Andersen (Venstre)
Steffen Bandier (Fremskridtspartiet)
Mogens Camre (Socialdemokratiet)
Ib Christensen (Danmarks Retsforbund)
Birgit Fjelde (Centrumdemokraterne)
Inge Krogh (Kristeligt Folkeparti)
Edele Kruchow (Det Radikale Venstre)
Palle Simonsen (Det Konservative Folkeparti)
Ebba Strange (Socialistisk Folkeparti).

Udpeget efter indstilling fra de kommunale organisationer:

Amtsborgmester Erling Tiedemann (Amtsrådsforeningen i Danmark)
Viceamtsborgmester Peter Gorrson (Amtsrådsforeningen i Danmark)

Socialudvalgsformand Knud Hansen
(Kommunernes Landsforening)

Udpeget efter indstilling fra Københavns
og Frederiksberg kommuner:

Stadslæge, dr. med. H. E. Knipschildt

Udpeget efter indstilling fra Den alm.
danske Lægeforening:

Professor, dr. med. Francis Zachariae
Læge Leif Theander

Udpeget efter indstilling fra finansministe-
riet:

Planlægningskonsulent Inge Thygesen

Udpeget efter indstilling fra sundhedssty-
relsen:

Medicinaldirektør Søren K. Sørensen
Overlæge Jørgen Fog
Forstanderinde Elna Krogh Nielsen

Udpeget efter indstilling fra socialministe-
riet:

Kontorchef Ole Asmussen

Udpeget efter indstilling fra sikringsstyrel-
sen:

Styrelseschef, nu departementschef i soci-
alministeriet, P. Loft

Udpeget efter indstilling fra socialstyrel-
sen:

Afdelingschef Ole Høeg

Udvalget er efter sin nedsættelse blevet
udvidet med følgende medlemmer:

Direktør Henning Poulsen, Dansk Syge-
hus Institut.

Udpeget efter indstilling fra Fællesrådet
for danske tjenestemand- og funktionærorga-
nisationer:

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Kirsten
Stallknecht.

Udpeget efter indstilling fra Landsorgani-
sationen i Danmark:

Forbundssekretær Inge Gyde-Petersen,
Forbundet for offentligt ansatte.

Endvidere er formanden for Sammenslut-
ningen af sociale udvalg, Britta Schall
Holberg efter indstilling fra Kommu-
nernes Landsforening indtrådt i udval-
get i stedet for socialudvalgsformand
Knud Hansen.

Udvalgets sekretariatsforretninger er vare-
taget af indenrigsministeriet med bistand
bl. a. fra sundhedsstyrelsen og socialministe-
riet.

3. Betænkningens opbygning

Betænkningen er opdelt i 2 dele.

Del I indeholder udvalgets overvejelser og
rekommendationer vedr. grundlaget for en
overordnet prioritering af indsatsen inden
for sygebehandling og sygdomsforebyggelse.

Endvidere er som baggrund herfor givet
en beskrivelse af baggrunden for udvalgets
nedsættelse samt en beskrivelse i hovedtræk
af det nuværende sundhedsvæsen og en re-
degørelse for udviklingstendenserne i sund-
hedsvæsenet og sygdomsbilledet. Endelig er
redegjort for tilrettelæggelsen af udvalgets
arbejde.

Del II indeholder en bredere beskrivelse
af det nuværende sundhedsvæsen og af ho-
vedtendenser i udviklingen af sundhedsvæ-
senet og sygdomsbilledet samt 4 redegørel-
ser, udarbejdet af arbejdsgrupper nedsat af
udvalget, vedr. henholdsvis forebyggelse, det
politisk/administrative styringssystem, res-
sourceudnyttelse samt informationsgrundla-
get.

Beskrivelserne i kapitel I og II i del II,
hvis redaktion er afsluttet i oktober 1976, er
udarbejdet af sekretariatet.

Redegørelserne fra de 4 arbejdsgrupper er
afgivet til udvalget i september/oktober
1976.

København, den 17. februar 1977.

På udvalgets vegne

J. H. Zeuthen
(formand)

/ . Tørrning

DELI

Indholdsfortegnelse for Del I

| | Side |
|---|------|
| I. Baggrunden for nedsættelsen af prioriteringsudvalget | .11 |
| II. Tilrettelæggelsen af udvalgets arbejde | .13 |
| III. Beskrivelse af det nuværende sundhedsvæsen og hovedtendenser i den hidtidige udvikling | .14 |
| 1. Resumé om de enkelte sundhedsordninger | .14 |
| 2. Problemer i forbindelse med samarbejdet i sundhedsvæsenet | .17 |
| 3. Forebyggelse | .18 |
| 4. Sundhedsvæsenets styring | .19 |
| 5. Sundhedsvæsenets informationssystemer | .20 |
| 6. Resumé af udviklingen frem til det nuværende sundhedsvæsen | .22 |
| IV. Udvalgets overvejelser om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse | .26 |
| 1. Indledende bemærkninger | .26 |
| 2. Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse | .26 |
| 2.1. Indledning | .26 |
| 2.2. Overvejelser og forslag | .27 |
| 2.2.1. Den forebyggende indsats bør opprioriteres | .28 |
| 2.2.2. Oprettelse af et forebyggelsesråd | .29 |
| 2.2.3. Forstærket sundhedspædagogisk indsats | .30 |
| 2.2.4. Udvalgte andre indsatsområder | .30 |
| 2.2.5. Finansiering af en øget forebyggende indsats | .31 |
| 3. Den politisk/administrative organisation og kompetence | .32 |
| 3.1. Indledning | .32 |
| 3.2. Overvejelser og forslag om fordelingen af den offentlige kompetence vedr. sundhedsvæsenet | .32 |
| 3.2.1. Det centraladministrative plan | .32 |
| 3.2.2. Det amtskommunale og kommunale plan | .34 |
| 3.3. Finansieringssystemerne | .35 |
| 3.4. Overvejelser og forslag om en øget offentlig medindflydelse vedr. de privatpraktiserende lægers erhvervsudøvelse | .36 |
| 3.4.1. Indledende bemærkninger | .36 |
| 3.4.2. Specielt vedr. almen lægepraksis | .37 |
| 3.4.3. Specielt vedr. speciallægepraksis | .38 |

| | Side |
|---|-----------|
| 4. Effektiv ressourceudnyttelse | 38 |
| 4.1. Indledning | 38 |
| 4.2. Arbejdsgruppens hovedsynspunkter | 39 |
| 4.3. Afbalanceret opgavefordeling inden for sundhedsvæsenet og den tilgræn- sende socialektor. | 40 |
| 4.3.1. Koordination og evt. funktionsforskydning imellem sygehusvæsenet og praksissektoren | 40 |
| 4.3.2. Sundhedsvæsenets planlægningssystemer. | 40 |
| 4.4. Effektivisering inden for sygehusvæsenet | 41 |
| 4.4.1. Indledende bemærkninger | 41 |
| 4.4.2. Øget omkostningsbevidsthed i sygehusvæsenets løbende drift | 41 |
| 4.4.3. Sygehusplanlægningen | 42 |
| 4.4.4. Visitationssystemet | 42 |
| 4.5. De centrale myndigheders bistand til den lokale sundhedsplanlægning ... | 43 |
| 4.6. Udvalgets konkluderende synspunkter vedr. effektiv ressourceudnyttelse. . | 43 |
| 5. Informationsgrundlaget | 44 |
| 5.1. Indledning | 44 |
| 5.2. Arbejdsgruppens hovedsynspunkter | 44 |
| 5.3. Arbejdsgruppens forslag | 45 |
| 5.3.1. Undersøgelser af sygeligheden i befolkningen. | 45 |
| 5.3.2. Børnehelbredsregister. | 45 |
| 5.3.3. Sygdoms- og kontaktmønstre. | 46 |
| 5.3.4. Ydelsesstatistik | 46 |
| 5.3.5. Ressourcestatistik | 47 |
| 5.3.6. Nye statistikmål | 48 |
| 5.3.7. Informationssystemets organisation og udnyttelse. | 48 |
| 5.4. Udvalgets overvejelser vedr. informationsgrundlaget | 49 |
| V. Sammenfatning af udvalgets hovedsynspunkter. | 51 |

I. Baggrunden for nedsættelsen af prioriteringsudvalget

Allerede i maj 1971 blev der i folketinget fremsat forslag til folketingsbeslutning om nedsættelse af et udvalg til »undersøge af lægevæsenet m. v.«. Forslaget, der ikke nåede at blive udvalgsbehandlet i folketinget i den folketingsssamling, hvori det blev fremsat, blev genfremsat i 1973. Forslagets behandling i folketinget endte med en folketingsbeslutning vedtaget den 6. juni 1973, hvori folketinget bl. a. opfordrer regeringen til at nedsætte et sagkyndigt udvalg til undersøgelse af den sygdomsforebyggende Indsats m. v., herunder lægeuddannelsens og forskningens indhold af sygdomsforebyggende discipliner. Dette udvalg blev imidlertid ikke nedsat som følge af folketingsvalget i december 1973.

Den 5. februar 1974 fremsattes følgende forslag til folketingsbeslutning om ændring af prioriteringen inden for sundhedssektoren*:

»Folketinget opfordrer regeringen til at udarbejde en overordnet plan for udviklingen i den samlede sundhedssektor. Planen skal sigte mod en udbygning af den primære sundhedstjeneste, nemlig lægepraksis, hjemmesygepleje, plejehjem m. v., og en samtidig dæmpning inden for sygehussektoren«.

Bag forslaget lå en generel bekymring for udviklingen inden for sundhedssektoren i en periode, hvor det blev stadig mere mærkbart, at de økonomiske og personelle ressourcer er begrænsede. Behovet for en koordineret, langsigtet planlægning for den samlede sundhedssektor var blevet åbenbart.

Forslagsstillerne hæftede sig også ved, at væksten i sundhedsvæsenets ressourceforbrug gennem de seneste 10-20 år har været koncentreret i sygehusvæsenet, mens den primære sundhedssektor stort set har stagneret, bortset fra tandlægeområdet.

I den efterfølgende folketingsdebat** om forslaget skinnede det klart igennem ordførernes indlæg, at sundhedssektorens udvikling inden for de sidste 10-15 år gav anledning til skærpet opmærksomhed. Denne udvikling såvel som de udviklingstendenser, der var beskrevet i »Perspektivplanredegørelse 1972-1987« (PP II), gav baggrund for en vis tvivl om, hvorvidt den meget betydelige vækst i ressourceindsatsen i sundhedssektoren blev udnyttet på den rigtige måde.

I forslaget til folketingsbeslutning gav forslagsstillerne udtryk for, at en overordnet plan for udviklingen inden for sundhedssektoren skulle sigte mod en udbygning af den primære sundhedstjeneste og en samtidig dæmpning inden for sygehussektoren.

En sådan udviklingslinje ville være i overensstemmelse med PP 2-s synspunkt om, at det »ud fra et almindeligt økonomisk skøn, må være berettiget at antage, at sygdomsbehandling og -undersøgelse ambulant og på det mindst specialiserede niveau er billigere end på det institutionaliserede og/eller højere specialiserede niveau og derfor må foretrakkes i det omfang, den faglige kvalitet og service er fuldt tilfredsstillende for befolkningen«. PP II peger således på en oprustning af den primære sundhedstjeneste som en mulighed i en situation med knaphed på offentlige

*) Folketingstidende 1973-74 spalte 1706 samt tillæg A, spalte 1333.

***) Folketingstidende 1973-74 spalte 3285 (1. behandling), tillæg B, spalte 853 (socialudvalgets betænkning) samt folketingsstidende spalte 7483 (2. behandling).

midler. Det understreges dog, at en udbygning af den primære sundhedstjeneste, især af praksissektoren, ikke under det nuværende styringssystem i sig selv er nogen garanti for, at ressourceforbruget ikke stiger såvel i praksissektoren som i sygehusvæsenet. I PP II-s afsnit om sundhedsvæsenet konkluderes, at »det derfor i høj grad er den politiske vilje til styring, der vil være afgørende for sundhedsvæsenets udvikling«.

Under folketingets debat om forslaget til folketingsbeslutning udtrykte flere ordførere sympati for en oprustning af den primære sundhedstjeneste. Der blev dog fra forskellig side sat et spørgsmålstegn ved, om en omprioritering til fordel for den primære sundhedstjeneste nu også ville medføre de ønskede besparelser, idet det bl. a. blev anført at en oprustning af den primære sundhedstjeneste eventuelt kunne føre til et øget pres på sygehusvæsenet i form af flere henvisninger af patienter til sygehusbehandling og større træk fra praksissektoren på sygehuse- nes laboratoriefaciliteter m. v., ligesom en

udbygning af lægehuse med specialapparat- ur kunne indebære en risiko for en samlet overkapacitet på apparaturområdet med deraf følgende dårligere samlet ressourceud- nyttelse. I denne forbindelse blev der peget på, at det offentlige hidtil har haft meget be- grænsede styringsmuligheder, ikke mindst inden for lægepraksis, der udøves som et li- beralt erhverv.

Bl. a. med baggrund i den usikkerhed, som var kommet til udtryk under folketin- gets første behandling af forslaget, opnåedes der enighed mellem den daværende inden- rigs- og socialminister og folketingets social- udvalg om, at det videre arbejde med en prioritering inden for sundhedssektoren kræ- vede et forberedende udvalgsarbejde.

I overensstemmelse hermed vedtog folke- tinget følgende folketingsbeslutning*:

»Folketinget opfordrer regeringen til at nedsætte et udvalg med den opgave at tilve- jebringe grundlaget for en prioritering inden for sundhedssektoren«.

*) Folketingstidende 1973-74, tillæg C, spalte 355.

IL Tilrettelæggelsen af udvalgets arbejde

På udvalgets første møde besluttedes det at opdele arbejdet i tre faser, således at der i første fase skulle tilvejebringes en samlet beskrivelse af det nuværende sundhedsvæsen samt udviklingen i dette og i sygdomsbilledet, mens anden fase skulle benyttes til i et antal arbejdsgrupper nærmere at analysere forskellige delområder udvalgt på grundlag af det i første fase tilvejebragte materiale. I udvalgsarbejdets tredje fase skulle herefter foretages en samlet vurdering af de forhold, som er omfattet af udvalgets kommissorium.

De udarbejdede beskrivelser af sundhedsvæsenet og af hovedtendenser i udviklingen af sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet er optaget i betænkningens Del II (kapitel I og II) og har endvidere dannet grundlag for den nedenfor i afsnit III indeholdte redegørelse.

På baggrund af de udarbejdede beskrivelser og under hensyn til, at udvalgets samlede arbejde ifølge dets kommissorium skulle søges tilendebragt inden for en toårs periode, har overvejelserne i anden fase været samlet om følgende hovedemner, der er behandlet i hver sin arbejdsgruppe:

1. Forebyggelse.
2. Det politisk/administrative styringssystem.

3. Sundhedsvæsenets ressourceforbrug.
4. Informationssystemet.

Arbejdsgrupperne blev sammensat dels af medlemmer af prioriteringsudvalget, dels af udefrakommende sagkyndige, idet udvalget fandt, at sagkundskaben - bl. a. på grund af manglende statistik og dokumentation inden for relevante områder - var af særlig betydning i denne del af udvalgsarbejdet.

Som grundlag for arbejdsgruppernes arbejde udarbejdede udvalget nogle ret omfattende vejledende kommissorier.

Arbejdet i arbejdsgruppefasen har navnlig været koncentreret omkring en påvisning af mangler eller svagheder i det nuværende system samt formulering af synspunkter, ønsker og forslag til afhjælpning heraf, alt med henblik på at skabe et bedre grundlag for prioritering og styring inden for sundhedssektoren. Den begrænsede tid, der har været til rådighed for udvalgsarbejdet, har sat en grænse for, hvor dybtgående disse analyser af delområder har kunnet blive.

Redegørelserne fra de fire arbejdsgrupper er optrykt i betænkningens Del II (kapitel III-VI).

Det tilvejebragte materiale har herefter dannet grundlag for udvalgets overvejelser, således som de er refereret nedenfor i afsnit IV.

III. Beskrivelse af det nuværende sundhedsvæsen og hovedtendenser i den hidtige udvikling

Som grundlag for udvalgets overvejelser er som nævnt udarbejdet en mere omfattende beskrivelse af det nuværende sundhedsvæsen samt i tilslutning hertil en redegørelse for hovedtendenser i den hidtidige udvikling af sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet. Beskrivelsen og redegørelsen er optrykt som kapitel I og II i betænkningens Del II. I dette afsnit gives et resumé af fremstillingen i de to kapitler.

I beskrivelsen af sundhedsvæsenet er lagt vægt på at belyse de i kommissoriet fremhævede forhold, som udvalget særligt skal overveje, nemlig de indbyrdes sammenhænge mellem funktionerne i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og det tilgrænsede sociale område, sammenhængen mellem den sygdomsforebyggende indsats og sygdomsbehandlingen, den politisk/administrative organisation og kompetence og de til rådighed stående styringsmidler samt endelig den eksisterende medicinalstatistik og informationssystemet i øvrigt vedr. sundhedsvæsenet.

Beskrivelsen er i overensstemmelse med prioriteringsudvalgets kommissorium begrænset alene til sundhedsvæsenet i snævrere forstand og visse tilgrænsede dele af det sociale område. Den således afgrænsede indsats, der dækker befolkningen fra fødsel til alderdom, omfatter dels en række offentlige, fortrinsvis kommunale, sundhedsordninger såsom svangerskabshygiejne og fødselshjælp, borneprofylakse (spædbørnssundhedspleje, forebyggende lægeundersøgelse af børn, børnevaccinationer, skolesundhedspleje og børnetandpleje) samt hjemmesygepleje, dels den i liberale erhverv udøvede indsats: almen lægepraksis, speciallægepraksis og tandlægepraksis, dels sygehusvæsenet, lægemiddelforsyningsområdet og endelig de un-

der det tilgrænsede sociale område henhørende institutionsområder og foranstaltninger: plejehjem, daghjem og dagcentre, rådgivning og vejledning samt visse andre sociale foranstaltninger.

1. Resumé om de enkelte sundhedsordninger

Beskrivelsen af disse forskellige former for indsats inden for sundhedsvæsenet giver et vist billede af funktionsfordelingen og de indbyrdes samarbejdslinjer mellem de forskellige foranstaltninger. *Svangerskabshygiejne og fødselshjælp* tager sigte på en omfattende betjening af gravide kvinder forud for, under og efter fødslen i et - amtskommunalt organiseret - nøje samvirke mellem praktiserende læger, jordemødre og sygehusvæsenet med stigende vægt lagt på sygehusbetjeningen. *Børneprofylaksen* omfatter et sammenhængende system af tilbud om sundhedsmæssig bistand med et udtalt forebyggende sigte, der dækker børnene op til udgangen af den undervisningspligtige alder. Denne virksomhed, der etableres af kommunerne, udøves i et vist indbyrdes samvirke mellem (småbørns) sundhedsplejersker, praktiserende læger, skolelæger, skolesundhedsplejersker og børnetandlæger.

Hjemmesygepleje, der også udføres i kommunalt regi, udøves i overensstemmelse med den praktiserende læges ordination og i et vist samarbejde med sygehusvæsenet. Hjemmesygeplejerskerne har tillige nære samarbejdslinier til den i bilstandsloven fastlagte kommunale *hjemmehjælpsordning*, der tager sigte på at yde huslig bistand i hjemmet

under sygdom, fødsel og rekonvalescens m. m.

Den alment praktiserende læge udøver en central funktion i sundhedsvæsenet (og socialvæsenet). Han undersøger, behandler og udfører et profylaktisk arbejde i forhold til sine patienter. Han ordinerer medicin, fysioterapi og hjemmesygepleje samt indstiller til plejhjemsanbringelse. I det omfang hans viden eller tekniske muligheder ikke strækker til, henviser han patienterne videre til et mere specialiseret niveau inden for sundhedsvæsenet, såsom praktiserende speciallæge eller sygehus, enten alene med henblik på diagnostisk bistand eller til mere specialiseret behandling. Den praktiserende læge møder kort sagt befolkningens sygdomsreaktioner og administrerer dem bl. a. igennem sin visitationsret. Denne Visitationsfunktion tager direkte sigte på en rationel udnyttelse af de bestående muligheder for relevant behandling, som den differentierede specialisering og funktionsdeling inden for sundhedssektoren frembyder. Noget af baggrunden for denne centrale placering skyldes, at den praktiserende læge normalt virker som fast læge for den enkelte patient efter det såkaldte familielægeprincip. Dette princip, der sikrer bredest muligt kendskab til patienten, understøttes af den gældende sygesikringsordning, der for gruppe 1-sikrede normalt kun tillader lægeskifte én gang om året. Den alment praktiserende læge udøver sin funktion i solopraksis eller - i stigende grad - i flermandspraksis som et liberalt erhverv - dog i Københavnsområdet i et ansættelsesforhold. For den helt overvejende del af befolkningen er lægebistanden gratis, idet vederlæggelse af lægerne sker gennem den offentlige sygesikring på grundlag af overenskomstfastlagte honorarer.

De praktiserende speciallæger yder - inden for deres speciale - ambulante speciallægehjælp til ikke-sygehusindlagte patienter i form af diagnostik og behandling. Denne form for speciallægevirksomhed kan ansues som et supplement (og bistand) til den alment praktiserende læges virksomhed og samtidig som en mulig aflastning af speciallægefunktionen i sygehusvæsenet. Den praktiserende speciallæge kan normalt (bortset fra gruppe 2-patienter) kun yde bistand til patienter efter særlig henvisning fra en alment praktiserende læge. Også den praktiserende speciallæge udøver sit virke som

et liberalt erhverv og med hovedsagelig fuld honorering gennem den offentlige sygesikring.

De praktiserende tandlæger varetager såvel behandling som forebyggende virksomhed. Som følge af den etablerede offentlige børnetandpleje er tandlægepraksis' virksomhed efterhånden især rettet mod den voksne del af befolkningen. Der gælder helt frit tandlægevalg for patienterne, og behandlingen må i vidt omfang betales af patienterne selv, idet der kun ydes begrænset tilskud fra sygesikringen. Kontakten til de øvrige dele af sundheds- og socialektoren er begrænset.

Sygehusvæsenet, såvel det somatiske som det psykiatriske, der i det alt væsentlige er amtskommunalt organiseret, repræsenterer en specialiseret indsats, spændende over hele spektret af legemlige og psykiske sygdomme og omfattende såvel diagnostik, behandling som pleje. Gennem en bygningsmæssig koncentration af denne aktivitet sikres mulighed for et nært samvirke mellem flere specialuddannede personalegrupper, adgang til specialudstyr og stationær behandling. I naturlig sammenhæng med den specialistprægede indsats danner sygehusvæsenet også rammerne såvel for en forskningsmæssig indsats af lægelig og teknologisk art som for omsætning af denne forsknings resultater i klinisk arbejde. Et indtryk af sygehusvæsenets specialisering giver de i 1971 udsendte vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning, der forudsætter, at hvert amtskommunalt sygehusvæsen er i stand til at yde lægelig ekspertise til befolkningen inden for 20 nærmere angivne lægelige specialer (eksempelvis anæsthesiologi, diagnostisk radiologi (røntgenundersøgelser), intern medicin, obstetrik og gynækologi, parenkymkirurgi og psykiatri). Herudover forudsættes yderligere indtil 25 specialer, grenspecialer og ekspertområder etableret på et enkelt eller nogle enkelte særligt specialiserede sygehuse (lands- og landsdelspecialer). Udviklingen efter de ovennævnte i 1971 udsendte vejledende retningslinier har understreget, at der inden for sygehusvæsenet må findes forskellige grader af specialisering strækkende sig fra det mindre sygehus, der kun kan behandle en begrænset del af de forekommende sygdomstilfælde, til landsdels-specialesygehuset, hvor patientunderlaget for de højt specialiserede funktioner - for at

sikre den bedst mulige patientbehandling - må være større end en enkelt amtskommune. Det er samtidig blevet stadig mere klart, at der må ske en samordning af indsatsen mellem de forskellige typer af sygehuse og indbyrdes mellem de specialiserede sygehuse.

Sygehusvæsenets diagnostiske og behandlende indsats retter sig som hovedregel mod indlagte patienter, men i stigende grad udøves tillige ambulant virksomhed med henblik på en aflastning af sygehusenes sengekapa- citet. Herudover dækker sygehusene i vidt omfang de alment praktiserende lægers behov for diagnostisk bistand gennem en udbygget laboratoriefunktion, herunder røntgen- diagnoser. Blandt sygehusvæsenets funktioner inden for behandlingsområdet fremhæves særskilt sygehusenes vagtberedskab i form af akutte modtageafdelinger og skadestuer til behandling af akut opståede sygdomssituationer og skader. Dette beredskab, der stiller særlige krav til sygehusenes be- manding døgnet rundt og en vis reservekapa- citet, har - også set fra den primære sund- hedstjenestes synspunkt - en væsentlig funk- tion som et sikkerhedssystem til behandling af akutte skader og sygdomme. Endelig er sygehusvæsenet sundhedssektorens væsentlig- ste kliniske uddannelsessted såvel for syge- husenes eget personale som for personalet i den primære sundhedstjeneste.

Sygehusvæsenet er også inddraget i for- skellige af de eksisterende profylaktiske for- anstaltninger. Således indgår ydelser fra labo- ratoriefagene i kræftscreeninger, ligesom tu- berkulosestationer, nu lungeklinikker er ind- draget i helbredsundersøgelser af forebyg- gende karakter.

Funktionerne på sygehusene udføres først og fremmest af læger og sygeplejersker. For begge disse personalegrupper er der imid- lertid gennemført en vidtgrenet arbejdsdeling og specialisering, der har ført til, at deres op- rindelige funktioner efterhånden er opdelt på en lang række specialer og faggrupper.

Adgangen til sygehusbehandling, der i princippet er vederlagsfri, er normalt betin- get af en henvisning fra en alment praktise- rende læge eller en praktiserende special- læge.

Sygehusvæsenets samarbejdslinier til de øvrige dele af sundhedsvæsenet er af væsent- lig betydning, da sygehusvæsenet kun i et samarbejde med de øvrige dele af systemet kan udføre sine funktioner. En rationel ud-

nyttelse af sygehusvæsenets højt specialise- rede indsats forudsætter således en effektiv visitation såvel til sygehusene, mellem syge- husene som bort fra sygehusene, hvad enten det er til patientens hjem eller til plejeinsti- tution eller lignende. Hermed er også givet de primære kontakflader mellem sygehus- væsenet og de øvrige dele af sundheds- og so- cialsektoren. Samarbejdet med praksissekto- rens læger vedrører både visitationen til sy- gehus og spørgsmålet omkring udskrivnin- gen af de i sygehusvæsenet behandlede pati- enter. Herudover består der samarbejdslinier til hjemmesygeplejersker, hjemmehjælpere, revalidering og plejeinstitutioner m. v., især i forbindelse med udskrivning af patienter. Som følge af de enkelte sygehusenes noget uensartede specialiseringsgrad og den i øv- rigt stærkt opdelte funktion inden for syge- husvæsenet er det yderligere nødvendigt, at der sikres et tæt samarbejde mellem syge- huse og sygehusafdelinger om visitation af patienter inden for sygehusvæsenet til de for patientens behandling mest relevante be- handlingssteder.

Lægemedelforsyningen sikrer befolkning- en let og sikker adgang til gode lægemidler til rimelige priser. Detailforhandlingen af lægemidler m. v. er ifølge lægemiddeloven som udgangspunkt forbeholdt apotekerne. Virksomheden som apoteker udøves på grundlag af en bevilling meddelt af det of- fentlige. Gennem offentlig fastsættelse af apotekernes avancer samt gennem opkræv- ning af afgifter og udbetaling af tilskud til- stræbes dels at sikre apotekerne et vist gen- nemsnitsudbytte, dels at udjævne alt for store udsving i de enkelte apotekers udbytte. Lægemedelforsyningen til sygehusene vare- tages dels af lokale apoteker, dels af særlige sygehusapoteker. Den alt overvejende del af lægemiddelomsætningen (1975 ca. 75 pct.) sker på grundlag af recepter udstedt af læ- gerne. Gennem sygesikringen ydes tilskud på henholdsvis 75 og 50 pct. til privates indkøb af visse særlig vigtige lægemidler.

På *det tilgrænsende sociale område* findes en række ydelser, institutioner og foran- staltninger, der på flere forskellige måder hænger sammen med sundhedsvæsenet. De sociale ydelser tildeles som hovedregel af kommunernes sociale udvalg, mens kommu- nalbestyrelsen - i nogle tilfælde amtsrådet - har ansvaret for, at der er det nødvendige antal pladser på sociale institutioner.

Det er velkendt, at selvom den egentlige sygehusbehandling af en patient må siges at være afsluttet, kan muligheden for udskrivning afhænge af, at der kan tilbydes ham bistand i socialsektorens regie. Der kan således være behov for omsorgsforanstaltninger i forbindelse med udskrivningen, såsom plejehjem, men også daghjem, dagcenter eller praktisk bistand i hjemmet. I praksis er denne sammenhæng imidlertid ikke så enkel, at problemet kan af grænses til et valg mellem på den ene side sygehus og på den anden side én enkelt bistandsform (f. eks. plejehjem). Udskrivning kan meget vel forudsætte, at flere sociale og sundhedsmæssige virkemidler sættes ind samtidig. Bestanddelene i et sådant bistandsprogram kan findes blandt f. eks. tekniske hjælpemidler, rådgivning og vejledning, en form for revalidering, hjemmesygepleje, praktiserende læge osv. Endelig vil en rigtig udnyttelse af de forskellige foranstaltninger i socialvæsenet og den primære sundhedstjeneste kunne begrænse behovet for sygehusindlæggelse.

2. Problemer i forbindelse med samarbejdet i sundhedsvæsenet

Beskrivelsen af sundhedsvæsenet afdækker i nogen grad de problemer, der er forbundet med - og de bestræbelser, der udfoldes med henblik på - at etablere et rationelt samvirke mellem de mange forskellige og forskelligt organiserede sundhedsordninger m. v. og herunder at udnytte mulighederne for rationelle funktionsforskydninger mellem alternative foranstaltninger. For så vidt angår samvirket mellem på den ene side de i de offentlige sundhedsordninger virkende medicinalpersoner, såsom jordemødre, sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker og på den anden side de praktiserende læger, vanskeliggøres samarbejdet af, at de offentligt ansatte medicinalpersoner som oftest arbejder inden for distriktsgrænser, der ikke er sammenfaldende med de praktiserende lægers patientkredse. Dette betyder, at såvel det antal sundhedsplejersker/hjemmesygeplejersker som det antal læger, der indbyrdes skal samarbejde, er meget stort. Specielt for hjemmesygeplejens vedkommende er spørgsmålet om samarbejde med lægerne - og i høj grad også sygehusene - af væsentlig betydning for udnyttelsen af hjemmesygeplejens muligheder for dels at aflaste/supplere

den praktiserende læges besøgsvirksomhed i patienternes hjem, dels at udvikle hjemme-sygeplejens aflastende og supplerende funktion i forhold til sygehusvæsenets plejevirk-somhed - specielt for udskrevne hospitals-patienter. Der har derfor på forskellig vis været udfoldet bestræbelser for, at lægernes og sundhedsplejerskernes/hjemmesygeplejerskernes patientkredse bliver sammenfaldende, men der er vanskeligheder forbundet hermed.

En tilsvarende problematik gør sig også i nogen grad gældende i samvirket mellem de kommunale socialforvaltningers personale (behandlergruppe) og de praktiserende læger. Inden for dette felt hersker der tillige en vis principiel usikkerhed om, hvorvidt kommunerne i det sociale arbejde alene skal bistå af klienternes egne praktiserende læger, eller om der herudover skal sikres de sociale forvaltninger en mere generel lægelig bistand i form af en særlig tilknyttet læge-konsulent.

For så vidt angår samarbejdet mellem de praktiserende læger og sygehusvæsenet konkluderer en række fagligt betonede udvalgsarbejder, at der er et behov for et øget samarbejde om patienter både før, under og efter indlæggelsen. Der anbefales forskellige samarbejdsformer, således at det undgås, at sundhedstjenesten inden for og uden for hospitalerne bliver to skarpt adskilte områder, uanset at de undersøger og behandler samme patient. Vanskelighederne i samarbejdet tilskrives ofte manglende kommunikation mellem praksisområdets og sygehusvæsenets læger, og det påpeges, at med centraliseringen af sygehusvæsenet vil de uheldige virkninger af den svigtende kommunikation øges.

Den praktiserende speciallæges funktionelle placering i sundhedsvæsenet er udtryk for en vis afbalancering af en række forskellige, til dels modstående hensyn. Ønsket om at styrke de praktiserende lægers virksomhed og dermed undgå hospitalsindlæggelse har motiveret til anerkendelse af, at speciallægehjælp kan ydes inden for sygesikringen. Omvendt har den voksende ambulante sygehusfunktion, der bl. a. er resultatet af et øget pres på hospitalssengene, betydet, at der nu eksisterer parallelle ambulante funktioner. Dette har givet anledning til overvejelser om, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere disse ambulante funktioner, og såfremt

begge former skal opretholdes, hvilken indbyrdes afgrænsning der bør foretages. I overvejelserne er indgået forslag til mere fleksible former for speciallægebistand til almen praksis, bl. a. som konsulenttjeneste fra sygehusvæsenet. Specielt for så vidt angår spørgsmålet om udvidelser af sygesikringens overenskomster om speciallægehjælp har især sundhedsstyrelsen anlagt det synspunkt, at en udvidelse af speciallægevirk-somhed uden for sygehusene må ses i sammenhæng med sygehusplanlægningen, og dermed med sygehusenes speciallægekapacitet.

Ud over de allerede omtalte problemer med hensyn til afpasning og samordning af de alment praktiserende lægers og de praktiserende speciallægers funktioner med sygehusvæsenets virksomhed eksisterer der også andre problemer for sygehusvæsenet i forbindelse med en rationel indpasning af dets funktioner i det samlede sundhedsvæsen.

Dette gælder især realiseringen af den ved kommunalreformen opstillede målsætning om, at de eksisterende sygehuse i hver amtskommune skal samordnes funktionelt i et differentieret system, hvor fordelingen af patienterne mellem sygehusene sker under hensyntagen til sygehusenes forskellige specialiseringsgrad, bemanding og udrustning med undersøgelsesfaciliteter. I en række af de hidtil udarbejdede sygehusplaner har der kunnet konstateres en vis usikkerhed omkring den praktiske tilrettelæggelse af en sådan samordning.

I forhold til socialektoren har der været overvejet en række forskellige samarbejdsformer med henblik på at sikre fornøden udskrivningsmulighed for sygehusvæsenet til plejehjem eller til andre boligformer med pleje og omsorgsforanstaltninger eller til eget hjem med støtteforanstaltninger. For så vidt angår udskrivning fra sygehusvæsenet til plejehjem eller beskyttede boliger vil de i medfør af bistandsloven nedsatte visitationsudvalg på det amtskommunale plan kunne spille en særlig koordinerende rolle, men såvel på dette område som i relation til de øvrige bistandsmuligheder i socialektoren er der i øvrigt behov for den størst mulige samarbejdsindsats - herunder informationsudvikling - mellem sygehusvæsenet og socialektoren. Specielt kan peges på betydningen af information fra socialektoren til sygehusvæsenet om de i de forskellige kommu-

ner faktisk eksisterende bistandsmuligheder gennem socialektorens forskellige omsorgsforanstaltninger, som kan tilbydes i øvrigt færdigbehandlede sygehuspatienter ved en evt. udskrivning.

3. Forebyggelse

I den i betænkningens Del II indeholdte beskrivelse af sundhedsvæsenet er tillige redegjort for den eksisterende sygdomsforebyggende indsats fortrinsvis inden for sundhedsvæsenet, der er rettet mod mere konkret afgrænsede sygdomme og sygdomsrisici. Foruden de forebyggende sundhedsordninger omkring de gravide kvinder og børnene, jfr. den tidligere omtalte svangerskabshygienje og fødselshjælp og den brede børneprofylakse, er der således etableret en vis, omend endnu beskeden forebyggelse omkring arbejdsmiljøet, visse masseundersøgelser over for smitsomme eller særligt alvorlige sygdomme med en bredere udbredelse samt etableret forskellige former for sundhedsoplysning.

Omkring arbejdsmiljøet har den hidtidige lovgivning først og fremmest søgt at skabe et værn mod arbejdsulykker og sundhedsskadelige påvirkninger, men bl. a. på baggrund af forskellige udvalgsarbejder i de senere år er lovgivningen nu ændret med henblik på en væsentlig øget indsats på dette felt. Blandt de foranstaltninger, der sigtes mod, er etablering af bedriftssundhedstjenester i tilknytning til sikkerhedsorganisationen i virksomhederne, der med støtte fra det øvrige sundhedsvæsen skal gå aktivt ind i forebyggelsen af arbejdsmiljøskader. Organiseringen af dette arbejde overvejes for tiden, og herunder overvejes tillige bedriftssundhedstjenesternes stilling i forhold til det samlede social- og sundhedsvæsen.

Med henblik på at opspore sygdomme eller deres symptomløse forstadier og fremme en mulig behandlingsindsats herimod er der - ikke mindst efter 2. verdenskrig - iværksat visse former for masseundersøgelser (screeninger). Det gælder eksempelvis undersøgelser vedr. tuberkulose og på det seneste livmoderhalskræft hos kvinder. Der er imidlertid rejst nogen tvivl om effektiviteten af disse undersøgelser, der kræver en betydelig indsats af kvalificeret personale og økonomiske ressourcer. Man er derfor efterhånden nået til den erkendelse - i øvrigt

også efter henstilling fra WHO - at sådanne større folkeundersøgelser ikke bør sættes i gang uden en nøjagtig vurdering af deres videnskabelige forudsætninger, herunder at sygdommene er et vigtigt sundhedsproblem, og at der skal findes acceptable behandlingsmuligheder. På det seneste har man nedtrappet tuberkuloseundersøgelserne, da de brede undersøgelses effekt efterhånden var beskednen. Omvendt står man over for en optrapning af undersøgelsesindsatsen mod livmoderhalskræft, som udgør et betydeligt sygdomsproblem, og hvor behandlingsmulighederne er til stede, men i høj grad afhængige af sygdomsstadiet.

Endelig udfoldes der såvel inden for sundhedsområdet som i uddannelsessektoren (f. eks. folkeskolen) en vis oplysningsvirksomhed dels med et positivt sigte i form af anvisninger og anbefalinger af forskellige foranstaltninger, såsom oplysning om anvendelse af svangerskabsforebyggende midler, dels med et negativt sigte i form af advarsler om sygdomsrisici, eksempelvis i forbindelse med alkohol- og stofmisbrug, tobaksrygning, trafikikkerhed og sikkerhed på arbejdspladsen. Ikke mindst på det forebyggende område gælder i øvrigt, at der på en række områder uden for sundhedsvæsenet er etableret - eller undladt — foranstaltninger, der indirekte kan påvirke befolkningens sundhedstilstand og dermed behovet for foranstaltninger inden for den egentlige sundhedssektor. Dette gælder bl. a. de foranstaltninger, der sigter mod at højne boligstandard, at bedre befolkningens arbejdsvilkår (nedsættelse af arbejdstiden m. v.), at sikre befolkningen bedre levnedsmidler og ikke mindst at beskytte mod miljøforurening.

4. Sundhedsvæsenets styring

Med henblik på en vurdering af styringsmidlerne inden for sundhedssektoren er i betænkningens Del II tillige beskrevet de styrende organer og deres kompetence samt indbyrdes samspil, herunder de etablerede planlægningssystemer. Generelt er området karakteriseret af et overordentligt stort antal styrende organer såvel på det centrale som det lokale niveau, der afspejler både den historiske udvikling, sammenhængen med tilgrænsende sektorer, den gældende opgavefordeling, ejerforhold og finansiering, praksissektorens karakter af liberalt erhverv og

ikke mindst behovet for en kombineret repræsentation af alle disse interessegrupper. På det centrale plan er hovedkompetencen opdelt på 2 ministerier og 3 styrelser, hvortil kommer en række andre ministerier med opgaver af et vist sundhedsmæssigt indhold. Amtskommunernes opgaver på sundhedsområdet har motiveret etablering af særlige centrale organer, enten med repræsentation alene fra amtskommunerne (og Københavns og Frederiksberg kommuner) så som Sygesikringens Forhandlingsudvalg, eller med blandet amtskommunal/statslig repræsentation som Sygehusrådet, eller med repræsentation for sygesikringens parter som det i sygesikringsloven omhandlede landssamarbejdsudvalg og de overenskomsthjemlede landssamarbejdsudvalg. I rækken af centrale organer med indflydelse på sundhedssektoren må også nævnes de kommunale organisationer, Amtrådsforeningen i Danmark og Kommunernes Landsforening, samt de forskellige medicinalpersonalegruppers faglige organisationer (Den almindelige danske Lægeforening, Dansk Sygeplejeråd m. fl.).

På det amtskommunale plan varetages de sundhedsmæssige opgaver af de to stående udvalg, sygehusudvalget og social- og sundhedsudvalget. I henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2, er endvidere nedsat et samordningsudvalg med den opgave at virke til fremme af samarbejdet og samordningen mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed. Herudover nedsættes i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4, et fællesudvalg med repræsentation for § 23, stk. 2-udvalget og den lokale lægekredsforening, ligesom der i henhold til sygesikringsoverenskomsterne etableres samarbejdsudvalg med repræsentation af § 23, stk. 2-udvalget og de praktiserende læger m. fl.

På det kommunale niveau henhører opgaverne under socialudvalget.

Samspelet mellem de kompetente organer på centralt og lokalt niveau inden for de enkelte delsektorer (sygehusvæsen, primær sundhedstjeneste og tilgrænsende socialt område) er i vidt omfang forankret i en traditionel sektoropdeling og tager i deres udformning især sigte på de styringsproblemer, der er affødt af en decentraliseret opgavefordeling. Sygehusvæsenet og de offentlige sundheds- og socialopgaver er således henholdsvis amtskommunale og kommunale opgave-

områder og finansieres dermed også i alt væsentligt af amtskommunerne og kommunerne, men er i øvrigt underlagt hver sit planlægningssystem med forpligtelse til fremlæggelse af planer for de centrale ressortministerier til godkendelse, henholdsvis til kontrol. Praksisområdet, omfattende bl. a. sundhedssektorens måske mest centrale personalegruppe, de alment praktiserende læger, virker derimod inden for rammerne af et liberalt erhverv, og har indtil den seneste sygesikringsoverenskomst alene været underkastet de reguleringer, navnlig af økonomisk karakter, som aftales i de tosidige overenskomster, der efterfølgende kræver socialministeriel godkendelse. Efter de nugældende sygesikringsoverenskomster er der som noget nyt åbent adgang for en vis regulering og planlægning af praksisområdet med deltagelse af de lokale amtskommunale myndigheder og i øvrigt underlagt overenskomstparternes centrale godkendelse.

Samspillet på tværs af delsektorerne mellem de kompetente organer på samme niveau har ikke en tilsvarende traditionel baggrund, men er af væsentlig betydning med henblik på en mere helhedsbetonet anvendelse af alternative og supplerende foranstaltninger. På forskellig vis er der truffet foranstaltninger til at sikre dette tværgående samspil. For at fremme en koordinering af indenrigsministeriets og socialministeriets samt sundhedsstyrelsen, sikringsstyrelsen og socialstyrelsens planlægningsarbejde og øvrige opgaver inden for sundhedsvæsenets og det tilgrænsende socialvæsenes område er der således på centralt hold nedsat en permanent koordinationsgruppe, den såkaldte K-gruppe, med repræsentanter for de to ministerier samt de tre styrelser.

Ved at henlægge sygesikringsopgaverne til amtskommunerne, der samtidig er sygehuskommuner, og endvidere give amtskommunerne ansvaret for koordineringen af de kommunale udbygningsplaner vedrørende den primære sundhedstjeneste, er der tillige på det amtskommunale plan skabt fælles rammer for planlægningen af sygehusvæsenet, sygesikringens ydelsesområde og den primære sundhedstjeneste. Hertil kommer nu den egentlige praksisplanlægning både for alment praktiserende læger og speciallæger, som amtskommunale myndigheder har fået tillagt medindflydelse på ved sygesikringsoverenskomsterne af 1976. Da de

nævnte opgaver er underlagt to forskellige amtskommunale udvalg, er der i sygesikringslovens § 23, stk. 2 og 4, som tidligere nævnt hjemlet nedsat særlige fællesudvalg til sikring af den fornødne koordination. Der er imidlertid endnu ikke fastsat nærmere regler for de pågældende udvalgs virksomhed, og de fungerer noget forskelligt i amtskommunerne.

Koordineringen af plejefunktionen i sygehusvæsenet med plejehjemssektoren og de beskyttede boliger i den tilgrænsende sociale sektor kan blandt andet tilgodeses gennem de førromtalte særlige amtskommunale visitationsudvalg, der skal afgive vejledende udtalelser om visitationen til disse bistandsformer. Endvidere vil amtskommunerne gennem behandlingen af kommunernes sociale udbygningsplaner kunne fremme koordinationen af plejefunktionen mellem sygehusvæsenet, plejehjemssektoren og den kommunale hjemme-sygepleje.

5. Sundhedsvæsenets informationssystemer

I beskrivelsen af sundhedsvæsenet er endelig medtaget en redegørelse for den eksisterende statistik og andre relevante informationssystemer, der er en nødvendig forudsætning for en vurdering af de eksisterende forhold og af konsekvenserne ved ændringer heri og dermed for en planlægning og prioritering.

Indsamlingen og bearbejdelsen af statistiske oplysninger forestås navnlig af sundhedsstyrelsen i form af en omfattende medicinalstatistik, men herudover udarbejdes også på centralt plan et statistisk materiale af Danmarks Statistik, sikringsstyrelsen og Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Endvidere kan udledes væsentlige oplysninger om sundhedsvæsenet af de kommunale budgetter og regnskaber, sygehusplanerne og udbygningsplanerne på det sociale og sundhedsmæssige område og af visse foreningers og organisationers registre og informationsindsamlinger.

Sundhedsvæsenets problemfelt, sygeligheden og sygdommene, belyses af løbende statistikker om forekomsten af forskellige smittsomme sygdomme, om sygehusindlagte patienters sygdomsdiagnoser og om sygdomme, der har medført døden, ligesom sygeligheden inden for visse afgrænsede sygdomsgrupper

registreres i en række specielle sygdomsregistre. Endvidere udarbejdes en løbende fødselsstatistik og en abortstatistik, ligesom der i forbindelse med børnetandplejen er etableret en omfattende statistik vedrørende forekomsten af tandsygdomme og tandstillingsfejl hos børn. Herudover har der været foretaget en enkelt omfattende statistisk analyse af den almindelige sygelighed i Danmark og enkeltstående tilsvarende undersøgelser for mere begrænsede del af befolkningen. Det billede, der kan aftegnes af sygdomspanoramaet ved hjælp af ovenstående kilder, er i mange henseender mangelfuldt, især fordi der - bortset fra de smitsomme sygdomme - ikke sker indberetninger fra praksisområdet.

Ressourceindsatsen i sundhedsvæsenet belyses bl. a. i medicinalberetningerne, der dels indeholder forskellige økonomiske oversigter over driftsudgifter og -indtægter for de offentlige sygehuse, dels giver detaljerede oplysninger om antal og art medicinalpersoner og deres fordeling på funktioner såvel i den primære sundhedstjeneste som inden for de sygdomsbehandlende institutioner. For de liberale dele af den primære sundhedstjeneste savnes oplysning om navnlig hjælpepersonalet, hvorfor den nuværende medicinalstatistik ikke giver mulighed for at opgøre det samlede personale uden for sygehussektoren og dermed ikke mulighed for i detaljer at vurdere det samlede personalemæssige ressourceforbrug i sundhedssektoren.

For sygesikringens område udarbejdes af sikringsstyrelsen en driftsstatistik, der viser udgifterne til almen lægehjælp, speciallægehjælp, tandlægehjælp, fysiurgisk behandling og medicin. Herudover udgiver Sygesikringens Forhandlingsudvalg en ydelsesstatistik, der indeholder en opgørelse over antallet af de under sygesikringen virkende alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, tandlæger og fysioterapeuter samt deres indtjeningsforhold.

Oplysninger om ressourceforbrug kan også udledes af de kommunale og amtskommunale budgetter og regnskaber, men da disse hidtil kun har været etårige og fortrinsvis har skullet tjene bevillingskontrollerende formål, har dette materiale været mindre egnet til planlægningsformål. Pr. 1. januar 1977 er indført et nyt kommunalt budget- og regnskabssystem, der vil give et forbedret planlægningsgrundlag, bl. a. ved kravet om, at budget og regnskab skal omfatte såvel

drift som anlægssiden (totalbudgettet), at der ud over årsbudgettet skal udarbejdes 3-årige budgetoverslag, samt at der indføres en obligatorisk personaleoversigt. Budget og regnskab skal dog fortsat udarbejdes for det enkelte sygehus og er alene fordelt på forskellige udgiftsarter (vareforbrug, lønninger m. m.) og giver derfor ikke mulighed for at sætte ressourceindsatsen i forhold til sygehusvæsenets funktioner. Derudover belyses ressourceindsatsen på sygehusområdet i sygehusplanerne.

På det tilgrænsende sociale område indhentes oplysninger om ressourceforbruget via ressourcetællinger samt via udbygningsplanlægningen i henhold til den sociale styrelseslovs § 11, der vedrører sociale bistands- samt visse sundhedsmæssige foranstaltninger.

Sundhedsvæsenets »produktion« i form af ydelser til befolkningen belyses for sygehusvæsenets vedkommende i medicinalstatistikken, hvor der bl. a. gives oplysning om operative indgreb, sengepladser, indlagte, udskrevne og døde patienter m. v. (Oprindelig med henblik på at afløse sygehusafdelingernes årlige indberetninger til de centrale myndigheder). Inden for det sidste 10-år er der i de fleste sygehuskommuner udviklet forskellige edb-systemer, som kan oplagre medicinske og administrative oplysninger om den enkelte patient (sygehusvæsenets individbaserede statistik) og danne grundlag for de nødvendige statistiske udtræk. Dette system har imidlertid skabt grundlag for et omfattende analysearbejde vedrørende sygehusvæsenets funktioner, der åbner helt nye perspektiver. Det kan således anvendes til en tiltrængt analyse af de enkelte kliniske specialers sengebehov, til analyse af visitationen henholdsvis inden for sygehuskommunen og til landsdelsspecialer og til opgørelser af en række præstationsmål, der kan sættes i relation til ressourceforbruget, samt på længere sigt danne grundlag for detaljerede omkostningsanalyser. Til brug for den overordnede planlægning og styring har sundhedsstyrelsen besluttet at indhente den individbaserede patientregistrerings hovedregistre fra og med perioden 1. april-31. december 1976 fra alle somatiske sygehusafdelinger.

For sygesikringens område indeholder ydelsesstatistikken opgørelse af antallet af ydelser fordelt på ydelsesarter (konsultationer, besøg m. v.) inden for hovedgrupperne

almen lægehjælp, speciallægehjælp, tandlægehjælp og fysioterapi. For en række af de offentligt finansierede profylaktiske foranstaltninger, såsom sundheds- og hjemmesygepleje, børnetandpleje m. v. oplyses også antal undersøgelser m. v. På lægemiddelområdet findes endnu ingen offentlig løbende statistik over, hvilke lægemidler der anvendes, men det er under overvejelse af etablere en sådan statistik.

Der udarbejdes i øvrigt en række statistikker, så som statistik om syge-, ulykkes- og fødselsdagpenge, arbejdsulykkesstatistik og statistik over førtidspensioner, ligesom Dansk Arbejdsgiverforening udarbejder en kvartalsvis fraværstatistik. Endelig kan relevant information hentes fra enkeltstående forsknings- og udredningsarbejder, hidrørende fra såvel offentlige myndigheder som private organisationer eller enkeltpersoner.

6. Resumé af udviklingen frem til det nuværende sundhedsvæsen

Med henblik på at give en vis oversigtlig baggrund for forståelse af sundhedsvæsenets nuværende udformning og situation og belyse en række af de hovedproblemer, som udviklingen rejser, er i kapitel II i betænkningens Del II - som nævnt - givet en redegørelse for hovedtendenser i udviklingen af sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet i sidste og indeværende århundrede.

Omkring begyndelsen af det 19. århundrede udøvedes den lægelige betjening af befolkningen hovedsagelig af privatpraktiserende læger, fortrinsvis uden for sygehusene, og var hovedsagelig forbeholdt befolkningens mere velstillede lag. Samfundets hovedproblem i sundhedsmæssig henseende var de epidemiske sygdomme, og sygehusenes funktion var i overensstemmelse hermed især isolering af smittefarlige patienter foruden en form for fattighjælp og stærkt begrænset (navnlig kirurgisk) behandling.

Udviklingen herfra og op til i dag har haft afgørende indflydelse såvel på adgangen til lægelig betjening som på den kvalitative og kvantitative karakter af de praktiserende lægers og sygehusenes funktioner og de rammer, hvori de udøves, såvel som på sygdomsbilledet som sådant.

Befolkningens adgang til lægehjælp øgedes således betydeligt, efter at der i sidste halvdel af sidste århundrede stiftedes en

række sygekasser for mindrebemidlede. Det bærende princip for sygekasseordningen var oprindelig hjælp til selvhjælp (forsikringsprincippet) og frivillighed. Op igennem indeværende århundrede har begge principper efterhånden mistet deres betydning som grundlag for kassernes finansiering, udbud af ydelser og medlemsoptagelse. Ad lovgivningsvejen har staten reguleret, hvilke ydelser kasserne skal og kan stille til rådighed, grebet ind i medlemsoptagelsen, og gennem tilskudspolitikken påvirket udbudet af ydelser og samtidig bidraget til at holde kontingentbetalingen nede. Som et resultat heraf er kasserne gradvist gået over til at blive en del af et egentligt offentligt sundhedsvæsen uden for sygehusene; en udvikling der fuldbyrdes ved sygesikringsreformen i 1973, da frivillighedsprincippet endeligt afløses af obligatorisk sygesikring for alle borgere, finansieret over skatterne. Den således førte politik har givet sig udslag dels i en støt tilgang op igennem den betragtede periode af nye obligatoriske ydelser fra sygekasserne, herunder fra 1960 speciallægehjælp, dels i en gradvis forøgelse af sygekassernes nydende medlemmer fra 7,9 pct. af befolkningstallet i 1893 til 89 pct. i 1972. Sideløbende hermed er der sket en centralisering, idet de oprindeligt små sygekasser efterhånden sammensluttedes i centralforeninger på amtsplan og i en landsorganisation, og de individuelle aftaler mellem de enkelte kasser og konkrete læger afløses af landsdels- og senere af en landsoverenskomst (1961) med lægernes organisationer.

Under indflydelse af den stadig voksende lægevidenskabelige formåen og faglige specialisering ændrer også sygehusvæsenet karakter i løbet af den pågældende periode. Fra at være baseret på opbevaring/isolering af langtidsliggende patienter bliver indsatsen i sygehusene udtryk for en dynamisk funktion, der indrettes til intens undersøgelse og behandling af patienter, som kun forudsættes at opholde sig kort tid i institutionen. Denne omdannelsesproces resulterede i væsentlige ændringer i rammerne for sygehusfunktionen. For det første sker der en stigende specialisering, der giver sig udtryk i et øget antal kliniske specialafdelinger og en samtidig forøgelse af antallet af hjælpeafdelinger (røntgen, narkose, laboratoriespecialer). Specialiseringen bevirker tillige en betydelig koncentration af sygehusvæsenet og

en ændring af den dominerende sygehus-type. Antallet af sygehuse reduceres, og det i 1930 endnu dominerende blandede medicinsk/kirurgiske sygehus med en gennemsnitsstørrelse på ca. 70 senge afløses af centralsygehuse med en gennemsnitsstørrelse over 350 senge. Samtidig sker der geografisk set en vis udjævning i forhold til hovedstadens tidligere dominerende sygehusdækning. Selve udformningen af sygehusbyggeriet påvirkes også af udviklingen, bl. a. i form af et stadigt forøget undersøgelses- og behandlingsareal i forhold til sengearealet. Med den øgede specialisering og den heraf nødvendiggjorte koncentration af sygehusfunktionen udkræves stadig større befolkningsgrundlag for en rationel udnyttelse af den enkelte sygehusenhed. Dette nødvendiggjorde efterhånden etablering af sameje og -drift af sygehuse mellem flere sygehuskommuner, og var i høj grad medvirkende til den ved kommunalreformen etablerede koncentration af sygehusopgaverne på de 14 nye storamtskommuner (og Københavns og Frederiksberg kommuner). Et yderligere træk i udviklingen af sygehusstrukturen er integrationstendensen, der har ført til, at de tidligere specialsygehuse (for tuberkulose, epidemiske patienter) og de psykiatriske hospitaler er integrerede i det almindelige sygehusvæsen.

Den således gennemløbne udvikling har også præget både omfang og karakter af sygehusvæsenets ydelser. Hospitaliseringsfrekvensen (det årlige antal indlagte i procent af befolkningen) vokser i hele perioden. Det øgede indlæggelsestal, der kun for en mindre del kan forklares med befolkningens ændrede aldersfordeling (en stigende andel af ældre), giver grundlag for at formode, at de mere udviklede undersøgelses- og behandlingsmuligheder i sig selv kan have haft en tilbøjelighed til at øge indlæggelserne. Samtidig har det imidlertid kunnet konstateres et drastisk fald i den gennemsnitlige liggetid fra ca. 34 dage i 1915 til ca. 11 dage i 1972, og antallet af sygehussenge er trods den forøgede indlæggelsesfrekvens kun vokset nogenlunde svarende til befolkningstilvæksten. Faldet i den gennemsnitlige liggetid skyldes bl. a. forbedrede behandlingsmuligheder og en intensivering af indsatsen af specialuddannet personale samt avanceret teknologi i sygehusvæsenet, men må muligvis også ses som resultat af, at sengetallet i perioden ikke har kunnet øges væsentligt. Et andet karakteristisk

træk er en stærk stigning i sygehuse-nes ambulante undersøgelser og behandling samt en stigning i sygehusenes operative virksomhed i hele perioden. Det psykiatriske hospitalsvæsen har gennemløbet en udvikling, der i mange henseender er parallel med de somatiske sygehuses. Blot sætter de afgørende ændringer tilsyneladende ind på et senere tidspunkt.

Den lægevidenskabelige og teknologiske udvikling har også sat sit spor på sundhedsuddannelserne. Uddannelsesforløbet er betragteligt forlænget og i stigende grad formaliseret, bl. a. med et voksende teoretisk indhold. Den tiltagende funktionspecialisering har medført krav om stadig mere specialiserede uddannelser, bl. a. i form af specialiserede overbygninger på eksisterende grunduddannelser. Svarende til væksten i indlæggelser, ambulante behandlinger m. v. sker der i perioden tillige en betydelig udvidelse af sundhedsuddannelserne såvel i form af en forøgelse af kapaciteten som af en række nye sundhedsuddannelser. For lægernes vedkommende sker der i de to perioder 1915-1935 og 1935-1965 en fordobling af lægeproduktionen, medens produktionen i perioden 1965-1974 mere end tredobles.

I sygehusvæsenet udviser driftsudgifterne en voldsom stigning fra ca. 70,3 mill. kr. i 1940-41 til ca. 4.197,3 mill. kr. i 1972-73. Omregnet til faste priser er der dog kun tale om knapt en ottedobling. Stigninger i patienttallet kan langt fra forklare denne meget stærke vækst, der også i høj grad må tilskrives en betydelig standardforbedring af patientbehandlingen. Der er samtidig sket en væsentlig ændring i driftsudgifternes sammensætning, idet lønningernes andel af de samlede udgifter er vokset fra 47,8 i 1945-46 til 72,3 pct. i 1973-74. Anlægsudgifterne udviser også en kraftig stigning, idet de årlige udgifter, målt i faste priser, således fra 1955-56 til 1970-71 er mere end fordoblet.

I den primære sundhedstjeneste etableres en række sundhedsordninger med forebyggende sigte, såsom sundhedsplejerskeordning, børnevaccinationer, helbredsundersøgelser af gravide kvinder m. v. Gennemførelsen af disse ordninger, der navnlig sker i perioden 1930-1950, baseres ofte på forudgående forsøg. I begyndelsen er disse foranstaltninger i høj grad regelbundet, men i de senere år er der sket en omlægning med hen-

blik på at muliggøre en tilrettelæggelse ud fra behovsprægede synspunkter. I perioden gennemføres tillige en række sociale foranstaltninger, der i et vist omfang substituerer eller supplerer ydelser fra sundhedsvæsenet. Dette gælder f. eks. revalidering, mødrehjælp, udbygning af reglerne for sygedagpenge, alders- og plejehjem etc. Den alment praktiserende læges funktion som visitator og koordinator øges i betydning i perioden i takt med udviklingen af sygehusvæsenet, det øvrige sundhedsvæsen uden for sygehusene samt tilgrænsende sociale områder. Medens personaleindsatsen og dermed dækningsgrad oges for så vidt angår områder som sundhedspleje, tandlægepraksis og hjemmesygepleje, gælder dette ikke almen lægepraksis. Trods den almindelige vækst i lægebestanden har dækningsgraden for almenlægen holdt sig nogenlunde konstant i hele perioden, således at der i 1974 kun var beskæftiget omkring $\frac{1}{3}$ af samtlige læger i praksissektoren mod $\frac{2}{3}$ i 1925. På tilsvarende måde er det øgede antal speciallæger næsten udelukkende tilfaldet sygehusvæsenet. I periodens løb er der sket en væsentlig geografisk udjævning af befolkningens dækning med almen lægepraksis, medens den skæve geografiske fordeling for så vidt angår speciallægepraksis er blevet yderligere markant.

De samlede udgifter til det primære sundhedsvæsen udviser en betydelig stigning og er således vokset fra 27,5 mill. kr. i 1930 til 1.626,3 mill. kr. i 1970. Fordelingen af disse udgifter på de forskellige foranstaltninger viser, at navnlig udgifterne til tandlægehjælp og skoletandlæge samt til medicin har udgjort en procentvis stigende andel, medens de alment praktiserende lægers procentvise andel af udgifterne har været stærkt faldende.

Finansieringen af sundhedsvæsenets udgifter undergår også visse ændringer. Patienternes (og dermed sygekassernes) takstbetaling for sygehusindlæggelse mister gradvis sin betydning som finansieringskilde og bortfalder som sådan ved sygesikringsreformen i 1973. Omvendt overtager staten ved forskellige tilskud en voksende del af finansieringsbyrden, indtil indførelsen af amtskommunal indkomstskat om omlægningerne af byrdefordelingen mellem staten og amtskommunerne i begyndelsen af 1970'erne. For den primære sundhedstjeneste dækker statens til-

skud og medlemmernes bidrag til sygekasserne hver for sig en omtrent konstant andel af sygekassernes samlede udgifter, samtidig med at staten ved forskellige tilskud (refusioner) påtager sig en væsentlig del af finansieringsbyrden ved en række forebyggende foranstaltninger indtil gennemførelsen af byrdefordelingsreformen.

I organisatorisk henseende har sygehusvæsenet siden kongelig reskript af 1806 været varetaget af købstæder og amtskommuner, men ved sygehusloven af 1946 indførtes regler om indenrigsministeriets godkendelse af byggeprojekter efter indstilling fra det samtidigt oprettede sygeråd. For så vidt angår lægebetjeningen uden for sygehusene gennemførtes i 1921, at overenskomsterne mellem sygekasserne og lægeorganisationerne skulle godkendes af staten, dog primært med henblik på statens ønske om indseende med overenskomsternes finansielle konsekvenser. Også på anden vis afspejles den øgede offentlige indflydelse i forhold til sygekasserne.

Den sundhedsfaglige styring, der navnlig har været udøvet af sundhedsstyrelsen, har søgt at tilgodese, at de lægevidenskabelige og teknologiske fremskridt løbende omsættes i klinisk praksis gennem et stadigt mere differentieret sygehusvæsen, der af hensyn til en forsvarlig undersøgelses- og behandlingsmæssig standard og ressourceforbruget måtte etableres i større sygehusenheder. Med institutioneringen af en egentlig sygehusplanlægning fra 1970 er de centrale myndigheders bestræbelser på at undgå en u hensigtsmæssig og for spredt specialisering blevet yderligere styrket, samtidig med at der er åbnet mulighed for, at ressourceforbruget i bredere forstand har kunnet inddrages i statens stillingtagen til den fremtidige sygehusudvikling.

Som følge af en stærkt reduceret takstbetaling for sygekassemedlemmers sygehusbehandling eksisterer der igennem perioden en økonomisk tilskyndelse for sygekasserne til, at væksten i sundhedsydelse især skete på sygehusene, navnlig den specialiserede lægelige undersøgelse og behandling. Først i begyndelsen af 1960'erne tages skridt til udvikelse af sygekassernes ydelser med speciallægebistand uden for sygehus, bl. a. med henblik på aflastning af sygehusene og i en forventning om, at en sådan bistand kan give samme effekt som sygehusbehandling, men til mindre omkostninger. Tillige henvi-

stes til, at en sådan speciallægebistand uden for sygehus ville kunne betyde en særlig støtte for den alment praktiserende læge. Om en aflastning af sygehusvæsenet rent faktisk blev opnået, er dog meget tvivlsomt.

Sygdomsbilledet har også ændret sig betydeligt i den betragtede periode. Dødeligheden (årligt antal dødsfald pr. 100.000 indbyggere) er i næsten alle aldersklasser begyndt at falde i slutningen af forrige århundrede og ved begyndelsen af indeværende. Mest markant er faldet i dødeligheden for drengebørn under 1 år, der fra 1895 til 1972 er reduceret med 89 pct., heraf 73 pct. inden 1950. Det generelle fald i dødeligheden er indtruffet samtidig med de store forbedringer i befolkningens almene levevilkår (bolig, arbejde, føde, fritid) og den øgede hygiejne og før den kraftige ekspansion i sundhedsvæsenets ressourceforbrug. Dødelighedskriteriet er imidlertid et kun delvis dækkende parameter for befolkningens sundhedstilstand og giver bl. a. ikke udtryk hverken for forværring eller forbedring af livskvaliteten som følge af ændringer i den ikke-dødelige sygelighed. Også sygdomsmønstret (mål i dødelighed) har i årenes løb ændret sig. Tuberkulose og infektionssygdomme, der i 1890-99 udgjorde 32 pct. af de dødelige sygdomme, er praktisk taget forsvundet. Ånde- og hjertesygdomme er reduceret med $\frac{2}{3}$, hjerte-, kar- og aldersrelaterede sygdomme er firedoblet, kræft er tredoblet og ulykker fordoblet. Omvendt er fødselssygdomme halveret og de resterende sygdomme er reduceret med $\frac{1}{3}$. I

dag er det således hjerte-kar- og aldersrelaterede sygdomme samt kræft, der dominerer sygdomsbilledet, og tilsammen forårsager 71 pct. af alle dødsfald.

I redegørelsen konstateres sluttelig, at en vurdering af det hidtidige udviklingsforløb, som ville være af betydning for en fremtidig prioritering, er forbundet med vanskeligheder som følge af mangel på mål såvel for befolkningens sundhedstilstand, som effekten af og behovet for sundhedsydelse. Det henstår derfor som et uafklaret spørgsmål, i hvilket omfang sundhedsvæsenets udvikling rent faktisk har været betinget af sygdomsudviklingen eller skyldes forøgelsen af den lægelige formåen og selve det øgede udbud af sundhedsydelser. Det påpeges, at det på det foreliggende noget ufyldstgørende grundlag kan fastslås, at en stadig øgning af ressourceforbruget i undersøgelses- og behandlingssektoren ikke automatisk giver sig udslag i en stadig øgning af sundhedstilstanden, målt ved dødelighed og middellevetid. Det diskuteres, om der i udviklingen kan påvises mangel på styring, der skulle have givet sig udslag i overforbrug eller overdækning inden for sundhedsvæsenet, og det konkluderes, at der er træk i udviklingen, som antyder en manglende koordination, der i sig selv kan have givet anledning til ekspansion og overdækning. Endelig påpeges, at en mere præcis styring i fremtiden forudsætter udvikling af væsentlig bedre måleenheder end de i dag anvendte, især med henblik på måling af behov og effekt.

IV. Udvalgets overvejelser om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse

1. Indledende bemærkninger

Efter udvalgets kommissorium er det udvalgets opgave at tilvejebringe et *grundlag* for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse.

I overensstemmelse hermed har udvalget set det som sin hovedopgave at skitsere forudsætningerne for en sammenhængende planlægning og styring af sundhedssektoren med henblik på at opnå den største sundhedsmæssige effekt af de til rådighed stillede ressourcer.

Som nævnt foran i afsnit II har fire arbejdsgrupper under udvalget behandlet forskellige emner inden for udvalgets kommissorium. I de følgende afsnit (2—5) vil der blive redegjort for arbejdsgruppernes overvejelser og forslag og udvalgets stillingtagen til disse.

2. Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse

2.1. Indledning.

I bemærkningerne til det kommissorium, som udvalget har udarbejdet for arbejdsgruppen vedr. forebyggelse er der bl. a. peget på, at det i en prioriteringssammenhæng er naturligt - som også forudsat i udvalgets kommissorium - at overveje spørgsmålet om øget sygdomsforebyggelse som et alternativ til sygdomsbehandling. Dette motiveres bl. a. med, at der er en udbredt formodning om, at en intensiveret forebyggende indsats skulle kunne medføre såvel sundheds- som ressourcemæssige gevinster på længere sigt.

Samtidig henvises imidlertid til, at forskellige undersøgelser om effekten af ressourceforbruget ved visse forebyggende for-

anstaltninger har givet anledning til nogen tvivl om den ressourcemæssige berettigelse af i hvert fald nogle af de hidtil benyttede former for forebyggelse. Endvidere rejses spørgsmål om, hvorvidt den forebyggende indsats retter sig mod de relevante sygdomme. Redegørelsen i Del II, kapitel II, om udviklingen i sygdomsbilledet synes i hvert tilfælde at understrege behovet for en kontinuerlig overvågen med henblik på ajourføring af den forebyggende indsats i lyset af ændringer i sygdomsbilledet. Herudover understreges behovet for i fremtiden at sikre en mere samlet, løbende vurdering og planlægning af de mange aktiviteter, der tilsammen udgør de sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende ordninger, ligesom der peges på behovet for øget hensyntagen til forebyggelse ved tilrettelæggelsen af sundhedsuddannelsernes indhold og ved prioritering af forskningsobjekter.

Endelig peges på sundhedsoplysning og -opdragelse som væsentlige områder for den fremtidige indsats.

Indledningsvis bemærkes, at ressourceindsatsen, herunder også til forsknings- og udviklingsarbejde, i mange år helt overvejende har været koncentreret om sygdomsbehandling. Til illustration heraf kan det nævnes, at det offentliges udgifter til forebyggende indsats i sundhedsvæsenet for 1976-77 kan anslås til 800-900 mill. kr., svarende til ca. 5 pct. af de samlede offentlige driftsudgifter til sundhedsvæsenet. Fraregnes udgifterne til børnetandpleje, der i høj grad også varetager behandlende funktioner, udgør de offentlige udgifter til forebyggelse kun ca. 2-2½ pct. af de offentlige driftsudgifter til sundhedsvæsenet. Det kan samtidig konstateres, at den andel af ressourceindsatsen, som **anven-**

des til sundhedsvæsenets forebyggende arbejde, i de seneste år har været faldende i forhold til sygdomsbehandlingsandel. Der kan næppe gives nogen tyndgennemskåret forklaring på den eksisterende ressourcefordeling mellem forebyggelses- og behandlingsindsats, og det synes velbegrundet at søge nærmere undersøgt, hvorvidt ændringer i fordelingen vil være ønskelige.

I de seneste år har der imidlertid kunnet konstateres en voksende interesse for forebyggelse såvel gennem indsats i sundhedssektoren som i andre sektorer. Dette er sket samtidig med, at knappe ressourcer og en vis skepsis over for effekten af »marginalinvesteringer« i behandlingssektoren er begyndt at præge denne del af sundhedsvæsenet. Her skal kort nævnes nogle eksempler på nyere forebyggende indsats.

Fra *sundhedssektoren* kan eksempelvis nævnes gennemførelse af en offentlig børnetandplejeordning og planerne om systematiske undersøgelser for livmoderhalskræft. Det har været et gennemgående træk i de seneste års tilrettelæggelse af den forebyggende indsats i sundhedssektoren, at man søger at koncentrere størstedelen af indsatsen over for særligt truede grupper (risikogrupper), og således begrænser tidligere tiders generelle rutineundersøgelser. Som eksempler herpå kan nævnes de ændrede regler for tuberkuloseundersøgelse, sundhedsplejerskeordninger, skolelægeordninger m. v.

Som eksempel fra sektorer *uden for sundhedsvæsenet*, hvor forebyggelsessynspunktet også er slået igennem i de seneste år, kan nævnes arbejdsmiljøområdet, hvor den nye arbejdsmiljølov skaber grundlaget for etablering af en landsdækkende bedrifts-sundhedstjeneste. Endvidere kan fra trafikområdet nævnes indførelsen af obligatorisk anvendelse af sikkerhedsseler, hastighedsbegrænsninger m. v. Inden for miljøområdet er ligeledes gennemført en række reguleringer til begrænsning af bl. a. sundhedsskadelige virkninger af forurening af forskellig art.

Den voksende erkendelse af behovet for forebyggelse må bl. a. ses på baggrund af *ændringerne i sygdomsbilledet* i samfundet. De største problemer, som sundhedsvæsenet stod over for endnu i begyndelsen af dette århundrede, var de store epidemier, ernærings sygdomme, høj børnedødelighed og kort middellevetid. I dag er det andre sygdomme og lidelser, der dominerer billedet,

f. eks. hjerte-karlidelser, kræft, de psykiske og psykosomatiske lidelser, arbejds- og trafikulykker og arbejdsbetingede lidelser.

Det synes i dag at være ret alment accepteret, at en effektiv indsats over for en række af de nævnte hovedområder i nutidens sygdomsbillede må forudsætte en væsentlig øget forebyggende indsats, idet der er stigende erkendelse af, at det kun i begrænset omfang vil være muligt at behandle sig ud af de sygdomsproblemer m. v., der karakteriserer vor tid.

De omtalte forandringer i sygdommens karakter og forekomst har sammenhæng med omfattende *forandringer i samfundet*. Industrialisering, højere levestandard, koncentration i bymæssige bebyggelser, forurening, større psykisk pres på den enkelte og øget individuel trafik er blot nogle få af de forandringer, som samfundet har gennemløbet i dette århundrede. Sygdom og sundhed påvirkes i betydelig grad af de aktuelle levevilkår i samfundet. Eksempelvis har industrialiseringen medført, at vi har opnået en øget materiel levestandard med bedre ernæring, større hygiejne osv. Samtidig erkendes i stigende grad følgerne af en tiltagende forurening og stigende arbejdstempo. På den baggrund er det naturligt, at den forebyggende indsats over for sundhedsskader også må sættes i værk i andre sektorer end sundhedssektoren, men dog i snæver kontakt med og under udstrakt anvendelse af medicinsk ekspertise. Specielt skal her fremhæves socialvæsenets ydelser og foranstaltninger, der ofte vil have en sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende virkning, ligesom sundhedsvæsenet ofte kan medvirke til at begrænse sociale skader. Herudover kan som eksempler fra andre sektorer på en sådan indsats på tværs af sektor- og faggrænser nævnes levnedsmiddelområdet og arbejdsmiljøområdet.

2.2. Overvejelser og forslag.

Udvalgets drøftelser vedr. den fremtidige forebyggende indsats har i det væsentlige været baseret på arbejdsgruppens redegørelse. Denne redegørelse er i sin helhed optaget i betænkningens Del II som kapitel **III**. En rapportsamling, der hører til redegørelsen, vil blive udgivet som en selvstændig publikation.

I arbejdsgruppens kommissorium var det bl. a. pålagt arbejdsgruppen at overveje,

hvorvidt der ud over allerede eksisterende og planlagt virksomhed er områder, hvor der skønnes behov for en øget forebyggende indsats. Arbejdsgruppen skulle endvidere overveje, hvorledes det mere permanent sikres - organisatorisk eller på anden måde - at der foretages en samlet, løbende vurdering og planlægning af den forebyggende indsats.

2.2.1. Den forebyggende indsats bør opprioriteres.

I erkendelse af at de aktuelle sygdomsproblemer ikke kan løses ved at satse ensidigt på øget behandlingsindsats, har arbejdsgruppen understreget betydningen af, at den forebyggende indsats såvel inden for som uden for sundhedssektoren generelt indgår med øget vægt i tilrettelæggelsen af sundhedspolitikken. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at man må stræbe imod, at samfundet i højere grad end hidtil udnytter mulighederne for forebyggelse. Det er således vigtigt, at man nøje overvejer mulighederne for forebyggelse, forinden der træffes beslutning om tilrettelæggelse af en behandlingspolitik. Det må understreges, at der hermed alene tænkes på tilrettelæggelsen af den generelle sundhedspolitik, og denne fremgangsmåde vil derfor ikke være i strid med den gældende målsætning i sundhedsvæsenet om i det konkrete sygdomstilfælde altid at hjælpe patienten bedst muligt med de til rådighed stående midler.

Udvalget tilslutter sig arbejdsgruppens forslag om opprioritering af den forebyggende indsats.

Udvalget er enig med arbejdsgruppen i, at målet for den forebyggende indsats navnlig er at undgå dødsfald »i utide«, ikke mindst blandt unge og yngre, samt undgå varige invaliditeter. Udvalget peger herudover på den store betydning, som må tillægges den forebyggende indsats, som sigter mod generelt at fremme befolkningens sundhedstilstand. På den anden side bør det ikke være målet at forlænge livet udover det tidspunkt, hvor døden indtræder som følge af naturlige aldersprocesser.

Udvalget er endvidere enig med arbejdsgruppen om, at den forebyggende indsats må styrkes, også inden for de sektorer udenfor sundhedssektoren, der rummer risikofaktorer for befolkningens sundhed, eksempelvis trafik-, arbejds-, bolig- og miljøsektoren, herunder levedsmiddelområdet. Uanset at en

væsentlig del af en fremtidig forebyggende indsats således må forventes at ligge uden for selve sundhedssektoren, bør sundhedssektoren have en central rolle i den generelle planlægning af samfundets forebyggende indsats, dels som repræsentant for den sundhedsmæssige sagkundskab, dels fordi det navnlig er sundhedsvæsenet, der har mulighed for at registrere de sundhedsmæssige skader, der måtte være forvoldt af forholdene i samfundssektorer uden for sundhedsvæsenet.

Arbejdsgruppen har understreget, at der ikke i dag foreligger et fyldestgørende materiale til belysning af, hvorvidt en øget forebyggende indsats generelt set vil være økonomisk fordelagtig for samfundet. I denne forbindelse peger arbejdsgruppen på, at der er et påtrængende behov for udvikling af metoder og redskaber til vurdering af virkningerne af forebyggende indsats. En egentlig økonomisk vurdering er i dag næppe mulig og kan på den anden side heller ikke anses for et fyldestgørende grundlag i en prioriteringssituation. Også forhold af ikke økonomisk karakter, som f. eks. psykisk velfindende, må indgå i vurderingsgrundlaget. Arbejdsgruppen advarer i denne forbindelse mod at stille urimeligt store krav til dokumentation af den forebyggende indsats' økonomiske rentabilitet.

Udvalget kan — med visse modifikationer - tilslutte sig arbejdsgruppens advarsel mod at stille for strenge krav til forhåndsdokumentation af den forebyggende indsats' økonomiske rentabilitet. Udvalget finder imidlertid ligesom arbejdsgruppen, at der er et væsentligt behov for udvikling af målemetoder m. m. med henblik på sådanne beregninger.

Udvalget erkender dog, at selv om der gøres ekstra store anstrengelser i de kommende år for at forbedre beregningsmetoderne, er det ikke sandsynligt, at der inden for en overskuelig tid er udviklet en så præcis teknik, at man med fuldstændig sikkerhed kan opgøre omkostninger og udbytte af forebyggende indsats, hvorfor der er en risiko for gennem for høje krav til dokumentation af effekt at hæmme en i øvrigt ønsket udvikling af den forebyggende indsats.

Udvalget ønsker dog at fastslå, at den forebyggende indsats også på kortere sigt bør sættes ind der, hvor den foreliggende viden sandsynliggør, at man opnår den største

sundhedsmæssige effekt. Udvalget mener endvidere, at den beskrevne usikkerhed om virkningen af forebyggende indsats taler for en udbredt anvendelse af forsøg inden for dette område.

2.2.2. Oprettelse af et forebyggelsesråd.

Arbejdsgruppen foreslår, at der nedsættes et forebyggelsesråd, der skal være rådgivende for tilrettelæggelsen af en øget forebyggende indsats såvel inden for sundhedssektoren som inden for andre sektorer.

På grund af denne opgaves tværgående karakter mener arbejdsgruppen, at forebyggelseshensynet vil blive fremmet bedst ved at placere opgaven i et nyt selvstændigt råd, fremfor i et eksisterende organ i den offentlige administration, f. eks. sundhedsstyrelsen, hvis sagkundskab ikke kan dække alle de mange forskellige samfundssektorer, der bør deltage i denne rådgivningsopgave. På den anden side må der efter arbejdsgruppens opfattelse helt naturligt være et tæt samarbejde mellem sundhedsstyrelsen og et sådant forebyggelsesråd.

Arbejdsgruppen foreslår, at *forebyggelsesrådets hovedopgaver* bør være dels at forestå en løbende kritisk vurdering af eksisterende forebyggende foranstaltninger, dels at foreslå nye foranstaltninger. Som et led heri må rådet tage initiativ til en regelmæssig vurdering af det aktuelle sygdomsbillede, sammenholde dette med eksisterende forebyggende foranstaltninger og i givet fald foreslå ændringer i disse. Rådet skal med grundlag i den eksisterende statistik over sygdomstilfælde og sundhedsskader søge at udvælge de områder, hvor en forebyggende indsats formodes at få størst effekt. Som et væsentligt led i rådets opgaver skal fremhæves samordning af den samlede sundhedspædagogiske indsats, jfr. nedenfor.

For at sikre koordinationen af indsatsen inden for de forskellige sektorer bør forebyggelsesrådet efter arbejdsgruppens opfattelse sammensættes af repræsentanter for de departementer og styrelser, som har væsentlige berøringsflader til rådets virksomhedsområde, ligesom også repræsentanter for de kommunale myndigheder bør indgå i rådet. Herudover er det væsentligt, at rådet tilføres særlig indsigt og erfaring fra forskellige faglige eksperter, f. eks. gennem repræsentation for forskellige forskningsinstitutioner m. v. Denne *sammensætning* vil tilgodese rådets

tværgående og idé-skabende formål, og bl. a. på dette punkt vil rådet adskille sig fra de nedenfor i afsnit 3 nævnte kontaktorganer. Etableringen af disse kontaktorganer vil derfor ikke overflødig gøre forebyggelsesrådet.

Udvalget er enig med arbejdsgruppen i, at det er væsentligt, at der skabes mulighed for en vurdering og initiering af forebyggende indsats på tværs af samfundssektorer og faggrænser. Dette skyldes den foran beskrevne nære sammenhæng mellem den forebyggende indsats såvel inden for som uden for sundhedsvæsenet og presset på sundhedssektorens behandlingsapparat.

Denne sammenhæng erkendes ikke altid i den enkelte sektor uden for sundhedssektoren, hvorfor såvel den sundhedsmæssige som den samfundsøkonomiske værdi af forebyggende indsats uden for sundhedssektoren ofte undervurderes med det resultat, at indsatsen prioriteres tilsvarende lavt i forhold til den pågældende sektors primære formål.

Med dette som baggrund tilslutter udvalget sig arbejdsgruppens forslag om etablering af et forebyggelsesråd.

Udvalget finder, at behovet for en opprioritering af den forebyggende indsats er så påtrængende, at det - i det mindste i en periode - vil være ønskeligt med et råd, der gennem fremsættelse af forslag til forebyggende indsats kan tilskynde især administration og politikere til at inddrage forebyggelsessynspunkter i deres overvejelser.

Udvalget er enig med arbejdsgruppen i, at rådet bør have en sådan position i forhold til de besluttende myndigheder, at der opnås realistiske muligheder for gennemførelse af rådets forslag, uden at rådets selvstændighed bringes i fare. Blandt udvalgets medlemmer er der imidlertid forskellige opfattelser af, hvorledes *rådets referencelinier* nærmere bør tilrettelægges.

Nogle udvalgsmedlemmer finder, at rådet bør henhøre direkte under den minister, som er ansvarlig for sundhedsvæsenet. Efter disse medlemmers opfattelse bør rådets rekommandationer følgelig rettes til den nævnte minister, men med mulighed for samtidig at rette anbefalinger også til ministrene med andre ansvarsområder. Disse medlemmer mener, at den direkte forbindelse mellem rådet og ministrene vil øge mulighederne for gennemførelse af rådets forslag.

Andre udvalgsmedlemmer finder, at det må tillægges afgørende betydning, at rådets

rekommendationer koordineres med sundhedsstyrelsens generelle rådgivning i sundhedsspørgsmål af faglig/teknisk karakter, forinden rekommandationerne oversendes til ministrene. Disse medlemmer findes således, at rådet bør afgive sine rekommandationer direkte til sundhedsstyrelsen.

Udvalget mener ligesom arbejdsgruppen, at en hurtig opprioritering af den forebyggende indsats ikke vil blive gennemført uden støtte fra et idé-skabende råd, som foreslået. Udvalget opfordrer derfor til en snarlig etablering af et forebyggelsesråd.

2.2.3. Forstærket sundhedspædagogisk indsats.

Arbejdsgruppen peger på, at en forstærket sundhedspædagogisk indsats er af afgørende betydning for bestræbelserne på at begrænse de aktuelle sygdomsproblemer.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at vidtgående holdningsændringer i forskellige dele af samfundet er nødvendige. Det er ikke tilstrækkeligt, at politikere, administratorer og fagfolk, i højere grad end tilfældet er i dag, indser betydningen af øget forebyggende indsats. Det er nødvendigt, at der i hele befolkningen skabes en større forståelse for og bevidsthed om individets eget ansvar - og betydningen af egen indsats — for helbredstilstanden. Det er med andre ord af fundamental betydning, at den enkelte person virkelig forstår, at han selv bærer et ansvar for sin sundhedstilstand, og at man ikke altid kan regne med, at sundhedsvæsenet vil være i stand til at genoprette helbredet, når sygdom indtræder.

Den sundhedspædagogiske indsats foreslås derfor sat ind på to fronter:

1) dels en pædagogisk indsats over for den enkelte samfundsborger for at lære ham at forstå betydningen af egen adfærd for egen sundhedstilstand og at handle efter denne forståelse,

2) dels en pædagogisk indsats for at lære beslutningstagere som f. eks. politikere, administratorer, teknikere osv. i deres dispositioner at tænke på de sundhedsmæssige virkninger af deres handlinger.

Arbejdsgruppen har udarbejdet en skitse til et handlingsprogram, hvis hovedsigte i første række er at få uddannet et passende antal undervisere til varetagelse af de sund-

hedspædagogiske opgaver. Det foreslås, at en central styringsgruppe med snæver tilknytning til forebyggelsesrådet forestår udarbejdelsen af undervisningsplaner og fremstillingen af undervisningsmateriale. Til støtte herfor foreslås gennemført forsøg i enkelte amtskommuner med sundhedspædagogiske grupper sammensat af pædagoger, sundhedspersonale, psykologer og andre.

Udvalget tilslutter sig arbejdsgruppens vurdering af betydningen af en sundhedspædagogisk indsats.

Udvalget finder, at den sundhedspædagogiske opgave er så omfattende og vanskelig, at der er behov for en nærmere sagkyndig analyse og vurdering af de forslag, som arbejdsgruppen har fremsat om en øget sundhedspædagogisk indsats. Ligesom arbejdsgruppen foreslår udvalget derfor, at spørgsmålet snarest tages op til overvejelse i forebyggelsesrådet.

Udvalget er enig i arbejdsgruppens vurdering af områdets egnethed til gennemførelse af forsøgsordninger. Udvalget kan derimod ikke tilslutte sig arbejdsgruppens forslag om eventuel etablering af en særlig mellemteknisk sundhedspædagoguddannelse. Det er udvalgets opfattelse, at sundhedspædagogik i væsentlig højere grad end hidtil må integreres i eksisterende uddannelser på mange forskellige niveauer.

2.2.4. Udvalgte andre indsatsområder.

I arbejdsgruppens redegørelse er drøftet forebyggende indsats af mere specifik natur inden for arbejdsmiljøet, trafikområdet, det omgivende miljø og boligområdet.

For så vidt angår *arbejdsmiljøet* understreges behovet for sundhedspædagogisk indsats suppleret med tilbud om service og konkret hjælp til løsning af arbejdsmiljøproblemer.

Inden for *trafikområdet* fremhæves især betydningen af at iværksætte en samlet indsats over for de tre hovedfaktorer, som færdselssikkerheden afhænger af, nemlig mennesket, trafikomgivelserne (veje, belysning, færdselsregulering etc.) og trafikmidlerne. Også på dette område understreges betydningen af en pædagogisk indsats.

Bestræbelserne på at mindske eller fjerne skadevoldende og sygdomsfremkaldende faktorer i det *omgivende miljø* findes ikke tilstrækkelige til at sikre befolkningen mod skadelige påvirkninger fra det stigende antal kemiske stoffer, der produceres og anvendes i samfundet. Det anbefales, at samfundet sikrer sig øget kontrol med industrielle produkters fremstilling, distribution, anvendelse og bortskaffelse for at forebygge skadevirkninger på mennesker, husdyr og miljø. Det påpeges, at det vil kræve en betydelig indsats at sikre kontrol med

det omgivende kemiske miljø, men at dette må prioriteres højt i den forebyggende indsats.

Inden for *boligområdet* anbefales det dels at sætte kraftigt på sanering af den ældre boligmasse, dels at skærpe opmærksomheden omkring samspillet mellem boligmiljøets udformning og sygdom.

Arbejdsgruppen har endelig drøftet forslag til forebyggende indsats over for to større sygdomsgrupper, nemlig hjerte-karlidelser og visse psykiatriske lidelser.

Den forebyggende indsats over for *hjerne-kar-lidelser* må ifølge arbejdsgruppen i betydelig grad baseres på en sundhedspædagogisk indsats, der sigter mod fremme af sundere levevis, hvilket indebærer ændrede rygevaner, øget fysisk aktivitet og mere hensigtsmæssig ernæring. Arbejdsgruppen anbefaler, at der tages skridt til et udredningsarbejde med henblik på eventuelle rekommandationer for folkekosten på de områder, hvor sådanne ændringer findes betimelige.

Socialpsykiatrien beskæftiger sig med de samfundsmæssige sider af de psykiske lidelser og beskriver således, i hvilket omfang samfundsmæssige forhold påvirker udvikling af og forekomsten af psykiske lidelser. Socialpsykiatrien beskæftiger sig endvidere med de sociale og samfundsmæssige konsekvenser af psykiske lidelser samt med de sociale foranstaltninger, som iværksættes som led i behandling eller forebyggelse.

Det anbefales bl. a. at søge gennemført en udbygning af lokalsamfundspsykiatri (distriktspsykiatri). Herved forstås tilrettelæggelse - i et givet geografisk område - af samarbejde mellem psykiatere og andre professioner med henblik på at tilføre lokalsamfundene psykiatrisk bistand, f. eks. gennem drøftelser i almen lægens konsultation mellem hospitalspsykiateren og almen lægen. Som en anden mulighed nævnes opbygningen af en lokalpsykiatrisk service i offentligt regie med basis uden for sygehusvæsenet.

For så vidt angår familiepolitiske foranstaltninger peges bl. a. på længere barselsorlov og øget mulighed for deltidsarbejde for forældre med små børn. Sådanne overvejelser finder for øvrigt sted i den af socialministeren den 4. nov. 1975 nedsatte børnekommission.

Endelig for så vidt angår de ældres psykiske lidelser peges bl. a. på betydningen af at søge den skarpe opdeling mellem erhvervsaktiv tilværelse og pensionisttilværelse udvisket, f. eks. gennem variabel pensionsalder.

Der henvises i øvrigt til arbejdsgruppens redegørelse og den tilhørende rapport-samling, hvor der er foretaget en mere omfattende gennemgang af disse emner.

Under hensyn til udvalgets begrænsede faglige indsigt i disse specielle områder, har udvalget ikke ment at burde tage stilling til denne af arbejdsgruppen opstillede række af forslag om konkret forebyggende indsats inden for mere afgrænsede områder.

Udvalget ser de nævnte områder for ny eller øget forebyggende indsats som et idé-katalog, der bør indgå i det fremtidige ar-

bejde, herunder forskning, vedrørende forebyggende indsats, og udvalget mener, at bl. a. det foreslåede forebyggelsesråd bør gennemføre en nærmere vurdering af de enkelte forslag i idé-kataloget.

2.2.5. Finansiering af en øget forebyggende indsats.

Arbejdsgruppen mener, at man som et langsigtet mål bør stræbe mod at tillægge den forebyggende indsats større vægt end hidtil ved fordelingen af ressourcer mellem forebyggelse og sygdomsbehandling. Arbejdsgruppen finder det på den anden side ikke ønskværdigt at foretage en sænkning i behandlingsapparatets øjeblikkelige serviceniveau for at opnå dette mål. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at den ressourcemæssige opprioritering af forebyggelsen primært sker gennem en ændret fordeling i udviklingen af ressourceindsatsen. Da forebyggende indsats imidlertid kun beslaglægger en meget lille del af sundhedsvæsenets ressourcer, vil selv en beskeden *ændring i ressourcefordelingen* til fordel for det forebyggende arbejde muliggøre en forholdsvis langt større forøgelse i ressourceindsatsen til forebyggelse.

Arbejdsgruppen har endvidere også understreget betydningen af, at der i sektorer uden for sundhedssektoren søges gennemført en ændret fordeling af ressourcerne til fordel for forebyggende foranstaltninger.

Udvalget tilslutter sig arbejdsgruppens forslag om, at der bør sigtes mod en ændret fordeling i udviklingen af ressourceindsatsen til fordel for den forebyggende indsats. En forøget forebyggende indsats vil imidlertid på kortere sigt antagelig kræve en vis nettoforøgelse i ressourceforbruget. Med henvisning til at den forebyggende indsats - efter udvalgets opfattelse - må opprioriteres i mange andre sektorer end sundhedssektoren, peger udvalget på, at også de andre sektorer bør bidrage til fremme af den forebyggende indsats gennem ændret intern prioritering af ressourcerne i disse andre sektorer.

Ud fra en samlet sundhedspolitisk betragtning finder udvalget det rigtigt at opprioritere den forebyggende indsats, også selv om dette kan betyde, at nye behandlingsmetoder af særlig »forfinet« karakter, men med et begrænset anvendelsesområde, i visse tilfælde må udskydes eller opgives.

Udvalget ønsker endelig at understrege

betydningen af, at der gennem ændringer i uddannelserne for medicinalpersonalet tilføres dette personale en øget bevidsthed og opmærksomhed omkring betydningen af en bredere forebyggende indsats.

3. Den politisk/administrative organisation og kompetence

3.1. Indledning.

I bemærkningerne til kommissoriet for arbejdsgruppen vedrørende det politisk/administrative styringssystem påpeges, at det nuværende styringssystem inden for sundhedssektoren og det tilgrænsede sociale område — som også foran omtalt - er præget af et meget betydeligt antal organer såvel på det centrale som på det lokale niveau med hver deres politisk/administrative kompetence.

Hertil kommer, at sundhedsopgaverne i praksissektoren (læger, tandlæger, fysioterapeuter m. v.) som hovedregel varetages inden for rammerne af et liberalt erhverv, hvis styring adskiller sig væsentligt fra det system, der er gældende inden for offentlige institutionsområder og de offentlige sundhedsordninger i den primære sundhedstjeneste og den tilgrænsede sociale sektor.

Den spredte kompetence har igen nødvendiggjort etablering af en række forskellige koordinationsorganer såvel på det lokale som på det centrale plan.

Sammenhængen mellem ydelserne inden for henholdsvis sygehusvæsen, primær sundhedstjeneste og sociale sektor fremhæves i stigende grad. Dette gælder eksempelvis spørgsmålet om sygehusindlæggelser over for ambulant behandling ved praktiserende læge eller sygehusambulatorium, sygehusindlæggelse over for hjemmesygepleje eller plejehjemsophold, speciallægebehandling ved sygehusambulatorium over for behandling hos privatpraktiserende speciallæge, laboratoriemæssig betjening af den primære sundhedstjeneste fra sygehuslaboratorier eller fra privatdrevne laboratorier osv. Det er karakteristisk for mange af disse problemstillinger, at i de tilfælde, hvor en alternativ indsats kan komme på tale, ligger de alternerende områder (f. eks. sygehus kontra plejehjem) i forskellige sektorer med hver sit planlægningsystem og hver sin politisk/administrative ledelse på såvel centralt som lokalt plan.

På denne baggrund anmodede udvalget arbejdsgruppen om dels at overveje, hvorledes man kan tilrettelægge den administrative opbygning og kompetencefordeling samt samarbejdslinierne med henblik på en hensigtsmæssig samordning af indsatsen inden for sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste og det tilgrænsede sociale område, dels at drøfte spørgsmål om en øget offentlig medindflydelse vedr. de privatpraktiserende medicinalpersoners erhvervsudøvelse.

Redegørelsen fra arbejdsgruppen er optrykt neden for i betænkningens Del II, kapitel IV.

3.2. Overvejelser og forslag om fordelingen af den offentlige kompetence vedr. sundhedsvæsenet.

3.2.1. *Det centraladministrative plan.*

I arbejdsgruppen har der været enighed om, at den nuværende opgavefordeling på centraladministrativt plan ikke er hensigtsmæssig. Der peges specielt på opdelingen af lægebetjeningen henholdsvis i og uden for sygehusvæsenet mellem to ministerier. Denne adskillelse gør det efter arbejdsgruppens opfattelse vanskeligt at sikre den ønskede tilpasning og sammenhæng mellem sygehusvæsenet, speciallægepraksis og almen lægepraksis.

Med udgangspunkt i en bredere oversigt over opgaveområder, hvis hovedformål er at behandle eller forebygge sygdom, eller som dog i større eller mindre grad rummer elementer af betydning for sygdomsbehandling og sygdomsforebyggelse, har arbejdsgruppen overvejet forskellige modeller, hvor de opregnede opgaveområder på forskellig måde er indpasset i centraladministrative enheder.

Drøftelserne har især samlet sig om to modeller, som hver på sin måde kan afhjælpe de mangler, man har set i den nuværende opgavefordeling. Den ene indebærer en samling af opgaveområder, der i deres hovedsigte er domineret af sundhedsmæssige aspekter, og den medfører navnlig, at lægebetjening i og uden for sygehusvæsenet på centraladministrativt plan behandles i samme departement, mens den anden model indebærer en centraladministrativ samling af de sundhedsmæssige og de sociale opgaveområder.

En *centraladministrativ sundhedsblok* tænkes navnlig at skulle omfatte dels de op-

gaver vedr. sundhedsvæsenet, som i dag sorterer under indenrigsministeriet, dvs. sygehusvæsenet, de offentlige ordninger i den primære sundhedstjeneste, lægemiddelområdet samt lovgivningen vedrørende medicinalpersoner og væsentlige dele af uddannelsesområdet for medicinalpersonalet, dels de centraladministrative opgaver vedrørende den offentlige sygesikring (såvel lægebetjening m. m. i praksisområdet som medicintilskudsområdet), der i dag sorterer under socialministeriet. Denne afgrænsning af opgaveområdet for en sundhedsblok hviler på en forudsætning om, at lægepraksissektoren som hovedsagte har og rent faktisk i første række varetager sygdomshelbredende og sygdomsforebyggende funktioner, og dermed har en væsentlig hovedopgave tilfælles med sygehusvæsenet. Hertil kommer, at der mellem praksisområdet, ikke mindst speciallægepraksis, og sygehusvæsenet er substitutionsmuligheder, der bedre vil kunne sikres udnyttet, såfremt disse områder henhører under samme minister og samme departement. Det er endvidere anført, at fastlæggelsen af, hvilke sundhedsmæssige ydelser det offentlige stiller til rådighed for befolkningen, bør henhøre under én parlamentarisk ansvarlig minister og under ét departement.

Det beskrevne opgaveområde vil få et ud fra et såvel politisk som administrativt synspunkt mere overskueligt og hensigtsmæssigt omfang end en eventuel centraladministrativ social-/sundhedsblok. I denne forbindelse påpeges, at samspillet med den sociale sektor - cm end af væsentlig betydning i en række mere komplicerede tilfælde - i det overvejende flertal af lægernes patientkontakter er af mere sekundær karakter, og at den nødvendige koordination til det tilgrænsende sociale område i øvrigt vil kunne sikres bl. a. igennem det allerede eksisterende koordinationsorgan (K-gruppen).

Nogle medlemmer, der har tilsluttet sig denne mindre departementale sundhedsblok, er af den opfattelse, at man muligvis på længere sigt må stræbe hen imod en samling af det sundhedsmæssige og sociale område. De har dog fundet, at de problemer, der er forbundet med en samordning af lægevæsenet inden for og uden for sygehusvæsenet, er så store og komplekse, at man i første omgang må koncentrere sig herom.

En centraladministrativ social-/sundhedsblok skulle indebære en samling af det beskrevne

sundhedsområde med de områder, der i øvrigt henhører under socialministeriet. I argumentationen for denne løsning anføres, at der — udover den indre sammenhæng mellem de forskellige opgaveområder i den foran beskrevne sundhedsblok - er en sådan sammenhæng mellem sundhedsområdet og socialområdet, at de to sektorer bør samles i samme administrative enhed. Der peges i denne forbindelse på, at ydelserne inden for de to områder i vidt omfang kan supplere eller træde i stedet for hinanden, hvorfor såvel visitationen af ydelserne til den enkelte klient/patient som den generelle planlægning af ressourceforbruget, herunder ressourcefordelingen, inden for det samlede område i højere grad bør ske på et fælles grundlag.

Etableringen af en kombineret social-/sundhedsblok bør dog først gennemføres i løbet af nogle år, når den igangværende omfattende decentralisering fra staten til amtskommuner og kommuner er afsluttet, idet omfanget af de departementale opgaver herefter - og efter den stærke koncentration på styrelsesplanet - ikke længere skulle tale imod en departemental samling af social- og sundhedsområderne.

Udvalget er enig med arbejdsgruppen i, at den nuværende adskillelse af ansvaret for lægebetjeningen i og uden for sygehusvæsenet imellem to ministre og to departementer ikke er hensigtsmæssig. Udvalget kan endvidere henholde sig til de af arbejdsgruppen påpegede 2 alternative modeller for en ændret centraladministrativ opgavefordeling, idet det dog også er påpeget, at den nuværende opgavefordeling vil kunne opretholdes under forudsætning af en væsentlig øget koordination, eksempelvis i den eksisterende K-gruppe.

Udvalget ønsker herudover at pege på, at der — uanset hvilken af de ovennævnte departementale løsninger der vælges — i den daglige administration af sundhedsområdet er behov for koordination mellem dette og andre sektorer, hvis dispositioner direkte påvirker befolkningens sundhedstilstand og derigennem indirekte behovet for sundhedsvæsenets ydelser. Der tænkes her især på områder som levnedsmiddelområdet, arbejdsmiljøområdet og trafikikkerhedsområdet, hvor en forebyggende indsats kan være af særlig betydning.

Til at fremme den centraladministrative

koordination imellem sundhedsområdet og disse andre sektorer finder udvalget ligesom arbejdsgruppen, at det vil kunne være hensigtsmæssigt at etablere *faste koordinerende organer* sammensat af repræsentanter for de forskellige berørte ministerier og styrelser. Efter udvalgets opfattelse påhviler initiativet for etableringen af sådanne koordinationsorganer mellem sundhedsvæsenet og andre sektorer primært det for sundhedsvæsenet ansvarlige ministerium.

Udvalget understreger, at de her omtalte koordinerende organer ikke vil overflødig-gøre eller blive overflødiggjort af det foran i afsnit 2 omtalte forebyggelsesråd, idet der vil være en væsentlig forskel imellem opgaverne for henholdsvis forebyggelsesrådet og de her omhandlede koordinationsorganer. Forebyggelsesrådet er således tænkt som et tværgående rådgivende organ, der mere generelt skal fremkomme med ideer og forslag til forebyggende indsats i samfundet, hvori-mod de faste koordinationsorganer hver for sig vil have et betydeligt mere afgrænset og konkretiseret opgaveområde og til gengæld skulle sikre den løbende administrative koordination.

Som det fremgår af arbejdsgruppens redegørelse, har denne ikke nærmere beskæftiget sig med forholdene på *styrelsesplanet*, hvor sundhedsstyrelsen, sikringsstyrelsen og socialstyrelsen alle har opgaver inden for sundhedsområdet og det tilgrænsende sociale område.

Udvalget skal imidlertid anbefale, at der i forlængelse af en politisk beslutning om den centraladministrative opgavefordeling foretages en vurdering af den herefter hensigtsmæssige opgavefordeling på styrelsesplanet.

3.2.2. *Det amtskommunale og kommunale plan.*

Opgavefordelingen mellem amtskommuner og kommuner.

Arbejdsgruppen peger på, at der er et naturligt behov for koordination mellem de amtskommunale opgaver vedrørende sygehusvæsenet og praksissektoren og de kommunale opgaveområder inden for sundhedsvæsenet og socialektoren. Eksempelvis peges på behovet for koordination af planlægningen af på den ene side den kommunale plejehjemssektor, hjemmesygepleje og hjemmehjælp og på den anden side det amtskommunale syge-

husvæsen. Som et andet eksempel nævnes forholdet mellem planlægningen af de kommunale hjemmesygepleje- og sundhedsplejerskeordninger og planlægningen på amtskommunalt niveau af almen lægepraksis.

Arbejdsgruppen har overvejet, om disse koordinationsbehov kan motivere ændringer i opgavefordelingen mellem de to kommunale planer. Der har således været peget på, at en overførsel af sundhedspleje og hjemmesygepleje til det amtskommunale plan ville åbne mulighed for en mere samordnet planlægning og dermed en formentlig bedre ressourceudnyttelse. Arbejdsgruppen har imidlertid ikke fundet det rimeligt på nuværende tidspunkt at foreslå ændringer i opgavefordelingen mellem de to kommunale niveauer, bl. a. fordi dette efter gruppens mening vil skabe nye koordinationsbehov til andre kommunale opgaver inden for bistandslovens område, f. eks. plejehjems- og hjemmehjælpsområdet. Arbejdsgruppen har samtidig lagt vægt på, at den nuværende opgavefordeling er fastlagt i en lovgivning fra de allerseneste år, der igen baserer sig på de store nyere administrative reformer (kommunalreformen, byrde- og opgavefordelingsreformen og socialreformen).

Udvalget kan tilslutte sig arbejdsgruppens konklusion, og foreslår derfor heller ikke ændringer i opgavefordelingen på de her omhandlede områder imellem de to kommunale niveauer.

Arbejdsgruppen har imidlertid forudsat, at der sikres en øget koordination af planerne inden for de instituerede planlægningssystemer for henholdsvis social- og sundhedsområdet, sygehusvæsenet og praksisområdet, således at der tages fornødent indbyrdes hensyn til de øvrige opgaveområders planer. Arbejdsgruppen har i denne forbindelse overvejet at udvide den primærkommunale repræsentation i § 23, stk. 2-udvalget (i dag 1 repræsentant udpeget af kommuneforeningen i vedkommende amtskommune). Arbejdsgruppen har imidlertid ikke ment at kunne anbefale en sådan løsning, idet denne under ingen omstændigheder vil indebære mulighed for, at samtlige primærkommuners synspunkter vil kunne blive repræsenteret i § 23, stk. 2-udvalget.

Arbejdsgruppen har i stedet peget på, at det gennem centrale (statslige) vejledende retningslinier til kommuner og amtskommuner vil være muligt at understøtte en sam-

menhængende planlægning imellem de to kommunale niveauer inden for de omhandlede sagområder.

Udvalget kan anbefale, at sådanne vejledende retningslinjer udarbejdes, og skal endvidere pege på, at amtskommunerne herudover i det omfang, det måtte være nødvendigt vil kunne optage direkte forhandling med de enkelte kommuner om spørgsmålet i forbindelse med planlægningen af social- og sundhedsområdet.

Opgave fordeling og koordination på amtskommunalt plan.

Arbejdsgruppen har indgående drøftet den gældende opgavefordeling imellem de to amtskommunale stående udvalg (sygehusudvalget og social- og sundhedsudvalget) og tillige de særlige koordinationsorganer, der er omhandlet i sygesikringslovens § 23, stk. 2 og stk. 4.

I analogi med overvejelserne om opgavefordelingen på det centraladministrative plan har der i arbejdsgruppen været en erkendelse af det ønskelige i en nær koordination af den amtskommunale sygehusplanlægning, praksisplanlægningen og dele af social- og sundhedsplanlægningen.

Udvalget er enig med arbejdsgruppen i, at den amtskommunale koordination af de omhandlede planlægningsområder bør styrkes.

Som en mulig løsning har der været peget på en *sammenlægning af sygehusudvalget og social- og sundhedsudvalget til ét udvalg*. Denne model udgør en amtskommunal parallel til et eventuelt samlet social-sundhedsdepartement. Imod denne løsning er imidlertid anført, at et sådant amtskommunalt udvalg vil få en for dominerende rolle i forhold til økonomiudvalget og til selve amtsrådet. Herudover er det anført, at etablering af et udvalg med et så omfattende opgaveområde kan resultere i en svækkelse af den amtskommunale styring af det samlede sundheds- og socialvæsen.

På denne baggrund har det været overvejet i stedet at ændre opgavefordelingen mellem de to eksisterende udvalg enten ved at overføre samtlige sundhedsmæssige opgaver fra social- og sundhedsudvalget til sygehusudvalget, således at der etableres et *sygehus-/ sundhedsudvalg* og et rent *socialudvalg* eller ved alene at overføre opgaverne vedr. den offentlige sygesikring til sygehusudvalget, således at der etableres et sy-

gehus- og sygesikringsudvalg ved siden af social- og sundhedsudvalget. Fordelen ved disse modeller skulle være, at de i højere grad end den nuværende indebærer en samling af de amtskommunale sundhedsmæssige opgaver, herunder ikke mindst opgaverne vedr. lægebetjeningen i sygehusvæsenet og i praksissektoren. Der har dog også over for disse forslag været udtrykt frygt for, at det udvidede sygehusudvalg vil få et for stort sagområde. Hertil kommer, at der under alle omstændigheder vil være behov for forskellige former for koordination mellem et sådant udvalg og socialudvalget.

Såvel i arbejdsgruppen som i udvalget har der herefter været overvejende stemning for i det væsentlige at *bevare den nuværende opgavefordeling mellem sygehusudvalget og social- og sundhedsudvalget*, der bl. a. også understøttes af den principielle forskel imellem de to udvalgs opgaveområder, at sygehusudvalget administrerer en ren amtskommunal opgave, medens det amtskommunale social- og sundhedsudvalg varetager dels egentlige amtskommunale opgaver dels koordination af i princippet kommunale opgaver.

Udvalget *forudsætter* i overensstemmelse med arbejdsgruppen, at der sikres en *tættere koordination mellem de to udvalg* end hidtil og foreslår derfor, at formændene for de to stående udvalg gøres til fødte medlemmer af § 23, stk. 2-udvalgene. Herudover har været nævnt den mulighed, at man til yderligere styrkelse af § 23, stk. 2-udvalgene kunne overdrage formandskabet til amtsborgmesteren.

3.3. Finansieringssystemerne.

Arbejdsgruppen har behandlet spørgsmålet om, hvorvidt de eksisterende finansieringssystemer må antages at medføre forvridninger med hensyn til udbygning og udnyttelse af forskellige alternative foranstaltninger inden for sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område.

Arbejdsgruppens overvejelser har navnlig samlet sig om forholdet imellem de to kommunale niveauer, hvor dispositioner på det ene niveau kan påvirke behovet for indsats på det andet niveau.

Som eksempel på denne problematik nævner arbejdsgruppen, at kommuner kan se en økonomisk interesse i at opretholde en underkapacitet i den kommunale plejesektor.

hvorved en del kommunale plejeopgaver rent faktisk vil blive væltet over på det amtskommunale sygehusvæsen.

Resultatet af arbejdsgruppens overvejelser har imidlertid været, at uanset, at der eksisterer skævheder af den beskrevne art, og selv om arbejdsgruppen ikke vil udelukke, at de nuværende forskelle i finansieringssystemerne kan modvirke en i øvrigt ønskelig udvikling, har arbejdsgruppen dog ikke på det foreliggende grundlag ønsket at stille konkrete forslag om ændringer i finansieringssystemerne. Dette skyldes, at arbejdsgruppen ikke har følt sig overbevist om, at disse skævheder med tilstrækkelig sikkerhed kan henføres til forskelle i finansieringssystemerne. Hertil kommer, at problemerne næppe kan anskues isoleret for så vidt angår sundhedssektoren og det tilgrænsende sociale område, idet der efter arbejdsgruppens opfattelse også vil kunne peges på tilsvarende og måske større problemer inden for andre områder som f. eks. mellem socialsektoren og undervisningssektoren.

Nogle medlemmer har derfor peget på, at der kan være behov for, at spørgsmålet tages op i en bredere sammenhæng i et selvstændigt udvalg.

Enkelte medlemmer har i øvrigt peget på muligheden for at indføre en kommunal takstbetaling for »rene« plejepatienter på sygehusene eller for sygehuspatienter over en bestemt alder. Andre medlemmer af gruppen har imidlertid betænkeligheder ved indførelse af en sådan takstbetaling.

Udvalget har i det hele taget arbejdsgruppens overvejelser til efterretning,

3.4. Overvejelser og forslag om en øget offentlig medindflydelse vedr. de privatpraktiserende lægers erhvervsudøvelse.

3.4.1. Indledende bemærkninger.

Spørgsmålet om tilvejebringelse af planer for og styring af udbygningen af lægepraksissektoren har navnlig for så vidt angår almen praksis igennem en længere årrække været drøftet både af lægestanden selv og i en række offentlige betænkninger m. v., ligesom der gennem lægernes kollegiale vedtægter, praksisfinansieringsudvalgets og de lokale praksisudvalgs virksomhed rent faktisk er sket en vis påvirkning af lægernes nedsættelsesmønster.

Baggrunden for ønsket om offentlig delta-

gelse i planlægning og styring af praksisområdet er dels hensynet til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af praksissektorens samarbejde med sygehusvæsenet og det kommunale sundheds- og socialområde, dels hensynet til den indbyrdes dimensionering af disse forskellige institutioner m. v. Hertil kommer en offentlig interesse i den geografiske fordeling af praktiserende læger med henblik på at sikre befolkningen en rimelig god og ensartet adgang til lægebehandling overalt i landet samt hensynet til praksissektorens medvirken i uddannelse af medicinalpersonale.

Efter de nye overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og henholdsvis Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger, der trådte i kraft pr. 1. april 1976, skal der under offentlig medvirken i hver amtskommune foretages dels en praksisregulering, dels en praksisplanlægning for så vidt angår almen lægegerning og en praksisregulering for så vidt angår speciallægeområdet. Det offentlige medvirken i praksisplanlægningen er således koncentreret på amtskommunalt plan. Kompetencen er for så vidt angår praksisreguleringen inden for almen praksis henlagt til de overenskomsthjemlede samarbejdsudvalg, mens praksisplanlægningen er henlagt til § 23, stk. 4-udvalgene, der tillige for så vidt angår speciallægepraksis skal foretage en beskrivelse og vurdering af speciallægedækningen inden for amtskommunen. Endvidere er der tillagt det af overenskomstparterne nedsatte landssamarbejdsudvalg forskellige kompetencer. Det er således en gyldighedsbetingelse for de lokalt udarbejdede praksisprnrådejnddelinger og praksisplaner for almen lægegerning, at de godkendes af landsamarbejdsudvalget, der endvidere har kompetence til at udstede generelle retningslinjer herfor. På speciallægeområdet er de centrale kompetencer henlagt til overenskomstparterne.

Udvalget er enig med arbejdsgruppen i, at de nye overenskomsters bestemmelser om praksisplanlægning og praksisregulering inden for lægepraksisområdet må betragtes som *en væsentlig og positiv nyskabelse*, navnlig fordi det hermed er fastslået, at der også for praksisområdet - uanset dettes karakter af liberalt erhverv - skal ske en planlægning, og at det offentlige har fået medindflydelse på denne planlægning. Der er herved efter udvalgets opfattelse skabt

mulighed for, at praksisplanlægningen vil kunne udvikles som en parallel til planlægningen af de offentligt drevne sundheds- og socialområder (sygehusplanerne og de social-sundhedsmæssige udbygningsplaner). Der er dog også i udvalget givet udtryk for betænkelighed ved den ogede offentlige indflydelse på det liberale lægepraksiserhverv, og det har i denne forbindelse specielt været fremhævet, at der bør være fri nedsættelsesret for praktiserende læger.

Udvalget kan tilslutte sig arbejdsgruppens anbefaling af, at de i overenskomsterne introducerede nye planlægningssystemer får en rimelig mulighed for at dokumentere deres funktionsdygtighed. Udvalget skal samtidig anbefale, at man fra de offentlige centrale sundhedsmyndigheders side søger at afklare, hvilke hensyn de offentlige sundhedsmyndigheder bør søge tilgodeset gennem praksisplanlægningen. Sådanne tilkendegivelser af planlægningsmål kunne i form af vejledende retningslinier fra de centrale sundhedsmyndigheder på væsentlig måde understøtte såvel den lokale planlægning inden for praksisområdet som planlægningen i de centrale overenskomstudvalg.

Når overvejelserne om offentlig medindflydelse på praksisområdet har været koncentreret om lægepraksisområdet, skyldes det navnlig, at interessen i folketingsdebatten forud for udvalgets nedsættelse specielt var rettet imod mulighederne for en eventuel forskydning af lægelige opgaver fra det højt specialiserede sygehusvæsen til lægepraksis-sektoren. Der kan dog være grund til tilsvarende overvejelser for så vidt angår privat tandlæge- eller fysioterapeutpraksis.

3.4.2. *Specielt vedr. almen lægepraksis.*

Arbejdsgruppens redegørelse indeholder overvejelser om på længere sigt at etablere en større og mere direkte offentlig indflydelse på praksisplanlægningen, end tilfældet er i landsoverenskomsten pr. 1. april 1973. I argumentationen herfor er der peget på, at det kan vise sig u hensigtsmæssigt, at de politisk ansvarlige myndigheder ikke kan gennemføre andre ønsker eller synspunkter vedrørende praksisområdet, herunder dette områdes samordning med det øvrige sundhedsvæsen og socialvæsen, end hvad man fra lægelig side kan acceptere.

Heroverfor er det i arbejdsgruppen anført, at det nuværende overenskomstsysteem,

der bl. a. forudsætter, at lægerne selv afholder såvel drifts- som etableringsomkostninger, naturligt må forudsætte, at området er et aftaleområde, hvor de kompetente organer må være sammensat paritetisk.

I arbejdsgruppen har været fremhævet problemerne i forbindelse med tilrettelæggelsen af samarbejdet imellem almen praksis og de kommunale sundhedspleje- og hjemmesygeplejeordninger samt mellem almen praksis og socialforvaltningernes rådgivergrupper. Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at samarbejdet mellem de praktiserende læger og de nævnte kommunale personalegrupper yderligere må søges fremmet bl. a. ved, at det tilstræbes, at den enkelte sundhedsplejerske / hjemmesygeplejerske / rådgivergruppe har patient/klientunderlag fælles med et begrænset antal lægepraksis, hvorved kommunikationen mellem disse vil kunne styrkes til gavn for patienterne. Det er dog i denne forbindelse blevet understreget, at hensynet til patienternes frie lægevalg ikke bør tilsidesættes som følge af sådanne bestræbelser.

For så vidt angår den centraladministrative kompetence indebærer det nye overenskomstsysteem, at det i overenskomsten hjemlede landssamarbejdsudvalg vil kunne få en dominerende indflydelse på praksisplanlægning og praksisregulering såvel i forhold til planlægningen i de enkelte amtskommuner som i forhold til staten, der efter sygesikringsloven skal godkende overenskomsterne. Da landssamarbejdsudvalget alene rummer repræsentanter for overenskomstparterne, har det i arbejdsgruppen været overvejet, hvorvidt udvalget i fornødent omfang vil være egnet til at sikre den nødvendige hensyntagen til planlægningen af de øvrige dele af sundheds- og socialsektoren, ligesom det har været drøftet, om det i det hele taget er hensigtsmæssigt, at et sådant sammensat centralorgan skal godkende de lokalt udarbejdede praksisplaner.

Udvalget vil finde det rimeligt, at behovet for eventuelle ændringer i det nugældende overenskomstsysteem for almen praksisområdet vurderes i lyset af de erfaringer, som den kommende tid vil give vedrørende det nugældende systems funktionsdygtighed. Heri må også indgå en vurdering af samordningen imellem almen praksisplanlægningen og planlægning af den specialiserede lægebetjening (sygehusplanlægning og planlægning af

speciallægepraksis) samt planlægningen for og samarbejdet med kommunernes social- og sundhedsvæsen.

I udvalget har der endelig været peget på det ønskelige i, at vagtlægebetjeningen i almen praksis, der som omtalt nedenfor i Del II, kapitel I i dag i vidt omfang bestrides af yngre sygehuslæger, bliver ført tilbage til de alment praktiserende læger, dels fordi disse ofte vil have et bedre kendskab til patienterne, og dels fordi der herigennem vil være mulighed for at øge antallet af praktiserende læger.

3.4.3. *Specielt vedr. speciallægepraksis.*

Arbejdsgruppen har anset det som et fremskridt, at der er tilvejebragt overenskomstmæssig hjemmel for, at overenskomstparterne i enighed kan foretage en regulering af speciallægepraksisdækningen med henblik på at opnå en rimelig og ensartet speciallægedækning, og at der i forbindelse hermed har været enighed om, at den fremtidige udbygning af speciallægepraksis så vidt muligt bør ske med heltidspraktiserende læger.

Endvidere har man fundet det væsentligt, at der er indført bestemmelser, der muliggør regulering af de alment praktiserende lægers henvisningsmønstre til praktiserende speciallæger/sygehusambulatorier, og at der herved er skabt grundlag for en samordnet planlægning og styring af speciallægearbejdet i sygehusvæsenet og i praksissektoren. Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at en samordning af speciallægevirkomheden inden for og uden for sygehusene må forudsætte en bedømmelse af, hvor speciallægevirkomheden ud fra økonomiske, servicemæssige og kvalitetsmæssige kriterier bør finde sted.

Endelig har arbejdsgruppen været peget på det ønskelige i, at der fastsættes regler om individuel godkendelse af nedsættelser i speciallægepraksis, og at kompetencen til at træffe disse afgørelser så vidt muligt placeres i den enkelte amtskommune.

Udvalget kan tilslutte sig arbejdsgruppens anbefaling af, at der bør arbejdes hen imod et system, der sikrer den enkelte amtskommune en væsentlig indflydelse på planlægning af speciallægefunktionen i praksissektoren med henblik på en nærmere koordination af det samlede speciallægeområde (sygehusvæsen og praksis) og mellem dette og almen praksis.

Udvalget er i denne forbindelse opmærk-

som på, at de i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2, nedsatte udvalg efter loven skal virke til fremme af samarbejde og samordning mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed. Ved de nye sygesikringsoverenskomster af april 1976 er planlægningen af lægebetjeningen uden for sygehusvæsenet (speciallægepraksis og almen lægepraksis) henlagt til de i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4., nedsatte fællesudvalg.

Udvalget ønsker at understrege, at opgavefordelingen imellem sygehusvæsenet, speciallægepraksis og almen praksis ikke kan forventes at skulle være den samme i hele landet, men at der vil være behov for forskellige løsninger i de enkelte amtskommuner. Dette taler yderligere for en styrkelse af den lokale indflydelse på planlægning også af speciallægepraksisområdet. Udvalget er imidlertid enig med arbejdsgruppen i, at der fortsat vil være behov for en vurdering på landsplan af speciallægepraksis for så vidt angår specialer, der kræver et særligt stort befolkningsunderlag.

I arbejdsgruppens redegørelse er endelig specielt fremhævet den særlige hjemmel til også for andre specialer end laboratorie- og patologispecialerne at aftale retningslinier for alment praktiserende lægers henvisning, der er indeholdt i den nye landsoverenskomst vedrørende almen lægegerning.

Udvalget kan tilslutte sig arbejdsgruppens anbefaling af, at denne nye hjemmel til at aftale særlige retningslinier for henvisning til speciallæge udnyttes i det omfang, det er nødvendigt at sikre borgerne en stabil adgang til ambulant speciallægehjælp, og at der herved tages såvel servicemæssige, kvalitetsmæssige som økonomiske hensyn, herunder hensynet til den bedst mulige udnyttelse af sygehusvæsenets kapacitet.

4. Effektiv ressourceudnyttelse

4.1. Indledning.

I kommissoriet for den særlige arbejdsgruppe vedr. sundhedsvæsenets ressourceforbrug blev arbejdsgruppen anmodet om at analysere, dels mulighederne for en begrænsning af stigningstakten i ressourceforbruget specielt i sygehusvæsenet, dels mulighederne for at opnå en bedre ressourceudnyttelse ved forskydning af opgaver fra de meget specia-

liserede til de mindre specialiserede dele af sundhedsvæsenet.

For så vidt angår spørgsmålet om *begrænsning af sygehusvæsenets ressourceforbrug* fremhævede udvalget i bemærkningerne til arbejdsgruppens kommissorium, at man, som følge af det stærkt stigende ressourceforbrug i sygehusvæsenet, fandt det nødvendigt, at der i fremtiden i højere grad sker en afvejning af omkostninger og nytte, navnlig i forbindelse med stillingtagen til forslag om indførelse af nye undersøgelses- og behandlingsmetoder, nyt forfinet apparatur m. v., men også som led i en kritisk vurdering af eksisterende undersøgelses- og behandlingsforløb. Med henblik herpå anmodede udvalget arbejdsgruppen om at overveje foranstaltninger, der kan fremme omkostningsbevidstheden hos de i sygehusvæsenet disponerende medicinalpersoner, samt mulighederne for etablering af ordninger, der sikrer en kontinuerlig kritisk vurdering og ajourføring af mere betydningsfulde omkostningselementer som f. eks. personaleforbrug, apparaturanskaffelser og medicinforbrug. Udvalget bad endvidere arbejdsgruppen overveje, hvordan det fremtidige budget- og regnskabssystem kan anvendes med henblik på at skabe det bedst mulige grundlag for en omkostningsmæssig vurdering såvel hos det disponerende medicinalpersonale (lægelige chefer m. fl.), som hos de politisk/administrative instanser.

For så vidt angår spørgsmålet om mulighederne for *forskydninger af opgaver* fra specialiserede til mindre specialiserede niveauer tog udvalget sit udgangspunkt i den i betænkningens Del II indeholdte beskrivelse af sundhedsvæsenet, der er gengivet i hovedtræk foran i afsnit III. I denne beskrivelse er fremhævet en række eksempler, hvor forskellige ydelser inden for sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område helt eller delvist kan erstatte hinanden. Sådant mulighed for substitution kan forekomme i forholdet mellem f. eks. behandling i almen praksis/speciallægepraksis kontra sygehusvæsenets ambulatoriefunktion og i forholdet mellem ambulante behandling kontra indlæggelse på sygehus. Udvalget henviste samtidig til den i folketingsdebatten omtalte usikkerhed vedr. konsekvenserne for såvel patienterne som ressourceforbruget ved en eventuel ændret opgavefordeling mellem sundhedsvæsenets forskellige dele. På denne bag-

grund anmodede udvalget arbejdsgruppen om at vurdere, på hvilke områder og eventuelt under hvilke forudsætninger der i praksis vil kunne opnås en bedre ressourceudnyttelse ved en funktionsforskydning mellem de enkelte dele af sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område.

Udvalget har tillagt det særlig betydning, at den arbejdsgruppe, der skulle overveje mulighederne for at skabe en mere effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet, kom til at rumme en bred repræsentation af sagkyndige fra sundhedsvæsenets forskellige dele for derigennem at sikre den nødvendige realisme i arbejdsgruppens overvejelser og forslag.

I januar 1976 anmodede indenrigsministeriet særskilt arbejdsgruppen om at udarbejde forslag til en sparevejledning vedrørende sygehusvæsenet. Arbejdsgruppens redegørelse herom blev den 1. april 1976 udsendt af indenrigsministeriet til amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner som »Vejledning vedrørende foranstaltninger til fremme af besparelser inden for sygehusvæsenet«.

De overvejelser og forslag, der indeholdes i sparevejledningen, er naturligt indgået i arbejdsgruppens og udvalgets videre arbejde, og vil derfor i et vist omfang fremgå af redegørelsen for udvalgets overvejelser og forslag.

Arbejdsgruppens redegørelse er optrykt nedenfor i betænkningens Del II, kapitel V.

4.2. Arbejdsgruppens hovedsynspunkter.

Af hensyn til en rationel ressourceudnyttelse og optimal patientbehandling finder arbejdsgruppen det væsentligt at intensivere bestræbelserne på at skabe en helhedsvurdering af sundhedsvæsenet og bryde med hidtidige traditioner, hvorefter sundhedsvæsenets forskellige dele i vid udstrækning har fungeret uden bevidst indbyrdes hensyntagen. Sideløbende hermed må effektiviteten inden for sundhedsvæsenets enkelte dele søges fremmet.

Arbejdsgruppen mener, at der bør skabes mere glidende overgange imellem sundhedsvæsenets enkelte dele i forbindelse med udviklingen af et bredere og mere varieret tilbud af ydelser. Herudover påpeges, at ydelsestilbuddet kan differentieres yderligere gennem kombination af ydelser fra sundhedsvæsenet med ydelser fra det brede spek-

trum at sociale bistanndsformer. Det er således væsentligt, at den enkelte patient principielt altid kan blive behandlet, hvor den billigste, men samtidig tilstrækkelige behandling kan tilbydes.

Et således udviklet ydelsesmønster i sundhedsvæsenet vil samtidig angive funktionsfordelingen mellem de forskellige dele heraf og kan danne grundlag for en afstemt dimensionering af kapaciteten imellem sygehusvæsenet, praksissektoren og de offentlige sundhedsordninger, herunder det tilgrænsende sociale område.

Arbejdsgruppen understreger, at en korrekt visitation af patienterne vil være afgørende for en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets varierede ydelsestilbud, og anbefaler derfor en mere formaliseret udbygning samt løbende justering af visitationssystemet, for så vidt angår visitationen såvel til som fra sygehuse.

Endelig anbefaler arbejdsgruppen, at der generelt udvikles en øget omkostningsbevidsthed hos sundhedsvæsenets personalegrupper, og peger specielt på betydningen af, at der etableres en løbende - såvel faglig som økonomisk - vurdering af undersøgelses- og behandlingsrepertoiret, således at der dels kan ske en sanering af evt. forældede metoder, dels som hovedregel anvendes den billigste blandt i øvrigt ligeværdige metoder.

Arbejdsgruppen fremhæver, at for at de nævnte hovedsynspunkter kan realiseres, må planlægningen for sygehusvæsenet, praksissektoren og de offentlige sundhedsordninger (social- og sundhedsområdet) såvel videreudvikles hver for sig som sammenkobles.

I det følgende vil arbejdsgruppens mere konkrete forslag til fremme af de ovenfor refererede synspunkter blive fremsat. Det skal understreges, at arbejdsgruppen har fundet det rimeligt så vidt muligt at bygge på lokale praktiske erfaringer og sætte disse lokale ideer ind i en ramme, som vil kunne have mere generel interesse.

4.3. Afbalanceret opgavefordeling inden for sundhedsvæsenet og den tilgrænsende socialsektor.

4.3.1. Koordination og evt. funktionsforskydning imellem sygehusvæsenet og praksissektoren.

For så vidt angår *ambulant speciallægebetjening* konstaterer arbejdsgruppen, at der er muligheder for funktionsforskydninger mel-

lem sygehusvæsenets ambulante *speciallæge*-bistand og speciallægepraksisområdet. Arbejdsgruppen foreslår ikke konkrete *opgave*-flytninger, men peger på, at der som grundlag for videre overvejelser herom er et særligt behov for etablering af en samlet planlægning af den ambulante speciallægebetjening i og uden for sygehusvæsenet, og at der i denne planlægning må indgå en bedømmelse af, hvor speciallægevirksomheden ud fra økonomiske, servicemæssige og kvalitetsmæssige kriterier bør finde sted. Arbejdsgruppen anbefaler i denne forbindelse, at der tilvejebringes en nærmere vurdering af de enkelte specialers egnethed til betjening uden geografisk sygehustilknytning og understreger endvidere, at forskelle i geografiske, befolkningsmæssige og andre forhold kan motivere forskellige løsninger i de forskellige sygehuskommuner.

Hvad angår *forholdet imellem almen praksis og speciallægeområdet* har arbejdsgruppen ikke fundet det muligt at pege på bredere eksisterende opgaveområder, som med fordel kan tænkes flyttet fra speciallægeniveauet til almen praksis. Arbejdsgruppen peger imidlertid på, at tættere samarbejde mellem alment praktiserende læger og speciallæger med tiden vil kunne danne grundlag for en vis opgaveforskydning imellem de to lægelige grupper, bl. a. i forbindelse med forundersøgelse og efterundersøgelse/-behandling. Et sådant tættere samarbejde vil bl. a. kunne etableres gennem udvikling af samarbejdsformer, hvor den alment praktiserende læge såvel i den diagnostiske som i den terapeutiske fase kan modtage speciallægebistand.

4.3.2. Sundhedsvæsenets planlægningssystemer.

Arbejdsgruppen understreger, at forudsætningen for tilvejebringelse af en ud fra de lokale forhold hensigtsmæssig opgavefordeling, er, at planlægningssystemerne for sundhedsvæsenets enkelte områder (sygehusvæsenet, praksisområdet og den offentlige primære sundhedstjeneste) udformes således, at der kan foretages en sammenkædning af planerne til en *samlet sundhedsplanlægning*.

En sådan sammenkædning af planlægningen forudsætter en overensstemmelse i planlægningssystemernes ydre form m. v., som ikke er til stede i dag. På denne baggrund anbefaler arbejdsgruppen, at der tilvejebrin-

ges en større ensartethed i planernes tidshorisont og detaljeringsgrad, i planlægningsforudsætninger (befolkningsprognoser m. v.) samt i planernes revisionsrytme. Endvidere må de enkelte områders planer udtrykkeligt gøre rede for egne hensigter — samt forudsætninger vedr. de andre områders indsats - på tilgrænsende aktivitetsområder. Igennem en udveksling af planudkast vil der herefter kunne skabes en væsentligt bedre koordineret, løbende planlægning.

Arbejdsgruppen peger endvidere på betydningen af, at sundhedsvæsenets planlægningssystemer udformes således, at sundhedsplanlægningen kan sammenkobles med den tværgående økonomiske planlægning (flerårsbudgettering) i amtskommuner og kommuner, således at disse to typer planlægning kan være til gensidig søgte for hinanden. Med henblik herpå anbefaler arbejdsgruppen, at der i sundhedsvæsenets planlægningssystemer bør indgå en handlingsorienteret rullende planlægning dækkende mindst budgetteringsperioden (4 år).

Endelig peger arbejdsgruppen - i overensstemmelse med betænkningen om planlægningen i centraladministrationen (nr. 743/1975) - på, at etablering af et fælles planlægningssystem for de forskellige amts- og primærkommunale sektorer bl. a. vil kunne dække den centrale myndigheders informationsbehov og danne grundlag for udarbejdelse af sammenfattende landsdækkende opgørelser over de enkelte sektors aktivitets- og ressourcudvikling. For sundhedsvæsenet vil dette være af betydning for tilrettelæggelsen af den overordnede sundhedspolitik, herunder for udformning af centraladministrative retningslinjer for den lokale planlægning og for de centrale sundhedsmyndigheders behandling af kommuners og amtskommuners planer.

4.4. Effektivisering inden for sygehusvæsenet.

4.4.1. Indledende bemærkninger.

I overensstemmelse med kommissoriet har arbejdsgruppen særlig overvejet foranstaltninger m. v. til fremme af en effektivisering af ressourcudnyttelsen inden for sygehusvæsenet.

Arbejdsgruppen påpeger, at en væsentlig forbedret ressourcudnyttelse i sygehusvæsenet ikke kan gennemføres fra dag til dag, idet man i vid udstrækning er bundet langt

Frem i tiden af eksisterende bygningsmæssige forhold, overenskomstmæssige ansættelsesvilkår m. v., samt i øvrigt fordi tradition, holdninger m. v. kun kan ændres over en vis tid.

Arbejdsgruppen mener imidlertid, at en mere effektiv ressourcudnyttelse vil kunne fremmes dels igennem udvikling af en større omkostningsbevidsthed i udøvelsen af de daglige funktioner, dels igennem en forbedring af sygehusplanlægningen samt det visitationssystem, der er bestemmende for sygehusvæsenets udnyttelse.

4.4.2. Øget omkostningsbevidsthed i sygehusvæsenets løbende drift.

Arbejdsgruppen foreslår, at der på kort sigt i de enkelte sygehuskommuner etableres tværgående faglige arbejdsgrupper med det formål dels at skabe en mere økonomisk bevidst vurdering i anvendelsen af laboratorie- og røntgenundersøgelser samt medicin, dels at tilvejebringe en faglig rådgivning om personale- og apparaturforbruget inden for politisk afstukne rammer for sygehusvæsenet.

Hovedopgaven for de foreslåede arbejdsgrupper vedrørende laboratorie- og røntgenundersøgelser vil være en kritisk justering af udbudet af undersøgelser, herunder af faste undersøgelsesprogrammer, og en løbende information til de kliniske afdelinger om deres forbrug af undersøgelser og om de hermed forbundne udgifter.

Hovedopgaven for de foreslåede arbejdsgrupper vedrørende medicinområdet, de såkaldte lokale lægemiddelkomiteer, vil være at gennemgå og vurdere medicinrepertoiret med henblik på udvælgelse af de billigste blandt medicinsk ligeværdige præparater ud fra en samlet terapeutisk og økonomisk synsvinkel, samt foretage en efterfølgende egentlig standardisering af rutinesortimentet under hensyntagen til de lokale terapitraditioner.

Hovedopgaven for de foreslåede arbejdsgrupper vedrørende apparaturområdet vil være at foretage en medicinsk- teknisk vurdering af apparaturønsker, at sikre en vis standardisering af udstyr samt at afstemme apparaturanskaffelserne efter det samlede behov i sygehuskommunen.

De foreslåede arbejdsgrupper vedrørende personalenormering skal medvirke til en løbende justering af personaleforbruget mel-

lem afdelinger og af de enkelte afdelingers personalesammensætning.

På længere sigt vil en rationel ressourceanvendelse i sygehusvæsenet kræve en meget tæt koordination mellem den fagligt administrative og den økonomisk administrative styring af sygehusvæsenet, mens den overordnede politiske styring af sygehusvæsenet må tilvejebringes gennem udarbejdelse af rammer for de disponerende enheder, angivende hvilke opgaver de forventes at løse og til hvilket ressourceforbrug.

På afdelings- eller lignende niveau kan den faglige rådgivning udbygges gennem en efterhånden mere direkte medvirken fra de fagligt ansvarlige ved budgetlægningen for hver deres funktionsområde, således at de med tiden kan pålægges et vist ansvar for gennemførelsen af det vedtagne budget. En sådan budgetprocedure forudsætter en videreudvikling af sygehusvæsenets ydelses- og ressourceregringssystemer, bl. a. således at såvel de direkte som de væsentligste indirekte omkostninger ved rekvisitioner hos andre afdelinger kan henføres til den disponerende enhed. På længere sigt må stræbes henimod et sammenkoblet aktivitets- og økonomirapporteringssystem, der vil kunne bidrage til at belyse ressourceforbruget ved de forskellige funktioner og ydelser, jfr. nedenfor side 47.

For sygehusvæsenet som helhed må den foreslåede udbygning af økonomifunktionen inden for de enkelte disponerende enheder suppleres med en løbende prioritering af opgaver og ressourceindsats på tværs af afdelinger og enheder, hvortil der også udkræves en forøget faglig rådgivning. Herved vil kunne sikres en hensigtsmæssig koordination af de enkelte enheders funktionsområde, og de prioriteringsopgaver, der ovenfor er foreslået henlagt til faglige arbejdsgrupper vedr. henholdsvis apparatur- og personaleforbruget, vil kunne varetages i tilknytning hertil. Denne tværgående faglige rådgivning må ligeledes ske inden for politisk forud fastlagte rammer, der tvinger til prioritering af nye og gamle behandlingsopgaver og til valg af økonomiske opgaveløsninger. Den nærmere organisatoriske opbygning af denne rådgivning må afhænge af, hvilken sygehusstruktur og opgavefordeling der tilstræbes i den enkelte sygehuskommune. Den vil f. eks. kunne varetages af blokråd dækkende hele sygehusvæsenet (f. eks. medicinsk blok,

kirurgisk blok, laboratorieblok osv.) eller af en »trojkaledelse« for hvert sygehus (administrator, forstanderinde samt læge).

4.4.3. Sygehusplanlægningen.

Arbejdsgruppen finder, at sygehusplanlægningen i fremtiden i højere grad end hidtil bør koncentreres om tilrettelæggelsen af selve sygehusfunktionen (bedre funktionel samordning) inden for de eksisterende rammer og i mindre grad om en udbygning af sygehuskapaciteten.

Sygehusplanlægningen bør indeholde en vurdering af den eksisterende ydelsespolitik som udgangspunkt for overvejelser om mulige og ønskelige ændringer i de undersøgelses- og plejetilbud, der stilles til rådighed for de enkelte patientkategorier.

Endvidere må sygehusplanlægningen angive opgavefordelingen og samarbejdsformen såvel mellem de enkelte sygehusenheder/afdelinger i amtskommunen, som mellem disse og udenamtsygehuse, herunder specielt lands- og landsdelsafdelinger. En sådan tværgående sygehusplanlægning vil på samme tid kunne sikre befolkningen den bedst mulige service og tilgodese de økonomiske hensyn gennem en rationel arbejdsdeling mellem de højst specialiserede og de mindre specialiserede sygehusenheder, herunder en hensigtsmæssig udnyttelse af personale og apparatur.

Arbejdsgruppen påpeger, at fastlæggelsen af en rimelig arbejdsdeling mellem sygehuse må ske under hensyntagen til de geografiske, befolkningsmæssige og andre individuelle forhold i den enkelte sygehuskommune. Det vil derfor ikke være hensigtsmæssigt at fastlægge en fuldstændig ensartet sygehusstruktur for alle landets sygehuskommuner.

4.4.4. Visitationssystemet.

Som fremhævet ovenfor i afsnit 4.2 er visitationen afgørende for udnyttelsen af sundhedsvæsenet. Arbejdsgruppen opstiller derfor som målsætning, at den enkelte patient på det rette tidspunkt visiteres uden omveje til den »rigtige« del af sundhedsvæsenet.

En effektiv udnyttelse af det stærkt specialiserede sygehusvæsen og af en mere nuanceret ydelsesstruktur i hele sundhedsvæsenet vil stille store krav til visitationen, hvorfor det må sikres, at den visiterende læge har det bedst mulige kendskab til opgavefordeling, kapacitet m. v. inden for sundhedsvæ-

senets enkelte dele. Med henblik herpå anbefaler arbejdsgruppen, at der i hver sygehuskommune i fornødent omfang tilvejebringes lægefagligt underbyggede *retningslinier for visitationen*, herunder især for visitationen til lands- og landsdelssygehuse. Arbejdsgruppen finder, at det som hovedprincip fortsat må gælde, at den læge, som har en patient i undersøgelse/behandling, har kompetencen til at visitere patienten til en anden del af sundhedsvæsenet. Dette betyder, at fortolkningen af de foreslåede visitationsretningslinier er overladt til den visiterende læge.

Som grundlag for sådanne stadig ajourførte retningslinier foreslår arbejdsgruppen etableret en løbende analyse af den faktiske visitation. Udformningen af de retningslinier må herudover baseres på de hovedprincipper vedr. ydelsesformer og opgavefordeling, der er fastlagt i planlægningen for sundhedsvæsenet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at visitationsanalysen og udarbejdelsen af forslag til visitationsretningslinier på det administrative plan forestås af en særlig arbejdsgruppe i hver sygehuskommune, sammensat af såvel fagligt personale fra sygehus- og praksissektoren som af repræsentanter fra de involverede forvaltninger.

4.5. De centrale myndigheders bistand til den lokale sundhedsplanlægning.

Arbejdsgruppen finder, at de centrale myndigheder bør udvide deres bistand og rådgivning af såvel teknisk, lægelig som anden faglig karakter til de enkelte amts- og primærkommuner.

Arbejdsgruppen peger i denne forbindelse bl. a. på informationssystemet og konstaterer, at det konkrete planlægningsarbejde i dag lider under en udstrakt mangel på relevante planlægningsmetoder. Arbejdsgruppen mener, at det vil være en naturlig opgave for de centrale myndigheder i nært samarbejde med lokale brugere at iværksætte et metodeudviklingsarbejde, hvis resultater kan stilles til rådighed for alle planlæggende myndigheder. Der peges specielt på, at der er et betydeligt behov for standardmetoder til økonomisk konsekvensvurdering af alternative løsninger på kapacitets- og strukturproblemer.

Endvidere konstaterer arbejdsgruppen, at man lokalt - også uden for informationsom-

rådet - i særlige situationer har behov for en helt neutral og højt specialiseret ekspertbistand. Arbejdsgruppen finder derfor, at den centrale faglige rådgivning generelt må styrkes. Eksempelvis nævnes, at der inden for visitationsområdet (specielt for så vidt angår lands- og landsdelspatienter) kan være behov for en central indsats.

4.6. Udvalgets konkluderende synspunkter vedr. effektiv ressourceudnyttelse.

Udvalget kan tilslutte sig arbejdsgruppens foran i afsnit 4.2. refererede hovedsynspunkter, som udvalget mener kan sammenfattes i følgende to hovedmålsætninger:

- bedre koordination imellem sundhedsvæsenets forskellige dele
- større omkostningsbevidsthed hos det disponerende personale.

For at fremme en *bedre koordination* må den herskende tendens til båseopdeling imellem sygehusvæsenet, praksissektoren og den øvrige del af den primære sundhedstjeneste reduceres. Gennem et tættere samarbejde imellem disse dele må der skabes mulighed for en fælles og koordineret lægelig og plejemæssig indsats over for patienter. Investeringer og personaleforbrug i de enkelte dele må afpasses herefter.

På tilsvarende måde må der etableres et tættere samarbejde imellem de enkelte enheder inden for sundhedsvæsenets forskellige delområder. Ikke mindst inden for sygehusvæsenet er der behov for en bedre planlægning og koordination af de enkelte sygehuses opgaveområder, således at der etableres en egentlig funktionel samordning først og fremmest imellem sygehuse i den enkelte sygehuskommune, men for så vidt angår landsdels- og landsspecialer også på tværs af sygehuskommunernes grænser.

Planlægningen af sygehusvæsenet, praksisområdet samt de offentlige sundhedsordninger, herunder de tilgrænsende sociale områder, må videreudvikles med henblik på at gøre sundhedsvæsenet til en således sammenhængende servicesektor. Dette vil forudsætte, at planlægningssystemerne for de enkelte områder udformes på en sådan måde, at de efterhånden kan sammenkædes til en samlet sundhedsplanlægning.

Udvalget tilslutter sig arbejdsgruppens understregning af visitationssystemets betyd-

ning samt behovet for at understøtte udviklingen på dette område igennem udarbejdelse af retningslinier for visitationen.

Hvad angår *større omkostningsbevidsthed* hos det disponerende personale har arbejdsgruppen og udvalget alene beskæftiget sig med sygehusvæsenet, men betragtningerne vil i vidt omfang kunne overføres til de øvrige dele af sundhedssektoren. Udvalget kan i øvrigt tilslutte sig, at der i en rationel politisk og administrativ beslutningsproces i sundhedsvæsenet er et behov for en omfattende faglig bistand. Udvalget kan derfor støtte arbejdsgruppens forslag om i højere grad end hidtil at medinddrage sygehusvæsenets fagligt disponerende personale dels i forberedelsen af planlægningen, dels i forskellige funktioner til fremme af en øget omkostningsbevidsthed blandt personalet i den daglige drift.

5. Informationsgrundlaget

5.1. Indledning.

I bemærkningerne til kommissoriet for arbejdsgruppen vedr. informationssystemet påpeges, at det er en væsentlig forudsætning for tilrettelæggelsen af en langsigtet planlægning og prioritering af sundhedsvæsenet, at der findes et informationsgrundlag, der gør det muligt at måle og vurdere anvendelsen af økonomiske og personelle ressourcer i forhold til systemets ydelser og at beregne ressourcemæssige konsekvenser af ændringer i den behandlende og forebyggende indsats samt - i det omfang det er muligt - at vurdere ressourceforbruget i forhold til nyttevirkningen. Informationssystemet må derfor i videst muligt omfang give grundlag for en vurdering af såvel anvendelsen af økonomiske og personelle ressourcer inden for sundhedsvæsenets enkelte områder som af effekten af den enkelte behandlende eller forebyggende indsats. Endvidere påpeges vigtigheden af en statistik over efterspørgslen efter sundhedsvæsenets ydelser.

Det skal i denne forbindelse fremhæves, at det er nødvendigt med en statistik, der kan belyse behovet for sundhedsvæsenets ydelser. Dette behov kan ikke alene bestemmes ud fra den konstaterbare efterspørgsel efter sundhedsvæsenets ydelser. På den ene side synes efterspørgslen erfaringsmæssigt at tilpasse sig udbudet, således at et øget udbud

af sundhedsmæssige ydelser i sig selv synes at være behovsskabende. På den anden side er det således, at mange patienter af forskellige grunde, så som manglende sygdomserkendelse, manglende tro på effektiv behandling, ventetider, tabt arbejdsfortjeneste m. v. ikke opsøger sundhedsvæsenet, selv om der var rimelig grund dertil. Det billede, som efterspørgslen giver, kan derfor både over- og undervurdere det reelle behov. Generelle undersøgelser af sygeligheden i befolkningen vil kunne tjene som supplerende mål for behovet.

Den beskrivelse af informationssystemet, der er optaget i betænkningens Del II (kap. I., afsnit VI) synes at afdække forskellige begrænsninger i det nuværende informationsgrundlag. Således synes systemet bl. a. ikke at give mulighed for at opdele ressourceforbruget på sundhedsvæsenets forskellige ydelser (behandlingsforløb m. v.), ligesom der kun i meget begrænset omfang kan oplyses noget om effekten af ydelserne. Sådanne effektmålinger er af væsentlig betydning for prioriteringen, idet effekten repræsenterer værdien af sundhedsvæsenets funktion, ligesom effekten sammenholdt med ressourceindsatsen er grundlaget for valget imellem alternative sundhedsmæssige foranstaltninger, herunder for vurderingen af fordele ved flytning af foranstaltninger fra et led i sundhedsvæsenet til et andet.

Som fremhævet i beskrivelsen af det nuværende informationssystem må det konstateres, at antallet af sygehussenge er et mindre dækkende mål for sygehuskapaciteten ikke mindst som følge af den stigende ambulante funktion i sygehusvæsenet.

Endelig synes beskrivelsen af informationssystemet at give anledning til en nærmere vurdering af informationssystemets organisatoriske hensigtsmæssighed, idet det navnlig fremgår, at et meget stort antal organer indsamler og bearbejder informationsmateriale, uden at der i dag sikres en koordination af materialet, hverken på lokalt eller centralt plan.

På denne baggrund fik arbejdsgruppen til opgave at vurdere, hvilke oplysninger af statistisk økonomisk eller anden art i det nuværende informationssystem der er relevante for en fremtidig kontinuerlig prioritering og planlægning af sundhedsvæsenet, samt at pege på områder, hvor der er behov for supplerende og nye informationer. Endvidere

skulle arbejdsgruppen søge at afgrænse emner, inden for hvilke der bør udvikles nye målemetoder, samt vurdere informationssystemets organisatoriske opbygning.

Arbejdsgruppens redegørelse er optaget i betænkningens Del II, kapitel VI.

5.2. Arbejdsgruppens hovedsynspunkter.

Som udgangspunkt for sine overvejelser har arbejdsgruppen vedr. informationssystemet opstillet nogle problemkredse, som et ideelt informationssystem må kunne belyse, såfremt det skal være et velegnet redskab for styring af sundhedsvæsenet, såvel daglig driftsstyring som planlægning og prioritering.

Et sådant informationssystem må kunne belyse sundhedsvæsenets opgavefelt, herunder på hvilke områder sundhedsvæsenets indsats bør sættes ind, såvel i relation til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse som sygdomsbehandling. En vurdering af disse forhold forudsætter en statistik, der kan belyse befolkningens sundhedstilstand/sygdomsproblemer og udviklingen i denne.

Endvidere er det af hensyn til den nærmere tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats inden for de enkelte sektorer og sektorernes indbyrdes samvirke nødvendigt med oplysninger, der indebærer en kortlægning af antallet og arten af de sygdomme, som sundhedsvæsenets forskellige institutioner og personalekategorier møder samt en kortlægning af patienternes »forløb« gennem sundhedsvæsenets enkelte dele (sygdoms- og kontaktmønsterstatistik).

Med henblik på en opgørelse af sundhedsvæsenets præstationer til brug for prioriteringen mellem de forskellige ydelser samt til brug for den daglige styring heraf, er det nødvendigt med statistiske oplysninger om, hvor mange og hvilke ydelser (f. eks. konsultationer, operationer, røntgenundersøgelser m. v.) sundhedsvæsenet præsterer.

Som et led i den daglige kontrol med og styring af sundhedsvæsenet, men tillige som et led i planlægningen og prioriteringen af sundhedsvæsenet, kræves nøjagtige oplysninger om sundhedsvæsenets ressourceforbrug, dvs. anvendelsen af økonomiske og personelle ressourcer.

Af hensyn til en vurdering af effekten af de eksisterende sundhedsmæssige foranstaltninger og en beregning af effekten af en æn-

dret ressourceindsats er det endelig ønskeligt - på alle niveauer - at kunne sammenkoble sundhedsvæsenets indsats med effekten af denne indsats. Dette sidstnævnte er dog forbundet med betydelige vanskeligheder, dels fordi der endnu ikke er etableret tilstrækkeligt gode mål for begrebet sundhed og dermed effekten af en ressourceindsats, dels fordi det er vanskeligt i løbende informationssystemer at sammenkoble en specifik ressourceindsats med en specifik sundhedseffekt. Man er derfor ofte henvist til at søge at sammenkoble en mere overordnet ressourceindsats - f. eks. på afdelingsniveau - med afdelingens præstationer/ydelser - selvom disse præstationer/ydelser ikke kan siges at være tilstrækkeligt gode mål for det, man egentlig ønsker, nemlig et mål for den forbedring i sundhedstilstanden, som opnås ved en given ressourceindsats.

5.3. Arbejdsgruppens forslag.

Ud fra disse ideelle fordringer til et informationssystem foreslås i arbejdsgruppens redegørelse en lang række ændringer i det nuværende informationssystem, hvis gennemførelse vil betyde en væsentlig forbedring af det nuværende informationsgrundlag. Da mange af forslagene er af udpræget teknisk karakter eller vedrører detaljer i informationssystemet, skal i det følgende alene fremdrages de mere væsentlige af forslagene.

5.3.1. *Undersøgelser af sygeligheden i befolkningen.*

Arbejdsgruppen foreslår, at der med passende mellemrum, f. eks. 5 års intervaller, foretages undersøgelser af den samlede sygelighed hos et repræsentativt udsnit af befolkningen, og at sådanne generelle sygelighedsundersøgelser efterfølges af specielle mere detaljerede undersøgelser af særlige sygdommes eller sygdomstegns udbredelse, f. eks. allergi, forhøjet blodtryk, hovedpine, ryglidelser m. fl.

Sådanne undersøgelser af befolkningens generelle sundhedstilstand er indtil i dag kun foretaget i meget begrænset omfang. Undersøgelserne er imidlertid væsentlige, idet de er den eneste måde, hvorpå man kan få kendskab til udbredelsen af sygdomme og sygdomstegn i hele befolkningen. Undersøgelser af denne art er endvidere nødvendige for at opnå en mere præcis vurdering af, på

hvilke områder en forebyggende indsats bør foretages.

Arbejdsgruppen påpeger endvidere, at planlægningen og udnyttelsen af sådanne undersøgelser må foretages centralt for hele landet, og vil forudsætte et apparat med bl. a. sundhedsfaglig og statistisk fagkundskab.

5.3.2. Børnehelbredsregister.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i sundhedsstyrelsen foretages en individbaseret registrering af børns helbredsstatus. Registreringen baseres på nogle af de nuværende børneundersøgelser, hvis resultater imidlertid ikke hidtil har været samlet centralt. Det drejer sig om jordemoderens undersøgelse på fødselstidspunktet, lægeundersøgelserne ved 10. eller 15. levemåned samt skolelægens undersøgelser på 1. klassestrin og på 9. klassestrin.

Baggrunden for forslaget er, at viden om børns sygdomme og helbredsproblemer i øvrigt efter arbejdsgruppens opfattelse er af særlig betydning, idet den sundhedsmæssige tilstand og udvikling i barnealderen på mangfoldige områder er afgørende for sundhedstilstanden livet igennem. Gennem en generel registrering af børns helbredsproblemer og sygelighed vil man kunne opnå viden om, på hvilke områder der bør sættes ind med forebyggende og behandelende indsats og dermed bl. a. opnå et forbedret grundlag for tilrettelæggelse af spædbørnsundersøgelserne og skolelægeordningerne, ligesom man vil kunne danne sig et skøn over effekten af disse undersøgelser samt virkningen af en eventuel ændret tilrettelæggelse.

5.3.3. Sygdoms- og kontaktmønstre.

I *sygehussektoren* er etableret en sygdoms- og kontaktmønsterstatistik baseret på en edb-registrering af patienterne, der omfatter oplysninger dels om diagnose, indlæggelses- og udskrivningsdato, hvorfra og hvorledes indlæggelsen er sket, dødsfald m. m., dels om nogle af de ydelser (sengedage, operationer), som patienterne modtager på sygehuset. Registreringen, der oprindeligt kun har omfattet indlagte patienter, er under udvidelse til også at omfatte ambulante sygehusvirksomhed. Herudover arbejdes der med en registrering af den tværgående undersøgelses- og behandlingsvirksomhed (røntgen- og laboratorieundersøgelser), der er af betydning for kontaktmønsterstatistikken både i

relation til den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet. En tilsvarende løbende registrering af sygdoms- og kontaktmønstre findes ikke i *almen praksis*, men vil være af betydning for tilrettelæggelsen af samvirket mellem almen praksis og sygehusvæsenet og for vurderingen af mulige forskydninger mellem de to sektorer.

Arbejdsgruppen foreslår derfor, at sundhedsstyrelsen med passende tidsintervaller på omkring 3 år iværksætter undersøgelser af sygdoms- og kontaktmønstret i almen praksis, omfattende en kortlægning af årsagerne til patienternes henvendelse til praksissektoren, til hvem henvendelsen sker, og på hvilken måde henvendelsen sker. Sådanne undersøgelser vil kunne gennemføres som stikprøveundersøgelser.

For at kunne sammenligne sygdoms- og kontaktmønstrene i henholdsvis sygehusvæsenet og i almen praksis anbefaler arbejdsgruppen endvidere, at man snarest søger videreudviklet en relevant sygdomsklassifikation for almen praksis, der samtidig har den fornødne sammenhæng med den sygdomsklassifikation, der benyttes af sygehusvæsenet.

Endelig er det arbejdsgruppens opfattelse, at det på længere sigt må være et mål at udvide sygdoms- og kontaktmønsterundersøgelserne til periodisk at omfatte *samtlig institutioner og personalekategorier* i sundhedsvæsenet, f. eks. sundhedsplejersker, hjemme- sygeplejersker, praktiserende fysioterapeuter, alkoholklinikker m. fl.

Arbejdsgruppen peger herudover på det ønskelige i, at der i forbindelse med etableringen af en kommende bedriftssundhedstjeneste etableres en registrering af såvel kontaktmønstret, sygdomsmønstret som ydelser og ressourcer.

Tilvejebringelsen af sådanne statistikker vil efter arbejdsgruppens opfattelse være væsentlige, bl. a. med henblik på belysning af behovet for sundhedsvæsenets ydelser, der er af betydning for fastlæggelsen af sundhedsvæsenets kapacitet, visitationsordninger, indholdet af sundhedsuddannelserne m. v.

5.3.4. Ydelsesstatistik.

Inden for *sygehusvæsenet* er der gennem de senere år sket en væsentlig udvidelse af ydelsesregistreringerne, der indeholder oplysninger om antal og arten af ydelser fra sund-

hedsvæsenets side, f. eks. konsultationer, sengedage, operationer, medicinforbrug osv. Gennem den foran nævnte individbaserede patientregistrering foretages i dag registrering af sengedage og operationer, og i de fleste amtskommuner har man tillige påbegyndt registrering af ambulante ydelser. Arbejdsgruppen anbefaler, at registrering af den ambulante virksomhed og af røntgenundersøgelser prioriteres forud for registrering af laboratorieprøver, der er ret kompliceret, og også forud for en overvejet forøgelse af registerindholdet med oplysning om fysiurgisk behandling og stråleterapi. Endvidere anbefaler gruppen, at det overvejes at gøre røntgenregistreringen obligatorisk.

Inden for den *primære sundhedstjeneste* har ydelsesstatistik indtil nu været meget begrænset. Imidlertid har socialstatistikudvalget under Danmarks Statistik udarbejdet et forslag til en løbende statistik, der på grundlag af sygesikringsregistrene skal beskrive befolkningens forbrug af ydelser fra praktiserende læger, speciallæger m. fl. fordelt på en række ydelsesarter. Da ydelsesstatistikken tjener som en slags »produktionsopgørelse« for sundhedsvæsenet og - sammen med ressourcestatistikken (»omkostningsopgørelsen«) - er et væsentligt led i styringen af sundhedsvæsenet, skal arbejdsgruppen anbefale, at en sådan ydelsesstatistik for praksissektoren realiseres.

Arbejdsgruppen har endvidere konstateret, at der i dag ikke er nogen generel offentlig *lægemiddelstatistik*, dvs. en registrering af lægemiddeloomsætningens fordeling på præparatgrupper og enkelte præparater. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der etableres en offentlig statistik over lægemiddelforbruget, som er nødvendig for en bedre planlægning og styring af sundhedsvæsenet, f. eks. ved vurdering af virkningerne ved en ændring af medicintilskudsordningerne, ved prisfastsættelsen og ved sammenligning af lægemiddelforbrug og sygdomstilstand.

Statistikken vil evt. - som foreslået af en arbejdsgruppe under sundhedsstyrelsen - kunne baseres på de af interesseorganisationerne udarbejdede statistikker, men må i sundhedsstyrelsen sammenstilles til én samlet lægemiddelstatistik.

Endelig har arbejdsgruppen påpeget det ønskværdige i etablering af landsdækkende statistik over lægemiddelforbruget på sygehuse.

5.3.5. *Ressourcestatistik.*

Ressourcestatistikken omfatter oplysninger om anlægs- og driftsudgifter samt om personaleforbrug og tjener dermed til at kortlægge det samlede ressourceforbrug. For sygehusvæsenet findes ressourceoplysninger, opgjort for de enkelte sygehuse, opdelt på personaleforbrug og udgifter fordelt efter art (løn, varer, tjenesteydelser m. v.). Derimod er det i det nuværende system ikke muligt at opdele udgifterne på de enkelte ydelser eller ydelsesområder i sygehusvæsenet.

Da det er af væsentlig betydning for styringen og prioriteringen at have kendskab til sammenhængen mellem ressourceforbrug og præsterede ydelser, finder arbejdsgruppen, at det er væsentligt at tilstræbe mulighed for at sammenkoble sygehusvæsenets præstationer med dets ressourceforbrug. Da statistikken vedr. sygehusvæsenets ydelser efterhånden giver mulighed for en ret detaljeret beskrivelse af ydelsessiden inden for de enkelte specialer gennem en opsummering af de på individ registrerede ydelser på afdelingsniveau, har arbejdsgruppen fundet det ønskeligt, at der også tilstræbes fremskaffet løbende informationer om ressourceforbruget på afdelingsniveau. Arbejdsgruppen påpeger derfor behovet for, at det i forbindelse med budget- og regnskabsreformen etablerede »økonomisystem« videreudviklet som hjælpemiddel til udarbejdelse af ressourceinformationer. Imidlertid erkender arbejdsgruppen samtidig, at der er forskellige vanskeligheder ved etablering af afdelingsopdelte regnskaber, dels i relation til fastlæggelse af »afdelingsbegrebet«, dels fordi en række udgifter ikke umiddelbart lader sig henføre til en bestemt afdeling. En opgørelse af sygehusenes personale på afdelinger kunne være et første praktisk skridt henimod afdelingsfordelte ressourceoplysninger, idet lønningerne, der udgør $\frac{3}{4}$ af sygehusudgifterne, herved ville blive fordelt på afdelingsniveau.

Inden for *praksissektoren* (almen lægepraksis, speciallægepraksis, tandlægepraksis, praktiserende fysioterapeuter) har arbejdsgruppen konstateret, at der navnlig savnes oplysninger om beskæftiget hjælpepersonale og i nogen grad om indtægts- og udgiftsstrukturen. Arbejdsgruppen finder derfor, at der bl. a. til brug for praksisplanlægningen og til brug for sammenligning med den øvrige personalestatistik inden for sundhedssektoren bør etableres en løbende personalestatistik

og måske også oplysninger om indtægts- og udgiftsstrukturen i praksissektoren. Arbejdsgruppen peger også på det ønskelige i oplysninger om, hvilke faciliteter der findes i de enkelte praksis, f. eks. laboratorieudstyr, røntgenapparater m. v. Af hensyn til koordinering med den øvrige offentlige ressourcestatistik bør udarbejdelse af et informationssystem for praksissektoren efter arbejdsgruppens opfattelse være en offentlig opgave.

5.3.6. *Nye statistikmål.*

I forbindelse med overvejelserne om gennemførelse af periodiske undersøgelser af befolkningens helbredsforhold har arbejdsgruppen peget på, at de under 5.3.1. nævnte sygelighedsundersøgelser bl. a. skulle beskrive, hvilke varige nedsættelser af funktionsevnen, forefundet sygdom medfører for de syge. Med anbefaling af en sådan beskrivelse af patienternes funktionsevne som led i en sygelighedsstatistik har arbejdsgruppen berørt et centralt spørgsmål, nemlig spørgsmålet om formuleringen af et *samlet indeks for sundhed*, et sammenfattende mål for sundhedstilstanden, der ikke blot - som i forbindelse med en sygelighedsstatistik - kan give udtryk for behovet for, men også for effekten af sundhedsvæsenets ydelser. Arbejdsgruppen anbefaler, at der iværksættes relevante forskningsarbejder herom.

Med henblik på opstilling af mål for effekten af sundhedsvæsenets indsats foreslår arbejdsgruppen endvidere, at den individbaserede patientregistrerings diagnoseoplysninger udbygges med en *funktionsbeskrivelse for patienter* ved indlæggelsen og udskrivningen. En sådan beskrivelse af patientens funktionsniveau, dvs. indskrænkninger som følge af sygdom i de daglige aktiviteter, må baseres på en klassifikation i første omgang gennemført som forsøgsordninger på enkelte afdelinger. Herudover vil en prognostisk vurdering af funktionen f. eks. 1 måned efter udskrivelsen skønnes at være hensigtsmæssig. Sådanne summariske effektmålinger er af betydning for, hvor den kliniske forskning skal sættes ind, ligesom de vil kunne inspirere lægerne til bedre at kunne besvare patienternes spørgsmål om, hvornår de er arbejdsdygtige igen.

! forbindelse med de igangværende bestræbelser på udbygning af ydelsesstatistikken inden for sygehusvæsenet, bl. a. til også at gælde den ambulante sygehusvirksomhed,

er erkendt et behov for et mere overordnet mål for ydelserne - og dermed for aktiviteten og behovet - som kan omfatte *afsluttet behandlingsforløb*. Baggrunden herfor er, at med den stigende specialisering af sygehusvæsenet kræver patientbehandlingen i stigende omfang overflytninger af patienten til andre specialer med henblik på at opnå optimal behandling. En indlæggelse bliver derved i mindre grad et afsluttet forløb, men en episode i et sygdomsforløb. Kapaciteten og behovet bør derfor måles ved afsluttede sygdomsforløb, der omfatter hele forløbet, fra patienten kommer i behandling første gang for den pågældende sygdom, indtil patienten er færdigbehandlet. Behovet for anvendelse af sygdomsforløb (behandlingsforløb) som måleenhed kommer særligt tydeligt frem ved planlægning og prioritering. Ved planlægningen vil interessen især samle sig om, med hvilken indsats og omkostning behandlingen af de forekommende sygdomme og tilstande finder sted, uanset antallet af behandlede instanser, og om behandlingen finder sted både i den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet. Arbejdsgruppen foreslår derfor, at der for sygehusvæsenets vedkommende udvikles et statistikmål omfattende det samlede sygdomsforløb for den enkelte patient. Med henblik på at opnå et begrænset udtryk for et samlet behandlingsforløb både i den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet anbefaler arbejdsgruppen tilige, at det overvejes at supplere patientregistreringen i sygehusvæsenet med henvisningsdiagnose samt oplysninger om, hvor længe patienten har været i behandling i den primære sundhedstjeneste forinden indlæggelsen.

Arbejdsgruppen understreger endelig betydningen af, at der søges udviklet andre og bedre *mål for sygehuskapaciteten* end antal sengepladser. Sengepladser vil dog indtil videre kunne benyttes som udgangspunkt for kapacitetsmål, såfremt der tilvejebringes oplysninger om sammenhængen mellem ændringer i ressourceindsatsen, særligt personale pr. sengeplads og behandlingsskapaciteten pr. sengeplads.

5.3.7. *Informationssystemets organisation og udnyttelse.*

Arbejdsgruppen har påpeget, at der af hensyn til sammenhængen imellem de forskellige dele af medicinalstatistikken er et udtalt

behov for en tæt koordination af arbejdet med de forskellige statistiske systemer. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske afdeling må indtage en meget central rolle i denne koordinationsproces, idet sundhedsstyrelsen er den eneste styrelse inden for centraladministrationen, der råder over den lægelige ekspertise, der er nødvendig ved udarbejdelse af medicinalstatistik.

Med hensyn til indsamling og den første bearbejdelse på centralt plan af statistiske oplysninger mener arbejdsgruppen ikke, at der bør ske væsentlige ændringer i den nuværende organisation, hvor opgaverne i det væsentlige er delt mellem sundhedsstyrelsen, Danmarks Statistik, sikringsstyrelsen og amtsrådsforeningen. Disse funktioner såvel som udnyttelsen af det statistiske materiale må imidlertid ske i faste koordinationsorganer mellem de myndigheder, som skal varetage forskellige administrative opgaver på sundhedsområdet, og Danmarks Statistik.

Arbejdsgruppen har udarbejdet forslag til en koordineret udgivelse af medicinalstatistik i en serie medicinalstatistiske publikationer, der som udgangspunkt bygger på de i dag eksisterende publikationer fra sundhedsstyrelsen, men som tillige indeholder væsentlige dele af sygesikringsstatistikken.

Endvidere har arbejdsgruppen peget på, at udnyttelsen af de indsamlede data må fremmes ved, at de lokale myndigheder får let adgang til oplysningerne, f. eks. ved at indberetninger fra lokale sundhedsmæssige instanser indsendes gennem lokale myndigheder og ved, at der sker tilbagemelding til disse myndigheder af det udarbejdede statistiske materiale. Dette vil bl. a. være væsentligt for at motivere de enkelte instanser i sundhedsvæsenet til en effektiv registrering.

Endelig har arbejdsgruppen påpeget, at de foreslåede generelle og specielle undersøgelser af befolkningens sygelighed bør varetages af en permanent organisation med sundhedsfaglig og statistisk fagkundskab. En sådan organisation vil i øvrigt kunne stå til rådighed som medicinsk surveyorganisation for politisk-administrative brugere og videnskabelige institutioner.

Med hensyn til informationssystemets udnyttelse har arbejdsgruppen påpeget, at personificerbare oplysninger er nødvendige bl. a. for videregående statistiske analyser, f. eks. til forløbsanalyser. Arbejdsgrup-

pen har været opmærksom på, at dette hensyn må afbalanceres over for hensynet til sikring imod misbrug af sådanne personificerbare oplysninger. I en betænkning afgivet af et af justitsministeriet nedsat udvalg om offentlige registre er påpeget det behov, der i et moderne samfund er for anvendelsen af identificerbare oplysninger som led i en effektiv og korrekt sygdomsbehandling, i en højt udviklet forskning og til brug for planlægningsmæssige formål. Samtidig foreslås der i betænkningen en række sikkerhedsforanstaltninger, der er af forskellig karakter alt efter oplysningernes anvendelsesøjemed. Arbejdsgruppen har ikke ment, at opfyldelsen af de i registerbetænkningen angivne sikkerhedsforanstaltninger vil være til hinder for gennemførelse af de forslag, der er stillet af arbejdsgruppen, men påpeger dog, at de individbaserede registreringer i fremtiden må antages at ville blive et meget væsentligt grundlag for en kontinuerlig planlægning og prioritering af sundhedsvæsenet, og at begrænsninger, der går udover de i registerbetænkningen foreslåede, kan forringe den praktiske anvendelighed af registreringerne og dermed beslutningsgrundlaget for en hensigtsmæssig prioritering af sundhedsvæsenet.

5.4. Udvalgets overvejelser vedr. informationsgrundlaget.

På grundlag af redegørelsen fra arbejdsgruppen vedr. informationssystemet har prioriteringsudvalget nærmere overvejet informationsgrundlaget. Uden at tage stilling til enkeltheder i arbejdsgruppens forslag, mener udvalget, at de foran påpegede behov for statistiske oplysninger gør det nødvendigt med en væsentlig forbedring og udbygning af informationsgrundlaget, og at en sådan forbedring og udbygning kan ske på grundlag af arbejdsgruppens forslag.

Udvalget har taget til efterretning, at de foran gennemgåede forslag til udbygning og forbedring af informationsgrundlaget er af en sådan karakter, at de ikke alle kan gennemføres straks, og at der nødvendigvis må være tale om en mere langsigtet og etapevis udbygning. Udvalget foreslår derfor, at der på grundlag af arbejdsgruppens redegørelse udarbejdes et »handlingsprogram«, dels indeholdende en indbyrdes prioritering af for-

slagene, dels en vurdering af omkostningerne ved iværksættelse af de enkelte forslag. Udvalget skal i denne forbindelse påpege, at et sådant handlingsprogram bør udarbejdes snarest, idet det udbyggede informationssystemes direkte indflydelse på styrings-, planlægnings- og prioriteringsprocessen i sig selv er af mere langsigtet karakter. Udvalget vil tillige gerne understrege, at den foreslåede udbygning forudsætter, at der stilles de fornødne økonomiske midler til rådighed herfor, men udvalget mener, at en sådan forbedring og udbygning på langt sigt er en nødvendig forudsætning for den bedst mulige udnyttelse af sundhedsvæsenets begrænsede ressourcer, og skønner, at der herigenom på lang sigt vil kunne opnås besparelser.

Udvalget er af den opfattelse, at udbygningen af informationssystemet i videst mu-

ligt omfang bør ske inden for de eksisterende organer, og man skal særlig fremhæve, at de foran foreslåede generelle og specielle sygelighedsundersøgelser kunne tænkes henlagt til socialforskningsinstituttet eller til Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.

For så vidt angår sundhedsregistre, der indeholder personidentificerbare oplysninger, er udvalget enig med arbejdsgruppen i, at sådanne registre er nødvendige, f. eks. i forbindelse med at følge sygdomsforløb eller for at undersøge sygdommens forhold til f. eks. sociale begivenheder. Samtidig er udvalget af den opfattelse, at der må iværksættes foranstaltninger til sikring imod misbrug af sådanne oplysninger, og at det er væsentligt, at de personer, der bliver opfordret til at afgive oplysninger til registrene, er klar over, hvad oplysningerne skal bruges til, og hvilken sikkerhed der er over for misbrug.

V. Sammenfatning af udvalgets hovedsynspunkter

Udvalget har ifølge sit kommissorium skullet tilvejebringe et grundlag for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sundhedsvæsenet med det sigte at udnytte de begrænsede ressourcer mest muligt. I kommissoriet er der særlig ønsket en vurdering dels af en ændret funktionsopdeling mellem sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste og det tilgrænsende sociale område, dels af en øget sygdomsforebyggende indsats.

På grundlag af en bred gennemgang af sundhedsvæsenet og funktionsfordelingen inden for dette med henblik på en nærmere vurdering specielt af mulighederne for substitution mellem de forskellige former for indsats i sundhedsvæsenet kan udvalget *ikke på det nuværende informationsgrundlag anbefale en bredere opgaveforskydning mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet indbyrdes eller imellem sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område*. Inden for mere begrænsede områder, navnlig den ambulante speciallægebetjening, består der dog mulighed for visse indbyrdes funktionsforskydninger, men de må afhænge af forholdene i de enkelte sygehuskommuner. Med tiden vil der endvidere gennem et tættere samarbejde mellem alment praktiserende læger og speciallæger kunne skabes grundlag for en vis opgaveforskydning imellem de to lægelige grupper bl. a. i forbindelse med forundersøgelse og efterbehandling.

Udvalget har imidlertid samtidig konstateret, at sundhedsvæsenets forskellige sektorer fortsat i vid udstrækning fungerer uden tilstrækkelig indbyrdes koordination, hvilket kan give anledning til vanskeligheder i det praktiske samarbejde. Udvalget understreger derfor stærkt nødvendigheden af, at bestræbelserne på at *koordinere funktionerne i*

sundhedsvæsenet til en helhed intensiveres. Udvalget lægger i denne forbindelse særlig vægt på, at der herigennem kan etableres et bredere og mere varieret tilbud af ydelser, der skulle betyde såvel en mere rationel ressourceudnyttelse som en bedre patientbehandling. Med henblik herpå må der udvikles en koordineret planlægning dækkende alle sundhedsvæsenets dele, samt etableres visitationssystemer, der sikrer den bedst mulige udnyttelse af sundhedsvæsenet.

En bedre ressourceudnyttelse vil efter udvalgets opfattelse endvidere kunne opnås, såfremt der med faglig bistand fra alle relevante grupper af medicinalpersoner udvikles en større omkostningsbevidsthed inden for alle sundhedsvæsenets dele, ikke mindst inden for sygehusvæsenet, med henblik på en bevidst *kritisk vurdering af ressourceudnyttelsen*, såvel i den daglige drift som i planlægningen.

Med hensyn til spørgsmålet om en øget forebyggende indsats som et vist alternativ til en udbygning af behandlingssektoren har udvalget indledningsvis konstateret, at selv om der i de senere år er etableret en række nye former for forebyggende foranstaltninger, er den samlede ressourceindsats i sundhedssektoren til forebyggelse ret beskeden sammenholdt med de til behandlingsfunktionen anvendte ressourcer. Samtidig har udvalget bemærket sig, at det hidtidige udviklingsforløb i sundhedssektoren synes at vise, at en stadig øgning af ressourceforbruget i undersøgelses- og behandlingssektoren ikke automatisk giver sig udslag i en stadig øgning af sundhedstilstanden, målt ved dødelighed og middellevetid. Det må derfor anses for tvivlsomt, om det er muligt væsentligt at øge befolkningens almene sundhedstilstand

gennem en fortsat intensivering og specialisering af behandlingsfunktionen. I denne forbindelse må det også tillægges betydning, at sygdomsbilledet blot inden for dette århundrede har ændret sig radikalt, således at en effektiv indsats over for en række af de hovedsygdomme, vi i dag står overfor, må omfatte en væsentlig øget forebyggende virksomhed.

På denne baggrund anbefaler udvalget, at *den forebyggende indsats øges i sundhedssektoren såvel som i andre samfundssektorer*, der rummer risikofaktorer for befolkningens sundhed, eksempelvis trafik-, arbejds-, bolig- og miljøsektorerne. En sådan øget forebyggende indsats må imidlertid efter udvalgets opfattelse ikke indebære en sænkning af det nuværende behandlingsniveau og vil derfor på kortere sigt antagelig kræve en vis nettoforøgelse i ressourceforbruget. På længere sigt må der ved fordelingen af ressourcer mellem forebyggelse og sygdomsbehandling tillægges den forebyggende indsats større vægt end hidtil. Til støtte for udviklingen af en koordineret forebyggelsesindsats foreslås nedsat et særligt tværfagligt forebyggelsesråd, evt. af midlertidig karakter. Endvidere anbefaler udvalget en bred sundhedspædagogisk indsats over for befolkningen, såvel fra sundhedssektoren, undervisningssektoren som fra andre sektorer.

Fælles forudsætninger for en realisering af udvalgets forslag er dels en herpå rettet *tilpasning af den politisk-administrative struktur, en koordineret planlægning for hele sundhedssektoren og et til brug herfor udbygget informationsgrundlag*.

For så vidt angår sundhedsvæsenets organisation m. v. har udvalget - under hensyntagen til de igangværende bestræbelser på at etablere bedre planlægningsgrundlag for en koordinering af indsatsen inden for og mel-

lem de enkelte sektorer - ikke stillet principielle forslag om ændringer i praksissektorens liberale status så lidt som i den eksisterende kommunale opgavefordeling. Med henblik på at fremme en helhedsvurdering af sundhedssektoren har udvalget derimod for så vidt angår den egentlige politisk-administrative struktur stillet forslag om en ændret kompetencefordeling på det centrale plan, der samler ansvaret for sundhedsvæsenets hovedområder under én minister. Nogle medlemmer har i denne forbindelse fundet, at sammenhængen mellem sundhedsvæsenet og socialvæsenet nødvendiggør en samling af disse to områder under samme minister. Endvidere foreslås en styrkelse af koordinationen af de styrende organer på det lokale plan. Der hersker imidlertid forskellige opfattelser af, hvor omfattende ændringerne i den politisk-administrative struktur bør være, og udvalget har derfor fundet det rigtigst at fremlægge de forskellige alternative muligheder, idet valget imellem disse i sidste instans må være en politisk beslutning.

Særlig for så vidt angår informationsgrundlaget understreger udvalget, at en bedre styring og øget planlægningsfunktion kræver en væsentlig udbygning af det i dag eksisterende informationssystem.

Målsætningen for den hidtidige udvikling af sundhedsvæsenet har været generelt at fremme befolkningens sundhedstilstand mest muligt og at stille den bedst mulige hjælp - bl. a. i form af avanceret lægevidenskabelig og teknologisk bistand - til rådighed for den enkelte i tilfælde af sygdom. Udvalgets forslag tilsigter ikke nogen ændring heri, men alene en justering af midlerne til fortsat at realisere denne naturlige målsætning for sundhedsvæsenets indsats.

DEL II

Indholdsfortegnelse for Del II

Kapitel I. Det nuværende sundhedsvæsen

| | |
|--|------------|
| I. Introduktion | 65 |
| 1. Afgrænsning af området for beskrivelsen | 65 |
| 2. Sundhedsvæsenets hovedopgaver | 66 |
| 3. Sondringen primær sundhedstjeneste/sygehusvæsen | 67 |
| 4. Befolkningens adgang til sundhedsvæsenets ydelser | 68 |
| II. Hovedtræk af sundhedsvæsenets ressourceforbrug | 70 |
| 1. Sundhedsvæsenets udgifter | 70 |
| 2. Personaleforbrug og institutioner | 70 |
| III. De forskellige sundhedsordninger | 75 |
| 1. Indledning | 75 |
| 2. Primær sundhedstjeneste | 76 |
| 2.1. Svangerskabshygiejne og fødselshjælp, svangerskabsafbrydelse samt sterilisation | 76 |
| 2.2. Børneprofylakse (spædbørnssundhedspleje, forebyggende lægeundersøgelse af børn, børnevaccinationer, skolesundhedspleje og børnetandpleje) | 79 |
| 2.3. Hjemmesygepleje og hjemmehjælp | 83 |
| 2.4. Almen lægepraksis | 87 |
| 2.5. Speciallægepraksis | 98 |
| 2.6. Tandlægepraksis | 104 |
| 3. Sygehusvæsenet | 108 |
| 3.1. Opgaver og funktion | 108 |
| 3.2. Befolkningens adgang til sygehusbehandling | 110 |
| 3.3. Forskellige sygdomsgruppers belastning af sygehusvæsenet | 112 |
| 3.4. Personale og uddannelse | 113 |
| 3.5. Sygehusvæsenets organisation | 118 |
| 3.6. Samarbejde mellem sygehusvæsen og de øvrige dele af sundheds- og socialsektoren | 122 |
| 3.7. Økonomi | 126 |
| 4. Generelle forebyggende foranstaltninger m. m. | 129 |
| 4.1. Indledende bemærkninger | 129 |
| 4.2. Forebyggende foranstaltninger inden for arbejdsmiljøet | 129 |
| 4.3. Masseundersøgelser, screeninger og andre særlige undersøgelses- og behandlingstilbud | 132 |
| 4.4. Sundhedsoplysning (sundhedsopdragelse) | 136 |

| | |
|---|------------|
| 5. Lægemiddelforsyning | 139 |
| 6. Det tilgrænsende sociale område. | 141 |
| 6.1. Indledende bemærkninger. | 141 |
| 6.2. Plejehjem. | 141 |
| 6.3. Dag hjem og dagcentre. | 146 |
| 6.4. Rådgivning og vejledning. | 146 |
| 6.5. Andre sociale områder. | 147 |
| IV. Sundhedsvæsenets finansiering | 149 |
| 1. Finansieringsformen | 149 |
| 1.1. Det generelle finansieringssystem. | 149 |
| 1.2. De enkelte sundhedsordningers finansiering. | 150 |
| 1.3. De statslige skatters bidrag til finansieringen via de generelle tilskud | 150 |
| 2. Virkningerne af forskellige finansieringsformer. | 152 |
| 2.1. Privat/offentlig finansiering. | 152 |
| 2.2. Statslig/kommunal finansiering. | 153 |
| 2.3. Det økonomiske mellemværende mellem amtskommunerne indbyrdes | 153 |
| 2.4. Amtskommunal/primærkommunal finansiering. | 153 |
| V. De styrende organer og deres kompetence. | 155 |
| 1. Indledning. | 155 |
| 2. Centrale organer med opgaver af styringsmæssig betydning. | 155 |
| 2.1. Statslige organer. | 155 |
| 2.2. Andre centrale organer. | 157 |
| 3. Organer på lokalt plan. | 159 |
| 3.1. Organer på amtsplan. | 159 |
| 3.2. Organer på kommunalt plan. | 160 |
| 4. Den styringsmæssige kompetencefordeling mellem organerne på centralt og lokalt plan. | 161 |
| 4.1. Indledende bemærkninger. | 161 |
| 4.2. Samspil inden for den enkelte sektor. | 162 |
| 4.3. Samspil på tværs af sektorerne. | 165 |
| 4.4. Afsluttende bemærkninger. | 168 |
| VI. Informationssystemerne. | 169 |
| 1. Indledning. | 169 |
| 2. Medicinalstatistikken og sygehusstatistikken. | 170 |
| 2.1. Sygdomme. | 170 |
| 2.2. Fødsels- og abortstatistik. | 171 |
| 2.3. Børnetandpleje. | 171 |
| 2.4. Lægemidler. | 172 |
| 2.5. Medicinalpersoner. | 173 |
| 2.6. Økonomiske forhold. | 174 |
| 2.7. Profylaktiske foranstaltninger. | 174 |
| 2.8. Sygehusenes virksomhed. | 174 |
| 3. Informationskilder i øvrigt. | 176 |
| 3.1. Institutionsbudgetter. | 176 |
| 3.2. Udbygningsplaner for det sociale område | 176 |
| 3.3. Sygehusplaner. | 177 |
| 3.4. Sygesikringsstatistik. | 177 |
| 3.5. Dagpengestatistik | 178 |

| | |
|---|------------|
| 3.6. Danmarks Statistik | 179 |
| 3.7. Private informationskilder. | 179 |
| VII. Sundhedsuddannelserne | 181 |
| 1. Indledning | 181 |
| 2. Sundhedsuddannelsernes centrale styring. | 181 |
| 3. Sundhedsuddannelsernes kvalitative styring | 183 |
| 3.1. Midler til sikring af kvalitetsniveau over for brugerne. | 183 |
| 3.2. Tilpasning af uddannelserne til de enkelte gruppers funktionsniveau | 184 |
| 4. Sundhedsuddannelsernes kvantitative styring | 185 |
| 4.1. Fastlæggelsen af optagelseskapacitet | 185 |
| 4.2. Praktikkapacitetens indflydelse på uddannelseskapaciteten. | 186 |
| 4.3. Tilpasning af optagelseskapacitet til samfundets behov for uddannelse. | 187 |
| 5. Efter- og videreuddannelse. | 187 |

Kapitel II. Hovedtendenser i udviklingen af sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet

| | |
|---|------------|
| I. Indledning | 191 |
| II. Sundhedsvæsenets udvikling indtil ca. 1915. | 192 |
| III. Sundhedsvæsenets udvikling fra 1915 til i dag | 198 |
| 1. Kvalitativ udvikling | 198 |
| 1.1. Sygehusvæsenet | 198 |
| 1.2. Sygekasserne | 203 |
| 1.3. Udviklingen i øvrigt | 206 |
| 2. Kvantitativ udvikling | 210 |
| 2.1. Sygehusvæsenet - Ydelser. | 210 |
| 2.2. Sygehusvæsenet - Driftsudgifter. | 217 |
| 2.3. Sygehusvæsenet - Anlægsudgifter. | 224 |
| 2.4. Den primære sundhedstjeneste - Ressourceforbrug | 225 |
| 3. Finansiering. | 230 |
| 3.1. Sygehusvæsenet | 230 |
| 3.2. Den primære sundhedstjeneste. | 233 |
| 4. Styring | 235 |
| 4.1. De styrende organer. | 235 |
| 4.2. Hovedtendenser og problemer. | 238 |
| IV. Samarisk oversigt over befolknings- og erhvervsudvikling | 242 |
| V. Sygdomsbilledet | 245 |
| 1. Dødeligheden af alle årsager. | 245 |
| 2. Middellevetiden for den danske befolkning 1840-1972. | 248 |
| 3. Sygdomsmønstret i Danmark 1890-1973. | 250 |
| VI. Sammenfatning og diskussion | 255 |
| 1. Sammenfatning | 255 |
| 2. Diskussion | 255 |

Kapitel IM. Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. forebyggelse

| | |
|--|------------|
| I. Indledning | 263 |
| II. Hittidige erfaringer med sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats i sundhedsvæsenet og det øvrige samfund | 264 |
| 1. Ændret sygdomsmønster - ændret indsats | 264 |
| 2. Ressourceindsats og effekt | 264 |
| 6. Hittidige generelle erfaringer med en sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats | 265 |
| 3.1. Generelt om den eksisterende forebyggende indsats | 265 |
| 3.2. Opsporing og forebyggelse af sygdom og lidelse | 266 |
| 3.3. Sundhedsfremmende indsats | 266 |
| 3.4. Forebyggelse gennem foranstaltninger uden for sundhedsvæsenet (miljøændringer) | 267 |
| 4. Opgavefordeling mellem primær og sekundær sundhedstjeneste samt tværfagligt samarbejde | 270 |
| 4.1. Opgavefordeling mellem primær sundhedstjeneste og sygehusvæsenet | 270 |
| 4.2. Tværfaglig indsats | 270 |
| III. Forslag til fremtidig sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats | 272 |
| 1. Hovedlinier i den fremtidige sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats | 272 |
| 2. Sundhedspædagogik | 273 |
| 2.1. Sundhedspædagogikkens betydning og formål | 274 |
| 2.2. Hovedområder for fremtidens sundhedspædagogiske indsats | 274 |
| 2.3. Hvem skal varetage den sundhedspædagogiske indsats? | 278 |
| 2.4. Skitse til et handlingsprogram | 279 |
| 3. Påvirkning af skadevoldende og sygdomsfremkaldende faktorer i miljøet | 280 |
| 3.1. Påvirkning af skadevoldende og sygdomsfremkaldende faktorer i arbejdsmiljøet | 280 |
| 3.2. Påvirkning af skadevoldende faktorer i trafikmiljøet | 281 |
| 3.3. Påvirkning af skadevoldende og sygdomsfremkaldende faktorer i det omgivende miljø | 282 |
| 3.4. Påvirkning af skadevoldende og sygdomsfremkaldende faktorer i boligmiljøet | 283 |
| 4. To udvalgte eksempler | 283 |
| 4.1. Forslag til indsats over for hjerte-karsygdomme | 283 |
| 4.2. Forslag til social-psykiatrisk indsats | 285 |
| 5. Forskning og forsøg | 287 |
| 6. Forebyggelsesrådet | 288 |
| <i>Bilag 1: Vejledende kommissorium</i> | 291 |
| <i>Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning</i> | 293 |
| <i>Bilag 3: Oversigt over projektgrupper</i> | 294 |

Kapitel IV. Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. det politisk/administrative styringssystem

| | |
|--------------------------------|------------|
| I. Indledning | 297 |
|--------------------------------|------------|

| | |
|---|------------|
| II. Overvejelser vedr. den administrative kompetencefordeling | 298 |
| 1. Den nuværende kompetencefordeling vedr. de samlede sundhedsmæssige opgaver. | 298 |
| 1.1. Indledende bemærkninger. | 298 |
| 1.2. Kompetencefordeling på centralt plan. | 299 |
| 1.3. Kompetencefordeling mellem kommunerne og amtskommunerne. | 299 |
| 1.4. Kompetencefordeling på de enkelte kommunale niveauer. | 299 |
| 2. Arbejdsgruppens overvejelser om ændringer i den nuværende kompetencefordeling. | 300 |
| 2.1. Det centraladministrative plan. | 300 |
| 2.2. Det amtskommunale og kommunale plan. | 303 |
| 3. Sammenfatning og konklusion vedr. den administrative kompetencefordeling. | 305 |
| III. Finansieringssystemerne. | 307 |
| IV. Overvejelser vedr. spørgsmålet om øget offentlig medindflydelse på praktiserende lægers virksomhedsudøvelse. | 308 |
| 1. Alment praktiserende læger. | 308 |
| 1.1. Indledende bemærkninger. | 308 |
| 1.2. Vurdering af situationen efter 1976-overenskomsten. | 308 |
| 2. Praktiserende speciallæger. | 312 |
| 2.1. Den nye speciallægeoverenskomst. | 312 |
| 2.2. Arbejdsgruppens vurdering af speciallægepraksisordningen. | 313 |
| <i>Bilag 1: Vejledende kommissorium</i> | 315 |
| <i>Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning</i> | 317 |
| <i>Bilag 3: Social- og sundhedsforvaltningen i Norge.</i> | 318 |
| <i>Bilag 4: Social- og sundhedsforvaltningen i Sverige.</i> | 320 |
| <i>Bilag 5: Notat om planlægning af almen lægepraksis.</i> | 323 |

Kapitel V. Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. sundhedsvæsenets, specielt sygehusvæsenets ressourceforbrug

| | |
|---|------------|
| I. Indledning | 333 |
| II. Generelle betragtninger. | 334 |
| 1. Perspektivplan-redegørelsen (PP II). | 334 |
| 2. Udviklingen omkring og efter PP II. | 334 |
| 3. Arbejdsgruppens overvejelser. | 335 |
| III. Effektivisering inden for sygehusvæsenet | 337 |
| 1. Indledning | 337 |
| 2. Sygehusplanlægning | 337 |
| 3. Øget omkostningsbevidsthed i den løbende drift | 339 |
| IV. Afbalanceret opgavefordeling inden for sundhedsvæsenet og den tilgrænsende sociale sektor. | 343 |
| 1. Opgavefordelingen inden for den ambulante speciallægebetjening | 343 |

| | |
|--|------------|
| 2. Opgavefordelingen mellem almen praksis og speciallægeområdet | 344 |
| 3. Opgavefordelingen mellem sundhedsvæsenet og de tilgrænsende dele af socialvæsenet | 346 |
| V. Visitationen | 348 |
| 1. Det eksisterende Visitationssystem | 348 |
| 2. Forslag til forbedring af visitationssystemet | 348 |
| VI. Etablering af en mere sammenhængende planlægning inden for sundhedsvæsenet | 351 |
| 1. Krav til planernes ydre form | 351 |
| 2. Et fælles planlægningssystem | 352 |
| VII. Det centrale niveau's funktioner i forbindelse med tilvejebringelsen af en bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet | 353 |
| <i>Bilag 1: Vejledende kommissorium</i> | 355 |
| <i>Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning</i> | 357 |
| <i>Bilag 3: Sagkyndige, der har ydet arbejdsgruppen bistand</i> | 358 |
| <i>Bilag 4: Vejledning vedr. foranstaltninger til fremme af besparelser inden for sygehusvæsenet</i> | 359 |
| <i>Bilag 5: Projektgrupperapport vedr. laboratoriefunktionen</i> | 393 |

Kapitel VI. Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. informationssystemet

| | |
|---|------------|
| I. Arbejdsgruppens nedsættelse og kommissorium | 395 |
| II. Indledende bemærkninger | 396 |
| III. Sygelighedsstatistik | 400 |
| 1. Indledning | 400 |
| 2. Den nuværende sygelighedsstatistik | 401 |
| 3. Periodiske undersøgelser af befolkningens helbredsforhold | 403 |
| 4. Forslag om oprettelse af et børnehelbredsregister | 404 |
| IV. Sygdoms- og kontaktmønsterstatistik | 406 |
| 1. Indledning | 406 |
| 2. Sygdoms- og kontaktmønsterstatistik i sygehusvæsenet | 406 |
| 3. Sygdoms- og kontaktmønsterstatistik i den primære sundhedstjeneste | 408 |
| 4. Sygdoms- og kontaktmønsterstatistik i bedriftssundhedstjenesten | 409 |
| V. Ydelsesstatistik | 410 |
| 1. Indledning | 410 |
| 2. Ydelsesstatistik i sygehusvæsenet | 410 |
| 3. Ydelsesstatistik vedr. den primære sundhedstjeneste | 411 |
| 4. Særligt om lægemiddelstatistik | 412 |

| | |
|---|------------|
| VI. Ressourcestatistik | 414 |
| 1. Indledning | 414 |
| 2. Ressourcestatistik i sygehusvæsenet | 414 |
| 3. Den primære sundhedstjeneste | 416 |
| 3.1. Den offentlige del af den primære sundhedstjeneste | 416 |
| 3.2. Den private del af den primære sundhedstjeneste (praksissektoren) | 416 |
| VII. Udnyttelse af informationssystemet | 419 |
| 1. Prioriteringsopgaven | 419 |
| 2. Styringsopgaven | 420 |
| 3. Sammenligningsopgaven | 421 |
| 4. Det hidtidige udviklingsarbejde | 422 |
| VIII. Nye statistikmål | 424 |
| IX. Indsamling, bearbejdelse og offentliggørelse af medicinalstatistik | 427 |
| X. Konklusion og anbefalinger | 429 |
| <i>Bilag 1: Vejledende kommissorium</i> | 431 |
| <i>Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning</i> | 433 |
| <i>Bilag 3: Forslag til faste serier i »Medicinalstatistiske Meddelelser«</i> | 434 |
| Litteraturliste til kapitel I og II | 435 |

KAPITEL I

Det nuværende sundhedsvæsen

I. Introduktion

1. Afgrænsning af området for beskrivelsen

»Sundhed« er et vidt begreb, og de foranstaltninger til sikring og opretholdelse af sundhed, samfundet står for under den ene eller anden form, dækker et vidt spektrum af aktiviteter. I verdenssundhedsorganisationens (WHO's) vedtægter defineres sundhed således som »en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse«. Henset til, at baggrunden for nedsættelsen af »prioriteringsudvalget« især har været de i perspektivplanredegørelse II beskrevne udviklingsforløb for ressourceforbruget i sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste, vil den følgende redegørelse for sundhedsvæsenet blive væsentlig begrænset i forhold til WHO's sundhedsbegreb. Som anført i prioriteringsudvalgets kommissorium skal beskrivelsen i det væsentlige tage sigte på den del af den offentlige sektor, der har til formål at yde en indsats inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse. Dette udtrykkes i kommissoriet mere konkret som sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste (lægepraksis, hjemmesygepleje, sundhedspleje, svangreomsorg o. l.) og de tilgrænsende sociale områder (plejehjem m. v.). Denne indsnævring af beskrivelsesområdet betyder, at en række forskellige foranstaltninger i samfundet, der indirekte kan påvirke befolkningens sundhedstilstand, ikke direkte inddrages i beskrivelsen. Dette gælder bl. a. de foranstaltninger, der sigter mod at højne boligstandarden, at bedre befolkningens arbejdsvilkår (nedsættelse af arbejdstiden m. v.), at sikre befolkningen bedre levnedsmidler og ikke mindst at beskytte mod miljøforurening. Alle disse foran-

staltninger er af væsentlig betydning for befolkningens sundhed, men adskiller sig fra indsatsen i sundhedssektoren i snævrere forstand ved, at de har et mere generelt forebyggende sigte og ikke retter sig imod bestemte sygdomme eller svækkelsestilstande. Det må imidlertid understreges, at indsatsen på disse områder i høj grad vil kunne påvirke behovet for og dermed presset på den egentlige sundhedssektor. Dette gælder til lige hele den indsats, der mere direkte tager sigte på at beskytte mod konkrete ulykkesrisici, såsom færdsels- og arbejderbeskyttelseslovgivningen.

Når beskrivelsen udstrækkes til at omfatte dele af det sociale område, skyldes det bl. a., at de svækkelsestilstande, som indebærer et behov for ydelser efter sociallovgivningens regler - f. eks. ydelse af pleje og omsorg til pensionister - ikke altid i praksis kan adskilles fra de egentlige sygdomstilstande. Dertil kommer, at der inden for visse dele af det sociale område lægges beslag på samme typer af personale som i sundhedssektoren. Endelig må det nævnes, at ydelserne inden for de to sektorer i mange tilfælde kan supplere eller erstatte hinanden.

Det sociale område er imidlertid kun inddraget i beskrivelsen i det omfang, hvor der kan konstateres åbenbare grænseflader til sundhedsområdet. Det må endvidere understreges, at i det omfang, hvor sådanne sociale områder inddrages, vil de først og fremmest blive anskuet under en sundhedspolitisk synsvinkel.

Det må i denne forbindelse understreges, at der næsten altid vil være en vekselvirkning mellem det sundheds- og det socialpolitiske område.

Det foran afgrænsede beskrivelsesområde kan sammenfattende karakteriseres som en i

det væsentlige på lægefaglig, medicinsk grundlag baseret indsats mod konkrete sygdomme og sygdomslignende svækkelsestilstande og kaldes i det følgende for nemheds skyld for sundhedsvæsenet.

2. Sundhedsvæsenets hovedopgaver

Sundhedsvæsenets hovedopgaver omfatter forebyggelse, undersøgelse (diagnostik), behandling og pleje af sygdomme og sygdomslignende tilstande i befolkningen.

I det formelt juridiske grundlag for sundhedsvæsenets samfundsmæssige funktion, dvs. lovgivningen og andre generelle forskrifter, indeholdes kun i begrænset omfang direkte bestemmelser om det nærmere indhold af ovennævnte funktioner. En vis forudfastlæggelse af sundhedsvæsenets indsats findes dog vedr. **sygdomsforebyggelsen**, der har karakter af en målrettet samfundsmæssig foranstaltning, der typisk tager sigte på beskyttelse mod bestemte sygdomme eller af særlige, evt. truede, persongrupper. I modsætning hertil har den øvrige sundhedsmæssige virksomhed mere karakter af et alment beredskab, der kan sættes ind, når sygdomme opstår. Denne forskel afspejler sig i et vist omfang i lovgivningen, der på sygdomsforebyggelsens område har et mere konkret sigte, medens den på det øvrige sundhedsområde alene fastlægger nogle generelle rammer. Bestemmelserne om sygdomsforebyggelse indeholder eksempelvis anvisninger på vaccination mod bestemte, smitsomme sygdomme, såsom kopper og polio, eller mere generelle helbredsundersøgelser for bestemte persongrupper, som f. eks. spædbørn, skolebørn, unge arbejdere eller gravide kvinder.

Med hensyn til den øvrige del af sundhedsvæsenets virksomhed indskrænker lovgivningen sig i det væsentlige til at give nærmere bestemmelser om, hvilke grupper af medicinalpersoner, såsom læger, tandlæger, sygeplejersker, jordemødre m. m., der varetager funktioner inden for sundhedsvæsenet, de for disse medicinalpersoner fastlagte uddannelseskra- v, autorisationsordninger, pligter og tilsyn, regler om det offentliges deltagelse i betaling for patienters brug af disse

medicinalpersoner (den offentlige sygesikring). Endvidere findes regler om amtskommuners og kommuners forpligtelser med hensyn til institutionsområder af forskellig art, såsom sygehuse og plejehjem m. m. og om afgrænsningen af de til behandling og ophold på disse institutioner berettigede personer. For så vidt angår den virksomhed og de ydelser, som de pågældende medicinalpersoner og institutioner nærmere skal udøve og præstere, udtaler lovgivningen sig derimod normalt kun i meget vage og summariske vendinger, såsom »udøve lægegerning«, »yde lægehjælp«, »virksomhed som sygeplejerske«, »sygehusbehandling«, »plejehjemsophold« o. l. I konsekvens heraf er udfyldningen af de således fastlagte ydre rammer for sundhedsvæsenets virksomhed i vid udstrækning afhængig af - og overladt til - de i systemet virkende medicinalpersoner og de af disse formulerede fagligt etiske bestemmelser for deres virksomhed samt den stedfindende medicinsk/teknologiske udvikling. Undtagelser herfra i form af lovbestemmelser om udførelse af konkrete ydelser inden for sundhedssektoren - bortset fra det profylaktiske område - forekommer normalt kun i tilfælde, hvor samfundet ønsker ydelser foretaget af sundhedsvæsenet, der vil være i strid med eller ikke umiddelbart forekommer forenelige med de fagligt etiske regler. Som typisk eksempel herpå kan nævnes svangerskabsafbrydelse og til dels også sterilisation og kastration.

Den almindelige tilbageholdenhed med at fastlægge sundhedsvæsenets ydelser i lovgivningen må tilskrives på den ene side selve ydelsesområdets teknisk-videnskabelige karakter og det overordentlig brede spektrum af forekommende sygdomme og sygelighedstilstande samt den hastige udvikling af diagnostiserings- og behandlingsmulighederne og på den anden side offentlighedens tillid til, at de i sundhedssektoren virkende medicinalpersoner har vilje og evne til at leve op til og håndhæve de strenge faglige og etiske krav, der nødvendigvis må gælde for hele denne sektor, og hvorpå de forskellige autorisationsordninger bygger.

Det offentlige har mulighed for indflydelse på sundhedsvæsenets indsats gennem finansieringssystemet, jfr. afsnit IV, side 149 ff. Herudover udøves en vis offentlig medindflydelse gennem det offentliges uddannel-

sespolitik, f. eks. gennem en udvidet uddannelseskapacitet for særlige grupper af medicinalpersonale, såsom alment praktiserende læger, eller ved etablering af nye uddannelser med særlige funktioner, såsom **cytoloaboranter** til opsporing af kræftforekomster. Endvidere sker en vis styring gennem godkendelse af nye lægelige specialer, idet en sådan godkendelse i sig selv fører til en øget lægelig indsats på det pågældende speciales område. I det omfang sådanne specialer godkendes som berettiget til honorering efter speciallægetakster under sygesikringen, gives yderligere impulser til en intensivering af den lægelige indsats på det pågældende område. En sådan bevidst offentlig styring af sundhedsvæsenets indsats ved hjælp af de lægelige specialer er fastlagt i de i 1971 udsendte vejledende retningslinier for planlægning af sygehusvæsenets fremtidige udbygning. I retningslinierne opstilles det nemlig som en almindelig forudsætning, at hver enkelt sygehuskommunes samlede sygehusvæsen normalt bør indeholde 20 nærmere angivne specialer (specialfunktioner), medens omvendt i hvert fald 25 angivne specialfunktioner normalt kun bør forefindes på sygehuse med et væsentligt større befolkningsunderlag end det, en enkelt sygehuskommune har.

I forskellige relationer, hvor der har været praktisk behov herfor, er der endvidere foretaget visse former for katalogisering af ydelser eller ydelsesbehov (diagnoser) i sundhedssektoren. Dette gælder bl. a. sygesikringens landsoverenskomst om almindelig lægegerning, der har opregnet 37 tillægsydelseshonorarer ved siden af de noget bredt dækkende grundtydelser: konsultation, **receptfornyelse** og sygebesøg. Sådanne tillægsydelser omfatter eksempelvis blodtagning fra blodåre, fjernelse af negl, oplivningsforsøg, fødselshjælp eller abortbehandling. På tilsvarende måde indeholder overenskomsten bestemmelser om 39 forskellige laboratorieundersøgelser, og i de særlige **speciallæge**-overenskomster er bl. a. angivet 26 **ørelæge**-ydelser og 17 øjenlægeydelser. En væsentlig mere specialiseret katalogisering findes endvidere i form af de nu udviklede forskellige edb-systemer, som anvendes i **sygehus**-kommunerne. Disse giver i praksis ubegrænset mulighed for - for den enkelte patient - at registrere bl. a. flere forskellige diagnoser og operationer.

3. Sondringen primær sundhedstjeneste/sygehusvæsen

Som det bl. a. er kommet til udtryk i kommissoriet for prioriteringsudvalget, benyttes ofte en opdeling af det samlede sundhedsvæsen i den såkaldte primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet - som en slags sekundær eller specialiseret sundhedstjeneste. Denne noget summariske opdeling er udtryk for en vis generel funktionsdeling mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Den primære sundhedstjeneste er sædvanligvis befolkningens første kontaktpunkt til sundhedsvæsenet, og de i den primære sundhedstjeneste arbejdende medicinalpersoner virker sædvanligvis i befolkningens nærmiljø og har løbende kontakt med og en mere personlig ansvarlighed for patienterne, medens kontakten til sygehusvæsenet normalt forudsætter en henvisning fra de praktiserende læger i den primære sundhedstjeneste. Den primære sundhedstjeneste tager sig typisk af de mindre alvorlige sygdomme og sygdomme i de tidligere stadier oftest på patientens eget initiativ, medens sygehusvæsenet står for en væsentlig mere intensiv og specialiseret undersøgelse og behandling af et sorteret klientel med alvorligere lidelser og sygdomme i fremskredne stadier, der fordrer mere omfattende indgreb og pleje. I overensstemmelse med dette funktionsmønster har også den individ- og familieorienterede forebyggelse (den gravide, børnene) traditionelt været placeret i den primære sundhedstjeneste.

De nævnte karakteristika for henholdsvis den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet gælder dog kun med modifikationer. Det er således normalt kun patienter under sygesikringens gruppe 2, der for sygesikringens regning direkte kan konsultere de praktiserende speciallæger, der anses for en del af den primære sundhedstjeneste. Patienter under sygesikringens gruppe 1, der - efter indførelsen af valgfriheden mellem gruppe 1 og gruppe 2 uafhængigt af indtægtsgrænser - fra oktober 1974 til april 1976 er steget fra ca. 80 pct. til ca. 87 pct. af befolkningen, kan kun efter henvisning fra en alment praktiserende læge vederlagsfrit konsultere de praktiserende speciallæger. For sygehusvæsenets vedkommende er der omvendt adgang til direkte behandling af skader, der omfattes af sygehusenes skadestuefunktioner.

På det profylaktiske område er der heller ikke tale om nogen entydig funktionsdeling. Ved siden af de af den primære sundhedstjeneste foreståede forebyggende foranstaltninger har sygehusvæsenet således varetaget de tidligere meget omfattende tuberkuloseundersøgelser af befolkningen, ligesom det i vidt omfang er sygehusvæsenet, der i dag står for de rundt om i landet stedfindende screeninger for livmoderkræft.

Det må i øvrigt understreges - ikke mindst på baggrund af prioriteringsudvalgets kommissorium - at det ikke i dag er muligt at fastlægge nogen skarp afgrænsning mellem den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet, idet der også for forskellige andre områder er overlapninger mellem funktionerne i de to dele af sundhedsvæsenet. Dette gælder således bl. a. den ambulante undersøgelse og behandling, der vel først og fremmest er et særkende for den primære sundhedstjeneste, men som samtidig i stadigt voksende omfang udføres i sygehusvæsenet, dels fordi kostbart og specialiseret apparatur mest rationelt vil kunne udnyttes i sygehusvæsenet, dels fordi ambulant forundersøgelse og efterbehandling kan forkorte selve indlæggelsestiden.

I øvrigt refererer begrebet den primære sundhedstjeneste sig ikke til et sammenhængende system, men omfatter forskellige grupper af medicinalpersoner, der virker under forskellige organisationsformer, såsom i liberalt erhverv og i kommunale og amtskommunale ordninger, og hvis indbyrdes samarbejde ikke har fundet sin endelige form.

Som det fremgår af det foregående er det vanskeligt at fastlægge en klar afgrænsning mellem henholdsvis sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste. På tilsvarende måde kan der heller ikke fastlægges en klar afgrænsning mellem på den ene side det samlede sundhedsvæsen og på den anden side socialvæsenet, idet der inden for begge sektorer findes områder, der rummer såvel sundhedsmæssige som sociale aspekter. Som følge heraf har man i beskrivelsen som nævnt foran anset det for nødvendigt at medtage sådanne områder inden for socialsektoren, der har grænseflader til det egentlige sundhedsvæsen.

4. Befolkningens adgang til sundhedsvæsenets ydelser

Også for så vidt angår patienternes adgang til og eventuelle betaling for ydelser inden for sundhedsvæsenet gælder forskellige regler, der til dels er historisk betingede og i øvrigt har en vis sammenhæng med, at sundhedsvæsenet er organiseret dels som liberalt erhverv, dels som rene offentlige ordninger.

For så vidt angår adgangen til lægehjælp opdeler sygesikringen patienterne i to grupper, de gruppe 1-sikrede og de gruppe 2-sikrede. De patienter, der hører til gruppe 1, har adgang til vederlagsfri betjening ved den alment praktiserende læge, som den sikrede på forhånd har valgt for 1 år ad gangen. Endvidere har denne gruppe patienter adgang til vederlagsfri speciallægehjælp inden for de specialer, der er dækket af overenskomst, men normalt kun på betingelse af en henvisning fra en alment praktiserende læge.

Patienter, der tilhører gruppe 2, har adgang til frit valg af alment praktiserende læge fra gang til gang. Gruppe 2-sikrede har endvidere frit valg af speciallæge i hvert enkelt tilfælde, og der kræves ikke henvisning fra alment praktiserende læge.

Til gengæld må patienterne i gruppe 2 selv afholde den del af honoraret, som går ud over det beløb, som den offentlige sygesikring skulle have afholdt for en tilsvarende ydelse til en gruppe 1-sikret patient. Honorarerne for gruppe 2-patienter ligger nemlig ofte på et noget højere niveau end de takster, som gælder for gruppe 1-patienter.

For så vidt angår tandbehandling og fysioterapeutisk behandling har såvel gruppe 1-sikrede som gruppe 2-sikrede ret til tilskud fra den offentlige sygesikring for visse nærmere afgrænsede behandlinger. For fysioterapeutbehandling kræves for begge sygesikringsgrupper lægehenviisning.

Opdelingen af patienterne på de to sygesikringsgrupper har indtil 1. april 1976 beroet på en hvert år reguleret indtægtsgrænse, således at patienter med indtægter under denne grænse henføres til gruppe 1, og patienter med indtægter over denne grænse til gruppe 2. Hvis en gruppe 2-sikret persons indtægt gik ned under indtægtsgrænsen, havde den pågældende valget mellem at blive overført til gruppe 1 eller at forblive i gruppe 2. Med virkning fra 1. april 1976 er der indført adgang for alle patienter uanset

indtægtsforhold til at vælge frit én gang årligt mellem de to sikringsgrupper. Pr. oktober 1974 fordelte befolkningen sig med ca. 80 pct. i gruppe 1 og ca. 19 pct. i gruppe 2, mens de tilsvarende tal pr. april 1976 udgjorde henholdsvis 87 pct. og 12 pct.)*

For særlige former for offentlig sygdomsforebyggelse, såsom visse vaccinationer og helbredsundersøgelser, foretaget hos de praktiserende læger, er der tilsikret de i betragtning kommende befolkningsudsnit vederlagsfri behandling, uanset hvilken sygesikringsgruppe de er tilmeldt.

De øvrige offentlige sundhedsordninger, såsom fødselshjælp, sundhedspleje, hjemme-sygepleje, børnetandpleje og behandling på sygehus, er vederlagsfri under forudsætning af, at patienten modtager behandlingen i sin bopælskommune eller -amtskommune.

På lægemiddelområdet gælder ensartet for alle sygesikrede en offentlig tilskudsordning, hvorefter der til visse særligt betydningsfulde lægemidler ydes tilskud med 75 pct. og til andre også væsentlige lægemidler er tilskud på 50 pct., medens der i øvrigt ikke ydes tilskud.

) Hertil kommer sikrede i sikringsgruppe 4 (ins^u tionsanbragte) og 5 (værnepligtige), der tilsammen udgør ca. 1 pct. Sikringsgruppe 3 er bortfaldet i forbindelse med indførelsen af valgfrihed mellem gruppe 1 og gruppe 2.

II. Hovedtræk af sundhedsvæsenets ressourceforbrug

1. Sundhedsvæsenets udgifter

Opgørelsen af de samlede omkostninger for samfundet som følge af sygdom samt til behandling og forebyggelse heraf er forbundet med en række vanskeligheder. På dette sted skal for det første fremhæves problemerne med en klar afgrænsning af udgifterne til sygdomsforebyggende indsats uden for sundhedssektoren (f. eks. trafiksikkerhedsforanstaltninger), for det andet usikkerheden omkring størrelsen af patienternes egen direkte betaling til læge, tandlæge m. fl. samt for medicin og for det tredje vanskelighederne ved at opgøre de indirekte omkostninger som følge af sygdom i form af produktionsstab m. v. Som følge heraf er i det følgende valgt i det væsentligste alene at omtale det offentliges direkte udgifter til sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område, således som disse områder er afgrænset ovenfor side 65. Det skal dog nævnes, at patienternes egen betaling i 1976-77 skønnes at udgøre 1,5-2,0 mia. kr. Fordelingen heraf på de enkelte foranstaltninger fremgår af tabel 20 nedenfor side 151. Endvidere skal nævnes, at i PP II anslås antallet af sygedage for den erhvervsaktive del af befolkningen i 1973 »til ca. 7-8 pct. af samtlige arbejdsdage svarende til et produktionstab af størrelsesordenen 8 mia. kr.«.

I 1976-77 er det offentliges udgifter til sundhedsvæsenet i traditionel forstand - omfattende primær og sekundær sundhedstjeneste - budgetteret til 14,7 mia. kr. Heraf er 0,9 mia. kr. budgetteret anvendt som anlægsudgifter i sygehusvæsenet.

Udgifterne til de tilgrænsende sociale områder (plejehjem, hjemmehjælp og omsorgsarbejde m. v.) er budgetteret til at andrage

6,1 mia. kr., således at de samlede budgetterede udgifter til sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område i 1976-77 udgør 20,8 mia. kr.

Set i forhold til bruttonationalproduktet, der i 1976 skønnes at blive på 239 mia. kr., udgør udgifterne til sundhedsvæsenet således 6,2 pct. og 8,7 pct., såfremt de tilgrænsende sociale områder medtages. Medtages også privates egenbetaling, udgør sundhedsudgifterne knap 7 pct. af bruttonationalproduktet. Til sammenligning kan nævnes, at sundhedsudgifterne i USA i 1973 udgjorde 7,7 pct. af bruttonationalproduktet, mens de i Frankrig udgjorde 5,8 pct. og i England 5,3 pct. af bruttonationalproduktet.

Af det offentliges samlede udgifter i 1976-77 på 122 mia. kr. udgør sundhedsvæsenets udgifter ca. 12 pct., og ca. 17 pct. såfremt de tilgrænsende sociale områder medtages.

Til illustration af det indbyrdes forhold mellem de væsentligste udgiftsområder i sundhedsvæsenet er i tabel 1 angivet de offentlige driftsudgifters fordeling i 1974-75.

2. Personaleforbrug og institutioner

I dette afsnit gives en kort oversigt over personaleforbrug og institutioner inden for det her betragtede sundheds- og socialområde. Af praktiske grunde er oplysningerne samlet i tabeller for sundhedsvæsenet for sig og den tilgrænsende del af socialsektoren for sig, men det må i denne forbindelse understreges, at der i praksis er tale om flydende grænser imellem de to områder, der i højere grad er fastlagt ud fra tradition end ud fra saglige kriterier. Det må endvidere bemær-

Tabel 1. Det offentlige driftsudgifter til sundhedsvæsenet i 1974-75.

| | Drifts- udgifter mill. kr. |
|---|----------------------------------|
| Somatiske sygehuse | 6.514 |
| Psykiatriske specialsygehuse | 905 |
| Centrale sygehusforvaltninger | 134 |
| <i>Sygehusvæsenet i alt</i> | <i>7:553</i> |
| Almen lægehjælp | 895 |
| Speciallægehjælp | 283 |
| Almindelig tandlægehjælp | 453 |
| Børnetandklinikker | 326 |
| Medicin | 518 |
| Hjemmesygepleje | 186 |
| Diverse sundhedsordninger ¹⁾ | 168 |
| Diverse sygesikringstilskud m. v. ²⁾ | 253 |

Primær sundhedstjeneste i alt 3.082

Sundhedsvæsenet i alt 10.635

Plejehjem 3.232

Hjemmehjælp og omsorgsarbejde m.v. 924

Pleje- og omsorgsområdet i alt 4.756

Sundhedsvæsenet i alt incl. pleje- og omsorgsområdet 14.791

Kilde: Internt materiale i Danmarks Statistik samt Medicinalstatistiske Meddelelser 1976: 6.

¹⁾ Skolelægeordningen, sundhedsplejerskeordningen, svangerskabshygiejne, lægeundersøgelser af børn samt vaccinationer m. v.

²⁾ Sygesikringsudgifter til fysiurgisk behandling, briller, bind og bandage, rejseforsikringspræmier, begravelseshjælp, fribefordring samt sygehjælp, hjemsendelse m. v. til søfarende.

kes, at oversigterne ikke rummer oplysninger om forskellige grupper private erhvervsdrivende, f. eks. tandteknikere, bandagister og optikere, der uanset at de virker inden for sundhedssektoren normalt ikke medtages i opgørelser over sundhedssektorens personale.

Sundhedsvæsenet.

Som det fremgår af tabel 2 omfattede sundhedsvæsenets personale i 1974 ca. 105.000 fuldtidsstillinger, svarende til ca. 130.000 personer eller ca. 5,7 pct. af den samlede arbejdsstyrke i Danmark. Af **sundhedspersonalet** er ca. $\frac{3}{4}$ ansat på sygehusene, medens resten er nogenlunde ligeligt fordelt mellem den primære sundhedssektors fire hoved-

Tabel 2. Sundhedsvæsenets personale i 1974.

| A. Personale uden for sygehusvæsenet. | heltids- beskæftigede |
|--|--------------------------|
| 1. Læger | 2.740 |
| a. Almen praksis | 2.450 |
| b. Sundhedssektor i øvrigt | 290 |
| 2. Speciallæger | 450 |
| 3. Tandlæger | 3.540 |
| 4. Fysioterapeuter | 1.070 |
| 5. Sundhedsplejersker | 1.060 |
| 6. Hjemmesygeplejersker | 2.300 |
| 7. Jordemødre | 500 |
| 8. Fodterapeuter | 600 |
| 9. Farmaceuter | 1.450 |
| 10. Andre | 10.400 |
| / alt 1-10. | 24.110 |
| B. Personale i sygehusvæsenet. | |
| Personale ved senge-, undersøgelses- og behandlingsafdelinger, i alt | 55.810 |
| heraf | |
| 11. Læger | 5.510 |
| 12. Sygeplejersker | 16.590 |
| 13. Øvrige personale | 33.710 |
| 14. Personale ved hjælpeafdelinger | 25.440 |
| / alt 11-14. | 81.250 |
| Samlet personale i sundhedsvæsenet | 105.360 |

Kilde: Ugeskrift for Læger 1975: 137: 1601-1607 samt internt materiale i sundhedsstyrelsen.

grupper: lægepraksis, tandlægepraksis, apoteker og udgående service (sundhedsplejerske-, hjemmesygeplejerske- og jordemoderordninger m. v.).

Bemærkninger til tabel 2:

Ad A. Personale uden for sygehusvæsenet.

Lægepraksis.

Ca. 2.450 læger havde deres hovedbeskæftigelse i almen praksis fordelt på ca. 1.570 praksis. Herudover havde 142 læger deres hovedbeskæftigelse som skolelæger, 70 som embedslæger m. v., og 64 var ansat på statens seruminstitut. 450 speciallæger havde deres hovedbeskæftigelse i speciallægeprak-

sis, men hertil kommer ca. 1.100 sygehusansatte speciallæger, der ved siden af sygehusarbejde driver speciallægepraksis. I alt var ca. 1.500 speciallæger beskæftiget inden for 1.470 speciallægepraksis.

1 andlægepraksis.

De 3.540 tandlæger fordelte sig med 2.600 beskæftiget ved 1.730 tandlægepraksis, mens 940 var beskæftiget ved 530 børnetandplejeklinikker fordelt på 150 kommuner.

Apoteker.

Pr. september 1974 fandtes 332 apoteker, ca. 900 apoteksudsalg samt 370 medicinafleveringssteder. 1.450 farmaceuter var beskæftiget inden for apotekervæsenet, herunder 332 som apotekere.

Udgående service (personalegrupperne 4-8).

De 1.070 fysioterapeuter var fordelt med 870 privatpraktiserende fysioterapeuter beskæftiget ved ca. 335 private praksis, og ca. 200 fysioterapeuter ansat ved kommunale fysioterapeutklinikker.

Alle landets 277 kommuner er efter lovgivningen omfattet af spædbørns- og småbørnssundhedsplejerskeordninger og hjemmesygeplejeordninger, i visse tilfælde etableret således, at flere kommuner samarbejder om

en ordning. Sundhedsplejerskeordningerne beskæftigede i alt ca. 1.050 sundhedsplejersker, heraf ca. 530 inden for spædbørns- småbørnssundhedspleje, og ca. 520 inden for skolesundhedspleje. Da der er mangel på sundhedsplejersker, har ikke alle kommuner en tilstrækkelig sundhedsplejerskedækning.

Ca. 500 jordemødre var beskæftiget ved 49 amtskommunale jordemodercentre fordelt i alle amter, undtagen Københavns amtskommune og Københavns og Frederiksberg kommuner, hvor private fødeklinikker endnu findes i betydeligt antal.

Andre (personalegruppe 10).

Denne gruppe omfatter 2.100 lægesekretærer, sygeplejersker m. v. ansat ved lægepraksis, 4.200 klinikassistenter i tandlægesektoren og 4.100 beskæftigede inden for apotekssektoren (defektricer og andet personale uden egentlig farmaceutuddannelse).

Ad B. Personale i sygehusvæsenet.

Af personalet inden for sygehusvæsenet, ca. 81.000 personer, var ca. 70 pct. beskæftiget ved senge-, undersøgelses- og behandlingsafdelinger og ca. 30 pct. ved hjælpeafdelinger. Den første gruppe består i al væsentlighed af egentligt medicinalpersonale, hvoraf gruppen »øvrige personale« bl. a. omfatter syge-

Tabel 3. Sygehusvæsenets¹⁾ personale og sengepladser fordelt efter institutionsart, april 1976.

| | Normerede sengepl. | Normerede sengepl. pr. 10.000 indb. | Personale ²⁾ | Personale pr. norm. sengepl. | Antal institutioner |
|--|-----------------------|--|-------------------------|------------------------------------|------------------------|
| Alm. somatiske sygehuse med mindst 3 kliniske specialer ³⁾ . | 24.167 | 47,7 | 55.058 | 2,3 | 42 |
| Andre somatiske sygehuse | 9.476 | 18,7 | 15.164 | 1,6 | 79 |
| Somatiske sygehuse i alt | 33.643 | 66,4 | 70.223 | 2,1 | 121 |
| Psykiatriske specialsygehuse .. | 10.747 | 21,2 | 10.689 | 1,0 | 16 |
| Sygehusvæsenet i alt. | 44.390 ⁴⁾ | 87,6 | 80.912 ⁵⁾ | 1,8 | 137 |

Kilde: Medicinalstatistiske meddelelser 1976: 6.

¹⁾ Opgørelsen er eksklusiv de i sundhedsstyrelsens »gruppering af sygdomsbehandlende institutioner m. m. 1974« klassificerede andre sygdomsbehandlende institutioner, der april 1976 havde 830 normerede sengepladser og 682 heltidsbeskæftigede.

²⁾ Deltidsbeskæftigede er omregnet til heltidsbeskæftigede.

³⁾ Incl. psykiatriske afdelinger ved disse sygehuse, omfattende ca. 1300 normerede sengepladser.

⁴⁾ Heraf er 1673 sengepladser i øjeblikket ude af drift.

⁵⁾ Der er herudover ansat 499 personer ved centrale sygehusforvaltninger.

hjælpere, plejere, laboranter, fysio- og ergoterapeuter samt elever fra en række personalegrupper. Af hjælpeafdelingernes personale på i alt ca. 25.000 personer udgjorde rengøringspersonale ca. 38 pct., personale beskæftiget ved køkken og kantine ca. 14 pct., portører og vagtmestre ca. 13 pct. og administrationspersonale ca. 12 pct. Kun en meget ringe del af hjælpeafdelingernes personale har en egentlig sundhedsfaglig uddannelse.

I tabel 3 er givet en opgørelse af sygehusvæsenets personale og sengepladser pr. april 1976 fordelt efter institutionsart. Af tabellen fremgår, at det samlede personale på ca. 81.000 var beskæftiget ved 137 institutioner med i alt 44.390 normerede sengepladser, svarende til ca. 1,8 heltidsbeskæftigede pr. seng og 88 sengepladser pr. 10.000 indbyggere. De somatiske sygehuse rummer ca. 75 pct. af sygehusvæsenets sengekapa- citet (med en koncentration på sygehuse med mindst 3 kliniske afdelinger), medens de psykiatriske specialsygehuse har ca. 25 pct. af sengekapa- citeten. Af sygehusvæsenets personale er ca.

85 pct. beskæftiget ved de somatiske syge- huse, hvis personaleforbrug pr. seng dermed væsentligt overstiger de psykiatriske syge- huse.

Det tilgrænsende sociale område.

Fra den tilgrænsende sociale sektor er i tabel 4 angivet nogle oplysninger pr. april 1976 om personaleforbrug ved plejehjem og inden for husmoderafløsning og hjemmehjælp.

Det bemærkes, at efter bistandsloven om- fatter begrebet plejehjem nu også de tidligere alderdomshjem.

Det samlede personale ved plejehjem på 33.427 var beskæftiget ved 1.329 plejehjem med i alt 46.525 pladser. Dette svarer til ca. 0,7 heltidsbe- skæftigede pr. plads og til ca. 680 pladser pr. 10.000 indbyggere over 65 år eller ca. 92 pladser pr. 10.000 indbyggere.

Antallet af medicinalpersoner og andet personale samt institutioner inden for den be- handlende sektor er ikke udslag af nogen samlet eller samordnet offentlig planlægning og styring, men i høj grad et resultat af vidt forskellige udviklingsforløb. De forskellige praksisordninger er stort set udviklet på grundlag af en fri nedsættelsesret, alene re- guleret af visse kollegiale vedtægter med et til dels konkurrencebegrænsende sigte og i øvrigt den almindelige markedsmekanisme. Sundhedsplejerske-, børnetandpleje- og hjemmesygeplejeordningerne er primærkom- munale ordninger og har derfor antalsmæs- sigt et vist sammenfald med antallet af kom- muner. Antallet af almindelige sygehuse og plejehjem (herunder nu også alderdoms- hjem) er også i høj grad påvirket af den tid- ligere kommunale inddeling og opgaveforde- ling. Antallet af somatiske sygehuse må såle- des til dels ses på baggrund af, at sygehusop- gaven op til 1970 påhvilede dels de 83 køb- stadskommuner, dels de 25 amtskommuner, der dog i et vist omfang var gået sammen om denne opgave. Antallet af plejehjem, i alt 1.329, er på samme måde en følge af, at de tidligere ca. 1.400 sognekommuner havde en forpligtelse til at etablere sådanne institutio- ner, selv om der også på dette område ofte etableres fælleskommunale ordninger.

Som følge af det højst forskellige histori- ske udviklingsforløb for de forskellige fag-

Tabel 4. Personale på plejehjem¹⁾ og ved hjemmehjælpsordningen, april 1976.

| | Antal heltids- beskæftigede |
|---|-----------------------------------|
| <i>Plejehjem.</i> | |
| Sygeplejersker | 3.451 |
| Fysio- og ergoterapeuter | 401 |
| Beskæftigelseshjælpere og om- sorgskonsulenter | 449 |
| Diakoner og plejehjemsassistenter | 657 |
| Sygehjælpere | 10.184 |
| Andet uddannet personale | 1.682 |
| Ikke-uddannet personale og elever | 4.282 |
| Behandlingspersonale m. v. i alt | 21.030 |
| Øvrigt personale | 12.320 |
| Plejehjemspersonale i alt | 33.427 ²⁾ |
| <i>Hjemmehjælpsordningen.</i> | |
| Hjemmehjælpere incl. husmoder- afløsere i alt | 16.180 |
| Personale i alt | 49.607 |

Kilde: Nyt fra Danmarks Statistik 1976: 191 samt internt materiale i Danmarks Statistik.

¹⁾ Opgørelsen er inklusive de primærkommu- nale langtidsmedicinske institutioner som april 1976 havde 2216 normerede sengepladser og 2391 hel- tidsbeskæftigede.

²⁾ Heraf 257 heltidsbeskæftigede ved dagcentre på plejehjem. Ved dagcentre uden tilknytning til plejehjem er der endvidere 53 heltidsbeskæftigede.

Fordeling af faggrupper og institutionsområder inden for sundhedssektoren og tilgrænsende sociale områder efter organisationsform og offentligt regie:

| Organiseret som liberalt erhverv | Offentlig foranstaltning | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|
| | Amtskommunal | Kommunal |
| Almen lægepraksis | (Skadestuefunktion) | Skolelæger |
| Tandlægepraksis | | Børnetandpleje |
| Speciallægepraksis | Sygehusambulatorier | Fysiurgiske klinikker |
| Fysioterapeutpraksis | Sygehusambulatorier og fysiurgiske klinikker | Sundhedsplejersker |
| | | Hjemmesygepleje |
| | | Hjemmehjælp |
| (Jordemødre) | jordemødre | |
| Apotek | Sygehusapotek | |
| (Private sygehuse) | Sygehuse (såvel somatiske som psykiatriske) | |
| (Private plejehjem) | (Plejehjem) | Plejehjem |

og institutionsområder inden for sundhedssektoren fremtræder disse faggrupper og institutionsområder under vidt forskellige organisationsformer, uanset at deres virksomhed i det væsentlige finansieres af det offent-

lige. I oversigten ovenfor de forskellige faggrupper og institutionsområder fordelt på hovedkategorierne: Liberalt erhverv, amtskommunale samt kommunale ordninger:

III. De forskellige sundhedsordninger

1. Indledning

Som berørt i det foregående består sundhedsvæsenet af en række mere eller mindre separat opbyggede sundhedsordninger af forskellig struktur og organisation og til dels centreret om hver sin gruppe af medicinalpersoner. En del af disse sundhedsordninger har mere begrænsede funktionsområder, der typisk knytter sig til varetagelse af sundhedsmæssige behov for bestemte udsnit af befolkningen, såsom småbørn, skolebørn og gravide kvinder. Andre dele af sundhedsvæsenet har mere generelle funktioner, først og fremmest de alment praktiserende læger og på et mere specialiseret niveau hele sygehusvæsenet. Hertil kommer endvidere de forskellige grupper af medicinalpersoner, der betjener hele befolkningen, men på mere specialiserede områder, såsom de praktiserende øjen- og ørelæger og andre speciallæger, tandlægerne og fysioterapeuterne. Endelig er der hele plejehjemssektoren, der fortrinsvis er til rådighed for den ældre del af befolkningen.

Mellem samtlige disse dele af sundhedsvæsenet består der samarbejdslinier og kontaktflader af forskellig slags, hvor de alment praktiserende læger udøver en central funktion gennem deres visitation. Denne Visitationsfunktion tager direkte sigte på en rationel udnyttelse af de bestående muligheder for relevant behandling, som den differentierede specialisering og funktionsdeling inden for sundhedssektoren frembyder. Dette samarbejde sker ikke blot i form af overflytning af patienter fra den ene del af sundhedsvæsenet til den anden, men også i et egentlig samvirke om de enkelte patienter, der kan ske på tværs af sondringer mellem primær

sundhedstjeneste og sygehusvæsenet samt plejeområdet. Samtidig har de forskellige organisationsformer, rekruttering af personale, efterspørgselspres, kapacitetsmangel og andre forhold bevirket, at det ikke har kunnet undgås, at der på forskellige områder har udviklet sig parallelfunktioner og tilløb til indbyrdes overlappninger. Dette gælder eksempelvis den ambulante speciallægebehandling, der finder sted såvel hos den praktiserende speciallæge som i sygehusvæsenets ambulatorier.

Efter socialreformkommissionens lancering af det enstrengede system og i forbindelse med den efter kommunalreformen stedfundne opgaveomlægning og -decentralisering samt ved overgang til finansiering ved generelle tilskud er der lagt op til en mere bevidst sammenkædning af de forskellige funktioner henholdsvis i sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste og ikke mindst de indbyrdes relationer inden for den primære sundhedstjeneste og det sociale område. Henlæggelsen af sygesikringen til sygehuskommunerne (amtskommunerne) og inddragelse af sundhedspleje, skolelægeordning, børnetandpleje samt hjemmesygepleje under samlede udbygningsplaner på det sociale og sundhedsmæssige område er eksempler på sådanne samordningsbestræbelser. Herudover har der imidlertid inden for så godt som alle dele af sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område udviklet sig en voksende erkendelse af behovet for en bedre koordination af de forskellige funktioner. Det er derfor også et generelt træk, at der i de senere år er udfoldet store bestræbelser for at formulere forslag til forbedring af det indbyrdes samarbejde i sundhedssektoren dels med henblik på en forbedret be-

tjening af befolkningen, dels med henblik på at holde ressourcerforbruget nede. Nogle af disse forslag er ved at blive realiseret, til dels på grundlag af fastlagte formelle regler i form af ministerielle vejledninger o. l. Andre forslag er fortsat under diskussion og overvejelse.

I det følgende beskrives de forskellige sundhedsordninger hver for sig med hensyn til formål, patientkreds, de pågældende medicinalpersoners uddannelse, organisation og de med ordningen forbundne omkostninger. Samtidig søges de indbyrdes sammenhænge mellem funktionerne i de enkelte ordninger belyst gennem en beskrivelse af samarbejds-linjer og kontaktflader mellem de forskellige grupper medicinalpersoner og institutions-områder. Beskrivelsen omfatter følgende sundhedsordninger, der dækker befolkningen fra fødsel til alderdom:

I afsnit 2 beskrives de forskellige ordninger indenfor *den primære sundhedstjeneste*, nemlig

- 2.1. Svangerskabshygiejne og fødselshjælp samt svangerskabsafbrydelse.
- 2.2. Borneprofylakse (spædbørnssundhedspleje, forebyggende lægeundersøgelse af børn, børnevaccinationer, skolesundhedspleje og børnetandpleje).
- 2.3. Hjemmesygepleje.
- 2.4. Almen lægepraksis.
- 2.5. Speciallægepraksis.
- 2.6. Tandlægepraksis.

/ afsnit 3. *Sygehusvæsenet* omtales:

- 3.1. Opgaver og funktion.
- 3.2. Befolkningens adgang til sygehusbehandling.
- 3.3. Forskellige sygdomsgruppers belastning af sygehusvæsenet.
- 3.4. Personale og uddannelse.
- 3.5. Sygehusvæsenets organisation.
- 3.6. Samarbejde mellem sygehusvæsen og de øvrige dele af sundheds- og socialsektoren.
- 3.7. Sygehusvæsenets økonomi.

Endvidere omtales i afsnit 4: Generelle forebyggende foranstaltninger m. m. og i afsnit 5: Lægemedelforsyningen samt endelig

i afsnit 6: Det tilgrænsende sociale område, herunder plejehjem, revalidering og særfor-sorg.

2. Primær sundhedstjeneste

2.1. Svangerskabshygiejne og fødselshjælp (LB. 431 3/9 1975), svangerskabsafbrydelse (L. 350 13/6 1973), samt sterilisation (L. 318 13/6 1973, L. 254 12/6 1975 og L. 280 26/5 1976).

Svangerskabshygiejne og fødselshjælp.

Ved svangerskab yder sundhedsvæsenet den gravide en omfattende vederlagsfri betjening i et nøje samvirke mellem praktiserende læge, jordemoder og sygehusvæsen. Betjeningen*) består dels i de 5 *forebyggende helbredsundersøgelser* - heraf 3 under svangerskabet - hos en læge, dels et antal helbredsundersøgelser hos en jordemoder efter behov, dog mindst 5. Disse forebyggende svangerskabsundersøgelser tager sigte på dels at udskille de kvinder, som skønnes at være udsat for særlig helbredsmæssig risiko ved gennemførelsen af svangerskabet, til særlig kontrol og vurdering ved specialafdelinger under sygehusvæsenet, dels at vejlede den gravide om svangerskabshygiejne (om levevis under svangerskabet, fødselens forløb, diegivning og det spæde barns pleje) og om de tilbud om forebyggende børneundersøgelser og sundhedsplejerskebistand, som sundhedsvæsenet efterfølgende tilbyder. Endvidere påhviler det lægen efter fødslen at foretage efterkontrol for sygelige tilstande og give oplysning om eventuelle problemer i forbindelse med fremtidigt svangerskab samt tilbyde vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder.

Tilrettelæggelsen af jordemoderundersøgelserne skal ske i nøje samarbejde med sygehusvæsenets obstetriske specialafdeling inden for området, og såfremt kapaciteten tillader det, skal der tillige efter visitation af egen læge finde en undersøgelse sted på specialafdelingen, ligesom den gravide henvises til mindst én undersøgelse på den fødeafdeling, hvor fødslen eventuelt er planlagt at skulle finde sted.

*) Indenrigsministeriets vejledende retningslinier af 23. marts 1973 (1) samt sundhedsstyrelsens retningslinier af 1. maj 1976.

Selve *fødselshjælpen* kan ske enten i form af vederlagsfri fødselsbetjening på sygehus eller anden offentlig institution eller vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Efter at der i de seneste årtier har kunnet konstateres en stigende tendens mod, at stadig flere kvinder føder uden for hjemmet, skønnes nu, at ca. 90 pct. af samtlige fødsler sker på sygehus eller klinik mod 49 pct. i 1956. Målsætningen for fødselsbetjeningen i dag er, at enhver kvinde, der har ønske derom, får mulighed for at føde sit barn på sygehusafdeling eller klinik. I overensstemmelse med den obstetriske sagkundskabs opfattelse er den endelige målsætning imidlertid, at der på længere sigt bliver mulighed for, at enhver fødsel kan foregå på specialafdeling, idet der erfaringsmæssigt er et ret stort behov for specialbistand selv hos normalt gravide (2). Med henblik på at begrænse sengebehovet inden for sygehusvæsenet i forbindelse med fødselshjælpen er der dog i indenrigsministeriets vejledende retningslinier om svangerskabshygien og fødselshjælp peget på muligheden af at benytte den fremgangsmåde, at den normalt fødende efter kortere tids ophold på sygehusafdeling overflyttes til en specielt indrettet barselshvileafdeling. Sådanne barselshvileafdelinger, der kan indrettes f. eks. på de mindre sygehuse, henføres funktionelt til og ledes af specialafdelingen.

I de senere år er man i øvrigt flere steder i landet begyndt at diagnosticere visse medfødte sygdomme allerede i graviditeten (prænatal genetisk diagnostik). Med henblik på at belyse, i hvilket omfang dette bør udvikles, samt redegøre for de økonomiske konsekvenser m. v., har indenrigsministeriet i 1975 nedsat et særligt sagkyndigt udvalg.

Ansaret for etableringen af adgang til forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab og til fødselshjælp påhviler amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner. Med henblik på sikring og udbygning af koordinationen af fødselshjælpen med foranstaltninger i øvrigt inden for det sociale og sundhedsmæssige område uden for sygehusvæsenet er forvaltningen af de forebyggende undersøgelser m. v. henlagt til amtskommunernes social- og sundhedsudvalg, medens forvaltningen af fødselsbetjeningen på sygehus varetages af amtskommunernes sygehusudvalg. Denne opdeling af kompetencen gør det nødven-

ligt, at social- og sundhedsudvalgets planer inden for fødselshjælpsområdet koordineres med sygehusudvalgets tilsvarende planer inden for sygehusområdet, hvilket eksempelvis kan ske ved hjælp af det i bestemmelsen i § 23, stk. 2, i lov om offentlig sygesikring omhandlede udvalg. I indenrigsministeriets ovennævnte vejledende retningslinier om svangerskabshygien og fødselshjælp er det i øvrigt forudsat, at social- og sundhedsudvalgets plan for fødselshjælpen tilvejebringes efter samarbejde bl. a. med de obstetriske chefer for specialafdelingen inden for sygehusvæsenet.

De amtskommunale planer for de forebyggende helbredsundersøgelser og fødselshjælpen skal godkendes af indenrigsministeriet.

Efter at jordemødrene tidligere virkede enten som privatpraktiserende jordemødre eller som offentligt ansatte distriktsjordemødre, er så godt som alle jordemødre i forbindelse med den i 1973 stedfundne offentlige tilrettelæggelse af jordemoderordningen blevet offentligt ansat.

Jordemødrene virker i særlige centre, hvortil de forebyggende jordemoderundersøgelser henlægges. Endvidere skal disse jordemødre betjene såvel hjemmefødsler som fødsler på sygehuskommunens fødeinstitutioner. Som en vejledende norm er opstillet, at et center kræver en bemanding på 6–7 jordemødre og skal dække et befolkningsunderlag, der stort set forudsættes at skulle svare til det område, de til centret knyttede jordemødre hidtil har betjent. Da en sådan organisation - specielt i tyndere befolkede områder — kan medføre en betydelig afstand mellem centrene, er der i de vejledende retningslinier peget på, at det i visse tilfælde kan være hensigtsmæssigt at oprette 2 eller 3 mindre centre, i stedet for et stort center, men således at disse »delcentre« indgår i en fælles vagtordning. Afstandsproblemet vil endvidere kunne løses ved, at der oprettes »udekonsultationssteder« i centrets ydre områder, således at en eller flere af centrets jordemødre afholder faste ugentlige konsultationer uden for centret.

Som anført forudsættes det som det normale, at jordemødrene medvirker ved fødsler på sygehuskommunernes fødeinstitutioner, og der er derfor en naturlig kontaktflade mellem jordemodercentre og de respektive fødeafdelinger. For så vidt angår de forebyggende svangreundersøgelser, der

fortsat som hovedregel udføres uden for fødeinstitutionen, er der også et vist behov for koordinering af den praktiserende læges og jordemoderens undersøgelser. Bl. a. i betænkning nr. 669/1973 om den stedlige social- og sundhedstjeneste («Wechselmannbetænkningen») (3) er der på baggrund heraf peget på, at det kunne være hensigtsmæssigt at sikre bl. a. jordemødre konsultationsmulighed hos samarbejde praktiserende læger, eventuelt i de enkelte lægehuse.

Med henblik på at fremme samarbejdet på dette område mellem de alment praktiserende læger, jordemødre og fødeafdelinger er der i tilknytning til sundhedsstyrelsens »Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp« udarbejdet et nyt fælles system for svangerskabs- og fødejournaler, som med virkning fra den 1. maj 1976 skal anvendes af de nævnte personalekategorier og institutioner.

Pr. 1. oktober 1974 var der 616 jordemødre i erhverv (omregnet til fuldtidsbeskæftigede: 491). På dette tidspunkt skønnes der at være et underskud af jordemødre på ca. 100. For at afhjælpe jordemødermanglen er optagelseskapaciteten ved Rigshospitalets jordemoderskole udvidet med virkning fra 1. april 1976.

I 1972-73*) foretog jordemødrene ca. 344.722 undersøgelser af gravide. I kalenderåret 1972 fødtes ca. 75.500 levendefødte børn.

De budgetterede offentlige udgifter til svangerskabsundersøgelser uden for sygehusvæsenet og jordemodercentre kan for 1976-77 opgøres til ca. 100 mill. kr. Sygehusenes udgifter til fødselshjælp foreligger ikke opgjort, men ved forberedelsen af loven om svangerskabshygiejne og fødselshjælp fra 1972 skønnes det, at en gennemførelse af målsætningen om fødsel på institution for alle, der ønsker det, ville kræve oprettelse af ca. 350 nye sengepladser.

Svangerskabsafbrydelse.

Foruden tilbud om vederlagsfri fødselshjælp åbner lovgivningen også adgang til *svangerskabsafbrydelse* ved sundhedsvæsenets bistand. Der består**) dels en fri adgang til svangerskabsafbrydelse inden udløbet af 12. svangerskabsuge, hvis den gravide kvinde

fremsetter ønske herom. Endvidere er der adgang til svangerskabsafbrydelse også efter denne frist, dels uden særlig tilladelse, hvis der foreligger medicinsk indikation herfor (lægeligt begrundet fare for kvindens liv eller alvorlig forringelse af hendes legemlige eller sjælelige helbred), dels med tilladelse, såfremt nærmere i loven angivne hensyn til kvinden eller barnet foreligger og gør det berettiget at udsætte kvinden for den forøgede helbredsmæssige risiko, som indgrebet indebærer.

Anmodning om svangerskabsafbrydelse skal fremsættes over for en læge eller et amtskommunalt socialcenter. Kvinden skal af en læge vejledes om indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet, og i øvrigt gøres bekendt med de eksisterende muligheder for bistand i forbindelse med svangerskab og fødsel.

Svangerskabsafbrydelse kan kun finde sted på sygehus eller et dertil knyttet ambulatorium og er vederlagsfri for kvinden efter de gældende regler for almindelig sygehusbehandling.

Med henblik på at lette det opståede pres på sygehusvæsenet som følge af den frie adgang til abort, har der været rejst spørgsmål om eventuel foretagelse af svangerskabsafbrydelse uden for sygehusene. På grundlag af de indtil nu gjorte erfaringer, der viser, at der ved de foretagne svangerskabsafbrydelser har været en komplikationsfrekvens på ca. 10 pct., finder sundhedsstyrelsen med støtte i en udtalelse af juni 1975 fra Dansk selskab for obstetrik og gynækologi, at det i den nuværende fase er for tidligt at give almindelig adgang til foretagelse af svangerskabsafbrydelse hos praktiserende speciallæger. Det udelukkes dog ikke, at det senere vil kunne blive aktuelt at tillade svangerskabsafbrydelse uden for sygehusene i tilfælde, hvor samarbejdende speciallæger har etableret faciliteter, der i lokalemæssig, personalemæssig og observationsmæssig henseende svarer til forholdene på et sygehusafsnit, der foretager ambulante svangerskabsafbrydelser. Sundhedsstyrelsen anbefaler i stedet, at sygehusenes muligheder for ambulant svangerskabsafbrydelse indtil videre udnyttes som middel til aflastning af sengeafdelingerne.

*) Ifølge den seneste udgave af medicinalstatistik I.

**) Justitsministeriets vejledning af 25. september 1973 om svangerskabsafbrydelse (4).

Antallet af legale aborter har vist en stærk stigning siden 1970, da adgangen til svangerskabsafbrydelse blev betydeligt lettere ved ikrafttrædelsen af svangerskabsafbrydelsesloven af 1970. Antallet af legale aborter steg således fra i 1969-70: 7.474 til i 1970-71: ca. 10.000, i 1971-72: ca. 11.500 og i 1972-73: ca. 13.600. Efter ikrafttrædelsen af svangerskabsafbrydelsesloven af 1973, der indførte fri abort, er antallet af abortindgreb yderligere steget meget kraftigt. I kalenderåret 1974 er der således foretaget 24.868 abortindgreb, hvilket er en stigning på knap 83 pct. i forhold til det senest foregående år og godt 232 pct. i forhold til antallet af legale aborter før lempelsen i 1970. Denne stigning i aborttallet er åbenbart ikke standset endnu, idet antallet af abortindgreb i 1975 androg 27.884, men stigningen i forhold til året før er faldet til ca. 12 pot.

Disse kraftige stigninger i abortindgrebenes antal har stærkt understreget nødvendigheden af den bedst mulige oplysning om anvendelsen af svangerskabsforebyggende midler.

En vis frygt for, at abortindgreb benyttes som antikception kan ikke helt afvises. Ifølge en refereret (5) mindre undersøgelse på en gynækologisk afdeling i København havde 4,8 pct. af de behandlede kvinder forud fået foretaget legal abort inden for 12 måneder før det aktuelle indgreb. Det fremgik i øvrigt af undersøgelsen, at kun 120 af 422 behandlede kvinder konsekvent havde anvendt antikception.

I forbindelse med gennemførelsen af en ændring af loven om svangerskabshygiejne og fødselshjælp (om overførelse af mødrehjælpens vejledningsvirksomhed om svangerskabsforebyggelse til amtskommunerne) har folketingets socialudvalg i betænkning af 17. april 1975 givet tilslutning til, at oplysningsvirksomheden om prævention styrkes så meget som muligt samt tilkendegivet, at der bør være valgmulighed mellem at få vejledning hos alment praktiserende læger eller på klinikker/sygehusafdelinger. Med henblik på fornyelsen af sygesikringsoverenskomsterne er der på linie hermed fra statens*) side meddelt sygesikringens forhandlingsudvalg, at det findes ønskeligt, at vejledning i brug af svangerskabsforebyggende midler for ikke gravide kvinder søges

omfattet af sygesikringsoverenskomsten. Ved landsoverenskomsten om almen lægegering af 1. april 1976 er indført en generel adgang til at honorere vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder og vejledning i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og sterilisation.

Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder kan således nu dels gives hos praktiserende læge, dels på en af amtskommunen drevet klinik**). Sundhedsstyrelsen har i marts 1976 udgivet udførlige vejledende retningslinier til lægerne for rådgivningen om svangerskabsforebyggelse. I retningslinierne omtales de enkelte metoders virkningsmekanisme, effektivitet, kontraindikationer, alvorlige og lettere bivirkninger, og der gives anvisning på forudgående undersøgelseskontrol samt instruktion af patienten.

Sterilisation.

Uanset at sterilisation som altovervejende hovedregel skal foregå på sygehus, er der ved en lovændring i 1976***) skabt hjemmel for, at sterilisation af mænd kan foretages uden for sygehuse. Indgrebet kan - efter henvisning fra sygehuset og hvis den pågældende mand ønsker det - foretages uden for sygehus af en læge med den fornødne operative erfaring. Det er en forudsætning, at den pågældende læge har fået tilladelse af sundhedsstyrelsen til at foretage sterilisation. En sådan tilladelse kan kun meddeles, hvis vedkommende sygehuskommune finder, at dets sygehusvæsen ikke har fornøden kapacitet. Udgifterne til sterilisation uden for sygehuse afholdes af vedkommende sygehuskommune som en sygehusudgift.

2.2. Børneprofylakse (Spædbørnssundhedspleje, L 409 13/6 1973 - forebyggende lægeundersøgelse af børn, L 236 30/4 1946 - børnevaccinationer, L 84 31/3 1939, L 208 19/4 1943, L 167 24/5 1955 - skolesundhedspleje, Lb 430 16/8 1974 - børmetandpleje, L 461 2/9 1974, L 331 10/6 1976).

I umiddelbar fortsættelse af sundhedsvæsenets betjening vedrørende svangerskabshygiejne og fødselshjælp er der inden for sund-

*) Socialministeriets skrivelse af 10. april 1975 til

***) Indenrigsministeriets cirkulære af 10. maj 1976 om foreløbige vejledende retningslinier for oplysningsvirksomhed om svangerskabsforebyggende metoder.

****) Lov nr. 280 af 26/5 1976 om ændring af lov

sygesikringens forhandlingsudvalg.

om sterilisation og kastration.

om sterilisation og kastration.

hedssektoren etableret et sammenhængende system af tilbud om sundhedsmæssig bistand med et udtalt forebyggende sigte, der dækker børnene op til og i visse tilfælde på den anden side den undervisningspligtige alder.

Småbørnssundhedsplejen.

Det første led i denne børnesundhedsbistand omfatter (småbørns) sundhedsplejen. Efter de herfor gældende regler*) opsøger sundhedsplejersken moder og barn snarest efter modtaget anmeldelse fra jordemoderen om fødslen. Det er i øvrigt anbefalet, at kontakt med en sundhedsplejerske tilbydes vordende modre inden fødslen. Formålet med sundhedsplejerskeordningen er i samarbejde med lægelig og social sagkundskab bl. a. at forebygge, at sygelige tilstande opstår, og medvirke til, at formodede eller erkendte trivsels- og udviklingsproblemer kommer under behandling så tidligt som muligt, således at fejludviklinger, der på et senere tidspunkt vil give sociale og/eller pædagogiske problemer, så vidt muligt undgås. I overensstemmelse hermed har sundhedsplejersken til opgave dels at give almen sundhedsvejledning til forældre, herunder oplysning om sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger, dels at yde individuel vejledning i forbindelse med observation af barnets sundhedstilstand og i tilfælde af afvigelser fra normaltilstand at formidle kontakt til lægelig eller social sagkundskab. Endelig påhviler det sundhedsplejersken at yde speciel vejledning og bistand til forældre, hvis børn har særlige behov (trivsels- og udviklingsproblemer, belastende miljøforhold m.v.). Det vil typisk dreje sig om børn med sygdomme og/eller udviklingsanomalier samt børn, der lever i belastende miljøer eller andre truende situationer, herunder misforhold mellem barnets behov for pasning og forældrenes mulighed for at yde denne, belastende familiære forhold som sygdom, dårlig økonomi etc.

Sundhedsplejersken yder sin bistand under besøg i hjemmet, og det er vejledende anslået, at der til børn under den undervisningspligtige alder gennemsnitlig aflægges 7-9 besøg, men i øvrigt efter behov.

Ud fra de nævnte vejledende besøgstal er det anslået, at der skønsmæssigt bør ansættes én sundhedsplejerske pr. 8.000 indbygere,

hvis arbejdet kun omfatter børn under den undervisningspligtige alder, og gennemsnitligt én pr. 5.000 indbyggere, hvis ordningen tillige omfatter skolebørn. Ved beregningen af en sundhedsplejerskes arbejdskapacitet må naturligvis tages hensyn bl. a. til det årlige fødselstal, befolkningens aldersfordeling og befolkningstætheden samt også arten og omfanget af de sociale og sundhedsmæssige problemer i det pågældende område.

Den tilsigtede mere behovsprægede indsats over for børn med særlige sundhedsmæssige eller sociale problemer tilsiger, at sundhedsplejerskerne har et nært samarbejde med især de praktiserende læger og skolelægerne, men tillige med en række andre sociale og sundhedsmæssige områder, såsom socialforvaltningen, hjemmesygeplejen og fødselshjælpen. Samarbejde med de praktiserende læger har imidlertid i nogen grad været vanskeliggjort, idet sundhedsplejerskerne som regel har arbejdet i geografisk afgrænsede distrikter og derfor ofte har måttet samarbejde med et meget stort antal læger. På grundlag af de i betænkning nr. 669/1973 om den stedlige social- og sundhedstjeneste («Wechselmann-betænkningen») (3) indeholdte overvejelser og forslag er det derfor i de vejledende retningslinier om sundhedsplejerskeordninger anbefalet, at der tilstræbes størst muligt sammenfald mellem lægers og sundhedsplejerskers patient/klientkredse, f. eks. således at en sundhedsplejerske i større kommuner samarbejder med 3-5 læger efter nærmere aftale, eventuelt med regelmæssig træffetid hos de praktiserende læger. Sådanne ordninger vil imidlertid normalt forudsætte en vis planlagt koncentration af lægepraksis i gruppepraksis og lignende. I kommuner, hvor social- og sundhedsforvaltningen er opdelt i geografiske områder, er det formålstjenligt, at sundhedsplejersken har klientkreds svarende til det enkelte områdes personkreds. En sådan ordning skaber grundlag for integrering og koordination af det arbejde, der udøves af de sociale medarbejdere og af sundhedsplejersken over for den enkelte klient.

I de fleste sundhedsplejerskeordninger er der i øvrigt etableret samarbejde mellem sygehusenes pædiatriske afdelinger og fødeafdelinger om børn, der indlægges. Børneafde-

lingens overlæge er i de fleste amter tilknyttet sundhedsplejerskeordningen som pædiatrisk konsulent og bistår som sådan sundhedsplejerskerne dels med mere generel vejledning, dels med afgørelse af konkrete tvivlsspørgsmål. Herudover er der mange steder etableret samarbejde mellem sundhedsplejerskeordningen og daginstitutioner, ligesom der i flere områder er etableret et nært samarbejde med særforsorgsinstitutionerne om børn, der er eller kan forventes at komme under forsorg.

Helbredsundersøgelser af børn.

Jævnsides med sundhedsplejerskeordningen er der for børn under den undervisningspligtige alder åbnet adgang til vederlagsfrit at få foretaget i alt indtil 9 forebyggende helbredsundersøgelser af en læge, heraf 3 i barnets første leveår. Det er forudsat, at disse undersøgelser foretages af barnets sædvanlige læge. Undersøgelserne foretages efter retningslinier*) fastsat af sundhedsstyrelsen i samarbejde med Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejnekommité. Der gives tillige vejledning om barnets pleje, kost og vitamintilskud.

Lovens tilbud om vederlagsfri helbredsundersøgelser af børn havde i 1972-73 en udnyttelsesgrad på 81 pct. Undersøgelsestilbuddet udnyttes (1971-72) næsten fuldt ud i barnets 1. leveår (95 pct.), men udnyttelsesgraden falder til 70-83 pct. ved 2 års alderen og ned til 30-60 pct. for de 6 årige. Tilslutningen er lavest i København (30 pct.) og i de jyske landkommuner (31 pct.). Den lave tilslutning kan i et vist omfang forklares for Københavns vedkommende, idet der er en relativ god dækning med børnehaveklasser, hvor de 6-årige undersøges i henhold til lov om skolelæger.

Vaccinationsordninger.

Herudover er der etableret forskellige vederlagsfri vaccinationsordninger, der fortrinsvis tager sigte på beskyttelse af børn.

Der er etableret frivillige, vederlagsfri vaccinationer mod difteri, stivkrampe og kighoste for alle børn under 18 år og mod polio for alle personer under 40 år. Deltagelsesprocenten i disse frivillige vaccinationer

ligger et godt stykke over 90 pct. - for oral poliovaccine dog noget lavere. Vaccinationerne foretages af de praktiserende læger og sker for børns vedkommende sædvanligvis i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser. Der er fortsat adgang til vederlagsfri, offentlig koppevaccination, selv om man har afskaffet kravet om, at ethvert barn inden det fyldte 7. år skal vaccineres mod kopper, forinden skolegang påbegyndes**).

Endelig har skolebørn ret til vederlagsfri vaccination mod tuberkulose, hvis de reagerer negativt ved den af skolelægen foretagne tuberkulinprøve.

Skolelægeordning m. v.

Ved påbegyndt skolegang, herunder børnehaveklasse, omfattes børnene af en kommunal skolelægeordning***). Denne ordning tager umiddelbart sigte på børn i den undervisningspligtige alder, men kan udstrækkes til skolebørn ud over denne alder. Skolelægen har til opgave at foretage forebyggende helbredsundersøgelser af alle skolebørn på bestemte klassetrin, børnehaveklasse, 1., 2. og 5. klasse samt i den senere klasse, efter hvilken skolepligten ophører. Skolelægen skal endvidere føre kontrol med sundhedstilstanden i skolerne og skal som nævnt tuberkuloseundersøge børnene i samarbejde med en lungeklinik. Omfanget af undersøgelserne afgøres af lungeklinikken i samarbejde med skolelægen. Med henblik på at skolelægen kan få kendskab til børnenes udvikling og eventuelle sygdomme før skolegangens begyndelse, sender skolelægen forældrene et spørgeskema og rekvirerer barnets helbreds-kort fra dettes egen læge.

Foruden helbredsundersøgelserne af alle børn på bestemte klassetrin fører skolelægen tilsyn med og foretager undersøgelser af særlige elevgrupper efter behov. Dette gælder navnlig børn, der får specialundervisning, eller som er såkaldte risikobørn, dvs. børn, hos hvem der er påvist fysiske eller psykiske sygdomstegn, som gør gentagne undersøgelser ønskelige, børn, der har vanskeligheder med undervisningen eller vanskelige hjemlige forhold, børn med hyppige forsømmelser samt børn, der på grund af adfærdsfor-

*) Sundhedsstyrelsens cirkulære af 1. december 1947.

**) Lov nr. 242 af 12/5 1976 om ændring af lov om vaccination mod kopper.

***) Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier vedrørende tilrettelæggelse af skolelægeordningen af 22. august 1972.

styrrelser eller psykiske lidelser ikke kan følge den almindelige undervisning med tilstrækkeligt udbytte.

I forbindelse med helbredsundersøgelserne påhviler det skolelægen at bidrage til den sundhedsmæssige opdragelse ved at vejlede om sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger.

Sygdomsbehandlingen er i princippet skolelægen uvedkommende. Såfremt hans undersøgelser viser, at barnet trænger til behandling, speciallægeundersøgelser o. lign., henviser skolelægen til skolebørnenes sædvanlige læge. I 1973-74 har skolelægerne undersøgt ca. 744.000 skolebørn (Børnehaveklassen til og med 10. klasse). Disse undersøgelser har givet anledning til ca. 84.200 henvisninger til egen læge/speciallæge, hvilket svarer til, at der sker henvisning for så vidt angår ca. 11,3 pct. af de undersøgte børn.

I samme periode har skolelægerne foretaget behovsundersøgelser af godt 1/4 af eleverne på de klassetrin, hvor der ikke foretages rutineundersøgelser.

Som bistand for skolelægen virker skolesundhedsplejersker, der årligt foretager visse undersøgelser, f. eks. syns- og høretest af alle skolens børn. Skolesundhedsplejen kan etableres i kombination med sundhedsplejerskeordningen, hvilket bl. a. har den fordel, at der skabes kontinuitet i vejledningen vedrørende børn under og i den undervisningspligtige alder, der har særlige sundhedsmæssige behov, således at iværksat lægelig og/eller social/pædagogisk behandling følges op.

Børnetandpleje.

Foruden skolelægeordningen omfatter den offentlige sundhedsbistand for børn tillige en vederlagsfri børnetandplejeordning for børn i den undervisningspligtige alder*). Denne ordning omfatter almene forebyggende foranstaltninger, herunder oplysningsvirksomhed m. v., som må anses for påkrævede og praktisk gennemførlige, dels individuelle forebyggende foranstaltninger, herunder instruktion i tandpleje for det enkelte barn. Herudover foretages regelmæssige tandlægeundersøgelser af tandsystemets udvikling og sundhedstilstand, samt behandling af tandsygdomme og tandstillingsfejl i

det omfang, bevarelse af tandsystemet i god funktionsdygtig stand kræver det.

Med det sigte at aflaste tandlægerne i deres kliniske og forebyggende arbejde etableredes i 1972 en uddannelse af tandplejere. Uddannelsen lagde betydeligt vægt på undervisning i forebyggelse, og tandplejerne forventedes derfor især at søge ansættelse i den kommunale børnetandpleje, hvor der var et betydeligt behov for en sådan personalekategori.

Børnetandplejeordningen er sat trinvis i kraft, således at der i 1972 startedes med børn i første skoleår, og derefter inddrages et klassetrin ekstra pr. år. Fra den 1. august 1976 omfatter børnetandplejeordningen børn i 1.-5. skoleår. I større dele af landet er der imidlertid allerede fastsat større krav. I aldersklassen 7-15 år er således 78 pct. af samtlige børn i behandling på kommunale klinikker, se også side 105 om overenskomst angående regelmæssig tandpleje for visse skolesøgende børn m. v. (refusion) og side 105 om overenskomst om forebyggende tandpleje. Det er endvidere forudsat, at der ved den forestående revision af børnetandplejelovent i 1977-78 skal overvejes, hvorvidt de da indvundne erfaringer gør det ønskeligt at medinddrage børn under den undervisningspligtige alder under ordningen. Mellem Dansk Tandlægeforening og Sygesikringens Forhandlingsudvalg er der indgået overenskomst om regelmæssig tandpleje for visse børn under den skolepligtige alder (småbørnsoverenskomsten). Ifølge overenskomsten ydes vederlagsfri tandbehandling til børn, som er fyldt 3 år, og som endnu ikke er i den undervisningspligtige alder. Børn, der har adgang til regelmæssig tandpleje på en kommunal børnetandplejeklinik, samt børn, for hvis tandbehandling en institution helt eller delvis udreder omkostningerne, er ikke omfattet af ordningen. Det er endvidere en betingelse, at den kommune, hvori barnet er hjemmehørende, har tilsluttet sig overenskomsten. Udgifterne ved ordningen betales af Den offentlige Sygesikring (3/4) og den pågældende kommune (1/4).

Efter den gældende lov kan en kommune på visse vilkår fritages for pligten til selv at indrette børnetandplejeklinikker, men skal i så fald afholde udgifterne ved børnenes tandpleje hos privatpraktiserende tandlæger.

*) Sundhedsstyrelsens vejledning om omfanget af og kravene til børnetandplejen af 28. juni 1972.

En følge af dispensationsordningen er en ret ujævn geografisk udbygning af den offentlige børnetandpleje. Tages landet imidlertid som en helhed, boede kun ca. 17 pct. af befolkningen i kommuner uden kommunal børnetandplejeklinik. Undersøgelser synes at vise, at ubehandlet caries forekommer markant hyppigere blandt børn i »dispensationskommuner« end blandt børn boende i kommuner med kommunal klinik (6). I en bedømmelse af tandplejen i kommuner, hvor der har været en dispensationsordning i 1972-73, anføres, at tandsygdommenes forekomst og udvikling generelt har været ude af kontrol, manifesterende sig i en yderligere tilvækst i mængden af ubehandlet caries som udtryk for en begrænset behandlingsindsats. Endvidere tyder resultatet af undersøgelsen på en manglende forebyggende indsats (7). Bl. a. som følge af et ønske om at få tilvejebragt yderligere erfaringsmateriale vedr. effekt og omkostninger ved børnetandpleje henholdsvis på offentlige klinikker og i private tandlægepraksis vedtog folketinget i juni 1976 en ændring af børnetandplejeloven, hvorved kommunernes adgang til at opnå fritagelse for at oprette klinikker udvidedes foreløbig til udgangen af 1981 (mod tidligere indtil udgangen af 1977). Det blev samtidig udtrykkeligt fastslået, at fritagelsen forudsætter, at såvel den forebyggende som den behandelende tandpleje udføres ligeså betryggende som i kommuner med kommunal børnetandpleje. De pågældende kommuner fremlægger for amtsrådet en plan for den kommunale kontrol hermed efter retningslinier, der fastsættes af indenrigsministeren efter forhandling med de kommunale organisationer. Amtsrådet indsender hvert år inden 1. oktober en beretning over de pågældende kommuners kontrol med børnetandplejen til sundhedsstyrelsen. I øvrigt kan indenrigsministeren efter indstilling fra sundhedsstyrelsen pålægge amtsrådet at fratage en kommune en meddelt fritagelse, såfremt forudsætningerne for fritagelsen viser sig ikke at være til stede. Denne fritagelsesbestemmelse i børnetandplejeloven skal revideres senest i folketingsåret 1980-81. De nærmere regler for denne form for børnetandpleje er fastsat ved indenrigsministeriets cirkulære af 9. september 1976 om børnetandpleje i kommuner med dispensation for bestemmelsen i børnetandplejelovens § 1, stk. 1.

Personale og udgifter.

Sundhedsplejerskeordningerne, skolelæge- og skolesundhedsplejerskeordningerne samt børnetandplejeordningerne skal etableres af primærkommunerne. De nævnte ordninger kan etableres i fællesskab mellem to eller flere kommuner. Disse ordninger indgår i de sociale udbygningsplaner.

Sundhedsplejerskeordningerne beskæftigede pr. 1. april 1975 i alt 980 personer (omregnet til heltidsbeskæftigede - bortset fra skolelæger). Heraf virkede 320 i spædbørnssundhedsplejen, 310 i skolesundhedsplejen og 350 i kombinerede ordninger. I skolelægeordningen er herudover ansat ca. 250 deltidsbeskæftigede læger og ca. 60 heltidsbeskæftigede læger. De budgetterede offentlige udgifter til sundhedsplejerskeordninger (excl. administrationsomkostninger) kan for finansåret 1976-77 anslås til ca. 90 mill. kr., hvoraf staten refunderer 50 pct. Udgifterne til aflønning af skolelægerne kan for 1976-77 anslås til ca. 22 mill. kr. (ingen statsrefusion).

I den offentlige børnetandpleje var der pr. 1. april 1975 beskæftiget i alt 2.774 personer, heraf 1.056 tandlæger. Kommunernes budgetterede udgifter til børnetandpleje, dvs. såvel driften af de kommunale klinikker, som betaling for behandling hos privatpraktiserende tandlæger udgør i 1976-77 ca. 480 mill. kr.

Udgifterne til de forebyggende lægeundersøgelser af børn afholdes af amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner uden statsrefusion. Alene amtskommunernes budgetterede udgifter hertil for 1976-77 udgør ca. 38 mill. kr.

Udgifterne til honorarerne til lægerne for vaccinationer afholdes af amtskommunerne, medens vaccinen udleveres vederlagsfrit fra statens seruminstitut. Amtskommunernes udgifter til vaccinationerne er for 1976-77 budgetteret til ca. 10 mill. kr. (ingen statsrefusion).

2.3. Hjemmesygepleje, (L 408 13/6 1973) og hjemmehjælp, (L 333 19/6 1974).

Som et supplement til den plejefunktion, som foregår i sygehusvæsenet og inden for plejhjemsområdet, og til dels også som et vist alternativ hertil er der etableret en kommunal hjemmesygeplejeordning. Efter de

herfor gældende regler*) bør denne ordning tilrettelægges med henblik på en koordination af den indsats, der ydes dels af hjemmesygeplejersker, dels af hjemmehjælpere og andre personalegrupper m. v. inden for den sociale og sundhedsmæssige sektor.

Formålet med hjemmesygeplejerskeordningen er at imødekomme behovet for sygepleje i hjemmet i tilslutning til sygdomsbehandling og optræning, således at patienter - i det omfang det er medicinsk og socialt forsvareligt - kan forblive i deres hjem under sygdom. Det tilstræbes herved samtidig at aflaste sygehusvæsenet og gennem et udbygget samarbejde mellem læge/sygehus og hjemmesygeplejerske at opnå behandlingsmæssige og samfundsøkonomiske fordele. Gennem en koordination af hjemmesygeplejerskernes og hjemmehjælpernes m. fl.'s virksomhed tilstræbes det tillige at dække behovet for omsorg af især ældre patienter og patienter med kroniske sygdomme samt handicappede og herved medvirke til, at disse kan forblive i deres eget hjem længst muligt. Dette vil samtidigt mindske behovet for institutionspladser.

I overensstemmelse med det angivne formål påhviler det hjemmesygeplejersken at udføre den af lægen ordinerede behandling og at yde sygepleje, herunder omsorg og almen sundhedsvejledning, afpasset efter den enkelte patients behov. Den kreds af patienter, som omfattes af hjemmesygeplejen, repræsenterer mange forskellige kategorier med et bredt udsnit af sygdomsgrupper. Patienter i aldersgruppen 65 år og derover udgør dog næsten halvdelen af samtlige hjemmesygeplejens patienter.

Ud over disse mere basale plejefunktioner påhviler der hjemmesygeplejersken særlige opgaver i forbindelse med hendes samarbejde med de praktiserende læger, sygehuse, jordemødrene og sundhedsplejerskerne samt hjemmehjælpere, omsorgsmedarbejdere m. fl. I takt med en forventelig udbygning af almen praksis, hvorefter undersøgelse og behandlinger i øget omfang tænkes udført uden for sygehussektoren, øges behovet for et direkte samarbejde mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken om den enkelte patients behandling og pleje.

For så vidt angår patienter, der er henvist til hjemmesygeplejersken i fortsættelse af

ambulant behandling på sygehus eller af sygehusophold vil der også påhvile hjemmesygeplejersken særlige opgaver.

I samarbejde med jordemoder og sundhedsplejerske skal hjemmesygeplejersken yde barselspleje til alle, der har født i hjemmet eller ambulant har født på sygehus eller klinik.

I sit samarbejde med hjemmehjælpere kan hjemmesygeplejersken yde disse faglig støtte og vejledning vedrørende enklere plejeopgaver, således at dette personale foruden rent huslige opgaver i et vist omfang kan imødekomme patienternes behov for pleje og omsorg.

Som et vejledende udgangspunkt for beregningen af en hjemmesygeplejerskes arbejdskapacitet er det anslået, at en hjemmesygeplejerske kan dække 4.000-5.000 indbyggere i byer og 2.500-3.000 indbyggere i landområder, dog kun under forudsætning af, at hun har adgang til at benytte bil.

Hjemmesygeplejerskens samarbejdslinier til det øvrige sundheds- og socialvæsen, der er meget afgørende for en rationel udnyttelse af denne både meget nyttige og samfundsøkonomisk hensigtsmæssige plejeordning, har tidligere givet anledning til en række problemer. I et af sundhedsstyrelsen tilvejebragt statistisk materiale om patienter tilset af hjemmesygeplejersker fra 1971 (8) påpeges således bl. a., at direkte kontakt mellem læger og sygeplejerske i forbindelse med patienternes henvisning finder sted i begrænset omfang. Af det indsamlede materiale fremgår således, at sygeplejerskerne kun har haft kontakt med læge om 38 pct. af patienterne, med sygehus om 6 pct., med socialkontor og sygekasse om 5 pct. og med andre (bl. a. jordemoder, leder af pleje- og alderdomshjem, tilsynsførende ved hjemmehjælp) om 7 pct. af patienterne. I en i 1972 afgivet betænkning om hjemmesygeplejen (9) konkluderes i overensstemmelse hermed, at den udprægede decentralisering med særskilte administrationer samt det forhold, at faglig vejledning i yderst begrænset omfang har været til rådighed for de ansatte sygeplejersker, bl. a. har haft til følge, at hjemmesygeplejens koordinering til og samarbejde med andre sociale og medicinske faggrupper hidtil har været tilgodeset i ringe omfang.

For så vidt angår samarbejdet mellem

*) Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger af juli 1974.

hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge er det særlig fremhævet fra forskellig side (10,11), at samarbejdet vanskeliggøres af, at hjemmesygeplejersken ligesom de øvrige offentligt ansatte på primærplanet i social- og sundhedsvæsenet arbejder inden for distriktsgrænser, der ikke er sammenfaldende med de praktiserende lægers patientkredse. Dette betyder, at såvel det antal hjemmesygeplejersker som det antal læger, der indbyrdes skal samarbejde, er meget stort. Der lægges derfor vægt på, at lægens og hjemmesygeplejerskens patientkredse bør være sammenfaldende.

Også spørgsmålet om det fornødne samvirke mellem hjemmesygepleje og husmoderafløsning/hjemmehjælp har givet anledning til problemer. I en betænkning om disse funktioner i Københavns kommune (12) anføres, at der savnes en planlagt koordinering af de forskellige opgaver, og kontakten mellem de involverede grupper ofte er utilstrækkelig. Endvidere anføres, at der ikke altid er mulighed for at løse grænsetilfælde, hvor der f. eks. kan være tvivl om, hvorvidt det bør være en hjemmesygeplejerske, en sygehjælper eller en hjemmehjælper/husmoderafløser, der skal hjælpe i det enkelte tilfælde.

Med henblik på at imødekomme de påpegede behov for en intensivering af samarbejdet har der rent eksperimentelt udviklet sig forskellige samarbejdsordninger rundt om i landet. I en lægepraksis med to læger i Støvring kommune har således været gennemført et samarbejde under medvirken af hjemmesygeplejerske samt en række øvrige behandlerpersoner i det primære plan, såsom sundhedsplejerske, jordemoder, familievejleder m. fl. Samarbejdet er organiseret på den måde, at hjemmesygeplejersken daglig i ca. 1 time modtager patienter, herunder også patienter fra andre læger, til behandling i lægehusets skadestue i den tid, hvor lægerne har telefontræffetid. Dette samarbejde, der bl. a. betyder, at alle samarbejdende parter benytter sig af lægehusets 3 heltidsbeskæftigede sekretærer, har givet de bedste erfaringer.

Som en konsekvens af de påpegede problemer omkring koordineringen i København af hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen blev der med virkning fra 1. april 1970 i samarbejde med sygekassens sammenslutningen etableret en forsøgsordning dækkende Sygekassen Brønshøjs geografiske område. Formålet med forsøget var dels at forbedre kvaliteten af den samlede pleje i hjemmene af syge og ældre, dels at indhente erfaringer vedrørende den administrative og praktiske gennemførelse af et koordineret system. Den daglige ledelse af forsøgsordningen blev varetaget af en ledende sygeplejerske, og det udøvende personale omfattede hjemmesygeplejersker, hjemmesygehjælpere, husmoderafløser og hjemmehjælpere samt tilsyns-

førende uden sygeplejerskeuddannelse. Alle henvendelser om rekvirering af hjemmepleje rettedes til den ledende sygeplejerske, der i samråd med hjemmesygeplejerskerne og/eller de tilsynsførende vurderede omfanget og arten af den hjælp, den enkelte patient havde behov for. Der afholdtes dagligt konferencer mellem den ledende sygeplejerske og de tilsynsførende, og endvidere deltog hjemmesygeplejerskerne med regelmæssige mellemrum. Også denne forsøgsordning har givet gode erfaringer, idet de implicerede personalegrupper har fundet, at de igennem konferencerne har fået større indsigt i patienternes helhedssituation, og at det nære samarbejde har gjort det lettere at tilpasse hjælpen efter patientens aktuelle behov. Kontakten med læger, hospitaler, plejetilsyn, socialkontor m. fl. har fungeret godt, især er der udtrykt tilfredshed med, at alle henvendelser om hjælp skal rettes til samme kontor.

Under henvisning til det påpegede behov for en intensivering af samarbejdet mellem hjemmesygeplejerskerne og den øvrige del af social- og sundhedsvæsenet og til de erfaringer, der er indhøvet fra de ovennævnte forsøgsordninger m. fl., fandt *Wechselmannudvalget* (3) det nødvendigt, at den fremtidige planlægning i amterne for den primære sundhedstjeneste og socialtjeneste bør fremme en udvikling henimod fælles patient/klientkredse. Udvalget understreger dog, at der her må være tale om en gensidig tilpasning mellem almen lægepraksis og de øvrige sundheds- og socialforanstaltninger.

Endelig peger *Wechselmannudvalget* på, at en forudsætning for gennemførelse af overvejelser om at overføre en større del af det lægelige arbejde fra sygehusene til praksissektoren bl. a. vil være, at der også gennemføres et udvidet samarbejde mellem sygehuse og hjemmesygeplejersker med henblik på at skabe en større kontinuitet i patientplejen før og efter indlæggelsen.

De ovennævnte synspunkter i *Wechselmannudvalgets* betænkning er i vidt omfang lagt til grund i *sundhedsstyrelsens retningslinier af juni 1974* for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger. Retningslinierne påpeger bl. a., at et direkte samarbejde med lægerne i den primære sundhedstjeneste, eventuelt med regelmæssig træffetid og adgang til at benytte lokale hos disse til behandling af oppegående patienter, vil medvirke til en bedre udnyttelse af såvel lægens som hjemmesygeplejerskens viden og arbejdskraft, en bedre koordinering af lægernes og hjemmesygeplejerskernes indsats og igennem samarbejdet en øget viden om pati-

enterne og dermed bedre betingelser for at tilrettelægge en hensigtsmæssig behandling og pleje samt give en ensartet vejledning. Sundhedsstyrelsen tilråder endvidere, at hjemmesygeplejerskerne placeres i kommunens social- og sundhedsforvaltning. Herved kan hjemmesygeplejersken få lokale fællesskab sammen med sundhedsplejersker, hjemmehjælpere, omsorgsmedarbejdere og rådgivergrupper samt mulighed for samarbejde med disse personalegrupper.

I sundhedsstyrelsens retningslinier skitseres endelig forskellige samarbejdsformer mellem hjemmesygeplejersken og sygehusene med henblik på etablering af størst mulig kontinuitet i patientbehandlingen. Der henvises til omtalen af dette emne under afsnittet om sygehusrvæsenet side 124. Sundhedsstyrelsen påpeger endelig, at erfaringerne har vist, at en effektivisering af hjemmesygeplejerskeordningen gennem udbygning af samarbejdet, især med lægerne og sygehusene, bedst lader sig gennemføre, hvor der er ansat en ledende sygeplejerske til at varetage den daglige ledelse af ordningen.

I en anmeldelse og kommentar (13) til den såkaldte kommuneinformation nr. 6 om kommunens social- og sundhedsforvaltning, udgivet af Kommunernes Landsforening i oktober 1973, er det imidlertid påpeget, at de vanskelige problemer om at skabe det størst mulige patientfællesskab mellem den offentlige primære sundhedstjeneste og praksisområdet ikke i alle tilfælde vil være løst ved en geografisk opdeling i social- og sundhedsforvaltningen. Der peges i denne forbindelse på, at man i en kommune, Roskilde, har søgt at løse klient/patientfællesskabsproblemet ved at patienterne/klienterne henføres til det offentligt ansatte sundheds- og socialpersonale på basis af patienternes/klienternes lægevalg.

I en mere integreret hjemmeplejeordning indgår som foran påpeget foruden hjemmesygeplejerskerne tillige den etablerede *hjemmehjælpsordning*. Tidligere opererede man med to begreber: 1) husmoderafløsning, der i en kortere periode blev ydet for at varetage en husmoders normale opgaver i forbindelse med sygdom, fødsel og rekonvalescens og 2) hjemmehjælp, der skulle yde bistand til invalide- og folkepensionister, der havde brug for mere varig hjælp. Ved bistandsloven (lov nr. 333 af 19. juni 1974) er fra 1. april 1976 de to hjælpeopgaver slået sammen til

én, hjemmehjælpsordningen. Der skelnes dog fortsat mellem midlertidig og varig hjemmehjælp og hovedmålgruppen for de to former for hjemmehjælp svarer til henholdsvis den tidligere husmoderafløsningsordning og den tidligere hjemmehjælpsordning. Det må imidlertid understreges, at hjemmehjælp ikke tænkes forbeholdt objektivt afgrænsede befolkningsgrupper, som f. eks. ældre, men ydes efter de førnævnte behovskriterier. Såfremt der i et hjem er behov for hjemmehjælp, men det sociale udvalg ikke kan stille den nødvendige bistand til rådighed, kan der i stedet ydes dækning af udgifter til hus-hjælp, som familien selv antager. Det tilstræbes herved, at modtageren så vidt muligt stilles, som om der var ydet egentlig hjemmehjælp. Det er dog understreget, at sådanne ordninger kun bør anvendes undtagelsesvis, idet der ellers kan være risiko for, at det, som skulle være en egentlig serviceydelse, i mange tilfælde bliver til en blot og bar pengehjælp, hvorved der ikke sikres befolkningen en bistand i hjemmet (14).

Ansættelse som hjemmesygeplejerske er betinget af, at den pågældende er autoriseret sygeplejerske. Endvidere bør ansøgeren have klinisk erfaring i praktisk sygeplejerskearbejde, fortrinsvis inden for langtidsmedicinsk og psykiatrisk sygepleje.

For hjemmehjælpernes vedkommende er det i bistandsloven fastsat, at de skal være uddannet til at varetage dette hverv. Denne uddannelse består af et grundlæggende teoretisk kursus af 6-7 ugers varighed (20 undervisningstimer) og omfatter en række praktiske fag som f. eks. kostlære, tøjreparation, sygdomslære, sygepasning, barnepleje m. v.

Såvel hjemmesygeplejerskeordningen som hjemmehjælpsordningen skal *etableres af primærkommunerne*, og begge ordninger indgår i de sociale udbygningsplaner.

I hjemmeplejen var der pr. 1. april 1975 beskæftiget ca. 2.400 hjemmesygeplejersker, medens der under hjemmehjælpsordningen var beskæftiget ca. 27.800 husmoderafløserne og hjemmehjælpere.

Udgifterne ved både hjemmesygepleje og hjemmehjælpsordningen påhviler primærkommunerne, men der ydes 50 pct. statsrefusion af disse udgifter excl. administrationsudgifter. De samlede udgifter til hjemmepleje er for finansåret 1976-77 budgetteret til ca. 180 mill. kr., medens udgifterne til husmoderafløsning og hjemmehjælp i

samme finansår er budgetteret til ca. 1,1 mia. kr.

2.4. Almen lægepraksis.

Medens der for de foran beskrevne kommunale og amtskommunale sundhedsordninger foreligger udførlige regelsæt med fastlæggelse af målsætning og funktioner m. v., savnes tilsvarende, mere sammenfattende officielle beskrivelser af *den alment praktiserende læges opgaver*. I lovgivningen benyttes alene mere abstrakte begrebsangivelser såsom »lægegerning«, »lægehjælp« o. l. En beskrivelse af den praktiserende læges virksomhed må derfor i stedet bygge på de eksisterende sporadiske bestemmelser i speciallove samt uledes af fast indarbejdede arbejdsprocesser og funktionsdelinger inden for sundhedsvæsenet.

I et af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) iværksat udvalgsarbejde om den primære lægetjenestes målsætning og udvikling (15) er formålet med den praktiserende læges arbejde formuleret således:

a. at tage sig af personer, der henvender sig fordi de ikke føler sig raske. I dette arbejde diagnosticerer lægen så langt hans medicinske uddannelse rækker. I det omfang hans viden ikke rækker, henviser han til relevant ekspertise med henblik på i samarbejde med denne at nå frem til den rigtige diagnose og behandling. Slår hans tekniske muligheder ikke til, henviser han til teknisk assistance på centrallaboratorium, røntgenafdeling, patologisk institut m. v.

b. endvidere udfører lægen et profylaktisk arbejde i forhold til enkeltpersoner. Det vil navnlig sige de generelle og specielle helbredsundersøgelser og vaccinationer, der ved lov eller aftale er henlagt til alment praktiserende læger.

Det kan også medvirke til at belyse den alment praktiserende læges centrale funktion at påpege, at gruppe 1-sikrede (ca. 90 pct. af alle sygesikrede) ikke kan få vederlagsfri lægehjælp fra praktiserende speciallæge inden for sygesikringen, med mindre der foreligger henvisning fra den alment praktiserende læge, at behandling på sygehus - bortset fra skadestuebehandling og visse tilfælde af akut modtagelse — kun ydes efter henvisning fra praktiserende læge, at de fleste lægemidler kun kan udleveres fra apotek til patient på grundlag af recept udstedt af læge eller tandlæge (omsætningen

af receptmedicin til enkeltpersoner udgjorde i 1974 770 mill. kr. eller 64 pct. af den samlede apoteksomsætning), samt at så godt som al lægelig behandling udover speciallæge- og sygehusbehandling varetages af den praktiserende læge.

Behandling hos en praktiserende fysioterapeut og bistand af de kommunale hjemmesygeplejersker sker normalt efter henvisning fra den praktiserende læge, ligesom attester og erklæringer fra ham er af væsentlig betydning for anbringelse på plejehjem, ydelse af invalidepension og for opnåelse af en lang række andre rettigheder (f. eks. sygedagpenge).

Den praktiserende læge kan, som det engang er udtrykt (16), ansues som den centrale figur, der møder befolkningens sygdomsreaktioner og for så vidt administrerer dem. Denne centrale placering har den praktiserende læge især i kraft af sin *henvisnings- (visitations-) og ordinationsret*, hvis udøvelse spiller en ganske afgørende rolle for anvendelsen af det samlede sundhedsvæsen og tilgrænsende sociale områder og dermed også for ressourceforbruget inden for hele dette felt. Det afgørende for anvendelsen af denne henvisningsret er i princippet alene den enkelte læges faglige kompetence, idet henvisning til anden - mere specialiseret - behandling forudsætter, at hans egen kompetence er udtømt. På tilsvarende måde er ordination af lægemidler i realiteten overladt til lægens frie faglige skøn, omend der i henhold til lægeloven gælder en almindelig forpligtelse til at vise omhu og samvittighedsfuldhed bl. a. ved økonomisk ordination af lægemidler.

I den mere generelle karakteristik af den alment praktiserende læges virksomhed må også indgå, at han - bortset fra de ved lov og andre retsforskrifter til lægepraksis henlagte profylaktiske foranstaltninger, jfr. foran - efter de hidtil gældende sygesikringsoverenskomster i princippet ikke varetager mere generelle forebyggende opgaver. Dette må ses på baggrund af, at den finansiering af udgifterne til lægebesøg, som sygekasserne har stået for indtil 1973, og som efterfølgende er overtaget af den offentlige sygesikring, har været præget af forsikringsbetonede synspunkter, der navnlig tog sigte på dækning af udgifter til behandling af opstået sygdom og sygdomssymptomer. Efter sygesikringsloven er der dog intet til hinder for, at det profylaktiske arbejde inddrages under

sygesikringens ydelser. Den landsoverenskomst om almen lægegerning, som er indgået mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) og PLO med virkning fra 1. april 1976*) omfatter som noget nyt vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder.

Den alment praktiserende læges funktioner kan også belyses gennem omfanget og arten af de kontakter, han har med sine patienter, idet det må erindres, at lægen alene yder bistand efter henvendelse fra patienterne. Ifølge en i 1971 foretaget stikprøveundersøgelse blandt den voksne befolkning i Roskilde (17) havde ca. 1/3 af samtlige svarpersoner haft lægekontakt i løbet af en måned, og det samlede antal lægekontakter i den pågældende måned svarede til 6,0 lægekontakter pr. voksen på årsbasis (4,2 for mænd og 7,3 for kvinder). Undersøgelsen viste endvidere, at 75 pct. af alle lægekontakterne fandt sted i lægens konsultation. Hjemmebesøg udgjorde 6 pct. og telefonkonsultationer 17 pct.

Årsagerne til *kontakterne fra patient til læge* (»det indadgående kontaktmønster«) og den alment praktiserende læges kontakter til andre dele af sundhedsvæsenet og det sociale område i anledning af patienthenvendelser (»det udadgående kontaktmønster«) er søgt belyst i en i 1972 foretaget undersøgelse (18). Det fremgår bl. a. af denne i øvrigt næppe ganske repræsentative, men efterfølgelsesværdige undersøgelse, at patientkontaktens årsager - i øvrigt med større eller mindre afvigelser hos de enkelte i undersøgelsen deltagende 80 praktiserende læger - fordelte sig således på de på forhånd opstillede 9 forskellige årsagsmuligheder:

| Årsager | Pct.**) |
|-----------------------------------|---------|
| Somatiske | 70,1 |
| Psykiske | 10,3 |
| Sociale | 1,8 |
| Vaccination | 4,0 |
| Børneundersøgelse | 3,7 |
| Graviditetsundersøgelse | 1,8 |
| Receptfornyelse | 24,1 |
| Attest | 3,2 |
| Antikonception | 2,4 |
| Andet | 0,1 |

*) Overenskomsten er ikke godkendt af socialministeren.

***) Patienter, der har henvendt sig til lægen af flere af de nævnte årsager, er medregnet hvert sted.

****) De små tal for indlæggelse i hospital kan være påvirket i ikke ringe grad af, at akut indlæggelse uden for normal arbejdstid (foretaget af lægevagten) ikke er medregnet.

Det fremgik endvidere af undersøgelsen, at 40,3 pct. af patientkontakterne betegnede en ny episode, medens 54,3 pct. var led i løbende behandling eilet kontrol, og 6,4 pct. uoplyst. Det var alene inden for de somatiske patientkontaktårsager, at der var en overvægt af nye episoder, medens der inden for de psykiske og sociale var en tydelig overvægt af kontakter som led i en løbende behandling eller kontrol.

For så vidt angik *den udadgående kontakt fra praktiserende læge* i forbindelse med patienthenvendelserne viste undersøgelsen, at der for hver 100 patienthenvendelser var 72,9 udadgående kontakter. Kontakthypighederne fordelte sig procentvis således på de neden for angivne 8 sektorer:

| | Pct. |
|--|------|
| Receptudstedelse | 55,4 |
| Speciallæge | 4,4 |
| Socialforvaltningen (bortset fra hjemmehjælp og husmoderafløsning) | 2,9 |
| Røntgenundersøgelse | 2,7 |
| Hospital: indlæggelse***) | 1,5 |
| ambulatorie | 1,0 |
| Laboratorium | 2,3 |
| Kolleger (på hospital eller i praksis) | 0,7 |
| Andre | 2,1 |

Undersøgelsen viste, at kontaktprocenten er stigende med urbaniseringsgraden, især med hensyn til kontakt til speciallæge. Endvidere er der lidt større tendens til hospitalsindlæggelse og benyttelse af laboratorium, jo højere urbaniseringsgraden er.

En sammenholdelse af patientkontaktens årsager med udadgående kontakter viste sammenfattende, at sociale patientkontaktårsager bevirkede i 64,5 pct. af tilfældene kontakt til den sociale sektor. Somatiske eller psykiske patientkontaktårsager medførte kun i henholdsvis 21,6 pct. og 23,7 pct. af tilfældene en kontakt udadtil, for de somatiske tilfældes vedkommende hyppigst til speciallæge og for de psykiske oftest til den sociale sektor. Det udadgående kontaktmønster varierede imidlertid meget fra læge til læge, hvorfor det tilsyneladende var ret individuelt, hvilke kontakter den enkelte læge har. Det var ikke muligt at konstatere en generel forskel i det udadgående kontaktmønster for sololæger i forhold til gruppelæger. Der var visse fællestræk for læger med samme urbaniseringsforhold, muligvis på grund af ensartede betingelser

med hensyn til muligheden for at komme i kontakt med de forskellige sektorer.

Ved vurderingen af omfanget af udadgående kontakter (excl. receptudstedelse) må det erindres, at en del af de udadgående kontakter alene foretages i diagnostisk øjemed, således at patienten fortsat henhører under en praktiserende læges ansvarsområde. I øvrigt viste undersøgelsen, at 41,9 pct. af de praktiserende lægers kontakt uadtil var skriftlig, 26,7 pct. var telefonisk, og kun yderst få skete ved personlig kontakt eller i konferenceform.

Fra forskellig side er der udtrykt visse forbehold over for undersøgelsesresultatet. Det er således påpeget (19), at de angivne årsager til patientkontakt alene belyser de deltagende lægers evne til at skønne og ikke de deltagende patienters behov, og at der som følge af lægernes uddannelse og erfaring kan opstå visse skævheder i årsagsgrupperingen i retning af bl. a. en overvurdering af de somatiske årsager. Fra anden side (20) er fremhævet, at undersøgelsen viste en så stor spredning i de enkelte lægers vurdering af årsagerne til patienthenvendelserne (eksempelvis 0-13 pct. sociale årsager), at værdien af årsagsgrupperingen i totalmaterialet måtte være tvivlsom. Et erfaringsmateriale, der kan danne udgangspunkt for en politisk vurdering af, hvorledes social- og sundhedsvæsenet skal udvikles, måtte i stedet baseres på epidemiologiske undersøgelser, som ikke bare drejer sig om et enkelt organs kontaktepisodes, men om en persongruppes helbredsforløb.

Forholdet patient-læge har per tradition hvilet på *familielægeprincippet*. Dette princip bygger på et varigt læge/patientforhold, der dels kan skabe grundlag for et tillidsforhold mellem patient/læge, dels sikre lægen et generelt kendskab til patientens (familiens) sundhedsmæssige og sociale forhold. Herigennem får lægen et bredere grundlag for vurdering af patientens situation og behov for bistand, samtidig med at der sikres kontinuitet i patientbehandlingen. Dette familielægeprincip, der dels har frembudt økonomiske fordele i retning af en begrænsning af en række overflødige undersøgelser ved mere tilfældige patientkontakter til forskellige læger, dels har dannet grundlag for en registreringsordning, hvorpå sygekassernes og nu sygesikringens honorarordning med lægerne hviler, tilskyndes fortsat af sygesikringsordningen. Efter denne ordning gælder der ganske vist frit lægevalg, men de gruppe 1-sikrede kan kun — med mindre særlige forhold foreligger - skifte læge én gang årligt og skal tilmeldes én bestemt læge, og

kan kun opnå vederlagsfri speciallægehjælp efter henvisning fra egen læge. De kollegiale vedtægter for lægerne medvirker også til en styrkelse af familielægeprincippet, idet bl. a. fremmede læger ved tilkaldelse under familielægens forfald pålægges at indskrænke sig til at foretage det i den givne situation nødvendige og i øvrigt overlade den videre behandling til patientens egen læge. Efter de kollegiale vedtægter for udøvelse af speciallægevirksomhed fremgår endvidere, at den behandlende speciallæge ikke uden den henvisende læges samtykke må henvise patienten til behandling hos andre læger, og at han, så snart specialbehandlingen ophører, skal overlade patientens videre behandling til den henvisende læge. I forskellige udvalgsarbejder vedrørende den fremtidige udformning af almen praksis (10,15) slutes der fra lægelig side op om familielægeprincippet, dog med mindre modifikationer bl. a. under hensyntagen til nyere praksisformer.

På forskellige punkter har udviklingen dog i nogen grad ført til visse udhulinger af familielægeprincippet. For det første har dette princip ikke direkte været fastlagt i sygesikringsordningen for de gruppe 2-sikrede, der frit kan vælge læge og direkte henvende sig til praktiserende speciallæge. Efter at de hidtidige indtægtskriterier pr. 1. april 1976 er blevet ophævet til fordel for en ordning, hvorefter de sikrede frit kan vælge imellem fri lægehjælp (gruppe 1-sikrede) og en refusionsordning (gruppe 2-sikrede) er antallet af gruppe 2-sikrede imidlertid faldet fra ca. 20 pct. til ca. 10 pct. af samtlige sikrede.

En anden afvigelse fra familielægeprincippet skyldes, at de alment praktiserende lægers arbejde for sygesikringen i store geografiske områder er begrænset til dagarbejdstiden uden for weekends, således at lægebetjening uden for disse tidsrum dækkes af *særlige vagtlægeordninger*, der i vidt omfang bestrides af yngre hospitalslæger uden nogen daglig forbindelse med familielægen. Af en undersøgelse fra 1970-71 (21) fremgår, at $\frac{1}{6}$ af det totale antal lægevagtslæger udgøres af yngre læger, og i mange regioner er lægevagtsbehovet 100 pct. dækket af yngre læger, og minimalt varetages $\frac{2}{3}$ af lægevagtsbehovet af yngre læger. Denne deltagelse i lægevagtsarbejdet fra de yngre lægers side har en sammenhæng med den stagnation i tilgangen til praksis, der har været gældende i en årrække indtil ca. 1970. Da

en sådan »fremmed« lægebetjening, oveni- købet af hyppigt skiftende læger, indebærer åbenbare risici for kommunikationssvigt i forhold til patientens egen læge og i øvrigt manglende kontinuitet i forhold til eksisterende patientbehandling, er hele lægevagtt- problemet et af de punkter, der naturligt må indgå i overvejelserne om den fremtidige lægetjenestes udformning. I de lægelige or- ganisationers forslag til den fremtidige ud- formning af almen praksis (10,15) peges der også samstemmende på, at der i forbin- delse med anvendelse af samarbejdspraksis åbnes mulighed for, at de i samarbejdet del- tagende læger på skift bestrider lægevagten (eller at der i hvert fald er en fast kontaktt- mand mellem praksis og lægevagterne).

Det må fremhæves, at den ovennævnte undersøgelse, der er meget gammel, omfatter hele landet, dvs. også Københavns-området, hvor lægevagttbetjeningen næsten udeluk- kende sker ved yngre læger. Af sygesikrings- statistikken for 1974-75 fremgår, at 64 pct. af ydelserne i lægevagttidsrummet uden for København og Frederiksberg gives af de praktiserende læger, medens 36 pct. præste- res af yngre læger.

Den igennem de sidste årtier stedfundne bredere anvendelse af *samarbejdspraksis* med mere eller mindre fælles patientkreds har også i nogen grad ændret læge-patient- tilknytningen i forhold til familielægeme- nstret. I en undersøgelse (22) af klientellets ønsker om læge-patienttilknytning i en kom- pagniskabspraksis gav 23 pct. udtryk for ønsket om enkeltpraksis, 70 pct. accepterede gruppepraksis, men heraf ønskede 26 pct. fast læge og 18 pct. ønskede en fast læge ved mere indviklede problemer og ingen bestemt læge i øvrige (banale) tilfælde. I øvrigt viste undersøgelsen, at der med stigende alder var en klar tendens til at foretrække enkeltlæge fremfor gruppepraksis. Herudover fremgik, at 79 pct. ønskede konsultation efter aftale, medens 16 pct. ikke ønskede forudgående aftale.

Efter sygesikringens regler har gruppe 1- sikrede som anført adgang til vederlagsfri lægehjælp ved den alment praktiserende læge, hos hvem vedkommende er tilmeldt. Den sikrede vælger læge for ét år ad gangen. I Københavns-området har den sikrede ad- gang til frit lægevalg blandt de i en storkreds ansatte læger, men — i mangel af særligt ønske - med automatisk tilhørsforhold til

den læge, i hvis kreds den sikrede er bosat. Uden for Københavnsområdet har den sik- rede ret til frit valg blandt praktiserende læger inden for en afstand af 10 km. fra bopælen, dog således at den pågældende uanset afstand mindst kan vælge mellem to læger. Børn følger forældrene, og det forud- sættes, at samboende normalt vælger samme læge. I kompagniskabspraksis kan de sik- rede normalt kun vælge kompagniskabet som sådant. Gruppe 2-sikrede har adgang til frit valg af alment praktiserende læge i hvert enkelt tilfælde. Lægens honorar for ydelser til gruppe 2-sikrede er ikke overenskomst- reguleret, og honorarfastsættelsen er i prin- cippet fri. Det offentlige yder dog et tilskud til patientens behandlinger m. v. af samme størrelse som for gruppe 1-sikrede, således at den gruppe 2-sikrede alene betaler dif- ferencebeløbet. Det fremgår af en af amts- rådsforeningen foretaget undersøgelse, at i et af hovedstadsamtterne udgør honorarerne for de hyppigste ydelser vedrørende almen læge- hjælp til gruppe 2-sikrede i gennemsnit godt 60 pct. mere og i et jysk amt 44 pct. mere end taksten for gruppe 1-sikrede. I lov om priser og avancer er der hjemmel til at fast- sætte maksimalpriser for bl. a. lægehonorar- er, men denne hjemmel er hidtil ikke an- vendt.

Med hensyn til *praksisstørrelse* gælder efter overenskomsten angående lægegering i Københavns-området, at overenskomstområ- det inddeles i storkredse, og i hver storkreds ansættes så mange kredslæger, at det sam- lede antal for storkredsen svarer til en kredslæge for hver ca. 1.325 sikrede. Rent faktisk er antallet i dag dog ca. 1.425. Efter overens- komsten standser den automatiske tilgang, når patienttallet 1.325 nås, men ved de sik- redes frie valg kan kredslægen få tilført sik- rede op til et samlet antal tilmeldte på 2.200. Yderligere tilgang kan kun finde sted, så- fremt lægen i hvert enkelt tilfælde skriftligt samtykker heri og medfører ikke yderligere honorar til lægen, men i stedet til et fond. For de uden for Københavns-området prakti- serende læger sker der en automatisk luk- ning for tilmelding af gruppe 1-sikrede, når praksis er nået op på 1.900 gruppe 1-sik- rede. Endvidere kan en praktiserende læge forlange lukning for tilgang, når der er mere end 1.200 tilmeldte gruppe 1-sikrede. Læger, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte patienter end 1.200, kan søge sam-

arbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede, dog ikke under 400.

Ifølge praksisoplysninger 31. december 1975 (23) androg *det samlede antal alment praktiserende læger* 2.417 og det gennemsnitlige antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. læge var 1.275. Den typiske praksis i København omfattede fra 1.200-1.599 gruppe 1-sikrede og i det øvrige land fra 1.000-1.399 gruppe 1-sikrede. Med hensyn til lægedækningen af landets forskellige områder viser praksisoplysningerne, at det største antal gennemsnitligt tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. læge androg 1.446 i Ribe amt, og det mindste antal gennemsnitligt tilmeldte var 1.072 på Bornholm.

I et protokollat til landsoverenskomsten af april 1976 er aftalt, at antallet af læger pr. 1. september 1976 fastsættes til ikke under 2.300. Efter det oplyste er dette mål opfyldt godt og vel, således at antallet af sikrede pr. læge er faldet tilsvarende siden opgørelsen af 31. december 1975.

Til belysning af omfanget af lægernes arbejde kan nævnes, at det gennemsnitlige antal årlige ydelser pr. gruppe 1-sikret uden for København i 1974-75 var 6 (18). Efter den foran omtalte stikprøveundersøgelse vedr. lægekontaktfrekvens (Roskilde by) gav en praksis med 1.500 voksne patienter (herunder også gruppe 2-patienter) gennemsnitlig 38 patientkontakter med voksne pr. hverdag (bortset fra lørdage), heraf 29 konsultationer, 7 telefonkonsultationer og 2 hjemmebesøg.

De indtil 1. december 1976 gældende *uddannelseskrav til alment praktiserende læger* omfattede foruden bestået lægevidenskabelig kandidateksamen 24 måneders sygehustjeneste samt et teoretisk kursus af 120 timers varighed. Efter den med virkning fra 1. december 1976 gennemførte ændring af lægeloven skal de lægevidenskabelige kandidater gennemgå en praktisk klinisk videreuddannelse af 18 måneders varighed, hvoraf de 6 måneder kan bestå i tjeneste som reservelæge hos en alment praktiserende læge for den offentlige sygesikring, for at opnå tilladelse til selvstændigt virke som læge. Hidtil har alment praktiserende læger imidlertid anvendt i gennemsnit 5½ år i sygehusvæsenet før nedsættelse i almen praksis, og for at sikre en tilstrækkelig uddannelsesmæssig standard af læger, der skal virke i almen praksis for den offentlige sygesikring, vil det

efter den 1. december 1976 være en betingelse for at kunne virke som alment praktiserende læge for den offentlige sygesikring, at lægen har opnået sundhedsstyrelsens tilladelse til at betegne sig som alment praktiserende læge. For at opnå ret til at betegne sig som alment praktiserende læge, skal lægen have gennemgået en uddannelse af 18 måneders varighed udover turnusuddannelsen på 18 måneder, samt deltaget i et teoretisk kursus af 1 måneds varighed. I den i alt 36 måneders uddannelse indgår 12 måneders ansættelse som reservelæge eller amanuensis hos en alment praktiserende læge for den offentlige sygesikring. Denne 3-årige uddannelse er i overensstemmelse med det af speciallægekommisionen stillede forslag (24), men herudover har speciallægekommisionen i samme betænkning stillet forslag om uddannelseskrav til et speciale i almen medicin, indeholdende et 5-årigt uddannelsesforløb.

I henhold til landsoverenskomstens § 8 nedsættes et landsbedømmelsesudvalg bestående af en formand, 3 medlemmer udpeget af Sygesikringens Forhandlingsudvalg og 3 medlemmer af Praktiserende Lægers Organisation. Formanden udpeges efter indstilling fra sundhedsstyrelsen.

Efter overenskomstens § 9 fastsætter landsbedømmelsesudvalget de generelle uddannelseskrav for de læger, der skal kunne virke i almen praksis inden for overenskomsten. Landsbedømmelsesudvalget kan endvidere bl. a. afgive udtalelse til brug ved bedømmelsen af den enkelte læge, der ønsker at nedsætte sig i almen praksis. Overenskomsten åbner således mulighed for, at overenskomstens parter vil kunne aftale strengere uddannelseskrav end fastsat af indenrigsministeriet som beskrevet ovenfor.

Almen lægepraksis uden for Københavnsområdet fremtræder i princippet som *et liberalt erhverv*. Ganske vist kræver nedsættelse efter den pr. 1. april 1976 ikrafttrådte overenskomst tilladelse fra de i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4, nedsatte fællesudvalg (efter annoncering og vurdering af de enkelte lægers kvalifikationer), men der er ikke etableret noget ansættelsesforhold og dermed følgende opsigelighed. Omkostningerne ved etablering af praksisfaciliteter, herunder bl. a. for goodwill, påhviler alene lægen, lige såvel som han kan afhænde goodwill ved ophør af praksis. Handel med good-

will er dog til en vis grad reguleret ved overenskomsten. Det er endvidere lægens eget ansvar at tilrettelægge og afvikle arbejdet og styre de hermed forbundne omkostninger. Inden for sygesikringens afstandsgrænser på 10 km, er der også »fri konkurrence« om patienterne, omend med visse honorar-reduktioner til følge ved overskridelse af et nærmere fastsat maksimum og i øvrigt under regulering af visse kollegiale vedtægter. For så vidt angår praksis under Københavner-overenskomsten er der tale om et egentligt ansættelsesforhold og visse maksimale grænser for patientantal til den enkelte praksis, men bortset herfra gælder det foranførte om lægernes eget ansvar for praksis-faciliteter og omkostninger m.v. Lægen modtager dog et fast beløb (25 pct. af grundlønnen) til dækning af praksisomkostninger.

I en betænkning fra maj 1976 om tilrettelæggelse af almen praksis, afgivet af et udvalg nedsat af Praktiserende Lægers Organisation (25), argumenteres imod offentlig ansættelse af praktiserende læger. Det anføres bl. a., at offentlig ansættelse næppe i sig selv vil fremme almen praksis' samarbejde med sygehusvæsenet og socialforvaltningerne eller give bedre mulighed for at styre lægernes arbejdsmængde og omkostningerne vedr. almen praksis. Derimod kan offentlig ansættelse føre til kødannelse for patienterne, og det vil blive vanskeligere eller umuligt at opnå, at samme læge følger patienten gennem den enkelte sygdomsperiode.

Gennem sygesikringen og bl. a. særskilt honorering af de profylaktiske undersøgelser, der er henlagt til den alment praktiserende læge, finansierer det offentlige imidlertid den helt overvejende del af de praktiserende lægers virksomhed. Herudover afholder det offentlige i øvrigt stort set alle udgifter ved de andre sundhedsordninger, som den praktiserende læge i sit arbejde kan trække på, såsom sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, speciallæger, sygehuse og plejehjem. Det siger derfor sig selv, at det offentlige omvendt må sikre sig, at almen lægepraksis er i stand til at yde den fornødne lægebetjening af befolkningen samt, at der etableres de mest rationelle former for samarbejde mellem praksisområdet og de øvrige dele af sundhedsvæsenet med henblik på den mest rationelle ressourceanvendelse. Almen lægepraksis' status som liberalt erhverv må derfor ansues med visse modifikationer.

Med hensyn til spørgsmålet om almen praksis' fortsatte status som liberalt erhverv har der fra lægelig side været givet udtryk for forskellige opfattelser. I det af Foreningen af yngre Læger i 1971 foranledigede udvalgsarbejde om den praktiserende læges stilling i fremtidens sundheds- og socialvæsen (10) giver udvalget således udtryk for, at en fortsættelse af almen praksis i sin nuværende form, bl. a. med fri nedsættelsesret, køb og salg af praksis og selvfinansiering af lokaliteter, dels ikke er forenelig med den af udvalget opstillede model (et socialt sundhedsmæssigt team på primærplanet), dels i det hele taget vil stille sig hindrende i vejen for planlægning og udbygning af den primære sundhedstjeneste. Udvalget peger derfor på, at det offentlige må overtage det eksisterende praksisvæsen og anfører, at den samlede good-will-værdi kan anslås til ca. 400 mill. kr. Heroverfor fremhæver det af PLO foranledigede udvalgsarbejde om den primære lægetjenestes mål-sætning og udvikling fra 1971, at praksis fortsat bør udøves som liberalt erhverv, men finder det ikke muligt at overse, om eksistensen af good-will i forbindelse med almen praksis vil virke frem-mende, neutralt eller hæmmende på mulighederne for, at almen praksis udvikles i overensstemmelse med udvalgets forslag om samarbejdspraksis.

Under behandlingen af spørgsmålet om sygesikringsoverenskomsternes henføring under den i foråret 1975 gennemførte krise-lovgivning gav såvel sygesikringens forhandlingsudvalg som de fire forhandlingsberettigede organisationer (Dansk Tandlægeforening, Danske Fysioterapeuter, Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af Speciallæger) udtryk for, at organisationernes overenskomstsmæssige tilknytning til den offentlige sygesikring kan sidestilles med et ansættelsesforhold (26). Der henvistes herved til den siden den offentlige sygesikrings etablering stadigt stigende offentlige styring af sygesikringsområdet. Sundhedsstyrelsen, sikringsstyrelsen, indenrigsministeriet og socialministeriet tilsluttede sig de anførte betragtninger om den tættere tilknytning mellem de praktiserende læger, tandlæger og fysioterapeuter og det offentlige social- og sundhedsvæsen og det ønskelige i etableringen af det tættere samarbejde mellem sygesikringen og organisationerne, der er tilstræbt i de senere år. Monopoltilsynet fandt, at overenskomsten om almen lægepraksis i hovedstadsområdet faldt uden for avancestoploven, medens de øvrige overenskomster var omfattet af denne lov.

Selve *organisationsformen for almen praksis* har i de seneste årtier ændret sig væsentlig fra næsten udelukkende at have været solopraksis til nu i vidt omfang at

| | København | Uden for København | I alt |
|---------------------------------------|-----------|-----------------------|-------|
| Antal læger i enkeltmandspraksis .. | 242 | 874 | 1.116 |
| Antal læger i gruppepraksis | 84 | 252 | 336 |
| Antal læger i kompagniskabspraksis | | 965 | 965 |
| | 326 | 2.091 | 2.417 |

være samarbejdspraksis enten i form af kompagniskabspraksis eller gruppepraksis. Medens lægegerningen i solopraksis udøves af enkeltperson uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi, indebærer kompagniskabspraksis, at praksis drives af to eller flere læger med fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale. Som en mellemform benyttes gruppepraksis, hvor praksis drives i samarbejde mellem flere solo- og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientkreds, hvorom der findes et vist samarbejde og med fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale.

I ovenstående tabel er vist de praktiserende lægers fordeling på de forskellige praksisformer ultimo 1975.

Det fremgår af skemaet, at 54 pct. af samtlige læger nu arbejder i samarbejdspraksis (gruppe- og kompagniskabspraksis), men samarbejdspraksis har fortrinsvis fundet udbredelse uden for København.

Såvel Praktiserende Lægers Organisation (15) som Foreningen af yngre Lægers praksisudvalg (10) og tillige Wechseltmann-udvalget (3) har anset etablering af samarbejdspraksis som et ubetinget gode. Af en af Foreningen af yngre Læger og Praktiserende Lægers Organisation foretaget praksismotivationsenquete i 1972 (27) fremgår i øvrigt klart, at yngre læger (kandidataldersgrupper fra 1966, 1968 og 1971) for 93 pct. vedkommende finder, at samarbejdspraksis er den ideelle praksisform, og et flertal foretrækker et fællesskab om faciliteter, men hver sine patienter.

Under henvisning til de omfattende økonomiske krav, som finansiering af etablering af lægehuse vil stille i fremtiden, ikke mindst hvis der skal indbygges udvidelsesmuligheder i huset og afsættes plads til offentligt ansat sundhedspersonale, er der rejst spørgsmål om kommunal finansiering af lægehuse (28). I en analyse af *fordele og ulemper ved solopraksis kontra samarbejdspraksis* (29),

der ikke indeholder en stillingtagen til den ene praksisform frem for den anden, fremhæves som samfundsmæssige fordele ved samarbejdspraksis, at en sådan praksisform vil kunne styrke tilgangen af læger til almen praksis, lette samarbejdet med sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker m. fl., frembyde mulighed for øgede forundersøgelser og efterbehandling af hospitalspatienter og sikre en øget kontinuitet i behandling af patienter under de enkelte lægers ferie, sygdom, efteruddannelse samt i forbindelse med en vagtordning. Endelig kan der i samarbejdspraksis foretages uddannelse af studenter og yngre læger. Solopraksis kan omvendt på en lettere måde indgå i praksisplanlægning i udbyggede byområder og kan være en mere fleksibel organisationsform i byområder med befolkningstilvækst. Endvidere vurderes de forskellige praksisformer dels ud fra patient-, dels fra lægelige perspektiver. Fra et patientperspektiv fremhæves navnlig samarbejdspraksis' muligheder for øgede undersøgelses- og behandlingsmuligheder og omvendt solopraksis' muligheder for et mere tæt patient-lægeforhold.

I lyset af den øgede anvendelse af gruppepraksis har der af et af Praktiserende Lægers Organisation og Dansk Selskab for almen Medicin foranlediget udvalgsarbejde været foretaget en undersøgelse (31) af problemer og forholdsregler i forbindelse med stigende *laboratorievirksomhed i almen praksis*. Som udgangspunkt for arbejdet er erkendt, at stigende modernisering af almen praksis og specielt gruppepraksis i moderne lægehuse har medført stigende muligheder for at udvide laboratorieaktiviteten. Samtidig har stigende krav til det diagnostiske arbejde i almen praksis og hensynet til den mindst mulige belastning af patienternes tid også peget på det ønskelige i, at mest muligt af det lægelige arbejde placeres på stedet i den primære lægetjeneste. Indledningsvis understreger udvalget, at der ved en isoleret økonomisk vurdering af ud-

gifterne ved analysearbejdet ikke er nogen besparelser ved at lade visse undersøgelser foregå i praksislaboratorier - snarere tværtimod. Sygehusbudgetter vil ikke blive aflastet derved. De eventuelle besparelser for patienten og et deraf følgende undgået indtægtstab og produktionstab, samt mindre transportudgifter. I vurderingen indgår tillige at sygehusvæsenets klinisk-kemiske afdelingers analysekapacitet er praktisk taget ubegrænset i relation til behovet i almen praksis. Forudgående prøvetagning på sygehuslaboratoriet på fremmødte patienter er derimod såvel et spørgsmål om personalekapacitet som et praktisk, lokalemæssigt og tidsmæssigt problem. Det anbefales derfor, at stigende behov for klinisk-kemiske afdelingers assistance til almen praksis imødekommes ved indsendelse af analysmateriale udtaget af praksis. Alle forhold taget i betragtning findes en øget laboratorieaktivitet i almen praksis dog ønskelig, men således at der for mere komplicerede laboratorieundersøgelser tilvejebringes fornøden kvalificeret konsulentbistand, og at kvalitetskontrollen udføres i samarbejde med den lokale klinisk-kemiske afdeling. I kommentarer til betænkningen er der fra forskellige sider taget forbehold om forskellige punkter i konklusionerne.

Med udgangspunkt i, at almen praksis for fremtiden bør etableres som samarbejdspraksis, er det, såvel i Wechselsmann-udvalget (3) som i det af Praktiserende Lægers Organisation foranledigede udvalgsarbejde vedrørende den primære lægetjenestes mål-sætning og udvikling (15), konkluderet, at det vil være nødvendigt at iværksætte en *landsomfattende praksisplanlægning*.

Med henblik på at tilvejebringe et bedre grundlag for en sådan praksisplanlægning nedsatte Praktiserende Lægers Organisation i 1971 et udvalg (PLM-udvalget) til udarbejdelse af en praksisplanlægningsmetode. Dette udvalg har udarbejdet forskelligt vejledende materiale vedrørende praksisplanlægning (31). Heri indgår også en redegørelse for, hvorledes en videregående praksisstyring kan ske henholdsvis ved kollegiale vedtægter, overenskomster eller offentlige indgreb (32).

I de senere år er herefter på initiativ af lægekredsforeningens praksisudvalg og un-

der vejledning af Praktiserende Lægers Organisation iværksat en konkret praksisplanlægning i en række amter, f. eks. Århus amt (33).

Spørgsmålet om en mere generel planlægning af almen lægepraksis har i de senere år trængt sig på med øget styrke også af hensyn til den nødvendige samordning og samarbejde mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed. Det var i høj grad dette samordnings-hensyn, der lå bag den offentlige sygesikrings henlæggelse i 1973 til amtskommunerne, der i forvejen forestår sygehusvæsenet og den sammenfattende planlægning af den lokale social- og sundhedsmæssige virksomhed. Såvel i indenrigsministeriets vejledende retningslinier fra 1971 for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning som i socialministeriets vejledning om udbygningsplaner på det sociale og sundhedsmæssige område fra 1974 er understreget nødvendigheden af, at der ved de forskellige planlægningsordninger tages hensyn til samarbejdet med de praktiserende læger. De problemer af strukturmæssig og organisatorisk art, der eksisterer i samarbejdet mellem de praktiserende læger og de øvrige dele af sundhedsvæsenet, jfr. nærmere nedenfor, understreger kun med al tydelighed nødvendigheden af en nøje planlægning af praksisområdet. I de af de lægelige organisationer foranledigede udvalgsarbejder (10,15) om almen praksis' fremtid er også meget kraftigt peget på det afgørende nødvendige i, at bl. a. sygehusplanlægningen og praksisplanlægningen koordineres.

Med den pr. 1. april 1976 ikrafttrådte landsoverenskomst vedrørende almen lægegering*) er etableret et system, der indebærer en pligt til i hver amtskommune at foretage en praksisregulering og en praksisplanlægning under offentlig medvirken.

Praksisregulering indebærer en inddeling af den enkelte amtskommune i praksisområder, inden for hvilke der er en væsentlig sammenhæng mellem de enkelte lægers arbejdsmængde. Overenskomsten indeholder regler om klassifikation af områderne som åbne eller lukkede for tilgang og om virkningerne heraf samt om praksisstørrelse og regulering heraf.

Overenskomstens bestemmelser om *prak-*

*) Overenskomsten er ikke godkendt af socialministeren.

sisplanlægning bestemmer, at der for hver amtskommune skal udarbejdes en praksisplan for udviklingen på området inden for en nærmere fastsat periode, f. eks. 5 eller 10 år. I disse praksisplaner forudsættes der taget hensyn til andre områder inden for sundheds- og sociale sektoren, f. eks. sygehusplanlægningen, de sociale og sundhedsmæssige udbygningsplaner m. v. Der skal endvidere ved fastlæggelsen af praksisformer tages hensyn til at sikre befolkningen frit lægevalg.

Kompetencen på de nævnte områder er for så vidt angår praksisregulering henlagt til de overenskomsthjemlede samarbejdsudvalg bestående af 3-4 medlemmer af de i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2, nedsatte udvalg og et tilsvarende antal repræsentanter for de praktiserende læger, medens praksisplanlægningen er henlagt til de i henhold til lovens § 23, stk. 4, nedsatte udvalg, hvor også speciallæger og yngre læger kan være repræsenteret.

Endvidere er der tillagt landssamarbejdsudvalget forskellige kompetencer. Det er således en gyldighedsbetingelse for de lokalt udarbejdede praksisområdeinddelinger og for de af § 23, stk. 4-udvalgene udarbejdede praksisplaner, at de godkendes af landssamarbejdsudvalget, der endvidere har kompetence til at udstede generelle retningslinier herfor.

I kapitel V (side 308 ff.) findes en nærmere beskrivelse og vurdering af landsoverenskomstens regler om praksisregulering og planlægning.

Med den centrale placering den alment praktiserende læge har i sundhedsvæsenet og med den adgang til ved sin visitations- og ordinationsret at trække på sundheds- og socialvæsenets forskellige dele, har spørgsmålet om *den praktiserende læges samarbejde med de øvrige dele af sundhedsvæsenet og socialvæsenet* en overordentlig væsentlig betydning for funktionerne inden for disse områder. Det er derfor et emne, der har været genstand for megen overvejelse og spekulation, og som også volder vanskeligheder. I en vurdering af status med hensyn til almen praksis' samarbejde med de øvrige dele af sundhedsvæsenet udtales således bl. a. i den af Foreningen af yngre Lægers praksisudvalg i 1971 afgivne betænkning: Den praktiserende læges stilling i fremtidens sundheds- og socialvæsen (10):

»Koordinationen med de andre dele af sundheds- og socialvæsenet er yderst mangelfuld. På primærplanet arbejder sundhedsplejerske, hjemmesygeplejerske og familievejleder hver efter deres distriktsgrænser, medens de praktiserende lægers patientkreds er defineret på anden måde. F. eks. kan en sundhedsplejerske i Odense have patienter fra op til 43 forskellige læger.«

»Også koordinationen mellem de praktiserende læger og hospitalsvæsenet er mangelfuld. Det vil være velkendt, at der ofte ytres utilfredshed både med de praktiserende lægers indlæggelsesprocedure og hospitalernes udskrivningsprocedure, som medfører unødigt mange indlæggelsesdage og manglende kontinuitet i behandlingen før, under og efter hospitalsindlæggelse. I mange specialer er det urimeligt vanskeligt for de praktiserende læger at trække på den specialviden, som findes på hospitalerne, og hospitalerne har i al for ringe grad mulighed for at udnytte den viden, den praktiserende læge har om patienten. En stor del af forundersøgelser- og efterbehandlingsambulatoriernes virksomhed skyldes formentlig kommunikationsvanskeligheder mellem de praktiserende læger og hospitalerne. Med centraliseringen af hospitalsvæsenet vil de uheldige virkninger af den svigtende kommunikation øges.«

De således påpegede vanskeligheder med hensyn til *samarbejdet med den lokale sundheds- og socialsektor* har været behandlet i en række udvalgsbetænkninger (3, 10 og 15). Samstemmende er understreget nødvendigheden af, at der i højere grad tilvejebringes overensstemmelse mellem lægernes og det offentligt ansatte sundhedspersonales (hjemmesygeplejerske, sundhedsplejerske og jordemødre) patientkredse samt de sociale forvaltningers (herunder eventuelle rådgivningsgrupper) geografiske virkeområder. Et middel hertil kan være, at der via praksisplanlægningen sigtes mod en koncentration af lægerne i samarbejdspraksis, og at der i øvrigt i videst muligt omfang arbejdes med distriktsafgrænsede befolkningsgrupper.

Det må dog understreges, at spørgsmålet om etablering af patientsammenfald, f. eks. mellem alment praktiserende læge og sociale rådgivergrupper, endnu indeholder en række uafklarede problemer, der må finde en praktisk løsning (27). Endvidere er der stillet forslag om et vist lokalefællesskab mellem

praktiserende læger og øvrige sundheds- og socialpersonale, spændende fra oprettelse af egentlige sociale-sundhedsmæssige teams inden for fælles bygningsmæssige rammer til mere løse samarbejdsformer, hvor der åbnes mulighed for, at det offentlige sundhedspersonale kan få en vis konsultationsvirksomhed i lægehuse.

For så vidt angår samarbejdet til kommunernes socialforvaltning forventes et øget behov for gensidig bistand mellem praktiserende læger og de sociale forvaltninger. På denne baggrund er det i Wechselsmann-udvalgets betænkning (3) anbefalet, at dermed hensyn til lægelig bistand i den enkelte sag etableres et samarbejde mellem patientens egen læge og den sociale forvaltning, medens behov for en mere generel lægelig bistand for den sociale forvaltning kan dækkes gennem tilknytning af en lægekonsulent. Udvalget finder det rigtigst, at et sådant konsulentarbejde bør udføres af læger, der fortsat virker som praktiserende læge. Fra lægelig side (13) kan man ganske tilslutte sig forslaget om en øget bistand fra almen praksis i de konkrete sager. I det omfang der ansættes lægekonsulenter ved kommunernes socialforvaltning fremhæves, at konsulenterne kun bør beskæftige sig med almene og generelle problemer inden for kommunernes socialforvaltninger. Man finder, at der med en mere udbredt anvendelse af lægekonsulenter vil være en risiko for, at konsulenterne indskydes som et mellemlid mellem det sociale rådgivningspersonale og klientens egen læge med deraf følgende blokering af den direkte kommunikation mellem den praktiserende læge og socialforvaltningen. Dette spørgsmål er taget op af Kommunernes Landsforening (34), hvis bestyrelse finder, at der i enhver social- og sundhedsforvaltning vil være et behov for en lægelig rådgivende bistand. Om denne lægelige rådgivningsbistand skal tilvejebringes gennem en fast lægekonsulent, eller det skal ske på anden måde, må forventes at blive forskelligt fra kommune til kommune. Det er i øvrigt oplyst, at samarbejdet mellem kommunernes social- og sundhedsforvaltning og de alment praktiserende læger til en vis grad har været hæmmet af spørgsmålet om lægernes honorering for medvirken heri. Der er imidlertid i juli 1976 indgået overenskomst mellem Praktiserende Lægers Organisation og Kommunernes Landsforening om løn- og ansættelsesvilkår for

ikke-tjenestemandsansatte lægekonsulenter i kommuner (uden for hovedstadsområdet). Endvidere indeholder den pr. 1. april 1976 ikrafttrådte landsoverenskomst vedrørende almen lægegerning takster for alment praktiserende lægers bistand til kommunernes socialforvaltninger (socialmedicinsk samarbejde).

Med hensyn til *samarbejdet med sygehusvæsenet* har et af foreningen af sygehusoverlæger i provinsen og Praktiserende Lægers Organisation i fællesskab nedsat udvalg (35) i 1971 konkluderet, at der er et behov for et øget samarbejde mellem hospitaler og almen praksis om patienten både før, under og efter indlæggelsen. Man vil anbefale, at den alment praktiserende læges undersøgelsesmæssige kapacitet udnyttes i nært samarbejde med de tværgående specialer og den afdeling, der skal modtage patienten til indlæggelse. På den måde undgår man, at sundhedstjenesten inden for og uden for hospitalerne bliver to skarpt adskilte områder, selv om de undersøger og behandler samme patient. Dette samarbejde bør fortsætte efter patientens udskrivning, og gøres funktionsdygtigt gennem regelmæssige personlige og faglige kontakter mellem lægerne på hospitalerne og de alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger i hospitalets opland.

Af en af udvalget foretaget enquete vedrørende eksisterende samarbejdsformer fremgik bl. a., at systematiske forsøg på at koordinere patientbehandlingen på hospitaler og i praksis, opstille fælles retningslinier og afstikke kompetenceområder kun fandtes enkelte steder.

I erkendelse af, at et af de vigtigste områder i samarbejdet om patienten mellem hospitalsafdeling og praktiserende læge er forundersøgelsen og indlæggelsen af den ikke akutte patient, søgte udvalget særligt at vurdere anvendelsen af *forundersøgelsesambulatorium contra såkaldt koordineret forundersøgelse*. Forundersøgelsesambulatoriet er en institution under sygehusvæsenet, hvor patienten kan blive undersøgt ambulant, efter at der i forvejen er indsendt indlæggelseseddell fra patientens egen læge (lukket ambulatorium). Ved koordineret forundersøgelse forstås, at den praktiserende læge foretager forundersøgelsen i nært (koordineret) samarbejde med den enkelte hospitalsafdelings læger. Om forundersøgelsesambu-

latorier anfører udvalget, at oprettelsen er økonomisk kostbar, og at man må forudse stigende udgifter, efterhånden som forundersøgelsesambulatoriet fungerer. Det forudses ligeledes, at oprettelse af forundersøgelsesambulatorier i større målestok vil have uheldige konsekvenser for den praktiserende læges arbejde. Det påpeges således navnlig, at oprettelse af sådanne ambulatorier kan friste den praktiserende læge til at kaste en række opgaver, navnlig kirurgiske, fra sig under indtryk af den lette adgang til ambulatoriet, og at denne udvikling vil kunne medføre, at den praktiserende læges undersøgelsesmæssige moral efterhånden lider skade, og at hans evner i retning af dybere diagnostik forringes. Endelig vil forundersøgelsesambulatoriet som al anden institutionsbehandling ikke være ønskværdig for forbrugerne, dvs. patienterne. Om koordineret forundersøgelse anføres, at en sådan ordning vil være billig for samfundet, idet man udnytter eksisterende muligheder. Ordningen vil samtidig være tilfredsstillende såvel for patienten som for den praktiserende læge. Man har særlig rejst spørgsmålet, om der kan spares væsentlig mere tid under indlæggelsen ved det ene system frem for ved det andet, og om der spildes væsentlig mere tid for patienten ved forundersøgelse ved det ene end ved det andet system. Begge spørgsmål besvares benægtende. Der peges imidlertid på, at det er muligt, at en kort indlæggelse med et koncentreret undersøgelsesprogram var at foretrække. Spildet af arbejdstimer ville sandsynligvis blive mindre, og indlæggelsen ville eventuelt kunne foregå på hotel eller lignende (»Daghospital«), hvilket under alle omstændigheder er billigere end hospitalisering.

Konklusionen af den nævnte betænkning og herunder anbefalingen af anvendelse af koordineret forundersøgelse tiltrædes også af et af lægeforeningens hovedbestyrelse nedsat udvalg (36) i dets i 1971 afgivne betænkning om den ambulante virksomhed ved sygehusene og andre institutioner. Dette udvalg finder, at ambulatorievirksomhed ved sygehusene i det væsentlige bør indskrænkes til undersøgelse og behandling, der kræver særlig indsigt og/eller instrumentarium, som kun findes ved sygehusene, eller som er motiveret i et ønske om hjemsendelse af sygehuspatienter inden færdigbehandling fra sygehuset, eller som er af særlig viden-

skabelig interesse for sygehusafdelingen. Udvalget opstiller som forudsætning, at der ikke er rekrutteringsproblemer til almen- og speciallægepraksis samt at alle specialer - også de tværgående - har overenskomst med sygesikringen.

Udvalget anbefaler i øvrigt, at man må arbejde henimod en *skadestuevirksomhed i den primære lægetjeneste*, således at en række mindre skader fuldt tilstrækkeligt kan færdigbehandles her. Det er udvalgets opfattelse, at en sådan skadestuevirksomhed må kunne udbygges i takt med, at lægehusene udbygges. Man henviser til, at det har været urimeligt ressourcekrævende for sygehusvæsenet, at de helt åbne skadestuer har skullet modtage patienter selv med småskrammer. Denne opfattelse deles af en betænkning om Storkøbenhavn (37), i hvilken der foreslås, at de praktiserende læger opretter selvstændige skadestuer til behandling af lettere skadetilfælde.

I de tidligere nævnte betænkninger (10, 15) om almen praksis' fremtidige udformning er det samstemmende understreget, at etablering af lægehuse vil give almen praksis et væsentligt styrket grundlag for i samarbejde med sygehusvæsenet at påtage sig koordineret forundersøgelse, som betænkningen gerne i princippet tilslutter sig.

Som en udbygning af det foreslåede samarbejde ved koordineret forundersøgelse, der navnlig tager sigte på patienter, der skal indlægges, har Foreningen af yngre Lægers praksisudvalg (38) i øvrigt foreslået, at der også ydes almen praksis speciallægebistand fra sygehusene ved behandling af patienter, der ikke nødvendigvis skal indlægges. Man har herved henvist til en i England med held forsøgt ordning, hvorefter »consultants« fra regionens sygehus med mellemrum kommer til lægehuset.

Forholdet mellem alment praktiserende læger og sygesikringen, hvorpå det økonomiske grundlag for almen praksis i det væsentlige hviler, reguleres ved overenskomster, der afsluttes mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (amtsrådsforeningen og København/Frederiksberg) og skal godkendes af socialministeren. I overenskomsterne fastsættes de nærmere vilkår, herunder sygesikringens betaling til lægerne, for ydelserne til de sygesikrede.

Uden for Københavns-området betales dels et basishonorar for hver tilmeldt gruppe

1-sikret (omfatter ikke børn under 16 år). Basishonoraret pr. år pr. tilmeldt patient androg pr. 1. oktober 1976 90,56 kr. Herudover honoreres de enkelte ydelser (konsultationer m. v.) med ydelseshonorar. Visse særlige ydelser (mindre operationer o. l.) honoreres ekstra med tillægsydelseshonorarer. Ved konsultation uden for træffetid og sygebesøg anmeldt efter kl. 9,00 betales endvidere et særligt skånetillæg. Endelig har de læger, der har påtaget sig praksis for den offentlige sygesikring, og som deltager i en godkendt vagtordning med et patientunderlag på under 10.000 gruppe 1-sikrede, ret til et vagtberedskabshonorar.

Bag denne vederlæggelsesform, der indfortes ved landsoverenskomsten af 1961, lå en målsætning om, at der for dagarbejde med konsultation, sygebesøg, tillægsydelser m. m. skulle være balance mellem det udbetalte basishonorar og ydelseshonorarerne. Med de dengang aftalte ydelseshonorarer og dertil svarende basishonorarer i dagarbejdstiden ville læger, der i gennemsnit havde 1.280 A-medlemmer, få en nettoindtægt for den del af deres dagarbejde, der var sygekassepraksis, svarende til kontorchefflønningen i staten (lønramme 36). Ved landsoverenskomsten af april 1976 er dette princip søgt opretholdt, idet det samtidig er forudsat som udgangspunkt for fastsættelsen af basishonorarets størrelse, at det af sygesikringen for et regnskabsår samlede udbetalte beløb til basishonorarer svarer til det til enhver tid for samme regnskabsår udbetalte beløb til grundydelseshonorarer med skånetillæg m. v.

I Københavns-området er den årlige aflønning ud fra en gennemsnitspraksis på 1.325 gruppe 1-sikrede fastsat til statens 36. lønramme plus forskellige tillæg for den del af lægens dagsarbejde, der er praksis for den offentlige sygesikring. Der gives ikke ydelseshonorarer for sygebesøg i arbejdstiden, når sygebesøget ydes af egen læge.

Antallet af hovedydelser i almen praksis i 1974-75 uden for Københavns-området fremgår af nedenstående skema, side 99.

Oversigten omfatter kun gruppe 1-sikrede og som anført ikke Københavns-området, idet lægerne dér aflønnes væsentligst med fast løn, hvorfor antallet af enkeltydelser er ukendt.

Hertil kommer tillægsydelserne, f. eks. særlige undersøgelser, operationer m. m., der udgjorde ca. 3 pct. og laboratorieydelserne, der udgjorde ca. 12 pct. af det samlede antal ydelser, og som tilsammen androg i alt 2.941.802 ydelser.

Sygesikringens samlede udgifter til almen lægehjælp, der afholdes af amtskommunerne, androg i 1974-75 ca. 900 mill. kr. Herudover afholdt amtskommunerne i 1974-75 ca. 75 mill. kr. (budgetskøn) til de lovbefalede profylaktiske undersøgelser.

Som vederlag for dels lægeerklæringer i forbindelse med ansøgning om førtidspension, erstatning, dagpenge, underholdshjælp m. m., dels lægetilsyn, lægeerklæringer, behandlinger m. v. i forbindelse med institutionsophold samt for lægekonsulentvirksomhed i forbindelse med den administrative sagsbehandling er under socialministeriets område yderligere betalt ca. 54,5 mill. kr. til praktiserende læger og speciallæger under ét.

2.5. Speciallægepraksis.

Praktiserende speciallæger yder - hver inden for deres speciale - ambulante speciallægehjælp til ikke-sygehusindlagte patienter i form af diagnostik og behandling.

Den *praktiserende speciallæges funktion* kan anskues som et supplement til den alment praktiserende læges virksomhed og dermed en styrkelse af praksisområdet og samtidig en aflastning*) af speciallægefunktionen i sygehusvæsenet.

Betegnelsen speciallæge er efter lægelovens § 4 forbeholdt de læger, som efter indstilling af specialistnævnet har opnået sundhedsstyrelsens tilladelse til denne betegnelse inden for et af de af indenrigsministeriet godkendte specialer (for tiden 32). Det er imidlertid ikke alle specialer, der er egnede til at udøve praksis i. Som eksempler herpå kan nævnes klinisk mikrobiologi og klinisk blodtypeserologi. Som traditionelt velegnede praksisspecialer kan fremhæves øjenssygdomme, øre-næse-halssygdomme samt hud- og kønssygdomme. Foruden øjenlæger og øre-, næse- og halslæger er der mellem sygesikringen og Foreningen af Speciallæger indgået overenskomst, der berører langt de fleste specialer, herunder intern medicin, ki-

*) En sådan aflastning kan dog ikke konstateres generelt, f. eks. ikke i Københavns amt, hvor en høj dækning af praktiserende speciallæger ikke har forhindret en høj indlæggelseshyppighed.

Uddrag af Sygesikringsstatistik 1974-75, udgivet af Sygesikringens Forhandlingsudvalg (39).

| | Inden for dagarbejdstiden | | Uden for dagarbejdstiden | | I alt | |
|---------------------------|---------------------------|------|--------------------------|------|------------|-------|
| | | Pct. | | Pct. | | Pct. |
| Konsultationer | 10.379.757 | 68,0 | 374.542 | 2,5 | 10.754.299 | 70,5 |
| Telefonkonsultationer | 933.325 | 6,1 | 97.674 | 0,6 | 1.030.999 | 6,7 |
| Receptfornyelse | 2.062.599 | 13,5 | 11.697 | 0,1 | 2.074.296 | 13,6 |
| Besøg | 929.598 | 6,1 | 470.538 | 3,1 | 1.400.136 | 9,2 |
| I alt | 14.305.279 | 93,7 | 954.451 | 6,3 | 15.259.730 | 100,0 |

rurgi, gynækologi/obstetrik, hudsygdomme, fysiurgi, psykiatri og patologi. I oversigten side 104 er givet forskellige oplysninger vedrørende speciallægepraksis baseret på Sygesikringens Forhandlingsudvalgs statistik for 1974-75. Som det vil ses, var der i alt tilmeldt 1.404 speciallægepraksis til sygesikringen, incl. øjenlæger og øre-næse-halslæger. De i antal praksis stærkest repræsenterede speciallæger var kirurgerne (362), øre-næse-halslægerne (199), psykiaterne og neurologerne (192), medicinerne (168) samt øjenlægerne (133). Det bemærkes, at fuld-tidspraksis er hyppigst inden for øjenlæge- og øre-næse-halslægefagene.

Gruppe 1-sikrede har efter henvisning fra alment praktiserende læge ret til vederlagsfri speciallægehjælp ved behandling eller undersøgelse hos speciallæger, der har tiltrådt en eksisterende overenskomst for det pågældende speciale. Sker behandling hos speciallæger, inden for hvis specialer der ikke findes godkendt overenskomst, yder sygesikringen både for gruppe 1- og 2-sikrede tilskud med $\frac{4}{5}$ af regningens beløb, dog inden for visse maksimale beløb såvel pr. konsultation som inden for et samlet tidsrum.

For så vidt angår speciallægehjælp — bortset fra øjenlæge og øre-næse-halslæge - gælder der efter overenskomst visse begrænsninger med hensyn til antal konsultationer. En henvisning omfatter således for de fleste specialers vedkommende maksimalt honorering af 6 konsultationer, men hvor såvel speciallægen som den alment praktiserende læge anser en fortsat behandling for lægeligt nødvendig, vil speciallægebehandlingen dog undtagelsesvis kunne fortsætte ud over begrænsningen. For specialerne psykiatri og neuromedicin kan der dog under ingen om-

stændigheder ej heller ved fornyet henvisning honoreres mere end henholdsvis 15 og 12 konsultationer inden for 12 på hinanden følgende måneder.

Gruppe 2-sikrede har ret til tilskud fra den offentlige sygesikring ved behandling eller undersøgelse hos speciallæge uden henvisning fra alment praktiserende læge. Tilskuddet svarer til det beløb, som sygesikringen skulle have afholdt for tilsvarende behandling til gruppe 1-sikrede.

For at kunne opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge og dermed *ret til at udøve praksis inden for specialet* kræves, at den pågældende skal have autorisation som læge og endvidere have gennemgået en klinisk videreuddannelse af for tiden mindst 6 års varighed (varierer noget inden for de forskellige specialer). I tilknytning til den kliniske uddannelse skal lægen have gennemgået et af sundhedsstyrelsen godkendt teorikursus. Den kliniske uddannelse skal omfatte en almen uddannelse af mindst 2 års varighed samt en hoveduddannelse på mindst 3 år på hospitalsafdelinger, der dækker selve specialet, og normalt en sideuddannelse af mindst 1 års varighed på en afdeling, hvis fagområde har nær tilknytning til specialet. Endelig kræves det, at lægen i mindst 1 år af hoveduddannelsen skal være ansat som 1. reservelæge. Speciallægeuddannelsens kliniske del er således alt overvejende en specialiseret sygehusuddannelse.

Medens der tidligere har været en vis mangel på speciallæger (40) som følge af den beskedne tilgang af medicinske kandidater og de stadigt mere specialiserede opgaver i sygehusvæsenet i det sidste 10-år med deraf følgende øget normering af overlæger (fastansatte speciallæger i sygehusvæsenet),

fremgår det af en opgørelse over lægernes beskæftigelse, november 1974 (41), at en konstateret stigning fra 1972 til 1974 i antallet af færdiguddannede speciallæger, ansat i underordnede sygehusstillinger, kan være udtryk for overproduktion af speciallæger af en størrelse, der inden for visse specialer betragtes som foruroligende, især hvis det ikke blot er en temporær foreteelse.

Det nævnte uddannelsesforløb, der i overvejende grad sigter mod en chefstilling (overlæge) i sygehusvæsenet, samt en vis mangel på speciallæger indtil de senere år er formentlig til dels forklaringen på det omfattende personsammenfald, der i dag kan konstateres mellem de sygehusansatte og de praktiserende speciallæger. Af det samlede antal praktiserende speciallæger på ca. 1.500 er således kun ca. 450 heltidsbeskæftiget, medens resten er ansat i sygehusvæsenet og driver speciallægepraksis som deltidsbeskæftigelse. Af en af speciallægernes praksisudvalg i 1972 foranstaltet enquete (42) fremgik, at i København driver 54 pct. og i provinsen 68 pct. af sygehusoverlægerne speciallægepraksis. Speciallægepraksis drives i øvrigt ganske overvejende som enkeltmandspraksis.

På grundlag af enqueten (42) kunne speciallægepraksis opdeles i 4 grupperinger efter det omfang, hvori de blev drevet på deltid. En gruppe praksis, der omfattede anæsthesiologi, klinisk kemi, medicinske lungesygdomme, neurokirurgi, plastikkirurgi, radioterapi og tropemedicin, blev således drevet næsten 100 pct. som deltidspraksis. En anden gruppe, hvortil hørte fysiurgi, intern medicin, almen kirurgi, ortopædisk kirurgi, patologi og pædiatri, blev for 90 pct. vedkommende drevet som deltidspraksis. En tredje gruppe, hvor omkring 66 pct. blev drevet som deltidspraksis, omfattede kardiologi, røntgendiagnostik, gynækologi, neurologi og psykiatri. Endelig var der en gruppe med 33 pct. deltidspraktiserende, hvorunder hørte de klassiske praksisspecialer, dermatovenerologi (hud- og kønssygdomme), oftalmologi (øjensygdomme) og otologi (øre-næse-halssygdomme). Det gennemsnitlige ugentlige patienttal pr. læge androg i den første gruppe 10, i gruppe 2 24, i gruppe 3 39 patienter og i gruppe 4 177 patienter.

Det er i øvrigt et karakteristisk træk, at speciallægepraksis i ret udbredt omfang drives fra lokaler på sygehusene. Dette skyldes, at overlæger i henhold til deres ansættelsesvilkår har ret*) til at udøve conciliar praksis og til specialkonsultation, som ikke med-

fører betaling pr. indskrevet patient, men alene pr. undersøgelse eller behandling. De nævnte regler giver overlægen ret til i et nærmere begrænset omfang at holde konsultation på sygehuset og benytte et vist apparatur samt ret til bistand fra sygehusansatte funktionærer (sygeplejerske, sekretær m. v.) i vedkommendes normale arbejdstid. For udnyttelse af de pågældende faciliteter skal overlægen betale en afgift, der nærmere fastsættes efter forhandling med sygehusudvalget. Af den før nævnte enquete fremgik, at i København har 66 pct., i provinsen 91 pct. af de praktiserende overlæger praksis på afdelingen.

Endelig fremgik af enqueten (42), at der var tale om en meget usædvanlig geografisk dækning af landet med praktiserende speciallæger. 5 amter manglede således dækning i 10 specialer og derover, medens 8 andre amter manglede dækning af 5-10 specialer, røntgendiagnostik incl.

Den *praktiserende speciallæges funktionelle placering i sundhedsvæsenet* i dag kan ses som resultatet af en afbalancering af en lang række forskellige, til dels modstående hensyn.

Hensynet til at styrke praksisområdet og dermed undgå unødvendig hospitalsindlæggelse har således motiveret til anerkendelse af, at speciallægehjælp kan ydes inden for sygesikringen (43). Omvendt har ønsket om at fastholde familielægeprincippet som det bærende grundlag for den primære lægetjeneste motiveret kravet om, at speciallægen kun bør træde i virksomhed efter en henvisning fra den patienten nærmeststående lægelige rådgiver, den alment praktiserende læge. Herved tilgodeses også, at den mere specialiserede bistand kun påkaldes, når der ud fra almenlægens vurdering er behov herfor. Med henblik på at undgå overforbrug af speciallægebistand fra den praktiserende læges side er der som omtalt endvidere inden for sygesikringen fastsat visse begrænsninger af speciallægebistanden, der kun kan overskrides, hvis såvel den praktiserende læge som speciallægen finder dette lægeligt nødvendigt.

Set fra sygehusvæsenets side kan etablering af speciallægepraksis som nævnt åbne mulighed for en aflastning gennem en be-

*) Regler om klassificering af og særlige ansættelsesvilkår for tjenestemandansatte overlæger ved amtskommunale sygehuse m. v. § 8.

grænsning af de indlæggelser, der alene er motiveret i, at den alment praktiserende læges diagnosticeringsmuligheder er udtømte.

Den foran omtalte aftalebestemte ret for sygehusoverlægerne til at praktisere fra sygehuse kan muligvis bl. a. ses på denne baggrund.

Ved siden af den ambulante virksomhed, som den praktiserende speciallæge har udøvet i sin praksis, er der imidlertid også i stadig stigende omfang etableret en ambulante funktion i selve sygehusvæsenet. Denne ambulante sygehusfunktion, der normalt udøves i form af forundersøgelser- og efterbehandlingsambulatorier, må ses på baggrund af dels ændrede behandlingsforløb, dels det stadig stigende pres på hospitalssenge, de voksende ventelister samt de stærkt øgede udgifter ved oprettelsen og driften af hospitalssenge.

Denne *parallelle ambulante funktion* henholdsvis i speciallægepraksis og i sygehusvæsenets ambulatorier har givet anledning til spørgsmål og overvejelser om, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere disse ambulante funktioner og, såfremt de fortsat skal udøves flere steder, hvilken indbyrdes afgrænsning der bør foretages.

Dette spørgsmål har bl. a. været taget op af det af lægeforeningen nedsatte ambulatorieudvalg (36), der i 1971 pegede på, at almen praksis opnår bedre muligheder gennem udnyttelse af praktiserende speciallægers ekspertise til at forundersøge og eventuelt færdigbehandle patienterne.

Udvalget opstillede som forudsætninger for, at praksissektoren kunne påtage sig disse opgaver, at der ikke var rekrutteringsproblemer til almen- og speciallægepraksis, samt at alle specialer, også de tværgående, havde overenskomst med den fremtidige sygesikring. Det var udvalgets opfattelse, at det derved ville være muligt gradvis at overflytte en større del af det samlede lægearbejde til praksissektoren, hvilket ansås for gavnligt for patientbehandlingen og samfundsøkonomisk ønskeligt. Udvalget var dog enig om, at der også inden for sygehuse fortsat ville finde ambulante virksomhed sted med følgende opgaver:

- undersøgelse af patienter, for hvem de diagnostiske problemer var uløste trods fuld udnyttelse af alle praksissektorens undersøgelsesmuligheder,
- behandling af patienter, som alment praktiserende læger eller praktiserende speciallæger skønnede kun kunne behandles inden for sygehusvæsenet, fordi der krævedes særlig indsigt eller instrumentarium.
- afslutning af den stationære sygehusbehandling, således at patienten med fordel for sig selv og

sygehuset kunne udskrives, før den aktuelle opgave var definitivt løst, samt

- behandling af specialproblemer hos patienter, som afdelingen af videnskabelige grunde ønskede at følge.

Ambulatorieudvalgets betænkning er på forskellige punkter blevet kritiseret af Foreningen af yngre Lægers praksisudvalg (38).

Udvalget pegede bl. a. på, at såfremt en styrkelse af speciallægepraksis ville indebære en udtynding af speciallæge-arbejdskraften på sygehuse, ville der opstå andre problemer. Man fandt endvidere, at det ikke er muligt at opfatte problematikken i de »store« og de »små« specialer som ensartet. Medens de »små« specialer (øjensygdomme, ørenæse-halsygdomme og hud- og kønssygdomme) for en væsentlig del vil kunne dækkes af speciallægebetjening uden sammenhæng med sygehusvæsenet, anses det ikke for muligt, at de medicinske og kirurgiske specialer kan fungere tilfredsstillende uden en fast tilknytning til sygehussektoren, idet de involverer stort diagnostisk og terapeutisk apparatur og hjælpepersonale, og idet indlæggelsesfrekvensen er høj. Desuden er behovet for bistand fra mange andre specialer særligt udtalt. Med hensyn til den psykiatriske service fandt udvalget, at en væsentlig del af behandlingen inden for dette speciale ville kunne foretages ambulant, men kun under forudsætning af god speciallægebistand fra sygehuset. Med hensyn til »laboratorieblokken« (røntgendiagnostik, patologisk anatomi, klinisk kemi og klinisk fysiologi) måtte der gennem en samlet planlægning af udbygningen og arbejdsfordelingen inden for hvert amt tages stilling til, hvad der kan foretages centralt og hvad decentralt.

Foreningen af yngre Lægers praksisudvalg anbefalede en mere fleksibel ordning for speciallægebistanden til almen praksis, således at denne bistand kan afpasses efter patientens behov og den praktiserende læges forudsætninger. Herigennem skulle muliggøres, at den praktiserende læge skulle kunne modtage rådgivning fra en speciallæge vedrørende patienter i behandling i praksis. Om nødvendigt kunne endvidere etableres en *koordineret undersøgelse af patienten* med samtidig deltagelse af alment praktiserende læge og speciallæge, også uden at indlæggelse er planlagt. Disse former for speciallægebistand blev foreslået ydet som *konsulenttjeneste fra sygehusvæsenets side*, og gerne i form af konsulentens besøg i lægehuse. Det understregedes, at de daværende sygekasseoverenskomster ikke var indrettet på at honorere speciallægebistand som den skitserede.

En tilnærmet version af den skitserede model er eksempelvis benyttet ved etablering af en *distriktspsykiatriordning i Ringkø-*

bing amt (44). Amtskommunen har foreløbig for ét år indgået en aftale med en privatpraktiserende speciallæge i psykiatri om speciallægebistand for praktiserende læger, hospitalslæger, hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker og andet sundhedspersonel.

Ordningen står principielt åben for alle læger i amtet, men har fortrinsvis praktisk betydning for Lemvig-området (ca. 50.000 indbyggere). Bistanden ydes i form af telefonkonsultationer og møder, og der er for telefonkonsultationer aftalt en enhedstakst uanset sagens karakter. For tiden 1/1-1/7 1975 er der ydet følgende bistand:

| | Antal telefon-samtaler | Antal møder | „ |
|------------------------------------|------------------------|-------------|-----|
| Praktiserende læger | 271 | 7 | 74 |
| Hospitalslæger | 26 | | 7 |
| Hjemmesygepleje | 46 | | 12 |
| Ergo-/fysioterapeuter | 9 | | 2 |
| Andet sundheds-personale | 20 | | 5 |
| | 372 | 7 | 100 |

Det undersøges for tiden, hvilken effekt den distriktskykiatriske ordning har haft på indlæggelsehyppigheden på de psykiatriske sygehuse og øvrige psykiatriske behandlingsenheder.

Med hensyn til udvidelser af sygesikringens overenskomster om speciallægehjælp, hvad enten der er tale om nye specialer eller nye ydelser, har sygesikringens forhandlingsudvalg fra starten af sin virksomhed ønsket, at disse spørgsmål blev vurderet i en nøje sammenhæng med sygehusvæsenets forhold. Endvidere er det søgt vurderet, om det ud fra økonomiske og/eller servicebetonede synsvinkler vil være mest hensigtsmæssigt at tilvejebringe den foreslåede øgede speciallægebistand hos privatpraktiserende speciallæger eller i sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen har med tilslutning af K-gruppen*) over for sygesikringens forhandlingsudvalg ligeledes givet udtryk for, at en *udvidelse af speciallægevirkomhed uden for sygehusene må ses i sammenhæng med sygehusplanlægningen*. Vedkommende speciale må forelægge dokumentation for bl. a., at der er behov for en udvidet virksomhed, herunder manglende kapacitet på sygehusene, og at der kan opnås sikring mod kvalitetsforringelse i forhold til sygehusenes ydelser, samt at oversigter over de økonomiske konsekvenser peger mod besparelser inden for sygehussektoren.

Som omtalt nedenfor side 103 er der ved den pr. 1. april 1976 ikrafttrådte landsoverenskomst vedrørende almen lægegering indført en bestemmelse, der gennem regulering af de alment praktiserende lægers henvisningsmønstre giver mulighed for afstemning af kapaciteten i henholdsvis sygehusvæsenet og speciallægepraksis for så vidt angår laboratorie- og patologiområdet. Endvidere kan særlige retningslinier for henvisning til øvrige speciallæger aftales mellem de respektive overenskomstparter. Endelig er der ved en ændring af sterilisationsloven fra maj 1976 (lov nr. 280 af 26. maj 1976) åbnet mulighed for efter henvisning fra sygehuset at foretage sterilisation af mænd uden for sygehuset af læger med den fornødne operative erfaring, såfremt sygehuset ikke har den fornødne kapacitet.

I det omfang, de førnævnte oplysninger ikke foreligger, men hvor forholdene i øvrigt kan tale for etablering af en udvidet speciallægevirkomhed, anbefaler sundhedsstyrelsen, at sådanne ordninger i starten kun etableres som *lokale forsøgsordninger*, der giver mulighed for at indhøste erfaringsmateriale om behovet m. v. for den pågældende virksomhed. I forbindelse hermed er det anbefalet at foretage sammenlignende undersøgelser af speciallægeydelserne inden for og uden for sygehusvæsenet bl. a. med henblik på at få et bedre grundlag til vurdering af, hvor ydelserne foregår mest økonomisk.

En sådan lokal forsøgsordning er etableret ved særlig overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Foreningen af Speciallæger vedrørende »Speciallægenes Hus i Århus«, hvori en række speciallæger har etableret sig. Forsøgsordningen, der vedrører anæsthesiologisk og røntgendiagnostisk bistand samt visse operationer ved speciallæger, omfatter principielt alle de til speciallægehuset knyttede speciallæger, idet de alle skal afgive oplysninger til en særlig arbejdsgruppe, der skal følge ordningen. Denne arbejdsgruppe er sammensat af repræsentanter for sundhedsstyrelsen, sikringsstyrelsen, Århus amtsråd, Foreningen af Speciallæger og Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Når forsøgsperioden på 5 år er udløbet, skal overenskomsten tages op til revision.

På grundlag af erfaringerne fra forsøgs-

*) Koordinationsgruppen vedrørende social- og sundhedsområdet, hvori socialstyrelsen, sikringsstyrelsen, sundhedsstyrelsen, socialministeriet og indenrigsministeriet er repræsenteret.

ordninger som den nu etablerede vil der bl. a. kunne udvikles mere fleksible overenskomstforhold vedrørende praktiserende speciallæger, således at de enkelte amtskommuner kan vurdere, hvorvidt den fornødne speciallægevirksomhed bør dækkes gennem praktiserende speciallæger eller af sygehuse. Sundhedsstyrelsen har i denne forbindelse påpeget, at sygesikringens overenskomster med praktiserende speciallæger ikke nødvendigvis behøver at være landsdækkende.

I den pr. 1. april 1976 ikrafttrådte speciallægeoverenskomst vedrørende andre specialer end øre- og øjenlæger*) er optaget en bestemmelse (§ 9), der muliggør en vis regulering af speciallægepraksis. Efter bestemmelsen kan overenskomstens parter med henblik på at opnå en rimelig ensartet speciallægedækning træffe aftale cm, at der ikke kan ske nyetablering af speciallægepraksis i områder, hvor der allerede er en tilfredsstillende speciallægedækning. Af et protokollat til bestemmelsen fremgår, at overenskomstens parter er enige om, at der i videst muligt omfang må ske en udbygning af den primære sundhedstjeneste med heltidspraktiserende speciallæger. Endelig skal fremhæves bestemmelsen i landsoverenskomsten vedrørende almen lægegerning § 42, hvorefter der skal aftales retningslinier for begrænsning af alment praktiserende lægers henvisning til private laboratorier og praktiserende patologer, og hvorefter der kan aftales retningslinier for henvisningen til øvrige speciallæger. De citerede bestemmelser omtales nærmere i kapitel V. (side 312).

Det eksisterende honoreringssystem for så vidt angår praktiserende speciallæger er fastlagt i en række overenskomster med den offentlige sygesikring og er meget kompliceret opbygget:

For øjenlæger og øre-, næse- og halslæger gælder 3 forskellige aflønningssystemer:

I Københavns-området (København, Frederiksberg og Amagerlandets kommuner) ansættes de pågældende speciallæger som faste læger (1 øjenlæge og 1 øre-, næse- og halslæge for hver ca. 18.500 gruppe 1-sikrede) med et fast årshonorar pr. sikret. Derudover betales kun særlige ydelseshonorarer for sygebesøg. Det faste vederlag er fastsat ud fra en gennemsnitspraksis på 18.500 sikrede og svarer til statens lønramme 37 med forskellige tillæg. En øjenlæge eller en øre-, næse- og halslæges klientel kan imidlertid stige til 21.500 sikrede.

I Københavns amtskommune (bortset fra Amagerlandets kommuner) er der fri nedsættelsesret for øjenlæger, der honoreres for de enkelte ydelser. Øre-næse-halslæger ansættes af social- og sundhedsudvalget med indtil en læge pr. 15.000 gruppe 1-sikrede inden for 5 ørelægekredse i amtskommunen, hvorudover der kan ansættes i alt 6 ørelæger med konsultationssted i København. Ud fra en gennemsnitspraksis på 18.500 sikrede er der fastsat et årshonorar, der svarer til statens lønramme 37 med forskellige tillæg. Dette honorar omregnes til et årligt honorar pr. sikret, og dette beløb ganget med antallet af gruppe 1-sikrede i amtskommunen indbetales til en pulje, der fordeles mellem de ansatte ørelæger i forhold til det antal henvisninger, der har været til hver ørelæge. Herudover ydes honorar for sygebesøg samt særlige honorarer, hvis et anmeldt sygebesøg ændres til behandling med eller uden operation i ørelægens klinik.

I provinsen er der fri nedsættelsesret for øjenlæger, der i visse kommuner honoreres med et fast honorar pr. tilmeldt gruppe 1-sikret (takst I-ordning) og med særhonorar for en række særlige operationer. De fleste øjenlæger i provinsen honoreres imidlertid pr. ydelse (takst II-ordning). Ørelægerne, der også frit kan nedsætte sig, honoreres for de enkelte konsultationer og oppebærer herudover takster for visse særydelser.

Andre speciallæger, der er omfattet af de gældende overenskomster, kan frit nedsætte sig over hele landet og honoreres pr. konsultation eller besøg, hvortil kommer tillægshonorarer for visse særydelser.

Sygesikringens samlede udgifter til speciallægehjælp i 1974-75 var på ca. 280 mill. kr. Sygesikringen har udredet i alt ca. 217 mill. kr. til betaling af speciallægebistand til gruppe 1-sikrede, heraf ca. 58 mill. kr. til øjenlæger, ca. 37 mill. kr. til øre-, næse-, halslæger og ca. 122 mill. kr. til andre specialer. Restudgiften, ca. 63 mill. kr., er hovedsageligt medgået til refusion af regninger for gruppe 2-sikrede.

Som det ses af oversigten side 104 divergerer forholdet mellem de enkelte overenskomstområders andel i den samlede afregning og i samlet antal ydelser en del. Dette kan navnlig forklares ved en variation i sammensætningen af ydelserne mellem de enkelte overenskomstområder, idet begrebet »ydelser« indbefatter lige fra telefonkonsultation til mere eller mindre omfattende operationer med dertil hørende variation i honorartaksterne.

2.6. Tandlægepraksis.

Medens der som nævnt ikke findes nogen sammenfattende, officiel beskrivelse af den alment praktiserende læges opgaver, er tand-

*) Overenskomsten er ikke godkendt af socialministeriet.

*Oversigt over fordelingen på specialer af antal speciallægepraksis,
samlet afregning og antal ydelser baseret på Sygesikringens Forhandlingsudvalgs
sygesikringsstatistik 1974-75 vedrørende gruppe I-sikrede.*

| Speciale | Antal special- lægepraksis | | Samlet afregning | | Antal ydelser ¹⁾ | |
|---|-------------------------------|----|---------------------|----|-----------------------------|----|
| | | % | 1000 kr. | % | | % |
| <i>Særlige overenskomster vedr.:</i> | | | | | | |
| 1. Ojenlæge | 133 | 9 | 36.878 | 17 | 383.662 | 20 |
| 2. Ore-næse-hals | 199 | 14 | 57.855 | 27 | 654.379 | 34 |
| <i>Overenskomst vedr. »andre« specialer:</i> | | | | | | |
| 3. Medicin | 168 | 12 | 5.430 | 3 | 28.769 | 2 |
| 4. Pædiatri | 31 | 2 | 751 | 0 | 4.285 | 0 |
| 5. Psykiatri og neurologi | 192 | 14 | 15.518 | 7 | 79.147 | 4 |
| 6. Fysiurgi | 64 | 5 | 5.201 | 2 | 39.596 | 2 |
| 7. Hudsygdomme | 65 | 5 | 32.275 | 15 | 345.564 | 18 |
| 8. Kirurgi | 362 | 26 | 28.450 | 13 | 170.900 | 9 |
| 9. Anæsthesiologi | 86 | 6 | 5.115 | 2 | 27.702 | 2 |
| 10. Klinisk kemi og fysiologi ²⁾ | 12 | 1 | 163 | 0 | 1.381 | 0 |
| 11. Patologi | 71 | 5 | 16.085 | 8 | 165.118 | 9 |
| 12. Røntgen ³⁾ | 21 | 1 | 12.638 | 6 | - | |
| I alt | 1.404 | | 216.359 | | 1.900.503 | |

¹⁾ Omfatter ikke Københavns og Frederiksberg kommuner.

²⁾ Omfatter kun konsultativ bistand ydet af speciallægen - derimod ikke laboratorieundersøgelser uden for sygehusene, der især i Københavns-området har et meget betydeligt omfang.

³⁾ Kun Københavns og Frederiksberg kommuner.

lægernes virksomhedsområde ifølge loven om tandlæger (lov nr. 276 af 26. maj 1976) bredt formuleret som omfattende forebyggelse af instrumentel og medikamentel art. diagnostik og behandling af anomalier, læsioner og sygdomme i tænder, mund og kæber. Samtidig er der imidlertid hjemmel til, at indenrigsministeren inden for dette virksomhedsområde dels kan forbeholde visse funktioner for lægerne, dels kan stille krav om særlig uddannelse som vilkår for tandlægers ret til at udføre visse behandlinger.

Fra den første tandlægelov fra 1916 og op til Jen ovenfor omtalte lov om tandlæger fra 1976 var tandlægernes virksomhedsområde imidlertid meget detaljeret beskrevet, nemlig således:

»Lokal behandling af tandsygdomme, derunder indbefattet tandfyldning, fjernelse af tænder og landrester, rensning af tænder ved hjælp af instrumenter eller medikamenter, behandling af uregelmæssig tandstilling, anbringelse af uaftagelige tandstiet, krone- og broarbejde, stifttænder, tandreguleringssarbejder o. lign., samt lokal behandling af sådanne godartede sygdomme i mundslimhinde,

tandkød og kæber, som står i direkte forbindelse med tandsygdomme. I det af sundhedsstyrelsen fastsatte omfang er tandlæger berettiget til at foretage indsprøjtninger, iværksætte universel analgesi og ordinere lægemidler. Tandlæger kan uden særlig næringsadkomst fremstille og anbringe kunstige tænder og tandrækker samt uddanne og anvende tekniske medhjælpere.«

Denne beskrivelse af tandlægernes virksomhedsområde var i det store og hele uændret fra den første tandlægelov fra 1916 op til tandlægeloven fra 1976. I takt med tandlægevidenskabens - og dermed tandlægeuddannelsens - udvikling voksede behovet for en revision af virksomhedsområdet. Dette skyldtes bl.a., at der inden for den kirurgiske del af tandlægevirkomheden i de senere år er sket en udvikling, som efter den nu gældende definition af virksomhedsområdet kun med vanskelighed kunne holdes inden for lovens rammer. Indenrigsministeriet nedsatte derfor i januar 1973 et udvalg, hvis forslag (45) til beskrivelse af tandlægernes virksomhedsområde må ses i sammenhæng med den tidligere tandlægelovs udførlige bestemmelser om tandlægernes pligter som selvstændige medicinalpersoner.

Virksomheden i privat tandlægepraksis omfatter i dag i princippet forebyggelse samt

undersøgelse og behandling af alle sygdomstilstande og sygdomsfølger, anomalier, skader og funktionsforstyrrelser i tænder, mund og kæber. Der er mellem sygesikringen og tandlægerne indgået overenskomst, som tandlægerne frit kan tilslutte sig. En opgørelse baseret på sygesikringens tandlægeydelsesregister og på undersøgelsesresultater fra Københavns Tandlægehøjskole giver et billede af virksomhedens omfang i privat tandlægepraksis (46).

Af tabel 5 fremgår, at de tilskudsberettigede ydelser, tandrensning, tandfyldning og tandudtrækning udføres i størst omfang, medens de ikke-tilskudsberettigede ydelser som parodontosebehandling/-operation, erstatning af mistede tænder med faste broer og proteser og tandregulering indtager en i forhold til tandsygdomsbilledet og til ydelsen tandfyldning beskeden plads i det samlede behandlingsbillede. Også de forebyggende ydelser indgår med beskeden vægt.

Efter sygesikringsordningen ydes der for såvel gruppe 1-sikrede som gruppe 2-sikrede ensartede tilskud til forskellige undersøgelser og behandlinger*). Tilskud til gruppe 1-sikrede ydes dog kun, såfremt den sikrede henvender sig til en tandlæge, der har tilsluttet sig overenskomsten. Tilskuddet udgør $\frac{2}{3}$

Tabel 5. Fordelingen af behandlingsydelser m. v. i gennemsnit for hver tandlæge i privat tandlægepraksis i 1974.

| Forebyggelses- og behandlingsydelser i 1974 | Antal ydelser pr. tandlæge |
|---|----------------------------|
| Tandrensning*) | 530 |
| Tandfyldning*) | 2023 |
| Rodbehandling*) | 70 |
| Tandudtrækning*) | 375 |
| Parodontoseoperation | 30 |
| Anden operation | 20 |
| Aftagelig protese | 35 |
| Protesereparation | 45 |
| Kroner, broer, guldindlæg | 75 |
| Tandregulering | 3 |
| Forebyggende ydelser | 160 |
| Diverse ydelser | 200 |

*) Overenskomstdækkede ydelser.

*) Sygesikringstilskud ydes for tiden til undersøgelse, røntgenoptagelse, tandrensning, tandfyldning med anvendelse af silikofosfatcement, silikatcement eller amalgam som påfyldningsmateriale, rodbehandling, rodfyldning, tandudtrækning under lokalbedøvelse, nødvendig guldfyldning, fyldning med plastmaterialer samt til operativ fjernelse af tænder, rodspiser og mindre cyster.

af de for gruppe 1-sikrede aftalte maksimalhonorarer for de overenskomstdækkede ydelser. For gruppe 2-sikrede er ikke fastsat maksimalhonorarer.

Mellem Kommunernes Landsforening og Sygesikringens Forhandlingsudvalg på den ene side og Dansk Tandlægeforening på den anden er der indgået overenskomst angående regelmæssig tandpleje for visse skolesøgende børn m. v. Ifølge overenskomsten ydes vederlagsfri tandbehandling (omfattende omtrent samme ydelser som i den ovenfor talte overenskomst) til børn i og over den undervisningspligtige alder. Overenskomsten omfatter ikke børn, som omfattes af børnetandplejeloven eller som uden at være omfattet af loven har adgang til regelmæssig tandpleje på en kommunal børnetandplejeklinik. Børn, for hvis tandbehandling en institution eller offentlig myndighed helt eller delvis udreder omkostningerne, samt børn, der på grund af alder er optaget selvstændigt i Den offentlige Sygesikring, omfattes heller ikke. Udgifterne til tandbehandling efter overenskomsten afholdes af Den offentlige Sygesikring ($\frac{3}{4}$) og vedkommende kommune ($\frac{1}{4}$). Overenskomsten har kun virkning for børn, der er hjemmehørende i kommuner, som har tiltrådt overenskomsten.

I fortsættelse af den kommunale børnetandpleje er der under sygesikringen endvidere etableret en regelmæssig tandplejeordning hos praktiserende tandlæger. Personer, der er født i 1945 eller senere, kan tilslutte sig denne ordning, der indebærer dels en automatisk opfordring (hvert halve år) til at gøge tandlæge, dels vederlagsfri klinisk undersøgelse og et større tilskud (V4) til behandling, end det sædvanlige til overenskomstmæssige ydelser. Pr. 1. august 1975 havde ca. $\frac{3}{4}$ af de berettigede tilsluttet sig ordningen. Med virkning fra den 1. april 1976 trådte et tillæg til tandlægeoverenskomsten om forebyggende tandpleje i kraft. Ifølge dette tillæg omfatter overenskomsten i en forsøgsperiode på 2 år også forebyggelse af tandsygdomme og hjemmeplejeinstruktion og kontrol af personer, som i perioden 1. januar 1958 - 31. december 1962, forsynet med selvstændigt sygesikrings-

bevis, og som er tilmeldt den regelmæssige tandplejeordning.

Den offentlige sygesikring yder ikke tilskud til f. eks. tandregulering, kroner og broer, tandprctetik og parodontosebehandling. Kommunernes social- og sundhedsudvalg kan dog efter et skøn yde supplerende hjælp, og der er således en vis mulighed for støtte også til ikke tilskudsberettigede ydelser.

Efter *sygesikringens regler* kan patienterne i hvert enkelt tilfælde vælge mellem de private tandlægepraksis, som er tilsluttet overenskomsten med den offentlige sygesikring, og denne valgfrihed er uafhængig af patientens sygesikringsgruppe. Der var i 1974 ca. 1.900 private tandlægepraksis i alt, hvoraf 1.821 praksis havde tilsluttet sig sygesikringsordningen. I de sidstnævnte praksis var der i 1974 beskæftiget 2.428 tandlæger og ca. 3.500 klinikassistenter. I tabel 6 ses den amtsvise fordeling af tandlægepraksis, som var tilknyttet sygesikringsordningen i 1974, samt befolkningsunderlaget for disse praksis (47,48).

Det fremgår af tabellen, at befolkningsunderlaget pr. tandlægepraksis for landet som helhed er 2.500 indbyggere, og at befolk-

ningsunderlaget varierer fra 1.660 i Københavns kommune til 3.880 i Viborg amt. Der var i 1974 i alt 36 kommuner helt uden privat tandlægepraksis og 51 kommuner med kun én praksis. Ifølge en opgørelse foretaget af Landsplanudvalgets sekretariat i 1972 (49) er der imidlertid i løbet af de sidste 10-15 år sket en vis udjævning af de geografiske forskelle. I perioden 1960-72 steg dækningsgraden således for hele landet med 33 pct. Forøgelsen var mindst i København (10 pct.) og størst i landdistrikter med bebyggelser under 1.000 indbyggere (194 pct.).

Baseret på oplysninger fra sygesikringens yderregister og ydelsesregister er det beregnet, at ca. 48 pct. eller knap halvdelen af befolkningen søgte behandling hos de praktiserende tandlæger i 1974 (2.175.000 patienter af et befolkningsunderlag på godt 4.520.000 personer). Af disse patienter går ca. 1,3 mill. til tandlæge mere end én gang om året, medens de øvrige ca. 900.000 går sjældnere til tandlæge. Dvs., at ca. 30 pct. af det samlede befolkningsunderlag for de praktiserende tandlæger kan betragtes som regelmæssige patienter (46).

Ligesom almen lægepraksis er privat tand-

Tabel 6. *Befolkningsunderlag pr. tandlægepraksis, tilsluttet sygesikringsordningen i 1974*).

| Amtskommune | Antal tilsluttede praksis | Befolkningsunderlag i alt | Befolkningsunderlag pr. praksis |
|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Københavns kommune | 366 | 607.351 | 1.660 |
| Frederiksberg kommune | | | |
| København | 264 | 516.110 | 1.960 |
| Frederiksborg | 115 | 244.397 | 2.130 |
| Roskilde | 50 | 167.284 | 3.350 |
| Vestsjælland | 98 | 247.182 | 2.520 |
| Storstrøm | 90 | 225.750 | 2.510 |
| Bornholm | 13 | 43.735 | 3.370 |
| Fyn | 145 | 416.134 | 2.870 |
| Sonderjylland | 70 | 226.377 | 3.230 |
| Ribe | 58 | 190.605 | 3.290 |
| Vejle | 90 | 290.210 | 3.220 |
| Ringkøbing | 66 | 235.668 | 3.570 |
| Århus | 216 | 500.393 | 2.320 |
| Viborg | 56 | 217.114 | 3.880 |
| Nordjylland | 124 | 431.876 | 3.480 |
| Hele landet | 1.821 | 4.560.184 | 2.500 |

¹⁾ Børn i behandling på kommunale børnetandklinikker indgår ikke i befolkningsunderlaget.

lægepraksis organiseret som *liberalt erhverv*. Tandlægerne kan frit tilslutte sig sygesikringsoverenskomsten og skal selv afholde omkostningerne ved etablering. Tandlægerne honoreres pr. ydelse direkte af patienten, dog således at patienten kun betaler sin andel af honoraret for de overenskomstfastsatte ydelser, idet sygesikringens andel afregnes direkte mellem tandlægen og sygesikringen (nettoafregning), såfremt tandlægen har tilsluttet sig overenskomsten.

En gruppe tandlæger har i en såkaldt Tandplejerapport (50) foreslået, at tandpleje til alle alders- og samfundsgrupper formidles gennem en række tandplejeeenheder, der ejes af det offentlige og fordeles geografisk efter de enkelte områders befolkningsunderlag og behov. I forslaget om den offentlige enhedstændpleje lægges hovedvægten på forebyggelse af tandsygdomme. Forfatterne mener, at den private tandlægesektors struktur er en hindring for et effektivt opsøgende og forebyggende arbejde. Rapporten affødte en livlig debat i Tandlægebladet, hvor flere rettede kritik mod rapportens metode, præmisser og konklusioner (51,52,53). Forfatterne har taget til genmæle i en artikel i Tandplejebladet (54).

Uddannelsen af tandlæger foregår på tandlægehøjskolerne i København og Århus. Tandlægestudiet er normeret til en varighed af 5 år. Der uddannes ca. 200 tandlæger om året. Nettotilgangen er ca. 130-135 årligt. Undervisningsministeriet fastsætter hvert år antallet af ledige studiepladser på hver tandlægehøjskole. Optagelsen til tandlægestudiet er fælles for begge tandlægehøjskoler og foretages af et fordelingsudvalg, som efter nærmere kriterier (såsom eksamensart, eksamenskvalitet m. v.) fordeler de studerende. Det er et vilkår for opnåelse af autorisation som tandlæge, at den pågældende efter afsluttende eksamen har virket 1 år som klinisk assistent hos en autoriseret tandlæge under dennes tilsyn og instruktion.

Der findes i dag en videreuddannelse i ortodonti (tandregulering), der er tilrettelagt af Dansk Tandlægeforening. Efter gennemgået videreuddannelse giver foreningen tandlægen tilladelse til at betegne sig som specialtandlæge i ortodonti. Enkelte tandlæger har specialiseret sig i bestemte dele af tandlægevirkomheden, selv om foreningen ikke giver disse tandlæger tilladelse til at benytte særlig betegnelse; der findes f. eks. et mindre antal tandlæger, som udelukkende har kirurgisk praksis. Dansk Tandlægeforening vedtog i 1964 en vejledning i hospitalstand-

lægeuddannelsen. Et udvalg nedsat af tandlægehøjskolerne afgav i december 1973 betænkning vedrørende videreuddannelse i oral kirurgi (55). Deri foreslås en udbygning af hospitalstandlægeuddannelsen, samt at uddannelsen flyttes fra foreningens regie og lægges ind under sundhedsstyrelsen. I *tandlægeloven* gives i øvrigt hjemmel til en offentlig anerkendelse af tandlægelige specialer, der dog foreløbig ikke er udnyttet.

Den privat praktiserende tandlæge har ikke i samme omfang som den alment praktiserende læge regelmæssig *kontakt til de øvrige dele af sundheds- og socialsektoren*. Kontakten til lægerne er dog tiltaget i de senere år, og den i 1976-loven givne formulering af tandlægenes virksomhedsområde vil særligt for hospitaliserede patienter forudsætte et snævert samarbejde mellem læger og tandlæger. På foranledning af en henvendelse fra et amtsråd har indenrigsministeriet - i overensstemmelse med sundhedsstyrelsens erklæring - henstillet til alle sygehuskommuner, at de praktiserende tandlæger får adgang til at henvise patienter til undersøgelse på sygehusene. Dette skal dog ikke gælde de steder i landet, hvor behovet for undersøgelse må anses for dækket af praktiserende speciallæger, laboratorier eller lignende, eller hvor undersøgelsen kan finde sted i tandlægens sædvanlige konsultation. Det forudsættes, at de praktiserende tandlæger, når forholdene giver anledning dertil, efterfølgende orienterer patientens egen læge om de stedfundne undersøgelsesresultater. Tandlægerne har i almindelighed ikke adgang til at indlægge patienter på sygehus.

De *offentlige udgifter* til tandpleje hos praktiserende tandlæger var i 1973-74 godt 336 mill. kr. i medfør af lov om offentlig sy-

Tabel 7. Sygesikringstilskud pr. patient fordelt på de tilskudsberettigede ydelser.

| Ydelsens art | Tilskud pr. patient | Procentvis fordeling |
|------------------------|---------------------|----------------------|
| Undersøgelse | 24,15 kr. | 15,6 pct. |
| Røntgenoptagelse .. | 2,33 kr. | 1,5 pct. |
| Tandrensning | 21,49 kr. | 13,9 pct. |
| Rodbehandling | 6,89 kr. | 4,5 pct. |
| Tandfyldning | 90,91 kr. | 58,8 pct. |
| Tandekstraktion . . . | 8,88 kr. | 5,7 pct. |
| Total | 154,65 kr. | 100,0 pct. |

gesikring. I gennemsnit for hele landet var beløbet pr. patient, som modtog tilskud, ca. 155 kr. Tabel 7 viser, at næsten 60 pct. af tilskuddet gik til tandfyldning, medens knap 30 pct. fordeltes ligeligt som tilskud til undersøgelse og tandrensning.

Der foreligger ingen registrerede oplysninger om *patienternes samlede udgifter* til tandbehandling i privat tandlægepraksis - men Dansk Tandlægeforening er af den opfattelse, at de offentlige tilskud udgør 50 pct. af tandlægenes omsætning.

3. Sygehusvæsenet

3.1. Opgaver og funktion.

Medens den alment praktiserende læge dækker et bredt sygdomsspektrum på et ikke-specialiseret niveau og den praktiserende speciallæge dækker et eller to specialer, repræsenterer sygehusvæsenet en specialiseret indsats spændende over hele spektret af legemlige og psykiske sygdomme. Gennem en bygningsmæssig koncentration af denne aktivitet sikres mulighed for et nært samvirke mellem flere specialuddannede personalegrupper, adgang til specialudstyr og stationær behandling. I naturlig sammenhæng med den specialistprægede indsats danner sygehusvæsenet også rammerne såvel for en forskningsmæssig indsats af lægelig og teknologisk art som for omsætning af denne forsknings resultater i klinisk arbejde. Endelig er sygehusvæsenet sundhedssektorens væsentligste kliniske uddannelsessted såvel for sygehusenes eget personale som for personalet i den primære sundhedstjeneste.

Selve sygehusenes *undersøgelles- og behandlingsopgaver* er ikke nærmere defineret i sygehusloven (L. 329 19/6 1974), der blot fastslår, at sygehusvæsenet varetages af amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner med de begrænsninger, der følger af opretholdelsen af statslige sygehuse. De spredte bestemmelser dels i sygehusloven, dels i anden lovgivning, der henlægger enkeltstående funktioner til sygehusvæsenet, er alene udtryk for, at opgaver, der har været eller kan placeres andre steder i sundhedssektoren, enten af lægelige hensyn ønskes placeret på sygehusvæsenets speciali-

serede og institutionaliserede niveau eller af praktiske grunde ønskes administreret i tilslutning til sygehusvæsenet. Med henblik på en høj lægelig indsats er fødselshjælp primært og svangerskabsafbrydelse obligatorisk henlagt til sygehusvæsenet, jfr. i øvrigt foran om fødselshjælp og svangerskabsafbrydelse. Rekonvalescenthjælp og behandlingsinstitutioner for alkoholskadede er af mere praktiske, administrative grunde henlagt til sygehusvæsenet.

I de vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning*), som indenrigsministeriet med hjemmel i sygehusloven har udsendt i 1971, indeholdes derimod en detaljeret angivelse af de funktioner, som sygehusene forventes at skulle dække. Der er nærmere redegjort for, hvilke former for lægelig ekspertise sygehusene i almindelighed skal stille til rådighed for befolkningen. Således bør hver enkelt sygehuskommunes samlede sygehusvæsen normalt indeholde følgende specialer:

- Anæsthesiologi
- Børnepsykiatri
- Dermato-venerologi (hud- og kønssygdomme)
- Diagnostisk radiologi (røntgenundersøgelse)
- Fysiurgi og fysiurgisk genoptræning
- Intern medicin (incl. cardiologisk afsnit for hjerte- og kredsløbssygdomme)
- Klinisk mikrobiologi
- Klinisk fysiologi
- Klinisk kemi
- Langtidsmedicin
- Medicinske lungesygdomme
- Medicinsk oftalmologi (medicinske øjensygdomme)
- Neuromedicin (medicinske nervesygdomme)
- Obstetrik og gynækologi (fødselshjælp og kvindesygdomme)
- Ortopædisk kirurgi
- Oto-rhino-laryngologi (øre-, næse-, hals-sygdomme)
- Patologisk anatomi
- Parenkym-kirurgi
- Psykiatri
- Pædiatri (bornesygdomme).

*) I 1974/75 var udgifterne ca. 341 mill. kr. *excl.* udgifter i Københavns kommune og Københavns amtskommune.

*) Indenrigsministeriets cirkulære nr. 103 af 8. juni 1971.

Endvidere nævnes yderligere indtil 25 specialer, grenspecialer og ekspertområder (»landsdelspecialiserede funktioner«), som nok skal findes inden for sygehusvæsenet som helhed, men som på grund af deres yderligere specifikke karakter kun bør placeres på et eller enkelte sygehuse med et særligt stort befolkningsunderlag. Som eksempler kan nævnes neurokirurgi, strålebehandling (radiumstationer), medicinske mave-tarmsygdomme, klinisk farmakologi og klinisk immunologi.

De vejledende retningslinier forudsætter endvidere, at sygehusvæsenet dækker de alment praktiserende lægers behov for *diagnostisk bistand* gennem en udbygning af laboratoriefunktionerne, hvorunder også røntgendiagnostik hører. Det fremhæves, at såvel hensynet til undersøgelsernes kvalitet, som hensynet til en økonomisk udnyttelse af det meget avancerede og kostbare apparatur og det højt uddannede personale taler stærkt for centralisering af de egentlige laboratoriefag i sygehusvæsenet. Det forudses også, at det stadigt stigende ønske om profylaktiske undersøgelser vil medføre en betydelig stigning i behovet for ydelser fra de fleste af laboratoriefagene.

Blandt sygehusvæsenets funktioner inden for behandlingsområdet, der særskilt må fremhæves, er sygehusenes *vagtbereidskab* i form af akutte modtageafdelinger og skadestuer til behandling af skader og andre akut opståede sygdomssituationer. Dette beredskab, der stiller særlige krav til sygehusenes bemanning døgnet rundt og en vis reservekapacitet, har - også set fra den primære sundhedstjenestes synspunkt - en væsentlig funktion som et sikkerhedssystem til behandling af akutte sygdoms- og ulykkestilfælde.

Omfanget af de nævnte undersøgelses- og behandlingsfunktioner samt de dertil knyttede plejefunktioner kan summarisk belyses ved nogle tal. I 1974-75 var der således ca. 860.000 indlæggelser (hvoraf 85.000 kan skønnes at være overflytninger fra en afdeling til en anden) på almindelige sygehuse samt somatiske og psykiatriske specialsygehuse her i landet; antallet af indlæggelser excl. overflytninger svarede således til ca. 15 pct. af befolkningstallet. Af disse blev skønsmæssigt ca. halvdelen indlagt akut eller via skadestue. Gennemsnitlig var der til enhver tid indlagt ca. 35.000 patienter, svarende til 0,7 pct. af befolkningen. I 1974-75 var der

på sygehusene i alt 12,9 mill. sengedage og blev udført 1,9 mill. ambulante konsultationer, excl. laboratorie- og røntgenundersøgelser. På de indlagte patienter blev der i alt foretaget 20,4 mill. laboratorieundersøgelser og 1,1 mill. røntgenundersøgelser, samt udført ca. 390.000 operationer (1973-74-tal). Herudover blev foretaget 6,4 mill. laboratorieundersøgelser og 1,3 mill. røntgenundersøgelser på ambulante patienter, der dels var henvist fra praktiserende læger og fortsat i behandling i praksis, dels var under ambulant forundersøgelse eller efterbehandling i sygehusvæsenets regie.

Som nævnt har sygehusvæsenet også meget væsentlige *uddannelsesopgaver*. For lægernes vedkommende gælder dette såvel studenterundervisningen som videreuddannelsen. Medens den *kliniske studenterundervisning* for studerende ved Københavns universitet tidligere så godt som udelukkende foregik på Rigshospitalet, er nu andre sygehusafdelinger i det storkøbenhavnske område (København og Frederiksberg kommuner samt Københavns amtskommune) inddraget i dette arbejde. Dette skyldes dels den stigende tilgang til det lægevidenskabelige studium, dels at der - på trods af den ved studieordningen af 1967 skete fororkelse af den kliniske del af studiet med 12 år - har fundet en koncentring og intensivering sted af den kliniske undervisning, herunder en forøget timeplanmæssig undervisning i forbindelse med de kliniske kurser. Endvidere foregår der klinisk sygehusuddannelse af lægestuderende ved Århus og Odense universiteter. Ved lov nr. 296 af 26. juni 1975 er nu mere generelt fastsat, at undervisningsministeren efter forhandling med indenrigsministeren kan fastsætte, ved hvilke sygehuse studenterundervisningen skal foregå. Der tilstræbes herved bl. a. en mere fleksibel ordning, hvorefter denne undervisningsfunktion, for hvilken der ydes statslig refusion af merudgifterne, kan afpasses efter det til enhver tid værende behov. Der udannes årligt ca. 750 lægevidenskabelige kandidater, som alle har modtaget omkring 2700 timers klinisk undervisning på hospital. Fra efteråret 1976 er imidlertid indført en adgangsregulering til lægestudiet, hvilket betyder, at den årlige kandidatproduktion fra 1985 forventes at blive 600.

Videreuddannelse af lægevidenskabelige kandidater sker også på sygehusene. Efter

den med virkning fra 1. december 1976 gennemførte ændring af lægeloven, skal de lægevidenskabelige kandidater for af opnå erhvervskompetence som læge gennemgå en supplerende praktisk klinisk grunduddannelse af 18 måneders varighed, hvoraf dog 6 måneder kan bestå i tjeneste som reserve-læge hos en alment praktiserende læge for den offentlige sygesikring.

Vordende speciallæger skal gennemgå en yderligere hospitalsuddannelse af 4½-5½ års varighed, medens uddannelse til alment praktiserende læge - udover tjeneste som amanuensis hos en alment praktiserende læge for den offentlige sygesikring - yderligere omfatter ½-1 års hospitalsansættelse. Under den indtil 1. december 1976 gældende uddannelsesordning - hvor læger efter bestået kandidateksamen havde valget mellem en speciallægeuddannelse af mindst 6 års varighed eller en uddannelse til alment praktiserende læge af 2 års varighed - påbegyndte årligt ca. 600 lægevidenskabelige kandidater, svarende til 80 pct. af kandidatproduktionen, disse videreuddannelsesforløb.

Forst og fremmest grundet mangel på uddannelsesstillinger i intern medicin og kirurgi har disse uddannelsesforløb haft en varighed, der langt oversteg de fastsatte minimale krav til uddannelsernes varighed. En af sundhedsstyrelsen foretaget undersøgelse viser således, at der i efteråret 1976 var ca. 2000 kandidater fra de seneste årgange, der helt eller delvist ikke har kunnet opnå de kompetencegivende uddannelsesstillinger i medicin og kirurgi. Den store produktion af lægevidenskabelige kandidater samt behovet for at kunne give både nye kandidater og de ovenfor nævnte kandidater fra de seneste årgange den for erhvervskompetence fornødne kliniske videreuddannelse indebærer et pres mod sygehusvæsenet for nynormeringer, der ikke umiddelbart er nødvendiggjort af sygehusvæsenets behandlingsfunktion.

Uddannelsen af *sygeplejersker og sygehjælpere* foregår på tilsvarende måde efter centralt fastsatte retningslinier, men sygehuskommunerne fastsætter her selv optagelseskapaciteten efter en behovsvurdering og efter mulighederne for at fremskaffe praktikpladser. Der uddannes årligt ca. 1400 sygeplejersker og 2500 sygehjælpere. Uddannelseskapaciteten for sygeplejersker er ikke oget væsentligt siden 1958. medens kapacite-

ten i sygehjælperuddannelsen er stærkt forøget.

Endelig indgår der også i størsteparten af de *øvrige sundhedsfaglige uddannelser* (f. eks. hospitalslaborant, fysioterapeut, ergoterapeut) et betydeligt element af teoretisk eller praktisk undervisning på hospital.

Med hensyn til *forskningen inden for sygehusvæsenet* kan der hentes visse oplysninger fra de af forskningens fællesudvalg publicerede forskningsstatistikker. Forskningens omfang måles her bl. a. ved antallet af »forskningsårsværk for forskere«, dvs. antallet af omregnede heltidsansatte forskere. I 1967 var der 625 forskningsårsværk inden for lægevidenskaben. De højere læreanstalter havde 211 forskningsårsværk, medens »offentlige institutter« (næsten udelukkende sygehuse, herunder seruminstitut) havde 345; dvs., at man ved anvendelse af den nævnte målemetode kommer til, at over halvdelen af den samlede lægevidenskabelige forskning foregår på sygehusene. I de nævnte beregninger indgår ikke forbrug af arbejdskraft fra sygeplejersker, laboranter, lægesekretærer m. fl. i forskningsmæssigt øjemed.

3.2. Befolkningens adgang til sygehusbehandling.

Adgangen til *sygehusbehandling er i princippet vederlagsfri*. Efter sygehusloven gælder denne adgang til vederlagsfri behandling kun på sygehusene i patientens sygehuskommune (amtskommune, Københavns og Frederiksberg kommuner). Tilsvarende adgang til fri sygehusbehandling tilkommer dog også personer uden for deres sygehuskommune i tilfælde af akut sygdom, eller hvis hjemstedsamtskommunens sygehusvæsen samtykker i behandling på fremmed sygehus. Herudover er der — såfremt der ikke foreligger samtykke fra hjemstedsamtskommunen - adgang til sygehusbehandling uden for hjemstedsamtskommunen mod betaling af en af indenrigsministeriet fastsat takst (for tiden 150 kr. pr. sygedag), såfremt det fremmede sygehus vil påtage sig behandlingen. På de tilbageværende statslige sygehuse er behandlingen vederlagsfri for patienten.

I tilfælde af en patients sygehusbehandling uden for hjemstedssygehuskommunen sker der i et vist omfang afregning mellem amtskommunerne på

grundlag af den behandelende sygehuskommunes gennemsnitlige sygedagsudgift, den såkaldte »cirkulærebetaling«^{*}). Behandling på statsligt finansierede sygehuse har hidtil været gratis for hjemsteds-sygehuskommunen, men ved en ændring af sygehusloven (lov nr. 295 af 26/6 1975) er der nu gennemført hjemmel for indenrigsministeren til at afkræve hjemstedssygehuskommunerne en betaling pr. sygedag vedr. patienter, der er blevet modtaget til behandling på statens sygehuse eller statsbetalte sygehuse og afdelinger. Betalingsordningen er foreløbig gennemført som en benyttelsesafgift, der har været beregnet i forhold til antallet af sygedage og visse ambulante behandlinger i 1973-74 på Rigshospitalet, Finseninstitutet, de amtskommunale neuroafdelinger og radiumstationer, Kysthospitalet på Refsnæs samt de tidligere statsbetalte undervisningssenge ved Århus amtskommunes sygehusvæsen.

Adgangen til sygehusbehandling er imidlertid normalt betinget af en *henvisning* fra en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge. Denne henvisning forudsætter, at den praktiserende læge ikke mener selv at kunne færdigbehandle patienten. Henvisningen kan enten vedrøre undersøgelse på sygehusenes røntgenafdelinger eller centrallaboratorier som en bistand til den praktiserende læges diagnosticering eller tage sigte på patientens indlæggelse på sygehuset. I 1974-75 foretog sygehuse ca. 1,3 mill. røntgenundersøgelser og ca. 6,4 mill. laboratorieundersøgelser på ikke-indlagte patienter (antallet af undersøgte patienter kan ikke oplyses). Det skønnes i øvrigt, at kun en mindre del (5—10 pct.) af alle patientkontakter til de praktiserende læger giver anledning til henvisning til sygehus, medens 85 pct. færdigbehandles i praksis. Der er således tale om et sorteret patientmateriale, hvis behov for undersøgelse og behandling er forlods vurderet af en praktiserende læge. Behandling på sygehus vil dog kunne ske uden lægehenvi-sning på sygehuse-nes skadestuer og akutte modtageafdelinger, hvis patientens tilstand som følge af *ulykke eller akut sygdom* kræver omgående behandling. Bortset fra trafikskader vil de fleste akutindlæggelser imidlertid også være besluttet af en praktiserende læge, og de akutte indlæggelser uden lægehenvi-sning sker som oftest via skadestuerne. Navnlig i de større byer findes almindeligvis åbne skadestuer, der behandler et stort antal lettere skadestilfælde, der for så vidt kunne have været be-

handlet hos alment praktiserende læger. I 1974-75 blev der foretaget ca. 680.000 konsultationer på skadestuerne. Skadestuebehandlingens omfang og funktion varierer imidlertid stærkt fra sygehuskommune til sygehuskommune. Ifølge en undersøgelse (56) af skadebehandlingen var forholdet mellem antal skader i almen praksis og på sygehus (skadestue) 10:4 i Ringkøbing amt, og 66 pct. af patienterne på skadestuen ankom efter lægehenvi-sning. Til sammenligning tjener, at fordelingen af skader på almen praksis og skadestue var 10:10 i det tidligere Holbæk amt og 10:14 i det tidligere Præstø amt. I flere betænkninger (57) er samstemmende anbefalet, at funktionen i sådanne åbne skadestuer til behandling af mindre skader overflyttes til praksisområdet.

Det er ikke muligt ved hjælp af den eksisterende statistik at fordele samtlige indlæggelser efter, hvem der har henvist patienten (alment praktiserende læge, speciallæge) eller efter omfanget af foretagne forundersøgelser (koordineret forundersøgelse, forundersøgelsesambulatorium).

I enkelte amtskommuner har man dog opbygget eller planlagt systemer, som vil gøre det muligt at uddrage sådanne statistiske oplysninger.

Til belysning af *patientbevægelsen til og fra sygehuse* samt patientstrømmens forskelligartede belastning af sygehusvæsenet kræves kendskab til, hvorfra patienterne indlægges, og på hvilken måde patienternes fordeling på alder, samt hvortil patienterne udskrives.

Ifølge en statistisk analyse fra 1972 af sygehusfunktionen i et amt (58) var 71 pct. af de indlagte patienter indkommet fra hjemmet, 5 pct. fra institution (plejehjem, alderdomshjem, sørforsorgsinstitutioner), knap 8 pct. var indlagt over skadestuen, 6 pct. fra anden afdeling, 3 pct. fra andet sygehus og 7 pct. var født på sygehus. 52 pct. af indlæggelserne, herunder medregnet indlæggelse til fødsel, var akutte, hvorved forstås indlæggelser, der sker øjeblikkelig eller inden for få timer direkte på en afdeling og principielt uden forudgående sygehusemæssig vurdering. Disse akutte indlæggelser er særlig belastende for et sygehus, bl. a. fordi de kræver en fast, ikke ubetydelige sengereserve, vagt-

^{*}) Dette betalingsprincip blev oprindeligt indført ved indenrigsministeriets cirkulæreskrivelse nr. 234 af 10/11 1950 om betaling for sygehusbehandling på fremmede sygehuse.

beredskab af tast vagtlæge på sygehuset m. m. og er fordelt på alle dage og hele døgnnet. De adskiller sig herved væsentligt fra indlæggelse af ikke akutte patienter, der lotst finder sted efter sygehusets vurdering af den indlæggende læges indlæggelses-anmodning, evt. efter supplerende undersøgelse i et forundersøgelingsambulatorium, og hvor tidspunktet for indlæggelse kan afpasses efter sygehusets sengekapacitet.

Den nævnte undersøgelse viste i øvrigt, at *de indlagte fordelte sig aldersmæssigt*, som det fremgår af nedenstående opstilling, hvor tillige er anført antal sengedage i procent og gennemsnitsliggetid i dage for de forskellige aldersgrupper af indlagte patienter.

Det ses her bl. a., at børn (0-14 år) udgør 14 pct. af alle indlæggelser, men kun belaster forbruget af sengedage med 10 pct. Den erhvervsduelige alder (15-59 år) omfatter 50 pct. af det samlede patienttal og forbruger 41 pct. af sengedagene. De ældres aldersgrupper (60 år og ældre) står for 29 pct. af indlæggelserne, men lægger beslag på hele 46 pct. af sygedagene. Aldersfordelingen af indlagte patienter er i det hele af fundamental betydning for sygehusenes funktionelle opbygning. Dette skyldes, at forskellige aldersgrupper har varierende sygdomsmonster, varierende indlæggelsesfrekvens, varierende plejebehov og varierende senge-dagsforbrug og dermed varierende gennemsnitsliggetid.

Endelige fremgår det af undersøgelsen, at 82 pct. af alle patienter udskrives til hjemmet. 14 pct. overflyttes til anden afdeling, andet sygehus eller institution, og 4 pct. dør under opholdet. Der haves ikke oplysninger om, hvor mange af de udskrevne der inden for en vis tid genindlægges.

3.3. Forskellige sygdomsgruppers belastning af sygehusvæsenet.

Det samlede antal indlæggelser i 1974-75 på almindelige sygehuse samt somatiske og psy-

kiatriske special-sygehuse androg som anført ca. 860.000 incl. overflytning fra én afdeling til en anden. Til belysning af det sygdoms-panorama, sygehusvæsenet behandler, er i tabel 8 vist hoveddiagnoserne for udskrevne og døde i 1973-74, hvor indlæggelsestallet var ca. 827.000.

Det ses, at de vigtigste sygdomsgrupper er XVII (traumer, forgiftninger, anden voldelig legemsbeskadigelse), XI (sygdomme i svangerskab, under fødsel og i barselsseng), VII (sygdomme i teedsløbsorganer), X (sygdomme i urin- og kønsorganer), IX (sygdomme i fordøjelsesorganer) samt II (svulster), der tilsammen dækker knapt 60 pct. af tilfældene. Ved vurderingen heraf må det erindres, at sygdomsgruppe XI også omfatter normale fødsler og aborter uden medicinsk indication.

Da liggetiden ikke er den samme for alle sygdomme, er antallet af behandlede patienter med en given lidelse ikke noget fuldstændigt udtryk for denne lidelses belastning af sygehusvæsenet.

Et vist indtryk af de forskellige sygdommes belastning af sygehusvæsenet kan dog udledes af tabel 9, side 114, der viser sygehusafdelingernes virksomhed i 1973-74. Heraf fremgår bl. a. den gennemsnitlige liggetid for patienterne på de forskellige afdelinger. Tabellen viser ligeledes antal operationer, der er udført i de enkelte afdelinger.

Endvidere er vist antal ambulante konsultationer på de enkelte afdelinger og forholdet mellem sengedage og ambulante konsultationer.

3.4. Personale og uddannelse.

De væsentligste *medicinalpersoner i sygehusvæsenet* er såvel ud fra et historisk som fra et funktionsmæssigt synspunkt lægerne og sygeplejerskerne. For begge grupper er der imidlertid gennemført en vidtdeven arbejdsdeling og specialisering, der har medført, at de to kategorier af medicinalpersoner og deres oprindelige funktioner efterhånden er

| Alder | Her født | 0-4 | 5-14 | 15-19 | 20-34 | 35-44 | 45-59 | 60-69 | 70 |
|----------------------------|----------|-----|----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|----|
| Antal patienter . . . pet. | 7 | 7 | 7 | 5 | 21 | 8 | 16 | 12 | 17 |
| sengedage . . . pet. | 3 | 5 | 5 | 3 | 13 | 7 | 18 | 17 | 29 |
| Gennemsnitsliggetid dage | 5 | 8 | 7 | 7 | 7 | 9 | 12 | 16 | 19 |

opdelt på en lang række specialer og faggrupper. For lægernes vedkommende er der således i dag 32 anerkendte specialer, hvortil kommer ekspertområder, der i antal når op til omkring 140 på Rigshospitalet. Alle disse specialer og ekspertområder m. m. findes ganske vist ikke på hvert enkelt sygehus, men i de vejledende retningslinier for sygehusvæsenets udbygning forudsættes dog som det normale, at en lang række specialer findes inden for hvert enkelt amtskommunalt sygehusvæsen, hvortil kommer den yderligere koncentration af specialfunktioner, der tilstræbes på landsdelssygehusene. På tilsvarende måde har udviklingen været inden for sygeplejen. De funktioner, der oprindeligt blev varetaget af sygeplejersker, er - som det er udtrykt (59) - i dag bl. a. fordelt på sygeplejersker, sygehjælpere, hospitals-

medhjælpere, afdelingsportører, sygeplejerskesekretærer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere, laboranter, undervisningssygeplejersker samt på specialafdelinger, såsom sengeredningscentral, centralkøken og rengøringscentral.

I tabel 10 side 115, indeholdes en oversigt over sygehusvæsenets personale, fordelt efter beskæftigelsesområder/uddannelseskategorier. Oversigten, der omfatter praktisk taget alle kategorier af medicinalpersoner samt forskellige grupper administrationspersonale, afspejler med al tydelighed sygehusvæsenets højt specialiserede og personalekrævende funktion. Som det vil ses, er der foruden læger og sygeplejersker beskæftiget personale i senge-, undersøgelses- og behandlingsafdelingerne med 16 forskellige særlige sundhedsuddannelser/funktioner samt

Tabel 8. Hoveddiagn. for udskrevne og døde patienter. Almindelige sygehuse samt somatiske og psykiatriske specialsygehuse.

| | Diagnosegrupper (WHO's sygdomsklassifikation, 8. revision) | | Pr. 1000 tilfælde |
|-------|---|---------|----------------------|
| I | Infektions- og parasitære sygdomme (000-136) | 12.625 | 15,6 |
| II | Svulster (140-239) | 67.210 | 83,0 |
| III | Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme (240-279) | 24.695 | 30,5 |
| IV | Sygdomme i blod og bloddannende organer (280-289) | 4.731 | 5,8 |
| V | Psykiske lidelser m. v. (290-315) | 53.603 | 66,2 |
| VI | Sygdomme i nervesystem og sanseorganer (320-389) | 32.918 | 40,6 |
| VII | Sygdomme i kredsløbsorganer (390-458) | 83.237 | 102,7 |
| VIII | Sygdomme i åndedrætsorganer (460-519) | 53.580 | 66,1 |
| IX | Sygdomme i fordøjelsesorganer (520-577) | 68.641 | 84,7 |
| X | Sygdomme i urin- og kønsorganer (580-629) | 73.884 | 91,2 |
| XI | Sygdomme i svangerskab, under fødsel- og i barselsseng (630-678) | 89.768 | 110,8 |
| XII | Sygdomme i hud og underhud (680-709) | 12.184 | 15,0 |
| XIII | Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv (710-738) | 34.195 | 42,2 |
| XIV | Medfødte misdannelser (740-759) | 11.135 | 13,7 |
| XV | Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden og død som følge heraf (760-779) | 5.849 | 7,2 |
| XVI | Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande (780-796) | 34.300 | 42,3 |
| XVII | Traumer, forgiftninger, anden voldelig legemsbeskadigelse (N800-N999) | 100.752 | 124,4 |
| | Patienter u. symptomer eller sygdom | 46.861 | 57,8 |
| I alt | | 810.168 | 999,8 |

Kilde: Medicinalberetning II 1973-74. Udskrevne og døde patienter fra psykiatriske specialsygehuse er - ud fra disse sygehuses indlæggelsesfordeling i 1973-74 på hoveddiagnoser - skønmæssigt fordelt med 24.529 patienter på diagnosegruppe V, 203 patienter på diagnosegruppe XVI og 58 patienter på gruppen vedr. patienter uden symptomer eller sygdom.

Anm. Årsagen til at antallet af udskrevne og døde patienter i alt er opgjort til ca. 17.000 lavere end antallet af indlæggelser i 1973-74 er dels, at der altid vil være en mindre forskel mellem antal indlæggelser og udskrevne/døde og dels at de statistiske opgørelsesmetoder er forskellige.

Tabel 9. Afdelingernes virksomhed på almindelige sygehuse samt somatiske og psykiatriske specialsygehuse.

| Sygehusafdelinger | Antal indlagte patienter | Antal sengedage | Gns. liggetid | Operationer | Amb. kons.er ¹⁾ | Amb. behandl. pr. sengedag |
|--|--------------------------|-----------------|---------------|-------------|----------------------------|----------------------------|
| Bland. med.-kir. afd. | 45.053 | 504.289 | 11 | 25.171 | 43.000 | 0,09 |
| (M) Alment med. afd. | 156.893 | 2.197.172 | 14 | — | 160.000 | 0,07 |
| (M) Med. gastroenterologiske afd. | 6.795 | 82.975 | 12 | — | | |
| Børneafd. | 33.446 | 341.934 | 10 | 44 | | |
| (M) Neuromed. afd. | 18.706 | 491.354 | 26 | — | 28.000 | 0,08 |
| (M) Afd. for hud- og kønsygdomme | 4.414 | 82.968 | 19 | — | 36.000 | 0,07 |
| (M) Lungemed. afd. | 7.729 | 142.895 | 18 | — | 150.000 | 1,81 |
| (M) Nefrologiske afd. | 5.808 | 51.526 | 9 | — | 12.000 | 0,08 |
| (M) Fysiurgiske og rehabiliteringsafd. | 8.894 | 345.487 | 39 | — | 2.000 | 0,04 |
| Langtids- og efterbehandlings afd. | 4.279 | 306.710 | 70 | — | 53.000 | 0,15 |
| (M) Cardiologisk/med. afd. | 7.089 | 77.647 | 11 | — | 13.000 | 0,04 |
| (K) Alment kir. afd. | 208.837 | 1.950.976 | 9 | 160.371 | 18.000 | 0,23 |
| (K) Kir. gastroenterologiske afd. | 18.421 | 189.853 | 10 | 15.691 | 335.000 | 0,15 |
| (K) Urologiske afd. | 8.138 | 92.091 | 11 | 8.711 | | |
| (K) Neurokir. afd. | 7.352 | 88.215 | 12 | 5.121 | 3.000 | 0,03 |
| (K) Thoraxkir. afd. | 5.416 | 69.949 | 13 | 6.102 | 7.000 | 0,10 |
| (K) Gynækologisk-obstetriske afd. | 104.624 | 665.251 | 6 | 80.328 | 222.000 | 0,26 |
| (K) Obstetriske afd. | 24.043 | 172.550 | 7 | | | |
| (K) Plastikkir. afd. | 4.882 | 55.889 | 11 | 5.681 | 12.000 | 0,21 |
| (K) Ortopæd. kir. afd. | 44.368 | 560.101 | 13 | 32.687 | 299.000 | 0,53 |
| (K) Anæsthesiologiske afd. | 1.541 | 7.442 | 5 | — | — | — |
| (K) Øre-, næse- og hals-afd. | 41.570 | 235.964 | 6 | 44.905 | 82.000 | 0,35 |
| (M) Øjenafd. | 9.868 | 84.044 | 9 | 8.057 | 62.000 | 0,74 |
| (K) Røntgenterapi afd. | 7.955 | 100.012 | 13 | — | 82.000 | 0,82 |
| Psyk. afd. ²⁾ | 40.695 | 4.159.768 | 102 | — | 89.000 | 0,02 |
| Børnepsyk. afd. ²⁾ | 379 | 45.412 | 138 | — | 1.000 | 0,02 |
| I alt | 827.195 | 13.102.474 | 16 | 392.869 | 1.709.000 | 0,13 |
| heraf | | | | | | |
| – medicinsk blok | 226.196 | 3.556.068 | 16 | 8.057 | 521.000 | 0,15 |
| – kirurgisk blok | 477.147 | 4.188.293 | 9 | 359.641 | 1.014.000 | 0,24 |
| – børneblok | 33.446 | 341.934 | 10 | — | 28.000 | 0,08 |
| – psyk. blok ³⁾ | 41.074 | 4.205.180 | 102 | — | 90.000 | 0,02 |
| – langtidsblok | 4.279 | 306.710 | 70 | — | 13.000 | 0,04 |
| – blandet med. kir. blok | 45.053 | 504.289 | 11 | 25.171 | 43.000 | 0,09 |

Kilde: Medicinalberetning II, 1973-74. Ambulante konsultationer er anslåede tal for 1972-73 på basis af internt materiale i indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen.

¹⁾ Opgørelsen er eksklusiv skadestuebehandlinger. Afdelingsklassifikationen for ambulante konsultationer er muligvis ikke helt i overensstemmelse med den for de øvrige oplysninger anvendte. En sammenligning af antal sengedage og ambulante behandlinger må dog anses for forsvarlig.

²⁾ For så vidt angår indlæggelser på psykiatriske specialsygehuse er antal sengedage skønnet på basis af antal sygedage.

³⁾ Incl. børnepsykiatri.

Tabel 10. Sygehusvæsenets personalegrupper. April 1976.

| A: Senge-, undersøgelses- og behandlingsafd. | Heltid | Deltid |
|--|--------|--------|
| Læger (1-4) | | |
| 1. Overlæger | 1.553 | 1 |
| 2. Sygehuslæger | 39 | 2 |
| 3. 1. reservel./reservel. (stud. vik.) | 3.928 | 13 |
| 4. Andre læger (incl. forskerstill.) | 101 | 132 |
| Læger i alt | 5.621 | 148 |
| <i>Andre akad. eller tilsv. udd. (5-9)</i> | | |
| 5. Tandlæger | 25 | 14 |
| 6. Psykologer | 106 | 45 |
| 7. Farmaceuter (på laboratorier) | 68 | 5 |
| 8. Socialrådgivere | 206 | 111 |
| 9. Andet akademisk personale | 90 | 7 |
| Andre akad. eller tilsv. udd. i alt | 495 | 182 |
| <i>Sygeplejersker (10-13)</i> | | |
| 10. For- og viceforstanderinder | 191 | 5 |
| 11. Oversygeplejersker | 418 | 11 |
| 12. Afdelingssygeplejersker | 2.420 | 183 |
| 13. Øvrige sygeplejersker | 8.783 | 9.789 |
| Sygeplejersker i alt | 11.812 | 9.988 |
| <i>Personale ml anden plejeudd. (14-18)</i> | | |
| 14. Sygehjælpere | 7.656 | 9.965 |
| 15. Plejere og plejersker | 2.707 | 472 |
| 16. Børneforsorgspæd. af småbørnsl. | 110 | 68 |
| 17. Barneplejersker (1-årige) | 61 | 79 |
| 18. Andre | 157 | 37 |
| Personale m/ anden plejeudd. i alt | 10.691 | 10.921 |
| <i>Pers. ml anden sundhedsjagl. udd. (19-28)</i> | | |
| 19. Jordemødre | 108 | 80 |
| 20. Lægeseekretærer | 2.839 | 3.140 |
| 21. Laboranter | 2.065 | 1.333 |
| 22. Fysioterapeuter | 759 | 553 |
| 23. Ergoterapeuter | 345 | 211 |
| 24. Beskæftigelseshjælpere | 150 | 98 |
| 25. Radiografer | 146 | 25 |
| 26. Røntgenfotografer | 176 | 139 |
| 27. Fodterapeuter | 9 | 16 |
| 28. Andet uddannet personale | 168 | 156 |
| Pers. m/ anden sundhedsfagl. udd. i alt | 6.765 | 5.751 |
| 29. Andet pers. uden sundhedsfagl. udd. (incl. faste vagter) | 437 | 687 |
| <i>Elever (30-34)</i> | | |
| 30. Sygeplejeelever | 3.930 | |
| 31. Sygehjælperelever | 1.366 | |
| 32. Plejerelever | 192 | |
| 33. Laborantelever | 847 | |
| 34. Andre elever | 331 | |
| Elever i alt | 6.666 | |
| I alt A | 42.487 | 27.677 |

B: Hjelpeafdelinger.

Heltid

Deltid

*1. Adm in ist rat ion:**Pers. m/akad. eller tilsv. udd. (la-f)*

| | | |
|---|-----|----|
| a. Samfundsvidenskabeligt uddannede | 53 | 1 |
| b. Civilingeniører og akademiingeniører | 38 | |
| c. Anden akademisk uddannelse | 10 | |
| d. Handelshøjskoleudd. (HD, HA) | 44 | |
| e. Tekn. ing. og arkitekt (ikke M.A.A.) | 13 | |
| f. Socialrådgivere | 29 | 27 |
| Pers. m/ akad. eller tilsv. udd. i alt | 187 | 28 |

Kontoruddannet personale (lg-i)

| | | |
|--|-------|-----|
| g. Kontorudd, med Dansk Komm, kursus | 330 | 32 |
| h. Pers. m/ andet større adm. kursus | 498 | 222 |
| i. Andre kontoruddannede | 1.066 | 709 |
| Kontoruddannet personale i alt | 1.894 | 963 |

Andet personale ved adm. (lj-m)

| | | |
|--|-----|-----|
| j. Sygeplejersker | 12 | 6 |
| k. Andet faguddannet personale | 76 | 33 |
| l. Ikke faglært personale | 180 | 161 |
| m. Elever | 48 | |
| Andet personale ved adm. i alt | 316 | 200 |

Øvrigt personale på hjælpeafd. (2-11)

| | | |
|---|--------|--------|
| 2. Portører og vagtmestre samt betjente på psyk. sygehuse m. v. | 3.474 | 155 |
| 3. Ejendommens drift (incl. tekn. pers.) | 2.066 | 86 |
| 4. Depotforvaltning | 207 | 7 |
| 5. Edb afdeling | 67 | 11 |
| 6. Køkken og kantine | 3.130 | 1.457 |
| 7. Vaskeri og systue | 1.251 | 659 |
| 8. Personalets ophold | 112 | 106 |
| 9. Apotek | 377 | 125 |
| 10. Rengøringspersonale | 5.550 | 7.712 |
| 11. Andre ansatte | 582 | 234 |
| Øvrigt personale på hjælpeafd. i alt | 16.816 | 10.552 |

I alt B 19.213 11.743

I alt A + B 61.700 39.420

Antal omregnede heltidsbeskæft 81.410

Kilde: Medicinalstatistiske meddelelser 1976:6.

en række ikke nærmere specificerede uddannelser, hvortil kommer forskellige elevgrupper vedr. sygehusrelevante uddannelser. Inden for sygehusvæsenets hjælpeafdelinger er ligeledes beskæftiget et såvel i uddannelses- som funktionsmæssig henseende mangeartet personale.

Omregnet til heltidsbeskæftigede var der pr. april 1976 ca. 81.500 ansatte på sygehu-

sene under ét. Heraf var ca. 65.750 ansat på almindelige somatiske sygehuse, ca. 4.500 på somatiske specialsygehuse, ca. 10.750 på psykiatriske specialsygehuse og omkring 500 i centrale sygehusforvaltninger.

Sygeplejerskerne er den største enkeltstående personalekategori, idet den, omregnet til heltidsansatte, udgør 21 pct. af det samlede personale. Sygehjælpere og plejere

udgør andre 20 pct. Lægerne udgør 10 pct. af personalet på sygeafdelingerne og 7 pct. af det samlede personale svarende **til**, at der på sygeafdelingerne er ansat 9 andre personer og i sygehusvæsenet som helhed 13 andre personer pr. læge.

Endelig ses det, at eleverne udgør 8 pct. af personalet.

Den omfattende specialisering og den brede personalesammensætning er *ikke problemløs*. Ud over de problemer, koordineringen af de mange personalegruppers arbejde frembyder, medfører den høje specialiseringsgrad inden for det lægelige område vanskeligheder inden for de mindre specialiserede dele af sygehusvæsenet og manglende fleksibilitet ved ændringer i personalesammensætningen. I erkendelse af, at de mindre sygehuse fortsat må eksistere i det mindste i en årrække endnu til varetagelse af de mindre specialiserede sygehusfunktioner, har speciallægekommissionen (24) således foreslået de nuværende 1. reservelægestillinger på medicinske og kirurgiske afdelinger ved de mindre sygehuse omdannet til stillinger for fastansatte speciallæger med henblik på at sikre disse sygehuse en bredere dækning af færdiguddannede speciallæger svarende til disse sygehuses fremtidige funktion. Inden for plejeområdet er sygeplejerskemanglen nogle steder forsøgt afhjulpet ved ansættelse af flere sygehjælpere, men disses uddannelse er opbygget ud fra en given arbejdsdeling mellem sygeplejersker og sygehjælpere, og kan kun fungere ved en vis balance mellem antallet af sygeplejersker og sygehjælpere. Da sygehjælperne under de givne omstændigheder skal kunne klare flere arbejdsopgaver, end de er uddannet til, er der sket en udvidelse af sygehjælpernes uddannelse. Bl. a. på baggrund af de nævnte og lignende erfaringer peges der fra forskelligt hold (58, 59) på det ønskelige i bredere fælles grunduddannelser for alt personale i sygehusvæsenets funktion og muligheden for at skifte arbejdsområde efter ønsker og behov.

Heroverfor står dog de fortsatte bestræbelser for en yderligere intensivering og højnelse af uddannelsen inden for de enkelte faggrupper. Disse bestræbelser har bl. a. for så vidt angår uddannelsen af sygeplejersker (61) resulteret i et forslag om en skærpelse af kravene til de grundlæggende skolekunderskaber, en udvidelse af det teoretiske stof i

uddannelsen og en ændret uddannelsesform, hvor den hidtidige lærlinguddannelse forlades, og uddannelsen i princippet udformes som et egentligt studium.

Tilkomsten af nye og stadig snævrere specialer er afspejlet i *sygehusvæsenets afdelingsstruktur*, der igennem de senere år er præget af stadig flere og mindre, selvstændige specialafdelinger. Reglerne om speciallægeuddannelsernes kliniske indhold (obligatoriske ansættelser, herunder som 1. reservelæge, på forskellige nærmere angivne afdelinger) kan yderligere have påvirket afdelings- og lægebemandingsstrukturen i sygehusvæsenet. Da det ikke kan udelukkes, at dette har ført til en ikke-koordineret udbygning af specialafdelinger og grenspecialiserede afdelinger, har speciallægekommissionen endvidere foreslået, at antallet af fagområder klassificerede som lægelige specialer med formaliserede uddannelseskraav begrænses, samtidig med at der stilles forslag om alternative uddannelsesforløb. I kommissionens forslag indgår forudsætningsvis, at der på forskellige områder sker sammenlægninger af forskellige specialafdelinger, der bemannes med flere fastansatte speciallæger. Disse kan samtidig have forpligtelser og funktioner uden for sygehusene og kan udgøre et visiterende led mellem den primære sundhedstjeneste og andre funktioner uden for sygehusene og det specialiserede sygehusvæsen.

Sygehusvæsenet har som nævnt meget *betydelige uddannelsesopgaver* for medicinalpersonalet såvel på sygehusene som til sundheds- og socialsektoren uden for sygehusene. Denne uddannelsesfunktion præger og påvirker i visse henseender sygehusbemandingen. Den kliniske videreuddannelse af lægerne på sygehusene stiller således særlige krav til den faste stab af speciallæger (overlæger) på sygehusene, der skal opfyldes ved siden af selve patientbehandlingen. Denne uddannelsesfunktion for den faste lægestab var stærkt medvirkende til den fra 1964 stammende lægestabsopbygning på sygehusene (62), der indebar, at der som hovedregel højst kunne normeres én 1. reservelæge og højst to reservelæger for hver fast ansat speciallæge. Herigennem tilstræbtes det at tilføre sygehusene flere faste speciallæger, hvilket blev fundet ønskeligt såvel ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt som ud fra hensynet til sikring af den bedst mulige ud-

dannelse af de vordende speciallæger. Disse uddannelsesfunktioner, der også gælder de store grupper af plejepersonale m. fl., må tages i betragtning, når man vurderer omfanget af sygehuspersonalet, f. eks. i forhold til praksissektoren.

3.5. Sygehusvæsenets organisation.

Som nævnt *varetages sygehusvæsenet af amtskommunerne* og Københavns og Frederiksberg kommuner med de begrænsninger, der følger af opretholdelsen af statslige sygehuse.

Efter 1. april 1976, hvor statshospitalerne er overført til amtskommunerne, driver *staten**) kun de to højt specialiserede sygehuse, Rigshospitalet og Finsensinstituttet, der tilsammen har omkring 5 pct. af den samlede sengekapa­citet. Med indførelsen af en betalingsordning for sygehuskommuner­nes benyttelse af de statslige sygehuse er der i øvrigt lagt op til en stærkere integrering af den tilbageværende del af det statslige sygehusvæsen med det amtskommunale.

Foruden de amtskommunale og statslige sygehuse eksisterer der endnu enkelte *private sygehuse*, hvis udgifter efter overens­komst dog dækkes af amtskommunerne, og som i praksis fungerer som en integreret del af det kommunale sygehusvæsen.

De eksisterende amtskommunale sygehus­væsen er dannet ved kommunalreformen i 1970. Etableringen af de 14 amtskommuner tog fortrinsvis sigte på at skabe det nødven­dige bredere befolkningsunderlag for en rationel udnyttelse af den stedse mere specialise­rede sygehusfunktion. Samtidig blev de hid­tidige købstadskommunale sygehuse overført til amtskommunerne. De således etablerede sygehusvæsen omfatter en række sygehuse­heder af højest forskellig størrelse og spe­cialiseringsgrad. De gængse sygehus­typer var de såkaldte blandede sygehuse med en fælles kirurgisk/medicinsk overlæge, de delte syge­huse, der var opdelt i en kirurgisk og medi­cinsk afdeling med hver sin overlæge, samt centralsygehuse, hvor de forskellige nytil-

komne specialer var koncentrerede. Den fortsatte udspecialisering af sygehusvæsenet, der skyldes, at den lægelige teknologiske udvikling har nødvendiggjort en opdeling af den samlede viden i stadig snævrere fagområder, fordelt på stadig flere sagkyndige, har ført til etablering af stadig større sygehus­enheder med et stedse stigende antal special­afdelinger. I tabel 11 er vist fordelingen af nuværende sygehuse på den i medicinalstati­stikken anvendte opdeling, og til belysning af fordelingen af sygehuskapaciteten er samti­dig angivet antal sengepladser**) og antal læger.

Det fremgår af tabel 11, at mere end halv­delen af den samlede sengekapa­citet - $\frac{3}{4}$ af sengekapa­citeten i det almindelige somatiske sygehusvæsen - findes på *sygehuse med mindst 3 kliniske afdelinger*, og at $\frac{1}{3}$ af de almindelige somatiske senge findes på syge­huse med over 800 senge. De store sygehuse er endnu mere dominerende hvad angår læge­talet; $\frac{2}{5}$ af samtlige sygehusansatte læger er beskæftiget på de 9 sygehuse, der har over 800 senge.

De delte og de blandede sygehuse repræ­senterer dog såvel i antal som i sengekapa­citet en ikke uvæsentlig del af det samlede sygehusvæsen, og deres videreførelse med uændret funktion bakkes de fleste steder kraftigt op af befolkningen i de lokalområ­der, som sygehuse dækker.

Det må i denne forbindelse erindres, at arbejdsdelingen mellem sygehuse traditionelt har været i altovervejende grad geogra­fisk bestemt. Hvert sygehus har haft sit vel­definerede opland, og videre visitation til andre sygehuse har - selv efter oprettelsen af centralsygehuse - været et ret sjældent fænomen. Den foran nævnte analyse (59) af sygehusfunktionen i et amt synes at vise, at dette visitationsmønster stadig er meget ud­bredt, og at der er tale om en stærkt begræn­set brug af omvisitering til de mere speciali­serede afdelinger. Dette betyder, at en række sygehuse trods overordentligt store forskelle med hensyn til befolkningsunderlag, stør­relse, specialiseringsgrad og udrustning med

*) De ortopædiske hospitaler og afdelinger drives af Samfundet og Hjemmet for Vanføre, men udgif­terne til drift af sengeafsnit afholdes af staten (socialministeriet) som særfor­sgsudgift, og udgifterne til drift af ambulatorier dækkes dels ved tilskud fra hjemstedssygehuskommunen, dels ved et særligt stats­ligt tilskud (indenrigsministeriet).

**) Det traditionelle mål for sygehuskapacitet er antal senge, der imidlertid bl. a. som følge af den stigende ambulante funktion i sygehusvæsenet er mindre dækkende. Der er imidlertid endnu ikke ud­viklet andre og bedre mål for sygehuskapaciteten.

Tabel 11. Sygehusene fordelt efter type og deres sengepladser og læger, april 1976.

| | Antal | Antal normerede sengepl. | Antal læger ¹⁾ |
|--|-------|--------------------------|---------------------------|
| Sygehuse med mindst 3 kliniske afdelinger, over 800 senge. | 9 | 11.001 | 2.314,0 |
| Do., under 800 senge. | 33 | 13.166 | 2.097,0 |
| Delte sygehuse. | 30 | 4.742 | 564,5 |
| Blandede sygehuse. | 25 | 1.703 | 130,0 |
| Somatiske specialsygehuse. | 24 | 3.031 | 201,5 |
| Psykiatriske specialsygehuse. | 16 | 10.747 | 379,0 |
| I alt | 137 | 44.390 ²⁾ | 5.686 ³⁾ |

Kilde: Medicinalstatistiske meddelelser 1976:6.

Noter: ¹⁾ Deltidsbeskæftigede er omregnet til heltidsbeskæftigede.

²⁾ Heraf er 1.673 sengepladser i øjeblikket ude af drift.

³⁾ Der er herudover ansat 9 læger ved centrale sygehusforvaltninger.

undersøgsfaciliteter har en påfaldende ensartet funktion. De fungerer alle i høj grad som selvstændige egnssygehuse, der tager sig af hovedparten af al sygehusfunktion inden for eget lokalområde.

Heroverfor står de i *indenrigsministeriets vejledende retningslinier for sygehusplanlægningen* formulerede synspunkter, som meget sammentrængt kan gengives således:

Der må forventes en fortsat lægelig specialisering, der på én gang vil forudsætte et større befolkningsunderlag til de stadigt snævrere fagområder og forstærke specialisterne indbyrdes afhængighed. Desuden vil de kliniske funktioner blive mere og mere afhængige af tilstedeværelsen af centraliserede, stærkt udviklede laboratoriefunktioner med anvendelse af kompliceret og kostbart teknisk udstyr. På denne baggrund lader det sig ikke gøre at opretholde forestillingen om, at fremtidens sygehusvæsen kan baseres på opbygning af selvstændige egnssygehuse (normalsygehuse) for områder med 50.000, 75.000 eller for den sags skyld 100.000 indbyggere. Skulle man investere i opbygning af sådanne stort set helt selvstændige sygehuse, måtte det være til dækning af det totale sygehusbehov for befolkningen i en hel amtskommune af normal størrelse (200.000-300.000 indbyggere). Sådanne store sygehuse kunne måske anses for hensigtsmæssige, hvis der alene skulle lægges vægt på at skabe de bedste betingelser for det lægelige undersøgelses- og behandlingsarbejde, men en række andre faktorer kan tænkes at trække stærkt i modsat retning f. eks. hen-

syn til personalerekruttering, patienttrivsel, driftsøkonomi, tabt arbejdsfortjeneste og transportudgifter for ambulante patienter og besøgende). Der er derfor intet grundlag for at betragte en så vidtgående centralisering af det danske sygehusvæsen som ønskelig, rent bortset fra, at den naturligvis ville være økonomisk uigennemførlig inden for en overskuelig fremtid.

I denne situation anbefaler retningslinierne, at der i hver amtskommune af normal størrelse udpeges *ét sygehus*, der som *amtskommunens mest specialiserede sygehus* spænder over eller kan udbygges til at spænde over hele registret af amtspecialer (de såkaldte »hovedsygehuse«), og at større nyinvesteringer i den første årrække fortrinsvis koncentrerer på disse sygehuse. Det fremhæves, at den koncentration af funktionerne på ét sygehus, som kan tænkes gennemført i planlægningens første fase, ud fra en realistisk vurdering af de sandsynlige investeringsrammer næppe i nævneværdig grad kan blive en hindring for opretholdelse af en kombination af centraliserede og decentraliserede funktioner, hvorimod en sideordnet udbygning af en række sygehuse i hver amtskommune vil fastlåse sygehusvæsenet i en stærkt decentraliseret struktur langt ud i fremtiden og desuden vil rumme betydelig risiko for, at der inden for samme amtskommune opbygges konkurrerende specialafdelinger, der hver for sig har for lille arbejdsmængde til en kvalitativt og økonomisk hensigtsmæssig funktion.

I retningslinierne fremhæves imidlertid al-

lerstærkest behovet for, at de eksisterende sygehuse i hver amtskommune *samordnes funktionelt* i et differentieret system, bl. a. således at fordelingen af patienter imellem sygehuse kan ske ikke blot ud fra geografiske kriterier, men ud fra en mere samlet vurdering af, hvor det vil være mest hensigtsmæssigt at undersøge og/eller behandle patienten, når hensyn tages til alle relevante faktorer, herunder sygehuses forskellige specialiseringsgrad, bemanning og udrustning med undersøgelsesfaciliteter. I nøje sammenhæng hermed fremhæves behovet for visitationsordninger, der kan sikre, at patienterne kommer til det rigtige sted i et differentieret sygehusvæsen.

Bag disse hovedsynspunkter i de vejledende retningslinier ligger både ønsket om i videst muligt omfang at sikre en lige adgang for alle til de sygehusundersøgelser og -behandlinger, som passer til hver enkelt patients situation, og ønsket om at sikre en fornuftig udnyttelse af de betydelige ressourcer, som allerede er bundet i eksisterende sygehuse af forskellig størrelse og type, herunder sikre at de mest specialiserede dele af sygehusvæsenet i højere grad end hidtil forbeholdes til de behandlingsopgaver, som forudsætter en stærkt specialiseret indsats.

I flere af de indtil nu godkendte sygehusplaner er der taget forskellige skridt til en funktionel samordning, men der har også kunnet konstateres en vis usikkerhed med hensyn til denne samordning. Med hensyn til *visitationen* er der så vidt vides endnu kun i en enkelt sygehuskommune udarbejdet egentlige retningslinier for, hvorledes patienterne skal visiteres mellem de forskellige eksisterende sygehuse. Som et middel til en nærmere sammenknytning af de mindre sygehuse med de højt specialiserede sygehuse er derimod dels etableret en vis konsulentvirksomhed fra de større sygehuse til de mindre, dels etableret såkaldte blokråd. Disse blokråds status og kompetence har dog endnu ikke fundet en mere bestemt form.

De organisatoriske problemer i sygehusvæsenet vedrører imidlertid ikke blot en samordning af de forskellige sygehusenheders virksomhed, men retter sig også imod en tilpasning af sygehusfunktionen som sådan efter den stedfindende udvikling og de stigende krav om en rationel ressourceanvendelse. I erkendelse af de begrænsede muligheder for at øge sengeantallet inden for syge-

husvæsenet har man således i fortsat stigende grad etableret *ambulant virksomhed* inden for sygehusvæsenet for herigennem at øge udnyttelsen af den bestående sengemasse gennem en nedsættelse af den gennemsnitlige liggetid, samt ved helt at overflødiggøre et vist antal indlæggelser, jfr. herom nedenfor. Denne omlægning af sygehusfunktioner fremgår klart af udviklingen i femåret 1966-67 til 1971-72 (63), hvor antallet af sygehusindlagte patienter steg med 22,6 pct., svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på 4 pct., medens antallet af sengedage i den samme periode steg med 5,1 pct. eller 1 pct. pr. år, og antallet af ambulante behandlinger (røntgenundersøgelser -f andre ambulante behandlinger) på de kommunale sygehuse steg med gennemsnitlig 7 pct. pr. år. I forlængelse af denne udvikling tilskynder de vejledende retningslinier for sygehusplanlægningen sygehuskommunerne til at opnå en yderligere begrænsning af behovet for øget sengekapacitet gennem en yderligere ændring af balancen mellem indlagte og ambulante patienter.

Der foreligger i dag ingen samlede oplysninger om ambulatoriernes betydning for indlæggelser på sygehuse, men af en undersøgelse, der dog udelukkende vedrørte et forundersøgellesambulatorium ved en afdeling på et københavnsk sygehus (64) fremgår, at af 519 patienter, der inden for et år var henvist til ambulatoriet af egen læge med indlæggelsesseddel (hvoraf 111 dog aldrig nåede at konsultere ambulatoriet på grund af akut indlæggelse, omvisitering m.v.), blev 207 afsluttet i ambulatoriet uden indlæggelse.

Inden for den stationære sygehusfunktion (plejen og behandlingen af indlagte patienter) har rationaliseringsbestrebelseerne i øvrigt ført til, at der mange steder — foruden afdelingsopbygningen efter lægelige specialer — er etableret en opdeling af patientbehandlingen efter patienternes behov for pleje og overvågning, ofte kaldet »*afpasset patientpleje*«. Der arbejdes således med intensivafdelinger, hvor patienter, hvis tilstand kræver særlig behandling og overvågen koncentrerer, og langtidsbehandlingsafdelinger (65), hvortil patienter henvises, der har behov for sygehusbehandling af en længere varighed end den, de almindelige sygehusafdelinger med deres mere koncentrerede og sammentrængte behandlingsindsats er afpas-

set efter. Foruden en bedre varetagelse af de særlige patientbehov, som henholdsvis intensiv- og langtidspatienterne har, opnås en mere homogen arbejdsrytme på de øvrige sygehusafdelinger.

Som et yderligere middel til en mere rationel udnyttelse af sengekapa- citeten er i de vejledende retningslinier endelig peget på det ønskelige i, at den traditionelle opsplitning af senge efter specialer afløses af en mere integreret brug af sengeafdelinger for flere forskellige specialer, hvilket kan give en jævnere belastning og sikre den størst mulige udnyttelse af den samlede sengekapa- citet.

Som et led i en effektiv udnyttelse af res- sourcerne er der også overvejet ændringer i det *budget- og regnskabsmæssige system*. Det hidtil anvendte regnskabssystem har ikke i særlig grad været egnet til en egentlig økonomisk styring og kontrol af de enkelte funktioner inden for sygehuset. Man har ganske vist arbejdet med omkostningsforde- lingsregnskaber, men disse udarbejdes nor- malt kun årsvis. En øget effektivitet forud- sætter imidlertid både en større omkost- ningsbevidsthed og en forbedret kontrol med udgiftsudviklingen inden for de enkelte sy- gehusafdelinger. Der er derfor fremsat for- skellige forslag (59,60) til et budget- og regnskabssystem, der ikke blot som hidtil dækker sygehuset som en helhed, men også giver mulighed for en økonomisk planlæg- ning og opfølgning (kontrol) for hvert orga- nisorisk funktionsområde (afdelingerne). Den enkelte funktion kan herved se sin ind- sats i lyset af dens økonomiske konsekvenser og løbende følge omkostningerne for sit an- svarsområde. Et sådant funktionsopdelt regnskabssystem vil imidlertid ikke blot have betydning for den enkelte afdelings re- sourcekontrol, men vil - anvendt som et in- tegreret system dækkende alle sygehuse i en sygehuskommune - tillige kunne bidrage til et praktisk tværgående samarbejde mellem sygehusene og dermed til en bedre samord- ning af sygehusene i det enkelte sygehusvæ- sen. I en amtskommune (60) har man såle- des skitseret en opdeling af budgetter og regnskaber, der for det samlede sygehusvæ- sen muliggør en løbende resourcekontrol for tre tværgående fagområder, nemlig speci- allægeområdet, plejeområdet og administra- tionsområdet.

Der har imidlertid også i forbindelse med

overvejelserne om afdelingsfordelte regnska- ber været påpeget forskellige problemer, bl. a. i relation til fastlæggelse af »afdelings- begrebet« samt fordelingen af »tværgående udgifter«.

Med henblik på bedre information om de enkelte sygehusfunktioners resourceforbrug og samtidig til styrkelse af samordningen inden for det enkelte sygehusvæsen over- vejes det i øvrigt i forbindelse med den prakti- ske gennemførelse af den kommunale regn- skabsreform at institutere en supplerende tværgående regnskabsopstilling for sygehus- væsenets funktioner ved siden af den tradi- tionelle opdeling af regnskabet på de enkelte sygehusenheder.

Den igangværende sygehusplanlægning tager ikke blot sigte på funktional samord- ning af de eksisterende sygehusenheder, men også nogle steder på en vis udbygning af sen- gekapaciteten. Det er ikke mindst spørgsmå- let om *udbygningen af sygehusvæsenet*, der hidtil har påkaldt sig den største opmærk- somhed. Baggrunden herfor er ikke mindst, at der i perspektivplanredegørelse II peges på, at der synes at være en tendens henimod en væsentlig forøgelse af sengedækningen ud over de normer for antal senge pr. 1.000 ind- byggere, der - i øvrigt med alle mulige for- behold - er opstillet i indenrigsministeriets vejledende retningslinier. Desuden har sund- hedsstyrelsen igennem længere tid tilrådet, at der i almindelighed udvises betydelig til- bageholdenhed med hensyn til forøgelse af sygehusvæsenets sengekapa- citet. På den givne foranledning har sygehusrådet vedta- get en principbeslutning om, at man som følge af uklarheden omkring den fremtidige udvikling inden for sygehusområdet og den øvrige sundhedssektor anlægger en restriktiv linie ved godkendelse af sygehusplanerne.

Da der hersker megen usikkerhed om- kring det fremtidige sengebehov i sygehus- væsenet, har sundhedsstyrelsen i samarbejde med Københavns amtskommune, Storstrøms amtskommune og Ringkøbing amtskom- mune iværksat et projekt, hvis formål er at udvikle en metode til fremskrivning af de enkelte amtskommuners aktuelle forbrug af senge- og anden sygehuskapacitet, fordelt på aldersgrupper og sygdomsgrupper m. v. og at afprøve om sådanne fremskrivninger kan blive et bedre udgangspunkt for amtskom- munernes overvejelser om fremtidigt kapa- citsbehov end de blokvisse gennemsnitssenge-

dækningstal, som nævnes i de vejledende retningslinier. Metoden bygger på en omfattende anvendelse af den eksisterende indvidbaserede patientregistrering.

I kredsen af problemer omkring sygehusvæsenets organisation indgår også dels spørgsmålet om placering af de lægelige specialer, der kræver et befolkningsgrundlag ud over den enkelte sygehuskommunes, de såkaldte lands- og landsdelsspecialer, dels spørgsmålet om integreringen af den psykiatriske sygehusfunktion i det samlede sygehusvæsen i forbindelse med statshospitalernes overførsel til amtskommunerne. Indenrigsministeriet har nedsat to udvalg til at fremkomme med forslag til løsning af de nævnte problemer, henholdsvis »landsdelsspecialerudvalget« og »psykiatriudvalget«. *Landsdelsspecialerudvalget* skal efter sit kommissorium bl. a. fremkomme med forslag til lands- og landsdelsspecialerfunktionernes geografiske placering og samtidig overveje de visitationsmæssige og økonomiske problemer, der er forbundet med drift af lands- og landsdelsspecialafdelingerne. *Psykiatriudvalget* skal udarbejde et planlægningsgrundlag for den psykiatriske funktion og herunder søge at skønne over undersøgelses-, behandlings- og plejehøvet. Udvalget skal endvidere stille forslag til, hvorledes behandlingsbehovet bør søges dækket med hensyn til typer af institutioner inden for sygehusvæsenet og med hensyn til samarbejde bl. a. med almen lægepraksis, psykiatrisk speciallægepraksis og den sociale sektor.

3.6. Samarbejde mellem sygehusvæsen og de øvrige dele af sundheds- og socialektoren.

Sygehusvæsenet er kun et enkelt led - omend et meget betydningsfuldt - i det samlede sundhedsmæssige og sociale system og har sin særlige funktion at udføre, men kan kun gøre det i et samarbejde med andre dele af systemet. Sygehusene har fortrinsvis til opgave at dække den højt specialiserede indsats, men en rationel udnyttelse heraf forudsætter såvel, at de patienter, der indføres i sygehusvæsenet, er sorteret, som at der sikres mulighed for en afgivelse af patienterne, så snart sygehusets indsats er afsluttet. Sygehuset er - som det er sagt engang (66) - at ligne med en færdselsåre, som må være indstillet på at afvikle en vis trafikmængde.

Eller som det er udtrykt på en anden måde: »indlæggelsesmuligheden i hospitalerne er intimt forbundet med muligheden for at udskrive patienter. Svigter afdelingens behandlingsevne eller -mulighed, vil afdelingen hurtigt udtamponeres af patienter, og nye indlæggelser vil simpelthen forbyde sig selv på grund af pladsmangel.« Et af de afgørende begreber for hele den nødvendige gennemstrømningsproces er visitationen. Det er visitationen til sygehusene, det er visitationen mellem sygehusene og det er »visitationen« bort fra sygehusene, hvad enten det er til hjemmet eller til plejehospital eller lignende. Hermed er også givet de primære kontaktflader mellem sygehusvæsenet og de øvrige dele af sundheds- og socialsektoren. Samarbejdet med *praksissektorens læger* vedrører både visitationen til sygehus og spørgsmålet omkring udskrivningen af de i sygehusvæsenet behandlede patienter. Derimod har *hjemmesygeplejersker, hjemmehjælpere, revalidering og plejehospitaler* m. v. især kontakt med sygehusvæsenet i forbindelse med udskrivning af patienter.

Visitationen mellem sygehuse og sygehusafdelinger nødvendiggøres som sagt af den stærkt opdeltede funktion inden for sygehusvæsenet som sådant. Samarbejdslinier må etableres mellem forundersøgelingsambulatorier henholdsvis modtageafdelinger (intensivafdelinger), mindre specialiserede og mere specialiserede samt landsdelsspecialafdelinger, mellem akutte afdelinger og langtidsbehandlingsafdelinger samt efterbehandlingsambulatorier.

I kraft af den højt specialiserede sagkundskab og anvendelsen af kostbart apparatur i sygehusvæsenet er der herudover et betydeligt samarbejde mellem sygehusområdet og praksisområdet om sygehusvæsenets diagnostiske bistand til de praktiserende læger.

Endelig er der med etableringen af de amtskommunale socialcentre med deres brede koordinerende og rådgivende funktioner lagt op til et til dels gensidigt samarbejde med sygehusvæsenet dels med henblik på social bistand til de i sygehusvæsenet værende patienter, dels i form af lægelig konsulentbistand fra sygehusvæsenet til socialcentrene.

Visitationen til sygehus.

Med hensyn til samarbejdet om sorteringen og kanaliseringen af patienterne til sygehusene henvises til de foran omtalte udvalgs-

arbejder (35, 36, 38). Der understreges et behov for en intensivisering af bestræbelserne for et øget samarbejde mellem sygehusvæsenet og praksisområdet, og der anbefales anvendelse af »koordineret forundersøgelse« som en hensigtsmæssig samarbejdsform om indlæggelse af patienter i sygehus fremfor anvendelse af forambulatorier i sygehusregie. Det understreges dog samtidig, at selv med en øget inddragelse af praksis i indlæggelsesproceduren, vil der være behov for en ambulatorisk forbehandling og sortering af patienter i sygehusvæsenet i det omfang, praksisområdets diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder er udtømte.

I en kommentar fra 1972 om ambulatoriets betydning for hospitalets drift og for dets samarbejde med den praktiserende læge (64) er redegjort for nogle erfaringer med anvendelse af forambulatorium på et københavnsk sygehus. Det understreges dér bl. a., at med en forbedret kommunikation og en udbygning af samarbejdet såvel fra sygehuse som fra de praktiserende lægers side vil forundersøgelsesambulatoriet kunne bringes til at fungere som en tillempet form for koordineret forundersøgelse. Der peges dog på, at dette systems fulde virkeliggørelse vil møde store vanskeligheder. Dette skyldes dels det besværlige i at tilrettelægge et undersøgelsesprogram vedrørende en patient, som kun den ene af parterne har set. Desuden peges på det upraktiske i, at den samme praktiserende læge ofte henviser til et stort antal hospitalsafdelinger.

I en undersøgelse fra 1972 af ambulante arbejdsfunktioner på de kirurgiske afdelinger, Århus amts sygehus (67), redegøres bl. a. for omfanget af de praktiserende lægers forbehandling af de i ambulatoriet modtagne patienter.

Det fremgår heraf, at 2,6 pct. af patienterne efter hospitalslægernes opfattelse var fuldstændig forundersøgt af egen læge før henvisning. Disse patienter henvistes med henblik på vurdering til operation eller til en supplerende undersøgelse, som ikke lod sig gøre i praksis. Delvis undersøgt inden henvisningen var 15 pct. af patienterne. 10 pct. af patienterne havde fået foretaget relevante laboratorieundersøgelser. 4 pct. af patienterne var undersøgt med såvel røntgenundersøgelser som laboratorieundersøgelser. Hos patienter, som blev henvist for en gynækologisk lidelse, var i 10 pct. af tilfældene foretaget vaginal-cytologisk undersøgelse. På grundlag af de foreliggende tal skønnede man, at ambulatoriet kunne aflastes med ca. 15 pct. af patienterne, dersom der i området fandtes flere privat praktiserende speciallæger (efter det oplyste fandtes der på undersøgelsestidspunktet kun en enkelt praktiserende gynækolog, men der-

udover ingen praktiserende speciallæger uden for sygehusene i tagene kirurgi og gynækologi inden for området). Ud fra undersøgelsens resultat konkluderes, at et betydeligt større antal patienter kan og bør forundersøges af den praktiserende læge før henvisningen. Der peges dog samtidig på, at udvidede forundersøgelser måske vil kunne give yderligere kapacitetsproblemer i hjælpeafdelingerne.

Spørgsmålet om visitering af patienter til sygehusene drejer sig imidlertid ikke blot om en arbejdsdeling mellem praksisområdet og sygehusvæsenet som sådant vedrørende forundersøgelser af patienterne, men også om, til hvilken del af et sygehusvæsen en patient skal henvises. Her er der som tidligere nævnt endnu kun i en enkelt sygehuskommune udarbejdet egentlige detaljerede retningslinier, men i mange tilfælde er det overladt til den praktiserende læge - bl. a. på basis af oplysninger om ventelister o. lign. - selv at skønne over, til hvilken sygehusafdeling henvisning i det enkelte tilfælde skal ske. I de vejledende retningslinier peges imidlertid på behovet for en stærkt udbygget fælles visitation for et sygehusvæsen. Der tænkes ikke herved specielt på en centralvisitation og slet ikke på en visitationsmodel som den i Københavns kommune anvendte. Det afgørende er, at der gennem visitationen sikres, at patienter med lidelser, der stiller særligt store krav til specialviden, apparatur, vagtberedskab m. v. bliver undersøgt og/eller behandlet på det sygehus, hvor kraverne kan opfyldes, samt at det sikres, at der opnås en økonomisk effektiv udnyttelse af al eksisterende senge-, behandlings- og undersøgelseskapacitet. På linie hermed understreges det i en redegørelse vedrørende forudsætningerne for langsiget sygehusplanlægning (58), at visiteringen af patienter fra praktiserende læge til sygehuse (såvel som overflytninger sygehusenes afdelinger imellem) må ske efter en samlet plan og efter forud fastlagte hovedretningslinier. Dette er også et af de væsentlige spørgsmål, der indgår i det siddende landsdelsspecialeudvalg. Ud over samarbejdet med praksisområdet må de interne samarbejdslinier inden for sygehusvæsenet derfor tillægges stor betydning.

Samarbejde vedrørende indlagte patienter samt vedrørende udskrivning.

Ud fra en anskuelse af de forskellige amtskommunale funktioner som led i en samlet

helhed og samtidig med en målsætning om den størst mulige koordination af ensartede funktioner inden for de forskellige forvaltningsområder er det som foran nævnt - i overensstemmelse med socialreformkommissionens betænkning - foreslået (68), at *socialcentre skal dække sygehusvæsenets behov for social bistand*. I forslaget indgår, at de nuværende socialrådgivere i sygehusvæsenet skal ansættes i socialcentre, hvilket dels skal modvirke socialmedarbejdernes faglige isolation i sygehusvæsenet, dels bidrage til en nær kontakt med de kommunale social- og sundhedsforvaltninger og de hjælpemuligheder, disse råder over. Disse sociale medarbejdere skal varetage den sociale vejledning og rådgivning direkte over for patienterne, og det bliver en hovedopgave for dem at formidle kontakten i efterbehandlingssituationer med den kommunale forvaltning. Det er fra lægeside fremhævet, at denne ordning kan medføre en mangel på kontakt mellem socialrådgiveren og det behandelende personale (jfr. f. eks. 59).

Omvendt forudsættes det, at socialcentret skal kunne trække på lægekonsulentbistand fra sygehusvæsenet. I modsat fald vil det blive nødvendigt direkte at ansætte sådanne specialister i social- og sundhedssektoren, hvilket dels vil betyde en unødvendig dobbeltdækning med lægelig bistand, dels bervirke, at koordineringen mellem social- og sundhedssektoren og bl. a. sygehussektoren bliver vanskeliggjort af f. eks. kompetence- og kommunikationsproblemer. Det overvejes dog for tiden delvist at udnytte embedslægerne som konsulenter for socialcentre.

Som tidligere nævnt er en uhindret patientgennemstrømning og i et tilpas hurtigt tempo af afgørende betydning for en rationel anvendelse af sygehusvæsenets intensive og specialiserede behandlingsapparat. På de indre linier opnås dette dels ved en stigende anvendelse af efterbehandlingsambulatorier, dels ved etablering af langtidsmedicinske afdelinger og fysiurgiske genoptræningsafdelinger (65). Gennem sådanne afdelinger opnår man for det første at flytte patienter med et længerevarende hospitaliseringsbehov bort fra de afdelinger, der er afpasset efter en væsentlig kortere gennemsnitsliggetid for patienterne, og undgår dermed at disse afdelingers arbejdsrytme brydes. Sam-

tidig kan man på de nævnte to former for afdelinger dels bedre tilgodese langtidspatienternes særlige behov, dels sætte ind på den opgave at genoptræne disse - ofte ældre - patienter. Målsætningen må navnlig være at reaktivere og genoptræne disse patienter med henblik på udskrivning til hjemmet eller lettest mulig institutionspleje.

Hvad angår *udskrivningen* af patienterne fremgår det af den foran nævnte undersøgelse af sygehusfunktionen i et amt (58), at 82 pct. af alle patienter blev udskrevet til hjemmet. Med henblik på i størst muligt omfang at kunne udskrive patienterne til hjemmet er det ved tilrettelæggelsen af *hjemmesygeplejerskeordningerne**) også påpeget, at sygeplejerskernes samarbejde med sygehusene må intensiveres. Et sådant samarbejde vil kunne skabe bedre kontinuitet i patientplejen, selv om patienten flyttes fra sygehuset til hjemmet, og vil samtidig - i takt med udbygningen af den primære sundhedstjeneste - øge mulighederne for, at flere patienter på et tidligere tidspunkt end hidtil kan overføres til fortsat pleje i deres hjemlige miljø.

Samarbejdet mellem sygehusvæsenet og hjemmesygeplejerskerne udøves under forskellige former og i stærkt varieret omfang fra sygehuskommune til sygehuskommune. Fra flere sygehuse modtager hjemmesygeplejersken skriftlige sygeplejerapporter om patienter, der i fortsættelse af sygehusophold udskrives til hjemmesygeplejen. Adskillige sygehuse tilrettelægger observationsdage for hjemmesygeplejersker. Endvidere er der med enkelte afdelinger truffet aftale om, at hjemmesygeplejersker - i de tilfælde hvor en patient må fortsætte med en mere speciel behandling i hjemmet - kommer i afdelingen nogle dage, for patienten udskrives, for at gennemgå patientens journal samt overvære, hvorledes behandlingen skal udføres. Det er i øvrigt oplyst (9), at af samtlige patienter henvist i marts måned 1971 til hjemmesygeplejen er gennemsnitlig 11 pct. henvist direkte efter sygehusindlæggelse varierende fra 3 pct. til 28 pct. i de enkelte amter. Af oplysningerne fremgår, at yderligere 9 pct. har været indlagt forud for henvisningen, men denne er for disse patienters vedkommende ikke formidlet af sygehus.

Alle patienter kan dog ikke visiteres til hjemmet. Den førnævnte undersøgelse viste, at 14 pct. overflyttes til anden afdeling, andet sygehus eller institution. Et af indenrigsministeriet i foråret 1975 foretaget rundspørge til amtskommunerne viste, at ca. 2.600 patienter på de somatiske sygehuse,

*) Sundhedsstyrelsens retningslinier af juli 1974 for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger.

svarende til omkring 8 pct. af de indlagte, er indstillet til plejehjem. På dette område er der derfor et overordentligt stort behov for samarbejde mellem sygehusvæsenet og *plejehjemsområdet*. Der er dog forskellige forhold, der kan vanskeliggøre et sådant samarbejde. Som nærmere fremhævet bl. a. i forbindelse med fastlæggelsen af byrdefordelingen mellem staten, amtskommunerne og kommunerne kan *forskellige finansieringsformer og refusionsordninger* modvirke tilskyndelsen hos de forskellige myndigheder til et rationelt samvirke set ud fra en helhedsbetragtning. Der peges (69) således på, at det ville være uheldigt, såfremt den forskel i udgifter for primærkommunen, der er ved, at en person er indlagt på amtskommunal sygehusafdeling, og ved at samme person er optaget på plejehjem eller nyder anden kommunal omsorg, skulle få indflydelse på kommunernes planlægning med hensyn til, hvilke opgaver de selv skal løse i omsorgsarbejdet. Den fornødne kontinuitet i behandlingsforløbet strækkende sig fra patientens modtagelse på den akutte sygehusafdeling, over indlæggelse på langtidsmedicinsk afdeling til de sociale forvaltnings omsorg ville derved lide skade. Den arbejdsgruppe, der behandlede dette spørgsmål, fandt derfor, at hensynet til en neutral udgiftsfinansiering tilsiger, at der så vidt muligt stræbes efter et ensartet finansieringssystem.

I en kommentar til spørgsmålet om anlæg og drift af sygehuse og plejehjem (70) blev ud fra de ovennævnte betragtninger mere konkret peget på, at udgifterne til plejepatienter på sygehusene skulle fordeles på stat og primærkommuner som plejehjemsudgifter, dog med mindre statsrefusion. Formålet med en ændret udgiftsfordeling var at skabe en økonomisk motivation hos primærkommunerne for, at de får løst plejehjemsproblemerne.

Et andet problem for samarbejdet mellem sygehusvæsenet og plejehjemsområdet er de *konkurrerende behov for plejehjemsanbringelse* fra henholdsvis de patientkategorier, der afgives fra sygehusvæsenet, og det klientel, der søges anbragt på plejehjem direkte fra deres hjem. I betænkningen om langtidsbehandling på sygehuse (65) er for så vidt angår dette punkt foreslået, at visitationen til plejehjemmene centraliseres ved den langtidsmedicinske afdeling. Motiveringen herfor er for det første, at de langtidsmedicinske afdelinger kan foretage en undersøgelse af plejehjemsbehovet også for de patienter,

der kommer direkte fra deres hjem eller alderdomshjem og herunder undersøge - eventuelt ved indlæggelse på en langtidsmedicinsk afdeling - om disse patienter ved passende genoptræning m. v. vil kunne forblive i deres hjem eller på alderdomshjem. Dernæst motiveres en centraliseret plejehjemsvisitation bl. a. med, at det for at undgå overbelægning af den langtidsmedicinske afdeling og de øvrige sygehusafdelinger vil være nødvendigt, at der rådes over pladser, hvortil patienterne kan henvises efter endt langtidsmedicinsk behandling.

I en redegørelse (71) for omfanget af det faktiske konstaterede behov for permanent institutionspleje inden for et geriatrisk (langtidsmedicinsk) patientmateriale er det oplyst, at der ved en visitation med såvel langtidsmedicinsk som forvaltningsteknisk sagkundskab primært kun fandtes 15 pct. af tilfældene så afklarede, at behov for permanent institutionspleje umiddelbart kunne skønnes at foreligge, medens der pr. år (i en 7-årig periode) i 65 pct. af tilfældene måtte skønnes at foreligge behov for nærmere observation og behandling i langtidsmedicinsk specialafdeling inden endelig stillingtagen. Resten af visitationstilfældene (ca. 20 pct.) faldt umiddelbart uden for problematikken om institutionspleje. Af det til langtidsmedicinsk observation og behandling henviste klientel vurderedes på grundlag af udskrivningsregistreringen kun 25 pct. at få brug for permanent institutionspleje.

På baggrund af de foran refererede forslag vedrørende tilrettelæggelse af visitationen til plejehjem er det i bilstandsloven (L. nr. 333 19/6 1974) fastsat, at amtsrådet til bedømmelse af personers plejehjemsnedsætter et eller flere udvalg med repræsentanter for amtskommunens socialcenter og sygehusvæsen — fortrinsvis en afdeling for medicinsk langtidsbehandling - og embedslægevæsenet. Disse udvalg er dog kun rådgivende, og det er kommunernes socialudvalg, der efter indhentet udtalelse fra de nævnte udvalg, træffer bestemmelse om optagelse i et plejehjem eller indflytning i en beskyttet bolig. Om visitation til plejehjem henvises i øvrigt til nedenfor afsnit 6, side 145.

Sygehusvæsenets bistand til praksissektoren. Som berørt ovenfor i afsnit 2.4. og 2.5. om almen praksis og praktiserende speciallæger er der endelig et omfattende samarbejde om forskellige former for speciallægebistand fra sygehusområdet til praksisområdet. Det drejer sig især om laboratorieundersøgelser og røntgendiagnostik, som — uden for Køben-

havns og Frederiksberg kommuner - udføres af sygehusvæsenet vedr. patienter, der er i behandling hos de praktiserende læger. I forbindelse med den øgede anvendelse af gruppepraksis er det (30) ganske vist fundet ønskeligt med en øget laboratorieaktivitet i almen praksis, men det er dog understreget, at der for mere komplicerede laboratorieundersøgelser bør tilvejebringes fornøden kvalificeret konsulentbistand, og at kvalitetskontrollen udføres i samarbejde med den lokale klinisk-kemiske sygehusafdeling. Det er samtidig påpeget, at der ved en isoleret økonomisk vurdering af udgifterne ved analysearbejdet ikke er nogen besparelse ved at lade visse undersøgelser foregå i praksislaboratorier - snarere tværtimod.

Dette sidste synspunkt er yderligere fremhævet i en kommentar fra Danske Laboratorielægers Organisation, der for en vis gruppe analysers vedkommende fremhæver, at det er meget kostbart at udføre nogle få analyser om dagen, fordi de samme basisomkostninger (apparat, standarder, reagenser, uddannet og trænet personale, kontrolsystemer, konsulentvirksomhed m.m.) skal deles med et meget lille tal. De nødvendige omkostninger for at sikre kvaliteten bliver på den måde meget store for et lille analyseantal. Organisationen anfører, at rationel og økonomisk laboratoriedrift for den nævnte gruppe analyser forudsætter et rimeligt dagligt antal prøver. En så vidtgående decentralisering som foreslået, kan derfor blive bekostelig enten for samfundet eller for de praktiserende læger eller måske for begge parter.

Herudover er der imidlertid også behov for speciallægebistand til de alment praktiserende læger. Denne bistand, der er nærmere omtalt i afsnit 2.5. om praktiserende speciallæger, ydes ganske vist i dag ikke direkte i sygehusvæsenets regie, men det er som nævnt i vidt omfang sygehusvæsenets speciallæger (overlæger), der gennem speciallægepraksis under sygesikringen udøver denne virksomhed, i øvrigt som oftest fra sygehusene.

Foreningen af yngre Lægers Praksisudvalg (38) har imidlertid som tidligere nævnt foreslået at sygehusene direkte formidler speciallægebistand til almen praksis i form af konsulenter, der kan yde lokal assistance også ved behandling af patienter, der ikke skal indlægges. Lignende betragtninger synes at indgå i speciallægekommisionens forslag i årsberetning fra 1975, hvor man bl. a. peger på, at visse afdelinger bør bemannes med et stort antal fastansatte speciallæger, der samtidig kan have forpligtelser og funktioner uden for sygehusene.

3.7. Økonomi.

Det offentliges samlede udgifter til sygehus-

væsenet udgjorde i 1974-75 ca. 7,6 mia. kr. i driftsudgifter (netto excl. forrentning og afskrivning) og ca. 1,1 mia. kr. i anlægsudgifter. De tilsvarende budgetterede udgifter for 1976-77 er 10,1 mia. kr. og 0,9 mia. kr.

Driftsudgifterne svarede til ca. 8 pct. af det offentliges samlede udgifter, ca. 4 pct. af bruttonationalproduktet, og 75 pct. af det samlede sundhedsvæsenets omkostninger.

I tabel 12 er foretaget en regional fordeling af driftsudgifterne, således at udgifterne er opgjort efter patientens hjemstedsregion uafhængigt af de ydende institutioners geografiske beliggenhed og ejerskab. Sygehusvæsenet kostede således i 1974-75 ca. 1.490 kr. pr. indbygger, men der var ret betydelige regionale forskelle. Det samlede forbrug af sygehusydelse pr. indbygger varierede fra 2.170 kr. i det indre hovedstadsområde til 1.000 kr. i Sønderjyllands amtskommune. Den meget betydelige variation kan skyldes en række forhold, f. eks. forskelle med hensyn til efterspørgsel/behov, behandlingskvalitet (omfang), prisniveau og effektivitet. Med hensyn til efterspørgsel/behov er det i det foregående omtalt, at de ældre aldersgrupper beslaglægger en forholdsvis stor del af sengene. I tabellen er angivet andelen af befolkningen på 65 år og derover i hver region.

Som det ses af tabellen, er der ikke de helt store regionale forskelle i ældreandelen i provinsen, hvorfor de betydelige variationer i udgiftsniveauet må tilskrives andre forhold. Inden for hovedstadsområdet er der sygehuskommuner både med meget høj og med meget lav ældreandel, hvilket må tages i betragtning ved vurdering af de store forskelle i udgiftsniveauet inden for dette område, men den store forskel i udgiftsniveauet mellem hovedstadsområdet og provinsen kan ikke forklares ved aldersfordelingen, idet ældreandelen er den samme.

Et andet forhold, der kan påvirke sygehusudgifterne, er som nævnt behandlingsniveauet, der varierer stærkt i de forskellige sygehustyper.

I tabel 13 er vist omkostninger (henholdsvis personale og driftsudgifter) pr. indlæggelse og pr. sengedag fordelt på sygehustyper. Oversigten viser, at der er meget væsentlige forskelle i udgiftsniveauet mellem de forskellige sygehustyper. Ved vurderingen af

Tabel 12. Det offentlige driftsudgifter¹⁾ til sygehusvæsenet i 1974-75 fordelt på forbrugende regioner.

| | Udgifter mill. kr. | Udgifter pr. indb. kr. | Ældre- andel ²⁾ |
|--|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Indre hovedstadsområde | 2.800 | 2.170 | 15 |
| Frederiksborg amt | 395 | 1.330 | 9 |
| Roskilde amt | 210 | 1.150 | 8 |
| <i>Hovedstadsområdet i alt</i> | <i>3.405</i> | <i>1.930</i> | <i>13</i> |
| Vestsjællands amt | 420 | 1.570 | 14 |
| Storstrøms amt | 340 | 1.320 | 16 |
| Bornholms amt | 75 | 1.570 | 15 |
| Fyns amt | 550 | 1.240 | 14 |
| Sønderjyllands amt | 245 | 1.000 | 13 |
| Ribe amt | 240 | 1.160 | 12 |
| Vejle amt | 375 | 1.180 | 13 |
| Ringkøbing amt | 295 | 1.170 | 11 |
| Århus amt | 705 | 1.260 | 12 |
| Viborg amt | 315 | 1.400 | 14 |
| Nordjyllands amt | 585 | 1.250 | 13 |
| <i>Provinsen i alt</i> | <i>4.145</i> | <i>1.260</i> | <i>13</i> |
| <i>Hele landet i alt</i> | <i>7.550</i> | <i>1.490</i> | <i>13</i> |

Kilde: De offentlige regnskaber. Udgifterne for Rigshospitalet, Kysthospitalet på Refsnæs, Finsen-institut, de ortopædiske hospitaler og afdelinger finansieret af Samfundet for Hjemmet for Vanføre, statsfinansierede landsdelsspecialafdelinger samt statshospitalerne for sindslidende er skønsmæssigt fordelt efter de enkelte regioners andel af disse institutioners sengedage.

Noter: ¹⁾ Netto excl. forrentning og afskrivning.
²⁾ Antal ældre på 65 år og derover i procent af befolkningen.

Tabel 13. Sygehusenes personaleforbrug/udgift pr. indlæggelse og pr. sengedag/ambulant behandling i 1974-75 fordelt efter sygehustype.

| | Personale pr. 1.000 indl. | Personale pr. 1.000 sengedage | Udgift pr. indl. kr. | Udgift pr. sengedag kr. |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Sygehuse med mindst 3 kliniske specialer, 800 senge og derover | 98 | 9,4 | 9.200 | 880 |
| Sygehuse med mindst 3 kliniske specialer, under 800 senge | 79 | 7,6 | 7.300 | 710 |
| Delte sygehuse | 58 | 5,7 | 5.900 | 580 |
| Blandede sygehuse | 55 | 5,1 | 5.100 | 470 |
| Somatiske specialsygehuse | 123 | 4,7 | 11.200 | 430 |
| Psykiatriske specialsygehuse | 472 | 3,0 | 39.300 | 250 |
| Alle sygehuse | 93 | 6,2 | 8.600 | 580 |

Kilde: Medicinalstatistiske meddelelser 1975:4, Medicinalstatistiske meddelelser 1976:6 samt internt materiale i sundhedsstyrelsen.

label 14. Indlæggelser, sengedage og ambulante behandlinger i 1974-75
fordelt på sygehustyper.

| | Antal indlæggelser (1.000) | Antal sengedage (1.000) | Amb. kon- sultationer (1.000) | Amb. kon- sultationer i pct. af sengedage |
|---|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| Sygehuse med mindst 3 kliniske specialer, 800 senge og derover | 292 | 3.045 | 910 | 30 |
| Sygehuse med mindst 3 kliniske specialer, under 800 senge | 325 | 3.368 | 625 | 19 |
| Delte sygehuse | 136 | 1.370 | 145 | 11 |
| Blandede sygehuse | 47 | 506 | 55 | 11 |
| Somatiske specialsygehuse | 36 | 935 | 85 | 9 |
| Psykiatriske specialsygehuse | 23 | 3.675 | 90 | 2 |
| Alle sygehuse | 859 | 12.899 | 1.910 | 15 |

Kilde: Internt materiale i sundhedsstyrelsen. Fordelingen af ambulante konsultationer på sygehustyper er skønnet på basis af fordelingen i 1972-73.

disse tal må det erindres, at de store højt-specialiserede sygehuse behandler mere komplicerede sygdomstilfælde, og at de må antages at yde en højere behandlingskvalitet, bl. a. i kraft af flere diagnostiske faciliteter. Endvidere har de en større ambulante aktivitet og egentlige forsknings- og undervisningsaktiviteter.

Fordelingen af sygehusvæsenets ydelser på de forskellige sygehustyper er vist i tabel 14.

Det ses af tabellen, at sygehusvæsenets aktivitet fordeler sig med ca. 30 pct. på de psykiatriske specialsygehuse og ca. 70 pct. på de somatiske sygehuse. Inden for det somatiske sygehusvæsen er sygehuse med mindst 3 kliniske specialer de dominerende, idet de producerer ca. 70 pct. af sengedagene og 85 pct. af de ambulante konsultationer. Heri er dog ikke medregnet skadestuebehandlinger samt røntgen- og laboratorieundersøgelser. Det må imidlertid formodes, at disse ydelser i endnu højere grad er koncentreret på de største sygehuse.

De forskellige sygehustyper er imidlertid meget ulige fordelt på de enkelte sygehuskommuner. Medens 40 pct. af den samlede somatiske sengemasse således er fordelt på små - og dermed mindre ressourcekrævende - sygehuse i f. eks. Vestsjællands, Sønderjyllands, Ribe og Nordjyllands amtskommuner, udgør de delte og blandede sygehuse kun

omkring 5 pct. af den samlede sengekapa- citet i Københavns og Frederiksberg kommu- ner samt i Københavns amt. En del af for- klaringen på det varierende ressourcefor- brug i sygehuskommunerne kan således givet tilskrives den uensartede sygehusstruk- tur.

Hvorvidt der derudover er særlige for- hold, der påvirker omkostningerne i de enkelte sygehuskommuner er uvist. Dette skyl- des bl. a., at sygestatistikken ikke giver oplysninger om omkostningerne pr. ydelse. Det vides således ikke, hvad det koster at be- handle en given sygdom eller at yde en be- stemt form for ambulante behandling. Der kan heller ikke med sikkerhed siges noget om omkostningerne ved en given kvalitets- forbedring eller omkostningerne ved alterna- tive metoder til opnåelse af det samme mål. Det vil derfor være overordentligt betyd- ningsfuldt, såfremt den af Dansk Sygehus Institut iværksatte undersøgelse af behand- lingsaktiviteten og det dermed forbundne ressourceforbrug på sygehuse i en amts- kommune kan medvirke til at belyse disse spørgsmål. Hvis det i øvrigt viser sig muligt at realisere afdelingsfordelte sygehusregnska- ber, som kan indgå som en del af det nye kommunale budget- og regnskabssystem, vil sådanne regnskaber kunne medvirke til en bedre belysning af omkostningerne i forhold til sygehusvæsenets præstationer (ydelser).

4. Generelle forebyggende foranstaltninger m.m.

4.1. Indledende bemærkninger.

Foruden den forebyggelse, der er fastlagt i form af de foran i afsnit 2.1. og 2.2. (side 76-83) beskrevne helbredsundersøgelser af gravide kvinder og børn, indgår naturligt konkret forebyggelse i de praktiserende lægers behandling af den enkelte allerede syge patient for at hindre sygdommens videre udvikling og overgang til kronisk tilstand. Herudover kommer de sygdomsforebyggende aspekter i den sociale rådgivning og vejledning samt også andre sygdomsforebyggende foranstaltninger i det eksisterende sundhedssystem.

Formålet med samtlige forebyggende foranstaltninger inden for sundhedsvæsenet er at undgå en forøgelse af sygdomsforekomsten i befolkningen. Dette kan opnås ved at hindre, enten at sådanne tilstande overhovedet opstår (den primære profylakse), eller at indtrådte og kurerede sygelige tilstande genopstår (den sekundære profylakse, hvorunder opsporing og undersøgelse af risikogruppe ofte henføres), eller at allerede indtrådte sygelige tilstande forværres (den tertiære profylakse) (72).

4.2. Forebyggende foranstaltninger inden for arbejdsmiljøet.

Ud fra det også bag de forebyggende foranstaltninger over for gravide kvinder og børnene liggende hensyn om at beskytte potentielt truede befolkningsgrupper er der etableret et vist, omend mere beskedent system af forebyggelse inden for arbejdsmiljøet. Den hidtidige lovgivning på dette område har først og fremmest søgt at skabe et værn mod arbejdsulykker og sundhedsskadelige påvirkninger. Med henblik herpå er der foruden et teknisk personale tillige knyttet læger til *arbejdstilsynet*, under hvem tilsynet med overholdelse af de herpå rettede bestemmelser i loven om almindelig arbejderbeskyttelse (fra 1/7 1977 arbejdsmiljøloven) henhører. Opgaverne for arbejdstilsynets læger er at foretage undersøgelser af arbejds sygdoms forekomst og årsagsforhold med henblik på mulighederne for deres forebyggelse. Dette arbejde omfatter bl. a. undersøgelser inden for visse fag af forekomsten af bestemte erhvervs sygdomme, støvlungelidelser, blyforgiftning, hudlidelser m. m., periodiske under-

søgelser af arbejdere i bestemte arbejdsforhold, som rummer sundhedsfarer, samt bedømmelse af forholdene på enkelte virksomheder i form af lægelig bistand til arbejdstilsynskredsene. Af mere generelle undersøgelser, udført af arbejdslægerne, kan nævnes den landsomfattende silikoseundersøgelse af arbejderne i jern- og stålstøberierne, hvis første del afsluttedes i 1970. Periodiske personundersøgelser foretages først og fremmes i erhverv med risiko for silikose, blyforgiftning, kviksølvforgiftning og hudlidelser. Virksomhedsundersøgelser iværksættes dels på grundlag af henvendelser fra arbejdstilsynskredsene, arbejdsgivere og arbejdere, dels på grundlag af anmeldelser af erhvervs sygdomstilfælde fra praktiserende læger, sygehuse m. fl. Ifølge tilsynets årsberetning blev der i 1975 i 113 tilfælde afgivet beretning om arbejdspladsundersøgelser eller andre erklæringer.

Til at dække disse arbejdsmedicinske opgaver er der ansat én heltidsbeskæftiget overlæge og 14 deltidslæger i arbejdstilsynet.

Arbejdslægerne og arbejdstilsynet som sådant bistås bl. a. i det diagnostiske arbejde m. v. dels af Rigshospitalets arbejdsmedicinske klinik samt af de under etablering værende arbejdsmedicinske klinikker i Århus og Odense, dels af statens institut for arbejds hygiejne.

Sideløbende med den arbejdsmedicinske indsats i offentligt regie har en del virksomheder følt behov for at have tilknyttet læge eller andet sundhedspersonale til selve virksomheden.

Disse *bedriftssundhedstjenesteordninger* er alle frivillige og for det meste opstået på baggrund af individuelle ansættelsesaftaler på de enkelte virksomheder. Der er ingen lovregler, der fastlægger, hvorledes en sundhedstjeneste opbygges, og der er heller ikke mellem arbejdsmarkedets organisationer indgået aftaler på dette område. For lægernes vedkommende har lægeforeningen dog udarbejdet en obligatorisk standardansættelseskontrakt for virksomheden som bedriftslæge. I standardkontrakten anføres bedriftslægens arbejdsområde, der bl. a. er at være virksomhedens konsulent i alle lægelige spørgsmål, og at følge og bedømme de ansattes sygdomsforhold og gøre opmærksom såvel over for ledelse som personale på forhold i virksomheden af betydning for eventuelle sygdomme. Efter standardkontrakten

ma bedriftslægen ikke foretage behandling i sygdomstilfælde. Dog kan bedriftslægen yde umiddelbar nødvendig hjælp ved ulykkestilfælde og pludselig opståede eller forværrede sygdomstilfælde, såfremt han på det pågældende tidspunkt af anden grund er til stede i virksomheden.

I følge lægeforeningens medlemsfortegnelse er der ansat en bedriftslæge - som alt overvejende hovedregel på deltid - ved 68 virksomheder, men herudover regnes med, at et mindre antal virksomheder har en lægeordning. Endvidere er der ansat bedriftssygeplejersker ved ea. 18 virksomheder (35—40 sundheds/sygeplejersker). Desuden virker 135 fysioterapeuter og 108 ergoterapeuter inden for den frivillige bedriftssundhedstjeneste, fortrinsvis med henblik på indretning af hensigtsmæssige arbejdspladser og hovedsageligt inden for offentlig virksomhed og servicefag som f. eks. banker.

I december 1971 er af arbejdsministeren nedsat den såkaldte *arbejds miljøgruppe*. Baggrunden for nedsættelsen af denne arbejdsgruppe var en konstatering af, at den stigning i levestandarden, som de sidste 15 år har bragt, kun i begrænset omfang har været ledsaget af et forbedret arbejdsmiljø. Arbejdsulykker, erhvervsbetingede sygdomme og andre negative faktorer i arbejdsmiljøet påfører de ansatte, virksomhederne og samfundet som helhed så betydelige tab, at en væsentlig forøget indsats synes påkrævet for at skabe sikkerhed, sundhed og trivsel i arbejdsmiljøerne.

Arbejdsgruppen fik til opgave at overveje, i hvilket omfang og på hvilke felter den indsats, der i dag ydes med sigte på et bedre arbejdsmiljø, bør udvides og intensiveres under hensyn til de omkostninger, som arbejdsulykker, erhvervsbetingede sygdomme og andre negative faktorer i arbejdsmiljøet medfører. I forbindelse hermed skulle gruppen undersøge og belyse en hel række faktorer af betydning for arbejdsmiljøet, herunder den eksisterende forskning, trivselen, uddannelsesmønsteret, oplysnings- og uddannelsesvirksomhed i øvrigt. Gruppen skulle bl. a. også vurdere, hvorvidt det nuværende arbejdstilsyn er tilsvarende, og om de nuværende bedriftslægeordninger m. v. modsvarer behovet for en forebyggende arbejds-hygienisk og arbejdsmedicinsk indsats på arbejdspladserne. Arbejds miljøgruppen har afgivet 4 rapporter (75, 74, 75, 76). I rapport

nr. 2 af 1974 er redegjort for en af socialforskningsinstituttet gennemført undersøgelse af, hvordan 7.000 ansatte og 253 virksomheder oplever arbejdsmiljøet.

Samtidig med at hovedparten af de adspurgte giver udtryk for, at de har et nogenlunde godt alment helbred og i almindelighed trives godt, viste undersøgelsen, at nervøse lidelser er almindeligt udbredte, og at klager over dårlig ryg også spiller en meget dominerende rolle. Rygklagerne falder i to grupper, nemlig dels klager over smerter i den øverste del af ryggen - som tillige synes at være stress-betonede - dels klager over rygsmerter i øvrigt, som synes at have sammenhæng med fysisk slid. Navnlige har mange kvinder nervøse symptomer og øvre rygmuskelsmerter. De fysiske påvirkninger på arbejdspladsen, der dominerer, er støj, byrder, træk, støv og stærke temperatursvingninger. Påvirkninger fra arbejdspladsen som sådan har også stor betydning - manglende indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse, for hurtigt arbejdstempo og monotoni.

Forinden arbejdsmiljøgruppen i sin rapport nr. 4 havde behandlet de administrative og organisatoriske problemer, der falder ind under gruppens kommissorium, fremkom i april 1975 en betænkning om en dansk bedriftssundhedstjeneste (77), afgivet af det såkaldte »organisationsudvalg«. Dette udvalgsarbejde var blevet igangsat på initiativ af Den almindelige danske Lægeforening, Landsorganisationen i Danmark og Dansk Arbejdsgiverforening. Ud over de initiativtagende organisationer har følgende organisationer deltaget i udvalgsarbejdet: Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Foreningen af autoriserede Ergoterapeuter, FR (hovedorganisationen for arbejdsleder- og tekniske funktionærforeninger i Danmark) og Foreningen af arbejdsledere i Danmark.

Efter udvalgets opfattelse skal bedriftssundhedstjenestens målsætning være:

1. at påvise og udrede arbejdsmiljøets betydning for forekomsten af arbejdsmiljøskader,
2. at forebygge forekomsten af arbejdsmiljøskader,
3. at medvirke til størst mulig tilpasning mellem arbejdspladsen og de ansatte og
4. at fremme de ansattes sundhed, både fysisk, psykisk og socialt.

Udvalget fremhæver, at bedriftssundhedstjenestens hovedopgave bør være forebyggelse.

De personalegrupper, der skal medvirke i bedriftssundhedstjenesten er læger, fysioterapeuter,

ergoterapeuter og sundhedsplejersker/sygeplejersker.

Organisering af bedriftssundhedstjenesten må tilpasses den enkelte virksomheds særlige forhold og kan derfor organiseres på forskellig måde. Udvalget peger her på 4 modeller:

1. Alment praktiserende læger, hvor lægen knyttes til virksomheden som deltidsbeskæftiget.
2. Lægehuse, hvor en af de samarbejdende læger i særlig grad kan uddanne sig inden for det arbejdsmedicinske felt og blive tilknyttet de omliggende virksomheder som bedriftslæge i en væsentlig del af sin arbejdstid.
3. Bedriftssundhedscentre, som mindre og mellemstore virksomheder i fællesskab kan opbygge.
4. Bedriftssundhedstjenester i den enkelte store virksomhed.

Bedriftssundhedstjenesten må have kontakt til og om fornødent samarbejde med såvel den primære sundhedstjeneste som med mere centralt placerede organer, som f. eks. sygehusvæsen, socialvæsen, arbejdsformidling samt arbejdstilsyn og embedslægeinstitution.

Normal lægebehandling forudsættes som hidtil varetaget i almen praksis. Udvalget mener imidlertid, at bedriftssundhedstjenesten naturligt kan og bør deltage i behandlingen af arbejdsmiljøskader, idet det er forudsat, at der finder en nøje koordination sted mellem den behandlende indsats inden for og uden for virksomheden. Bedriftssundhedstjenesten bør således deltage i og i visse situationer forestå behandlingen af arbejdsbetingede sygdomme, især i sådanne tilfælde, hvor den ansatte uden risiko for helbredsforringelser kan forblive i arbejde.

Udvalget har overslagsmæssigt skønnet behovet ved en fuldt udbygget bedriftssundhedstjeneste, omfattende 1,8 mill. ansatte, til 600 fuldtidsbeskæftigede læger, 1200 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker/sundhedsplejersker, 450 fuldtidsbeskæftigede fysioterapeuter og ergoterapeuter samt 600 sygemedhjælpere og sekretærer. Det understreges, at dette arbejdskraftsbehov er skønsmæssigt fastsat på grundlag af udenlandske erfaringer og omregnet til heltidsansatte. De årlige driftsudgifter er på det således opstillede grundlag skønnet at ville andrage ca. 345 mill. kr., svarende til 190 kr. pr. ansat pr. år, eller 10 øre pr. arbejdstime pr. år.

Der gives ikke eksakte tal for lønsomheden ved en bedriftssundhedstjeneste; man peger imidlertid på, at en svensk undersøgelse synes at tyde på, at bedriftssundhedstjenesten kan reducere sygefraværet med gennemsnitlig én dag pr. ansat pr. år, hvilket i sig selv skulle være nok til at betale omkostningerne ved den udbyggede bedriftssundhedstjeneste. På denne baggrund peges på en direkte arbejdsgiverbetaling; man har dog skønnet, at bedriftssundhedstjenestens indsats vil spare det offentlige for udgifter til den primære sundhedstjeneste, svarende til maksimalt 20 pct. af bedriftssundhedstjenestens driftsomkostninger, og disse penge foreslår udvalget refunderet af det offentlige til arbejdsgiverne.

Udvalget anbefaler, at man lader det amtslige sygehusvæsen varetage en klinisk arbejdsmedi-

cinsk service over for bedriftssundhedstjenesterne i amtet.

Udvalget peger også på, at arbejdslægeinstitutionen må udbygges. Det må således forudses, at der vil opstå et øget behov for arbejdstilsynets arbejdsmedicinske bistand bl. a. ved løsning af tvivlsspørgsmål og ved særlig sundhedsfarlige arbejdsprocesser. Da det inden for et kortere åremål kan blive vanskeligt at rekruttere den fornødne kvalificerede arbejdskraft, finder udvalget, at samarbejdet mellem arbejdslægerne og embedslægeinstitutionen bør overvejes udbygget.

Udvalget foreslår i øvrigt nedsat et bedriftssundhedsråd, der skal følge den udbygning af bedriftssundhedstjenesten, som betænkningen har foreslået. På lokalt plan foreslår udvalget nedsat amtslige lokaludvalg under arbejdsmarkedsnævnene. Disse lokaludvalg skal bl. a. virke for en koordination mellem arbejdstilsynets og sygehusvæsenets arbejdsmedicinske service, ligesom det skal være rådgivende over for virksomhederne. Lokaludvalgene bør endelig forestå registreringen af aktiviteterne inden for bedriftssundhedstjenesten i amtets område.

Arbejdsmiljøgruppen har bl. a. i sin 4. rapport fremsat sine synspunkter på etableringen af en bedriftssundhedstjeneste som foreslået i organisationsudvalgets betænkning.

Efter arbejdsmiljøgruppens vurdering kan organisationsudvalgets ordning om en bedriftssundhedstjeneste føre til, at først og fremmest de store og mellemstore og økonomisk stærke virksomheder vil benytte sig af hel- eller deltidsansættelse af forskelligt sundhedspersonale. Det må derimod efter gruppens opfattelse anses for mere tvivlsomt, om der inden for en overskuelig fremtid vil blive etableret en tilsvarende dækning af de mindre virksomheder, som udgør en relativ stor del af samtlige virksomheder her i landet. Hertil kommer, at den dækning, der vil ske efter organisationsudvalgets ordning, vil være overvejende medicinsk. Ordningen har derfor efter gruppens opfattelse både erhvervsgeografiske og fagligt udækkede områder.

Arbejdsmiljøgruppen foreslår i stedet, at der sker en udbygning og omlægning af eksisterende offentlige arbejdsmarkedsressourcer i fremtidige amtscentre, der først og fremmest skal rette deres service mod mindre virksomheder, men i øvrigt være til rådighed for alle arter af virksomheder. En sådan offentlig arbejdsmiljøtjeneste vil i givet fald overflødig gøre organisationsudvalgets tanker om bedriftssundhedscentre for mindre virksomheder. Derimod passer organisationsudvalgets 3 andre modeller - en enkelt praktiserende læge og/eller andet sundhedspersonale - gruppepraksis knyttet til en eller flere virksomheder eller - sundhedspersonale ansat i store virksomheder, eventuelt på deltid - sammen med gruppens forslag. Arbejdsmiljøgruppen peger dog på, at de fire organisationsmodeller, der opstilles i organisationsudvalgets betænkning, ikke integrerer bedriftssundhedstjenestens organisatorisk i social-, sundheds- eller arbejdsmarkedssektoren. En isoleret bedriftssundhedstjeneste vil skabe koordine-

ringsproblemer, bl. a. til arbejdstilsyn, arbejdsformidling og social- og sundhedsvæsen.

På denne baggrund indstiller arbejdsmiljøgruppen bl. a., at udformningen af en bedriftssundhedstjeneste skal afprøves ved, at der iværksættes forsøg i visse områder (amter), således at man kan bedømme, hvordan forskellige udformninger fungerer, og at man iværksætter opbygning af det støtteapparat, som såvel organisationsudvalget som arbejdsmiljøgruppen er enige om, dvs. etableringen af de arbejdsmedicinske klinikker og opbygningen af et arbejdsmiljøinstitut. Det må efter gruppens opfattelse tilstræbes, at klinikkerne og instituttet har et sigte ud over det medicinske.

Med henblik på at skabe lovgivningsmæssige rammer for en fremtidig bedriftssundhedstjeneste er der i arbejdsmiljøloven indeholdt en bemyndigelse for arbejdsministeren til at fastsætte nærmere regler om en bedriftssundhedstjeneste for virksomheder, hvor hensynet til de ansattes sikkerhed eller sundhed taler derfor. Denne bestemmelse træder dog først i kraft ved lov. Arbejdsministeren har imidlertid nedsat en *embedsmandsgruppe*, der - med baggrund i arbejdsmiljøgruppens rapporter samt betænkningen fra »organisationsudvalget« - skal fremkomme med forslag til, under hvilke former, i hvilket omfang og i hvilken takt en fremtidig opbygning af en dansk bedriftssundhedstjeneste eventuelt kan foregå.

4.3. Masseundersøgelser, screeninger og andre særlige undersøgelses- og behandlings-tilbud.

Som et led i sygdomsforebyggelsen har man, ikke mindst efter anden verdenskrig, i visse tilfælde iværksat masseundersøgelser, der normalt har rettet sig mod enkelte sygdomme. Sådanne masseundersøgelser har normalt haft form af tilbud om gratis undersøgelse rettet til hele befolkningen eller særlige udsnit heraf (visse aldersklasser o. lign.). Anvendelsen af denne form for forebyggelse har sammenhæng med, at sundhedsvæsenet normalt kun træder i aktion, når befolkningen selv sætter sig i forbindelse med det, typisk ved henvendelse til de praktiserende læger. Dette sker i reglen kun, når der foreligger eller opleves symptomer for en sygelig tilstand. For visse sygdommes vedkommende er det imidlertid afgørende for behandlingsforløbet, at de opspores og behandles allerede inden forekomsten af symptomer, der er erkendelige for den en-

kelte patient. En opsøgende indsats kan i andre tilfælde være velbegrundet, fordi der kan være en sandsynlighed for, at erkendte symptomer negligeres.

Utsigten med masseundersøgelser (screeninger) er som anført at finde sygdomme eller deres symptomløse forstadier, således at man ved kontrol og behandling kan hindre alvorlige sygdommes udvikling eller bedre deres prognose. Som et typisk eksempel kan nævnes masseundersøgelserne for tuberkulose, hvor man har tilstræbt dels at begrænse smittespredningen, dels at påbegynde behandlingen tidligst muligt af de syge patienter med henblik op at opnå en bedre udsigt til helbredelse.

Gennemførelse af større folkeundersøgelser kræver imidlertid en betydelig indsats af kvalificeret personale og stiller ikke uvæsentlige krav til økonomien, samtidig med at der rejses nogen tvivl om effekten af disse undersøgelser (78, 79). Den oprindelige entusiastiske holdning til masseundersøgelserne synes således efterhånden at være blevet mere tilbageholdende, idet problemerne og vanskelighederne er blevet klarere og melder sig med øget styrke. Man har derfor i stigende grad erkendt, at større folkeundersøgelser ikke bør sættes i gang uden en nøjagtig vurdering af deres videnskabelige forudsætninger og ikke uden fast organiseret kontrol af forløbet og konsekvensen af undersøgelserne.

WHO har ud fra de nævnte betragtninger opstillet følgende retningslinier for sygdoms-screening:

1. Sygdommen skal være et vigtigt sundhedsproblem,
2. Der skal være en accepteret behandling for patienter med erkendt sygdom,
3. Faciliteter til diagnosticering og behandling skal være til stede,
4. Der skal være et erkendt latent eller tidligt symptomatisk stadium af sygdommen,
5. Der skal eksistere en passende test eller undersøgelse,
6. Undersøgelsen skal accepteres af befolkningen,
7. Tilstandens udvikling, incl. udvikling fra latent til manifest stadium, skal være tilstrækkelig belyst,
8. Der skal være ensartede retningslinier for, hvem der skal behandles,

9. Udgifterne til screeningsprogrammet, incl. udgifter til diagnose og behandling af positive tilfælde, skal afbalanceres over for hele sundhedsbudgettet,
10. Screening for pågældende sygdom skal ikke være en engangsforeteelse, men en fortløbende proces.

De af WHO udfærdigede retningslinier for sygdomsscreening er således et udtryk for en afbalancering af indsats og udbytte ved masseundersøgelser, og deres anvendelse kan bedst illustreres ved den udvikling, der er foregået med hensyn til *tuberkuloseundersøgelser*. Omfanget af de årlige tuberkuloseundersøgelser har udvist en fortsat stigning fra knapt 700.000 voksne i 1955 til ca. 937.000 i 1971. Næsten hele denne stigning skyldtes kollektive tuberkuloseundersøgelser. Samtidig har »udbyttet« af disse undersøgelser været faldende, idet der i 1955 fandtes 240 tilfælde af tuberkulose ved de kollektive undersøgelser, medens tallet i 1970 kun var 141. Da det samlede antal nye tilfælde af tuberkulose i 1971 var 650, fandt man således 22 pct. af alle nye tilfælde ved de kollektive undersøgelser (80). Det har i øvrigt måttet konstateres, at en overvejende del af nye tilfælde af tuberkulose blev fundet på grund af symptomer eller blandt særligt truede grupper af personer. Det sidstnævnte træk kan belyses ved sygeligheden blandt udlændinge, helbredte patienter og enlige. Sygeligheden blandt udlændinge er således 13 gange så høj som den danske normalbefolkning. Sygeligheden blandt tidligere patienter er 2 pr. 1000, hvilket er 20 gange højere end i normalbefolkningen og endelig er sygeligheden blandt enlige mænd over 40 år 1,4 pr. 1000, dvs. 5 gange normalbefolkningens. Udviklingen har endvidere medført, at medens man tidligere af helbredelsesmæssige grunde måttet lægge den største vægt på at erkende tuberkulosen i dens tidligst mulige udviklingsstadium, har den i de senere år udviklede, hurtigt virkende og yderst effektive kemoterapi i betydelig grad afsvækket dette standpunkt. Sygeligheden af tuberkulose er derfor nu (1975) lav, idet der kun diagnosticeres 0,13 nye tilfælde af lungetuberkulose pr. 1000 indbyggere om året; i hovedstaden er sygeligheden

dog ca. 3 gange så høj. Som følge af den således faldende sygelighed har de kollektive undersøgelser som anført givet et stadigt faldende udbytte, og dette har omvendt medført en stigning i omkostningen ved at finde et tuberkulosetilfælde. Det er udregnet, at det koster ca. 70.000 kr. at finde en patient med tuberkulose ved kollektive undersøgelser. Under henvisning til denne udvikling har et af sundhedsstyrelsen nedsat udvalg i 1974 (80) anbefalet, at de kollektive tuberkuloseundersøgelser i den nuværende form afskaffes, og at der i stedet indføres et selektivt undersøgelsesprogram, der retter sig mod bestemte befolkningsgrupper. Som mere principielle kriterier for afgrænsning af befolkningsgrupper, der bør gøres til genstand for en opsøgende virksomhed, må kræves, at de har en så begrænset størrelse, at det er muligt at sikre, at de fleste undersøges; sygeligheden i gruppen skal være høj (ca. 1 pr. 1000); og endelig må det kræves, at det samlede antal syge, der findes i gruppen, er stort.

På grundlag af disse overvejelser er det offentliges krav om foretagelse af tuberkuloseundersøgelser blevet reducerede ved en ændring af tuberkuloseloven i 1975, hvorefter det nu kun er særligt udvalgte grupper, der skal undersøges*). Det årlige antal undersøgelser, der i 1972—73 udgjorde ca. 930.000, skønnedes ved denne lovændring at kunne nedsættes til ca. 270.000, svarende til en reduktion på ca. 70 pct. De samlede driftsudgifter ved de amtskommunale lungeklinikker, der i 1972-73 var anslået til ca. 34 mill. kr. til de nævnte undersøgelser, påregnedes reduceret med ca. 14,3 mill. kr. (1972-prisniveau). En undersøgelse foretaget af Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi viser (81), at antallet af personer, som undersøgtes på lungeklinikkerne i 1975, var reduceret til 420.300. Samme år blev der diagnosticeret 540 tilfælde af tuberkulose. Af dem var 62 udlændinge, mens resten (478) var danske. De fleste af disse patienter var nye tilfælde (460), mens resten (80) repræsenterede tilbagefald hos de helbredte. Det har således vist sig, at sygeligheden fortsat falder, og at antallet af gruppeundersøgelser er blevet kraftigt reduceret. Derimod synes der ikke at være indtrådt væsentlige ændrin-

*) Den nøjagtige afgrænsning af grupperne fremgår af sundhedsstyrelsens cirkulære af 1. juni 1975 om tuberkuloseundersøgelser.

ger i personaleforbruget. Dette kan bl. a. være betinget af, at lungeklinikkerne har taget andre opgaver op.

Omvendt har et af indenrigsministeriet nedsat udvalg i en betænkning fra 1971 (82) skønnet, at de teoretiske og videnskabelige betingelser for gennemførelse af større anlagte screeningsprojekter foreligger opfyldt for så vidt angår *livmoderhalskræft hos kvinder*.

Udvalget påpeger således, at livmoderhalskræften må anses for et vigtigt sundhedsproblem, idet der i perioden 1958-1962 årligt diagnosticeredes ca. 850-900 tilfælde af sygdommen, og der dør årligt ca. 540 kvinder af sygdommen. Antallet af årligt tilkomne tilfælde udgør således 37,1 pr. 100.000 kvinder og dødeligheden andrager 14,8 pr. 100.000 kvinder. Udvalget konstaterer endvidere, at der findes en behandling mod livmoderhalskræften, men resultatet heraf er stærkt afhængig af, i hvor fremskredet et stadium behandlingen indledes. Ubehandlede tilfælde regnes for fatalt forløbende senest 2-3 år efter begyndelsen af kliniske symptomer. Udvalget har endvidere konkluderet, at der findes visse former for forstadier for sygdommen, og visse metoder (pipette- skrab-metoderne) til at påvise disse forstadier. Endelig findes der forskellige former for behandling af sygdommen. Udvalget understreger, at høj deltagelsesprocent i en folkeundersøgelse er en betingelse for, at man ved hjælp af sådanne undersøgelser kan udrydde eller nedbringe dødeligheden af en given sygdom til et minimum. Screeningsprojekter af den nævnte art må derfor efter udvalgets opfattelse støttes af en kraftig sundhedspropaganda bl. a. i massemedierne, således at kvinder i alle aldre kan blive motiverede for regelmæssige undersøgelser. Udvalget har opstillet en række alternative muligheder for gennemførelsen af folkeundersøgelser og skønnet over deres krav til arbejdskraft og hospitalsfaciliteter (laboratorier, ambulatorier og senge). En afvejning af disse muligheder vil ikke blot være afhængig af de økonomiske forhold, men også af omfanget af eksisterende kvalificeret mandskab til bedømmelsen af de ved undersøgelserne udtagne cellepræparater. Man påpeger, at kravene vil blive mindskede ved en successiv igangsættelse. Det understreges i øvrigt, at undersøgelse, kontrol og follow up indtil endelig diagnose og behandling af kvinder med positive symptomer er en opgave for gynækologiske speciallæger. Da enhedsvurdering er nødvendig, og da hospitalsindlæggelse til endelig diagnose og behandling er påkrævet i flertallet af tilfældene, findes det rigtigst at henlægge disse opgaver til den/de gynækologiske specialafdelinger i amterne. Udvalget fremhæver endelig som en absolut forudsætning for gennemførelsen af en folkeundersøgelse for livmoderhalskræft under de givne erfaringer, at den er planlagt på et videnskabeligt grundlag, at den bliver fortløbende registreret på en måde, der giver mulighed for løbende kontrol, og at den med passende mellemrum vurderes med hensyn til resultaterne, og at eventuelle ændringer i praksis gennemføres efter disse vurderinger. Un-

der henvisning hertil finder man, at planlægningen og ledelsen af det administrative arbejde bør ske centralt, og at det vil være naturligt, at opgaven henlægges til et centralt administrativt-videnskabeligt udvalg.

På basis af ovennævnte betænkning er der foresøgt foretaget en cost benefit analyse af et program, hvor samtlige kvinder i alderen 30-49 år hvert tredje år tilbydes screeningsundersøgelse (83). Med forbehold om de usikkerhedsmomenter, der vil være i en sådan vurdering, er det beregnet, at programmet, vurderet over 15 år, vil øge omkostningerne med 228 mill. kr. samt at følgende benefits vil kunne opnås:

1. Ca. 800 undgåede dødsfald.
2. Ca. 1200 undgåede livmoderhalskræfttilfælde.
3. Ca. 10.000 flere fundne tilfælde med forstadier til livmoderhalskræft.
4. Kontakt med sundhedsvæsenet for kvinder i overgangsalderen, samt
5. Relativ velfærdsøgning for højere sociale statuslag.

De undgåede dødsfalds marginalomkostninger kan beregnes til omkring 280.000 kr. Hvis produktionsgevinsten for de undgåede dødsfald indrages i beregningerne, vil man opnå et mindre samfundsøkonomisk overskud, hvilket dog ikke efter forfatterens mening er ensbetydende med, at programmet absolut bør gennemføres. Det understreges, at der ikke er tilstrækkelig viden i dag til at vurdere, om ressourcerne med større fordel kunne anvendes inden for andre områder af sundhedssektoren, eller om det er mere fordelagtigt at anvende ressourcerne i helt andre samfundssektorer.

Resultatet af en i Frederiksborg amt gennemført folkeundersøgelse for livmoderhalskræft (84) for aldersgruppen 40-42-årige har vist, at undersøgelsen ved pipettemetoden er godt modtaget i befolkningen, idet der har været en deltagerprocent på 89,9. Der er konstateret en forekomst af ca. 2 pct. positive pipettefund (abnorme celler).

På grundlag af betænkningen om forebyggelse af livmoderkræft og under afvejning af de praktiske muligheder, herunder eksistensen af det fornødne uddannede personale, har der mellem amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner, lægeföreningen, socialministeriet og indenrigsministeriet været ført forhandlinger om fastsættelse af praktiske rammer for et landsomfattende undersøgelsesprogram. I forhandlingerne er indgået et af medicinaldirektøren fremsat forslag, hvorefter undersøgelserne begrænses til at omfatte de 40-årige kvinder, dernæst de 35-årige, de 30-årige og eventuelt de 45-årige kvinder. Det må overlades til de enkelte amtskommuner ud fra en vurdering af de praktiske og økonomiske muligheder at afgøre, hvor mange årgange man vil inddrage i undersøgelserne. Under forudsætning af, at pipettemetoden anvendes, hvilket

gør det muligt for kvinderne selv at foretage den nødvendige prøveudtagning, skønnes det, at man opnår den største tilslutning om undersøgelsen, og ved at afvikle undersøgelsen i sygehusregie opnås i øvrigt, at den kan tilbydes vederlagsfrit til alle kvinder inden for de pågældende aldersgrupper. Endelig indgår i forslaget, at man vil søge tilvejebragt økonomisk mulighed for, at staten kan finansiere en central styringsgruppe, der skal have til opgave at vejlede de enkelte sygehuskommuner ved etablering af de omhandlede undersøgelser samt at forestå en central indsamling af undersøgelsesresultaterne for at få en hensigtsmæssig statistik.*)

Det skal i øvrigt bemærkes, at der på nuværende tidspunkt allerede er igangsat undersøgelser vedrørende livmoderhalskræft i 3 amtskommuner samt i Københavns og Frederiksberg kommuner.

En særlig form for sygdomsforebyggelse er den etablerede ordning**) vedrørende *bekæmpelse af kønssygdomme*. Denne ordning indeholder - ligesom masseundersøgelserne - et almindeligt tilbud om vederlagsfri undersøgelse og behandling af kønssygdomme, som står åbent for enhver person uanset bopæl og økonomiske forhold. Herudover indgår som et væsentligt led i denne ordning en særlig intensiv opsøgende virksomhed fra sundhedsvæsenets side i form af en nøje smitteopsporing. Denne opsporingsvirksomhed, der både retter sig mod dem, der kan have smittet patienten, såvel som dem, som patienten selv kan have smittet, tager sigte på at finde de øvrige smittede for ved behandling af disse at hindre videre udbredelse af sygdommen. Herudover omfatter ordningen også en oplysningsvirksomhed over for offentligheden og information af den enkelte patient med henblik på at begrænse sygdommens udbredelse.

Til at varetage de diagnosticerende og behandlingsmæssige funktioner samt opsporingsvirksomheden skal der i hver sygehuskommune etableres en eller flere af nedenævnte former for organisation af behandling og bekæmpelse af kønssygdomme:

*) Finansudvalget har nu givet tilslutning til etablering af den nævnte styringsgruppe.

**) Lov nr. 287 af 23/5 1973 om bekæmpelse af kønssygdomme, jfr. indenrigsministeriets cirkulære af 28/6 1973 om vejledende retningslinier for organisationen af bekæmpelse af kønssygdomme samt sundhedsstyrelsens cirkulære af samme dato om lægernes medvirken i forbindelse med bekæmpelse af kønssygdomme.

***) Ifølge sygehuslovens § 16, stk. 4, er der opretholdt et princip om, at behandling på institutioner for alkoholskadede er vederlagsfri, uanset hvor patienten bor.

særligt ansatte visiterende læger, klinikker uden for sygehusvæsenet og/eller ambulatorier eller poliklinikker under sygehusvæsenet.

Det påhviler amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner efter forhandling med embedslægeinstitutionerne at udarbejde en plan for organisationen af denne sygdomsbekæmpelse, herunder en fortegnelse over, hvilke læger og lægelige institutioner der er udpeget til at yde vederlagsfri undersøgelse og behandling for kønssygdomme. Disse planer samt ændringer heri skal godkendes af sundhedsstyrelsen. De med den vederlagsfri undersøgelse og behandling af kønssygdomme forbundne udgifter afholdes af amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner uden statsrefusion.

I forebyggelsesøjemed - i betydning af en indsats rettet mod forværring af sygelige tilstande - er der endvidere over for *alkoholskadede***)* og *narkotikaskadede* («stofmisbrugere») etableret udvidede behandlingstilbud kombineret med social bistand. For så vidt angår stofmisbrugere og yngre alkoholmisbrugere er der tillige erkendt (85, 86) og i et vist omfang i praksis imødekommet et behov for en opsøgende funktion med henblik på at få kontakt til disse misbrugergrupper, inden de endnu er så hårdt ramte, at en dyberegående egentlig behandling er nødvendig.

4.4. Sundhedsoplysning (sundhedsopdragelse).

Endelig udfoldes der på forskellige måder en forebyggende virksomhed i form af oplysning af forskellig art om sundheds- og sygdomsproblemer. - På dette område udøves i øvrigt i særlig vidt omfang parallelle funktioner uden for det egentlige sundhedsvæsen, f. eks. med henblik på oplysning om trafik-sikkerhed og sikkerhed på arbejdspladserne. — Oplysningsvirksomheden inden for sundhedsområdet har dels et positivt sigte i form

af anvisninger og anbefalinger af forskellige foranstaltninger, såsom oplysning om anvendelse af svangerskabsforebyggende midler, dels et negativt sigte i form af advarsler om sygdomsrisici, eksempelvis i forbindelse med alkohol- og stofmisbrug samt tobaksrygning.

Som et supplement hertil er der tillige etableret forskellige former for begrænsninger i reklamer m. v., der vedrører sundhedsfarlige varer, eller som på anden måde er vildledende vedrørende sygdomsbekæmpelse m. m.

I lovgivningen findes enkelte bestemmelser, der foreskriver en pligt for sundhedsmyndighederne til at foretage oplysningsvirksomhed over for befolkningen. I henhold til § 3 i lov om sundhedsvæsenets almindelige organisation (centralstyrelsesloven) påhviler det således sundhedsstyrelsen, for så vidt foreliggende forhold findes at give anledning dertil, at foranstalte udbredt - ved skrifter eller foredrag - vejledninger med hensyn til særlige sundhedsforanstaltninger eller særlige sygdomsforhold. Herudover kan eksempelvis nævnes, at lov om bekæmpelse af kønssygdomme pålægger indenrigsministeren at drage omsorg for, at befolkningen får fornøden oplysning om kønssygdomme og deres bekæmpelse, og at lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp pålægger indenrigsministeren at sørge for, at befolkningen får oplysning om svangerskabsforebyggende metoder.

Denne oplysningsforpligtelse for staten er i vidt omfang foretaget af og i samarbejde med private foreninger og institutioner.

Specielt skal nævnes *Komiteen for Sundhedsoplysning*, der blev stiftet i 1964 ved en aftale mellem De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark (nu amtsrådsforeningen) og Den almindelige danske Lægeforening, og som senere er udvidet med Dansk Tandlægeforening, Selskabet for Sundhedsplejen og Dansk Sygeplejeråd. Komiteen er en selvejende institution, hvis formål er at være til rådighed for enhver organisation eller institution, som ønsker bistand til eller samarbejde om sundhedsoplysning. Komiteen ledes af en styrelse med repræsentanter fra sundhedsstyrelsen, Selskabet for sundhedsoplysning, amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner, Dansk Sygeplejeråd, Den almindelige danske Lægeforening og Tandlægeforeningen. For at sikre komiteen den fornødne alsidige viden og faglige kontakt er der etableret et sagkyndigt udvalg med repræsentanter bl.a. for ministerier med tilknytning til sundhedsvæsenet, amtsrådsforeningen samt faglige organisationer som lægeforeningen m. fl.

Komiteen har i samarbejde med sundhedsstyrelsen udgivet pjecerne »Svangerskab, fødsel og spædbørnspleje« samt »Legebarnet« om barnets udvikling fra 1. til 7. år. Endvidere har komiteen forestået oplysning om både svangerskabsforebyggelse og kønssygdomme. Til de sidstnævnte formål er der på finansloven for 1976/77 afsat henholdsvis 200.000 kr. og 225.000 kr.

Oplysningsvirksomhed vedrørende svangerskabshygiejne udøves endvidere af *Foreningen for Familieplanlægning*. Denne forening blev stiftet, da lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m.m. af 23/6 1956 åbnede mulighed for økonomisk støtte til seksualvejledning, idet staten kunne refundere op til halvdelen af udgifterne til private foreninger eller kommuner, der påtog sig et sådant arbejde. Foreningen består af en del organisationer, bl. a. Børne- og ungdomspædagogernes Landsorganisation, Danmarks Apotekerforening og Danmarks Lærerforening, forskellige lægelige selskaber og foreninger, bl. a. Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Skolelægeforening, Den almindelige danske Lægeforening samt Dansk Sygeplejeråd. Foreningen forventer i 1976/77 at bruge ca. 250.000 kr. til pjecer m.m. Staten afholder nu udgifterne ved hovedparten af foreningens oplysningsvirksomhed.

Af yderligere sundhedsoplysning fra Komiteen for Sundhedsoplysning kan nævnes hæftet »Stofmisbrug«, der i 1969 blev udsendt af undervisningsministeriet som skriftligt instruktionsmateriale til brug for undervisningen i skolerne om dette emne. Komiteen har desuden i samarbejde med Dansk Tandlægeforenings hygiejnekomité gennemført et omfattende oplysningsprogram om tandhygiejne.

Et vigtigt led i dette - og andre - oplysningsprogrammer er oplysning om hensigtsmæssig ernæring. Ernæringsoplysning er også et væsentligt arbejdsområde for Statens Husholdningsråd.

Landsforeningen Lænken og *Dansk afholdsselskabers Landsforbund* udfører et oplysningsarbejde vedrørende alkoholproblemer. Der ydes fra statens side et årligt tilskud til disse foreninger, specielt med henblik på bekæmpelse og oplysning om virkningerne af alkoholmisbrug. I 1975/76 er statens udgifter hertil knap 400.000 kr.

Flere andre private foreninger, der har specialiseret sig i bekæmpelse af bestemte sygdomme eller sygdomskategorier, foretager også i stor udstrækning sundhedsoplysende arbejde. Herunder må eksempelvis nævnes det arbejde, der udføres af *Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse*, af *Hjerteforeningen* (bl. a. Erimitageløbet), *DanskRode Kors* og flere.

Af generel sundhedsoplysende karakter er tidsskriftet »Helse«, der udkommer 6 gange om året i et oplag på 310.000 eksemplarer pr. nummer. Tidsskriftet udgives af en selvejende institution, hvis bestyrelses udpeges af amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Københavns og Frederiksberg kommuner, Sammenslutningen af sociale udvalg samt den førnævnte Komité for Sundhedsoplysning. I denne forbindelse må også nævnes tidsskriftet »Lev Vel«, der udgives med støtte fra Fortsættelsesygekassen Danmark.

Tilvejebringelse af egnet *undervisnings- og oplysningsmateriale* er af meget stor betydning. Som et resultat af et i 1964 afsluttet udvalgsarbejde vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (87) er der således på indenrigsministeriets foranledning udarbejdet en grundbog for lærere om »tobaksproblemet« tillige med forskelligt undervisningsmateriale, der ved undervisningsministeriets cirkulære af 30. september 1969 om oplysning i skoler m. m. om cigaret-rygningens farlighed er anbefalet anvendt i skoler og kursus, hvor undervisningen ikke allerede omfatter dette emne.

I forbindelse med overvejelserne vedrørende forebyggelse af stofmisbrug (85) er det imidlertid påpeget, at den kortfattede omtale af emnet i en undervisningsvejledning ikke er tilstrækkelig til at sikre en adækvat undervisningsmæssig dækning i en situation, hvor et helt nyt problem vokser frem med den hastighed, som har været karakteristisk for narkotikaproblemet. I en sådan situation må der principielt kræves både en udførlig og skriftlig vejledning og særlig uddannelse af lærere.

Under undervisningsministeriet var der i øvrigt beskæftiget 9 konsulenter i sager vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål. Disse konsulenter har i de senere år forestået et omfattende oplysningsarbejde i forældrekrede, skoler, seminarier, ungdomsklubber m. v. med henblik på forebyggelse af alkohol- og stofmisbrug blandt børn og unge. Dette oplysningsarbejde er bl. a. sket gennem foredragsvirksomhed, kurser og rådgivning af kommunale myndigheder, skole-nævn, enkeltpersoner m. v., ligesom konsulenterne har medvirket ved egnsundersøgelser over alkohol- og stofmisbrug. Med virkning fra den 1. april 1976 blev antallet af konsulenter nedskåret til een, idet det som følge af gennemførelsen af bistandsloven og den nye folkeskolelov blev forudsat, at amtskommunerne og i et vist omfang kommunerne vil være i stand til at videreføre konsulenternes arbejde.

Det under regeringen nedsatte kontaktudvalg vedrørende ungdomsnarkomani har i sin hidtidige virksomhed til stadighed søgt at give den forebyggende indsats mod stofmisbrug en central placering. Dette er bl. a. kommet til udtryk i den række af henstillinger om forbedringer og udvidelser af den oplysende og opøgende virksomhed på områ-

det, som er indeholdt i udvalgets betænkninger (85, 86). På baggrund af et ønske om i højere grad end hidtil at samordne det offentliges indsats på narkotika- og alkoholområderne, bl. a. med henblik på en øget indsats mod det tilsyneladende stigende alkoholmisbrug er det hidtidige kontaktudvalg vedrørende ungdomsnarkomani i 1975 blevet ændret til kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål. Det er udvalgets opgave at virke som koordinerende og rådgivende organ i forhold til kommunale og statslige myndigheder med hensyn til foranstaltninger, som disse myndigheder iværksætter for at forebygge og bekæmpe alkohol- og narkotikamisbrug.

Det offentlige er også direkte involveret i *selve sundhedsoplysningsarbejdet*, især for så vidt angår den oplysningsvirksomhed, som er rettet til skoleungdommen.

I henhold til § 6 i lov nr. 313 af 26. juni 1975 om folkeskolen skal der i undervisningen i grundskolen indgå bl. a. sundhedslære og oplysning om udbredte nydelses- og rusmidler.

Undervisningsministeren fastsætter reglerne om denne undervisning. Dette er sket ved en bekendtgørelse nr. 657 af 27. november 1975, hvor det af afsnit V, § 13, fremgår, at formålet med undervisningen er, at eleverne erhverver viden om de grundlæggende forudsætninger for menneskets sundhed og almene trivsel og et særligt kendskab til udbredte nydelses- og rusmidler og disses skadelige virkninger.

Oplysningen om nydelses- og rusmidler indgår i undervisningen i sundhedslære senest fra 6. klassetrin. Der skal til undervisningen i sundhedslære m. m. anvendes normalt mindst 48 timer fordelt på 1.-9. klassetrin.

De nærmere bestemmelser om undervisningens indhold, placering og tidsmæssige omfang på de enkelte klassetrin fastsættes i undervisningsplanen for den enkelte skole. Undervisningsministeriet har i denne forbindelse udarbejdet vejledende forslag til læseplan og undervisningsvejledning.

Denne ændring på folkeskoleområdet har medført, at faget sundhedslære i læreruddannelsen, der hidtil har været et 30 timers kursus - hvoraf emnerne alkohol, tobak og euforiserende stoffer har beslaglagt 8 timer - med virkning fra det kommende skoleår indgår i pædagogisk speciale B (un-

dervisning af elever i folkeskolens ældre klasser samt ungdoms- og fritidsundervisning), **jfr.** bekendtgørelse af 31. oktober 1975, § 38, stk. 4.

For de færdiguddannede læreres vedkommende tilbydes der en række kurser om stofmisbrugsproblemer.

Inden for HF-området gives der i faget biologi, som fællesfag, bl. a. undervisning om stof- og medicinmisbrug, **jfr.** undervisningsministeriets bekendtgørelse af 24. april 1974 om HF, § 30. På samme måde gives der i gymnasiet med hjemmel i undervisningsministeriets bekendtgørelse nr. 322 af 16. juni 1971 undervisning i stofmisbrug.

Som foran anført har man som et supplement til en egentlig sundhedsoplysning tillige sat ind på en vis *begrænsning i reklamevirksomhed* m. v., der kan have et sundhedsskadeligt sigte. I den forannævnte betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (87) er der således foruden forskellige forslag til oplysende virksomhed indeholdt et forslag om gennemførelse af et totalt reklameringsforbud vedrørende cigaretter. Dette forslag modte imidlertid en kraftig modstand fra forskellig side og blev ikke gennemført, men man nåede frem til en aftale med tobaksindustrien om visse frivillige begrænsninger i cigaretreklameringen.

Under henvisning til den påviste nøje sammenhæng mellem cigaretrykning og lungekræft samt forekomsten af visse uheldige former for cigaretreklamering fremsattes i folketingsåret 1970-71 af en række folketingsmedlemmer et forslag til folketingsbeslutning om tobaksreklame. Dette initiativ resulterede bl. a. i, at det nedsatte folketingsudvalg henstillede til indenrigsministeren at søge den eksisterende frivillige aftale mellem tobaksindustrien og indenrigsministeriet gjort mere omfattende på forskellige punkter. Udvalget fandt i øvrigt, at det ville være hensigtsmæssigt, om Danmarks radio og TV søgtes inddraget i en koordinering af den af forskellige foreninger udførte oplysningsvirksomhed på det pågældende område. Udvalget henstillede i øvrigt til undervisningsministeren at tilskynde, at undervisning om tobaksrykningens farlighed iværksattes på samtlige landets skoler med anvendelse af det mest tidssvarende oplysningsmateriale. Udvalget drøftede herudover mulighederne for at indføre en varedeklaration på tobaksvarer.

En umiddelbar følge af folketingsudvalgets henstillinger var, at der blev gennemført en udvidelse af aftalen mellem indenrigsministeriet og tobaksindustrien om regler for reklamer og tobaksvarer. Efter disse regler (88) sker der såvel en begrænsning i reklamens form som indhold. Reklamer for cigaretter kan således ikke finde sted ved film, i radio eller fjernsyn o. l., på skilte, plakater m. v. ved offentlig vej eller gade m. m. samt ved annoncering i visse dele af pressen. Med hensyn til reklamens indhold er det bestemt, at billedlig gengivelse af børn og unge personer eller idoler samt sundhedspersonale ikke kan ske i forbindelse med cigaretreklamerings.

Spørgsmålet om begrænsning i alkoholmisbruget har også været taget op i folketingsåret, idet Kristeligt Folkeparti i marts 1975 fremsatte forslag til folketingsbeslutning dels om forbud mod salg af stærke drikke til personer, der ikke er fyldt 18 år, dels om forbud mod reklamer for stærke drikke. Under behandlingen af forslagene i folketingskommissionen der en almindelig erkendelse af, at ikke mindst de unges tilsyneladende stigende alkoholforbrug frembød et problem, men der var en overvejende stemning for, at dette forhold måtte søges løst snarere gennem en øget oplysningsvirksomhed end ved forskellige forbudsbestemmelser. Der blev i øvrigt bl. a. henvist til, at Bryggeriforeningen havde vedtaget regler, der forbyder foreningens medlemmer at bruge ølreklamer, der retter sig mod de yngre aldersgrupper, eller reklamer i forbindelse med sportsmotiver, automobilkørsel o. l. Fra indenrigsministerens side blev der henvist til, at der netop var truffet bestemmelse om at udvide opgaverne for regeringens kontaktudvalg vedrørende ungdomsnarkomani til også at omfatte alkoholspørgsmål. Det blev i denne forbindelse også oplyst, at komiteen for sundhedsoplysning havde fået en bevilling fra helsefonden med det formål at gøre en indsats i oplysningsarbejdet om alkohols virkninger og i den forbindelse også dens skadevirkninger. Komiteen har herefter i efteråret 1975 med støtte af helsefonden udgivet »Alkohol i samfundet«, en grundbog fortrinsvis beregnet til skolebrug. I forbindelse med bogens udsendelse blev der samtidig af Danmarks Radio produceret 4 radio- og 4 TV-udsendelser. Indenrigsministeren har i øvrigt - med baggrund i en henstilling fra folketingsretsudvalg - stillet folketingsåret i udsigt, at han i folketingsindsamlingen 1976/77 vil afgive en redegørelse for forskellige aspekter ved alkoholmisbruget.

Endelig har der siden apotekerloven af 1913 eksisteret en *lovmæssig regulering af reklamerne for lægemidler*. Baggrunden for denne regulering er - foruden en beskyttelse af forbrugerne mod en økonomisk udnyttelse af en potentiel eller aktuel sygdomsfrygt - at sikre imod, at forbrugere tilskyndes til selvmedicinering, der kan forskertse

eller forsinke en forsvarlig lægelig indsats. Fra 1913-loven til loven om lægemidler, som er trådt i kraft 1. januar 1976*), er der sket en skærpelse af denne regulering, således at hovedreglen efter den nye lov er, at reklame for lægemidler over for offentligheden kun er tilladt, når reklamens art, opsætning og indhold er godkendt af sundhedsstyrelsen. Denne regel suppleres af forbud mod reklame i visse medier (film, radio, fjernsyn) m. v. og af forbud mod reklame for andre varer som havende »lægemiddelvirksomheder«. Endvidere giver loven den hovedretningsslinie for reklamer, som kan tillades, at de skal være nøjterne og saglige, og at de ikke må give et overdrevent, ufyldstgørende, misvisende eller vildledende billede af lægemidlet. Ved administrationen af disse bestemmelser bistås sundhedsstyrelsen af et særligt nævn, hvor repræsentanter for bl. a. lægemiddelproducenterne og reklamebranchen er medlemmer. Der er ikke hidtil offentliggjort redegørelser for myndighedernes praksis på området, hvorimod der er en ret omfattende domspraksis om lægemiddelreklamer. Lægemiddeloven pålægger imidlertid sundhedsstyrelsen fra 1. januar 1976 at offentliggøre en beretning om nævnets virksomhed.

5. Lægemiddelforsyningen

Det overordnede mål for den samlede lægemiddelforsyning kan udtrykkes således, at der skal sikres befolkningen let og sikker adgang til gode lægemidler til rimelige priser. Opfyldelsen af denne målsætning baseres på en forudsætning om, at der i alle egne af landet skal være en relativ let adgang til apoteksenheder, samt at lægemiddelpriserne skal være ens for hele landet.

Detailforhandling af lægemidler m. v., hvad enten disse er receptbelagt eller ej, er ifølge lægemiddeloven som udgangspunkt forbeholdt apotekerne.

Ifølge lægemiddeloven, som trådte i kraft den 1. januar 1976, er der *offentlig kontrol* med al virksomhed med lægemidler, ligesom sundhedsstyrelsen fastsætter normerne (kvalitetskravene) for lægemiddelfremstilling. Endvidere skal alle farmaceutiske specialiteter (alle lægemidler som ikke fremstilles på apotek specielt til den enkelte patient), forhåndsgodkendes af sundhedsstyrelsen, idet

de som betingelse for markedsføring skal opfylde en række krav, som angives nærmere i loven. Specialiteternes andel af den samlede lægemiddelomsætning (se nedenfor) antages efter lægemiddelovens ikrafttræden at udgøre ca. 95 pct. Endelig er priserne på fabriksfremstillede lægemidler efter den 1. januar 1976 undergivet monopoltilsynets kontrol med undtagelse af den del af prisen, som er apotekets avance. Denne fastsættes ved medicintaksten (ved kgl. resolution), hvori også reglerne for beregning af priser på de lægemidler, som fremstilles på apotek, fortsat findes.

Antallet af apoteker i Danmark var pr. 1. oktober 1976 323. Der er således gennemsnitligt et apotek pr. godt 15.000 indbyggere. Befolkningsunderlaget pr. apotek varierer dog betydeligt for de forskellige egne af landet.

Til de egentlige apoteker er knyttet ca. 900 apoteksudsalg af forskellig type. Disse fordeler sig med 14 »A-udsalg« (filialapoteker), dvs. farmaceutbetjente apoteksudsalg, ca. 60 »B-udsalg«, dvs. ud salg der drives for et apoteks regning og i lokaler ejet eller lejet af apotekeren, med faglært, men ikke farmaceutisk personale, og ca. 825 »C-udsalg«, dvs. traditionelle håndkøbsudsalg. Ud over disse apoteksudsalg er der rundt i landet mellem 300 og 400 medicinafleveringssteder, dvs. steder, hvor recepter kan indleveres, og hvor medicinen bagefter kan afhentes.

Lægemiddelforsyningen til sygehusene varetages dels af 13 sygehusapoteker, der forsyner godt halvdelen af landets sygehussenge med medicin, dels af de private apoteker. Sygehusapotekerne er ikke berettiget til at distribuere lægemidler direkte til forbrugerne.

På de private apoteker var ultimo 1975 beskæftiget ca. 330 apotekere, godt 1.000 øvrige farmaceuter, ca. 1.800 apoteksassistenter, ca. 1.300 apoteksdefektricer, godt 1.100 elever, godt 100 praktikanter samt ca. 1.700 øvrige. I alt var der ultimo 1975 på apotekerne beskæftiget ca. 7.300 personer. En del af disse er ansat på deltid (alle brøker fra $\frac{1}{10}$ til $\frac{7}{10}$).

På sygehusapotekerne er ansat de samme personalekategorier som på de almindelige apoteker. I 1975 var antallet af ansatte knap 500.

*) Lov nr. 327 af 26. juni 1975 (§§ 26-30).

Virksomhed som apoteker udøves som *liberalt erhverv* på grundlag af en bevilling meddelt af det offentlige. Betingelserne for at blive apoteker, herunder et krav om farmaceutisk uddannelse, er nærmere beskrevet i apotekerloven. Virksomheden er undergivet en omfattende offentlig regulering, som også omfatter apotekernes økonomi. Således tilstræber man efter de i dag gældende regler gennem fastsættelsen af apotekernes avancer samt gennem opkrævning af afgifter og udbetaling af tilskud, dels at sikre apotekerne et vist gennemsnitsudbytte, dels at udjævne for store udsving i de enkelte apotekeres udbytter.

Sygehusapoteker oprettes og drives af den myndighed m. v., der i øvrigt driver det pågældende sygehus.

De samlede samfundsmæssige *udgifter til lægemidler* udgjorde i 1975 ca. 1,6 mia. kr. (excl. moms^{*)}). Heraf blev ca. 87 pct. formidlet af private apoteker, ca. 10 pct. af sygehusapoteker og ca. 3 pct. af statens seruminstitut og isotopapoteket.

Af de samlede udgifter til lægemiddelforsyning afholdes godt 50 pct. af det offentlige, dels gennem forsyninger til offentlige institutioner (sygehuse m. v.), dels gennem tilskud til privates indkøb af lægemidler. Disse tilskud ydes ifølge lov om offentlig sygesikring med 75 pct. til den såkaldte afsnit-I medicin og med 50 pct. til afsnit-II medicin. Udvælgelsen af tilskudsberettigede lægemidler foretages af et udvalg under sundhedsstyrelsen. Udgifterne til disse tilskud afholdes af amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner, og udgifterne indgår ligesom øvrige sygesikringsudgifter under den almindelige statstilskudsordning (bloktilskud). Sygesikringens tilskud til medicin udgjorde i 1974-75 519 mill. kr.

I 1972 nedsatte indenrigsministeren en gruppe af uafhængige eksperter til bl. a. at overveje fordele og ulemper i forbindelse med en eventuel statsovertagelse af lægemiddeldistributionen - apotekerne og/eller engroshandlen med lægemidler. Denne ekspertgruppe afgav i 1975 en betænkning »Lægemiddeldistribution i Danmark« (89), der indeholder en detaljeret gennemgang og vurdering af den danske lægemiddelforsyning. I betænkningen gennemgås en række

af de målsætninger, der fra politisk side kan tænkes varetaget, og som kan danne grundlag for overvejelser om den fremtidige distributionsstruktur. Betydningen af, at lægemiddelsektoren indpasses i en overordnet styring af samfundsudviklingen, fremhæves. Gruppen anser lægemiddelforsyning for et integreret led i det danske sundhedsvæsen.

Uanset hvilket regie - privat eller offentligt - lægemiddeldistributionen drives i, menes det i betænkningen, at der er *behov for en strukturrationalisering* inden for apotekervæsenet med det sigte at åbne mere op for et fleksibelt system, der løbende kan tilpasses befolkningens behov for medicinforbrug. I tilfælde af privat drift bør det stive bevillingssystem gøres mere smidigt. Der bør efter betænkningen ske en reduktion af antallet af selvstændige apoteker, uden at der sker en generel serviceforringelse. Der stilles forslag om større udnyttelse af adgangen til at oprette filialapoteker (»A-udsalg«), om mere enkle løsninger vedrørende indretning af apoteker og udsalg og om forsøgsordninger med apoteker og apoteksudsalg med begrænset sortiment efter nærmere aftale med de stedlige læger. Etablering af lokale lægemiddelkomiteer anbefales, ligesom behovet for en bedre koordinering mellem private apoteker og sygehusapoteker påpeges. Ved rationalisering og øget smidighed skulle der være en økonomisk gevinst at hente, som vil kunne anvendes til at øge servicen eller holde lavere medicinpriser end ellers. I denne forbindelse kan det nævnes, at gruppen ved fortsat privat drift stiller forslag om et mere enkelt og overskueligt takst- og afgifts/tilskudssystem med det sigte at fremme apotekernes interesse i økonomisering, medens på den anden side den økonomiske interesse i en forøgelse af lægemiddelsalget beskæres. Under alle omstændigheder er der behov for bedre samlet planlægning på hele området og for øget offentlig indflydelse. Kommunikation og samarbejde mellem statslige og lokale og regionale myndigheder bør øges. Problemer omkring den nuværende apoteksproduktion gennemgås, og det henstilles, at der sker en afklaring af den centraliserede apoteksproduktions forhold til bevillingssystemet og en adskillelse mellem apotekernes handelsmonopol og retten til produktion af lægemidler. Udviklingen i

*) Tallet omfatter også salg af sygeplejeartikler m. v. fra apotekerne.

engroshandlen bør efter gruppens mening følges nøje med henblik på sikring af markedsføring af nødvendige præparater og råvarer. Grundlaget for overvejelser omkring uddannelses- og personalebehov har været den mere differentierede forsyningsstruktur, som foreslås. I konsekvens heraf stilles forslag om en farmaceutisk uddannelse med adgang med erhvervskompetence på flere niveauer og med en vis liniedeling.

Indenrigsministeriet kan tiltræde en række af de betragtninger og forslag, som er fremsat i betænkningen, og i ministeriet arbejder man på grundlag heraf og af udtalelser fra myndigheder og organisationer over betænkningens forslag med en revision af den gældende lovgivning om apotekervæsenet. Lovforslaget ventes fremsat i folketingsåret 1976-77.

6. Det tilgrænsende sociale område

6.1. Indledning.

De dele af det sociale område, der behandles i dette afsnit, er først og fremmest udvalgt ud fra de synspunkter, der er nævnt i introduktionen til dette kapitel. Det omfang, hvori socialområdets enkelte dele er behandlet, er afpasset efter deres relative vægt i forhold til de enkelte sundhedsområder.

Plejhjemsområdet m. v. er formentlig det mest oplagte eksempel på en social bistandssektor, hvis ydelser i et vist omfang kan ses som alternativ til sundhedsmæssige foranstaltninger som f. eks. sygehusindlæggelse. På denne baggrund samt på baggrund af områdets betydelige vægt i det samlede billede af det offentlige ressourceforbrug er der især lagt vægt på denne del af det sociale område. I tilknytning hertil er også *daghjem og dagcentre* behandlet.

Såvel et erstatnings- som et supplerings-synspunkt må føre til, at *rådgivning og vejledning* inddrages i overvejelserne. Der er her tale om en funktion, der er af betydning for behovet for anden social og sundhedsmæssig indsats, ligesom der formentlig i rådgivningen ligger en mulighed for at øve indflydelse på, hvilken form for indsats klienten i givet fald vil efterspørge. Endelig er der tale om en opgave, der varetages både i det sociale og i det sundhedsmæssige regie (på sygehuse og hos praktiserende læger).

For de *øvrige sociale områders* vedkommende gør det nævnte erstatnings- og suppleringsforhold sig ikke gældende i tilnærmelsesvis samme grad. På bistandslovens øvrige område, samt inden for åndssvagefor sorgen og den øvrige særforsorg, udgør direkte sundhedspræget virksomhed kun en mindre del af opgaverne, hvori der også indgår rådgivning og vejledning, daginstitutioner for handicappede børn, skoler, værksteder og andre former for social og pædagogisk indsats. Disse områder er derfor kun sporadisk omtalt i nærværende fremstilling.

Andre sociale områder end de nævnte skønnes at være af så indirekte betydning for befolkningens sundhedstilstand, at de ikke inddrages i fremstillingen. Det gælder bl. a. dag- og døgninstitutioner for børn og unge, dagpenge og sociale pensioner.

Sygesikringsområdet er bl. a. behandlet i forbindelse med afsnittene om praktiserende læger (side 87 ff.), ligesom hjemmehjælpsområdet er nævnt i afsnittet om hjemme-sygepleje (side 83 ff.).

6.2. Plejhjem.

Ifølge bistandslovens § 79 stk. 1, skal kommunalbestyrelsen sørge for, at personer, hvis helbredstilstand bevirker, at de ikke med bistand efter samme lovs afsnit IV (Praktisk bistand i hjemmet) og V (Hjælpe midler m. v.) kan klare sig i eget hjem, får mulighed for optagelse i plejhjem.

Sociallovgivningen indeholder derudover ikke regler om den form for social- og sundhedsmæssig indsats, der skal ydes i plejhjemssektoren, eller om hvilke nærmere bestemte befolkningskategorier plejhjemmene er beregnet for.

Dette er i overensstemmelse med en af socialreformens grundtanker, hvorefter man bør undlade at knytte bestemte former for social indsats til objektive afgrænsede befolkningskategorier, men i stedet tilstræbe at tildele bistanden ud fra behovskriterier. I bemærkningerne til bistandsloven hedder det også, at optagelse på plejhjem ikke bør være betinget af en persons status som pensionist. Det afgørende for, om en person kan optages, er den pågældendes evne til at klare sig i eget hjem.

Det betyder imidlertid, at **man ikke på** grundlag af retsreglerne kan opstille kategorier af plejhjem med forskellige funktioner,

set i forhold til den typiske klientgruppe, nemlig indbyggere over 65 år.

Som nævnt ovenfor er det ikke muligt på grundlag af retsreglerne koncist at angive, hvilken form for bistand der skal ydes i plejehjemssektoren. Det må imidlertid antages, at denne bistand i princippet kan blive mere intensiv, jo flere ansatte der er pr. plejehjemsplads.

Det indebærer, at de mere personaleintensive plejehjem må antages at kunne yde bistand til relativt stærkere handicappet klientel. Plejehjemskapacitetens sammensætning efter dette kriterium belyses nærmere i tabel 16.

Det fremgår af tabellen, at de fleste af landets plejehjemspladser ligger i intervallet mellem 0,25 og 0,99 ansatte pr. plads. Det ses endvidere, at man i den overvejende del af landets amtskommuner har en plejehjemskapacitet, hvis tyngdepunkt gennemsnitligt ligger på pladser med fra 0,25 til 0,49 ansatte - dvs. på pladser, hvor man må formodes at være i stand til at yde beboerne en relativt lille intensiv bistand. Dette forhold forekommer bemærkelsesværdigt, bl. a. fordi man formentlig som hovedregel kan gå ud fra, at muligheden for en aflastning af sygehusvæsenet ved visitation til plejehjem navnlig knytter sig til de mere personaleintensive plejehjemspladser.

Som nævnt indeholder sociallovgivningen — i god overensstemmelse med socialreformens grundtanker - ikke regler om, hvilke nærmere bestemte befolkningskategorier der optages på plejehjem. Det er dog muligt at fordele klienterne efter pensionsforhold, jfr. tabel 17.

Det bemærkes, at antallet af invalidepensionister er relativt beskedent i forhold til det samlede antal plejehjemsklienter.

Langt den største del af beboerne på landets plejehjem er ældre på over 65 år. Endvidere er en stor del af beboerne personer i de ældste aldersklasser. Pr. 31. marts 1976

var 84 pct. af folkepensionisterne på plejehjem 75 år og derover, medens 65 pct. var 80 år og derover. Fordelingen af invalide- og folkepensionister på plejehjem pr. 31. marts 1975 efter alder samt beregnede aldersbetingede plejehjemshyppigheder (dvs. antal plejehjemsbeboere i hver 5-års aldersgruppe i pct. af det samlede folketal i den pågældende aldersgruppe) fremgår af nedenstående aldersgruppe) fremgår af tabel 18, side 144.

Uanset at plejehjemmene efter bistandsloven står åbne for alle aldersgrupper, kan man næppe forvente, at dette billede ændres væsentligt i de nærmeste år.

Sociallovgivningen giver ikke hjemmel til at fastsætte normeringer på plejehjemsområdet, hverken i kvalitativ eller kvantitativ henseende. Den enkelte institution ansætter som hovedregel selv sit personale, idet ansættelsen dog eventuelt forelægges kommunalbestyrelsen i den kommune, der enten driver hjemmet eller har indgået overenskomst med det.

Der eksisterer således heller ikke centralt fastsatte uddannelseskrav for så vidt angår plejehjemspersonale.

Plejehjemspersonalets sammensætning (fordelt på personalekategorier) pr. marts 1975 fremgår af tabel 4 foran side 73.

Det uddannede behandlingspersonale ved alderdoms- og plejehjem udgjorde pr. 3. oktober 1975 14.040 fuldtidsbeskæftigede, svarende til 44 pct. af det samlede plejehjemspersonale.

Selv om bistandsloven som nævnt pålægger kommunalbestyrelsen ansvaret for, at det fornødne antal plejehjemspladser er til rådighed for kommunens indbyggere, skal hjemmene ikke nødvendigvis drives af den enkelte kommune. De kan oprettes og drives af en eller flere kommuner, amtskommuner eller som selvejende institutioner, med hvilke kommunalbestyrelsen indgår overenskomst.

Tabel 17. Plejehjemsklienternes fordeling efter pensionsforhold.

| | 1972 | 1973 | 1975 |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|
| Invalidepensionister | 3.114 | 2.979 | 2.877 |
| Folkepensionister og andre klienter | 36.734 | 38.651 | 40.810 |
| I alt | 39.848 | 41.630 | 43.687 |

Tabel 18.

| | Antal pensionister på plejehjem | Aldersfordeling for plejhjemsbeboere i pct. | Aldersbetinget plejhjemshyp-pigheder i pct. |
|------------------------|---------------------------------|---|---|
| | 1. | 2. | 3. |
| 0-19 år | 32 | 0,07 | 0,0021 |
| 20-24 år | 52 | 0,12 | 0,0138 |
| 25-29 år | 69 | 0,16 | 0,0163 |
| 30-34 år | 101 | 0,23 | 0,0278 |
| 35-39 år | 153 | 0,35 | 0,0513 |
| 40-44 år | 198 | 0,46 | 0,0715 |
| 45-49 år | 327 | 0,76 | 0,1158 |
| 50-54 år | 469 | 1,09 | 0,1552 |
| 55-59 år | 728 | 1,69 | 0,2662 |
| 60-64 år | 1.292 | 3,00 | 0,4762 |
| 65-69 år | 2.303 | 5,34 | 0,9728 |
| 70-74 år | 4.449 | 10,32 | 2,4110 |
| 75-79 år | 7.861 | 18,23 | 6,0452 |
| 80-84 år | 10.941 | 25,37 | 14,5283 |
| 85 år og derover | 14.147 | 32,81 | 32,2292 |
| I alt | 43.122 | 100,00 | - |

Nedenstående tabel 19 viser plejhjemmenes fordeling efter driftsansvar pr. 19. marts 1975.

Fordelingen af kapaciteten på de forskellige ejerformer er bl. a. af betydning med hensyn til en vurdering af den enkelte myndigheds muligheder for at påvirke udbygningen inden for de omhandlede sektorer på plejhjemsområdet. Det må imidlertid understreges, at hjemmene i henseende til deres virksomhed retligt er stillet på samme måde uanset ejerforhold.

Det ses af tabel 19, at op mod ³/₄ af pladstallet findes på heloffentlige hjem. Heraf ligger den overvejende del af pladserne igen i kommunalt regie.

Planlægningen på plejhjemsområdet ind-

Tabel 19.

| | Antal hjem | Antal pladser |
|------------------------------|------------|---------------|
| Amtskommunale hjem | 33 | 1.401 |
| Fælleskommunale hjem ... | 29 | 1.404 |
| Kommunale hjem. | 840 | 29.495 |
| Private, lederejede hjem ... | 164 | 2.956 |
| Selvejende og priv. i øvrigt | 224 | 9.639 |
| I alt | 1.290 | 44.895 |

går i udbygningsplanlægningen i henhold til den sociale styrelseslovs § 11.

Herved indgår plejhjemsområdet i sammenhængende overvejelser om målsætningen på den del af social- og sundhedsområdet, som udbygningsplanerne dækker. Dette indebærer bl. a. overvejelser om, hvorledes plejhjemssydeler kan erstattes og suppleres af bistand på hjemmehjælps- og hjemmesygeplejeområderne.

Desuden har man understreget betydningen af, at udbygningsplanlægningen indpasses i den tværgående, kommunale og amtskommunale planlægning. Dette indebærer bl. a. et ønske om, at planlægningen på plejhjemsområdet ses i sammenhæng med sygehusplanlægningen.

Kontaktfladen mellem plejhjemsområdet og det lægelige område har flere gange været taget op til belysning i forbindelse med overvejelser om, hvorledes visitationen til plejhjem skal tilrettelægges. Spørgsmålet har således både været taget op af sundhedsstyrelsens udvalg vedrørende langtidsbehandlingen på sygehuse (65), af socialministeriets udvalg om omsorg for ældre og pensionister (90) samt af socialreformkommissionen (14).

Langtidsbehandlingsudvalget anbefalede, at der skabes mulighed for, at visitationen til

plejehjemmene kan centraliseres ved de langtidsmedicinske afdelinger, jfr. foran side 125, både or at undgå overbelægning af langtidsmedicinske afdelinger og for at undgå plejehjemsanbringelse af personer, der kan klare sig i eget hjem.

Disse spørgsmål blev igen taget op til drøftelse i *omsorgsudvalget*. Amtsrådsforeningens repræsentanter lagde vægt på, at man ved og omkring amtskommunens socialcenter havde mulighed for at opbygge en betydelig lægelig, psykologisk og anden sagkundskab. Disse repræsentanter nævnte i denne forbindelse også, at der må forudses et nært samarbejde mellem socialcentret og den langtidsmedicinske afdeling.

Repræsentanterne i omsorgsudvalget fra socialinspektørforeningen og kommunernes landsforening anførte heroverfor, at der uden en forsvarlig visitation med tæt forbindelse til kommunernes social- og sundhedsforvaltning meget let vil forekomme skæbnesvangre fejlplaceringer af pensionister og dermed fejlinvesteringer med hensyn til etablering af plejehjem. Man pegede endvidere på behovet for under inddragelse af både medicinsk og social sagkundskab at foretage visitationen på grundlag af en bedømmelse af den enkelte pensionists totalsituation. Man var derfor indstillet på, at visitationen måtte foregå i et snævert samarbejde mellem socialvæsenet og de praktiserende læger på den ene side og sygehusvæsenet på den anden side. Da langt den største del af det forebyggende og behandlende arbejde af social og lægelig art, efter disse medlemmers opfattelse, foregår i nærheden af og i samarbejde med pensionisten og dennes eventuelle pårørende, fandt man det rigtigst, at visitationsopgaven blev placeret så tæt ved borgeren som muligt, og at den forestås af kommunen.

Disse betragtninger viser, at der i dobbelt forstand eksisterer * kontaktflader mellem plejehjemsområdet og sundhedsvæsenet.

Fer det første afdækker denne debat det forhold, at sygehusindlæggelse og optagelse på plejehjem i et ikke ubetydeligt omfang må ses som alternative foranstaltninger.

For det andet understreger debatten betydningen af at inddrage sundhedsmæssig sagkundskab i valget af den mest hensigtsmæssige form for social og sundhedsmæssig indsats i konkrete tilfælde. Sådant sundhedsmæssig sagkundskab kan bl. a. findes i socialcentret og i sygehusvæsenet, hvor man har

større mulighed for at trække på specialviden inden for dele af sundhedsområdet, samt hos den praktiserende læge, der har relativt bedre muligheder for at udvikle et dyberegående kendskab til den enkelte.

I forbindelse med udarbejdelsen af bistandslovens regler om visitationens organisation var man nødt til at vælge, hvilke af disse kontaktflader man særlig ville lægge vægt på.

Ved - i overensstemmelse med socialreformkommissionens indstilling - at henlægge visitationskompetencen til kommunens sociale udvalg fremfor en amtskommunalisering af visitationen, har man formentlig bl. a. ønsket at fremme muligheden for i visitationen at inddrage de repræsentanter for social og sundhedsmæssig sagkundskab, der lettest kan opbygge et dyberegående kendskab til den enkelte klient, herunder den praktiserende læge. Til gengæld har man herved skabt en relativt længere samarbejdslinie til sygehusvæsenet og den mere specialiserede sociale og sundhedsmæssige sagkundskab, der kan opbygges i det amtskommunale regie.

Det må dog fremhæves, at amtsrådet ifølge bistandslovens § 83 skal nedsætte et eller flere udvalg med repræsentanter for amtskommunens socialcenter og sygehusvæsen - fortrinsvis en afdeling for medicinsk langtidsbehandling - og embedslægevæsenet. Kommunerne skal som hovedregel høre disse udvalg i visitationssager.

På kommunalt initiativ blev der ved bistandslovens afsluttende behandling indsat en bestemmelse, hvorefter denne regel kan fraviges efter aftale med amtskommunen (§ 83, stk. 2).

Ifølge bistandslovens § 136, stk. 1, jfr. § 133, stk. 1, afholder den pågældendes opholds-kommune udgifterne vedrørende plejehjemsophold, idet 50 pct. af udgiften dog refunderes af staten.

Klienten deltager imidlertid også selv i betalingen. Personer, der modtager pension efter den sociale pensionslovgivnings regler, betaler med pensionen bortset fra et af socialministeren fastsat beløb til personlige fornødenheder. Desuden betales der, inden for et af socialministeren fastsat maksimumsbeløb, som hovedregel med 60 pct. af pensionistens indtægter ud over pensionen efter skat. For så vidt angår denne del af betalingen kan der dog ved udmålingen tages hensyn til den

pågældendes forsørgerpligt over for ægte-tælle og børn.

Personer, der ikke modtager pension, be-taler som hovedregel med 60 pct. af indtæg-ten inden for den maksimumsgrænse, der som nævnt fastsættes for pensionistens beta-ling, dog således at klienter også herefter skal kunne råde over et beløb svarende til pensionisternes beløb til personlige fornø-denheder.

De samlede offentlige udgifter på pleje-hjemsområdet forventes i 1976-77 at blive på ca. 3,9 mia. kr.

6.3. Daghjem og dagcentre.

Ifølge bistandslovens § 74, stk. 1, skal kom-munalbestyrelsen sørge for, at personer, hvis tilstand kræver vedvarende tilsyn og pleje, som ikke kan ydes i deres hjem i dagtimerne, får mulighed for optagelse på daghjem. End-videre skal kommunalbestyrelsen sørge for, at der i kommunen indrettes dagcentre til det omsorgsarbejde, der bedst kan foregå på en institution.

Specielt daghjemmene må således antages i betydeligt omfang at kunne opfylde de behov, der ellers ville nødvendiggøre klien-tens optagelse på plejehjem. Daghjemsområ-det må derfor til en vis grad betragtes som en foranstaltning, hvis eksistens formentlig kan reducere behovet for sygehussenge.

Pr. 31. marts 1976 var der her i landet 4.300 dagcenterpladser, og det tilknyttede personale svarede til 475 fuldtidsbeskæfti-gede. De tilsvarende tal for daghjemsområ-det var henholdsvis 1.435 og 308.

Daghjem og dagcentre kan efter bistands-loven oprettes og drives af en eller flere kommuner, amtskommuner eller som selv-ejende institutioner. Området indgår i ud-bygningsplanlægningen i henhold til den so-ciale styrelseslovs § 11.

Disse daginstitutioner er i henseende til byrdefordelingen mellem stat og kommune undergivet de samme regler som plejehjem.

Regler om klientens betaling for daghjems-ophold skal i henhold til bistandsloven fast-sættes af socialministeren, medens regler om betaling for dagcenterophold skal fastsættes af kommunens sociale udvalg efter retnings-linier fra socialministeren.

6.4. Rådgivning og vejledning.

Kommunens sociale udvalg kan ifølge bi-standslovens § 28 tilbyde såvel enlige som

familier vederlagsfri løbende vejledning og rådgivning og er forpligtet til ved opsøgende virksomhed at rette sådanne tilbud til en-hver, som må antages at trænge hertil.

Allerede i denne bestemmelse ligger såle-des, at rådgivning og vejledning tildeles efter et behovskriterium, og at en yderligere ob-jektiv afgrænsning af klientkredsen derfor ikke lader sig foretage.

Vejledningsarbejdets lovfæstede mål er at hjælpe de pågældende over øjeblikkelige vanskeligheder og på længere sigt sætte dem i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp.

Rådgivning og vejledning kan ydes alene eller i forbindelse med anden hjælp eller bi-stand.

Loven (§ 29) kræver endvidere, at der i vejledningsarbejdet skal anvendes personer, der i kraft af deres uddannelse eller tidligere virksomhed har særlige forudsætninger for arbejdet. Til støtte for vejlederne kan amts-kommunens socialcenter stille sagkyndige til rådighed eller i specielle tilfælde selv påtage sig vejledningsarbejdet.

Det skal i denne forbindelse bemærkes, at der endvidere er etableret rådgivnings- og vejledningsordninger uden for de sociale ud-valgs regie, f. eks. inden for forsvaret, fæng-selsvæsenet og sygehuvæsenet.

I relation til den enkeltes situation må rådgivningen bl. a. ses som et middel til at sikre, at et behov for en social indsats imø-dekommes på et så tidligt tidspunkt som mu-ligt, for at den pågældendes sociale problem ikke når at antage unødigt store dimensio-ner. Rådgivningen må på dette punkt f. eks. ses i sammenhæng med dagpengelovens § 48, hvorefter forpligtelsen til at yde dag-penge bortfalder, såfremt den sikrede uanset det sociale udvalgs og lægens opfordring hertil nægter at lade sig indlægge på sygehus eller modtage nødvendig lægebehandling eller at deltage i hensigtsmæssig optræning for at generhverve arbejdsvevnen.

Arbejdet må endvidere antages at give et forbedret grundlag for at træffe beslutning om arten af den hjælp, der skal ydes den en-kelte. Under vejledningsarbejdet er det bl. a. muligt at tilrettelægge et bistandsprogram i samarbejde med klienterne, ligesom arbejdet må antages at give et bedre kendskab til kli-entens situation. Set fra samfundets side kan vejledningsarbejdet således anskues som et middel til at sikre, at man vælger den mest

hensigtsmæssige bistandsform - herunder at indsats af udsigtsløse behandlingsformer stoppes.

Begge disse tilsligtede konsekvenser af vejledningsvirksomheden — dens forebyggende funktion og funktionen som grundlag for valget af bistandsform — kan få betydning i relation til sundhedsområderne og de tilgrænsende sociale områder. Hvis arbejdet endvidere får den tilsligtede forebyggende virkning, kan samfundets gevinst således i princippet bestå i bl. a. en ressourcebesparelse og en mere hensigtsmæssig indsats af ressourcerne på sundheds- og socialområdet.

Klienter betaler ikke for rådgivning og vejledning, og udgifterne afholdes endeligt af vedkommende kommune.

6.5. Andre sociale områder.

Da åndssvageforsorgen og den øvrige særforsorg m. v. lægger beslag på ressourcer inden for sundhedssektoren og den tilgrænsende sociale sektor, samt da det er opstillet som et mål at få disse foranstaltninger integreret med det øvrige social- og sundhedsvæsen, omtales disse områder kort i nærværende sammenhæng, uden at det i øvrigt er tanken, at disse områder skal gøres til genstand for nærmere overvejelser i udvalget.

1. april 1975 fandtes der 306 institutioner under *åndssvageforsorgen*, heraf 182 eksterne og 124 interne.

Der var endvidere beskæftiget et personale svarende til 8.269 heltidsansatte på for sorgens interne institutioner, hvortil kommer 2.581 på eksterne institutioner. Den 1. april 1975 var der således i alt beskæftiget 10.850 personer inden for åndssvageforsorgen, omregnet til fuldtidsbeskæftigede. På grundlag af et særdeles groft skøn kan det i tabel 4 på side 73 udspecificerede sundhedspersonales andel heraf anslås til knap 3 pct.

Derudover kan det nævnes, at der inden for den *øvrige særforsorg* den 1. april 1975 var i alt 1.567 interne pladser til rådighed, jfr. socialstyrelsens kvartalstilling oktober 1976 for april kvartal 1976. Den 1. april 1975 var der inden for denne forsorgsgren beskæftiget et personale svarende til 2.813 heltidsbeskæftigede. Det i tabel 4 på side 73 udspecificerede sundhedspersonales andel heraf kan meget groft anslås til ca. 15 pct.

Den 1. april 1975 fandtes der 21.734 registrerede klienter under åndssvageforsorgen.

Det må forventes, at dette tal i de nærmeste år udviser en svagt faldende tendens.

Den samlede særforsorg er i dag en statsopgave, og området administreres af socialministeriet og socialstyrelsen. For så vidt angår åndssvageforsorgen er landet opdelt i regioner, hvor forsorgen inden for den enkelte region ledes af et forsorgscenter under socialstyrelsen.

For åndssvageforsorgens vedkommende har socialstyrelsen igangsat en **udbygningsplanlægning** under inspiration fra udbygningsplanlægningen i henhold til den sociale styrelseslovs § 11.

Den samlede udgift på åndssvageforsorgens område er for finansåret 1976-77 budgetteret til ca. 1.080 mill. kr. (1. april 1975-priser) og for den øvrige særforsorg til 499 mill. kr. (incl. ortopædiske hospitaler på 88 mill.kr.).

I juni 1976 blev der afgivet betænkning fra et udvalg under socialministeriet om udlægning af åndssvageforsorgen og den øvrige særforsorg (91). Udvalgets forslag går ud på en indpasning af næsten samtlige særforsorgens funktioner under de eksisterende amtskommunale og kommunale forvaltninger på social- og sundhedsområdet, undervisningsområdet og sygehusområdet.

Revalideringens formål er at afhjælpe eller begrænse de erhvervmæssige følger af invaliditet eller sygdom gennem ydelse af hjælpemidler, iværksættelse af undervisning, optræning, uddannelse og andre erhvervmæssige foranstaltninger for erhvervshæmmede, således at de pågældende så vidt muligt kan opnå fuldstændig økonomisk og social uafhængighed.

For personer, der ikke kan opnå beskæftigelse på det normale arbejdsmarked, men som stadig har en vis erhvervsevne i behold, er der mulighed for at tilbyde beskyttet arbejde.

Med bistandslovens ikrafttræden blev revalideringsområdet nedlagt som selvstændig administrationsgren, og funktionerne indpasset i kommunalt og amtskommunalt regie efter de derom gældende regler i bistandsloven.

Pr. 1. april 1976 var der beskæftiget et personale svarende til 786 heltidsansatte på revalideringsinstitutionerne, hvor der var ca. 2.600 pladser til rådighed, excl. de daværende revalideringscentre.

Revalideringsområdet blev ved bistandslo-

vens ikrafttræden henlagt til amtskommunalt regie. Revalideringsinstitutionerne indgår i udbygningsplanlægningen i henhold til den sociale styrelseslovs § 11.

Efter bistandsloven afholdes udgifterne ved ophold på en revalideringsinstitution med 50 pct. af opholdskommunen og med 50 pct. af amtskommunen. I 1975-76, hvor revalideringsområdet var statsligt, var udgiften 125 mill. kr.

Mødrehjælpsområdet blev med bistandslovens ikrafttræden nedlagt som et selvstændigt område, og funktionerne blev indpasset i det øvrige administrative sociale system efter bistandslovens regler om opgavefordelingen mellem stat og kommune. De indgår således i dag blandt de kommunale socialforvaltningers og socialcentrenes opgaver.

IV. Sundhedsvæsenets finansiering

1. Finansieringsformen

1.1. Det generelle finansieringssystem.

Finansieringssystemet for sundhedsvæsenet og de tilgrænsende sociale områder er undergået meget væsentlige ændringer inden for de seneste år.

Indtil omkring ca. 1970 var sygehus- og sundhedsvæsenet samt det tilgrænsende sociale område ganske vist principielt en amtskommunal eller primærkommunal opgave, men staten var stærkt involveret i finansieringen dels igennem procentrefusion af de afholdte omkostninger ved de forskellige sundhedsforanstaltninger, såsom det almindelige sygehustilskud (65 pct.) og plejehjemstilskuddet (90 pct.), dels ved direkte statsdrift af visse dele af sygehusvæsenet. Sygeforsikringen blev varetaget af sygekasserne, der principielt var medlemsstyrede og -finansierede foreninger. Staten ydede dog tilskud til kassernes udgifter. Det var i øvrigt karakteristisk, at der gjaldt meget forskellige finansieringsregler for de forskellige dele af sygehus- og sundhedsvæsenet og socialområdet.

Inden for sygehusvæsenet drev staten selv eller finansierede de samlede udgifter ved driften af de psykiatriske hospitaler (med undtagelse af Københavns kommunes institutioner, hvortil der ydedes 90 pct. tilskud), Landshospitalet i Sønderborg, Fødselsanstalten i Jylland, de ortopædiske hospitaler og afdelinger, Finseninstitutet samt Rigshospitalet. Hertil kom, at visse højt specialiserede afdelinger ved kommunale sygehuse (neurokirurgiske og dertil knyttede neuromedicinske afdelinger, radiumstationer) blev 100 pct. finansieret af staten. Størstedelen af det somatiske sygehusvæsen blev dog drevet og finansieret af amts- og købstadskommu-

nerne, men staten dækkede som nævnt 65 pct. af udgifterne via det almindelige sygehustilskud, der fordeltes mellem sygehuskommunerne efter indbyggertal, sygedage og sygehusudgifter.

Finansieringen af *den primære sundheds-tjeneste* faldt i to skarpt adskilte dele. Sygeforsikringen (udgifter til praktiserende læger, tandlæger, fysioterapeuter, jordemødre og apoteker) finansieredes af sygekasserne samt ved direkte patientbetaling. Hver sygekasse fastsatte sit kontingent, således at kontingentindtægten sammen med statens tilskud på 25 pct. kunne dække kassens udgifter. Til visse former for specialhjælp ydedes der dog 75 pct. statsrefusion og til livsvigtig medicin 100 pct. refusion.

De offentlige sundhedsordninger (hjemmesygepleje, sundhedspleje, vaccinationer, svangre- og børneundersøgelser) finansieredes umiddelbart af primærkommunerne, men med delvis refusion enten af staten eller af det mellemkommunale refusionsforbund; refusionssatsen var oftest 50 pct., men i enkelte tilfælde højere.

Det tilgrænsende sociale område (plejehjem/alderdomshjem og hjemmehjælp) finansieredes af købstads- og sognekommuner med en betydelig statslig og mellemkommunal refusion. Til hjemmehjælp ydedes 82 pct. statsrefusion. Til drift af alderdomshjem og plejehjem ydedes 80–90 pct. tilskud, idet dog en del af tilskuddet beregnedes ud fra en for forskellige grupper af hjem fastlagt takst, hvorfor refusionen ikke var fuldstændig automatisk.

Som følge af den i tilknytning til ændringerne i den kommunale inddeling gennemførte byrde- og opgavefordelingsreform er hele det foran nævnte finansieringssystem nu fuldstændig omlagt. I dag er det alminde-

lige sygehustilskud således afskaffet, og udgifterne ved den offentlige sygesikring (tidl. sygekassevæsenet) afholdes også fuldt ud af amtskommunerne uden statsrefusion. Endelig er refusionerne på det sociale område nedsat og ensrettet, således at der er et generelt refusionsniveau på 50 pct.

Statshospitalerne for sindslidende er pr. 1. april 1976 overført til amtskommunerne. De ortopædiske hospitaler og afdelinger forventes overført til amtskommunerne pr. 1. januar 1978 bortset fra Ortopædisk hospital i København, der forventes tilknyttet Rigshospitalet pr. 1. april 1977. Herefter vil staten - inden for *sygehusområdet* - kun drive de 2 højt specialiserede sygehuse, Rigshospitalet og Finseninstitutet, og kun yde tilskud til driften af visse landsdels- og landspecialer (neurokirurgi/medicin, radiumstationer, nyretransplantation og dialyse). For så vidt angår denne resterende statsdrevne og statsfinansierede del af sygehusvæsenet er der nu indført en betalingsordning, så sygehuskommunerne dækker en del af udgifterne. Ordningen er foreløbig etableret som en fast benyttelsesafgift.

Den *primære sundhedstjeneste* finansieres nu, efter at omlægningerne er gennemført, af amtskommunerne (praktiserende læger, tandlæger, medicin, fysiurgisk behandling), primærkommunerne (hjemmesygepleje, sundhedspleje, lægeundersøgelse af børn, skolelæger, vaccinationer) og af staten (50 pct. refusion af primærkommunernes udgifter til hjemmesygepleje og sundhedspleje). Hertil kommer patienternes egen betaling (medicin, gruppe 2-patientbetaling, tandlægebehandling).

Inden for det *tilgrænsende sociale område* afholdes udgifterne, efter bistandslovens ikrafttræden pr. 1. april 1976, af primærkommunerne, dog med 50 pct. refusion fra staten; der ydes ikke refusion til vejledning og rådgivning, og der er visse maksimumsgrænser for refusion til plejehjem.

I overensstemmelse med byrdefordelingsreformens målsætning om bedre sammenhæng mellem kompetence og økonomisk ansvar er det en klar tendens i de gennemførte og planlagte opgave- og byrdefordelingsændringer, at en stadig større del af sundhedsvæsenets udgifter skal afholdes af de lokale myndigheder (amtskommunerne), hvorunder disse opgaver sorterer, og uden direkte statsrefusion. For så vidt angår det sociale

område (herunder plejehjem og hjemmesygepleje/sundhedspleje), ydes dog som et nævnt fortsat statsrefusion på 50 pct. som et vist incitament til varetagelsen af disse opgaver, der fortrinsvis henhører under primærkommunerne. Baggrunden for den fælles refusionssats var det i socialreformkommissionens 2. betænkning formulerede neutralitetsprincip, ifølge hvilket »de udgifter, der indgår i beslutningsgrundlaget for det besluttende organ (skal) genspejle de faktiske omkostningsforhold mellem de forskellige valgmuligheder«.

For ikke at forrykke balancen mellem statslige og kommunale skatter er der i takt med nedsættelsen/afskaffelsen af procentrefusionerne og den stedfundne opgaveoverførsel fra staten indført generelle statstilskud til kommunerne, dels i form af skattegrundlagstilskud, dels i form af tilskud efter objektive udgiftsbehovskriterier. Disse tilskud har fortrinsvis til opgave at gennemføre en vis økonomisk udligning mellem kommunerne, og er i deres form udgiftsneutrale.

1.2. De enkelte sundhedsordningers finansiering.

I tabel 20 gives en oversigt over den procentvise fordeling af finansieringen på staten, amtskommunerne, kommunerne og private af de samlede udgifter til hver af de i det foregående opregnede sundhedsordninger. Oversigten er baseret på de enkelte sundhedsordningers udgifter i finansåret 1973-74. Derimod er finansieringsbyrden fordelt efter de regler, der vil være gældende, efter at omlægningen af statens finansiering af kommunens udgifter fra procentrefusioner til generelle tilskud nu er gennemført, og efter at de planlagte overførsler af en række statsinstitutioner er gennemført fuldt ud. Denne fremgangsmåde er valgt, fordi den faktiske fordeling af finansieringsbyrden i 1973-74 giver et dårligt billede af det fremtidige finansieringssystem (bl. a. var der på dette tidspunkt 35 pct. statstilskud til både sygesikring og sygehuse), og fordi formålet med afsnittet bl. a. er at danne grundlag for en vurdering af finansieringen på længere sigt.

1.3. De statslige skatters bidrag til finansieringen via de generelle tilskud.

At amtskommuner og kommuner nu umiddelbart afholder den dominerende del af

Tabel 20. Sundhedsudgifterne og deres finansieringskilder.

| | Sundheds- udgifter i alt i 73-74 (mill. kr.) | Offentlige udgifter (pct.) | | | | | I alt | Patient- betaling (pct.) |
|---|---|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----|-------|--------------------------------|
| | | Staten | | Amts- kommu- nerne | Primær- kommu- nerne | | | |
| | | Egen drift og anlæg | Drifts- og anlægs- refusion | | | | | |
| 1. Almen lægehjælp ¹⁾ | 738 | — | — | 96 | — | 96 | 4 | |
| 2. Speciallægehjælp | 213 | — | — | 93 | — | 93 | 7 | |
| 3. Almindelig tandlægehjælp | 1.036 | — | — | 32 | 5 | 37 | 63 | |
| 4. Børneprofylakse ²⁾ | 373 | — | 5 | 10 | 85 | 100 | — | |
| 5. Svangerskabshygiejne/ fødselshjælp | 71 | — | — | 100 | — | 100 | — | |
| 6. Medicinforbrug excl. syge- husvæsen ³⁾ | 685 | — | — | 49 | — | 49 | 51 | |
| 7. Hjemmesygepleje | 142 | — | 50 | — | 50 | 100 | — | |
| 8. Fysiurgisk behandling | 64 | — | — | 84 | — | 84 | 16 | |
| 1-8. Primær sundhedstjeneste i alt | 3.322 | — | 3 | 52 | 13 | 68 | 32 | |
| 9. Somatiske sygeh. ⁴⁾ (drift) | 5.391 | 10 | 4 | 87 | — | 100 | — | |
| 10. Psykiatriske sygeh. ⁵⁾ (drift) | 792 | — | — | 100 | — | 100 | — | |
| 9-10. Sygehusvæsnets driftsudg. i alt | 6.183 | 8 | 3 | 88 | — | 100 | — | |
| 11. Sygehusv. anlægsudg. ⁶⁾ | 937 | 7 | — | 93 | — | 100 | — | |
| 9-11. Sygehusv. udg. i alt | 7.120 | 8 | 3 | 89 | — | 100 | — | |
| 1-11. Sundhedsv. udg. excl. pleje- hjem i alt | 10.442 | 6 | 3 | 77 | 4 | 90 | 10 | |
| 12. Plejehjem ⁷⁾ (drift) | 2.250 | — | 48 | — | 48 | 96 | — | |
| 13. Plejehjem ⁸⁾ (anlæg) | 200 | — | 50 | — | 50 | 100 | — | |
| 1-13. Sundhedsv. udg. incl. pleje- hjem i alt | 12.892 | 5 | 11 | 63 | 13 | 91 | 9 | |

¹⁾ Excl. udgifterne ved diverse private lægeerklæringer (livsforsikringer, førerbevis, tjenestmandsan-sættelser og lign.).

²⁾ Børnetandpleje, skolesundhedspleje, vaccinationer m. v., lægeundersøgelser af børn samt sundhedsplejerskeordningen.

³⁾ Excl. apotekernes salg af håndkøbsmedicin (273 mill. kr.).

⁴⁾ Ved fordelingen er der ikke taget hensyn til den i 1975 indførte midlertidige benyttelsesafgift for statslige sygehuse og statsbetalte afdelinger, idet spørgsmålet om udformningen af den fremtidige finansieringsordning for sådanne sygehuse og afdelinger er uafklaret. Til amtskommunerne er henregnet statens tilskud i 1973-74 til private sygehuse, alkoholinstitutioner, ortopædiske hospitaler og afdelinger (bortset fra Ortopædisk hospital i København) samt til undervisningssenge i Århus.

⁵⁾ Der er ikke taget hensyn til reglerne om pensions- og indtægtsinddragelse.

⁶⁾ I de kommunale anlægsudgifter er medregnet investeringsudgifter til maskiner, apparatur m. v. En del af disse udgifter kan tillige være indeholdt i driftsudgifterne.

⁷⁾ Ved fordelingen er der ikke taget hensyn til de i medfør af bistandsloven fastsatte maksimumsgrænser for tilskud samt til, at et mindre antal plejehjem (30 ud af 1300) drives af amtskommunerne, idet primærkommunerne betaler for benyttelsen. Endvidere er der ikke taget hensyn til reglerne om pensions- og indtægtsinddragelse eller til udgifterne til lomme penge til patienterne.

⁸⁾ Da udgifterne til forrentning og afskrivning kan anmeldes til refusion, finansierer staten reelt - over en længere årrække - ca. halvdelen af udgifterne ved opførelse af plejehjem.

Kilde: Tabellen er baseret på en intern opgørelse af udgifterne (brutto excl. forrentning og afskrivning) i sundhedsvæsenet i 1973/74. For så vidt angår patientbetalingen drejer det sig om skønnede tal behæftet med en ret betydelig usikkerhed. Patienternes udgifter ved almen lægehjælp, speciallægehjælp og fysiurgisk behandling er anslået af sikringsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens embedsmandsgruppe vedr. tandlægevæsenet har anslået patientbetalingen ved tandpleje (betækning nr. 756/1976), mens patienternes egen betaling til medicin er anslået af indenrigsministeriet. Endelig har socialministeriet anslået patientudgifterne ved ophold på plejehjem. På basis af Danmarks Statistiks forbrugsundersøgelse for 1971 (92) og en repræsentativ stikprøveundersøgelse af sygekasseregninger i Århus amt foretaget af O. K. Geil (93) kan befolkningens samlede direkte sundhedsudgifter anslås til ca. 1,5 mia. kr. i 1973, og de anførte tal for patientbetaling må derfor generelt betragtes som minimumstal.

sundhedsvæsenets udgifter betyder ikke, at en tilsvarende stor del af omkostningerne skal betales over de kommunale skatter. Som nævnt har man som et led i byrde- og opgavefordelingsreformen indført generelle tilskud til amtskommuner og kommuner, således at afskaffelse af refusioner og overførsel af institutioner modsvares af en tilsvarende forøgelse af disse statstilskud. For 1976-77 kan det anslås, at ca. 35 pct. af amtskommunernes udgifter vil blive dækket ad denne vej.

En meget stor del af den pulje, der fordeles mellem amtskommunerne efter objektive udgiftskriterier, er beregnet som kompensation for amtskommunernes overtagelse af udgifter til sundhedsvæsenet. For finansåret 1976-77 kan andelen beregnes til ca. 85 pct. Tilskuddet beregnes ved hjælp af en række kriterier (indbyggertal i bestemte aldersgrupper m. v.), der hver er knyttet til et eller flere udgiftsområder. Kriteriernes indbyrdes vægt er fastlagt ud fra de pågældende udgiftsområders andel af de samlede kommunale udgifter. Der er i loven om generelle tilskud (nr. 330 af 26. juni 1975) givet indenrigsministeren en bemyndigelse til at ændre vægtene, såfremt der sker væsentlige ændringer i udgiftssammensætningen.

2. Virkningerne af forskellige finansieringsformer

2.1. Privat/offentlig finansiering.

Som bl. a. påpeget i PP-II spiller gratisprincipet en dominerende rolle for den overvejende del af sundhedsvæsenets ydelser.

Dog dækkes ca. 10 pct. af udgifterne ved det samlede sundhedsvæsen (excl. plejehjem) af patienterne selv. Det er imidlertid karakteristisk, at den private betaling kun findes i den primære sundhedstjeneste, og at den er koncentreret på et fåtal af ydelser.

Den private finansiering af almen- og speciallægehjælp består overvejende af de gruppe 2-sikredes betaling af honorar ud over det honorar, der er fastlagt for gruppe 1-sikrede. Begrundelsen for ordningen er, at staten oprindeligt kun ydede tilskud til sygekasser for mindrebemidlede. Der henvises

herom til kap. II (side 205). Så længe gruppe 2-sikring overvejende forekommer i de øverste indkomslag, kan det næppe antages, at den private finansiering nævneværdigt begrænser efterspørgslen efter lægehjælp. Således viser både Danmarks Statistiks forbrugsundersøgelse (92) og den tidligere nævnte undersøgelse af Holst og Scocozza (17), at forbruget af lægeydelser ikke falder med stigende indkomst. Dette til trods for, at de laveste indkomslag må formodes at have det største behov.

Reglerne for privates betaling af medicin må opfattes som et forsøg på at begrænse medicinforbruget. Den traditionelle sondring mellem afsnit 1-medicin, afsnit 2-medicin og medicin, som der slet ikke ydes tilskud til, er således bl. a. begrundet med, at forbrugeren bør betale en mindre andel af udgiften, jo større behov han har for lægemidlet. De ændringer af tilskudssystemet, der er gennemført de senere år, har da også bl. a. haft til formål at begrænse lægemiddelforbruget. Det er usikkert, om tilskudsreglerne på langt sigt har den tilsigtede virkning. Dog kan det nævnes, at der i forbindelse med tilskudsændringerne i 1973 kunne konstateres en stagnation i apoteksomsætningen (94). »Konsekvensen af den betydelige private betaling er imidlertid, at en meget stor del af lægebesøgene kun formelt kan betragtes som gratis for patienterne. Det vides fra kontaktmønstreundersøgelserne (18), at ca. 55 pct. af lægekontakterne giver anledning til en recept. Det svarer til ca. 14 mill. recepter pr. år. Divideres dette antal op i den private betaling til apotek fås, at en lægekontakt, der er forbundet med en receptudstedelse, koster patienten knapt 25 kr.

Reglerne om befolkningens betaling for tandlægebehandling må opfattes som et resultat af, at denne behandling traditionelt kun delvist har været opfattet som sygdomsbehandling. Foretagne undersøgelser af tandsygdomme i befolkningen og forbruget af tandlægeydelser tyder på, at den krævede egenbetaling (i gennemsnit ca. 2/3 af udgifterne) klart har virket forbrugsbegrænsende, jfr. f. eks. en undersøgelse foretaget blandt værnepligtige (95). Det bør dog nævnes, at man nu søger at udnytte betalingsordningen som et incitament til forebyggende tandpleje, idet der for personer født efter 1954 ydes større tilskud i tilfælde af regelmæssig tandlægebesøg.

2.2. Statslig/kommunal finansiering.

Virkningen af de generelle statstilskud til kommunerne er omtalt ovenfor. Den fortsatte direkte statslige finansiering af sundhedsordninger falder i 2 grupper. For det første gælder det for størsteparten af den primærkommunale del af sundheds- og socialområdet, at staten refunderer 50 pct. af udgifterne. Når man, på trods af byrdefordelingsreformens målsætning, har valgt at opretholde refusionsprincippet på dette område, hænger det sammen med, at det ville være vanskeligt at udforme objektive kriterier, der tilstrækkeligt nuanceret afspejler forskellene i de enkelte kommuners udgiftsbehov, jfr. betænkning fra folketingsudvalget vedr. bilstandsloven (96).

For det andet dækker staten, via drift og tilskud, der enten er betinget af budgetgodkendelse, eller ydes som ét bestemt beløb pr. ydelse, en betydelig del af udgifterne ved den højt specialiserede sygehusbehandling. De forskellige ordninger har en noget forskellig baggrund. Rigshospitalet har først og fremmest været betragtet som et undervisnings- og forskningshospital, hvorfor det administreres som en del af den højere uddannelse. Tilskudsordningen til neurokirurgi blev oprindeligt begrundet med byrdefordelingsmæssige betragtninger, idet man ikke mente, at en opgave af denne økonomiske størrelsesorden, kunne bæres af de relativt små kommunale enheder, der den gang var tale om. Samtidig havde ordningen også det sygehuspolitiske formål at stimulere til udnyttelse af denne højt specialiserede behandlingsform. Indførelsen af tilskuddet til nyretransplantation og dialyse havde derimod udelukkende en styringsmæssig begrundelse. Tilskuddet, der ydes med et bestemt beløb pr. transplantation og sygedag, skulle kunne sikre en planlagt og koordineret udbygning af den lægelige service på dette område. Man mente, at dette kunne opnås ved, at behandlingen blev ledet fra et begrænset antal centre. Den statslige finansiering havde derfor først og fremmest til hensigt at forhindre en spredning af dialyse- og transplantationskapaciteten.

Det af indenrigsministeriet nedsatte landsdelsspecialudvalg har bl. a. til opgave at overveje, hvorledes finansieringsordningen fer højt specialiseret sygehusbehandling bør tilrettelægges på lidt længere sigt. Det må antages, at udvalget herunder vil overveje,

hvorledes der kan tilvejebringes en mere ensartet finansieringsordning.

2.3. Det økonomiske mellemværende mellem amtskommunerne indbyrdes.

En del landsdelsfunktioner drives efter sygehuslovens almindelige regler, dvs. at den benyttende amtskommune yder den amtskommune, der driver landsdelsfunktionen, fuld omkostningsdækkende betaling pr. sygedag (cirkulæretakst). Derudover eksisterer der i et vist omfang aftaler mellem amtskommunerne om indlæggelser på hinandens sygehuse, navnlig i tilfælde, hvor det ville være lettest for den ene amtskommunes borgere at benytte et sygehus i en anden amtskommune. Også her afregnes normalt efter cirkulæretakst. Som en illustration af disse mellemværenders økonomiske størrelsesorden kan det nævnes, at indtægterne for behandling af udenamts patienter på Århus kommunehospital udgjorde knap 4 pct. af de samlede sygehusudgifter og på Odense sygehus knap 5 pct. af udgifterne.

2.4. Amtskommunal/primærkommunal finansiering.

Som fremhævet i det foregående har man inden for både den primærkommunale og den amtskommunale del af sundheds- og socialvæsenet tilstræbt at indføre finansieringsordninger, der ikke påvirker kommunens valg mellem forskellige ydelser. På det amtskommunale plan skal både udgifterne til praktiserende læger og til sygehuse betales fuldt ud af amtskommunen. På det kommunale plan er der en ensartet refusionsprocent (50 pct.).

I det omfang amtskommunale og primærkommunale ydelser kan substituere eller supplere hinanden, har byrdefordelingsreformen derimod nærmest gjort koordinationen vanskeligere. Da kommuner og amtskommuner nu bærer en væsentlig større del af marginaludgiften ved en given foranstaltning end hidtil, er deres tilskyndelse til at levere ydelser, der erstatter den anden myndigheds ydelser, blevet tilsvarende mindre. Hvor en primærkommune tidligere måtte kalkulere med, at kun mellem 10 og 20 pct. af en plejehjemsplads, der blev oprettet for at aflaste sygehusvæsenet, skulle betales af de kommunale skatteydere, må kommunen nu regne med, at 50 pct. af udgiften skal betales af kommunen selv. Tilsvarende gælder det for

hjemmesygeplejersker, der kan aflaste både den praktiserende læge og sygehusvæsenet.

Såfremt den nævnte amtskommunale^{1/} primærkommunale finansiering viser sig at frembyde et problem, vil det være særdeles vanskeligt at løse, så længe der ikke eksisterer en betalingsordning mellem kommuner og amtskommuner svarende til den, der findes for amtskommunernes benyttelse af hindens sygehuse.

Ganske vist indebærer bestemmelserne om planlægning af sociale og sundhedsmæssige områder en vis mulighed for en koordination af amtskommunale og kommunale aktiviteter. Men som fremhævet nedenfor side 165 f., er amtskommunen ikke tillagt beføjelser til at pålægge kommunerne aktivitetsudvidelser, lige så lidt som staten kan pålægge amtskommunerne at udvide aktiviteten.

V. De styrende organer og deres kompetence

1. Indledning

I udvalgets kommissorium er det bl. a. pålagt udvalget at »undersøge og vurdere, hvorvidt statens og kommunernes styringsmidler må anses for hensigtsmæssige og tilstrækkelige til at realisere en langsigtet planlægning inden for det omhandlede område og i benægtende fald fremkomme med forslag til de hertil fornødne ændringer i de gældende regler«. Som en del af det nødvendige grundlag for denne undersøgelse og vurdering gennemgås i dette afsnit først de centrale organer med opgaver af styringsmæssig betydning, dernæst organerne på lokalt plan (amts- eller primærkommunalt). Endelig søges beskrevet samspillet mellem de styrende organer dels på de forskellige niveauer (statsligt, amts- og primærkommunalt) inden for de enkelte sektorer (sygehusvæsen, primær sundhedstjeneste og tilgrænsende socialsektor) dels på samme niveau imellem disse sektorer.

2. Centrale organer med opgaver af styringsmæssig betydning

2.1. Statslige organer.

På ministerielt plan er opgaverne inden for sundhedsvæsenet henlagt til flere forskellige ministerier. *Indenrigsministeriet* har således ansvar for lovgivning og udstedelse af andre bindende retsregler for sygehusvæsenet og de dertil hørende institutioner, herunder regler om befolkningens adgang til det kommunale og statslige sygehusvæsenes ydelser samt regler om befordring i forbindelse hermed. Ministeriet udsteder endvidere med hjemmel i sygehusloven vejledende retningslinier for

planlægningen af det fremtidige sygehusvæsen og skal godkende de af amtskommunerne udarbejdede sygehusplaner samt de konkrete sygehusprojekter, jfr. sygehuslovens §§ 11 og 13. Under ministeriets ressortområde henhører også almindelige sundhedsmæssige ordninger, f. eks. hjemmesygepleje og sundhedspleje og forebyggende foranstaltninger over for konkrete sygdomme, f. eks. vaccinationer og børnetandpleje. Under ministeriet hører endvidere lovgivningen om de forskellige medicinalpersonalegrupper, såvel akademisk uddannede som ikke-akademiske, uddannelserne af det ikke-akademiske medicinalpersonale, og den i lægeloven omhandlede videreuddannelse af læger efter afsluttet kandidateksamen med henblik på opnåelse af autorisation som praktiserende læge eller speciallæge samt endelig uddannelsen til embedslæge. Statens seruminstitut og Finseninstitutet henhører direkte under ministeriet. Det samme har hidtil været gældende for hospitalerne for sindslidende (bortset fra Københavns kommunes) samt Fødselsanstalten i Jylland, men disse institutioner er nu overført til de respektive amtskommuner. Endelig sorterer apotekervæsenet og lægemiddelområdet - bortset fra medicintilskudsområdet - under indenrigsministeriet.

Indenrigsministeriets opgaver inden for sundheds- og sygehusområdet varetages i nær kontakt med *sundhedsstyrelsen*, som det efter loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse påhviler at føre overtilsynet med landets sundheds- og sygepleje samt at være det offentliges øverste rådgiver i alle forhold, der kræver lægekyndig eller apotekerkyndig indsigt. Sundhedsstyrelsen har således også direkte rådgivningsopgaver over for en række forskellige andre ministerier (f. eks. social-

ministeriet, miljøministeriet, justitsministeriet, undervisningsministeriet m. v.) samt over for alle offentlige institutioner, der har behov for at trække på styrelsens ekspertise. Sundhedsstyrelsen henhører ressortmæssigt, dvs. med hensyn til bevillings- og personale-spørgsmål, under indenrigsministeriet efter et tilsvarende mønster, som gælder for andre styrelser og direktoraters placering i det administrative system. Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med medicinalpersonalet, og er tillagt forskellige kompetencer på indenrigsministeriets vegne, herunder i forbindelse med meddelelse af autorisationer, fastsættelse af retningslinier for medicinalpersoners arbejdsområde m. v. Sundhedsstyrelsen forestår endelig medicinalstatistikken. Sundhedsstyrelsen bistår i sin virksomhed, såvel den rådgivende, tilsynsførende som medicinalstatistiske, af embedslægerne (embedslægeinstitutionerne), der ansættes (etableres) af indenrigsministeriet, men i faglig henseende hører under sundhedsstyrelsen til varetagelse af dennes decentraliserede funktioner.

Også under *socialministeriet* henhører en række opgaver af betydning for sundhedsvesenet. Socialministeriet har ansvar for lovgivning og andre retsregler om den offentlige sygesikring og om dagpengeordningen. I henhold til sygesikringsloven og dagpengeloven fastsættes det, hvilke ydelser der skal stilles til befolkningens rådighed i sygdomstilfælde. Socialministeriet godkender endvidere efter sygesikringslovens § 26 de overenskomster, der indgås på det offentlige vegne af Sygesikrings Forhandlingsudvalg med organisationer af læger, tandlæger, fysioterapeuter m. fl. om vilkårene for de ydelser, der gives efter sygesikringsloven. Dette betyder, at ministeriet har indflydelse på såvel honoreringen af de nævnte medicinalpersoner som på fastlæggelsen af, hvilke ydelser fra disse personer der er tilskudsberettigede efter sygesikringsloven. Ministeriet har dermed indflydelse på, hvilke ydelser læger m. fl. tilbyder befolkningen og herunder også på, hvordan betjeningen nærmere tilrettelægges.

Efter invalidepensionsloven og ulykkesforsikringsloven fastsætter socialministeriet regler om, hvilke ydelser der kan gives i tilfælde, hvor erhvervsevnen er nedsat permanent, og efter folkepensions- og enkepensionslovens regler om ydelse til ældre og enker med svigtende helbred. Efter bistandsloven

fastsætter socialministeriet regler om betaling for kur og pleje i særlige tilfælde.

Endelig hører plejehjemsområdet, hjemmehjælp, revalidering og særforsorg under socialministeriets ressort. Ydelserne inden for disse sociale områder er ofte alternativer eller supplement til sygehjælp og den primære sundhedstjenestes ydelser.

I samråd med indenrigsministeriet varetager socialministeriet de statslige opgaver med udbygningsplanlægning i henhold til den sociale styrelseslovs § 11 (jfr. nedenfor side 165).

Socialministeriets opgaver inden for de nævnte områder varetages i nær kontakt med sikringsstyrelsen og socialstyrelsen.

Sikringsstyrelsen bistår socialministeriet med administration af sygesikringsloven, dagpengeloven, ulykkesforsikringsloven og de sociale pensionslove. Desuden yder styrelsen kommuner, amtskommuner og amtsankenævn oplysning og vejledning med hensyn til de nævnte loves administration, ligesom sikringsstyrelsen udøver en vis vejledning over for befolkningen og varetager visse statistiske opgaver inden for de nævnte områder.

Efter sygesikringsloven fastsætter sikringsstyrelsen regler for indplacering i sygesikringsgrupper, udstedelse af sygesikringsbeviser m. v., regler for tilskud til børn under 16 år og træffer i et begrænset omfang afgørelser i sager om indplacering i sygesikringsgrupper. Sikringsstyrelsen er endvidere sekretariat for dagpengeudvalget, der træffer afgørelse i dagpengesager vedrørende arbejdsgiverperioder, og styrelsen fastsætter en række detailregier vedrørende dagpengeloven. Derudover har sikringsstyrelsen samarbejde med amtsrådsforeningen gennem repræsentation i en række styringsgrupper vedrørende de administrative opgaver inden for sygesikringen.

Socialstyrelsen varetager, jfr. socialstyrelseslovens § 20, efter socialministerens nærmere bestemmelse den centrale forvaltning af sociale anliggender. Til styrelsen er bl. a. henlagt de sagsområder, der tidligere var placeret under direktoratet for børne- og ungdomsforsorg, direktoratet for revalidering og forsorg samt åndssvageforsorgens bestyrelse og hovedkontor. Endvidere varetager socialstyrelsen for socialministeriet en række planlægnings- og uddannelsesopgaver samt byggeadministration.

For at fremme en koordinering af indenrigsministeriets og socialministeriets samt sundhedsstyrelsens-, sikringsstyrelsens og socialstyrelsens planlægningsarbejde og øvrige opgaver inden for sundhedsvæsenets og det tilgrænsende socialvæsenets område nedsatte socialministeriet i 1973 en permanent koordinationsgruppe, den såkaldte »K-gruppe«, med repræsentanter for de 2 ministerier samt de 3 styrelser. Gruppens hovedopgaver har hidtil været drøftelse af spørgsmål omkring sygesikringsoverenskomsterne samt udbygningsplanlægningen inden for det sociale og sundhedsmæssige område.

I kraft af, at arbejderbeskyttelse henhører under *arbejdsministeriet*, påhviler der også dette ministerium sundhedsmæssige opgaver. I forbindelse hermed kan navnlig fremhæves lov om arbejdsmiljø, ifølge hvilken der oprettes et arbejdsmiljøinstitut og en driftssundhedstjeneste; sidstnævnte skal dog sættes i kraft ved lov. Arbejdsmiljøinstituttet skal varetage den nødvendige forskning, service og specialundervisning i forbindelse med sundhedsproblemer under lovens område.

Også *undervisningsministeriet* har under sit ressourceområde af væsentlig betydning for sundhedsvæsenet. Landets største og mest specialiserede sygehus, Rigshospitalet, henhører under dette ministerium. En væsentlig del af den lægevidenskabelige forskning foregår på Rigshospitalet og de forskellige universitetsinstitutter, og finansieres dels over disse budgetter, dels af det i henhold til loven om forskningsråd og planlægningsrådet for forskningen nedsatte lægevidenskabelige forskningsråd. Endvidere sorterer de akademiske sundhedsuddannelser (læge, tandlæge, farmaceut), samt jorde-moderuddannelsen under undervisningsministeriet. Dette gælder også det centrale uddannelsesråd, der skal rådgive undervisningsministeren om den overordnede koordination af det samlede danske uddannelsessystem, herunder også uddannelsesområder, der sorterer under andre ministerier, som f. eks. ikke-akademiske sundhedsuddannelser. Undervisningsministeren har endelig nedsat et særligt landsudvalg vedr. sundhedsuddannelserne.

I kraft af, at lovgivning om abort, sterilisation og kastration samt ligsyn henhører under *justitsministeriet*, har også dette ministerium indflydelse på samfundets sundheds-

mæssige indsats. Endvidere henhører under justitsministeriet *retslægerådet*, der har til opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners forhold.

Endelig skal nævnes, at *finansministeriet* på statens vegne forhandler om løn- og ansættelsesvilkår for det statsansatte sundhedspersonale, og derigennem har indflydelse på udgifterne inden for sundhedsvæsenet.

2.2. Andre centrale organer.

Ud over de nævnte ministerier og statslige styrelser med opgaver inden for sundhedsvæsenet er på det centrale plan etableret en række udvalg m. v. med funktioner af betydning for sundhedsvæsenet.

Med hjemmel i sygehusloven er nedsat *sygehusrådet* med repræsentanter for indenrigsministeriet, undervisningsministeriet, finansministeriet, amtsrådsforeningen samt Københavns og Frederiksberg kommuner. Sygehusrådet »bistår sundhedsstyrelsen i dens arbejde med sygehusvæsenets opbygning og udbygning for at kunne give hele landets befolkning lige adgang til den til enhver tid bedst mulige sygehusbehandling«, og rådet »virker som rådgivende for indenrigsministeren i spørgsmål vedr. administration af sygehusvæsenet«. Som en central opgave har sygehusrådet behandlingen af de planer, som amtskommunerne efter sygehuslovens § 11 skal udarbejde for amtskommunernes sygehusvæsen.

Det i henhold til sygesikringslovens § 26 nedsatte *Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU)* med repræsentanter for amtsrådsforeningen samt Københavns og Frederiksberg kommuner afslutter på den offentlige sygesikrings vegne overenskomster med lægeforeningen m. fl. om vilkårene for de af sygesikringen omfattede ydelser. Overenskomsterne skal godkendes af socialministeren. Herudover varetager SFU forskellige administrative opgaver, dels i form af bistand i forhold til de enkelte amtskommuner med fortolkning af overenskomster m. v., dels i form af udgivelse af forskellige håndbøger (f. eks. »Den offentlige sygesikrings takster« og »Den offentlige sygesikrings love, bekendtgørelser m. v.«). Endelig varetager SFU statistiske opgaver gennem udarbejdelse af en landsdækkende statistik over sygesikringens udgifter og ydelser.

I medfør af sygesikringslovens § 27 og de mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og organisationerne indgåede sygesikringsoverenskomster er der for hver overenskomsts område (alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter m. fl.) nedsat såkaldte *landssamarbejdsudvalg* med ligelig repræsentation for Sygesikringens forhandlingsudvalg og vedkommende organisation. Disse landssamarbejdsudvalg behandler dels sager om fortolkning af overenskomsterne, dels klagesager. Endvidere er der til det landssamarbejdsudvalg, der er nedsat i medfør af overenskomsten om almen lægegering, henlagt en række opgaver vedrørende praksisplanlægning og praksisregulering, som er en nyskabelse i den seneste overenskomst, jfr. nærmere nedenfor i kapitel V, side 309.

Det af indenrigsministeriet nedsatte *uddannelsesnævn for sundhedsvæsenet* rådgiver ministeriet og sundhedsstyrelsen i spørgsmål vedrørende tilrettelæggelsen, gennemførelsen og tilsynet med uddannelsen af ikke-akademisk medicinalpersonale. Udvalget har repræsentanter for de berørte ministerier, sundhedsstyrelsen, de kommunale organisationer m. v.

I henhold til lægeloven er der nedsat et *specialistnævn*, der indstiller til indenrigsministeren, inden for hvilke grene af lægevidenskaben læger kan opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge, og i hovedtræk fastsætter, på hvilke vilkår sådan ret kan opnås. Endvidere afgiver nævnet indstilling til sundhedsstyrelsen vedr. ansøgninger fra læger om tilladelse til at betegne sig som speciallæge. Nævnet består af 7 medlemmer, der alle skal være læger. Formanden udpeges af indenrigsministeren. De øvrige medlemmer udnævnes af sundhedsstyrelsen, heraf 2 efter indstilling fra de lægevidenskabelige fakulteter, og 4 efter indstilling fra lægeforeningen, heraf en sygehusoverlæge, en alment praktiserende læge, en praktiserende speciallæge og en yngre læge.

Lægenormeringsudvalget er nedsat efter aftale imellem sygehusvæsenets arbejdsgivere og lægeforeningen. Forslag om oprettelse af nye lægestillinger inden for sygehusvæsenet skal forelægges for udvalget, hvis udtalelser ikke er bindende, men som rent faktisk som altovervejende hovedregel er blevet fulgt. Udvalgets nedsættelse i midten af 60'erne var begrundet i lægemanglen ved

provinsens sygehuse, men blandt de hensyn, som udvalget i dag varetager, kan især nævnes hensynet til en hensigtsmæssig opbygning af lægestabene på sygehusene.

Det i medfør af den kommunale styrelseslov nedsatte *Kommunernes lønningsnævn* skal godkende løn- og øvrige ansættelsesvilkår for alt personale i kommunal tjeneste, såvel overenskomstlønnede som tjenstemandspersonale. Under ansættelsesvilkårene for sygehuslæger hører bl. a. spørgsmål om forpligtelse til konsulenttjeneste på andre sygehuse, ret til privat praksis m. v. Endvidere kan nævnet fastsætte retningslinier for antallet af stillinger i nærmere af nævnet angivne stillingskategorier. Denne »normeringskontrol« omfatter endnu (pr. oktober 1976) kun tjenstemandsstillinger, hvilket betyder, at nævnet f. eks. ikke beskæftiger sig med normering af stillinger for yngre læger eller andre i henhold til overenskomst ansatte personalegrupper inden for sundhedssektoren. Nævnet består af repræsentanter for de kommunale organisationer samt Københavns og Frederiksberg kommuner.

Som det fremgår af foranstående har de kommunale organisationer, *Kommunernes Landsforening* og *Amtsrådsforeningen i Danmark*, centrale funktioner for kommunerne bl. a. i forbindelse med forhandlinger om lønoverenskomster og udpegning af repræsentanter til en række udvalg, råd og nævn med kompetence af betydning for styringen af sundhedssektoren. Ud over disse formaliserede funktioner på medlemmernes (kommuners og amtskommuners) vegne har de kommunale organisationer også en meget betydelig faktisk indflydelse på udformningen af politikken inden for de kommunale aktivitetsområder og repræsenterer normalt kommunerne ved forhandlinger med regering og folketing om de mere generelle retningslinier for disse aktiviteter, herunder inden for sundhedsvæsenet.

Endvidere må nævnes de forskellige medicinalpersonalegrupperes *faglige organisationer* (Den alm. danske lægeforening, Dansk Sygeplejeråd m. fl.), der ligesom arbejdsgiverorganisationerne forhandler overenskomster for medlemmerne og repræsenterer disse i forskellige styrende organer. Disse organisationer øver også en betydelig indflydelse; eksempelvis kan nævnes de af lægeforeningen vedtagne *kollegiale vedtægter*, hvis bestemmelse vedr. lægernes erhvervsmæssige

og kollegiale forhold er bindende for medlemmerne. Som refereret i den foran givne beskrivelse indeholder disse vedtægter bestemmelser, der på forskellige punkter indebærer en egentlig styrende indflydelse på visse samarbejdslinier i sundhedsvæsenet.

3. Organer på lokalt plan med opgaver af styringsmæssig betydning

3.1. Organer på amtskommunal t plan.

Væsentlige opgaver inden for sundhedsvæsenet varetages af amtskommunerne (og herunder også Københavns og Frederiksberg kommuner). Dette gælder således såvel sygehusvæsenet som sygesikringen. Amtskommunerne har i henhold til den sociale styrelseslov tillige en række funktioner vedr. den sociale og sundhedsmæssige virksomhed i amtskommunerne, herunder socialcentre.

Forvaltningen af disse amtskommunale opgaver varetages af de under amtsrådene nedsatte 2 stående udvalg, sygehusudvalget og social- og sundhedsudvalget. (I Københavns kommune er disse opgaveområder fordelt på henholdsvis magistratens 2. og 3. afdeling, medens opgaverne i Frederiksberg kommune varetages af kommunalbestyrelsen).

Under *sygehusudvalget* henhører sygehusvæsenet, der gennem årene har været amtskommunernes største og mest udgiftskrævende opgave. Sygehusvæsenet omfatter, jfr. sygehuslovens § 3, foruden amtskommunens egne sygehuse og fødeklinikker, også andre til sygehusvæsenet knyttede behandlingsinstitutioner samt amtskommunens egne reknavalescenthjem. Endvidere forvaltningen af amtskommunernes behandlingsinstitutioner for alkoholskadede. En central opgave for sygehusudvalget og den herunder hørende *centrale sygehusforvaltning* er udarbejdelsen af den i sygehuslovens § 11 omhandlede plan for amtskommunens sygehusvæsen.

For hovedstadsområdet gælder særligt, at *hovedstadsrådet* udarbejder en overordnet sygehusplan for hovedstadsområdet indehol-

dende en analyse og vurdering af hele områdets behov for sygehusfunktion samt forslag til de mest hensigtsmæssige former for betjening dermed. Såvel amtskommunernes som hovedstadsrådets sygehusplaner skal godkendes af indenrigsministeriet.

Under *social- og sundhedsudvalget* hører den offentlige sygesikring, der finansieres af amtskommunerne. Udvalget har ansvaret for den lokale administration af loven, herunder afregning med yderne. Udvalget har endvidere forskellige andre amtskommunale opgaver inden for social- og sundhedsområdet (f. eks. forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab samt vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet). Herudover forestår udvalget udarbejdelse af forslag til amtsrådets udbygningsplan for det sociale og sundhedsmæssige*) område. Derudover foretager udvalget den fornødne koordination af primærkommunernes forslag til udbygningsplaner indbyrdes og det af amtsrådets udarbejdede forslag til **udbygningsplan**.

Under social- og sundhedsforvaltningen skal amtskommunerne oprette et *socialcenter*, der bl. a. skal yde primærkommunernes socialforvaltninger fornøden bistand og i øvrigt varetage sådanne opgaver, som pålægges centrene i medfør af lovgivningen, f. eks. bistandsloven. Socialcentre yder ikke blot bistand inden for primær- og amtskommunernes social- og sundhedsmæssige område, men også over for det amtskommunale sygehusvæsen (f. eks. ved socialrådgivere).

Endvidere er pr. 1. april 1976 i hvert amt nedsat et *revaliderings- og pensionsnævn*, der bl. a. skal træffe afgørelse om tilkendelse af invalidepension og førtidig folkepension og enkepension.

I henhold til *sygesikringslovens § 23, stk. 2*, nedsættes et særligt *samordningsudvalg* med den opgave at »virke til fremme af samarbejdet og samordning mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed«. Udvalget skal rumme repræsentanter for såvel social- og sundhedsudvalget, sygehusudvalget og kmmuneforeningen i vedkommende amtskommune. Herudover deltager amtslæggen (embedslægeinstitutionen) i udvalgets møder, og udvalget kan yderligere tilkalde repræ-

*) Ved sundhedsmæssige områder forstås i forbindelse med udbygningsplanerne efter den sociale styrelseslovs § 11, hjemmesygepleje, sundhedspleje, børnetandpleje og skolelæge.

sentanter for sygehuslæger, praktiserende læger og anden sagkundskab på det sociale og sundhedsmæssige område.

Endvidere skal i henhold til *sygesikringslovens* § 23, stk. 4, nedsættes et *fællesudvalg* bestående af medlemmer af § 23, stk. 2-udvalget og et tilsvarende antal medlemmer udpeget af vedkommende lægekredsförening(er). Dette udvalg behandler klager vedrørende lægebetjeningen og varetager i øvrigt opgaver, der måtte blive henlagt til det ved overenskomst eller lokal aftale. Ved den fra 1. april 1976 gældende overenskomst om almen lægegerning er der således henlagt opgaver vedrørende praksisplanlægning til § 23, stk. 4-udvalget, jfr. nærmere nedenfor i kapitel V.

Der er endnu ikke udfærdiget generelle retningslinier om § 23, stk. 2- og 4-udvalgenes arbejdsopgaver m. v., og udvalgenes faktiske funktion varierer derfor fra amtskommune til amtskommune.

I henhold til overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation er herudover på amtsplan etableret *samarbejdsudvalg*, der består af repræsentanter for § 23, stk. 2-udvalget og for de alment praktiserende læger i området, udpeget blandt de praktiserende læger som har sæde i § 23, stk. 4-udvalget. Disse samarbejdsudvalg er ved overenskomst tillagt en række opgaver, herunder vejledning med hensyn til forståelse og praktisering af overenskomsterne om almen lægegerning, klager over lægebetjening m. v. samt efter 1. april 1976 opgaver vedrørende praksisregulering.

De lokale *lægekredsföreninger*, der består af samtlige medlemmer af lægeforeningen i vedkommende amtskommune, har som nævnt gennem § 23, stk. 4-udvalgene indflydelse på amtskommunernes administration af sygesikringen og dermed sammenhængende spørgsmål, herunder efter 1. april 1976 ikke mindst på udarbejdelsen af praksisplaner og på praksisreguleringen i den enkelte amtskommune.

I henhold til overenskomsten mellem den offentlige sygesikring og Dansk Tandlægeforening er der som et sidestykke til de nævnte lægelige samarbejdsudvalg fastsat regler om etablering af tilsvarende *tandlægelige samarbejdsudvalg* med repræsentanter for vedkommende § 23, stk. 2-udvalg og den pågældende kredsförening for tandlæger.

Efter loven om embedslægeinstitutioner skal indenrigsministeren for hver amtsråds-kreds (amtskommune) oprette en *embedslægeinstitution* til afløsning af de hidtidige amts- og kredslæger. Institutionen, der er statslig, er rådgiver for statslige myndigheder samt amtskommunale og kommunale myndigheder i amtsråds-kredsen i lægelige, hygiejniske, miljømæssige og socialmedicinske forhold. Institutionen skal følge sundhedsforholdene i dens område og påse, at sundhedslovgivningen overholdes m. v. Endvidere skal institutionen på sundhedsstyrelsens vegne føre tilsyn med den virksomhed, der udøves af medicinalpersoner. Pr. december 1976 er der oprettet embedslægeinstitutioner i 6 amtskommuner, medens der i de øvrige amtskommuner fortsat fungerer amts- og kredslæger.

3.2. Organer på kommunalt plan.

Kommunerne varetager forskellige opgaver inden for den primære sundhedstjeneste og den tilgrænsende del af socialvæsenet.

Ifølge lov om sundhedsplejerskeordninger skal kommunerne således ved ansættelse af sundhedsplejersker yde vederlagsfri vejledning og bistand med hensyn til sundhedstilstanden hos børn, der er under den undervisningspligtige alder og ikke går i skole eller i børnehaveklasse. Efter lov om skolelægeordning ansætter kommunerne skolelæger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og hjælpepersonale i det omfang, det er nødvendigt for at sikre, at der foretages forebyggende helbredsundersøgelser af alle børn i den undervisningspligtige alder og i børnehaveklasser og føres kontrol med sundhedstilstanden i skolerne. Endvidere indretter kommunerne i henhold til lov om børnetandpleje klinikker og ansætter tandlæger og hjælpepersonale i det omfang, det er nødvendigt for at sikre alle børn i den undervisningspligtige alder adgang til vederlagsfri forebyggende og behandlende tandpleje. Ifølge lov om hjemmesygeplejerskeordninger skal kommunerne ved ansættelse af hjemmesygeplejersker yde vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi-sning, ligesom det efter bistandsloven påhviler kommunalbestyrelsen at sørge for, at der i kommunen findes en hjemmehjælpsordning.

Herudover skal kommunerne i henhold til bistandsloven sørge for, at personer, hvis til-

stand kræver vedvarende tilsyn og pleje, som ikke kan ydes i deres hjem i dagtimerne, får mulighed for optagelse i daghjem eller dagcentre, ligesom kommunerne skal sørge for, at personer, hvis helbredstilstand bevirker, at de ikke kan klare sig i eget hjem, får mulighed for optagelse i plejehjem.

Alle disse sundheds- eller sociale ordninger forvaltes af kommunerne efter den sociale styrelseslovs regler. Dette indebærer, at forvaltningen varetages af det af kommunalbestyrelsen nedsatte *socialudvalg*, der endvidere skal etablere en særlig socialforvaltning for de anliggender, der henhører under udvalget.

Endvidere skal kommunerne for de omhandlede områder udarbejde forslag til udbygningsplan, jfr. den sociale styrelseslovs § 11.

Efter sygesikringsloven skal det sociale udvalg udbetale godtgørelse til befordring til og fra alment praktiserende læger og speciallæger i det omfang, det er fastsat efter sygesikringsloven. Endvidere udbetaler det sociale udvalg på amtskommunens vegne kontantydelse til sygesikrede i det omfang, der ikke er indført nettoafregning.

4. Den styringsmæssige kompetencefordeling mellem organerne på centralt og lokalt plan

4.1. Indledende bemærkninger.

Foran i afsnit 2 og 3 er gennemgået de vigtigste af de statslige, amtskommunale og kommunale organer (ministerier, styrelser, udvalg, råd, nævn m. v.) samt private parter (faglige organisationer m. v.), der har indflydelse på planlægningen og styringen af sundhedssektoren og den tilgrænsende sociale sektor. Der er samtidig kort gjort rede for de pågældende parters formelle kompetence.

De mange styrende organer på forskellige niveauer og med forskellige kompetenceområder rejser naturligt spørgsmålet om, hvorledes samspillet fungerer mellem disse organer. Det vil her være nærliggende at se på såvel samspillet inden for de enkelte *sektorer* (sygehusvæsen, primær sundhedstjene-

ste, tilgrænsende socialt område) mellem styrende organer på forskellige niveauer (statsligt, amtskommunalt, **kommunalt**), som på det samspil, der eksisterer inden for de enkelte *niveauer* mellem de styrende organer inden for de forskellige sektorer. De »lodrette« samspilslinier (inden for hver af de 3 sektorer) mellem styrende organer på *forskellige niveauer* er i vidt omfang forankret i en traditionel sektoropdeling og tager i deres nuværende udformning især sigte på de styringsproblemer, som er afledt af den i de senere år gennemførte stærke decentralisering. De »vandrette« samspilslinier (imellem de 3 sektorer) mellem styrende organer på *samme niveau* har ikke en tilsvarende traditionel baggrund, men skal især tilgodese en mere helhedsbetonet anvendelse af alternative og supplerende foranstaltninger inden for et bredere, men dog sammenhængende virkeområde. Samspillet på det vandrette plan skal således tjene til at realisere de bag den stedfindende reform af opgavefordelingen liggende målsætninger om en mere rationel og behovsorienteret offentlig indsats.

I dette afsnit fremhæves dels nogle forhold af principiel betydning for vurderingen af styringsmuligheder og styringsmidler inden for de her behandlede sektorer, dels belyses kompetencefordelingen mellem en række af de nævnte organer m. v. såvel inden for de 3 behandlede sektorer: sygehusvæsen, primær sundhedstjeneste og tilgrænsende socialektor (plejehjem m. v.), som på tværs imellem disse 3 hovedområder.

Det er karakteristisk for de i afsnit 2 og 3 foran omhandlede styringsorganer og deres styringsinstrumenter (love, retningslinier, udbygningsplaner, sygesikringsoverenskomster), at disse i hovedsagen er indskrænket til at regulere den økonomisk-administrative beslutningsproces inden for sundheds- og socialektorer. De beslutninger, i hvilke der indgår et større eller mindre element af lægeligt eller andet medicinsk-fagligt skøn, har det formelle styringssystem derimod kun meget ringe indflydelse på, uanset at disse faglige beslutninger er af afgørende betydning for sundheds- og socialektorens resourceforbrug. Styringssystemet har således f. eks. ingen direkte indflydelse på, om lægen skønner, at en undersøgelse eller operation skal foretages eller ej, om indlæggelse skal finde sted, om henvisning til speciallægebehandling skal ske osv. I visse sygehus-

kommuner er man ganske vist begyndt at etablere organer, såsom apparaturudvalg o. lign., der udøver en vis kontrol med ressourceforbruget på det lægelige område, men en mere formaliseret kontrol og indsende med ressourceanvendelsen på det lægelige område er endnu ikke fastlagt. En vis indirekte påvirkning udøves dog gennem lokale og centrale offentlige organers indflydelse på fastlæggelsen af kapaciteten i sundhedsvæsenet.

4.2. Samspil inden for den enkelte sektor.

4.2.1. Samspelet mellem de lokale og centrale myndigheder vedr. sygehusvæsenet.

Driften af sygehusvæsenet er efter statshospitalernes overførelse til amtskommunerne i alt væsentligt en amtskommunal opgave. Det er således amtsrådene, der bestemmer, hvilke sygehuse der skal bygges, hvor de skal placeres, hvorledes de skal udstyres, hvilket personale der skal ansættes, og hvilket apparatur der skal anskaffes. Amtsrådene skal også fastlægge, hvorledes sygehusfunktionerne skal fordeles mellem amtskommunens sygehuse, og hvorledes visitationen skal tilrettelægges.

Den enkelte amtskommune skal imidlertid ifølge sygehusloven udarbejde en plan for kommunens samlede sygehusvæsen under eet. Til vejledning for amtskommunernes sygehusplanlægning har indenrigsministeriet udsendt retningslinier, bl. a. vedr. fordeling af specialafdelinger, normer for sengebehov, sygehusstrukturen og den funktionelle samordning inden for de amtskommunale sygehusvæsenet.

De amtskommunale sygehusplaner og ændringer heri samt projekter til sygehusbyggeri skal *godkendes af indenrigsministeriet* efter forudgående behandling i sundhedsstyrelsen og sygehusrådet. Formålet med de nævnte statsmyndigheders kompetence til udsendelse af vejledende retningslinier og godkendelse af planer og byggeprojekter er primært at yde en central bistand til etablering af funktionelt sammenhængende amtskommunale sygehusvæsenet og samtidig medvirke til en rimelig ensartethed i sygehus-tilbud til borgere i forskellige dele af landet samt en rationel fordeling af de specialafdelinger, der kræver et større befolkningsunderlag end den enkelte amtskommunes. Derimod opfattes godkendelsesbeføjelsen almin-

deligvis ikke som indeholdende nogen hjemmel til en egentlig central styring af ressourceforbruget i det amtskommunale sygehusvæsen. Indenrigsministeriet har dog i et notat af 30. januar 1975 vedr. godkendelse af sygehusplaner, som senere er tiltrådt af sygehusrådet, anbefalet, at der udvises den størst mulige tilbageholdenhed med hensyn til godkendelse af nybyggeri og nye specialafdelinger i sygehusvæsenet. Det fremgår samtidig klart af notatet, at godkendelsen af en sygehusplan ikke indebærer nogen statslig godkendelse af ressourceforbruget med den virkning, at dette kan holdes uden for eventuelle generelle begrænsninger i det offentlige ressourceforbrug.

Endvidere har indenrigsministeriet i april 1976 udsendt en vejledning vedrørende foranstaltninger til fremme af besparelser inden for sygehusvæsenet. Denne sparevejledning, der er udarbejdet af en af de underprioriteringsudvalget nedsatte arbejdsgrupper, må ses i sammenhæng med fempartiforliget i september 1975 og den deraf følgende regeringsbeslutning om på en række områder at udarbejde sparevejledninger til kommunerne på en række af de væsentlige kommunale udgiftsområder. Sparevejledningen er optrykt som bilag til redegørelsen fra arbejdsgruppen vedrørende sundhedsvæsenets, navnlig sygehusvæsenets, ressourceforbrug.

Ud over godkendelse af sygehusplaner skal indenrigsministeriet bl. a. også godkende oprettelse af nye selvstændige lægelige specialer, hvilket kan indebære en vis indirekte indflydelse på udspecialiseringen inden for sygehusvæsenet. Endelig må nævnes, at de statslige myndigheders beslutninger vedr. kapacitet og indhold i sundhedsuddannelserne er af væsentlig betydning for sygehusvæsenet, jfr. nedenfor under afsnit VII. Sundhedsuddannelserne.

Generelt kan den nuværende statslige kompetence over for den amtskommunale sygehusplanlægning karakteriseres som en vejledning og kontrol vedr. sygehusvæsenets funktionelle opbygning, men ikke som en direkte styring af sygehusvæsenets ressourceforbrug.

Når man betragter den samlede offentlige kompetencefordeling vedr. planlægning og styring af sygehussektoren, tegner der sig således et ret enkelt overskueligt billede med amtskommunerne som den direkte part og med en statslig vejlednings/godkendelses-

beføjelse i indenrigsministeriet sundhedsstyrelsen og sygehusrådet.

4.2.2. *Samspillet mellem de lokale og centrale myndigheder vedr. den primære sundhedstjeneste.*

De offentlige sundhedsordninger i den primære sundhedstjeneste.

Disse ordninger omfatter sundhedsplejerskeordninger, skolelægeordninger, børnetandpleje, forebyggende helbredsundersøgelser af svangre samt fødselshjælp og hjemmesygepleje.

Sundhedsplejerskeordninger, skolelægeordninger, børnetandpleje og hjemmesygepleje er *primærkommunale* ordninger, der sorteres under kommunens socialudvalg. Det er således kommunalbestyrelsen, der har den direkte kompetence til at bestemme den nærmere tilrettelæggelse af disse forskellige ordninger inden for den enkelte kommune. I denne tilrettelæggelse er primærkommunerne dog bundet af statslige retningslinier i love, bekendtgørelser m. v. i noget højere grad end f. eks. amtskommunerne er det ved planlægningen af sygehusvæsenet. Primærkommunernes planer for disse ordninger indgår i det forslag, som de enkelte kommunalbestyrelser ifølge den sociale styrelseslovs § 11 skal udarbejde til plan for udbygningen af kommunens social- og sundhedsmæssige virksomhed, jfr. nedenfor i afsnit 4.2.3.

Den statslige kompetence vedr. de sociale udbygningsplaner — der også dækker de nævnte sundhedsordninger — sorteres under *socialministeriet*, men *indenrigsministeriet* skal høres i disse sager, ligesom indenrigsministeriet i »K-gruppen« deltagere i behandlingen af spørgsmål i forbindelse med de sociale udbygningsplaner.

Forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab og fødselshjælp, samt adgang til vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder er opgaver, der henhører under *amtskommunerne* og varetages af amtskommunens social- og sundhedsudvalg.

Da fødselshjælp både ydes på og uden for sygehusene og derfor henhører såvel under amtsrådets sygehusudvalg som social- og sundhedsudvalg, har det været nødvendigt at sikre en nøje koordination imellem sygehusvæsenet og social- og sundhedsområdet om denne opgave. I indenrigsministeriets vejledende retningslinier om svangerskabs-

hygiejne og fødselshjælp er det derfor forudsat, at social- og sundhedsudvalgets plan for fødselshjælpen tilvejebringes efter samarbejde bl. a. med de obstetriske chefer for specialafdelingen inden for sygehusvæsenet, og det førnævnte § 23, stk. 2-udvalg. Disse planer skal endvidere godkendes af indenrigsministeriet.

Endelig skal amtskommunerne udarbejde planer for driften af behandlingsinstitutioner for alkoholskadede. Også disse planer godkendes af indenrigsministeriet.

De nævnte offentlige sundhedsordninger i den primære sundhedstjeneste udgør således et system med flere involverede parter og på alle tre offentlige niveauer (primærkommunalt, amtskommunalt og statsligt), men er dog på forskellig vis samordnet under en offentlig styring.

Lægepraksis, tandlæger m. v. i den primære sundhedstjeneste.

Lægebetjeningen uden for sygehusvæsenet varetages som altovervejende hovedregel af alment praktiserende læger eller praktiserende speciallæger. Medens sygehusvæsenet og plejehjemsområdet i alt væsentligt er offentlige institutionsområder og en række sundhedsordninger inden for den primære sundhedstjeneste og det tilgrænsende sociale område (sundhedspleje, skolelæge- og skoletandlægeordning, hjemmesygepleje og hjemmehjælp) varetages af offentligt ansatte, arbejder sundhedssektorens måske mest centrale personalegruppe, de alment praktiserende læger, samt de praktiserende speciallæger som hovedregel inden for rammerne af et liberalt erhverv. En undtagelse herfra er dog almen lægepraksis i Københavnsområdet, der til dels har karakter af et ansættelsesforhold, jfr. ovenfor side 90 og 98.

De offentlige styringsmuligheder over for de alment praktiserende læger må påkalde særlig opmærksomhed, idet de praktiserende læger har en central rolle i det danske sundhedsvæsen som det »led«, der visiterer patienterne til de øvrige dele af sundhedsvæsenet, f. eks. til sygehusvæsenet, til praktiserende speciallæger, til fysioterapeuter m. v.

Da de praktiserende medicinalpersoners virke udøves som et liberalt erhverv, består der imidlertid principielle forskelle mellem de styringsmidler, der kan benyttes over for denne virksomhed og den styring, der udøves inden for de offentlige sundhedsordnin-

ger. For de offentligt ansatte medicinalpersoner fastsættes løn, ansættelsessted, virkeområde (patient/klientkreds), og til dels samarbejdslinier og -former m. m. i forskrifter, der udarbejdes enten centralt eller lokalt af de ansættende myndigheder. Endvidere udarbejdes der centralt retningslinier for planlægningen og udbygningen af de offentlige sundhedsordninger, og kommuner og amtskommuner er pålagt pligt til at foretage langtidsplanlægning i overensstemmelse hermed for de pågældende områder.

Tilsvarende regulering og planlægning af de privatpraktiserende medicinalpersoners virksomhed kendes ikke umiddelbart (til dels bortset fra de praktiserende læger i København-området). Gennem de gældende overenskomster om ydelser under sygesikringen tilstræbes dog en regulering, der i nogen grad har samme sigte. Det må imidlertid understreges, at denne regulering alene sker igennem overenskomst og således er tosidig i den forstand, at de pågældende medicinalpersoners tilslutning til reguleringen er en afgørende forudsætning. Men også herudover består der forskelle mellem det offentlige og det private område. De privatpraktiserende medicinalpersoner har hidtil i princippet kunne nedsætte sig, hvor de ville, og deres patientkreds var kun meget indirekte begrænset (10 km.s afstand fra lægens praksissted samt en differentiering af ydeshonorarer m. v., når patientantallet oversteg visse grænser). Ved den fra den 1. april 1976 gældende nye overenskomst om almen lægegerning er der nu institueret en egentlig praksisregulering til afløsning af den frie nedsættelsesret, jfr. ovenfor side 94 f. De privatpraktiserende medicinalpersoners indtægtsforhold er heller ikke på samme måde som for de offentligt ansatte generelt fastlagt. Ganske vist skal de ydelser, der stilles til rådighed under sygesikringen, og de herfor fastsatte honorarer fastlægges i overenskomst og godkendes, men den enkelte privatpraktiserende medicinalpersons indtægter svinger efter patienttilslutning, præsterede ydelser samt praksisomkostninger. Selv om visse naturlige samarbejdslinier giver sig selv, er der heller ikke fastsat nærmere bestemmelser om samarbejde m. v. for de praktiserende medicinalpersoner. Endelig har der hidtil været savnet regler for en offentligt influeret planlægning af praksisområdet. Også her rummer den nye overens-

komst en nydannelse, idet det er pålagt udvalgene nedsat i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4, at udarbejde praksisplaner for de enkelte amtskommuner, jfr. ovenfor side 94.

Som en komplikation af styringen af dette område er afslutningen af overenskomsten med de praktiserende medicinalpersoner på den offentlige side delt op i to faser, nemlig selve overenskomstforhandlingerne, der forestås af Sygesikringens Forhandlingsudvalg, og den efterfølgende godkendelse af forhandlingsresultatet, der henhører under socialministeriet. I »K-gruppen« har man imidlertid fundet, at en sådan efterfølgende godkendelse af et opnået forhandlingsresultat ikke muliggjorde en tilstrækkelig medindflydelse for de centrale statslige myndigheder på forhandlingsforløbet. Som følge deraf præciserede socialministeriet i en skrivelse af 10. april 1975 til Sygesikringens Forhandlingsudvalg forskellige ønsker, man fra statens side fandt det af betydning at få tilgode- set ved de forhandlinger, der gik forud for den nu afsluttede overenskomst vedrørende almen lægegerning.

Som et af de punkter, man fra statslig side lagde vægt på under disse overenskomstforhandlinger, blev det i den nævnte skrivelse fra socialministeriet fremhævet, at en praksisplanlægning med offentlig deltagelse vil være en afgørende forudsætning for realiseringen af de i betænkning nr. 669/1973 (3) indeholdte forslag til udformning af den kommende stedlige social- og sundhedstjeneste. En sådan offentlig deltagelse i praksisplanlægningen ville i øvrigt være ønskelig med henblik på en forbedring af mulighederne for det sociale/lægelige samarbejde, særlig efter bistandslovens ikrafttræden den 1. april 1976.

Som et led i forberedelserne til den nu instituerede offentlige medvirken i praksisplanlægningen nedsatte »K-gruppen« i august 1975 en arbejdsgruppe med henblik på drøftelse af spørgsmål om udarbejdelse af retningslinier for planlægning af lægepraksis.

Som det fremgår af foranstående er den offentlige indflydelse på planlægning og funktion inden for lægepraksis-området af hel ny dato og af en anden karakter end inden for sygehusvæsenet og de offentlige sundhedsordninger i øvrigt, idet planlægningen bl. a. er betinget af enighed mellem overenskomstens parter.

4.2.3. Samsillet mellem de lokale og centrale myndigheder vedr. den tilgrænsende sociale sektor.

Under den »tilgrænsende sociale sektor« tænkes specielt på de foran i afsnit 111.6. (side 141 ff.) omhandlede områder som plejehjemsområdet, daghjem og dagcentre, hjemmehjælp samt rådgivning og vejledning. Ifølge bistandsloven er disse områder som hovedregel *primærkommunale opgaver*. Det er således i det væsentlige primærkommunerne, som opretter og driver plejehjem, daghjem og dagcentre og i forbindelse hermed fastlægger kapaciteten inden for disse institutionsområder samt hjemmehjælpsområdet m. v. Planlægningen for de omhandlede områder samt for de øvrige sociale områder og visse sundhedsmæssige områder, hjemmesygepleje, sundhedspleje, børnetandpleje og skolelægeordninger, tilrettelægges efter den sociale styrelseslovs § 11. For hver amtskommune udarbejdes en 5-årig plan for udbygningen af den sociale og sundhedsmæssige virksomhed. Kommunalbestyrelsen udarbejder forslag for udbygningen af kommunens virksomhed på området. Amtsrådet foretager derpå ved forhandling med kommunalbestyrelserne i amtskommunen den fornødne koordination af kommunernes forslag indbyrdes og med det af amtsrådet udarbejdede forslag for den amtskommunale virksomhed på det sociale og sundhedsmæssige område. Planen revideres én gang årligt.

Denne procedure indebærer i sig selv, at der bliver mulighed for at koordinere den kommunale og den amtskommunale indsats inden for det sociale og sundhedsmæssige område. Videre må det fremhæves, at socialministeriet under udbygningsplanlægningen bl. a. har lagt vægt på, at de konkrete planer for udbygning bliver udslag af sammenhængende overvejelser om målsætningen på den del af social- og sundhedsområdet, som udbygningsplanerne dækker. Dette indebærer f. eks. overvejelser om, hvorledes plejehjemsydelse kan erstattes og suppleres af bistand på hjemmehjælps- og hjemmesygeplejeområderne.

Desuden har man understreget betydningen af, at udbygningsplanlægningen indpasses i den tværgående kommunale og amtskommunale planlægning. Dette indebærer bl. a. et ønske om, at planlægningen for det sociale område ses i sammenhæng med bl. a. praksisplanlægning og sygehusplanlægning.

Ud over pligten til at påse, at planerne i teknisk forstand lever op til de fastsatte retningslinier, pålægger den sociale styrelseslov de centrale myndigheder to opgaver:

Man skal påse *for det første*, at kommunernes og amtskommunernes pligt efter lovgivningen til at tilvejebringe social og sundhedsmæssig service er opfyldt og *for det andet*, at de samfundsmæssige hensyn til forbrug af ressourcer i fornødent omfang er tilgodeset. På denne basis har socialministeren som et yderste middel adgang til efter en nærmere fastsat forhandlingsprocedure at gribe ind i den kommunale planlægning ved at nægte godkendelse af en forelagt plan.

De centrale myndigheders rolle i planlægningen er dog ikke udtømmende beskrevet ved bestemmelser, der giver kompetence til at foretage sådanne indgreb. Gennem den centrale sammenfatning og analyse af planerne er det muligt at belyse sammenhængen mellem den planlagte udvikling inden for det sociale og sundhedsmæssige område. Desuden har den centrale myndighed den mulighed at komme med forudgående tilkendegivelser med henblik på kommunernes og amtskommunernes udbygningsplanlægning, sådan tilkendegivelser kan i princippet ligge inden for det spektrum, der spænder fra meddelelse af faktiske oplysninger til udsendelse af specifikke vejledende retningslinier.

Et vist incitament til udbygningen af dette område ligger der i øvrigt i, at staten ifølge bistandsloven fortsat vil yde et direkte procenttilskud til de sociale områder (bortset fra rådgivning og vejledning) på 50 pct. af kommunernes udgifter.

4.3. Samspil på tværs af sektorerne.

4.3.1. Samsillet imellem sygehusvæsen, primær sundhedstjeneste og tilgrænsende socialvæsen.

I dette afsnit gennemgås de styringsmæssige samspilmuligheder imellem de 3 sektorer sygehusvæsen, primær sundhedstjeneste og tilgrænsende socialsektor. Når dette er af væsentlig interesse skyldes det den eksisterende sammenhæng mellem ydelserne i de tre områder og de eventuelle muligheder for indbyrdes funktionsforskydninger mellem disse områder. I debatten forud for nedsættelse af prioriteringsudvalget, bl. a. i PP-II's behandling af sundhedsvæsenet, har det så-

ledes været et centralt spørgsmål, om opgaver, der hidtil har været varetaget af sygehusvæsenet, med fordel kunne varetages i den primære sundhedstjeneste. Det er nærliggende at antage, at et rationelt sammenhængende styringssystem for alle de her omhandlede 3 sektorer er af væsentlig betydning for en løbende tilpasning af aktiviteterne inden for sektorerne til hinanden med det formål at undgå over- eller underdækning af noget område, og samtidig lade opgaverne udføre på det sted i systemet, hvor de bedst og billigst kan varetages.

På det statslige plan har behovet for koordination af de forskellige dele af sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område, der varetages af henholdsvis indenrigsministeriet og socialministeriet, ført til, at der som nævnt foran er nedsat en koordinationsgruppe (»K-gruppen«) (97).

I det følgende gennemgås nogle af de sundhedsaktivitetsområder, hvor de forskellige sektorer supplerer eller alternerer med hinanden indenfor samme aktivitetsområde, og samtidig beskrives de eksisterende styringsmidler til at samordne sådanne supplerende eller alternerende aktivitetsområder inden for de forskellige sektorer.

a. Samspejlet mellem sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste.

Ved henlæggelsen af sygesikringsopgaven til amtskommunerne, der samtidig er sygehuskommuner, er sygesikringen og sygehusvæsenet samlet under samme myndighed. Dette betyder bl. a., at disse to områder er underlagt samme økonomiske ledelse. Endvidere er koordineringen af de primærkommunale udbygningsplaner vedr. den primære sundhedstjeneste henlagt til amtskommunerne. Herved skulle der for så vidt være skabt fælles rammer for planlægningen af sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste.

Som tidligere nævnt er sygehusvæsenet imidlertid underlagt det under amtsrådet stående sygehusudvalg, medens sygesikringen og udbygningsplanlægningen inden for det sociale og sundhedsmæssige område er henlagt under amtsrådets social- og sundhedsudvalg. Denne opdeling på to forskellige udvalg kan nødvendigvis gøre en vis koordinering, og dette er forudsat i lovgivningen.

Som tidligere nævnt skal de enkelte amtsråd ifølge sygesikringslovens § 23, stk. 2,

nedsætte et udvalg med repræsentanter fra såvel amtskommunens social- og sundhedsudvalg som fra dens sygehusudvalg samt et medlem fra den pågældende kommuneafdeling. Disse § 23, stk. 2-udvalg skal »virke til fremme af samarbejde og samordning mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed.«

Endvidere skal amtsrådene i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4, nedsætte et fællesudvalg bestående af medlemmerne af stk. 2-udvalget og et lige så stort antal medlemmer, udpeget af lægekredsforeningen. Disse stk. 4-udvalg skal som et blandet politisk og embedsmandsudvalg, bl. a. virke som koordinerende organ i nær tilknytning til stk. 2-udvalget. Endvidere er nu planlægningskompetencen vedrørende lægepraksisområdet henlagt til disse § 23, stk. 4-udvalg, hvorved der er sikret en offentlig deltagelse i den fremtidige praksisplanlægning.

Der er imidlertid endnu ikke fra statslig side fastsat nærmere regler for de pågældende udvalgs virksomhed, og de har så vidt vides fungeret meget forskelligt i amtskommunerne. Der erkendes imidlertid i stadig øget omfang et behov for en mere fast koordination på tværs inden for sundhedsvæsenet og det tilstødende sociale område.

Som eksempel på sådanne koordinationsovervejelser kan nævnes, at der under Københavns amtsråds sygehusudvalg er nedsat en særlig embedsmandsgruppe, den såkaldte »Sygehusektorgruppe« (98) til at bistå sygehusudvalget ved koordineringen af sygehusaktiviteter i relation til såvel den primære sundhedstjeneste som socialsektoren. Sygehusektorgruppen er sammensat af repræsentanter fra den samlede sundhedssektor i amtskommunen (omfattende sygehusadministrationen, sygehuslæger, forstænderinder, embedslægevesen, praktiserende læger, sundhedspleje, hjemmesygepleje, hospitalssocialrådgivere og jordemodervæsen) og skal bl. a. give forslag til funktionel samordning af sygehusvæsenets funktioner uden for sygehusene og samarbejde mellem sygehusenes personale og medicinalpersonalet i den primære sundhedstjeneste.

Sygehusektorgruppen har i første omgang anset praktiserende læger, hjemmesygepleje og sundhedspleje samt primærkommunernes social- og sundhedsforvaltninger som de mest relevante kontaktorganer i henseende til koordineringen inden for sundheds-

sektoren. Som eksempler på spørgsmål, der har været behandlet vedr. forholdet til praktiserende læger, nævnes: koordineret forundersøgelse og ambulant forundersøgelse på sygehusene, røntgendiagnostisk og klinisk-kemisk betjening af den primære sundheds-tjeneste, forholdet til praktiserende special-læger uden for sygehusvæsenet samt visitation til sygehusene. Hvad angår det lægekol-legiale samarbejde inden for sundhedssektoren har gruppen fundet det hensigtsmæssigt, at der udarbejdes formelle regler for samarbejde mellem lægerne i og uden for sygehusene, herunder retningslinier for det administrative, det faglige og det uddannelsesmæssige samarbejde. For så vidt angår hjemmesygepleje og sundhedspleje har det været gruppens opfattelse, at kontakten mellem disse ordninger på den ene side og sygehusvæsen og til dels de praktiserende læger på den anden side i dag er meget uensartet og nærmest mangelfuld, og gruppen har derfor foranlediget, at der nu er rettet henvendelse til samtlige kommunale social- og sundhedsforvaltninger i Københavns amtskommune med henblik på en forbedring af disse kontakt- og samarbejdsrelationer.

b. Pleje af ikke selvhjulpne patienter.

Denne aktivitet varetages både i sygehusvæsenet, på plejehjem samt ved hjemmesygepleje. Der kan ofte være tale om stort set samme plejebestand for patienter på en langtidsmedicinsk afdeling inden for sygehusvæsenet, og en del af klientellet på plejehjem eller under kommunale hjemmesygeplejeordninger. Af en redegørelse afgivet juni 1975 (99) af en arbejdsgruppe under indenrigsministeriet fremgår, at der pr. 1. april 1975 på somatiske sygehusafdelinger var indlagt ca. 2.600 plejehjemsindstillede patienter, der beslaglagde ca. 8 pct. af den samlede somatiske sengemasse. For Københavns kommunes vedkommende var tallet ca. 750 patienter svarende til ca. 13 pct. af kommunens somatiske sengeantal. Det var i det væsentlige svigtende kapacitet i plejehjemssektoren, der var årsag til den »forkerte« placering af denne gruppe patienter.

En indbyrdes afbalanceret dimensionering af kapaciteten inden for henholdsvis sygehusvæsenet, plejehjemssektoren og hjemmesygeplejen må forudsætte en koordineret planlægning af disse 3 sektorer. Som det fremgår af foranstående afsnit er kompeten-

ceforholdene inden for de 3 områder imidlertid meget forskellige. Således sorterer plejehjemsområdet og hjemmesygeplejen under primærkommunerne, medens sygehusvæsenet hører under amtskommunerne. Amtskommunernes opgaver i relation til primærkommunernes planlægning af plejehjems- og hjemmesygeplejeområdet sorterer under amtskommunens social- og sundhedsudvalg, medens sygehusvæsenet og planlægningen heraf sorterer under sygehusudvalget.

Efter ikrafttrædelsen af den sociale styrelseslovs § 11 (de sociale udbygningsplaner) er dog i forbindelse med udarbejdelse af planerne skabt et vist grundlag for en koordination af planlægningen mellem stat, amtskommuner og kommuner og mellem de sociale og sundhedsmæssige myndigheder i øvrigt.

Som beskrevet foran i afsnit 111.6. (side 141 ff.) gav spørgsmålet om placeringen af visitationskompetencen til plejehjem anledning til en del overvejelser i forbindelse med forberedelsen af bistandsloven. I overvejelserne indgik bl. a. spørgsmålet om, hvorvidt man skulle etablere amtskommunal visitation til plejehjemmene, således at der herigennem sikredes en nær koordination af plejefunktionen på sygehusene og plejehjemmene. Resultatet blev som nævnt et kompromis, idet det er primærkommunernes socialudvalg, der træffer beslutning om optagelse på plejehjem, men normalt først efter indhentet udtalelse fra et rådgivende amtskommunalt udvalg omfattende repræsentanter for amtskommunens socialcenter og sygehusvæsen samt embedslægevæsenet. Den nævnte placering af visitationskompetencen tilgodeser herved i første række hensynet til en koordineret administration af de primærkommunale hjemmesygeplejeordninger og de primærkommunale plejehjem. Gennem det ganske vist kun rådgivende - amtskommunale visitationsudvalg tilgodeses samtidig i nogen grad hensynet til koordination mellem plejehjemsområdet og sygehusområdet.

c. Ambulant speciallægebistand.

Ambulant speciallægehjælp ydes såvel i sygehusvæsenet som hos privat praktiserende speciallæger i den primære sundhedstjeneste. Ambulant speciallægebistand fra sygehuse-sambulatorier planlægges, drives og finansieres som led i sygehusfunktionen for den pågældende sygehuskommune. Privat speciallægepraksis er derimod som hovedregel ikke

undergivet nogen offentlig planlægning ud over, at speciallets ydelser skal godkendes for at kunne blive omfattet af sygesikringen. Der er f. eks. normalt fri nedsættelsesret for praktiserende speciallæger. Det gældende system kan næppe siges at sikre en rimelig afbalanceret planlægning af den ambulante speciallægefunktion inden for og uden for sygehusvæsenet. Som nærmere omtalt i afsnit III.2.5. (side 98 ff.) ovenfor vedr. praktiserende speciallæger har sundhedsstyrelsen imidlertid med tilslutning af »K-gruppen« peget på nødvendigheden af, at en udvidelse af speciallægevirkomhed uden for sygehusene må ses i sammenhæng med sygehusplanlægningen, således at speciallægebehandlingen på og uden for sygehusene indbyrdes afpasses efter behovet og ud fra en vurdering af, hvor ydelserne er mest økonomiske. Sundhedsstyrelsen har i denne forbindelse anbefalet lokale forsøgsordninger inden for området til nærmere belysning af disse forhold. En vis tilnærmelse til en afpasning af speciallægedækningen i og uden for sygehusvæsenet findes også i den nye landsoverenskomsts bestemmelser om al-

ment praktiserende lægers henvisning til private laboratorier og privatpraktiserende patologer samt i den i sterilisationsloven anvendte model.

4.4. Afsluttende bemærkninger.

De nævnte eksempler viser, hvorledes aktiviteterne inden for sundhedsvæsenets enkelte dele er afhængige af hinanden, og afslører samtidig nogle problemer i forbindelse med det eksisterende styringssystem såvel på det statslige, amtskommunale og primærkommunale plan. Ved vurderingen af, hvorledes styringssystemet skal indrettes, må man imidlertid være opmærksom på, at samme aktivitetsområde, f. eks. dele af det såkaldte »tilgrænsende sociale område« på samme tid er en del af sundhedsvæsenet og en del af det øvrige sociale område, således at løsningen af de styringsmæssige spørgsmål ikke kan anskues alene ud fra sundhedsvæsenets synsvinkel, men må tage hensyn til samtlige berørte sektorer.

VI. Informationssystemerne

1. Indledning

En grundlæggende forudsætning for enhver planlægning og prioritering inden for et aktivitetsområde - såvel offentligt som privat - er et informationssystem, der giver mulighed for en vurdering af de eksisterende forhold samt af konsekvenserne ved ændringer i disse forhold. De informationer, der inden for sundhedsvæsenet er relevante i så henseende, hidrører dels fra den offentlige statistik, dels fra offentlige budgetter, udbygningsplaner m. v. Endvidere kan relevante informationer i vidt omfang hentes fra enkeltstående forsknings- og udredningsarbejder, hidrørende fra såvel offentlige myndigheder som private organisationer eller enkeltpersoner.

Som grundlag for planlægningen må det anses for nødvendigt at sidde inde med to typer oplysninger, nemlig dels oplysninger om den ressourcemæssige indsats, i bred forstand (input) og resultaterne heraf (output) dels oplysninger om de sundhedsproblemer, indsatsen retter sig imod.

Input-output oplysninger er ideelt set driftsregnskaber over de enkelte dele af sundhedsvæsenets virksomhed. For enkelte områder er det allerede i dag muligt at opstille sådanne oversigter, f. eks. hvad angår indsatsen over for børns tandsundhed. På input-siden kan det opgøres, hvad man ofrer af forebyggende indsats, både som almen tandsundhedspropaganda og som forebyggende indsats over for de enkelte børn. Man kan nøje opgøre, hvor stort et antal behandlingstimer, der anvendes af forskellige uddannelseskategorier, og man kan opgøre udgiften til lokaler, apparatur, medicin og hjælpemidler. På output-siden kan man opgøre antallet af afhjulpne sygdomstilstande,

eller man kan opgøre output som tandstatus hos børn, der har været i kontakt med denne del af sundhedsvæsenet. Tilsvarende opgørelser kunne foretages på andre områder inden for sundhedsvæsenet. Specielt vil opgørelserne på input-siden kunne etableres ud fra tilgængelige statistiske opgørelser og fra regnskabsmateriale. Derimod vil der være betydelige vanskeligheder ved at opgøre output-siden på mange områder, men det vil dog kunne gøres tilnærmelsesvist, og opgørelserne vil kunne præciseres i løbet af ret få år, hvis man sætter sig dette som mål.

Den anden type oplysninger, som er ønskelige ved tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets indsats, er opgørelser over det problemfelt, som sundhedsvæsenet retter sig imod. Det ville altså ideelt være ønskeligt at have periodevise opgørelser over hele befolkningens sundhedstilstand og de sygdomshændelser, som befolkningen er udsat for. En del af dette billede sidder man allerede inde med, nemlig igennem sygehusenes diagnosestatistikker. Disse vil dog kun rumme fuldstændige opgørelser for lidelser, der er så alvorlige, at de altid medfører sygehusindlæggelser. Derimod er kendskabet til kroniske lidelsers udbredelse og disses alvorlighed kun delvis kendt. Ligeledes er kendskabet til korterevarende tilstandes hyppighed og udbredelse mangelfuldt. Man har i USA gennemført interviewundersøgelser og lægeundersøgelser af udsnit af befolkningen og derved fået oplysninger af denne karakter.

I det følgende vil der blive redegjort for de oplysninger, man i øjeblikket indsamler i Danmark, og det vil fremgå, at disse kan betragtes som elementer af de to typer oplysninger, som er omtalt i det foregående, nemlig på den ene side input-output oplysninger og på den anden side oplysninger til kortlægning af sundhedsvæsenets problemfelt.

2. Medicinalstatistikken og sygehusstatistikken

I følge § 6 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse forestår og leder sundhedsstyrelsen indsamlingen og bearbejdelsen af det medicinalstatistiske materiale og offentliggør dette. Denne bestemmelse suppleres af forskrifter om indberetningspligt til sundhedsstyrelsen for grupper af medicinalpersoner og institutioner, f. eks. lægelovens § 11, der forpligter læger til at afgive de indberetninger og anmeldelser, som af hensyn til den offentlige sundhedspleje afkræves dem af sundhedsmyndighederne, og sygehuslovens § 15, der bestemmer, at sygehusvæsenets institutioner skal afgive beretning vedr. deres virksomhed efter nærmere af sundhedsstyrelsen fastsatte retningslinier. I henhold til lægelovens § 11 har sundhedsstyrelsen fastsat regler om *lægers* indberetningspligt, der dels omfatter en ugesygeliste, på hvilken en række nærmere angivne sygdomme skal indberettes, dels »blanketindberetning« (individuel indberetning) af bestemte særligt farlige, navnlig epidemiske sygdomme. Derimod er der endnu ikke fastsat regler om indberetningspligt for sygehuse i medfør af sygehuslovens § 15, men i henhold til lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse indberetter *sygehusene* f. eks. driftsudgifter, sygedagsstatistik, personalestatistik og statistik over behandlede sygdomstilfælde. Disse indberetninger afgives kun én gang årligt.

Sundhedsstyrelsen offentliggør det medicinalstatistiske materiale, dels i Medicinalberetning I og II, der udkommer én gang årligt, dels i de løbende Medicinalstatistiske Meddelelser samt i særlige publikationer, f. eks. »Dødsårsagerne i Danmark«.

Medicinalberetning I indeholder hovedsagelig statistik over medicinalpersoner, sygdomme hvorover lægerne har indberetningspligt, profylaktiske foranstaltninger og offentlig hygiejne. *Medicinalberetning II* omfatter sygehusstatistikken incl. statistikken over de psykiatriske hospitaler og nervesanatorierne. Som følge af at oplysningerne i vidt omfang skal udledes af regnskaber m. v., der først er færdige op til 6 måneder efter regnskabsårets udgang, og på grund af den meget omfattende bearbejdelse af det statistiske materiale, der ligger til grund for de 2 medicinalberetninger, offentliggøres materialet med betydelig forsinkelse. F. eks.

omfatter den i 1975 udsendte Medicinalberetning II finansåret 1972-73. *Medicinalstatistiske meddelelser* omfatter eksempelvis opgørelse over personale og sengepladser ved sygdomsbehandlende institutioner, medicinsk fødselsstatistik, statistik over legale aborter m. m.

I det følgende skal medicinalstatistikken indhold kort omtales:

2.1. Sygdomme.

Sygdomsstatistikken omfatter 3 selvstændige statistikker:

1° Som anført foran har læger (herunder sygehuslæger) pligt til på ugelister at indberette en række af sundhedsstyrelsen nærmere angivne smitsomme sygdomme og herudover at individualanmelde særligt farlige smitsomme sygdomme og/eller sygdomme, der kan give anledning til ændringer i de profylaktiske foranstaltninger. Som eksempel på indberetningspligtige sygdomme kan nævnes børnesygdomme, kønssygdomme, smitsom leverbetændelse, meningitis, difteri og influenza. En statistik over forekomsten af disse indberetningspligtige sygdomme fordelt på køn, alder, måned og amtslægekredse offentliggøres i Medicinalberetning I. På trods af det kraftige fald i hyppigheden af smitsomme sygdomme, er disse fortsat indberetningspligtige for lægerne ud fra et beredskabssynspunkt, idet forekomsten af de forskellige smitsomme sygdomme for det første varierer fra år til år, for det andet optræder i den øvrige verden som epidemier med ubestemte mellemrum.

2° For så vidt angår *patienter indlagt på sygehuse m. v.* offentliggøres i Medicinalberetning II en sygdomsstatistik fordelt på hoveddiagnoser, køn og alder. Denne institutionsstatistik er under kraftig udbygning, jfr. nærmere nedenfor om den individbaserede statistik.

3° Endelig udarbejdes der på grundlag af dødsattesterne en statistik over *sygdomme, der har medført døden*. Dødeligheden opgøres bl. a. efter dødsårsag, alder (herunder spædbørnsdødelighed), køn og årstid. Statistikken offentliggøres i publikationen »Dødsårsagerne i Danmark«.

I 1951-54 blev på sundhedsstyrelsens initiativ foretaget en omfattende *statistisk analyse af den almindelige sygelighed i Danmark* med det formål at søge at belyse be-

folkningens samlede sygelighed. Undersøgelsen blev foretaget ved at interviewe et repræsentativt udsnit af befolkningen. På grundlag af disse interviews har man skønnet over sygdomsforekomsten (også for så vidt angår almindelige sygdomme som forkølelse), fordelt på diagnose og har endvidere sat sygdomsforekomsten i relation til en række sociale forhold. Undersøgelser af så omfattende art er ikke siden foretaget.

Tilsvarende undersøgelser for mere begrænsede dele af befolkningen er derimod gennemført af socialforskningsinstituttet med handicapundersøgelserne og en undersøgelse om arbejdsbetinget sygelighed, der er optaget i arbejdsmiljørapporten.

For afgrænsede sygdomsgrupper findes en række sygdomsregistre, som hver for sig løbende udarbejder detaljerede opgørelser af sygelighed inden for de • sygdomsgrupper, som dækkes af registrene. Det gælder Cancerregistret, Tuberkuloseregistret, Hjerteregistret, Registret for Cerebral Parese (spastisk lammelse), Dansk Amputationsregister, Registret for Kromosomanomalier samt Institut for psykiatrisk Demografi. Registrene er ofte oprettet i forbindelse med forskningsinstitutioner og finansieres af det offentlige eller af de sygdomsbekæmpende foreninger.

Det billede, der kan aftegnes af sygdomspanoramaet ved hjælp af ovenstående kilder, er i mange henseender mangelfuldt. Dette skyldes i første række, at der bortset fra de førnævnte smitsomme sygdomme ikke sker indberetninger fra praksisområdet, hvilket næppe vil være muligt som en generel dækkende ordning på grund af det meget brogede - og dermed svært beskrivelige - ydelsesmønster. Dødsårsagsstatistikken giver kun oplysning om de sygdomme, folk dør af, men f. eks. ikke om en række sygdomme, som medfører varig nedsættelse af funktionsevnen, men som sjældent medfører død, så som psykiatriske lidelser. Sygdomsundersøgelser som den, der blev gennemført i 1951-54, giver et billede af, hvordan folk opfatter deres helbredstilstand, og hvordan de reagerer på denne opfattelse, men giver ikke et præcist billede af deres sygdom.

Sygdomsregistrene giver nok et mere præcist billede af sygeligheden, men kun for et udsnit af sygdomme, og resultaterne kan være påvirket af manglende indberetninger. Endelig giver hospitalsstatistikken oplysnin-

ger om hoveddiagnoser ved udskrivning fra sygehus og tegner dermed et billede af denne del af sygeligheden, der jo imidlertid kun vedrører de hospitalsindlagte patienter. Her til kommer, at hospitalsstatistikken lider af den mangel, at den samme sygdom tælles hver gang, den medfører en ny indlæggelse.

2.2. Fødsels- og abortstatistik.

På grundlag af jordemødrenes fødselsanmeldelser udarbejdes i sundhedsstyrelsen en medicinsk fødselsstatistik. Fødselsanmeldelserne benyttes tillige af Danmarks Statistik i den generelle demografiske (befolkningsbeskrivende) statistik. Medicinsk fødselsstatistik offentliggøres i serien Medicinalstatistiske Meddelelser og er en videreførelse af den statistik, som tidligere blev udarbejdet på grundlag af uddrag af jordemødrenes fødselsprotokoller, og som blev offentliggjort i Medicinalberetning I. I den medicinske fødselsstatistik findes bl. a. oplysning om børnenes køn og fødselsvægt, moderens alder og bopælsområde samt om fosterstilling, kunsthjælp og fødestedets art med beregninger af dødsfødselshyppighed og dødelighed i de første 4 uger. Desuden findes der en opgørelse af de medfødte misdannelser, som er anmeldt på fødselsanmeldelsen eller på dødsattesten for de børn, der døde i 1. leveår.

Siden 1932 har enhver læge, der foretager et abortindgreb, skullet anmelde dette til sundhedsstyrelsen, og der har i Medicinalberetning I været bragt opgørelser på grundlag af disse anmeldelser. Statistikken er stadig blevet udvidet og bringes nu i serien Medicinalstatistiske Meddelelser. I statistikken findes oplysninger om bl. a. kvindens alder og bopælsområde, den benyttede indgrebsmetode og eventuelle komplikationer.

3.2. Børnetandpleje.

Ifølge lov om børnetandpleje påhviler det kommunalbestyrelser og amtsråd at foretage indberetning om virksomheden. Indberetningerne skal danne grundlag for den planlægning og evaluering på området, som til stadighed vil være nødvendig med henblik på børnetandplejens videre udbygning og strukturering. Til dette formål kræves kendskab til to faktorer. Den ene faktor består i kendskab til børnetandplejens omfang og struktur, hvilket opnås ved indsendelse af en årlig beretning til sundhedsstyrelsen fra

amtsrådene, Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser. Beretningerne indsendes inden den 1. oktober og bearbejdes af sundhedsstyrelsen, der publicerer de væsentligste oplysninger, således at børnetandplejens omfang og struktur kan sammenlignes fra år til år. Beretningerne omfatter oplysninger om antal klinikker, antal behandlingsenheder pr. klinik, antal tandlæger og medhjælpere samt om antal behandlede børn i alt og pr. tandlæge. Det er herigenem muligt at følge udbygningen og personaleforbruget fra år til år, og at sammenholde oplysningerne med tandsygdomsstatistikkerne.

Den anden faktor består i tandsygdommenes og tandstillingsfejlenes forekomst, om hvilke indberetning afgives årligt af de enkelte børnetandplejere til sundhedsstyrelsen.

Til optegnelse af de kliniske fund ved de regelmæssige systematiske undersøgelser har sundhedsstyrelsen udarbejdet en særlig blanket. Blanketten er udformet således, at den er umiddelbart anvendelig såvel i børnetandplejen ved behandlingsplanlægningen for det enkelte barn, som til indberetning med henblik på optisk indlæsning i et edb-anlæg.

Oftest undersøges børnene klassevis i børnetandplejen, og som regel undersøges hver skoleklasse to gange i løbet af skoleåret. For det enkelte barn skal imidlertid kun én undersøgelses fund indberettes årligt. Indberetning af det enkelte barns status foretages for den første undersøgelse på hvert klassetrin.

Indberetningspligten omfatter de i børnetandplejelovens § 7, stk. 2, omhandlede børn. Der er dog intet til hinder for, at en børnetandplejer, der måtte ønske det, også foretager indberetning for børn under den undervisningspligtige alder eller for børn på klassetrin, som endnu ikke er omfattet af loven.

Det statistisk bearbejdede materiale publiceres af sundhedsstyrelsen. Det er herved hensigten fortrinsvis at give oplysning om forholdene for landet som helhed efter en fordeling af børnene på køn og klassetrin, evt. alder. Oplysning om tilsvarende forhold for de enkelte børnetandplejeordninger vil blive stillet til rådighed for kommunerne. Endvidere vil kommunerne i et vist omfang kunne anmode om specielle oplysninger.

Publicering finder sted i Tandlægebladet og særtryk af publicerede rapporter tilsendes amts- og primærkommuner til orientering.

2.4. Lægemidler.

Den lægemiddelstatistik, der udarbejdes af offentlige myndigheder, er koncentreret om de økonomiske aspekter. I »Undersøgelser over apotekernes driftsforhold«, som udgives af Apotekerfonden, findes opgørelser af apotekernes omsætning, herunder opgørelser af omsætningen af receptpligtig medicin, ligesom antal recepter til enkeltpersoner. Andre oplysninger om medicinforbruget, betalt af det offentlige, fremgår af sygesikringens opgørelser af udgifter til medicin og af sygehusenes udgifter til medicinindkøb. Endvidere udarbejder sundhedsstyrelsen en statistik om ordination af euforiserende stoffer på grundlag af de oplysninger, sundhedsstyrelsen løbende modtager fra landets apotekere af hensyn til kontrollen med disse ordinationer.

En løbende statistik over, hvilke lægemidler der anvendes, udarbejdes ikke af sundhedsstyrelsen eller nogen anden offentlig myndighed. I »Betænkning om tilskud til lægemidler« (Betænkning nr. 659, København 1972) findes resultater af en undersøgelse, hvis formål var:

»at få oplysning om a) det årlige forbrug af hvert receptordineret lægemiddel til enkeltpersoner målt i omsætning i kroner for hele landet og b) forbruget af tilskudsberettiget medicin målt i omsætning i kroner og opdelt i terapeutiske grupper«.

Der udarbejdes statistikker af forskellige private organisationer, og sundhedsstyrelsen kan derfra få oplysninger af speciel interesse, f. eks. P-pille forbrug eller oplysninger til brug for Bivirkningsnævnets arbejde.

Af de private statistikker kan nævnes Danmarks Apotekerforenings statistik, som omfatter apotekernes indkøb af fabriksfremstillet medicin og af apoteksproduceret medicin samt den af importører og fabrikanter af lægemidler oprettede organisation MEDIF-MEFA-Statistik, hvis statistik omfatter salget af fabriksfremstillet medicin til apoteker og sygehusapoteker. Hverken Apotekerforeningens eller MEDIF-MEFA's statistikker er offentligt tilgængelige.

I en rapport fra sundhedsstyrelsens lægemiddelstatistikarbejdsgruppe fra maj 1975 er der stillet forskellige forslag til en udbygget lægemiddelstatistik. Den ene hovedgruppe af forslag bygger på den eksisterende statistik,

som allerede udarbejdes af Danmarks Apotekerforening og MEDIF-MEFA, hvilket giver den billigste løsning. Den anden hovedgruppe af forslag er baseret på indsendelse af recepter til et statistisk organ, der forestår udarbejdelse af statistikken. Ved denne løsning sikres, at oplysningerne kan indsamles uafhængigt af producentinteresser.

En endelig model er endnu ikke valgt.

2.5. Medicinalpersoner.

I Medicinalberetning I offentliggøres oplysninger om antal medicinalpersoner hovedsagelig i den primære sundhedstjeneste. Vedr. *den offentlige del* af den primære sundhedstjeneste foreligger opgørelser over det samlede personale i de forskellige småbørns- og skolesundhedsplejeordninger samt hjemmesygeplejeordningen fordelt på amter. Der foretages endvidere en fordeling af personalet i de enkelte ordninger efter uddannelse. Statistikken er udarbejdet i samarbejde med Danmarks Statistik i forbindelse med de årlige ressourcetællinger over personalet i den sociale sektor. Resultaterne offentliggøres i Statistiske Efterretninger. For den kommunale børnetandpleje foreligger for de senere år særskilte opgørelser over personalet, og det overvejes at lade disse indgå i Medicinalberetning I i fremtiden.

Vedr. *den liberale del* af den primære sundhedstjeneste foretages amtsvise personaleopgørelser over praktiserende læger og tandlæger samt apotekere og apoteksfarmaceuter. Herudover findes der i Medicinalberetning I summariske tal for samlet antal sygeplejersker og fysioterapeuter i den primære sundhedstjeneste.

Endelig er der i medfør af landsoverenskomsten af april 1976 i de enkelte amtskommuner udarbejdet beskrivelser af de faktiske praksisforhold med henblik på praksisområdeinddeling og - planlægning.

Specielt for opgørelsen af læger er tallene baseret på oplysninger i sundhedsstyrelsens lægerregister, der omfatter alle, der har autorisation som læge. Lægeopgørelserne i Medicinalberetning I er ret detaljerede med fordeling efter hovedbeskæftigelse, alder og køn. Om grupperne »aktive læger« og »alment praktiserende læger« er endvidere for hvert amt beregnet antal indbyggere pr. læge.

Medicinalberetning II, der omfatter statistikken for de sygdomsbehandlende instituti-

oner, indeholder årlige tællinger af personale og sengepladser baseret på spørgeskemaer udsendt til de enkelte institutioner fra sundhedsstyrelsen. I tællingerne er de enkelte personalekategorier fordelt på undersøgelses- og behandlingsafdelinger på den ene side og hjælpeafdelinger på den anden side. Der sondres i sygehusstatistikken mellem ca. 60 forskellige personalekategorier. For de deltidsansatte indhentes endvidere oplysninger om præsterede arbejdstimer, hvorved en omregning til heltidsansatte kan foretages til belysning af sygehusvæsenets samlede personaleforbrug. Personalestatistikken for de sygdomsbehandlende institutioner offentliggøres i Medicinalstatistiske Meddelelser ca. 6 måneder efter tællingstidspunktet, hvorimod offentliggørelsen i Medicinalberetning II må afvente færdiggørelsen af den øvrige sygehusstatistik.

Til belysning af forholdet mellem normerede og besatte lægestillinger i sygehusvæsenet har sundhedsstyrelsen i de senere år afholdt en årlig tælling af normeret og faktisk antal læger på sygehuse m. v. Denne opgørelse belyser bl. a. lægenes fordeling på specialer (sætter antallet af læger i relation til sengepladser efter afdelingens art). Disse tællinger offentliggøres også i Medicinalstatistiske Meddelelser.

For de sygdomsbehandlende institutioner kendes det samlede personaleforbrug, men da opgørelserne for den liberale del af den primære sundhedstjeneste (Medicinalberetning I) alene omfatter oplysninger om visse bestemt opregnede kategorier af medicinalpersoner (f. eks. læger, sygeplejersker og fysioterapeuter, men ikke sygehjælpere eller fodterapeuter) og slet ikke medtager det øvrige personale (f. eks. klinikassistenter, lægesekretærer m. v.) giver den nuværende medicinalstatistik ikke mulighed for at opgøre det samlede personale uden for sygehussektoren og dermed ikke mulighed for i detaljer at vurdere det samlede personalemæssige ressourceforbrug i sundhedssektoren. Det foran side 71 i tabel 2 opgjorte personaleforbrug i den primære sundhedssektor er derfor baseret på et skøn.

2.6. Økonomiske forhold.

I Medicinalberetning II forefindes en økonomisk oversigt over de offentlige sygehuse efter kategori og beliggenhed. Oversigten specificerer driftsudgifter og driftsindtægter

og giver tillige en opgørelse over brutto- og nettoudgiften pr. sygedag (men ikke pr. ambulant behandling).

Herudover findes der ikke i medicinalstatistikken økonomiske oplysninger af væsentlig betydning, hvilket formentlig hænger sammen med, at den nuværende statistik er tilrettelagt på et tidspunkt, hvor ressourcforbruget ikke havde den opmærksomhed, som det tillægges i dag. Medicinalstatistikken indeholder således ingen oplysninger om udgifterne i den primære sundhedssektor, men sådanne kan i et vist omfang udledes af de statistikker, der udarbejdes af Sygesikringens Forhandlingsudvalg, ligesom der vil være mulighed for at hente nærmere oplysninger om sygehusenes omkostninger i disses budgetter og regnskaber, jfr. nærmere nedenfor. Det er i sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske afdeling under overvejelse at udarbejde oplysninger om disse forhold.

2.7. Profylaktiske foranstaltninger.

For en række profylaktiske foranstaltninger, der betales af det offentlige, foreligger der særlige statistiske oplysninger, der offentliggøres i Medicinalberetning I.

Antallet af lægeundersøgelser af børn under den skolepligtige alder registreres således fordelt på amtskommuner. Skolelægernes virksomhed foreligger oplyst bl. a. fordelt på undersøgelsesernes art og antal henvisninger til egen læge. Sundheds- og hjemme-sygeplejerskernes virksomhed belyses ud fra antallet af patienter og besøg i hjemmet. Antal undersøgelser foretaget af praktiserende læger og jordemødre i henhold til loven om svangerskabshygien og fødsels-hjælp offentliggøres fordelt på amtskommuner, og antallet af koppevaccinationer oplyses fordelt på amtslægekredse.

2.8. Sygehusenes virksomhed.

Ud over de førnævnte oplysninger om sygehuspatienternes diagnoser og sygehusenes økonomiske forhold indeholder Medicinalberetning II oplysninger om operative indgreb opgjort efter operationens art, ligesom der gives oplysninger om registreringen af akutte forgiftninger. Hertil kommer en række oplysninger om sengepladser, indlagte, udskrevne og døde patienter, belægningsforhold (antal indlagte patienter pr. 1.000 indbyggere) m. v., der ligeledes offentliggøres i Medicinalberetning II.

Igennem det sidste årti har der udviklet sig forskellige edb-systemer, som har til formål at oplagre medicinske og administrative oplysninger om den enkelte patient, således at disse oplysninger let kan trækkes ud på en overskuelig måde afhængig af den problemstilling, der ønskes belyst (*sygehusvæsenets individbaseret statistik*). Der er tale om en række forskellige systemer, f. eks. »M-70«, »Det blå system«, »Det røde system« m. fl. De fleste sygehuskommuner (pr. april 1975 14 ud af 16) registrerer på denne måde en række *basisoplysninger* om indlagte patienter, navnlig indlæggelsesdato, personnummer (og dermed alder og køn), sygehus, afdeling, civilstand, bopæl, henvisningsdato, stedet hvorfra f. eks. fra hjemmet, andet sygehus, plejehjem eller skadestue) og måden (f. eks. akut indlagt, henvist fra ambulatorium osv.), hvorpå indlæggelsen er sket, diagnoser, operationer, udskrivningsdato, dødsfald, evt. beslutning om efterbehandling, og stedet hvortil udskrivning sker.

Ud over disse basisoplysninger åbner systemerne mulighed for *forskellige specialregistreringer*. Det kan således nævnes, at et enkelt af systemerne arbejder med en specialregistrering af anæsthesi samt af røntgen-diagnostik.

Sundhedsstyrelsen og amtsrådsforeningen nedsatte i 1972 en koordinationsgruppe, der fik til opgave at gennemføre en indholdsmæssig koordination af denne individbaserede patientregistrering, herunder at sørge for, at der anvendes samme definitioner og klassifikationer i systemerne. Denne koordinationsgruppe har udarbejdet 4 rapporter: En vedr. registrering af sygehusenes ambulatorievirksomhed, en vedr. registrering af røntgenundersøgelser, en vedr. definitioner af visse begreber inden for sygehussektoren og en vedr. fællesindhold for registrering af stationære patienter.

Med grundlag i den edb-registrering, der finder sted i dag, kan der udskrives en række forskellige oplysninger i tabelform, f. eks. antal udskrevne og døde patienter fordelt efter køn, alder, diagnoser, indlæggelsestid, indlæggelsesmåde osv. Herudover kan der f. eks. udskrives oplysninger om antal patienter og sengedage, gennemsnitlig liggetid pr. patient og antal indlæggelser.

Et af de mere begrænsede formål med den edb-producerede patientstatistik var fra begyndelsen, at faste uddata skulle afløse syge-

husafdelingernes årlige indberetninger til de centrale myndigheder.

Den ensartede registrering af mange flere oplysninger, end det er muligt at håndtere i et manuelt system, sammenholdt med en mere fleksibel registrering knyttet til den enkelte patient, bevirker imidlertid, at der kan opstilles en betydelig mere vidtgående målsætning for den individbaserede patientregistrering end for de manuelle statistiksystemer.

Den individbaserede patientregistrering kan anvendes til analyser af de enkelte kliniske specialers sengebehov. Udgangspunktet for sengebehovsanalyserne er, at de enkelte indlæggelser ud fra en lægelig vurdering af patientregistreringens oplysninger om indlæggelser og sygdomme henføres til et bestemt speciale. Ved at inddrage registrering af ambulante patienter og af undersøgelsesafdelingernes virksomhed kan sengebehovsanalyserne udvides til samlede kapacitetsanalyser.

Sengebehovsanalyser vil være af væsentlig betydning ved fastlæggelse af størrelsen og fordelingen af specialer inden for et amtskommunalt sygehusvæsen og af landsdelspecialer.

Den individbaserede patientregistrering kan også anvendes til analyser af visitationen inden for sygehuskommuner og til landsdelspecialer med henblik på at konstatere, om de forhåndenværende specialer udnyttes efter deres formål.

Som styringsredskab vil den individbaserede patientregistrering være velegnet, idet den kan benyttes til opgørelser af en række præstationsmål, der kan sættes i relation til ressourceforbruget, som det fremgår af regnskaber, budgetter og personalestatistikker. Såfremt patientregistreringen udvides til at omfatte registrering af alle væsentlige ydelser, og klassifikationerne af ydelserne suppleres med pointværdier for arbejdsbelastninger, kan patientregistreringen danne grundlag for særdeles detaljerede omkostningsanalyser.

Ligeledes vil patientregistreringen give mulighed for analyser af fordelingen af modtagelsen af akutte patienter igennem døgnnet og igennem ugen med henblik på en mere hensigtsmæssig fordeling af vagtberedskabet.

For det kliniske arbejde og den medicinske forskning betyder patientregistreringen,

at afdelingerne får bedre overblik over deres patientmateriale, og at det bliver lettere at finde journaler frem ved genindlæggelser eller til brug for kliniske forskningsprojekter. Den ensartede opbygning af diagnosekartotekerne vil kunne fremme fælles forskningsprojekter mellem flere afdelinger, som derved kan basere deres undersøgelser på større patientmaterialer. Der kan endvidere være grund til at gøre opmærksom på, at de epidemiologiske registre på længere sigt kan ajourføres ved hjælp af patientregistreringen, hvorved afdelingerne frigøres for dette arbejde. For en række alvorlige sygdomme, som normalt medfører sygehusindlæggelse, men som ikke indgår i de epidemiologiske registre, kan der på grundlag af patientregistreringen udarbejdes epidemiologiske undersøgelser, selv om sådanne undersøgelser vil blive kompliceret af, at de pågældende sygdomme tælles hver gang de medfører en ny indlæggelse.

Da det er af betydning for den overordnede planlægning og styring, at de centrale myndigheder kan trække direkte på patientregistreringens oplysninger, har sundhedsstyrelsen besluttet at indhente den individbaserede patientregistrerings hovedregistre fra og med perioden 1. april–31. december 1976 fra alle somatiske sygehusafdelinger. I første omgang vil indberetningen af hovedregistre kun omfatte stationære patienter, idet det kun er denne del af registreringen, der i dag har et større omfang.

De juridiske problemer vedr. sekretesse, der er knyttet til udnyttelse af den individbaserede patientregistrering, er behandlet i en betænkning om offentlige registre fra marts 1976 (nr. 767/1976) afgivet af et udvalg under justitsministeriet. Udvalget har udarbejdet et udkast til lov om offentlige myndigheders registre. En evt. gennemførelse af dette lovudkast forventes dog ikke at ville være til hinder for udnyttelsen af disse registre til videnskabelige og planlægningsmæssige formål.

3. Informationskilder i øvrigt

Ud over medicinal- og sygehusstatistikken findes yderligere en række informationskilder, der navnlig giver oplysninger om ressourceforbruget. Det drejer sig dels om institutionsbudgetter og regnskaber, dels om oplysninger om forventet ressourceforbrug som

et led i sygehusplanlægningen og de sociale udbygningsplaner, dels om sygesikringens edb-system samt forskellige private informationskilder.

3.1. Institutionsbudgetter.

De kommunale institutionsbudgetter - navnlig sygehusbudgetterne - tjener i dag hovedsagelig bevillingskontrollerende formål og egner sig derfor kun i ringe grad til at afgive informationer om institutionernes effektivitet, omkostninger ved enkelttydelser eller ved alternative ydelser og prioriteringen imellem disse. Budgetterne er for det meste 1-årige og muliggør dermed ikke nogen vurdering på længere sigt af konsekvenserne af de enkelte budgetposter. Blandt årsagerne hertil er, at regnskabet og budgettet, der udelukkende vedrører driftssiden, opstilles for hvert enkelt sygehus for sig og alene er fordelt på forskellige udgiftsarter (eksempelvis lønninger, vareforbrug, rengøringsartikler etc.), der ikke har umiddelbar relation til sygehusekets funktioner. Budget og regnskab bidrager således i dag kun til måling af omkostningerne ved det enkelte sygehus eller ved amtskommunens samlede sygehusevæsen, men uden mulighed for henføring til de enkelte sygehusafdelinger.

Pr. 1. januar 1977 indføres et nyt *kommunalt budget- og regnskabsystem*. Indførelsen af dette system indebærer bl. a., at budget og regnskab omfatter såvel drifts- som anlægssiden (totalbudget), at indtægter og udgifter skal posteres særskilt (bruttoprincippet), at der ud over årsbudgettet ligesom i det statslige budgetsystem skal udarbejdes 3-årige budgetoverslag, samt at der indføres en obligatorisk personaleoversigt. Regnskabet vil evt. tillige kunne indeholde oplysninger om de enkelte sygehusafdelingers regnskabsresultater.

Herudover har Kommunedata og de kommunale organisationer igangsat et arbejde med at udvikle et såkaldt økonomisystem.

Økonomisystemet er et edb-system, der er opbygget til gennemførelse af budget- og regnskabsreformen. Systemet er fælles for alle kommuner og amtskommuner. En række kommuner og enkelte amtskommuner agter dog ikke at tilslutte sig systemet.

Ved hjælp af økonomisystemet løses dels sædvanlige økonomiopgaver som f. eks. bogføring, betaling og budgetkontrol og dels

regnskabsref ormens nye opgaver, bl. a. udarbejdelse af flerårsbudgetter.

Endvidere giver økonomisystemet mulighed for i væsentlig højere grad at tilgodese kommunernes behov for information. Dette viser sig især ved, at økonomisystemets kontoplan - hvis den udnyttes fuldt ud - er langt mere omfattende end den autoriserede kontoplan. Denne udvidelse i forhold til den autoriserede kontoplan ligger i en større detaljeringsgrad i de enkelte kontoplande - hvor kontoplandene ligesom i den autoriserede kontoplan er funktion, ejerforhold, sontringen drift/anlæg, sted, gruppering og art. Specifikationen fremkommer ved, at der for de fleste kontoplande er opbygget en række underliggende niveauer, hvor en udgift/indtægt detaljeres ved overgang til et underliggende niveau.

Systemet skulle således forøge de praktiske muligheder for at udarbejde selvstændige regnskaber for sygehusafdelinger eller økonomiske ansvarsområder samt i et vist omfang præstationsmålinger.

Det er endnu ikke endelig afklaret, hvorledes niveaudelingen tænkes udnyttet - bl. a. fordi det i vid udstrækning er den enkelte kommune eller amtskommune, der afgør, i hvilket omfang og på hvilken måde systemet tænkes udnyttet.

Indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen overvejer for tiden, hvorvidt de nye amtskommunale regnskaber og så vidt muligt også budgetterne kan suppleres med oplysninger om de enkelte sygehusafdelingers omkostninger.

3.2. Udbygningsplaner for det sociale område.

De årlige planer for udbygningen på det sociale og sundhedsmæssige område i henhold til § 11 i den sociale styrelseslov udarbejdes på grundlag af bl. a. statusopgørelser om institutioner, herunder oplysninger om antal institutioner, pladser, personale m. m. Statusopgørelserne udarbejdes af sundhedsstyrelsen, socialstyrelsen og Danmarks Statistik. For Danmarks Statistiks vedkommende indhentes oplysningerne ved de årlige ressourceopgørelser, se herom nedenfor om Danmarks Statistik, side 179.

3.3. Sygehusplaner.

I forbindelse med sygehusplanerne skal udarbejdes ressourceoplysninger, der bl. a. in-

deholder de forventede anlægsudgifter indtil 15 år frem samt personale- og driftsudgifter fordelt på hovedgrupper og udgiftsarter 5 år frem. De oplysninger, der indeholdes i sygehusplanernes ressourceopgørelser, indsendes til indenrigsministeriet til brug ved plangodkendelsen. Ressourceoplysningerne skal således for tiden ikke revideres og justeres løbende, men sygehusrådet har anbefalet, at indenrigsministeriets godkendelse af planerne alene gives for en 5-årig periode med den virkning, at der inden udløbet af denne periode skal foretages en revision af planerne. Rådet har videre anbefalet, at der foretages skridt til at koordinere sygehusplanernes ressourceoplysninger med ressourceoplysninger i de nye 3-årige budgetter og de indberetninger, der måtte blive fastsat i henhold til sygehuslovens § 15. Ved en sådan koordinering skabes mulighed for, at de forskellige oplysninger kan behandles af sygekommunerne i samme arbejdsgang, samt at de centrale sundhedsmyndigheder får løbende indberetninger om amtskommunernes aktiviteter og dermed om ændringer i forudsætningerne for sygehusplanlægningen.

3.4. Sygesikringsstatistik.

I forbindelse med sygekassernes overgang til den offentlige sygesikring pr. 1. april 1973 blev etableret en edb-registrering vedrørende den offentlige sygesikring. Denne registrering er primært opbygget med henblik på amtskommunernes og kommunernes administration af den offentlige sygesikring, især til udskrivning af sygesikringsbeviser og afregning af yderne. Registrerne indeholder endvidere oplysninger, der ved bearbejdelse kan anvendes - og er blevet anvendt - til statistiske formål. Registreringen omfatter tre selvstændige registre:

1° *Sygesikringsregistret*, der indeholder en identifikation af de sikrede (personnummer og adresser m. v.), oplysning om sikringsgruppe og eventuelt skift af sikringsgruppe samt for gruppe 1-sikrede oplysning om, hvilken alment praktiserende læge den sikrede er tilsluttet.

2° *Yderregistret*, der identificerer alle ydere (dvs. læger, tandlæger, fysioterapeuter osv.) ved personnummer og et særligt ydernummer. Herudover indeholdes oplysning om antal deltagere i kompagniskabspraksis

samt ydeshonorar i det foregående år. For alment praktiserende læger indeholdes tillige oplysninger om bl. a. antal tilmeldte gruppe 1-sikrede samt forskellige oplysninger om afregning med sygesikringen. For praktiserende speciallæger angives ved et særligt nummer det speciale, som den pågældende praktiserer i.

3° *Ydelsesregistret*, der indeholder registrering af samtlige aktuelle ydelser i sygesikringen samt de gældende honorarer herfor. Det samlede antal ydelsesarter udgør ca. 850.

Derudover foretages registrering af de enkelte ydelser givet til de sikrede. Disse oplysninger anvendes ved afregningen med yderne. Denne registrering er begrænset derved, at afregningen med apotekerne ikke registreres på edb, men sker manuelt. København og Frederiksberg kommuner er ikke tilsluttet systemet for så vidt angår afregningen med yderne. Det skyldes bl. a., at afregningen for almen lægehjælp i de to kommuner og i kommunerne på Amager ikke udelukkende foretages efter de leverede ydelser, men overvejende på basis af antal tilmeldte sikrede samt visse ydelser.

Med disse registre som grundlag udskrives de nødvendige oplysninger til brug for sygesikringens administration, f. eks. patientfortegnelser, lister til brug ved afregning af ydelses- og basishonorarer, lister over fejlindberettede ydelser m. v.

Endvidere benyttes registre til at udarbejde følgende statistikker:

1° *Statistik over sikrede*. På grundlag af sygesikringsregistrets identifikation af sikrede, der dog ikke omfatter hjemmeboende børn under 16 år, udarbejdes en statistik, der offentliggøres i Nyt fra Danmarks Statistik. Statistikken indeholder oplysninger om det samlede antal sikrede fordelt på alder, køn, bopælsområde og sikringsgruppe.

2° *Ydelsesstatistik*. Sygesikringens forhandlingsudvalg udgiver nu årligt en statistik vedrørende ydelser udført af alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, tandlæger og fysioterapeuter. Statistikken indeholder en opgørelse over antallet af ydelser, fordelt på ydelsesarter, inden for hovedgrupperne almen lægehjælp, speciallægehjælp, tandlægehjælp og fysioterapi. Som nævnt foran giver afregningen gennem edb-

systemet kun grundlag for opgørelse af ydelser leveret efter provinsoverenskomsten, og ydelsesstatistikken omfatter derfor ikke København, Frederiksberg og Amager-kommunerne. Forslag til en årlig statistik med dette indhold har været drøftet i Danmarks Statistiks socialstatistiske udvalg.

I sygesikringens grundmateriale indgår ikke oplysning om årsagerne til patienternes kontakt med sundhedspersonale eller diagnoseoplysninger. Materialet kan derfor ikke vise befolkningens sygdomsmønster, men kun give et grovere billede af kontakten med sygesikringens ydere.

3° *Afregningsstatistik*. Der foretages fra efteråret 1974 månedsvis indberetning fra amtskommunerne til sikringsstyrelsen af både maskinelt og manuelt afregnede ydelser. Disse opgørelser viser de afregnede beløb til yderne vedrørende almen lægehjælp, speciallægehjælp, tandlægehjælp og fysiurgisk behandling.

Sygesikringen og sikringsstyrelsen overvejer for tiden sammen med Danmarks Statistik muligheden af at udvide den statistiske bearbejdning af de i registrene indeholdte oplysninger. Systemet vil således bl. a. give mulighed for at foretage opgørelser over, hvor mange sikrede der er i kontakt med sygesikringens ydere gennem et år, og hvilke ydelser de sikrede modtager fordelt efter køn alder, bopælskommune osv.

3.5. Dagpengestatistik (syge-, ulykkes- og fødselsdagpenge).

1° Fra december 1973 har sikringsstyrelsen løbende (hver uge) modtaget oplysninger fra dagpengeordningens edb-register.

De løbende indberetninger indeholder oplysninger om antal tilgange, afgang og løbende dagpengetilfælde fordelt på nu i alt 22 sagsarter (konti). Herudover findes oplysning om antal dagpengeuger og de udbetalte dagpengebeløb. Sikringsstyrelsen samler de løbende driftsstatistiske oplysninger til månedstal, og udviklingen i fraværet kan således følges i mere overskuelig form for hver af de 22 sagsarter; der findes f. eks. følgende sagsarter:

1. Lønmodtagere efter 5 ugers sygdom, udbetaling til henholdsvis sikrede og til arbejdsgiver.
2. Selvstændige efter 5 ugers sygdom

3. Lønmodtagere i de første 5 uger:
 - a. forsikrede arbejdsgivere
 - b. løsarbejdere
 - c. § 12-aftaler
 - d. arbejdsløse
 - e. ingen arbejdsgiverperiode på grund af forskellige årsager.
4. Frivillige dagpenge til selvstændige.
5. Fødselsdagpenge til henholdsvis sikrede og arbejdsgiver.

2° Sikringsstyrelsen har herudover fået udviklet forskellige edb-programmer til forskellige særundersøgelser, f. eks. af indtægtsgrundlaget for dagpenge, omfanget af nedsatte dagpenge og varighedsfordelinger af sygetilfælde med en varighed ud over 5 uger.

Hertil kommer særlige undersøgelser af sikringsstyrelsens forsikringsordninger for arbejdsgivere.

3° Ca. 1. november 1975 blev den første årsstatistik for dagpengeordningen produceret på grundlag af edb-registret. Programmet er blevet udviklet i samarbejde mellem Kommunernes Landsforening, Danmarks Statistik og sikringsstyrelsen.

For perioden 1. april 1974-30. marts 1975 er der udarbejdet et materiale bestående af 11 hovedtabeller og adskillige undertabeller, opdelt på geografiske områder og sammentalt for hele landet. Alle kommuner og amtskommuner har modtaget ét sæt tabeller, dækkende deres område.

I tabellerne er optalt antal dagpengeuger, udgifter, gennemsnitlige udgifter pr. uge, sager, gennemsnitlig varighed med fordeling efter bl. a. sagsart, fraværsårsag, varighed, op-hørsårsag samt køn, alder, stilling og branche. Hertil kommer fordelinger med antal dagpengetilfælde pr. person i statistikperioden.

For mange af tabellerne findes der underopdelinger for fraværsårsagen »arbejdsulykke«.

3.6. Danmarks Statistik.

Danmarks Statistik foretager forskellige statistiske arbejder af relevans for sundhedssektoren. Det drejer sig dels om indhentning og bearbejdelse af primærmateriale, dels om bearbejdelse af forskelligt administrativt materiale.

1° *Ressourceopgørelser for sociale institutioner*. Oplysningerne indhentes årligt i

marts-april og bearbejdes således, at kommuner og amtskommuner kan få tabelmaterialet, inden arbejdet med udbygningsplanerne begynder i oktober. Opgørelserne omfatter bl. a. plejehjem, daghjem, hjemmesygepleje, småbørns- og skolesundhedspleje, revalideringsinstitutioner og institutioner for stofmisbrugere. Indberetningerne fra de enkelte institutioner indeholder oplysninger om institutionstype, kapacitet, belægning, special service og personale fordelt efter uddannelse. Resultaterne offentliggøres i artikler i Statistiske Efterretninger.

2° *Arbejdsulykkesstatistik*. I samarbejde med arbejdstilsynet udarbejdes kvartalsvise og mere specificerede årlige opgørelser over indberettede arbejdsulykker. Oplysningerne indberettes til arbejdstilsynet på blanketter for hver enkelt tilskadekommen med fravær 1 dag eller mere udover ulykkesdagen, og blanketterne indsendes senest 9. dag efter tilskadekomsten. Indberetningerne indeholder oplysninger vedr. omstændighederne ved ulykken (virksomheden, tekniske faktorer, arbejdets art, dato og klokkeslet for tilskadekomsten etc.), om den tilskadekomne (personnummer, stilling, lønform, bopæl), og hvad der er overgået tilskadekomne (hændelse, skadet del af legemet, skadens art).

3° *Statistik om førtidspensioner*. I samarbejde med sikringsstyrelsen vil Danmarks Statistik fra 1. april 1976 udarbejde statistik om afgørelser i sager om førtidspensioner (invalidepension, førtidsfolkepension og enkepension efter bevilling). Oplysningerne vil indgå månedsvis til sikringsstyrelsen fra revaliderings- og pensionsnævnene. Blanketterne indeholder bl. a. oplysninger om hoveddiagnose og om indhentede lægeerklæringer.

4° *Personalestatistik for den offentlige sektor*. Pr. 1. april 1975 foretog Danmarks Statistik en almindelig opgørelse af personalet i samtlige offentlige administrationer og institutioner. Opgørelserne, som vil blive foretaget hvert år, er fordelt på heltids- og deltidsansatte og efter hovedsektorer, men ikke efter uddannelse.

5° *Andre tællinger m.v.* Også i andre tællinger og undersøgelser foretaget af Danmarks Statistik kan der forekomme oplysninger om sundhedsvæsenet. I forbindelse med forbrugsundersøgelsen i 1971 fremkom

således oplysninger om befolkningens udgifter til visse af sundhedsvæsenets ydelser fordelt på indkomstgrupper.

6° *Bearbejdelse af administrativt materiale*. I Danmarks Statistiks opgørelser af sociale udgifter og i statistikken for det offentlige budgetter og regnskaber indgår oplysninger om drifts- og i visse tilfælde også anlægsudgifter for alle dele af sundhedsvæsenet.

Den nødvendige bredde og koordination af det socialstatistiske område, der dog som nævnt kun dækker visse dele af sundhedsvæsenet er i øvrigt søgt tilgodeset ved nedsættelse af socialstatistikudvalget, et rådgivende udvalg under Danmarks Statistik. Udvalget er sammensat af repræsentanter for socialministeriet, socialstyrelsen, sundhedsstyrelsen, sikringsstyrelsen, socialforskningsinstituttet, Amtsrådsforeningen i Danmark, Kommunernes Landsforening, Københavns kommune og Frederiksberg kommune.

3.7. Private informationskilder.

Som nævnt i indledningen til dette afsnit kan en række relevante informationer hentes fra enkeltstående forsknings- og udredningsarbejder eller statistikker hidrørende fra private organisationer eller enkeltpersoner.

Det er ikke muligt at give nogen samlet oversigt over dette informationsmateriale, som ofte offentliggøres i faglige tidsskrifter.

Særligt skal fremhæves de årlige *praksisoplysninger*, der udarbejdes på foranledning af Praktiserende Lægers Organisation, og som dækker en række forhold vedrørende læger i selvstændig almen praksis med tilmeldte gruppe 1-sikrede patienter. Denne opgørelse er baseret på en spørgeskemaundersøgelse og indeholder oplysninger om bl. a. følgende forhold: antal alment praktiserende læger, praksisform (enkeltdmands- eller gruppepraksis), lægernes aldersfordeling, oplysninger om medhjælp og om bibe-skæftigelse osv. Praksisoplysningerne offentliggøres i Ugeskrift for Læger. Herudover kan nævnes, at Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg i samarbejde foretager en driftsomkostningsanalyse af praksisområdet.

Endvidere skal nævnes Dansk Arbejdsgiverforenings kvartalsvise *fraværstatistik* over arbejdere og funktionærer ansat hos foreningens medlemmer. Oplysningerne

stammer fra virksomheder, der efter opfordring har tilmeldt sig, og omfatter 40 pct. af arbejderne og $\frac{1}{3}$ af funktionærerne ansat hos Dansk Arbejdsgiverforenings medlemmer. Fra oktober kvartal 1972 findes oplysninger om fraværsprocenter, gennemsnitligt antal fraværsdage pr. beskæftiget, gennemsnitligt antal fraværsdage pr. fraværperiode samt om gennemsnitligt antal fraværperioder, alt sammen på grund af sygdom og opdelt på køn, arbejdsstillinger og landsdele.

Der foretages i dag ingen samlet offentlig registrering af videnskabelige og andre arbejder vedr. sundhedsvæsenet, men det nu oprettede Dansk Sygehus Institut skal som led i sin virksomhed indsamle, bearbejde og formidle information vedr. sygehus- og sundhedsvæsenets planlægning, rationalisering og drift med henblik på at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, som påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

VIL Sundhedsuddannelserne

1. Indledning

Som det fremgår af tabel 2 foran side 71 udgjorde det samlede personale i sundhedsvæsenet i 1974 ca. 105.000 (omregnet til heltidsstillinger), fordelt med ca. 24.000 i den primære sundhedstjeneste og ca. 81.000 i sygehusvæsenet.

Sundhedsvæsenets personale omfatter dels det egentlige medicinalpersonale, der har særlig faguddannelse sigtende imod funktioner i forbindelse med forebyggelse, undersøgelse eller behandling af sygdom, dels administrativt, håndværksuddannet og ufaglært personale af forskellig art. I de senere år ser man dog i stigende grad inden for sundhedssektoren beskæftiget personale, der ikke falder ind under nogen af disse grupper. Som eksempel herpå kan nævnes psykologer, pædagoger, socialt uddannet personale, ingeniører og andet specialiseret teknisk personale m. v.

Inden for sygehusvæsenet fordeler de ca. 81.000 heltidsstillinger sig skønmæssigt med ca. 50.000 medicinalpersoner og ca. 30.000 andre, hvoraf ca. 7.000 er ansat i administrative stillinger.

I den primære sundhedstjeneste fordeler de ca. 24.000 heltidsstillinger sig skønmæssigt med ca. 13.700 medicinalpersoner og ca. 10.300 andre (lægesekretærer, klinikassistenter, apotekspersonale m. v.).

Den følgende fremstilling vil alene beskæftige sig med *medicinal personalets* uddannelser og de styringsmæssige problemer i forbindelse hermed.

I nedenstående skema er givet en oversigt over de nuværende grunduddannelser for medicinalpersonale.

Som det fremgår af oversigten spænder sundhedsuddannelserne over såvel langva-

rige højere uddannelser (f. eks. læger), 3–4 årige mellemuddannelser (f. eks. sygeplejersker og terapiassistenter) som korttidsuddannelser (f. eks. sygehjælpere og beskæftigelsesvejledere). Grupperne sygeplejersker og sygehjælpere udgør tilsammen ca. 66 pct. af det samlede medicinalpersonale, medens lægerne udgør ca. 11 pct.

Det er karakteristisk for sundhedssektoren, at medicinalpersonalets ydelser kun i begrænset omfang er styret af love eller andre retsfor skrifter. Dette gælder bl. a. læger, idet der ikke er fastsat regler for, hvad lægevirksomhed er, og i betydeligt omfang også det øvrige medicinalpersonale.

Når bortses fra disses spredte bestemmelser om medicinalpersonalets virksomhedsområde, er fastlæggelsen af arbejdsopgaver normalt ikke undergivet nogen direkte offentlig styring. En ikke ubetydelig indflydelse på arten og omfanget af medicinalpersonalets ydelser kan opnås indirekte gennem det offentlige mulighed for at styre sundhedsuddannelserne såvel indholdsmæssigt (kvalitativt) som kapacitetsmæssigt (kvantitativt).

2. Sundhedsuddannelsernes centrale styring

Langt de fleste sundhedsuddannelsers Indhold, længde osv. er fastlagt centralt af statslige myndigheder (undervisningsministeriet, indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen). Dette gælder ikke alene uddannelser, der direkte drives af staten (læger, tandlæger, terapiassistenter m. v.), men også uddannelser, der drives i kommunalt og i enkelte tilfælde privat regie. Eksempelvis har sundhedsstyrelsen fastsat detaljerede bestem-

| Personale- kategori | Grund- udd.ens varighed | Gennemstl. årlig udd. kapacitet | Skønnet antal erhvervsaktive i 1974-75 | Årlig netto- tilvækst i pct. | Off. aut. |
|---|-------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------------|--------------|
| Læger | 6½ år ¹⁾ | 750 | 9.100 | 4,4 | + |
| Tandlæger | 5 år ²⁾ | 220 | 4.260 | 1,6 | + |
| Sygeplejersker | 3½ år | 1.500 | 30.050 | 2,7 | + |
| Sygehjælpere | 12 mdr. | 2.500 | 23.000 | 4,8 | |
| Plekehjemsassistenter ⁴⁾ | 2 år | 170 | 420 | — | - |
| Plejere | 1 år | 320 ⁵⁾ | 2.250 | 2,2 | |
| Fysioterapeuter | 3 år | 160 | 2.600 | 1,9 | + |
| Ergoterapeuter | 3 år | 120 | 740 | 12,8 | + |
| Beskæftigelsesvejledere ⁴⁾ | 10 mdr. | 160 | 520 | — | |
| Jordemødre | 3 år | 60 | 660 | 0 | + |
| Hospitalslaboranter | 3 år | 330 | 3.350 | 9,0 | + |
| Økonomaer ⁶⁾ | 3 V2 år | 170 | 1.500 | 9,3 | |
| Fodterapeuter | 18 mdr. | 40 | 600 | 0,8 | + |
| Farmaceuter | 5 år | 80 | 1.570 ³⁾ | 0 | -1. |
| Radiografer ⁴⁾ | 3 år | 30 | — | — | -5- |
| Tandplejere ⁴⁾ | 2 år | 100 | — | — | - |

¹⁾ Hertil kommer 2 års, fra 1. december 1976 18 måneders, klinisk videreuddannelse som betingelse for ret til selvstændig virksomhed som læge.

²⁾ Hertil kommer 1 års klinisk assistenttid som betingelse for autorisation som tandlæge.

³⁾ Excl. farmaceuter ansat i medicinalindustrien.

⁴⁾ En meningsfuld beregning af årlig nettotilvækst er ikke mulig for disse forholdsvis nye uddannelser, da antallet af erhvervsaktive er relativt lille, og da naturlig afgang endnu er minimal.

⁵⁾ Det i betænkning 777/1976 om uddannelse af plejere skønnede årlige uddannelsesbehov. Den årlige uddannelseskapacitet er for tiden ikke fastlagt.

⁶⁾ I en af indenrigsministeriet nedsat arbejdsgruppe vedr. revision af økonomauddannelsen arbejdes med forslag om en halvering af den årlige uddannelseskapacitet.

melser om uddannelse af sygeplejersker og sygehjælpere og fører tilsyn med de af sygehuskommunerne drevne skoler for disse personalekategorier.

På det ministerielle plan henhører langt de fleste sundhedsuddannelser under indenrigsministeriet. De sundhedsuddannelser, der foregår på universitet eller andre højere læreanstalter (læger, tandlæger, farmaceuter) og ligeledes f. eks. jordemoderuddannelsen, der foregår i tilknytning til Rigshospitalet, henhører dog under undervisningsministeriet.

I en betænkning om undervisningsministeriets struktur og rationalisering (100) diskuteres spørgsmålet, hvorvidt det ville være hensigtsmæssigt at samle alle uddannelser, herunder sundhedsuddannelserne, under undervisningsministeriet. Uden at tage speciel stilling til sundhedsuddannelsernes eventuelle overflytning konkluderer udvalget, at det ikke er nødvendigt og næppe heller hensigtsmæssigt at overflytte enhver uddannelse til undervisningsministeriet, men at der for hver enkelt uddannelse bør foretages en vurdering af de forhold, der taler for og imod overflytningen. Det fremhæves i denne forbindelse, at hvor uddannelsernes

forløb er meget stærkt integreret i et virksomhedsområde, der hører under et andet ministerium, må der ske en nøje prøvelse af, om fordelene ved overflytning til undervisningsministeriet, set fra et almindeligt uddannelsespolitisk synspunkt, opvejer de administrative besværligheder, der kan følge af at skulle samordne uddannelsesadministrationen og områdets virksomhed i øvrigt.

Indenrigsministeriet har i en kommentar til denne betænkning bl. a. fremhævet betydningen af, at der i uddannelsesplanlægningen bevares en nær forbindelse til brugersiden, sygehus- og sundhedsvæsenet, ikke mindst under hensyn til mange af sundhedsuddannelsernes nuværende karakter af »lærlinguddannelser«, hvor eleven under uddannelsen er ansat og aflønnet af sygehusvæsenet (f. eks. sygeplejeelever og hospitalslaborantelever). »Dette gælder så meget desto mere i en situation som den aktuelle, hvor man overvejer mulighederne for en bedre styring af ressourceforbruget i sygehus- og sundhedssektoren.«

Indtil 1966 fandtes der ikke noget samlet styrende organ for sundhedsuddannelserne. Derimod eksisterede der for enkelte uddannelser, nemlig sygeplejerskeuddannelsen og hospitalslaborantuddannelsen, særlige uddannelsesnævne, der var rådgivende for indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen i ud-

dannelsesspørgsmål vedr. de pågældende personalegrupper. I 1966 nedsatte indenrigsministeriet et *uddannelsesnævn for sundhedsvæsenet*, bestående af repræsentanter for en række statslige og kommunale myndigheder og organisationer med tilknytning til sundhedssektoren. Samtidig ophævedes de hidtidige særlige nævn for enkelte personalegrupper. Det nye nævn skulle være rådgivende for indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen i uddannelsesspørgsmål vedr. alle grupper inden for det ikke-akademiske sundhedspersonale. Baggrunden for etablering af dette uddannelsesnævn var i første række den tiltagende funktionsspecialisering, der medførte ønsker om udvidelse og omlægning af den teoretiske og praktiske undervisning på skoler og sygehuse samt om større koordinering ikke blot af tilrettelæggelsen af de forskellige uddannelser indbyrdes, men også af specialuddannelse inden for de enkelte fagområder. Det blev endvidere i forbindelse med uddannelsesnævnets nedsættelse påpeget, at en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af uddannelserne for det medicinske hjælpepersonale i et vist omfang ville kunne mindske efterspørgslen efter læger og sygeplejersker, der på tidspunktet for nævnets nedsættelse var en stor mangelvare*).

3. Sundhedsuddannelsernes kvalitative styring

3.1. Midler til sikring af kvalitetsniveau over for brugere.

Det er en væsentlig opgave at sikre, at medicinalpersoner har et uddannelsesniveau, der er tilstrækkelig højt til at sikre en forsvarlig behandling af sundhedsvæsenets brugere, herunder at den enkelte medicinalperson kender grænserne for sin kompetence. Den offentlige indflydelse på sundhedsvæsenets uddannelsesniveau øves som nævnt i første række gennem de af undervisningsministeriet og indenrigsministeriet fastsatte eller godkendte uddannelsesplaner og eksamensregler.

Herudover er der for en række personalegrupper inden for sundhedssektoren fastsat regler om *offentlig autorisation*, hvorved det offentlige kan siges over for patienterne/klienterne at »garantere« de autoriseredes

kvalifikationsniveau inden for det pågældende virksomhedsområde. Autorisation giver ikke i sig selv de autoriserede eneret til virksomhedsområdet, men alene til betegnelsen »autoriseret«. For enkelte grupper - tandlæger og sygeplejersker - bestemmer lovgivningen dog, at såvel betegnelsen som virksomhedsområdet er forbeholdt de autoriserede.

Autorisationsordninger har normalt hjemmel i lov (f. eks. lægeloven, lov om terapiassistenter, lov om sygeplejersker osv.), hvilket bl. a. er nødvendigt for at kunne knytte retsvirkninger til autorisationen, f. eks. i form af straf eller fritagelse ved overtrædelse af autorisationens betingelser.

Normalt vil der være størst behov for autorisationsordninger inden for områder, der frembyder en vis fare for tilføjelse af personskade, og hvor virksomheden ikke kan reguleres i kraft af ansættelsesforhold. Autorisationer tillægges derfor i første række medicinalpersoner, der har mulighed for selvstændig virksomhed (læger, terapiassistenter, fodterapeuter m. v.). Af oversigten over grunduddannelser for medicinalpersonale foran side 182 fremgår, hvilke personalegrupper der er tillagt autorisation.

Endelig indeholder lovgivningen regler om *tilsyn med medicinalpersoner*. I medfør af § 4, stk. 1, i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse fører sundhedsstyrelsen således tilsyn med medicinalpersoner og »foretager de ved deres mulige pligtovertrædelser foranledigede skridt«. Denne bestemmelse suppleres af bestemmelser i lægeloven, f. eks. § 17, hvorefter læger er undergivet tilsyn af sundhedsstyrelsen, der påser, at de i deres gerning holder sig lovgivningen efterrettelig, og § 6, hvorefter en læge er forpligtet til under udøvelse af sin gerning at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, samt af bestemmelser i en række forskellige love om de enkelte grupper af medicinalpersoner (f. eks. sygeplejersker, terapiassistenter, tandlæger m. fl.).

Sundhedsstyrelsens tilsyn omfatter ikke alene spørgsmålet om lægers og andre medicinalpersoners overholdelse af love og andre retsforskrifter for deres virksomhedsudøvelse, men omfatter også indseende med, at normer for god og forsvarlig virksomhed ikke tilsidesættes.

*) Finansudvalgets aktstykke nr. 77 af 19. januar 1966.

3.2. Tilpasning af uddannelserne til de enkelte gruppers funktionsniveau.

Ud over spørgsmålet om at sikre, at medicinalpersonerne er kvalificerede til at foretage forsvarlig behandling af sundhedsvæsenets brugere, er det væsentligt igennem uddannelsesplanlægningen at søge at tilpasse uddannelsernes indhold til de funktioner, som de færdiguddannede må forventes at skulle varetage.

Uddannelsernes styring indebærer, at der må foretages en »balanceakt«, hvor modsat rettede hensyn må afvejes mod hinanden.

På den ene side må det fremhæves, at anvendelse af underkvalificeret arbejdskraft ikke alene kan medføre en forringelse af det ydelsesmæssige kvalitetsniveau og i visse tilfælde en direkte risiko for patientens helbred eller en forlængelse af sygdomsperioden, men også føre til økonomisk u hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne f. eks. ved irrational udnyttelse af kostbart materiel eller ved et overforbrug af sundhedsvæsenets ydelser gennem unødvendige undersøgelser, behandlinger eller medicinordination.

På den anden side er der også problemer forbundet med anvendelse af personale med et uddannelsesniveau, der er for højt i forhold til arbejdsområdet. Anvendelse af overkvalificeret arbejdskraft indebærer et økonomisk forbrug af uddannelsesmæssige og personelle ressourcer (herunder et for højt lønniveau), men kan tillige føre til anvendelse af undersøgelses- og behandlingsteknikker, der er mere forfinede (og dermed mere kostbare), end patienthensynet i det konkrete tilfælde tilsiger.

Det kan ikke afvises, at forskydninger i retning af højere uddannelsesniveau i visse tilfælde kan være påvirket af ønsker fra faglige organisationer, der også er baseret på prestige- og lønmæssige hensyn.

Mere relevant er det imidlertid, at det i takt med udviklingen inden for lægevidenskaben og teknologien – for at opnå balance mellem uddannelsesniveau og funktionsniveau – har været nødvendigt gennem de senere år i betydelig grad at differentiere og specialisere sundhedsuddannelserne. Denne udvikling har i særlig grad gjort sig gældende inden for lægeuddannelsen.

Medens der i 1937 var godkendt 15 lægelige specialer, findes der i dag i alt 32 officielt anerkendte lægelige specialer og langt flere uofficielle ekspertområder. Det er dog

ikke udelukkende inden for lægeuddannelsen, at denne specialisering har fundet sted. Der synes at være en almindelig tendens til, at nye lægelige specialer trækker nye specialuddannelser for andre personalekategorier med sig. Eksempelvis kan nævnes, at medens der i 1958 kun fandtes én grunduddannelse for hospitalslaboranter, er denne i dag opdelt i selvstændige grunduddannelser for klinisk-kemiske laboranter, blodtypeserologiske laboranter og patolog-anatomiske laboranter (histolaboranter). Der er endvidere over for indenrigsministeriet fremsat ønsker om særlige laborantuddannelser f. eks. i klinisk mikrobiologi, virologi, immunologi samt cytologi.

Specialiseringen inden for de ikke-akademiske sundhedsuddannelser sker også som overbygninger på eksisterende uddannelser. F. eks. er sundhedsplejerskeuddannelsen en overbygning på sygeplejerskernes grunduddannelse.

Sygeplejen er samtidig et eksempel på et arbejdsområde, der oprindeligt kun havde ét grunduddannelsesniveau, der imidlertid nu med henblik på tilpasning af uddannelsen til funktionsniveauerne er opsplittet i 3 niveauer: den 31/2-årige sygeplejerskeuddannelse, den 2-årige plejehjemsassistentuddannelse og den 1-årige sygehjælperuddannelse. Etableringen af de 2 kortere grunduddannelser har medført, at sygeplejerskerne er blevet frigjort for en del af deres mere rutineprægede arbejdsopgaver i forbindelse med sygeplejen. Kravene til sygeplejerskegruppen er samtidig styrket, og der er i denne forbindelse opstået et behov for en styrkelse af sygeplejerskernes teoretiske viden. I en betænkning fra 1975 (61) er grunduddannelsen af sygeplejersken foreslået ændret bl. a. med henblik på væsentlig forøgelse af uddannelsens teoretiske indhold.

Som nævnt må den beskrevne udvikling i retning af mere specialiserede og differentierede uddannelser på baggrund af den videnskabelige og teknologiske udvikling ses som en nødvendighed for at opnå en hensigtsmæssig udnyttelse af sundhedsvæsenets personale. På den anden side er der også betydelige ulemper knyttet til denne udvikling, bl. a. i form af stive arbejdsystemer, manglende fleksibilitet samt vanskeligheder i fastsættelsen af de enkelte personalegruppers kompetence og dermed risiko for samarbejdsvanskeligheder. Endvidere risikerer

stærkt specialiserede uddannelser at blive overflødiggjort af den teknologiske udvikling, og sådanne uddannelser vil endvidere på grund af et lille kvantitativt uddannelsesbehov være relativt kostbare. Også lønfastsættelsen kan blive unødigt kompliceret. Hertil kommer, at stærkt specialiserede uddannelser er i strid med det mere almene uddannelsesmæssige princip, hvorefter grunduddannelser bør være så brede, at de uddannede ikke arbejdsmæssigt låses fast i en for snæver bås.

Betænelighederne ved et meget stærkt differentieret uddannelsessystem har ført til, at indenrigsministeriet og uddannelsesnævnet for sundhedsvæsenet i de senere år har været mere tilbageholdende med at godkende sådanne stærkt specialiserede uddannelser, uanset at der i øvrigt kunne anføres gode argumenter derfor.

Spørgsmålet om specialisering af lægerne har været et centralt problem i den siddende speciallægekommissions drøftelser. I kommissionens årsberetning (24) foreslås bl. a. som følge af specialiseringens sammenhæng med sygehusstrukturen, at antallet af fagområder klassificeret som lægelige specialer reduceres, jfr. ovenfor side 119. Det er indgået som et hensyn i kommissionens overvejelser at skabe tilstrækkeligt »brede« lægelige specialer til at sikre de mindre specialiserede sygehuse et kvalificeret lægeligt personale.

Den omtalte problematik om uddannelsesdifferentiering gør sig tillige gældende i relation til det tilgrænsende sociale område, især inden for omsorgsuddannelserne, idet omsorgspersonalet og sundhedspersonalet (navnlig plejepersonalet) særligt i den primære sundhedssektor arbejder side om side ofte med stærkt overlappende arbejdsområder. Ud over vanskeligheder med hensyn til fastsættelse af kompetence medfører denne overlapning ofte usikkerhed hos den ansættende myndighed ved valget af personale samt ikke mindst en forringet bistand og kontakt med personalet for patienter og klienter (for mange personalegrupper kan have med samme patient/klient at gøre). På denne baggrund og i overensstemmelse med et forslag i betænkningen om sociale uddannelser (101) har uddannelsesnævnet for sundhedsvæsenet drøftet disse problemer. Dette har ført dels til en koordination af de hidtidige selvstændige uddannelser til beskæftigelseshjælper og omsorgskonsulent til

beskæftigelsesvejlederuddannelsen, dels til nedsættelse af et udvalg, der skal fremkomme med forslag til en samlet uddannelsesstruktur for personalet i den del af pleje/omsorgsområdet uden for sygehusvæsenet, der varetages henholdsvis af sygehjælper, plejhjemsassistenter og tænkes varetaget af omsorgshjælper/omsorgsassistenter.

4. Sundhedsuddannelsernes kvantitative styring

4.1. Fastlæggelse af optagelseskapacitet.

Adgangen til samtlige sundhedsuddannelser er på den ene eller anden måde offentligt reguleret. For lægeuddannelsen, hvortil adgangen hidtil har været fri, har undervisningsministeriet, efter indstilling fra det faglige landsudvalg for sundhedsuddannelserne, med virkning fra september 1976 fastsat optagelseskapaciteten på universiteterne i København, Århus og Odense. Også for tandlæge- og farmaceutuddannelsen fastlægges optagelseskapaciteten af undervisningsministeriet. For de ikke-akademiske sundhedsuddannelser, der for langt de flestes vedkommende sorteres under indenrigsministeriet, må man skelne imellem de uddannelser, der er tilrettelagt som læringeuddannelser, hvor eleverne under uddannelsen er ansat af sygehusvæsenet, og de uddannelser, der har karakter af studier.

En væsentlig del af de ikke-akademiske sundhedsuddannelser - herunder de talmæssigt største - er tilrettelagt som læringeuddannelser. Dette gælder f. eks. sygeplejerske-, sygehjælper-, plejer-, økonoma- og hospitalslaborantuddannelserne. For disse uddannelser fastsætter sygehusvæsenet selv optagelseskapaciteten ved normering af elevstillinger, og sygehusvæsenet har dermed mulighed for at tilpasse optagelseskapaciteten til bl. a. behovet for færdiguddannede samt til den kliniske uddannelseskapacitet. De statslige myndigheder (indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen) har derimod ikke nogen direkte kompetence til at styre optagelseskapaciteten i denne gruppe ikke-akademiske sundhedsuddannelser, dog kræves sundhedsstyrelsens godkendelse, for at en afdeling kan fungere som uddannelsessted f. eks. for sygeplejeelever. For enkelte af læringeuddannelserne, nemlig hospitalsla-

borant- og økonomauddannelserne, har den centrale statslige myndighed (indenrigsministeriet) dog mulighed for at fastsætte en overgrænse for uddannelseskapa- citeten, idet den teoretiske del af disse lærlingeuddannelser foregår ved statsdrevne og statsfinansierede skoler.

I forbindelse med omtalen af lærlingeuddannelserne skal nævnes, at en eventuel beslutning om at inddrage visse sundhedsuddannelser under de (foreløbigt forsøgs-mæssige) erhvervsfaglige grunduddannelser (EFG) vil ændre og formentlig begrænse sygehusvæsenets mulighed for direkte at styre optagelseskapa- citeten til sundhedsuddannelserne, idet det erklærede princip i EFG-systemet er, at adgangen bør være fri.

De ikke-akademiske sundhedsuddannelser, der ikke er lærlingeuddannelser, foregår normalt ved skoler, der oprettes og drives af indenrigsministeriet. For disse uddannelser, nemlig fysioterapeut-, ergoterapeut-, fodterapeut-, beskæftigelsesvejleder- og plejehjems-assistentuddannelsen, fastsætter indenrigsministeriet direkte optagelseskapa- citeten.

4.2. Praktikkapa- citetens indflydelse på uddannelseskapa- citeten.

Det er karakteristisk for langt de fleste af sundhedsuddannelserne, at de rummer et væsentligt element af praktisk/klinisk ud- dannelselse som en nødvendig forudsætning for den erhvervskompetence, som uddannelserne skal kvalificere til. Denne del af ud- dannelsen kan ligge inden for selve grundud- dannelsen, som tilfældet er for alle de ikke- akademiske sundhedsuddannelser. For læ- geuddannelsen er situationen derimod en anden. Her rummer selve grunduddannelsen indtil lægevidenskabelig kandidateksamen kun en relativt beskeden klinisk del, hvorfor lægelo- ven forudsætter, at kandidaten gen- nemgår en 18-måneders obligatorisk, klinisk videreuddannelse på sygehusafdeling og del- vis i almen praksis, før han kan opnå ret til at udøve selvstændigt virke som læge. Denne videreuddannelse af læger er omtalt foran side 91 i afsnittet om almen læge- praksis og side 99 i afsnittet om praktise- rende speciallæger.

Det forhold, at sundhedsuddannelserne har et sådant praktisk/klinisk indhold, inde- bærer en ikke uvæsentlig begrænsning af mulighederne for forøgelse af uddannelses- kapa- citeten for en personalegruppe, idet sy-

gehusvæsenets kliniske kapacitet sætter en grænse for uddannelseskapa- citeten. Myndig- heder, der skal godkende uddannelsesplaner for sundhedsuddannelser, kan derfor være nødsaget til at dispensere fra de kliniske ud- dannelseskrav for at muliggøre den nødven- dige uddannelseskapa- citet i systemet. Ek- sempler herpå kendes bl. a. fra sygehjælper- uddannelsen.

Som foran nævnt var lægeuddannelsen den eneste sundhedsuddannelse, hvortil der indtil september 1976 har været fri adgang. Denne fri adgang til lægestudiet, der set i in- ternational sammenhæng var ret enestående, har givet anledning til problemer ikke mindst i relation til den førnævnte obligato- riske videreuddannelse, der er en betingelse for ret til selvstændig virksomhed som læge. Den igennem de senere år voldsomt øgede produktion af lægevidenskabelige kandidater (1967: 300, 1974: 830) har medført stadig større vanskeligheder for de unge læger med at opnå de ansættelser i sy- gehusvæsenet, der kvalificerer i denne vide- reuddannelse. Sygehusvæsenet har ikke haft uddannelsesstillinger nok til disse store år- gange. Problemet har været behandlet i et udvalg under indenrigsministeriet (102), der har foreslået de ved ændring af lægelo- ven i maj 1976 gennemførte ændringer i kra- vene til den obligatoriske videreuddannelse for læger og samtidig peget på forskellige muligheder for at forøge den nuværende kli- niske uddannelseskapa- citet, f. eks. ved eta- blering af reservelægestillinger i almen prak- sis samt ved konvertering af vagtoverarbejde inden for sygehussektoren til normerede re- servelægestillinger. Disse foranstaltninger kan dog med den gældende kompetencefor- deling inden for sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste ikke gennemføres fra centralt hold, og der er derfor indledt forhandlinger mellem sygesikringens og sy- gehusvæsenets parter.

Lærlingeprincippet i de store ikke-akade- miske sundhedsuddannelser rummer i så henseende den fordel, at sygehusvæsenet di- rekte kan afpasse optagelseskapa- citeten til den kliniske uddannelseskapa- citet.

Lærlingeprincippet er imidlertid ikke ganske problemfrit. Sundhedsstyrelsen har således i en udtalelse over den foran side 117 omtalte betæn- ning vedrørende sygeplejerskeuddannelsen (61) fremhævet, at lærlingeprincippet har medvirket til, at en nødvendig ajourføring af sygeplejerskeud- dan-

nelsen ikke har kunnet ske. Dette skyldes bl. a., at det stigende tempo og det øgede pres i sygehusafdelingerne i forbindelse med et betydeligt antal deltidsansatte, der for en stor dels vedkommende arbejder i skiftetjeneste, har medført, at afdelingernes arbejdsopgaver ofte må gå forud for de pædagogiske hensyn til elevernes uddannelse.

4.3. Tilpasning af optagelseskapa- citet til samfundets behov for uddannelse.

Det er imidlertid ikke kun i relation til den kliniske uddannelseskapa-
citet, der er opstået problemer i forbindelse med den store produktion af lægevidenskabelige kandidater. I bemærkningerne til undervisningsministeriets forslag til lov om sygehusvæsenets deltagelse i uddannelsen inden for kliniske fag ved det lægevidenskabelige studium m. v. (lov nr. 196 af 26. juni 1975) er det bl. a. anført, at man med den daværende tilgang til det lægevidenskabelige studium i 1987 ville have en lægebestand på godt 16.000 (imod ca. 9.000 i dag), og at tilgangen på længere sigt ville give en bestand på ca. 23.000 læger. I bemærkningerne til lovforslaget sammenholdes disse tal med det i PP-II opstillede skøn over beskæftigelsen af læger inden for sundhedssektoren i 1987, ifølge hvilke der maksimalt vil være behov for ca. 11.200 læger, hvortil kommer det antal læger på ca. 2.000, der traditionelt har været beskæftiget uden for sundhedssektoren, altså i alt ca. 13.000 læger.

Denne manglende balance imellem kandidatproduktion og forventet samfundsmæssigt behov samt den nævnte svigtende kliniske uddannelseskapa-
citet er baggrunden for, at der er truffet beslutning om indførelse af adgangsregulering til det medicinske studium fra september 1976. Endvidere overvejer indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen, hvorledes et prognostisk arbejde med henblik på vurdering af samfundets fremtidige behov for lægelig arbejdskraft vil kunne etableres. Et sådant prognosearbejde vil kunne danne grundlag for fremtidige beslutninger om regulering af optagelseskapa-
citeten til lægestudiet.

For så vidt angår de ikke-akademiske sundhedsuddannelser er der hidtil på landsbasis kun i beskedent omfang foretaget prognostiske undersøgelser af det fremtidige behov inden for de enkelte personalegrupper. Sådanne behovsanalyser har i øvrigt vist sig at være forbundet med meget stor usikkerhed. I forbindelse med amtskommuner-

nes sygehusplaner og de flerårige budgetter med obligatoriske personaleoversigter vil der imidlertid formentlig fremtidig blive skabt et bedre grundlag for sådanne samlede analyser af behov og kapacitet inden for sundhedsuddannelserne.

5. Efter- og videreuddannelse

Den hurtige udviklingstakt inden for de lægevidenskabeligt-teknologiske fagområder medfører naturligvis et tiltagende behov for efteruddannelse af medicinalpersonale med ældre uddannelser. Denne tendens forstærkes ved den beskrevne specialisering og differentiering inden for sundhedsuddannelserne. Ikke mindst inden for de ikke-akademiske medicinalpersonalegrupper er der tale om en relativt stærk stigning i aktiviteten inden for dette område. Eksempelvis kan nævnes, at Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet, der videreuddanner sygeplejersker til sundhedsplejersker eller ledende og undervisende sygeplejersker, inden for de seneste år har fået mere end fordoblet sin uddannelseskapa-
citet. Der er endvidere etableret særlige instruktørkurser for hospitalslaboranter, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Der er stillet forslag om videre- og efteruddannelse af jordemødre (103) og om en fælles nordisk højere uddannelse af sygeplejersker (104).

Til belysning af efter- og videreuddannelsesaktiviteten kan oplyses, at Københavns hospitalsvæsen i 1974 havde ca. 1.800 personer på efter- og videreuddannelseskurser ud af et samlet personale på ca. 13.000. Disse kurser strakte sig fra kurser af 1 års varighed til kurser af få dages varighed.

Medens det offentlige (staten eller amtskommunerne) som hovedregel etablerer og finansierer grunduddannelserne, er det offentliges engagement i efter- og videreuddannelsesaktiviteten af en mere begrænset karakter. Staten driver stort set kun videreuddannelseskurser for medicinalpersonale i det omfang, disse er en formel betingelse for at opnå en særlig kompetence (f. eks. teorkurserne for vordende speciallæger eller alment praktiserende læger, embedslægekurser, skolelægekurser, videreuddannelseskurser for sygeplejersker til sundhedsplejersker m. v.). Denne type kurser udgør imidlertid kun en mindre del i forhold til den samlede

efter- og videreuddannelsesaktivitet inden for sundhedsvæsenet. De øvrige kurser arrangeres dels af sygehusvæsenene, dels af de faglige organisationer. For sygehusvæsenet er efter- og videreuddannelsen af personalet af væsentlig betydning, i positiv retning med henblik på at sikre sektoren et velkvalificeret personale, i negativ retning ved den belastning, det medfører for sygehusvæsenet, arbejdsmæssigt (vikarproblemet) og økonomisk (lon eller anden støtte under kursusperioden).

De centrale myndigheder (indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen) deltager også kun i begrænset omfang i planlægningen af efter- og videreuddannelsesaktiviteter inden for sundhedssektoren. I forbindelse med eventuel etablering af nye virksomhedsområder for medicinalpersonale, f. eks. ved indførelse af en bedriftssundhedstjeneste, kan der imid-

lertid opstå behov for en sådan central indsats i planlægning og styring af nødvendig efter- og videreuddannelse af personalet.

Fra såvel personaleorganisationernes som fra de offentlige institutioners side har der været fremsat ønske om ensartede retningslinier for ydelse af støtte til det personale, som deltager i efter- og videreuddannelse, og det har samtidig været et mål at lette adgangen mest muligt til kurser af faglig karakter, som må anses at være af interesse for såvel de pågældende institutioner som for personalet. Med henblik herpå har de kommunale organisationer og personaleorganisationerne i fællesskab nedsat »kommunernes kursusvurderingsråd«, hvis formål er at vejlede primær- og amtskommunerne i spørgsmål om støtte til det kommunale personales deltagelse i uddannelseskurser m. v.

KAPITEL II

Hovedtendenser i udviklingen af
sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet

I. Indledning

I dette kapitel gives en fremstilling af hovedtendenser i udviklingen af sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet fra midten og slutningen af det forrige århundrede til i dag.

Formålet med kapitlet er i oversigtlig form at beskrive baggrunden for sundhedsvæsenets udformning og situation i dag og at belyse en række af de hovedproblemer, som udviklingen rejser.

Der tilsigtes således ikke nogen detaljeret fremstilling af de mangfoldige fakta og udviklingsforløb, der udgør den samlede udvikling. Der er tilstræbt en koncentration om hovedtendenser. Dette har til gengæld pånødet det forholdsvis lange tidsperspektiv i fremstillingen. Hovedtendenser slår ikke tilstrækkelig stærkt igennem i korte udviklingsforløb, der derfor ikke kan blive tilstrækkelig belysende for, hvad der er de væsentlige karakteristika ved udviklingen. Dette er måske tydeligst for så vidt angår fremstillingen af sygdomsbilledet i afsnit V.

Fremstillingen af meget lange tidsforløb støder til gengæld på den alvorlige hindring, at de statistiske oplysninger ofte er mangelfulde, vanskeligt sammenlignelige eller usammenlignelige. Dette gælder navnlig dele af fremstillingen af sundhedsvæsenets udvikling i kvantitativ henseende, jfr. de enkelte afsnit, hvor der gøres bemærkninger om det statistiske underlag.

Dertil kommer, at fremstillingen som helhed stilles over for grundlæggende måleproblemer, jfr. herom især afsnit VI.

Fremstillingen omfatter, som nævnt, sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet. Desuden inddrages i beskeden omfang udviklingen i tilgrænsende områder inden for den sociale sektor og den bredere samfundsmæssige udvikling. I et afsluttende afsnit (VI) sammenfattes hovedtendenserne i udviklingen, og de centrale problemer, som er blevet belyst af den historiske fremstilling, diskuteres.

II. Sundhedsvæsenets udvikling indtil ca. 1915

Omkring århundredskiftet når udviklingen af sundhedsvæsenet i Danmark et punkt, da en række af de forudsætninger, der er af afgørende betydning for den senere udvikling op igennem det 20. århundrede, er til stede.

Således findes der nu læger, der i det væsentlige kun arbejder enten på sygehus eller i lægepraksis uden for sygehus. Medens sygehuse tidligere i altovervejende grad betjentes af læger, der ikke specielt var ansat ved disse, endsiges specielt uddannet til sygehusarbejde, er der sket en afgørende specialisering af lægens arbejde, der er blevet delt - eller er ved at blive delt - i to funktioner, sygehuslægens og praksislægens. En tilsvarende tendens er ved at blive mærkbar inden for sygeplejen. I 1877 påbegyndes en 3-årig sygeplejerskeuddannelse ved de københavnske hospitaler. Sygeplejerskens opgaver, som hidtil havde været varetaget af rengøringskoner, hospitalskarle m. v., ændrer karakter og bliver en specialiseret medicinsk funktion.

Denne udvikling står i forbindelse med, at sygehuset som sådant er ved at ændre karakter. Kongeligt reskript af 1806, den første danske sygehuslov, bestemte, at der skulle opføres et sygehus i hvert amt, i nogle tilfælde flere. Opførelse og drift påhvilede købstæder og amter med et vist statstilskud. I perioden indtil omkring 1870 oprettedes herefter et betragteligt antal sygehuse, fra 1806 til 1850 ca. 20 og fra 1850 til 1870 ca. 35 (105).

Indtil et godt stykke ind i det 19. århundrede var sygehusenes opgaver dog stadig de samme som i foregående århundreder. Samfundets hovedproblem i sundhedsmæssig henseende var de epidemiske sygdomme, og sygehusenes funktion var i overensstemmelse hermed især isolering af smittefarlige

patienter foruden fattighjælp og stærkt begrænset (navnlig kirurgisk) behandling.

Sygehuse var desuden gennemgående små (25-30 senge). Dertil kom, at de ofte var alvorlige smitekilder på grund af manglende hygiejne, med det resultat at patienterne hyppigt døde af behandlingen (sårfeber).

Under disse omstændigheder blev den (begrænsede) lægehjælp, samfundet kunne præstere, fortrinsvis givet uden for sygehuse, i hjemmet. Den var i øvrigt i vid udstrækning forbeholdt befolkningens mere velstillede lag. Sygehusophold stod i princip åbent for enhver. De bemedlede måtte betale, medens amtmanden kunne fritage mindrebemidlede for betaling. I kraft af dette »gratisprincip« var sygehusophold snarere en social end en rent sundhedsmæssig foranstaltning. Sammen med de nedenfor (side 195) omtalte distriktslæger var sygehusophold den lægehjælp, som stod til rådighed for den del af befolkningen, der ikke kunne betale lægernes honorarer.

Det er dette mønster, som ændres i løbet af det 19. århundrede, med størst hast op imod århundredets slutning - i takt med de afgørende videnskabelige fremskridt inden for bakteriologi, antiseptik, aseptik, narokose m. v., der navnlig muliggør større kirurgiske indgreb samt mere effektiv forebyggelse (hygiejne), og i takt med at samfundet gradvist ændrer sig i retning af det moderne industrisamfund.

Sygehusvæsenet ca. 1915.

Udviklingen af det moderne sygehus er dog endnu omkring 1. verdenskrig i høj grad koncentreret i hovedstaden og de øvrige store bysamfund. Den gennemsnitlige sygehusstørrelse (almindelige + epidemi) var i

1915 i hovedstaden ca. 275 senge, i Århus 125 senge og i resten af landet godt 40 senge. De fire hospitaler i landet, der havde over 500 senge, fandtes alle i hovedstaden.

Af største betydning for Københavns kommune var, at her fandtes siden 1910 Rigshospitalet, landets eneste undervisnings-sygehus for læger, der fra begyndelsen blev udstyret med mange specialafdelinger, nemlig 2 medicinske, 2 kirurgiske, 1 for øjensygdomme, 1 for øre-, næse-, hals sygdomme, 1 for hud- og kønssygdomme, 1 børneafdeling samt 2 fødeafdelinger. Derudover rådede Københavns Kommunehospital over 2 kirurgiske og 2 medicinske afdelinger, 1 øreafdeling, 1 øjenafdeling og afdelinger for hud- og kønssygdomme, foruden røntgenklinik og 3 poliklinikker. Bispebjerg hospital, der indviedes i 1913, havde 1 kirurgisk og 2 medicinske afdelinger. Ud over Blegdamshospitalet (epidemiske patienter) og Øresundshospitalet (tuberkulose) havde København endelig Finseninstitutet, Rudolph Bergs hospital (hud- og kønssygdomme) samt flere mindre sygehuse. Kommunen drev desuden sit eget psykiatriske hospitalsvæsen.

Uden for hovedstaden oprettedes de 2 første centralsygehuse i 1912 og 1913 i Odense og Århus.

Også sygehuskapaciteten (målt i antal senge pr. 1.000 indbyggere) var meget ulige fordelt i geografisk henseende, jfr. nedenstående tabel 1:

*Tabel 1.
Sygehuskapacitet m. v. i 1915.*

| | |
|--|---------|
| Antal sengepladser, med./kir. | 9.200 |
| - heraf hovedstaden | 4.500 |
| Pr. 1000 indbyggere | 3,2 |
| - heraf hovedstaden | 7,5 |
| Epidemisygehuse/afdelinger | 2.800 |
| Tuberkulosestationer, senge | 2.750 |
| Behandlede patienter, med./kir. + epidemi | 105.000 |
| Behandlede patienter pr. 1000 | 37 |
| Gennemsnitlig liggetid, med./kir. + epidemi | 34 |
| Kilde: Medicinalberetning for 1915. | |

I 1915 fandtes der i hele landet 168 almindelige sygehuse (medicinsk/kirurgiske + epidemiske)

med i alt godt 12.000 senge, af hvilke 2.800 var epidemisenge. Sengedækningen pr. 1.000 indbyggere var 4,2 incl. epidemisenge, antallet af behandlede patienter ca. 105.000, svarende til 37 pr. 1.000 indbyggere og den gennemsnitlige liggetid 34 dage. Knap 100.000 personer søgte poliklinikker*).

Herudover fandtes der 56 institutioner/afdelinger for tuberkulose med i alt omkring 2.750 pladser, svarende til 0,9 pr. 1.000 indbyggere. Heraf var der 30 hospitaler/hospitalsafdelinger med ca. 900 pladser, resten var sanatorier og kysthospitaler.

Sengedækningen på København og Frederiksberg excl. epidemisenge var 7,5 pr. 1.000, i det øvrige land 2,1 pr. 1.000. Derimod var dækningen med epidemisygehuse/afdelinger meget jævn (omkring 1,0 pr. 1.000) i hele landet. Omvendt var poliklinikvirksomhed i væsentlig grad et københavnsk fænomen. I øvrigt var der også store forskelle mellem sengedækningen i provinsens kommuner.

Selv om udviklingen af det moderne sygehus således endnu omkring 1. verdenskrig så godt som udelukkende er et fænomen koncentreret om de store bysamfund, er udviklingstendensen dog klar: sygehuset udvikler sig i sidste halvdel af forrige århundrede og i begyndelsen af dette til det led i sundhedsvæsenet, hvor tidens specialiserede lægelige viden og kunnen først og fremmest omsættes i undersøgelse og behandling. Et vidnesbyrd herom er sygehusenes voksende betydning for lægeuddannelserne. Således indføres i 1908 den såkaldte turnusordning efter forhandlinger mellem det lægevidenskabelige fakultet, Foreningen af yngre Læger og forskellige sygehusmyndigheder med det formål at sikre 1 års sygehusuddannelse til enhver, der havde bestået den medicinske embedseksamen. Speciallægeanerkendelse indføres i 1915 (i lægeforeningens regie).

Sygekasser, lægepraksis.

Samtidig med udviklingen af sygehusene sker der i slutningen af det 19. århundrede og begyndelsen af det 20. væsentlige ændringer i organisationen af befolkningens adgang til lægehjælp.

I sidste halvdel af det 19. århundrede stiftes en række sygekasser for mindrebemidlede. I 1867 skal der have været ca. 300 kasser med 31.000 medlemmer, medens man i 1882 var nået til ca. 800 kasser med ca.

*) Åbne ambulatorier, hvor den økonomisk vanskeligst stillede del af befolkningen kunne modtage specialiseret lægehjælp; i praksis ydedes dog hyppigt almindelig lægehjælp på poliklinikkerne.

120.000 medlemmer (106). Kasserne var med andre ord små, og de havde hver for sig aftaler med de enkelte læger. Desuden var en større del af befolkningen i realiteten afskåret fra at være medlemmer. Ganske vist var kasserne oprettet til at yde hjælp til mindrebedemidlede, men da de var organiserede som gensidige forsikringsselskaber, der hvilede på medlemsbidrag, forudsatte medlemskab under alle omstændigheder en vis økonomisk evne. Den del af befolkningen, der ikke magtede dette, var henvist til fattighjælp, der i hovedparten af tilfældene havde socialt diskriminerende virkninger (fortællelse af valgret).

Heri sker der en række ændringer fra århundredets slutning op til 1. verdenskrig. I 1892 gennemføres således den første sygekasselov (lov om anerkendte sygekasser). Efter denne lov blev der givet statstilskud til anerkendte kasser med 2 kr. pr. medlem og højst Vs af medlemsbidraget, og således at statens samlede tilskud ikke kunne overstige $\frac{1}{2}$ mill. kr. Samtidig ydedes der indirekte kommunalt tilskud dels ved en vis vederlagsfri befordring, dels ved at sygehusbehandling skulle ske til højst halvdelen af sædvanlig takst.

Loven sondrede mellem obligatoriske og frivillige ydelser. De obligatoriske ydelser var: fri lægehjælp, sygehusbehandling samt dagpenge. Om sygekasserne herudover ville stille ydelser til rådighed for medlemmerne, blev deres egen sag. I samme omfang som de gjorde det, ville statstilskuddets andel af udgifterne - under forudsætning af uændret antal medlemmer - falde, og præmierne måtte forhøjes.

De bærende principper bag sygekasseloven var frivillighed og hjælp til selvhjælp. Det var en frivillig sag, om man ville være medlem, og formålet med stats- og kommunetilskudene var ikke at stille en offentlig lægetjeneste til rådighed for borgerne, men snarere det modsatte: at gøre det økonomisk muligt for en større kreds af befolkningen selv at sikre sig bistand i sygdomstilfælde (forsikringsprincippet, »hjælp til selvhjælp«). Dette kommer klart til udtryk i følgende citat fra folketingsudvalgets betænkning over forslaget til sygekasseloven:

»Det bør snarest muligt bringes dertil, at der overalt for alle de småfolk, der ville gøre noget for at opretholde sig selv, er let adgang til forsikring mod sygdommens økonomiske

følger. Dette vil være et væsentligt skridt hen imod de sociale reformers store formål, at ingen uden egen skyld behøver at påkalde det offentlige fattigvæsen.« (107).

Der sondres med andre ord mellem ufor- skyldt og selvforskyldt trang. Formålet var at afbøde skadevirkninger af ufor- skyldt trang, hvorfor det fastsloges, at hjælp efter loven ikke var fatighjælp med dennes sæd- vanlige retsvirkninger.

Statsanerkendelsen, der var en betingelse for tilskud, betød i øvrigt et vist indgreb i kassernes frihed. Som nævnt fastsatte staten de obligatoriske ydelser. Herudover afgræn- sedes medlemskredsen til ubemidlede arbej- dere, husmænd, håndværkere, næringsdri- vende, lavt lønnede embedsmænd og andre i tilsvarende økonomiske kår. Denne afgræn- ning indebar, at kasserne i nogle tilfælde for at få statsanerkendelse måtte udelukke tidli- *gere medlemmer, der var for velstillede. Endelig betød anerkendelsen, at kasserne stille- des under tilsyn af statens sygekassein- spektør (senere direktøren for sygekassevæ- senen).

Omkring århundredskiftet gik kasserne stærkt frem. Medlemstallet i de anerkendte kasser opgjordes i 1915 til 982.000, ca. 32 pct. af befolkningen. Samtidig skete der en centralisering, idet kasserne sammenslutte- des i centralforeninger på amtsplan og i en landsorganisation. Sideløbende hermed gik man efterhånden over til at indgå landsdels- overenskomster med lægernes organisatio- ner. Allerede omkring århundredskiftet var honoreringsformen for almenlægerne i Kø- benhavn standardiseret til et fast årligt grundbeløb pr. tilmeldt patient (det såkaldte takst I-system). Denne honoreringsform bredte sig efterhånden til store dele af lan- det.

Uanset sygekassebevægelsens fremgang var en ikke ubetydelig del af befolkningen dog stadig henvist til lægehjælp gennem fatighjælp. En del af denne blev givet gennem sygehusophold, jfr. ovenfor, men herudover havde staten fra gammel tid haft ansat distriktslæger, oprindeligt for overhovedet at skaffe befolkningen lægehjælp. Efterhånden som de private lægers antal tiltog, blev det imidlertid især den fattige del af befolkning- en, der sikredes lægehjælp på denne måde. Lægebehandlingen af fattige og alderdoms- understøttede voksede efterhånden til en meget betydelig opgave for det offentlige,

f. eks. var der i 1908–09 alene uden for København i alt ca. 125.000 personer, som omfattedes af fattigloven eller loven om aldersdomsunderstøttelse. Af disse modtog ca. 33.000 lægehjælp fra del offentlige. Det ringe antal distriktslæger - omkring år 1900 var der ca. 100 - og disses skæve geografiske fordeling var blandt årsagerne til, at kommunerne efterhånden kom ind på at yde gratis lægehjælp til fattige - enten ved kommunalt ansatte læger eller ved at træffe aftale med private, praktiserende læger (108).

Ved en lov af 1914 om kommunal lægehjælp frigjordes de statsansatte distriktslæger for forpligtelsen til behandling af fattige og aldersdomsunderstøttede, idet opgaven blev pålagt kommunerne. Denne ændring, som forudsatte indgåelse af aftaler mellem kommunerne og privatpraktiserende læger, kunne kun gennemføres, fordi antallet af læger var tiltaget betydeligt, fra ca. 80 omkring år 1800 til ca. 1.100 omkring år 1900.

Lægebetjeningen uden for sygehus af de mere velstående blev varetaget af privatpraktiserende læger, enten som familielæge eller som læge for medlemmerne af en fortsættelsessygekasse. *)

Som nævnt omfattede de obligatoriske sygekasseydelse i 1892-loven fri lægehjælp, sygehusbehandling og dagpenge. Fri lægehjælp omfattede alene undersøgelse og behandling hos alment praktiserende læge. Sygekassernes medlemmer modtog følgelig alene specialiseret lægehjælp på sygehus, enten ved indlæggelse eller ambulant. Ambulant sygehusfunktion var imidlertid så godt som udelukkende koncentreret i de store byer. På Kommunehospital i København var der i 1910 tre poliklinikker for henholdsvis øresygdomme, øjensygdomme og kirurgiske sygdomme. Disse klinikker stod til lige til rådighed for den del af befolkningen, der ikke havde råd til at stå i sygekasse. I 1910 behandlede i landet som helhed ca. 68.000 patienter på de klinikker, som indberettede deres virksomhed til sundhedsstyrelsen (109).

Speciallægehjælp udøvedes i et vist omfang i privat lægepraksis uden overenskomstsmæssig tilknytning til sygekasserne, og stod med andre ord kun til rådighed for

den mere velstillede del af befolkningen. Disse læger virkede ofte samtidig som læger ved landets mest specialiserede sygehuse.

Der foreligger intet materiale, der nærmere kan belyse samspillet mellem sygehuse og de alment praktiserende læger ved århundredets begyndelse. Af landets ca. 1.800 læger omkring 1915 var ca. 400 (20-25 pct.) ansat ved sygehuse, medens resten (75-80 pct.) fungerede i praksis, heraf nogle formentlig samtidig ved sygehuse. Svarende til, hvad der er omtalt under sygehusvæsenet, gjorde der sig en vis geografisk skævhed gældende, idet hovedstaden var væsentlig bedre forsynet end det øvrige land.

Andre sundhedsmæssige foranstaltninger.

Sideløbende med de ovenfor beskrevne ændringer af sundhedsvæsenet gennemføres op igennem det 19. århundrede en række sundhedsmæssige foranstaltninger, hvis formål var at forebygge, at sygdomme opstår eller breder sig (epidemi).

Den første virkelige epidemilov her i landet går tilbage til 1782, og den indeholdt allerede de elementer, der gik igen i senere epidemilove: anmeldelsespligt (et af de første stadier i opbygningen af medicinalstatistikken), isolation og tvungen, men vederlagsfri behandling. Som allerede nævnt beslægtede »epidemisengene« endnu i begyndelsen af århundredet en stor del af sygehuskapaciteten. Beslægtet med epidemilovgivningen var karantænevæsenet, hvis formål var at hindre indførelse af smitte fra tilreisende fra udlandet. Den første forordning om karantænevæsenet kom i 1805.

Af direkte forebyggende betydning var vaccinationerne. Allerede i 1810 indføres tvungen vaccination mod kopper (samt indberetningspligt). De øvrige former for vaccinationer tilhører derimod århundredets slutning og det 20. århundrede.

Den store koleraepidemi i 1853 var af betydning for forståelsen af nødvendigheden af en bedre hygiejne. I Københavns kommune, hvor spildevandsproblemerne var langt de alvorligste i landet, gennemføres kloakering i løbet af århundredets sidste halvdel, og hovedstadens vandforsyning, forbedres. Provinsbyerne følger senere efter. Endelig gen-

*) Fortsættelsessygekasserne, der var rene gensidige forsikringsselskaber for bedre stillede, kunne opnå statsanerkendelse, men ikke tilskud.

nemføres i 1858 den første lov om sundhedsvedtægter.

Sammenfatning.

Endnu langt ind i anden halvdel af det 19. århundrede var sundhedsvæsenets hovedproblem de epidemiske sygdomme (kopper, kolera, kønssygdomme m. v.) og tuberkulosen. Sygelighedsstatistikken registrerede så godt som udelukkende epidemiske sygdomme samt tuberkulose.

Man kan kun vanskeligt tale om et decideret sundhedsvæsen og om »rene« sundhedsydelser fra et sådant. Sygehusophold er i høj grad en »social« foranstaltning (med karakter af fattighjælp), ligesom det offentlige yder lægehjælp uden for sygehusene (ligeledes med karakter af fattighjælp) til de mindrebemidlede i befolkningen.

Hen imod århundredets slutning begynder dette at ændre sig. I de store bysamfund udvikler sygehusene sig langsomt til specialiserede behandlingscentre.

Desuden ændrer også lægebetjeningen uden for sygehus karakter. Fra at være den eneste egentlige lægehjælp, samfundet kunne præstere, bliver lægepraksis efterhånden det første uspecialiserede led i et mere forgrenet og specialiseret sundhedsapparat.

Denne udvikling afføder behov for regler, der kan fordele arbejdet mellem de forskellige led i sundhedsvæsenet såvel af hensyn til en lægeligt forsvarlig behandling og henvisning af patienterne som til lægernes erhvervsinteresser. Af grundlæggende betydning i denne henseende blev tidligt det såkaldte familielægeprincip (se nærmere foran i kapitel I, side 89). Gennem dette sikres den praktiserende læges nøgleposition som den, der for langt hovedparten af patienterne først tager stilling til sygdommens art, og hvilken behandling der skal iværksættes.

Endvidere er i begyndelsen af det 20. århundrede i store træk fastlagt den politiske, administrative og økonomiske organisation, som op igennem århundredet og indtil reformerne i 1970'erne bærer ansvaret for sundhedsvæsenets udvikling:

Sygehusvæsenet varetages af kommuner og amtskommuner. Udgifterne dækkes ved takstbetaling og kommunal beskatning. Staten driver hospitalsvæsenet for sindslidende uden for hovedstaden og landets eneste universitetssygehus, Rigshospitalet. Derudover yder staten tilskud til forskellige særlige be-

handlingsformål (tuberkulose, epidemi m. v.).

Uden for sygehusvæsenet er undersøgelse og behandling i voksende omfang på »private hænder«, for så vidt som betjeningen af befolkningen i stigende omfang reguleres af overenskomster mellem sygekasser og lægeorganisationer, og for så vidt som disse træder i stedet for tidligere tiders rent offentlige lægevæsen. Sygekasserne er dog ikke rene private forsikringsselskaber. I samme omfang som de er statsanerkendte, modtager de tilskud fra staten og kommunerne, og er undergivet statsligt tilsyn.

Øverste rådgivende organ for sundhedsvæsenet og tilsynsførende med dets personale er sundhedsstyrelsen, der oprettes i 1909 til afløsning af Det kgl. Sundhedskollegium. Under styrelsen hører tillige medicinalstatistikken.

Social-økonomisk udvikling (110).

Samtidig med de ovenfor beskrevne ændringer af sundhedsvæsenet gennemgår det øvrige samfund en udvikling, der lægger grunden til en ændring af samfundsstrukturen. Fra 1864 til 1911 vokser befolkningen med 1,1 mill, fra 1,7 til 2,8 mill, mennesker. Den stærkeste befolkningstilvækst sker i hovedstaden. København vokser fra ca. 180.000 til ca. 600.000. Det er i øvrigt karakteristisk, at hovedparten af befolkningstilvæksten sker i byerne. Øernes købstæder fordobler deres indbyggertal, de jyske købstæder nærmer sig tredoblingen. Af den samlede tilvækst på 1,1 mill, skete de 400.000 i landdistrikterne, 700.000 i byerne. Men ved periodens slutning boede 250.000 af landdistrikternes befolkning under bylignende forhold (i stationsbyer o. l.), medens det i 1864 kun havde været tilfældet med nogle få.

Forskydningen fra land til by står i forbindelse med erhvervsforskydningen, der i grove træk kan angives således:

| | 1864 | 1917 |
|---|------|------|
| Landbrug og fiskeri | 54 | 38 |
| Håndværk og industri | 25 | 28 |
| Handel og omsætning | 7 | 12 |
| Transport | 3 | 6 |
| Immaterielle erhverv | 5 | 5 |
| Rentenydere, m. v., pensionister, offentligt understøttede m. v. | 6 | 11 |
| | 100 | 100 |

Landbruget beskæftiger ved periodens slutning en betydelig lavere andel af befolkningen. Handel og omsætning, transport og håndværk og industri er gået frem.

Fra omkring 1825 er der tale om en stabil økonomisk vækst, der - efter landbrugskrisen i slutningen af 70'erne og 80'erne — accelererer kraftigt.

Væksten op igennem århundredet forbedrer efterhånden levevilkårene for den brede befolkning. De bedre levevilkår ytrer sig

som langsomt forbedrede boligforhold, bedre ernæring, formentlig også større personlig hygiejne. Hertil skal føjes de ganske vist endnu beskedne sociale støtteordninger, som gennemføres i løbet af det 19. århundrede: aldersunderstøttelse (påbegyndes 1891), ulykkesforsikring (påbegyndes 1898), arbejdsløshedsforsikring (stats- og kommunetilskud til anerkendte arbejdsløshedskasser fra 1907).

III. Sundhedsvæsenets udvikling fra 1915 til i dag

1. Kvalitativ udvikling

1.1. Sygehusvæsenet. (111)

Kvalitativt er sygehusvæsenets udvikling fra 1915 til i dag karakteriseret ved en stadig voksende lægelig formåen, der støtter sig til nye videnskabelige erkendelser og teknologiske fremskridt, der åbner muligheder for behandling af sygdomme, som før unddrog sig behandling, eller for forfining af tidligere behandlingsprocedurer. Fremskridtene sker først inden for kirurgien, men efter 1. verdenskrig tillige inden for den interne medicin.

I forbindelse med den generelle vækst i den lægevidenskabelige formåen står en tiltagende specialisering af de grundlæggende kliniske discipliner kirurgi og medicin, samt - senere - de tværgående diagnostiske specialer, laboratoriefagene (diagnostisk røntgen, klinisk kemi, patologisk anatomi etc.). Specialiseringen forløber ikke jævnt hele perioden igennem, men tager først for alvor fart i årene efter 2. verdenskrig. I 1937 findes 15 lægevidenskabelige specialer, medens der i perioden 1947-1972 kommer yderligere 17 til, heraf alene 13 fra 1962 til 1972.

Under udviklingen af den lægevidenskabelige formåen og faglige specialisering ændrer sygehusvæsenet karakter. Fra at være baseret på opbevaring/isolering af langtidsliggende patienter bliver det en dynamisk funktion, der indrettes til intens undersøgelse og behandling af patienter, som kun forudsættes at opholde sig kort tid i institutionen. Denne gennemgribende ændring belyses i det følgende ved udviklingen i:

Sygehussengenes fordeling på specialer
Sygehusstypernes udvikling
Sygehusbygningen

Sygehusstrukturen
Uddannelserne.

Sygehussengenes fordeling på specialer.

Tabel 2, side 199, viser sengenes fordeling på specialer i 1930, 1950 og 1970.

Antallet af sengepladser på almindelige sygehuse er steget med ca. 50 pct. fra 1930 til 1970. Målt pr. 1.000 indbyggere er senge-dækningen dog kun vokset fra 5,3 til 6,1. Den psykiatriske senge-dækning stiger endnu mindre, fra 1,9 pr. 1.000 til 2,1. Det samlede sengetal er med andre ord ikke steget meget stærkere end befolkningstilvæksten.

Derimod har antallet af specialafdelinger været stærkt voksende, og fordelingen af sengetallet på specialafdelinger er undergået en fuldstændig forandring.

Antallet af epidemisygehuse er reduceret med over $\frac{2}{3}$, og de dertil knyttede sengepladser med over halvdelen, således at denne sygehusstype nu kun beslaglægger en forsvindende del af den samlede sengemasse. De blandet medicinsk/kirurgiske sygehuses andel af sengetallet har ligeledes været konstant faldende. I 1930 fandtes over halvdelen af sengene på disse sygehuse, i 1950 kun ca. $\frac{1}{4}$ og i 1970 under 10 pct. Den stigende specialisering viser sig med andre ord både ved et stigende antal specialafdelinger og ved disses voksende del af sengemassen. Således fordobles antallet af alment medicinske og alment kirurgiske afdelinger fra 1930 til 1950, medens stigningen var ca. 60 pct. fra 1950 til 1970.

Antallet af »øvrige specialafdelinger« fordobles fra 1930 til 1950 og igen fra 1950 til 1970. Der sker såvel en stigning i antallet af specialafdelinger inden for de specialer, der allerede fandtes i 1930, som en udvidelse af

Tabel 2.
Sengepladser, fordelt på specialafdelinger, 1930, 1950 og 1970.

| | 1930 | | 1950 | | 1970 | |
|---|-------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Antal afd./sygeh. | Sengepladser | Antal afd./sygeh. | Sengepladser | Antal afd./sygeh. | Sengepladser |
| Blandet med./kir. | 105 | 10.560 | 81 | 6.306 | 40 | 2.733 |
| Almen med. | 23 | 2.644 | 52 | 6.204 | 87 | 7.584 |
| Almen kirurgi | 22 | 2.413 | 46 | 5.609 | 83 | 8.131 |
| Epidemisygehuse og afdelinger | 13 | 1.049 | 6 | 750 | 3 | 448 |
| Øvrige specialafd. | 33 | 2.066 | 111 | 6.221 | 232 | 10.927 |
| I alt somatiske sengepladser | | 18.732 | | 25.090 | | 29.823 |
| Pr. 1.000 indb. | | 5,3 | | 5,6 | | 6,1 |
| Psyk. special-sygehuse*) | 8 | 6.592 | 9 | 9.029 | 12 | 10.291 |
| Pr. 1.000 indb. | | 1,9 | | 2,1 | | 2,1 |

Kilde: Medicinalberetningerne.

*) Excl. familieplejeadsler, hvis antal har været stærkt faldende. Psykiatriske specialafdelinger på somatiske sygehuse er inkluderet i tallene for disse. De psykiatriske plejehjem, der er knyttet til de psykiatriske hospitaler, og som er vokset fra 3 i 1930 til ca. 15 i 1970, er ikke udskilt.

antallet af anerkendte specialer. I 1930 var kun ca. 10 kliniske specialer repræsenteret i sygehusvæsenet; i 1950 var der blevet 4 flere (lungemedicin, fysiurgi og neurokirurgi samt psykiatri), og i 1970 var der yderligere afdelinger i cardiologi, nefrologi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi og børnepsykiatri.

Inden for de i 1930 eksisterende specialer er f. eks. antallet af neuromedicinske afdelinger vokset fra 3 i 1930 over 7 i 1950 til 21 i 1970. I 1930 fandtes der kun 4 for øjensygdomme, i 1950 19 og i 1970 15.

Sideløbende med udviklingen i de kliniske specialer er antallet af hjælpeafdelinger (røntgen, narkose, laboratoriespecialer) især i årene efter 1950 stærkt forøget.

Ser man på specialafdelingernes sengetal, holder stigningen fra 1930 til 1950 nogenlunde trit med stigningen i antallet af afdelinger, medens sengetallet udvides langsommere end afdelingstallet i perioden 1950-1970. Den gennemsnitlige af delingsstørrelse er altså faldende.

Medens væksten i sengetallet på alment kirurgiske, alment medicinske og øvrige specialafdelinger er nogenlunde parallelt fra

1930 til 1950, er det især de øvrige specialafdelinger, der vokser fra 1950 til 1970. I 1930 beslaglagde de alment medicinsk/kirurgiske afdelinger godt 25 pct. af sengepladserne, de øvrige afdelinger godt 10 pct.; i 1950 henholdsvis knap 50 pct. og ca. 25 pct.; i 1970 godt 50 pct. og ca. 33 pct.

Sygehustypernes udvikling.

Specialiseringen bevirker en betydelig concentration af sygehusvæsenet og en ændring af den dominerende sygehustype.

Trods væksten i sengetallet reduceres antallet af sygehuse fra omkring 170 i 1930 til omkring 130 i 1970.

I 1930 var *det blandede medicinsk/kirurgiske sygehus* endnu den dominerende sygehustype, specielt uden for København og Frederiksberg, hvor $\frac{2}{3}$ af sengepladserne fandtes på sådanne sygehuse. Ca. $\frac{1}{5}$ af de 105 blandede sygehuse havde under 50 senge, gennemsnitlig størrelse var ca. 70 senge. Uden for hovedstaden eksisterede der kun 10 centralsygehuse, dvs. sygehuse med i hvert fald en kirurgisk og en medicinsk afdeling, ofte også en røntgenafdeling.

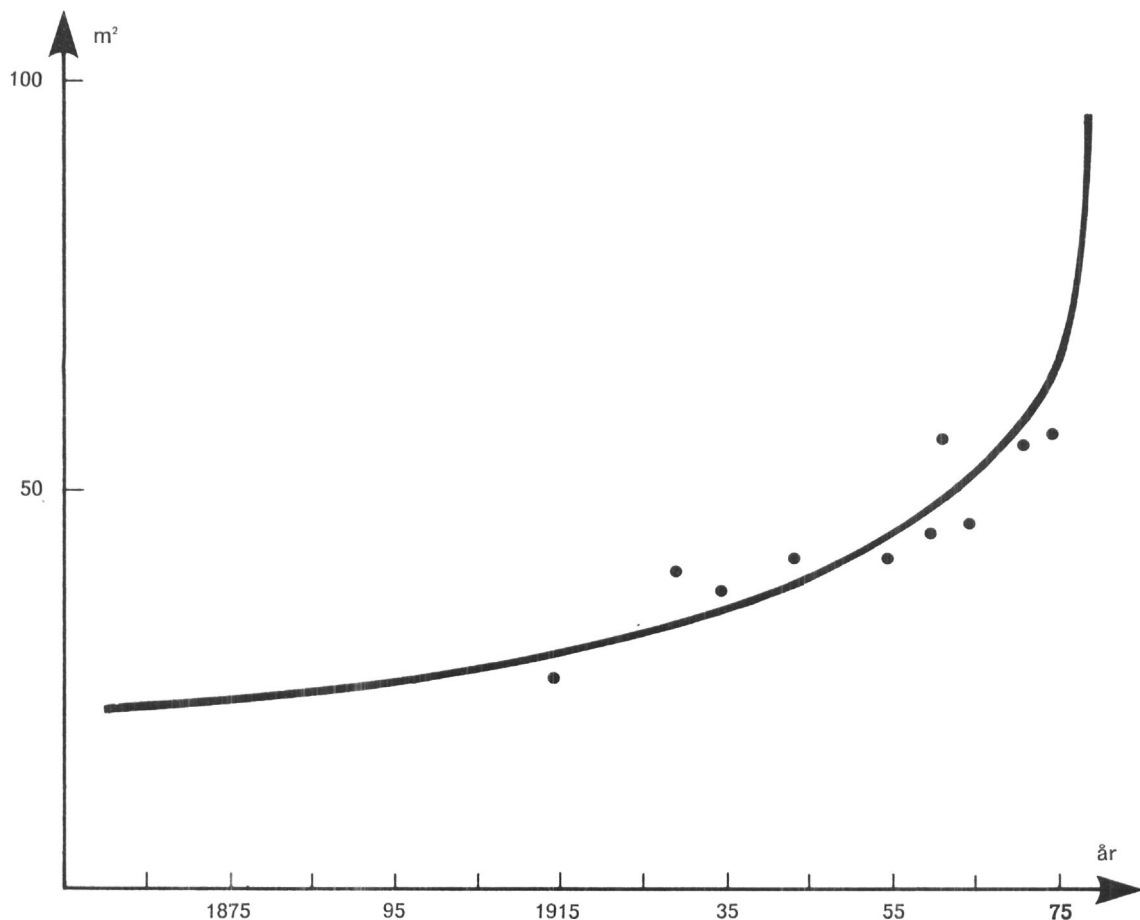
I 1950 var det *centralsygehuset*, der dominerede sygehusvæset. Uden for København/Frederiksberg var der nu 27 centralsygehuse med en gennemsnitsstørrelse på over 350 senge. I landet som helhed var der 40 større sygehuse med i alt ca. 60 pct. af sengekapaciteten. Samtidig var antallet af helt små blandede sygehuse stærkt mindsket. I 1970 fandtes over $\frac{2}{3}$ af sengepladserne på det, der i medicinalstatistikken nu hedder »sygehuse med mindst tre kliniske afdelinger«. Der var 40 sådanne sygehuse med en gennemsnitsstørrelse på over 500.

Medens der altså fra 1930-1970 både sker en udbredelse af specialafdelingerne og en nedlæggelse af mindre sygehuse, er kon-

centrationstendensen den absolut fremherskende fra 1950 til 1970. Ganske vist sker der i 50'erne stadig en specialisering af visse blandede sygehuse (der bliver til de såkaldte delte sygehuse), men delingen hører næsten op fra 1960, og udbygningen koncentrerer sig på de eksisterende centralsygehuse, der får både flere specialer og flere senge. Specielt udbygges de største centralsygehuse.

Som antydning tidligere havde udspecialiseringen - navnlig i perioden 1930-1950 - også et geografisk aspekt. Allerede i 1930 havde hovedstadsområdet (Københavns og Frederiksberg kommuner) et tidssvarende sygehusvæsen i henseende til specialisering. Derimod disponerede de fleste øvrige amter

Figur 3.
Undersøgelser-, behandlings- og sengeareal pr. seng.



Kilde: Materiale i sundhedsstyrelsen.

kun over blandede sygehuse. I 1950 var der i hvert amt mindst ét centralsygehus. Samtidig var forskellen i sengedækningen blevet noget - men ikke helt - udjævnet.

Perioden 1950-1970 er mere karakteriseret af en parallel udvikling i hele landet. Trods en betydelig befolkningsudvikling i Københavnsområdet er der dog stadig en klar forskel i sengedækningen i og uden for hovedstadsgrænsen. Dette gælder især inden for det psykiatriske speciale (2,8 senge pr. 1.000 i hovedstadsområdet, 1,8 pr. 1.000 i det øvrige land, incl. psykiatriske plejehjem og psykiatriske afdelinger på almindelige sygehuse).

*Sygehusbygningen. *)*

Specialiseringens indflydelse på sygehusenes udvikling belyses ikke blot ved ændringerne i sengefordeling og sygehus typer. Selve sygehusbygningen ændrer i betydelig grad karakter som led i denne udvikling.

Til trods for at sygehusenes sengetal har været relativt konstant gennem perioden, sker der en kraftig stigning i antallet af etagemetre pr. seng. Stigningen har været stadig tiltagende gennem årene 1863-1973 med en meget kraftig vækst i de senere år.

Denne udvikling er undersøgt ved en opmåling af en række udvalgte sygehuse fra denne periode. Der er ved udvælgelsen kun medtaget nyanlagte sygehuse, hvilket medfører, at materialet fra periodens første 50 år er noget sparsomt, men bedre for den sidste halvdel. Opmålingerne er baseret på sygehusenes størrelse i det år, de blev indviet, hvorved en række tidstypiske sygehuse skulle være repræsenteret i materialet.

Undersøgelsen er koncentreret om arealet i undersøgelses-, behandlings- og sengeafsnit.

Af figur 3, side 200, fremgår, at arealet til undersøgelses- og behandlingsafsnit samt sengeafsnit (U-B og S) var 22 m² i 1863, hvor der i 1978**) forventes ca. 90 m² pr. seng.

Samtidig viser figur 4, side 202, at det er undersøgelses- og behandlingsafsnittene, der først og fremmest lægger beslag på arealvæksten. Disse afsnits andel af arealet stiger fra ca. 20 pct. til ca. 50 pct.

De bygningsmæssige ændringer afspejler klart sygehusbygningens udvikling til at være ramme om en dynamisk funktion baseret på intens undersøgelses- og behandlingsaktivitet og hurtig udskrivning af patienterne.

Sygehusstrukturen. (112)

Med sygehusenes specialisering og væksten i den gennemsnitlige sygehusstørrelse (målt ved sengetal og arealforbrug) sker der endelig betydelige ændringer i sygehusstrukturen.

Hovedtendensen i denne udvikling er, at det mere specialiserede sygehus må dimensioneres til at betjene et større befolkningsmæssigt grundlag end det mindre specialiserede.

Som specialiseringen skrider frem, må sygehusene betjene stadig større geografiske områder og befolkningsgrundlag, fordi den specialiserede funktion forudsætter en mere selektiv fordeling af patienterne, således at der vil være forholdsvis færre patienter pr. 1.000 indbyggere til den højt specialiserede end til den lavere specialiserede funktion. Skal man opnå en rationel udnyttelse af investeringerne, af personalets viden og kunnen og af apparaturet, er en udvidelse af det område, sygehuset betjener, derfor nødvendig. Dette forhold skal tillige ses i sammenhæng med, at udspecialiseringen øger behovet for samarbejde mellem sygehusene.

Under en sygehusstruktur som den endnu forefandt ved århundredets begyndelse uden for de store byområder, hvor sygehusene i det væsentlige tjener til opbevaring/isolering af langtidspatienter, er samarbejdsbehovet mellem sygehusene ikke særligt stort. Hvert enkelt sygehus modtager et forholdsvis usorteret patientmateriale, som forbliver på sygehuset, indtil behandlingen er afsluttet (eller patienten død). Under en specialiseret sygehusstruktur, baseret på kortvarig og intens undersøgelse og behandling, vokser samarbejdsbehovet derimod i den forstand, at en rationel udnyttelse af de specialiserede funktioner kræver, at der til stadighed sker henvisning fra mindre til mere specialiseret niveau og omvendt.

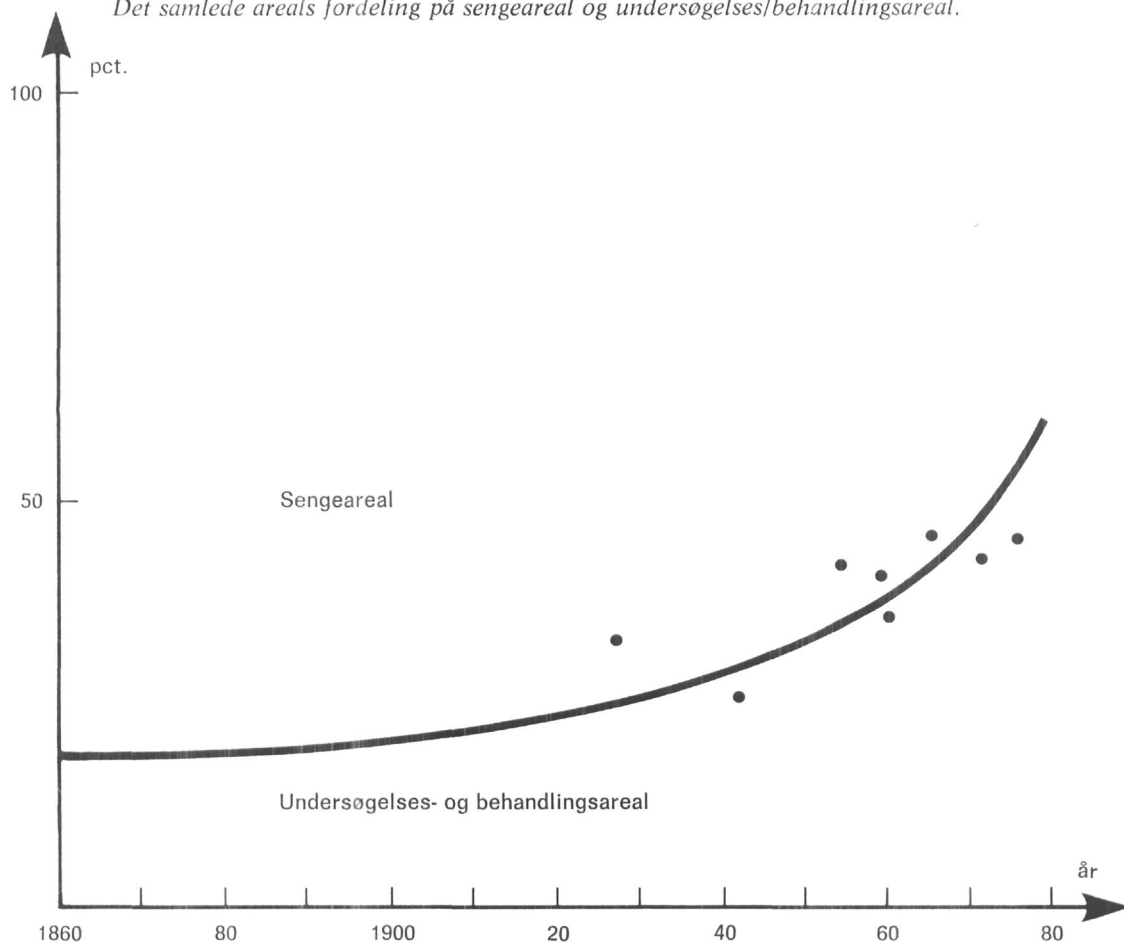
Begge disse forhold medfører, at der i løbet af perioden opstår et spændingsforhold mellem sygehusvæsenets rent funktionelle

*) Nærværende afsnit støtter sig til materiale tilvejebragt af sundhedsstyrelsens sygehusafdeling.

**) Projekter, der først påregnes færdiggjort i 1978, omfattes af figuren.

Figur 4.

Det samlede areals fordeling på sengeareal og undersøgelses/behandlingsareal.



Kilde: Materiale i sundhedsstyrelsen.

behov for udvidelse af befolkningsgrundlagene og indbyrdes samarbejde og den administrativt-politiske struktur, der danner rammen om sygehusvæsenet.

Før kommunalreformen (1. april 1970) var sygehusvæsenet som tidligere omtalt en købstadskommunal og amtskommunal opgave (hvortil kom Københavns og Frederiksberg kommuner). Der var omkring 100 sygehuskommuner, der gennemgående var små. Desuden fandtes hyppigt en bestyrelse for hvert enkelt sygehus, typisk sammensat af repræsentanter for det eller de kommunale råd, der ejede sygehuset.

Denne ledelsesstruktur tenderede mod at understrege det enkelte sygehus som en autonom enhed, en tendens der bestyrkes ved, at der typisk kun var fri indlæggelsesret for en

kommunes indbyggere på kommunens egne sygehuse.

De problemer med hensyn til visitation af patienterne og en rationel udnyttelse af ressourcerne, som den administrativt-politiske struktur gav anledning til, søgtes i perioden inden kommunalreformen navnlig løst ved fælleseje og drift af sygehuse (typisk mellem købstæder i en amtskommune og amtskommunen) eller ved overenskomster om fri indlæggelse inden for en amtskommune eller over amtsgrænserne. Ad denne vej rådedes i nogen grad bod på den risiko, som strukturen medførte for fejludvikling, navnlig ved at der skete en opbygning af konkurrerende funktioner og en mangelfuld udnyttelse af personale og apparatur.

Først ved kommunalreformen skete der

imidlertid en tilpasning af den administrative og politiske struktur til den udvikling, der havde fundet sted i sygehusstrukturen. Sygehusvæsenet blev en amtskommunal opgave, og de amtskommunale grænser droges under betydelig hensyntagen til sygehusenes behov for befolkningsgrundlag og indbyrdes samarbejde. Samtidig skete der ved § 2 i sygehusloven af 4. juni 1969 en samling af den umiddelbare sygehusforvaltning under ét sygehusudvalg, der trådte i stedet for de tidligere bestyrelser for de enkelte sygehuse, og der indførtes ét takstregulativ for hver amtskommune samt fri indlæggelsesret inden for amtskommunen, eventuelt begrænset i praksis ved geografiske optagelsesområder.

Et yderligere træk i udviklingen af sygehusstrukturen er integrationstendensen. I løbet af perioden forsvinder de tidligere specialsygehuse (for tuberkuløse, epidemiske patienter m. v.), idet de opgaver, der varetoges af disse, integreres i det almindelige sygehusvæsen. Denne udvikling følger ændringerne i sygdomsbilledet, jfr. afsnit V, side 245 ff. Desuden bortfalder efterhånden de særlige refusionsordninger, som fandtes for sådanne specialsygehuse, jfr. afsnittet om finansiering, side 230 ff.

I de senere år har der navnlig været tale om integration af ortopædiske hospitaler og afdelinger samt psykiatriske hospitaler i det almindelige sygehusvæsen. Integrationen af psykiatrien er især begrundet i den lægevidenskabelige udvikling. På den ene side har det psykiatriske speciale, bl. a. ved fremkomsten af psykofarmaka, navnlig i årene efter 2. verdenskrig gennemløbet en udvikling med øgede muligheder for effektiv behandling og hurtigere udskrivning, der har lighedspunkter med udviklingen i det almindelige sygehusvæsen. På den anden side er behovet for samarbejde mellem det psykiatriske speciale og de øvrige specialer øget stærkt. Dette er begrundelsen for overførslen 1. april 1976 af statens hospitaler for sindslidende til amtskommunerne.

Uddannelse.

Den lægevidenskabelige og teknologiske udvikling påvirker endelig i væsentlig grad det sæt af sundhedsuddannelser, der etableres bl. a. med henblik på funktion i sygehusvæsenet.

For det første må uddannelserne indholds-

mæssigt som en løbende proces tilpasse sig udviklingen, hvilket for mange uddannelser har medført en betragtelig forlængelse af uddannelsesforløbet. Hertil kommer, at adskillige uddannelser har skiftet karakter fra at være lærlinguddannelser, hvor oplæringen foregår udelukkende gennem en elevansættelse i sygehusvæsenet, til i større eller mindre grad at foregå på egentlige skoler, der dog i et vist omfang etableres i tilknytning til sygehusvæsenet. Også den oplæring, der foregår direkte på sygehusafdelingerne, skifter karakter gennem faste regler for de processer, der skal indlæres og gennem ansættelse af instruktører, hvis opgaver udelukkende eller fortrinsvis er undervisning.

For det andet har udviklingen medført, at en lang række funktioner i sygehusvæsenet, der tidligere blev varetaget af uddannet eller tillært personale, i dag varetages af personale med en formaliseret uddannelse. Som typisk eksempel kan nævnes hospitalslaboranter, som indtil midten af 1940'erne var helt uden generelt formaliserede uddannelsesmuligheder, og for hvilke der først i 1958 blev etableret en egentlig 3-årig grunduddannelse, samt sygehjælpere, der oprindeligt var ufaglært medhjælp i sygeplejen, men som i 1960 opnåede en 1-årig grunduddannelse.

Endelig har sygehusvæsenets tiltagende funktionsspecialisering medført krav om stadig mere specialiserede uddannelser i form af specialiserede overbygninger på eksisterende grunduddannelser (f. eks. anæstesisygeplejersker). Hertil kommer, at der har været en tendens til, at etablering af nye lægelige specialer har medført krav om nye uddannelser på det ikke-akademiske niveau.

1.2. Sygekasserne. (106, 113)

I hele perioden spiller sygekasserne - og det offentlige indstilling til kasserne - en væsentlig rolle for udviklingen i sundhedsvæsenet uden for sygehusene. Der gives derfor først en fremstilling af kassernes udvikling, hvorefter der gøres enkelte bemærkninger om udviklingen i øvrigt.

Den første sygekasselov (1892) må betragtes som et kompromis mellem et i det væsentlige liberalistisk samfund og et ønske om på et sådant samfunds betingelser at lade det offentlige bidrage til at forbedre mindre-bemidlede borgeres adgang til bistand fra et

sundhedsvæsen. Det liberalistiske islæt i 1892-loven kom især til udtryk i forsikringsprincippet og frivillighedsprincippet.

Hovedtendensen i sygekassernes udvikling op igennem århundredet er, at begge principper efterhånden mister deres betydning som grundlag for kassernes finansiering, udbud af ydelser og medlemsoptagelse. Ad lovgivningsvejen regulerer staten, hvilke ydelser kasserne skal og kan stille til rådighed, den griber ind i medlemsoptagelsen, og gennem tilskudspolitikken påvirker den udbudet af ydelser samtidig med, at staten ad denne vej bidrager til at holde kontingentbetalingen nede. Som et resultat heraf går kasserne gradvist over til at blive en del af et egentligt offentligt sundhedsvæsen uden for sygehusene, en udvikling, der fuldbyrdes ved sygesikringsreformen i 1973, da frivillighedsprincippet endeligt afløses af obligatorisk sygesikring for alle borgere, finansieret over skatterne.

Hovedbestanddelene i statens politik over for sygekasserne har således i perioden været:

1. At påvirke kasserne til at stille et forsvarligt udbud af ydelser til rådighed for medlemmerne,
2. At gøre kasserne så omfattende som muligt i henseende til medlemstal og
3. At holde kontingentbetalingen på et rimeligt niveau af hensyn til ordningens sociale sigte.

Udbudet af ydelser.

Udviklingen i kassernes ydelser præges af en betydelig udvidelse samtidig med, at flere ydelser bliver obligatoriske for kasserne. Sideløbende hermed udvides statens tilskud til kasserne. Indførelse af statstilskud til nye ydelser sker dog ikke altid samtidig med, at ydelserne gøres obligatoriske. F. eks. indgik allerede fra 1921 også de frivillige ydelser (medicin, tandpleje etc.) i beregningsgrundlaget for statstilskuddet.

Nedenstående oversigt viser tidspunktet for indførelsen af de forskellige obligatoriske ydelser. Oversigten kommenteres nedenfor for så vidt angår speciallægehjælp. Oversigten viser alene det tidspunkt, da ydelsen indføres som obligatorisk. Variationer i ydelsens omfang fremgår således ikke (eksempelvis ikke de betydelige ændringer i medicin- og tandplejeydelserne).

| | | | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------|
| | Almen lægehjælp | } 1892 | |
| | Sygehusbehandling | | |
| | Dagpenge | | |
| | Barselshjælp | 1915 | |
| | Medicin | 1933 | |
| | Hjemmesygepleje | 1957 | |
| | Speciallægehjælp | 1960 | |
| | Tandpleje | 1965 | |
| Syge- sikringen | { | Fysiurgisk behandling | } 1973 |
| | | Briller, bandager o. l. | |
| | | Kiropraktisk behandling | |

Speciallægehjælp.

Først sent - ved sygeforsikringsloven i 1960 - bliver speciallægehjælp en obligatorisk ydelse, og der gives 14 statstilskud hertil. Efter 1960-loven var det dog overladt til den enkelte kasses vedtægt at fastlægge omfanget af ydelsen. Ved en lovændring i 1963 forhøjes statstilskuddet til $\frac{3}{4}$.

Begrundelsen for, at speciallægehjælp i praksis sent blev en obligatorisk ydelse, skal bl. a. søges i, at sygekassernes medlemmer modtog speciallægehjælp på sygehusene, oven i købet på vilkår, der økonomisk var gunstige for kasserne, idet allerede 1892-loven, som nævnt side 194, fastslog, at medlemmerne skulle have adgang til sygehusbehandling til højst halvdelen af sædvanlig takst. Med taksternes svingende dækning af udgifterne, jfr. afsnittet om finansiering, side 230 ff., blev denne bestemmelse mere og mere favorabel for sygekasserne, samtidig med at den indebar et voksende kommunalt tilskud til kassernes finansiering, der kunne bidrage til at holde kontingenterne nede eller udvide kredsen af ydelser. Denne udvikling bestyrkedes ved, at folkesikringsloven af 1933 bestemte, at princippet om højst halv betaling af sygehustakst tillige skulle omfatte ambulante undersøgelse og behandling, en bestemmelse, der fik tiltagende betydning, efterhånden som sygehusenes ambulante virksomhed udbyggedes. Endvidere skete der ved sygehusene en udbygning af den i afsnit II omtalte polikliniske virksomhed, som stod åben for kassernes medlemmer (og for den del af befolkningen, som ikke havde råd til at være medlemmer). Endnu i 1956 var der ved Københavns kommunes sygehuse således tale om behandling af ca. 45.000 nye patienter pr. år. Medtages de øvrige hospitaler i København - herunder Rigshospitalet -

var antallet af nye patienter, som modtog behandling på poliklinik, omkring 100.000.

Disse sygekasseøkonomiske hensyn gav sig dels udslag i, at der kun afsluttedes overenskomster inden for en ret begrænset kreds af specialer, dels i en vis begrænsning af den mængde speciallægehjælp, der kunne ydes det enkelte medlem eller rekvireres af den enkelte almenlæge.

Allerede forholdsvis tidligt blev der dog i København indgået overenskomst med specialerne, øre-, næse-, halslæger og øjenlæger (senere også speciallæger i fysiurgi). I 1926-overenskomsten blev sygekassemedlemmernes ret til speciallægehjælp inden for alle specialer aftalt, dog kun efter henvisning fra patientens sædvanlige læge. Indtil lov om offentlig sygesikring trådte i kraft, havde København en særlig ordning for specialerne bortset fra øjenlæger, øre-, næse-, halslæger og fysurger, der honoreredes efter takst I: den såkaldte specialistfondsordning. Sygekasserne betalte specialistbehandlingen med et bestemt beløb pr. ydelse, men midlerne til dækning af disse ydelser begrænsedes ved, at kasserne afsatte et vist beløb om året pr. medlem til en specialistfond.

Uden for hovedstaden var — og er — dækningen med speciallæger væsentlig ringere, og overenskomstindgåelse om specialisthøjelp begrænsedes derfor til de mest udbredte specialer (øre-, næse- og halslæger samt hudlæger). Også her indførtes der begrænsninger i antallet af speciallægekonsultationer, som sygekasserne ydede refusion til. Alt i alt var det således kun de lidet apparaturkrævende specialer, der før 1961 havde vundet udbredelse i hele landet. Og de praktiserende speciallæger har altid været meget ujævnt geografisk fordelt. Endnu i 1968 var der i det dårligst forsynede amt kun 0,12 speciallæger pr. 10.000 indbyggere (Thisted) mod 2,59 i det bedst forsynede område (København + Frederiksberg).

De hensyn af styringsmæssig art, som lå bag introduktionen af speciallægehøjelp som obligatorisk ydelse i 1960 og bag forhøjelsen af statstilskudet i 1963, omtales nedenfor i afsnittet om styring, side 235 ff.

Sygekassernes medlemskreds.

Ved gennemførelsen af sygekasseloven af 1892 udgjorde sygekassernes nydende medlemmer ca. 8 pct. af befolkningen, i 1972 ca. 90 pct., jfr. følgende oversigt.

Sygekassernes nydende medlemmer i procent af befolkningstallet:

| | |
|-------------|-----------|
| 1893: | 7,9 pct. |
| 1890: | |
| 1910: | 30,0 pct. |
| 1920: | 49,1 pct. |
| 1930: | 53,1 pct. |
| 1940: | 66,0 pct. |
| 1950: | 77,0 pct. |
| 1960: | 87,6 pct. |
| 1972: | 89,7 pct. |

En væsentlig del af forklaringen på stigningen i medlemskredsen ligger i den regulering af optagelsesbetingelserne, der fandt sted i perioden. Helt frem til sygeforsikringsloven af 1960 var det ganske vist en betingelse for optagelse i en sygekasse, at den pågældende var »ubemidlet«. Allerede i 1915 blev de økonomiske betingelser for optagelse imidlertid fastlagt således, at alle med en indtægt under den normale størstedtægt inden for arbejderklassen kunne optages.

Også helbreds-betingelserne for optagelse blev slækket. Således gives f. eks. kronisk syge adgang til medlemskab (1921). Det var dog kun de kronisk syge, der var arbejdsføre, som kunne optages. Sygekassernes merudgifter til kronisk syge blev dækket af stat og kommune med over halvdelen.

I forbindelse med socialreformen i 1933 vedtoges folkeforsikringsloven, der indeholdt sygeforsikringsreglerne sammen med reglerne om invalide- og aldersrente. Ved denne lov blev medlemskab af en sygekasse eller fortsættelseskasse obligatorisk. Ganske vist var i almindelighed kun bidragydende medlemskab obligatorisk, men alle, der modtog alders- eller invaliderente, havde pligt til nydende medlemskab. Bidragydende medlemskab gav ikke adgang til sygekassens ydelser, men kun til overførsel som nydende uden helbreds vurdering (men med karenstid). Loven forøgede sygekassernes medlemstal med 369.000, hvoraf 200.000 havde indmeldt sig som bidragydende medlemmer. Fortsættelsesygekasserne nød også godt af loven: deres medlemstal steg med 100.000. Disse kassers medlemmer blev fritaget for at være bidragydende medlemmer af sygekasserne.

Den næste store udvidelse af medlemstallet skete ved sygeforsikringsloven i 1960. Sygekassegrænsen flyttede nu ind i sygekasserne, der oprettede B-afdelinger for bemidlede. Disse afdelinger fik 225.000 medlemmer. Af stor vigtighed var, at de særlige betingelser for optagelse i sygekasse faldt væk. Sondringen mellem nydende og bidragydende medlemskab opretholdtes. Gennemførelsen af sygesikringsloven af 1973 var det sidste skridt i udvidelsen af de sikredes antal. Loven ophæver sondringen mellem nydende og bidragydende medlemmer. Adgangen til tilskudsberetigede ydelser i sygdomstilfælde står herefter automatisk åben for hele befolkningen.

Med udvidelsen af sygekassernes medlemskreds udover, hvad der måtte anses for be-

grundet i opbygningen af en socialt betinget forsikringsordning, måtte tillige rejse sig det spørgsmål, om medlemmerne uanset økonomisk trang skulle have adgang til ydelserne på samme økonomiske vilkår (til samme pris). Spørgsmålet gjordes flere gange til genstand for kommissionsbehandling, og lægeorganisationerne stod længe på det standpunkt, at overenskomsterne med sygekasserne kun burde omfatte dem, for hvem der forelå et socialt behov (A-medlemmer). Efter sygeforsikringsloven af 1960 var kassernes refusion til B-medlemmer derfor mindre end til A-medlemmer. Sygesikringsloven af 1973, der erstattede sygekasserne med en offentlig administreret sygesikring, opretholdt en indtægtsgrænse som afgørende for tilknytningen til sygesikringsgruppe 1 og 2, uanset at ydelserne nu finansieredes ved den almindelige beskatning og ikke ved kontingenter. Denne bortfaldt ved en ændring af loven, idet der pr. 1. april 1976 indførtes valgfrihed mellem gruppe 1 og 2-sikring. Synspunktet om et socialt behov måtte forekomme mindre relevant, når sygesikringen omfattede hele befolkningen. Uanset valgfriheden kan det dog hævdes, at der stadig består en vis socialt begrundet forskelsbehandling af borgerne i relation navnlig til sygesikringens speciallægehjælp. Alt andet lige må man antage, at det vil være de mere velstillede, der vil vælge gruppe 2-sikring, og for denne gruppe står adgangen til speciallægehjælp fortsat åben uden henvisning fra alment praktiserende læge.

1.3. Udviklingen i øvrigt.

Almen lægepraksis.

Oplysningerne om udviklingen i almen lægepraksis er særdeles sparsomme. Der savnes navnlig oplysninger om så grundlæggende forhold som udviklingen i sygdomsmønstret, antal patienter, behandlinger m. v. De enkeltstående undersøgelser, som foreligger, tillader næppe videregående slutninger, bl.a. fordi de ofte vedrører geografisk begrænsede områder og tillige ikke gør det muligt at følge udviklingen i samspillet mellem almen praksis og de øvrige dele af sundhedsvæsenet og tilgrænsende sociale områder.

Man er derfor henvist til at tegne et billede af udviklingen på grundlag af formodninger fra kendte fakta. På dette grundlag må man antage, at den alment praktiserende

læges funktion som visitator og koordinator er øget i betydning i perioden i takt med udviklingen af sygehusvæsenet, det øvrige sundhedsvæsen uden for sygehusene samt tilgrænsende sociale områder. Den alment praktiserende læge bliver den centralt placerede medicinalperson, hvis henvisning er nødvendig for adgangen til sygehusbehandling og - for gruppe 1-sikrede - gratis speciallægehjælp, hjemmesygepleje, en række sociale ydelser osv. Med udbygningen af behandlingsmulighederne inden for disse sektorer vokser betydningen af almenlægens koordination af et differentieret sæt af ydelser i relation til patientens behov.

I hvilket omfang væksten i disse opgaver indebærer en tilbagegang i almenlægens egen undersøgelses- og behandlingsvirksomhed lader sig ikke vurdere af mangel på ovennævnte grundlæggende oplysninger. Udviklingen i den medikamentelle behandling har formentlig øget praksislægens behandlingsmuligheder, ligesom øgede muligheder for undersøgelse med bistand fra sygehusvæsenet kan have trukket i samme retning. Omvendt har udbygningen af skadestuer, poliklinikker og anden ambulansesygehusfunktion formentlig trukket arbejdsopgaver — navnlig af kirurgisk art — fra almenlæger over i sygehusvæsenet, og udbygningen af speciallægebetjeningen fra 1960'ernes begyndelse kan have bestyrket denne tendens.

Der foreligger således i dag ingen muligheder for at give et blot nogenlunde dækkende billede af udviklingsforløbet i arbejdsopgaverne i almen praksis. Rent organisatorisk forbliver almenlægens stilling i store træk uændret perioden igennem. Almenlægevirksomhed forbliver et liberalt erhverv.

Det er dog bemærkelsesværdigt, at der allerede i 1926 etableredes en særlig organisation og styring af lægebetjeningen i Københavnsområdet, der nærmer sig et egentligt ansættelsesforhold mellem den enkelte læge og sygekassen. Området deltes op i 14 storkredse, mellem hvis læger sygekassemedlemmerne kunne vælge. Samtidig tilstræbtes dengang en praksisfordeling svarende til én læge med sygekassepraksis for hver 1.500 medlemmer (excl. fortsættelsessygekassemedlemmer). Ordningen styredes gennem ansættelsesfunktionen, der lå hos de samvirkende sygekasser. Lægernes indflydelse på ordningen kanaliseredes gennem et udvalg, der afgav indstilling i ansættelsessager. Ud-

valget var sammensat af repræsentanter for de samvirkende sygekasser, sygekasselægerne organisation og Københavns lægeforening. Indførelsen af denne særlige ordning for København skyldes formentlig, at hovedstaden tiltrak så mange læger, at udbudet oversteg efterspørgslen, og at lægernes mulighed for at opnå et acceptabelt indtjeningsniveau derfor måtte forudsætte en regulering af praksisetablering omfattende alle sygekasselæger i hovedstaden. For Københavns-området læger kan man for så vidt tale om et ansættelsesforhold, der modsvares af, at man anvender takst I som honoreringsform, dvs. at der ydes vedkommende læge et fast årligt honorar pr. patient.

I det øvrige land afløstes de hidtidige landsdelsoverenskomster i 1961 af en landsoverenskomst, der med de ændringer, som følger af sygesikringsloven, stadig danner grundlag for den gældende overenskomst. Landsdelsoverenskomsterne indeholdt bestemmelser om takst I og takst II honoreringsformer sideløbende (takst II: honorering pr. ydelse). Takst I-systemet blev i hovedsagen anvendt i kommuner med bymæssige bebyggelser samt visse landkommuner. Det var således først i 1961, at man for det øvrige land gik over til den nuværende takst III-ordning, der er en kombination af takst I og takst II. Om noget ansættelsesforhold har der ikke været tale.

Almenlægens stilling som familielæge opretholdes i store træk perioden igennem. Vagtlægebetjening udført af ikke-almene praktiserende læger og etableringen af samarbejdspraksis kan dog indebære en vis udhuling af princippet. I samme retning kan trække ændringerne i familiemønstrer, bl. a. som følge af kvindernes hyppigere erhvervsarbejde og institutionaliseringen af børneoplysningen samt befolkningens øgede mobilitet. Selv om familielægeprincippet - i det mindste i teorien - yderligere svækkes ved etableringen af forskellige offentlige sundhedsordninger (f. eks. poliklinikker og forebyggende sundhedsordninger), så må man dog antage, at familielægeordningen i store træk stadig er grundlaget for forholdet almenlæge-patient.

Lægernes egen organisationsform er længe uændret, idet enkeltmandspraksis forblev dominerende indtil midten af 1960'erne. Forskellige former for samarbejdspraksis dukkede imidlertid op i tiden efter 2. verdenskrig, især fordi tilgangen af nye læger til almenpraksis daledede. I slutningen af 1950'erne arbejdede ca. 1/2 af de praktiserende læger i dag virker i samarbejdspraksis (se kapitel I, side 90).

Andre sundhedsordninger.

Hjemmesygeplejerskens virksomhed (114) bestod ved periodens begyndelse væsentligst i sengepleje af langvarigt og kronisk syge. Hjemmesygeplejersken deltog også ofte i det huslige arbejde under husmoderens sygdom. I takt med udbygningen af sygehusvæsenet, der muliggjorde hospitalisering af meget svage patienter, ændres hjemmesygeplejerskens opgaver betydeligt. Andre årsager hertil er ændrede behandlingsmetoder (især kemoterapi), indførelse af hjemmehjælp (husmoderafløsning) samt den tiltagende motorisering. Den første lovregulering af hjemmesygeplejers forhold blev givet i forbindelse med socialreformen i 1933. Det fremhævedes udtrykkeligt i lovtæksten (forsorgsloven), at kommunen især bør stille hjemmesygepleje til rådighed, hvor sygehusindlæggelse i så fald kan undgås.

Den store stigning i institutionsfødslerne andel af de samlede fødsler har haft betydelig indflydelse på *jordemoderens* virksomhed, se kapitel I, side 77. Også den voksende forståelse for forebyggende foranstaltninger kom til at spille ind på jordemoderens opgaver.

Især i perioden 1930-1950 vedtoges en række *love med forebyggende sigte*, f. eks. om sundhedsplejerskeordninger, børnevaccinationer, helbredsundersøgelser af gravide kvinder, skolelægeordning osv. Gennemførelsen af disse forebyggende foranstaltninger baseredes ofte på konkrete forsøgsarbejder i marken.

Sundhedsplejerskeordningen startede således i tre forskellige distrikter her i landet som forsøg, der var iværksat på sundhedsstyrelsens foranledning i samarbejde med Rockefeller Foundation. Begrundelsen for, at dette arbejde blev taget op, var, at dødeligheden i første leveår her i landet igennem en længere årrække var ret betydelig sammenlignet med dødeligheden i adskillige andre lande og - ligeledes i modsætning til dødeligheden i disse andre lande - havde holdt sig konstant uden tendens til nedgang.

Der sker i perioden et markant skift i tilrettelæggelsen af de fleste forebyggende foranstaltninger: i begyndelsen er foranstaltningerne i høj grad regelbundne (f. eks. et bestemt antal undersøgelser af børn på bestemte klassetrin), men i de seneste år er flere af disse love revideret med henblik på at muliggøre en tilrettelæggelse ud fra behovsprægede synspunkter. Disse opgaver blev ikke taget op af sygekasserne, men af

offentlige organer. Den formelle begrundelse for dette var, at lovgivningen alene pålagde sygekasserne at yde bistand »i sygdomstilfælde«. Men det har formentlig også spillet ind, at sygekasserne ikke mente, at forståelsen for de forebyggende foranstaltninger var så udbredt, at medlemmerne kunne acceptere den præmieforhøjelse, som ville blive følgen af kassernes varetagelse af disse opgaver. Forsikringsprincippet blev således tidligt opgivet for disse foranstaltninger og erstattet af den anskuelse, at det af sundhedspolitiske årsager var nødvendigt, at de forebyggende foranstaltninger blev stillet vederlagsfrit til rådighed for alle.

Enkelte sociale foranstaltninger.

I perioden gennemføres en række sociale foranstaltninger, der i et vist omfang substituerer eller supplerer ydelser fra sundhedsvæsenet. Dette gælder f. eks. for revalidering, mødrehjælp, udbygning af reglerne om sygedagpenge, alderdoms- og plejehjem etc.

Frem til i dag præges udviklingen især af en udvidelse af ydelsernes omfang og de berettigedes kreds. I 1921 gennemførtes en invalideforsikringslov. Den skønsmæssige tildeling af alderdomsunderstøttelse afløstes i 1922 af en aldersrente, og udviklingen hen mod et retsprincip blev et af de grundlæggende elementer i socialreformen af 1933. Af væsentligere lovgivningsinitiativer siden da kan nævnes lov om invalide- og folkepension (1960), lov om offentlig forsorg (1961), lov om tillægspensionsordning for lønmodtagere (1964), lov om omsorg for invalide- og folkepensionister (1964) osv. Endelig må lovgivningskomplekset omkring socialreformen fra begyndelsen af 1970'erne nævnes som en i hovedsagen administrativ reform.

I den følgende fremstilling omtales mere indgående udviklingen i den institutionsmæssige ældreomsorg samt dagpengesystemet.

Udviklingen i *ældreomsorgen* præges af en omfattende specialisering i den institutionsmæssige omsorg sideløbende med en udbygning af de foranstaltninger, der sigter på at sætte de ældre i stand til at forblive læn- gere i eget hjem.

Fattiggårdenes - og fra 1891 (lov om alderdomsunderstøttelse) alderdomshjemmenes — hovedsigte var oprindeligt at sikre de

ubemidlede ældre en bolig. Plejeopgaven var i begyndelsen af et særdeles beskedent omfang. Op til i dag udvikledes med basis i alderdomshjemmet en række forskellige bolig- og institutionstyper, der spænder fra boligen uden nogen form for pleje (aldersrentenyderbolig) til institutioner med funktioner, der er meget lig sygehusvæsenets (f. eks. geriatrike plejehjemsafdelinger).

Efter lov om offentlig forsorg af 1933 kunne socialministeren - for landkommuner amtsrådet - pålægge kommunalbestyrelsen i kommuner med over 4.000 indbyggere at opføre eller indrette et alderdomshjem »til optagelse af de personer, der nyder aldersrente, men som er så gamle, svagelige eller svækkede, at de ikke kan bo for sig selv eller anbringes i privat pleje«. Til alderdomshjemmene skulle knyttes en sygeafdeling eller sygestue, beregnet på de af hjemmets beboere, der har behov for egentlig sygebehandling, men som ikke egner sig til indlæggelse på hospital eller på amtsplejestiftelser for kronisk syge.

Efter forsorgsloven af 1933 kunne der indrettes plejestiftelser i en amtskommune eller en kommune. Såfremt socialministeren skønnede, at forsorgen for kronisk syge ikke var forsvarlig, kunne ministeren påbyde, at der blev truffet de nødvendige foranstaltninger.

Disse stiftelser var beregnet til at modtage kronisk syge eller invalider, »som er for besværlige at pleje i et hjem, alderdomshjem eller en arbejdsanstalts sygeafdeling, og som på den anden side ikke anses for egnet til behandling på et almindeligt sygehus. . . .«. For både alderdomshjem og plejestiftelser for kronisk syge indeholdt loven hjemmel for, at kommunerne — for landkommunerne med godkendelse af amtsrådet og for de øvrige kommuner med godkendelse af socialministeren - kunne indgå overenskomst med private hjem. Alderdomshjemmenes sygeafdelinger fik et ret betydeligt omfang, således var ca. $\frac{1}{5}$ af alderdomshjemmenes pladser i 1938 indrettet for syge (115).

Antallet af hjem var på grund af det voksende behov ikke tilstrækkeligt, navnlig for så vidt angår pladser på plejehjem. Kommunerne benyttede i vidt omfang private plejehjem, antagelig af økonomiske grunde.

Psykiatriske plejehjem etableredes enten i tilknytning til psykiatriske hospitaler eller oprettedes i henhold til omsorgsloven (116).

Sideløbende med udbygningen af ældreomsorgens institutioner udbygges en række foranstaltninger, der sigter på at sætte de ældre i stand til at blive i eget hjem længere end ellers; det drejer sig navnlig om hjemmehjælp, hjemmesygepleje, dagcentre etc.

De forskellige foranstaltninger for ældre må ses som udsprunget af en forpligtelse til en forsorg, som går ud over at sikre deres tilværelse økonomisk gennem en social pension. Herved imødekom man også et ønske om aflastning af sygehusvæsenet, hvilket synspunkt kom frem ved behandlingen i folketinget af omsorgsloven af 1964. Det blev herunder udtalt: »Såfremt hjemmenes indretning og personalets uddannelse sætter hjemmene i stand til at modtage personer med stort plejebehov, vil dette kunne medføre en betydelig aflastning af landets sygehuse, således at disse i højere grad kan beskæftige sig med behandling af akutte sygdomstilfælde« (117).

Da udgangspunktet for forpligtelsen i ældreomsorgen således har været en anden end sygehusvæsenets, er der betydelige forskelle med hensyn til den politisk-administrative struktur.

Både den institutionsmæssige og ikke-institutionsmæssige ældreomsorg har gennem hele perioden i det store og hele været en forpligtelse for primærkommunerne. Med hensyn til plejehjem har kommunerne delvis opfyldt forpligtelsen ved at indgå overenskomster med et betydeligt antal privat drevne hjem.

Enkelte kommuner har efter reglerne i omsorgsloven som plejehjem drevet nogle institutioner, der ikke som hjemmene skulle optage personer, der selv med bistand ikke længere kunne være i eget hjem, men som blev optaget med henblik på behandling. Disse såkaldte geriatriske afdelinger kan imidlertid ikke siges at høre under omsorgsloven, men må betragtes som langtidsbehandlingsafdelinger. Indenrigsministeriet har derfor i 1974 henstillet, at »amtsråd og byråd på de steder, hvor der drives særlige geriatriske afdelinger, tager skridt til, at disse afdelinger kan integreres i det almindelige amtskommunale sygehusvæsen« (118).

Visitationen til alderdoms- og plejehjem og til sygehuse har gennem hele perioden været knyttet til de regie, der havde det politisk-administrative ansvar for foranstaltningerne.

Substitutionsforholdet mellem den institutionsmæssige ældreomsorg og sygehusvæsenet gjorde det ønskeligt at sikre en vis koordination, hvilket navnlig får betydning, hvor der etableres et samarbejde mellem langtidsbehandlingsafdelingerne under sygehusvæsenet, herunder de geriatriske afdelinger, som forventes overført til sygehusvæsenet. Omsorgsloven af 1964 åbnede mulighed for nedsættelse af amtsplejeudvalg til at være rådgivende for kommunalbestyrelserne med hensyn til visitationen til plejehjem, og efter loven om social bistand, der trådte i kraft den 1. april 1976, skal der normalt indhentes en udtalelse fra et sådant amtsrådets nedsat udvalg, som skal have repræsentanter for amtskommunens socialcenter og sygehusvæsen - fortrinsvis en afdeling for medicinsk langtidsbehandling - samt embedslægevæsenet.

Efter sygekasseloven af 1892 skulle sygekasserne give adgang til sikring af dagpenge, der ikke måtte overstige $\frac{2}{3}$ af arbejdslønnen, og mindst skulle være 40 øre daglig. Ved sygekasseloven af 1915 blev maksimumbeløbet fastsat til 3 kr. pr. dag, og ved en lovændring i 1921 blev maksimum hævet til 6 kr.

Ved folkeforsikringsloven af 1933 skete der ingen ændringer i dagpengesikringen. I 1956 blev der mellem hovedorganisationerne indgået en sygelønsordning. Dagpengene blev udbetalt gennem sygekasserne og finansieret ved bidrag fra arbejdsgiverne og lønmodtagerne. Endelig blev der ved gennemførelsen af sygeforsikringsloven, lov nr. 169 af 31. maj 1961, for lønmodtagerne indført en obligatorisk dagpengeordning.

Dækningsgraden efter sygeforsikringslovens regler var på $\frac{4}{5}$ af den sygemeldtes sædvanlige arbejdsindtægt inden for den sidste uge før sygemeldingen. Derudover var dagpengeudbetalingen begrænset til den til enhver tid gældende højeste dagpengesats pr. dag. Der var endvidere en karenstid på 6 dage.

Efter sygeforsikringsloven var der ved lovens ikrafttræden en varighedsbegrænsning på 156 dage (26 uger) i løbet af 12 på hinanden følgende måneder, og derudover kunne der højst udbetales dagpenge i 468 dage i 3 på hinanden følgende år. Denne bestemmelse blev senere ændret til 312 dage inden for 24 på hinanden følgende måneder.

Lønarbejdere, der var nydende medlem-

mer af en statsanerkendt sygekasse, og som ikke var berettiget til løn under sygdom, var dagpengeberettiget. Derudover var der for selvstændige og husmødre mulighed for at tegne en frivillig forsikring.

Den første lov om forsikring mod følger af ulykkestilfælde kom i 1898. Fra 1. april 1973 blev reglerne om dagpenge taget ud af ulykkesforsikringsloven og overført til lov nr. 262 af 7. juni 1972 om dagpenge ved sygdom eller fødsel. Generelt var dagpengesikringen ved ulykkestilfælde bedre end dagpenge ved sygdom indtil 1973.

Ved gennemførelse af dagpengeloven, der trådte i kraft den 1. april 1973, skete der en forbedring af dækningsgraden, og opdelingen mellem forsørgere og ikke-forsørgere blev ophævet, ligesom alderen- ikke længere har betydning for dagpengehjælpen. Karenstiden blev ophævet, således at der nu udbetales dagpenge fra 1. hele fraværsdag.

Dagpengene bliver beregnet for en uge ad gangen med en dækningsgrad på 90 pct. Indtægten, som dagpengene beregnes på grundlag af, er i arbejdsgiverperioden (de første 5 uger) lønmodtagerens gennemsnitlige ugentlige lønindtægt hos arbejdsgiveren i de sidste 4 uger før sygdommens indtræden. Efter 5-ugersperioden beregnes dagpengene normalt på grundlag af sidste års indtægt, der reguleres pr. 1. april og 1. oktober efter lønudviklingen i samfundet.

Lønmodtageren har ret til dagpenge fra arbejdsgiveren i de første 5 uger, og har derefter ret til dagpenge fra kommunen. Hvis arbejdsgiveren efter anden lovgivning er forpligtet til at udbetale fuld løn under sygdom, har arbejdsgiveren ret til at få udbetalt sikredes dagpenge (refusion). Arbejdsgiveren kan under visse betingelser frigøre sig fra betaling af dagpenge ved at tegne forsikring. Dagpenge udbetales da af kommunen.

Selvstændige (herunder medhjælpende hustruer) har efter 5 ugers sygdom ret til dagpenge fra kommunen, og har mulighed for at tegne en frivillig forsikring for de første 5 uger mod betaling af særskilt bidrag.

Personer, der udfører husligt arbejde i eget hjem for mindst 1 person ud over sig selv, kan tegne frivillig forsikring, idet der dog her er en uges ventetid.

Efter dagpengeloven er der ingen generel varighedsbegrænsning, men alene en varighedsbegrænsning for pensionister på 13 uger inden for de sidste 12 kalendermåneder. Det

socialt udvalg er dog forpligtet til at tage spørgsmålet om fortsat ydelse af dagpenge op efter hver 3. måned med henblik på at yde anden hjælp end dagpenge.

2. Kvantitativ udvikling

2.1. Sygehusvæsenet - Ydelser.

Det almindelige sygehusvæsen. (119)

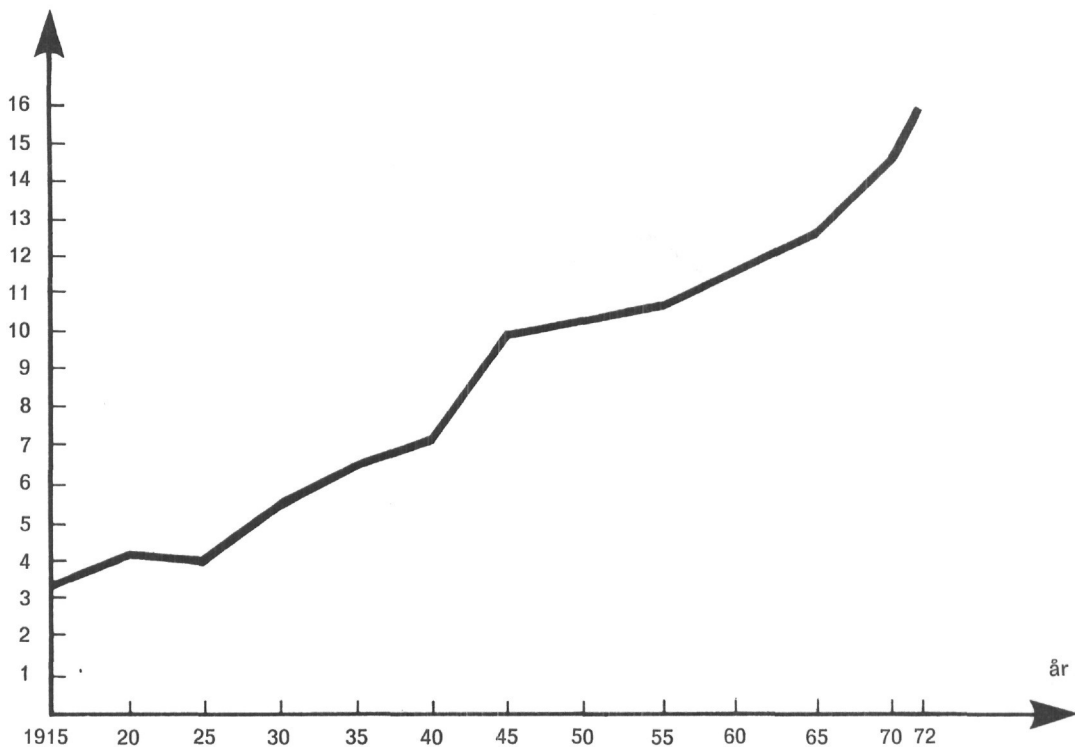
I perioden 1915-1972 voksede antallet af *indlagte patienter* i sygehusvæsenet fra ca. 100.000 til ca. 800.000, svarende til en gennemsnitlig procentvis vækst på 3,7 pct. årligt.

Figur 5, side 211, viser udviklingen i de årlige indlæggelser pr. 100 indbyggere i perioden:

• Det fremgår af figuren, at hospitaliseringsfrekvensen (det årlige antal indlagte i procent af befolkningen) vokser hele perioden igennem. I 1915 indlagdes årligt 3,4 pct. af befolkningen, i 1972 ca. 16 pct. Stigningen er imidlertid ikke jævn. Den er stærkest fra 1940 til 1945 og i slutningen af 1960'erne og fremefter.

Stigningen i indlæggelserne skyldes delvis stigningen i befolkningstallet. Indlæggelserne stiger imidlertid stærkere end befolkningen vokser. At dette er tilfældet, skyldes delvis de ændringer, som sker i befolkningens aldersfordeling, herunder navnlig væksten i andelen af ældre. »Sygehusundersøgelsen i Danmark« indeholder oplysninger om aldersfordelingen blandt indlagte patienter i 1930 og 1952-53. Sammenholdes ændringerne i disse fordelinger med ændringerne i hele befolkningens alderssammensætning i samme periode, bliver resultatet, at det kun er en del af det øgede indlæggelsestal, der kan forklares ad denne vej. Eksempelvis er andelen af personer på 70 år og derover i hovedstadens befolkning øget med 33 pct., medens samme aldersgruppes andel af indlæggelserne på hovedstadens medicinske og kirurgiske afdelinger er steget med henholdsvis 120 og 100 pct. Tendensen er den samme uden for hovedstaden, og »Sygehusundersøgelsen« konkluderer derfor, at der ikke ad befolkningsstatistisk vej kan gives nogen udtømmende forklaring på udviklingen i indlæggelserne. I stedet peger undersøgelsen på en række socialt bestemte forhold som mulige årsager: boligforhold, et tilta-

Figur 5.
 Summarisk*) hospitaliseringsfrekvens ved de almindelige sygehuse 1915-1972.



Kilde: Medicinalberetninger, diverse årgange.

gende antal enlige, kvindernes mere udstrakte erhvervsarbejde, ægteskabelig stilling og social placering.

Sammenholdes »Sygehusundersøgelsens« tal for aldersfordelingen blandt indlagte med tilsvarende tal for 1972, og sættes de skete ændringer i de indlagtes aldersfordeling i forhold til ændringerne i befolkningens aldersfordeling i samme periode, bliver konklusionen den samme: den ændrede aldersfordeling kan kun forklare en mindre del af det øgede indlæggelsestal. I publikationen »Hovedtendenser i sundheds- og forsorgsinstitutionernes udvikling frem til 1985« (finansministeriet 1969) (120) anslås denne del til 0,2 pct. af den årlige stigning. I en artikel fra 1963 af sundhedsstyrelsens sygehusafdeling (»Det almindelige sygehusvæsens udvikling i årene 1950-1963«) (121) peges endelig på den lægevidenskabelige udvikling

som en selvstændigt virkende årsag til det øgede indlæggelsestal ved siden af de befolkningsstatistiske forhold: befolkningstilvækst og ændret aldersfordeling. *De mere udviklede undersøgelses- og behandlingsmuligheder har med andre ord selv en tilbøjelighed til at øge indlæggelserne.*

Uanset væksten i indlæggelserne sker der ikke en udvidelse af antallet af sengedage, der tilnærmelsesvis modsvarer det øgede antal indlæggelser. Antallet af sengedage pr. 1.000 indbyggere er praktisk taget taget konstant efter begyndelsen af 1940'erne, medens der før var en stigning på ca. 3 pct. om året, jfr. figur 6, side 212.

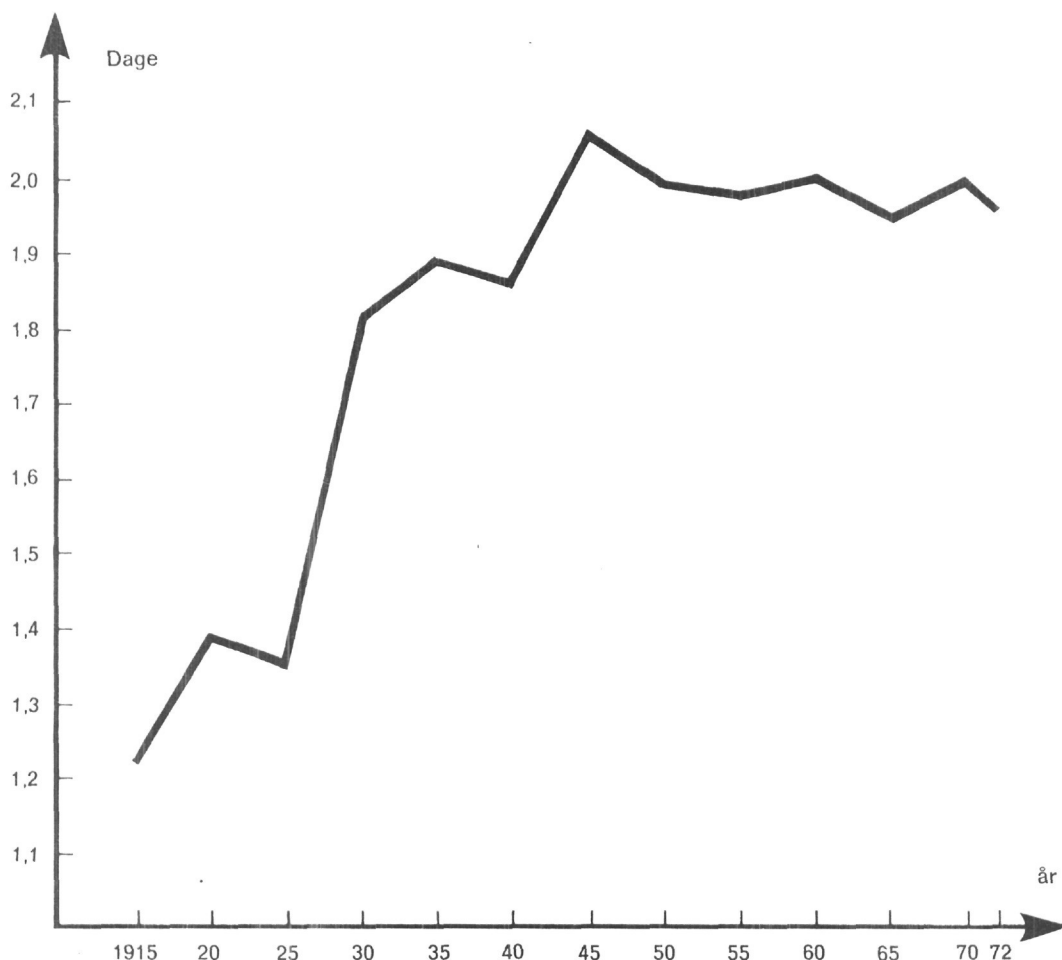
Endelig er antallet af senge kun vokset nogenlunde svarende til befolkningstilvæksten, fra ca. 13.200 i 1915 til ca. 30.400 i 1972-73.

Med et næsten konstant antal senge pr.

*) D. v. s. uden hensyntagen til forskelle i hospitalisering i forskellige aldersgrupper.

Figur 6.

Udviklingen i antal sengedage pr. indbygger på de almindelige sygehuse.



Kilde: Medicinalberetningerne.

1.000 indbyggere siden 1915 har sygehusvæsenet således undersøgt og behandlet et stigende antal indlagte patienter pr. 1.000 indbyggere. Dette har medført et drastisk *fald i den gennemsnitlige liggetid* fra ca. 34 dage i 1915 til ca. 11 dage i 1972.

Faldet i den gennemsnitlige liggetid er bl. a. et resultat af forbedrede behandlingsmuligheder og en intensivering af indsatsen af specialuddannet personale og avanceret teknologi i sygehusvæsenet, jfr. afsnittet om driftsudgifter, side 217 ff. Om man vil, kan man sige, at en forholdsvis kortvarig gennemsnitsliggetid med deraf følgende min-

dre sengebehov er et karakteristisk træk ved det moderne sygehus, som yderligere illustrerer dets overgang fra en mere statisk, opbevarende funktion med hovedvægten på sengetallet til en dynamisk undersøgende og behandlende funktion. I kraft af denne ændring har det været muligt at øge antallet af indlagte patienter voldsomt uden en forøgelse af sengetallet, der tilnærmelsesvist svarer hertil.

Liggetidsfaldet kan dog ikke alene tilskrives sygehusenes lægeligt-teknologiske indsats. De samtidige ændringer i sygdomsbilledet i samfundet må tages i betragtning, lige-

som selve visitationsmønsteret spiller en rolle, jfr. ligeledes nedenfor om alderens betydning for nedsættelsen af liggetiden.

Faldet i liggetiden må desuden i et vist omfang snarere ses som resultat af, at sengetallet i perioden ikke har kunnet øges væsentligt, og det kan derfor diskuteres, i hvilket omfang der i kraft af faldet er sket en forringelse af standarden, jfr. nedenfor.

Nedenstående figur 7 viser den gennemsnitlige liggetid i perioden:

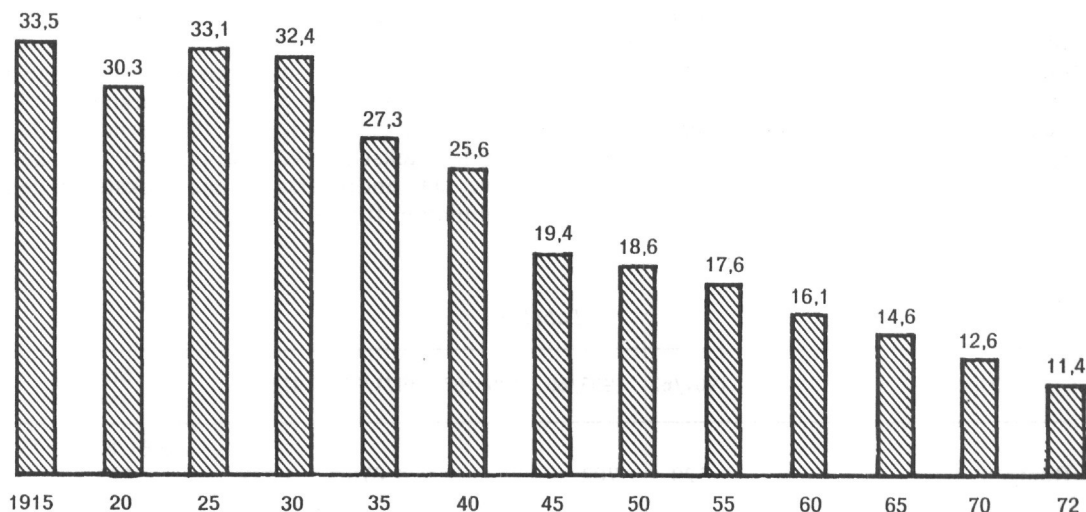
Det samlede fald er godt 22 dage. Faldet sker imidlertid ikke jævnt. I perioden 1915-1930 var liggetiden således næsten konstant. Det største fald skete i perioden 1930-1950 fra godt 32 dage til knap 19, svarende til 43 pct. Det meget store fald fra 1940 til 1945 på 6,2 dage kan formentlig delvis forklares med et usædvanligt stort fødselstal, idet liggetiden for fødepatienter er forholdsvis lav. Det absolutte fald i liggetiden har i perioden op til 1972 været knap så drastisk - godt 7 dage - svarende til knap 39 pct.

Uden en væsentlig indsats af økonomiske ressourcer og/eller uden at få alvorlige lægelige og sociale konsekvenser er det næppe muligt fortsat at reducere liggetiden væsentligt.

Allerede i ovennævnte artikel af sundhedsstyrelsens sygehusafdeling («Det almindelige sygehusvæsens udvikling i årene 1950-1962») fremhæves således, at »den gennemsnitlige liggetid på forskellige områder er presset ned til grænsen for det socialt og lægeligt forsvarlige, og selv om en udstrakt anvendelse af ambulante forundersøgelser etc. vil kunne nedsætte liggetiden for visse specialers patienter, og især for visse aldersgrupper, så vil til gengæld det øgede antal ældre patienter og de forstærkede revalideringskrav virke i modsat retning«.

I slutningen af citatet peges på patient/alders betydning for faldet i liggetiden. »Sygehusundersøgelsen i Danmark« indeholder som foran nævnt oplysninger om liggetiden fordelt på køn og aldersgrupper i 1930 og 1952. Der foreligger ingen undersøgelser af liggetiden fordelt på aldersgrupper for hele landet siden »Sygehusundersøgelsen«; for de senere år foreligger dog oplysninger fra Københavns, Fyns og Storstrøms amtskommuner. En sammenligning med disse viser for hele perioden, at faldet ganske klart har været stærkest for aldersgrupperne under 60 år og mindst udpræget for de mere end 70-årige. Fra 1952 til 1970

Figur 7.
Den gennemsnitlige liggetid 1915-1972, antal dage.



Kilde: Medicinalberetningerne.

sker der kun meget små fald i liggetiden for aldersgruppen 60 år og opefter.

Dette skal sammenholdes med en aldersfordeling af de indlagte patienter i perioden. Af »Sygehusundersøgelsen i Danmark« fremgår, at fra 1930 til 1952 voksede navnlig på de medicinske afdelinger andelen af patienter i aldersgruppen over 60 år voldsomt. Denne gruppe udgjorde op mod halvdelen af hele den medicinske belægning på hovedstadens sygehuse i 1952 mod kun 27 pct. i 1930. Samtidig var antallet af patienter i aldersgruppen 15—39 år gået ned til det halve. På provinssygehusesnes medicinske afdelinger var andelen af mere end 60-årige vokset fra omkring 14 pct. i 1930 til omkring 33 pct. i 1952. På de kirurgiske afdelinger i hovedstad og provins var tendensen klart den samme, omend andelen var mindre. Tallene for de blandede sygehuse i provinsen svarede nogenlunde til tallene for de kirurgiske afdelinger.

Medicinalstatistikken muliggør kun en ajourføring af sygehusundersøgelsens tal for aldersintervallerne 15-69 årige og over 69-årige. Det kan dog konkluderes, at tendensen fortsætter, idet indlæggelsesfrekvensen er steget kraftigst for de over 69-årige. Stigningen i indlæggelsesfrekvensen for begge aldersgrupper har været størst for kvinder. I 1972-73 udgjorde patienter i aldersgruppen 70 år og opefter ca. 14,5 pct. af samtlige indlæggelser, hvilket understreger problemerne ved yderligere liggetidsreduktion i fremtiden.

Medens antallet af sengedage pr. indlagt patient har været faldende gennem hele perioden, kan der iagttages en stærk *stigning i sygehusesnes ambulante undersøgelser og behandlinger*. Det statistiske materiale til belysning af udviklingen i den ambulante funktion er imidlertid mangelfuld. De kvinder, der er til rådighed, er navnlig:

1. Oplysninger om tilskudsberettigende ambulante undersøgelser og behandlinger indhentet af indenrigsministeriet til brug ved beregningen af almindeligt sygehus-tilskud 1952-53-1973-74, og
2. »Medicinalstatistiske meddelelser 1974 :1«, der giver oplysninger om antal røntgen- og centrallaboratorieundersøgelser på almindelige sygehuse 1961-62—1972-73.

På grundlag af førstnævnte oplysninger, der er indhentet fra samtlige kommunale sygehuse i perioden, er opstillet nedenstående tabel 8.

Tabellens tal må tages med forbehold. Der har igennem årene været fulgt en temmelig uensartet indberetningspraksis sygehusesne imellem, bl. a. fordi begreberne undersøgelse og behandling ikke har været klare. Desuden er skadestuebehandlinger ikke medregnet.

Tallene viser en markant stigning gennem perioden, der har været langt stærkere end stigningen i senedagstallet. Herudfra kan der dog ikke slutes noget om, i hvilket omfang udbygningen af den ambulante funktion måtte have erstattet (»sparet«) senedage eller indlæggelser. Ganske vist indtræder der et vist fald i indlæggelserne i sidste halvdel af 1940'erne og i 1950'erne som kan sættes i forbindelse med den samtidige vækst i ambulante undersøgelser og behandlinger, men tabellens tal kunne lige så godt tages som udtryk for en almindelig vækst i sygehusesne aktivitet gennem en udbygning af den ambulante funktion der ikke nødvendigvis behøver at have påvirket indlæggelser og sygedage i nedadgående retning. Indlæggelsestallet vokser igen noget hurtigere i 1960'erne, og den mindre vækst i 1940'erne og 1950'erne kan have helt andre årsager end væksten i den ambulante funktion - rent bortset fra at

Tabel 8.

| 1.000 stk. | 1961/62 | 1965/66 | 1966/67 | 1971/72 | 1972/73 | Stigning i perioden |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|
| Røntgen | 529 | 702 | | 1.076 | 1.179 | 1961/62-72/73 123 % |
| Andre undersøgelser og behandlinger | | | 955 | 1.225 | | 1966/67-71/72 34 % |

Tabel 9.
Røntgenundersøgelser.

| | Gennemsnitlig årlig vækst for indlagte | Gennemsnitlig årlig vækst for ambulante | Gennemsnitlig årlig vækst for indlagte og ambulante |
|-----------------|--|---|--|
| 1961/62-1972/73 | 4,7 ‰ | 7,5 ‰ | 6,0 ‰ |

Centrallaboratorieundersøgelser.

| | Gennemsnitlig årlig vækst for indlagte | Gennemsnitlig årlig vækst for ambulante | Gennemsnitlig årlig vækst for indlagte og ambulante |
|-----------------|--|---|--|
| 1962/63-1972/73 | 9,5 ‰ | 18,5 % | 10,7 ‰ |

dette fald i væksten sker på baggrund af en meget stærk stigning i den umiddelbart forudgående periode fra 1940 til 1945.

Et vist lys over dette forhold kaster oplysningerne om udviklingen i centrallaboratorie- og røntgenundersøgelser 1961-62-1972-73 i »Medicinalstatistiske meddelelser 1974:1«. Også disse tal viser en stærk vækst. Fra 1961-62 til 1972-73 vokser røntgenundersøgelserne med gennemsnitlig 6 pct. om året, men stigningen er endnu mere udtalt for centrallaboratorieundersøgelserne, der gennemsnitligt vokser 10,7 pct. pr. år fra 1962-63 til 1972-73.

I tabel 9. er de årlige gennemsnitsstigninger fordelt ud fra ambulante og indlagte patienter.

Tendensen er klart en stærkere vækst i undersøgelserne af ambulante patienter end af indlagte. Mest udtalt er tendensen for centrallaboratorieundersøgelserne.

Tallene viser dog ikke andet og mere, end at der i de enkelte år var et større antal undersøgelser på patienter, der på registreringstidspunktet ikke var indlagt, end på patienter der var indlagt. Tallene giver med andre ord alene et øjebliksbillede, og der er ikke mulighed for at følge den enkelte patient. Det lader sig derfor ikke gøre at vurdere, i hvilket omfang de patienter, der på et givet tidspunkt er registreret som ikke-indlagte, enten bliver indlagt senere eller har været indlagt tidligere, men nu er udskrevet til ambulante behandling og/eller efterkontrol. Noget tilfredsstillende indblik i fordelingen af sygehusvæsenets aktivitet på ambulante

funktion, indlæggelser og sengedage giver tallene således ikke.

Sygehusenes operative virksomhed vokser i hele perioden, indtil 1950 nogenlunde svarende til væksten i antallet af patienter, men derefter stærkere (en vækst på 80 pct. fra 1950 til 1970).

Svarende til væksten i indlæggelser, ambulante behandlinger m. v. sker der i perioden en betydelig udvidelse af sundhedsuddannelserne. Udvidelsen former sig som en forøgelse af kapaciteten i de ved periodens begyndelse eksisterende sundhedsuddannelser, navnlig læge- og sygeplejerskeuddannelserne, men herudover ved, at der, som nævnt ovenfor side 203, i periodens løb etableres en række nye sundhedsuddannelser.

For så vidt angår lægeuddannelsen fremgår udviklingen i produktionen af lægevidenskabelige kandidater af nedenstående oversigt:

| fir | kandidat- produktion | gennemsnitlig årlig stigning |
|------|-------------------------|---------------------------------|
| 1915 | 67 | |
| 1920 | 69 | 0,5 |
| 1925 | 107 | 11,3 |
| 1930 | 121 | 2,5 |
| 1935 | 131 | 1,7 |
| 1940 | 146 | 5,8 |
| 1945 | 199 | 7,3 |
| 1950 | 146 | ÷ 5,3 |
| 1955 | 247 | 13,8 |
| 1960 | 235 | ÷ 1,0 |
| 1965 | 246 | 0,9 |
| 1970 | 485 | 19,4 |
| 1974 | 828 | 17,4 |

Af oversigten fremgår, at der i de to tyve-års perioder 1915-1935 og 1935-1965 skete en fordobling af lægeproduktionen, medens produktionen i 9-års perioden 1965-1974 blev mere end tredoblet.

For sygeplejersker foreligger ikke uddannelsesstat for 1934, hvor sygeplejerskerne opnåede en statslig autorisationsordning.

Af nedenstående oversigt fremgår udviklingen i antal årligt autoriserede sygeplejersker 1940-1974:

| År | Antal autorisationer |
|------------|----------------------|
| 1940. | ca. 900 |
| 1945. | ca. 1.000 |
| 1950. | 938 |
| 1955. | 1.267 |
| 1960. | 1.469 |
| 1965. | 1.342 |
| 1970. | 1.410 |
| 1974. | 1.549 |

Uddannelseskapaleten for sygeplejersker er således ikke forøget i nær samme omfang som for læger. Dette skyldes formentlig, at en lang række opgaver, der tidligere henhørte under sygeplejerskerne, nu varetages af andre personalegrupper, f. eks. sygehjælpere.

Af de uddannelser, der er blevet etableret i periodens løb, skal eksempelvis nævnes sygehjælperuddannelsen, terapiassistentuddannelserne, beskæftigelseshjælperuddannelsen, hospitalslaborantuddannelsen og økonomauddannelsen. Den samlede årlige uddan-

nelseskapalet i disse uddannelser udgør ca. 3.500, hvoraf de ca. 2.500 er sygehjælpere.

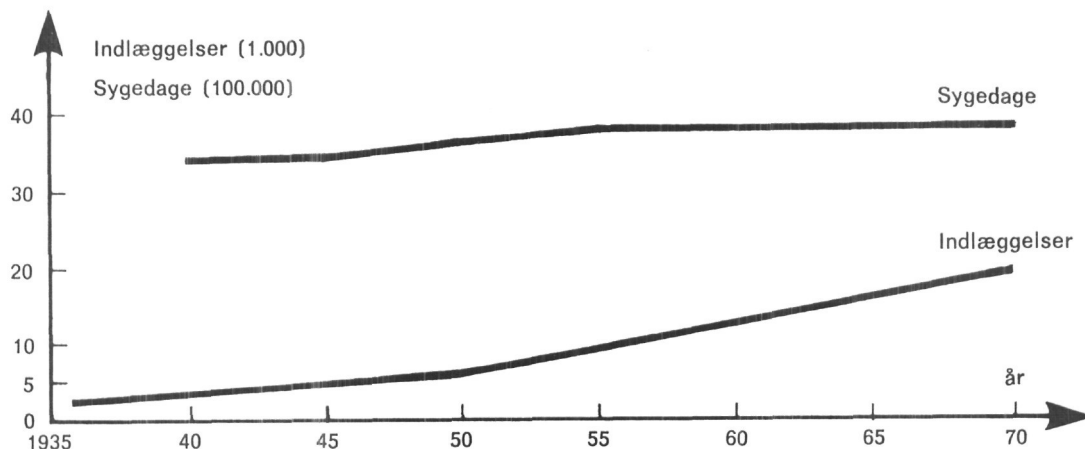
Psykiatriske hospitaler. (122)

I perioden fra 1935 til 1973-74 voksede antallet af indlæggelser på de psykiatriske hospitaler (excl. kommunale psykiatriske afdelinger, der er integreret i det almindelige sygehusvæsen) fra 2.250 til 23.310, altså mere end en tidobling. Antallet af indlæggelser pr. 1.000 steg fra 0,8 til 4,6 svarende til 4,7 pct. årligt.

Denne stigning har flere årsager. Den ændrede aldersfordeling spiller en rolle, men kan næppe forklare hele væksten. Forbedringen af behandlingsmulighederne, navnlig den medikamentelle behandling, må også her opfattes som en vigtig faktor. Fremskridtene i den medikamentelle behandling sætter imidlertid først ind fra 1950'erne, medens antallet af indlæggelser begynder at stige inden da; fra 1935 til 1950 næsten tredobles indlæggelsestallet, og stigningstakten er praktisk taget den samme i perioden 1935-1950 og 1950-1965. Den udvidelse af sengetallet, der finder sted indtil 1955, kan i sig selv have stimuleret til flere indlæggelser. Det er desuden nærliggende at antage, at en gradvis ændring i samfundets syn på sindslidelser forklarer en del af væksten, muligvis også efter 1950.

De forbedrede behandlingsmuligheder afspejler sig derimod i figur 10, der viser udviklingen henholdsvis i antallet af sygedage (målt i 100.000) og antallet af indlæggelser (målt i 1.000).

Figur 10.



For de psykiatriske sygehuses vedkommende kan man (på grund af de lange liggetider) ikke beregne den gennemsnitlige liggetid ved hjælp af oplysninger om behandlede patienter og sygedage i et enkelt år. Figuren viser imidlertid klart, at stigningen i indlæggelsestallet fra 1935 til 1950 ledsages af en - omend noget langsommere - vækst i sygedagstallet. Efter 1950 er sygedagstallet derimod praktisk taget konstant, men der er stadig flere indlæggelser. Siden 1950 har der da også kunnet konstateres et væsentligt fald i den typiske liggetid. Af de i 1953 udskrevne patienter havde således 10 pct. ligget i over 1 år og kun knap 50 pct. i under to måneder. I 1960-61 havde 7 pct. af de udskrevne ligget i over 1 år, knap 60 pct. var udskrevet efter to måneders ophold. I 1970-71 blev over 75 pct. udskrevet inden to måneder, og kun 4 pct. havde ligget over 1 år.

Det psykiatriske hospitalsvæsen har således gennemløbet en udvikling, der i mange henseender er parallel med de somatiske sygehuses. Blot sætter de afgørende ændringer tilsyneladende ind på et senere tidspunkt, og de psykiatriske sygehuse har vel endnu i dag en større andel af meget længe liggende og meget plejkrævende patienter.

Den medikamentelle behandling af sindslidelser har muliggjort en stærkt stigende *ambulant virksomhed*, jfr. figur 11.

Det fremgår af figuren, at væksten i den ambulante virksomhed har været stærkere

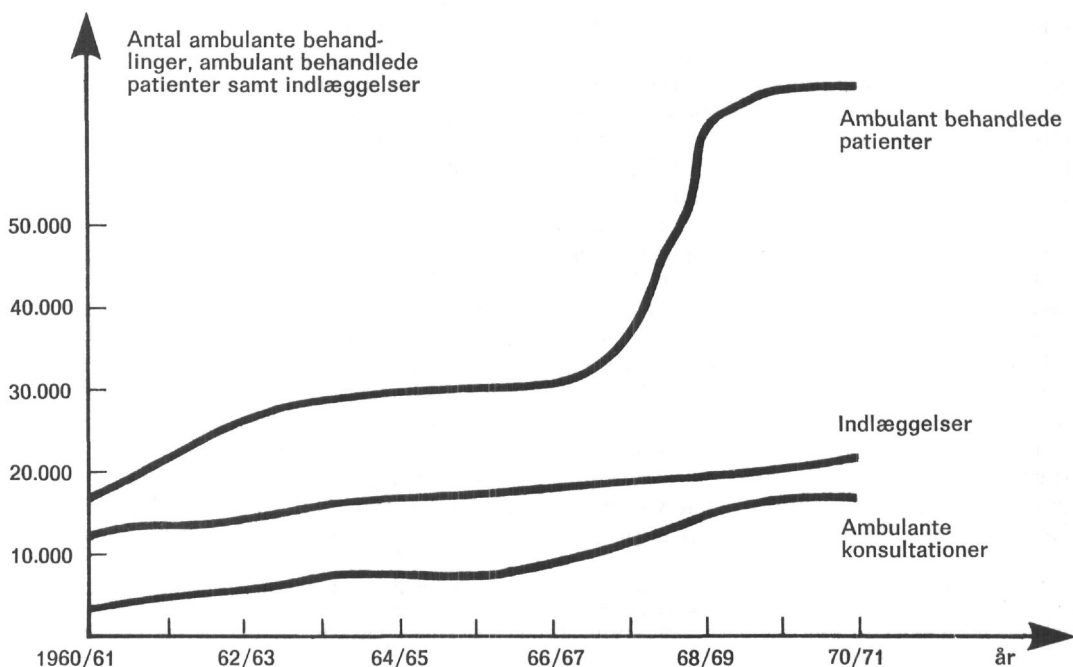
end væksten i antallet af indlagte patienter. Stigningen i indlæggelsestallet er dog ikke svækket. I betænkning nr. 382/1965 (122) hedder det, at den ambulante virksomhed i høj grad har afkortet mange af de tidligere meget langvarige hospitalsophold, men at de ledigblevne pladser er blevet optaget af ældre patienter samt af patienter med manio-depressive psykoser, der ikke tidligere søgte behandling.

2.2. Sygehusvæsenet - Driftsudgifter.

Det almindelige sygehusvæsen.

Der foreligger ingen statistiske muligheder for at belyse udviklingen i det almindelige sygehusvæsens driftsudgifter gennem hele perioden 1915-1972-73. »Sygehusundersøgelsen i Danmark« indeholder nogle meget summariske oplysninger om driftsudgifterne i 1900, 1927 og 1936-37, men det er først fra omkring 1940, at der indføres en ensartet registrering af udgifterne, som muliggør sammenligninger. Det lader sig derfor ikke gøre at vurdere de virkninger, som den tilsyneladende meget store intensivering af sygehusenes arbejde i perioden 1925-1940 (målt

Figur 11.



Tabel 12.
Driftsudgifter for almindelige sygehuse 1940-1973.

| År | Driftsudgifter ¹⁾ i løbende priser (1000 kr.) | Driftsudgifter ¹⁾ i faste priser (1000 kr.) |
|-----------------------------|--|--|
| 1940/41 | 70.280 | 115.732 |
| 1945/46 | 142.527 | 178.142 |
| 1950/51 | 252.538 | 252.538 |
| 1955/56 | 392.623 | 302.013 |
| 1960/61 | 684.869 | 409.193 |
| 1965/66 | 1.535.794 | 601.321 |
| 1970/71 | 3.358.560 | 862.322 |
| 1972/73 ²⁾ | 4.197.266 | 883.921 |

¹⁾ Excl. forrentning og afskrivning.

²⁾ Kun offentlige sygehuse.

Kilde: Medicinalberetningerne.

ved det stærke fald i den gennemsnitlige ligetid) har haft på ressourceforbruget.

Fra omkring 1940 er det derimod, som nævnt, muligt at følge udviklingen i driftsudgifternes størrelse, og tillige kan ændringerne i deres sammensætning belyses.

Driftsudgifternes størrelse i perioden 1940-1973 udviklede sig som vist i tabel 12.

Målt i løbende priser stiger driftsudgifterne i hele perioden med en årlig stigning på 13,6 pct.

En betragtelig del af stigningen i løbende priser skyldes imidlertid de almindelige stigninger i lønninger og priser, som har fundet sted i samfundet perioden igennem. For at få et billede af, hvorledes ændringerne i sygehusvæsenets aktivitet har påvirket driftsudgifterne, bortset fra pris- og lønstigninger, må udgifterne derfor omregnes til faste priser. Dette er gjort i kolonne 2 i tabel 14, side 220, der viser udgifterne i faste priser med 1950 som udgangspunkt. Som fastprisindeks er brugt oplysninger om timelønsudviklingen og detailprisudviklingen i perioden*).

Væksten fordeler sig imidlertid ikke jævnt ud over hele perioden. I figur 13 vises ændringerne i vækstens hast 1940-1970 i løbende og faste priser.

Det fremgår af figuren, at væksten var stærkest i 1940'erne og 1960'erne (7-8 pct. om året), medens stigningstakten var noget langsommere i 1950'erne (4-6 pct. pr. år).

*) Der knytter sig betænkeligheder til at operere med en fastprisregning for offentlige ydelser, især fordi disses værdi ikke kan gøres op. Disse betænkeligheder øges, når beregningen skal omfatte et så relativt langt tidsrum som perioden 1940-1970. Talangivelserne i faste priser bør derfor betragtes som forholdsvis grove skøn.

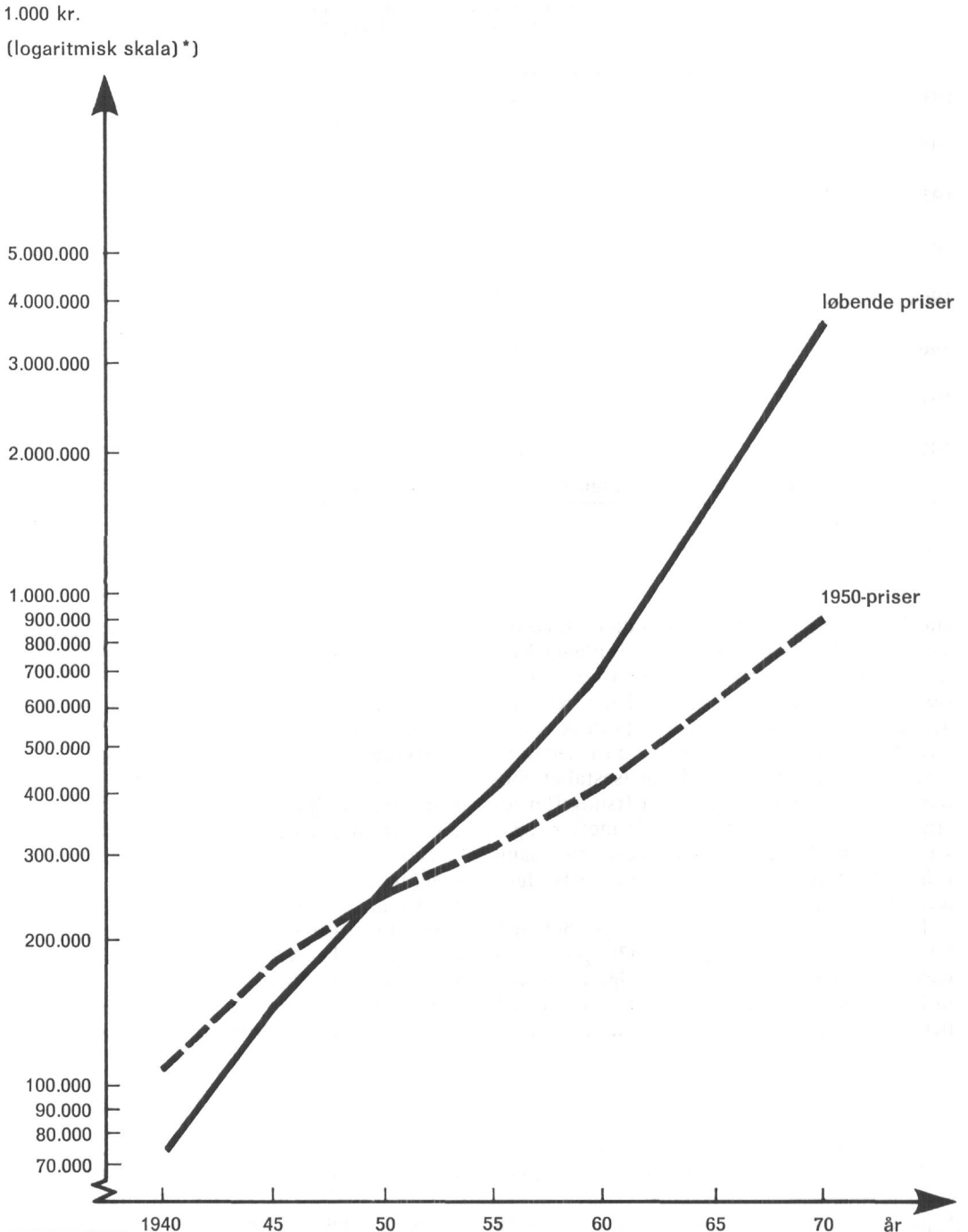
Som nævnt ovenfor afspejler driftsudgifternes stigning i faste priser i princippet de ændringer, der er sket i sygehusenes aktivitet i form af undersøgelse og behandling af flere patienter (såvel indlagte som ambulante). Den rent mængdemæssige stigning i patienttallet kan dog langtfra alene forklare den meget stærke vækst gennem hele perioden. Der er tillige sket en betydelig standardforbedring af patientbehandlingen i form af en mere forfinet diagnostik, forbedrede behandlingsmetoder, forbedret service af anden art m. v.

Dette belyses af tabel 14, som viser udgifterne pr. indlagt patient 1940-1972, og de procentvise stigninger i udgiften pr. indlagt, indlæggelser og driftsudgifter i faste priser.

Der må tages det forbehold over for tabellen, at udgifterne ved sygehusvæsenets ambulante virksomhed ikke kan udskilles af regnskaberne. I samme omfang, som den ambulante virksomhed finder sted over for ikke-indlagte, vil udgifterne pr. indlagt således blive forholdsvis for store. Dette kan dog næppe forrykke det billede af udviklingen, som tabellen giver.

Udviklingen i udgifterne pr. indlagt patient bestemmes af udviklingen i forholdet mellem udgifter og indlæggelser, i udgifterne pr. indlagt (kolonne 2) på trods af den stærke vækst i driftsudgifterne (kolonne 4) forklares ved den forholdsvis

Figur 13.
Det almindelige sygehusvæsens driftsudgifter 1940-1970.



*) Den logaritmiske skala indebærer, at hvis et forløb har en konstant vækst, fremtræder det som en ret linie, medens det i en almindelig skala ville blive afbildet som en kurve, der vokser eksponentielt.

Tabel 14.

| År | 1. Udgift pr. indlagt patient (1950-priser) | 2. Procentvis stigning i udgifter pr. indlæggelse (1950-priser) | 3. Procentvis årl. stigning i indlæggelser | 4. Procentvis årl. stigning i driftsudgifter |
|--------------------------------------|--|--|---|---|
| 1940 | 429 | | | |
| 1945 | 439 | 0,5 | 8,5 | 9,0 |
| 1950 | 582 | 5,9 | 1,4 | 7,3 |
| 1955 | 640 | 1,9 | 1,7 | 3,7 |
| 1960 | 772 | 3,9 | 2,3 | 6,2 |
| 1965 | 1.007 | 5,4 | 2,5 | 8,0 |
| 1970 | 1.188 | 3,4 | 4,2 | 7,4 |
| 1972 ¹⁾ | 1.109 | | 4,8 | |
| Gennemsnitlig årlig stigning | | 3,5 | 3,4 | 6,9 |

¹⁾ Kun offentlige sygehuse.

Kilde: Medicinalberetningerne.

stærke vækst i indlæggelsestallet (kolonne 3). Fra 1945 falder væksten i indlæggelsestallet stærkt, medens driftsudgifterne fortsætter deres stærke vækst med det resultat, at væksten pr. indlagt i denne periode stiger stærkere end i nogen senere. Fra 1950 til 1955 og væksten i indlæggelsestallet moderat, og samtidig falder driftsudgifternes stigningstakt. Fra 1955 og fremefter øges væksten i indlæggelserne stærkere, men samtidig sætter den stærke stigning i driftsudgifterne ind igen.

For hele perioden er udgiften pr. behandlet patient i faste priser i 1970 godt 2½ gang så stor som i 1940 som følge af, at antallet af indlagte kun er vokset med ca. 3,4 pct. om året, medens udgifterne er vokset

med 6,9 pct. årligt. Udgifterne i faste priser vokser stærkere end stigningen i patienttallet, og en voksende del af udgifterne anvendes til at forbedre standarden af undersøgelse og behandling af den enkelte patient.

Styrken i driftsudgifternes vækst belyses endelig af en sammenligning med væksten i bruttonationalproduktet og andre offentlige udgifter, jfr. nedenstående tabel 15.

Der har i hele perioden været en stigning i sygehusvæsenets driftsudgifters andel af bruttonationalproduktet, men stigningen har været kraftigst i de perioder, hvor den økonomiske vækst var størst (1940'erne og fra slutningen af 1950'erne).

Både i 1940'erne og 1960'erne er væksten i sygehusvæsenets driftsudgifter stærkere end

Tabel 15.

| Pct. af bruttonationalproduktet | 1940 | 1945 | 1950 | 1955 | 1960 | 1965 | 1970 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Sygehusvæsenet | 0,78 | 0,96 | 1,09 | 1,26 | 1,54 | 2,02 | 2,63 |
| Offentligt forbrug | 8 | 11 | 10 | 12 | 12 | 14 | 19 |

Tabel 16.
Driftsudgifter¹⁾ for de alm. offentlige sygehuse 1945/46-1972/73.

| | Samlede driftsudgifter 1000 kr. | Heraf lønudgifter 1000 kr. | Lønudgifter i % af samlede driftsudgifter |
|--------------|------------------------------------|-------------------------------|---|
| 1945/46..... | 128.275 | 61.362 | 47,8 |
| 1950/51..... | 224.759 | 121.967 | 54,3 |
| 1955/56..... | 353.361 | 211.286 | 59,8 |
| 1960/61..... | 623.231 | 416.309 | 66,8 |
| 1965/66..... | 1.412.931 | 1.015.690 | 71,9 |
| 1970/71..... | 3.123.463 | 2.205.396 | 70,6 |
| 1972/73..... | 4.197.266 | 3.032.406 | 72,3 |

¹⁾ Excl. forrentning og afskrivning.
Kilde: Medicinalberetningerne.

den gennemsnitlige vækst i de offentlige udgifter, og driftsudgifterne beslaglægger dermed en voksende del af disse.

Sygehusvæsenets ekspansive udvikling - såvel i henseende til præstation af ydelser som til forbrug af ressourcer - illustreres ikke blot af bevægelserne i driftsudgifterne i løbende og faste priser, men tillige af de ændringer, der sker i driftsudgifternes sammensætning. Ved periodens slutning er disse væsentlig anderledes sammensat end ved dens begyndelse.

Udviklingen kan imidlertid ikke belyses talmæssigt for hele perioden. Sammenlignelige oplysninger om driftsudgifterne foreligger, som ovenfor nævnt, først fra omkring 1940, og oplysningerne om de enkelte udgiftsposter på sygehusregnskaberne er meget summariske. Medicinalstatistikens personalestatistik gør det muligt at følge udviklingen i antallet af læger ved sygehusvæsenet fra 1930 og sygeplejersker fra 1938. For samtlige øvrige personalegrupper foreligger først anvendelige oplysninger fra 1960.

Udviklingen i driftsudgifternes sammensætning i perioden 1945-46-1972-73 fremgår af tabel 16.

Det fremgår af tabellen, at lønningernes andel af de samlede driftsudgifter vokser fra 47,8 pct. i 1945-46 til 72,3 pct. i 1973-74. Væksten i lønudgifternes andel af de samlede driftsudgifter skyldes dels, at antallet af ansatte er vokset, dels at lønningerne er steget stærkere end priserne.

Udviklingen i antallet af ansatte i de forskellige personalegrupper og disses andel af det samlede personale i perioden 1960-62-1972-75 belyses af tabel 17, side 222.

Det samlede personale ved det almindelige sygehusvæsen vokser med ca. 27.000 eller i gennemsnit 4,8 pct. om året.

Antallet af det gennemsnitlige antal indlæggelser (døde - udskrevne patienter) pr. dag steg i perioden 1960/61-1972/73 fra 1.218 til 2.065. I samme periode steg antallet af beskæftigede fra 35.877 til 62.856, således at antallet af personale pr. gennemsnitlig daglig indlagt patient steg fra 29,5 til 30,4.

Væksten i de forskellige personalegrupper er imidlertid ikke ensartet. Stærkest vokser gruppen »Andet personale«, som i alt væsentligt består af sygehjælpere. Antallet af autoriserede sygeplejersker er den gruppe, som har haft den laveste vækst. I det hele vokser den andel af personalet, som er beskæftiget ved senge-, undersøgelses- og behandlingsafdelinger fra i 1960/61 at udgøre 80 pct. af det samlede personale til i 1970/71 at udgøre 82 pct.

For lægegruppen er der siden 1930 tale om en jævn årlig stigning på gennemsnitlig 4,8 pct., dog således at stigningen fra 1960 til 1972 er noget stærkere end i den foregående periode (5 pct. p.a.). For sygeplejerskernes vedkommende har der i den sidste periode været tale om en noget lavere vækst (3,2 pct. p.a. mod 4,2 pct. p.a. 1930-1960), der dog modsvares af en kraftig vækst for gruppen »Andet plejepersonale« (6,3 pct. p.a. 1960-1972).

Tabel 18, side 222, belyser udviklingen i lønudgiften pr. beskæftiget ved de almindelige offentlige sygehuse 1960/61-1972/73.

Det er ikke muligt at beregne de forskellige personalegruppers andele af den samlede lønsum fra før 1971. En beregning fra Amtsrådsforeningen viser, at der fra 1971-1975 er sket et fald i lægernes andel af den samlede lønsum fra 15 pct. til 14,5 pct., medens de øvrige større personalegruppers andel har holdt sig konstant. Sygeplejersker udgjorde således i april 1975 20,8 pct. af lønsummen, sygehjælpere 14,4 pct., rengøringspersonale 10,1 pct., lægesekretærer 5,6 pct. og portører 4,2 pct.

*Tabel 17.
Personale ved de almindelige sygehuse 1930-1972.*

| | I ¹⁾ Læger | | II Aut. sygeplej. | | III ²⁾ Andet plejep. | | IV Personale iøvrigt | | V I alt |
|-------------------|--------------------------|-----|----------------------|-------------------|------------------------------------|-----|-------------------------|-----|----------------------|
| | Ant. | % | Ant. | % | Ant. | % | Ant. | % | Ant. |
| 1930 | 700 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1940 | 1.126 | — | 4.280 | — | — | — | — | — | — |
| 1945 | 1.390 | — | 5.610 | — | — | — | — | — | — |
| 1950 | 1.575 | — | 6.560 | — | — | — | — | — | — |
| 1955 | 1.900 | — | 7.865 | — | — | — | — | — | — |
| 1960 | 2.613 | 7 | 9.821 | 27 | 6.869 | 19 | 16.574 | 47 | 35.877 |
| 1962 | 2.747 | 7 | 10.599 | 27 | 8.066 | 21 | 17.594 | 45 | 39.006 |
| 1964 | 2.917 | 7 | 10.776 | 26 | 9.040 | 22 | 19.274 | 45 | 42.007 |
| 1966 | 3.246 | 7 | 11.215 | 24 | 10.607 | 23 | 20.851 | 46 | 45.919 |
| 1968 | 3.458 | 7 | 12.216 | 24 | 12.143 | 24 | 22.678 | 45 | 50.495 |
| 1970 | 3.915 | 7 | 13.006 | 23 | 13.811 ³⁾ | 25 | 24.815 | 45 | 55.547 ³⁾ |
| 1972 | 4.667 | 7 | 14.155 | 23 | 14.268 | 23 | 29.766 | 47 | 62.856 |
| Gnst. vækst % | | | | | | | | | |
| 1930-72 | | 4,8 | | 3,8 ⁴⁾ | | — | | — | — |
| 1930-60 | | 4,5 | | 4,2 ⁴⁾ | | — | | — | — |
| 1960-72 | | 5,0 | | 3,2 | | 6,3 | | 5,0 | 4,8 |

Anmærk-

ninger: Antal deltidsbeskæftigede er fra og med 1960 omregnet til heltidsbeskæftigede.

1) Incl. studentervikarer.

2) Sygehjælpere, faste vagter uden sygeplejeuddannelse, sygeplejeelever.

3) Antallet af sygeplejeelever er ikke opgjort. Dette er skønnet til 3.800.

4) 1940-72 og 1940-60.

Kilde: Medicinalberetningerne.

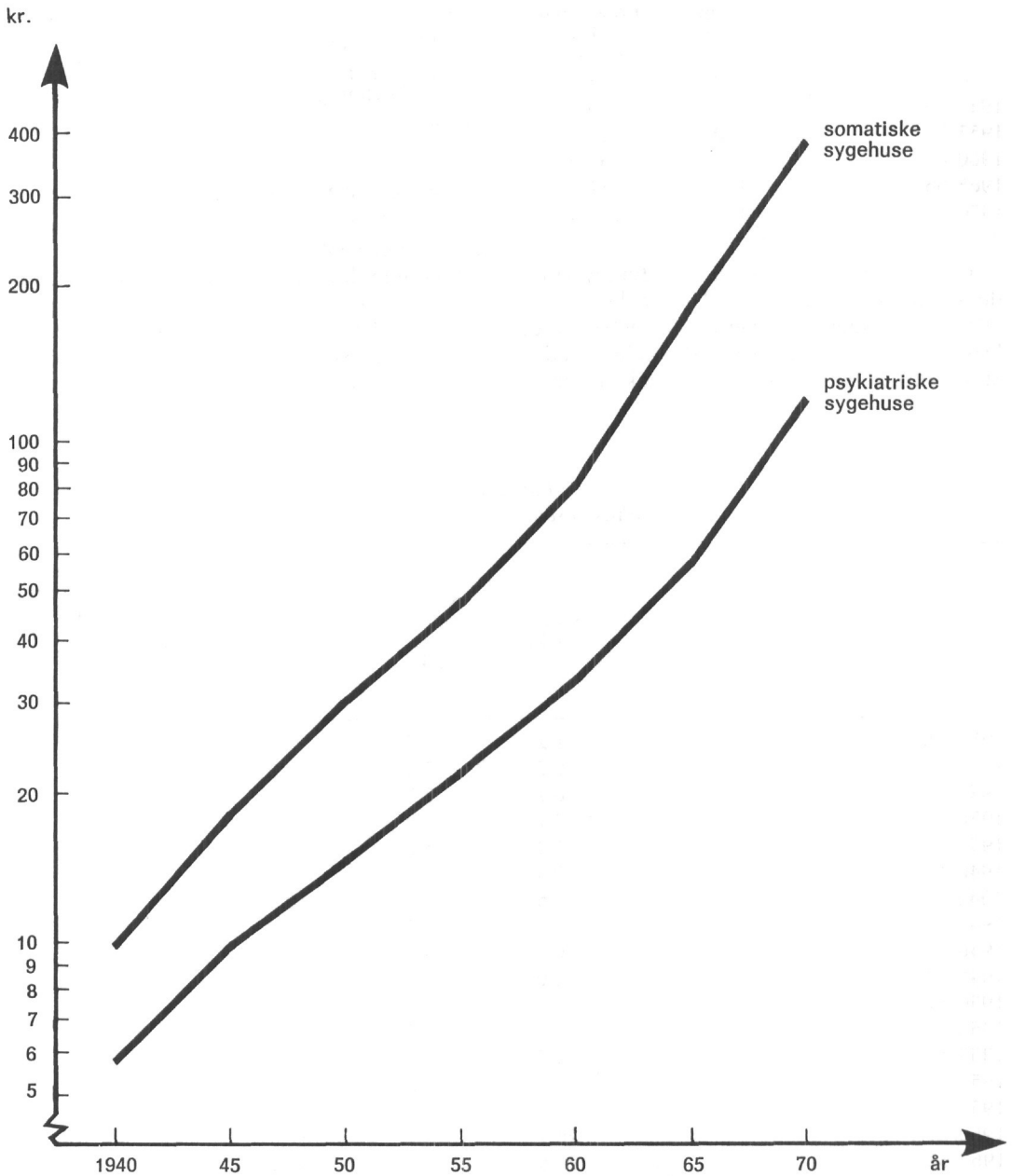
*Tabel 18.
Lønudgiften pr. beskæftiget ved de almindelige offentlige sygehuse 1960/61-1972/73.*

| | Lønudgift | Personale | Lønudgift ¹⁾ pr. beskæftiget | Index |
|-------------------|-----------|-----------|--|--------------|
| 1960/61 | 416.309 | 36.976 | 11.259 | 100 |
| 1961/62 | 520.600 | 38.073 | 13.674 | 121,5 |
| 1964/65 | 797.469 | 42.007 | 18.984 | 168,6 |
| 1965/66 | 1.015.690 | 43.811 | 23.183 | 205,9 |
| 1966/67 | 1.227.291 | 45.919 | 26.727 | 237,4 |
| 1968/69 | 1.660.034 | 50.495 | 32.875 | 292,0 |
| 1969/70 | 1.843.529 | 53.725 | 34.314 | 304,8 |
| 1970/71 | 2.205.396 | 55.747 | 39.561 | 351,4 |
| 1972/75 | 3.032.406 | 62.856 | 48.244 | 428,5 |

¹⁾ Ved en vurdering af lønudgiften pr. beskæftiget skal der tages hensyn til, at der i perioden er sket en arbejdstidsnedsættelse, at anciennitetssystemet bevirker, at der ved personaletilgang sker en relativ overvægtning af de laveste løntrin, og at der i perioden er sket en ændring i sygehusernes personalesammensætning i retning af flere relativt lavtlønnede.

Kilde: Medicinalberetningerne.

Figur 19.
Driftsudgifter pr. sygedag.



Kilde: Medicinalberetningerne.

Psykiatriske sygehuse. (122)

Nedenstående tabel viser udviklingen i driftsudgifter for psykiatriske sygehuse, 1940-1970, løbende priser, absolut og pr. sygedag.

| Ar | Driftsudgifter, mill. kr. | Pr. sygedag, kr. |
|---------|---------------------------|------------------|
| 1940/41 | 201 | 5,7 |
| 1945/46 | 33 | 9,7 |
| 1953/54 | 70,6 | 18,6 |
| 1960/61 | 124,7 | 33,2 |
| 1965/66 | 256,7 | 67,5 |
| 1970/71 | 477,4 | 124,9 |

I figur 19, side 223, vises udviklingen i de somatiske og psykiatriske sygehuses udgifter pr. sygedag i perioden 1940—1970. Der er anvendt en logaritmisk skala, således at kurvernes hældning angiver vækstraten.

Det fremgår af figuren, at de psykiatriske sygehuses udgifter i perioden til midt i 1960'erne stiger langsommere end de somatiske sygehuses. I slutningen af perioden har de psykiatriske sygehuse derimod den stærkeste vækst. Forskellen er dog alt i alt øget væsentligt i perioden. I 1940 var udgiften pr. sygedag på et somatisk sygehus ca. 1½ gang udgiften på et psykiatrisk. I 1970-71 var den næsten 3 gange så stor.

2.3. Sygehusvæsenet - Anlægsudgifter.

Tabel 20 viser udviklingen i anlægsudgifterne siden 1930.

Som man kunne forvente, varierer anlægsudgifterne langt mere fra periode til periode end driftsudgifterne. I begyndelsen af 30'erne og i slutningen af 40'erne ligger udgifterne stort set på samme niveau, men der

Tabel 20.
Sygehusvæsenets anlægsudgifter.

| | Staten mill. kr. | Kom- mu- nerne mill. kr. | I alt mill. kr. | Bygge- omkost- nings- index | Samlede anlægs- udgifter målt i faste priser mill. kr. |
|------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------------|--|
| 1930/31. | 1,2 | 4,3 | 5,5 | | |
| 1932/33. | 0,7 | 3,0 | 3,7 | | |
| 1934/35. | 0,7 | 7,3 | 8,0 | | |
| 1936/37. | 2,1 | 8,0 | 10,1 | | |
| 1938/39. | 1,9 | 16,6 | 18,5 | | |
| 1940/41. | 2,4 | 13,0 | 15,4 | | |
| 1942/43. | 0,5 | 9,9 | 10,4 | | |
| 1944/45. | 0,4 | 6,2 | 6,4 | | |
| 1946/47. | 0,5 | 5,6 | 6,1 | | |
| 1948/49. | 2,0 | 12,6 | 14,6 | | |
| 1950/51. | 2,1 | 22,6 | 24,7 | | |
| 1952/53. | 1,2 | 28,5 | 29,7 | | |
| 1953/54. | 2,4 | 42,3 | 44,7 | | |
| 1955/56. | 15,9 | 60,6 | 76,5 | 100 | 76,5 |
| 1957/58. | 25,4 | 95,7 | 121,1 | 107 | 113,2 |
| 1960/61. | 26,7 | 105,9 | 132,6 | 112 | 118,4 |
| 1962/63. | 27,5 | 161,0 | 188,5 | 126 | 149,6 |
| 1964/65. | 40,1 | 179,4 | 219,5 | 139 | 157,9 |
| 1966/67. | 95,5 | 283,3 | 378,8 | 164 | 231,0 |
| 1968/69. | 140,0 | 427,2 | 567,2 | 190 | 298,5 |
| 1970/71. | 158,0 | 710,0 | 868,0 | 229 | 379,0 |

Kilde: Statistisk Årbog, Statistisk Tiårs Oversigt.

kan konstateres et kraftigt opsving i slutningen af 30'erne (centralsygehusbyggeriet).

Fra begyndelsen af 1950'erne og navnlig fra 1955-56 er der en klart voksende tendens; denne er specielt stærk fra midten af 1950'erne således at de årlige udgifter, målt i faste priser, mere end fordobles fra 1955-56 til 1970-71.

Figur 21 viser anlægsudgifternes andel af de samlede udgifter (drift + anlæg) såvel for psykiatriske som for somatiske sygehuse siden 1940.

Figuren viser, at der siden krigen har været en tendens til, at anlægsudgifterne er vokset i endnu hurtigere takt end driftsudgifterne.

Figuren viser imidlertid også, at anlægsudgifterne i den betragtede periode udgjorde en næsten lige så stor del af totaludgifterne som i slutningen af 1930'erne.

Der kan tænkes flere forklaringer på kurvens forløb. For det første må det antages, at tilbageholdenhed med byggeri i en periode i sig selv kan udløse et anlægsbehov i en senere periode.

For det andet har den lægeligt/teknologiske udvikling stillet stadig større krav til

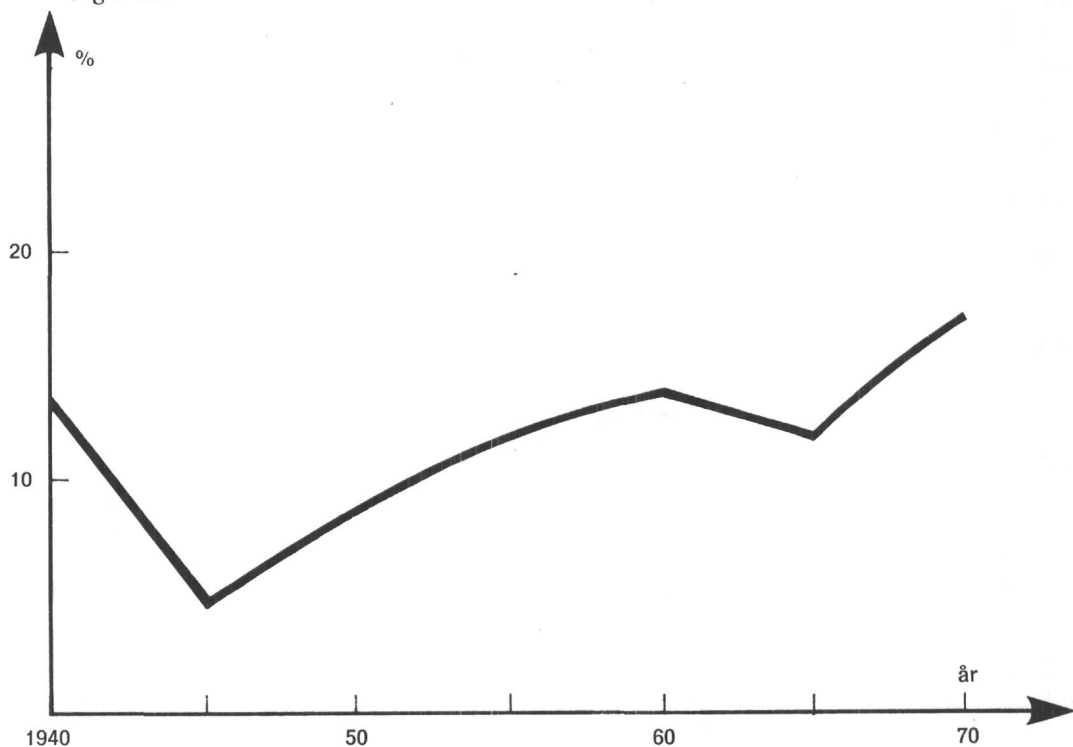
sygehusenes indretning. Det er tidligere omtalt, at undersøgelses- og behandlingsarealets andel af det samlede areal er vokset fra ca. 20 pct. i slutningen af 1930'erne til over 50 pct. i slutningen af 1960'erne. Svarende hertil er udgifterne til tekniske installationer vokset fra 24 pct. af håndværksudgifterne i 1940 til 38 pct. i 1972. Derimod er der som nævnt ikke sket nogen stærk udvidelse af sengetallet i perioden. Den lægeligt/teknologiske udvikling skulle derfor kunne forklare den stigende tendens i efterkrigsperioden.

For det tredje svarede i 1930'erne og 1940'erne anlægsudgifterne for et nyt sygehus til 5-6 års driftsudgifter, i 1950'erne var tallene 3-4 år og i 1960'erne 2-3 år. Dette kan muligvis forklare anlægsudgifternes ret høje andel af totalomkostningerne (på trods af de noget mere beskedne krav til indretningen) i slutningen af 1930'erne.

2.4. Den primære sundhedstjeneste - Resourceforbrug.

Da der ikke inden for det primære sundhedsvæsens område foreligger en løbende ydelsesstatistik, kan den kvantitative udvik-

Figur 21.

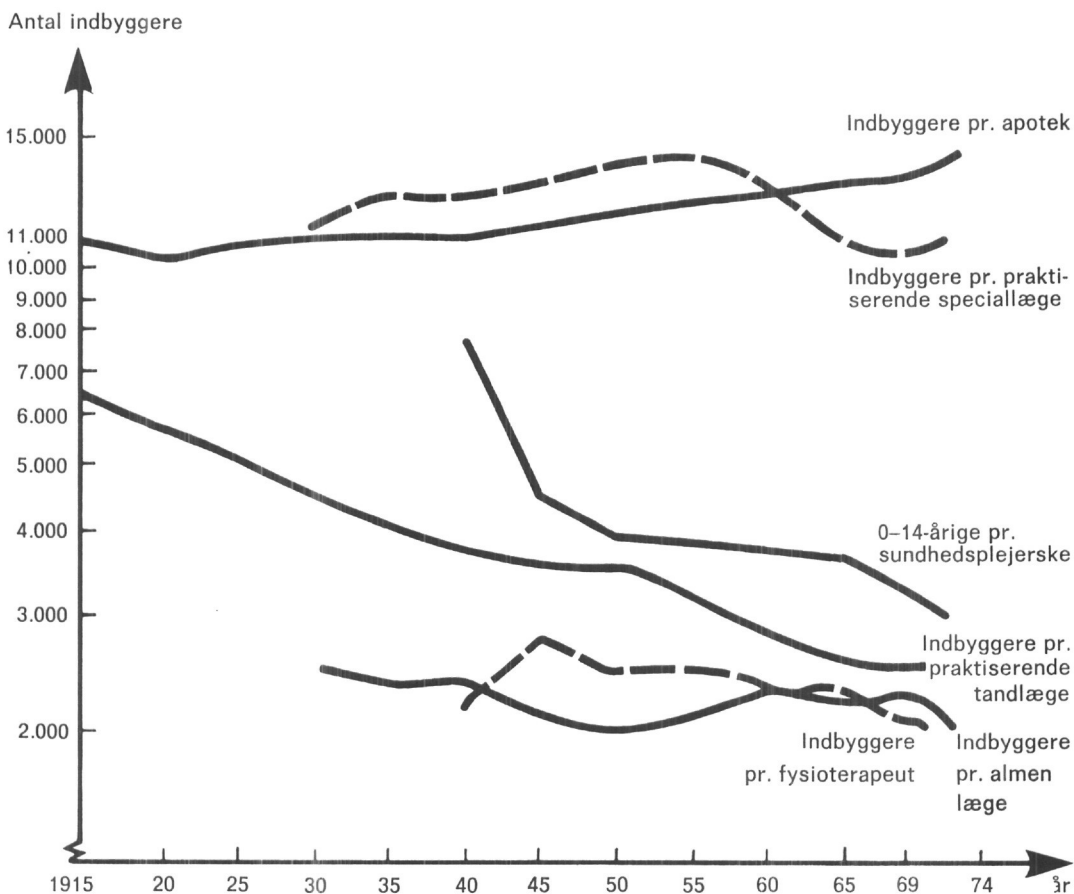


ling kun beskrives ud fra forbruget af ressourcer. Desuden finansieres ydelserne delvis ved patienternes egen direkte betaling, og det er kun muligt summarisk at opgøre denne tilbage i tiden. I afsnittet om finansiering side 230 ff. goes der for enkelte ydelsesgrupper nærmere rede for udviklingen i patienternes direkte betaling. Det kan imidlertid nævnes, at lønmodtagerudgiften pr. husstand til læge, tandlæge, medicin og sygeplejeartikler har ligget nogenlunde konstant på 1,1 pct. af deres samlede udgifter i de sidste 15 år. Det kan herudfra skønnes, at de private udgifter til sundhedsvæsenet i 1973 udgjorde ca. 1,5 mia. kr.

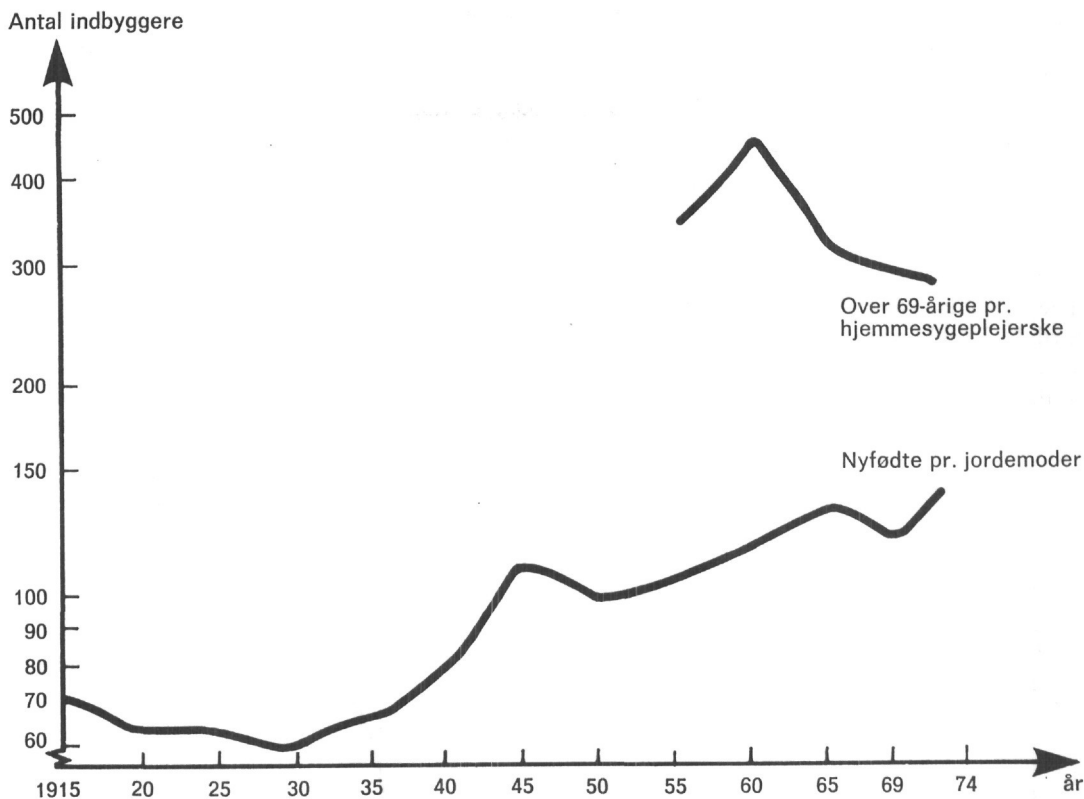
Personaleforbrug.

I figur 22 er angivet udviklingen for de mest almindelige personalegrupper, som er beskæftiget inden for det primære sundhedsvæsen. Antallet af fysioterapeuter omfatter både institutionsansatte og selvstændige. Statistikken opdeler ikke udtømmende lægerne efter deres beskæftigelse i perioderne 1915-1925 og 1940-1960*). På baggrund heraf er tallene forbundet med stor usikkerhed. Det ses dog af figuren, at dækningsgraden for så vidt angår almenlæger har holdt sig nogenlunde konstant i hele perioden. Sammenholdes dette med stigningen i antallet af sygehusansatte læger i forhold til

Figur 22.
Dækningsgraden for forskelligt personale i den primære sundhedstjeneste 1915-1974.



*) For 1940-1960 er tallene fremkommet ved fra det samlede antal læger at trække antallet af embedslæger, læger, som havde deres hovedbeskæftigelse i sygehusvæsenet, og et skønnet antal beskæftiget ved forskning o. l. Det skønnes, at der i 1960 var omkring 350 læger, som havde deres hovedbeskæftigelse ved speciallægepraksis, og at antallet i perioden 1940-1955 har været omkring 300.



Kilde: Medicinalberetningen, Statistisk årbog.

befolkningens størrelse ses, at en væsentlig del af væksten i lægebestanden er tilgæet sygehussektoren. Medens $\frac{2}{3}$ af samtlige læger i 1925 var beskæftiget i praksissektoren, var ca. halvdelen beskæftiget ved sygehusvæsenet i 1960'erne og omkring $\frac{1}{2}$ i 1974.

På tilsvarende måde er det øgede antal speciallæger næsten udelukkende tilfældet sygehusvæsenet. Af de 550 læger, som i 1930 havde speciallægeanerkendelse, havde halvdelen hovedbeskæftigelse i privat praksis. Den tilsvarende andel udgjorde kun 17 pct. i 1970. Stigningen i antallet af praktiserende speciallæger igennem 1960'erne må bl. a. betragtes som en følge af, at speciallægehjælp blev en obligatorisk ydelse for sygekasserne i 1961, jfr. foran side 204.

Antallet af praktiserende tandlæger er steget kraftigt fra ca. 450 i 1915 til ca. 1.920 i 1969. Antallet af indbyggere pr. praktiserende tandlæge er således blevet mere end halveret i perioden. Hertil kommer børnetandplejen, hvor der i 1974 var beskæftiget

940 tandlæger. Tilsvarende forhold gør sig gældende for sundhedsplejersker, hvor antallet af 0-14-årige pr. sundhedsplejerske nu udgør $\frac{1}{3}$ af 1940-niveauet. Antallet af jordemødre har derimod været konstant faldende. I figur 22 er antallet af jordemødre sat i forhold til antal levendefødte. Denne udvikling må ses på baggrund af den meget kraftige stigning i antallet af institutionsfødsler, jfr. kapitel I side 77.

Væksten i plejehjemssektoren har formentlig aflastet hjemmesygeplejersken, og udviklingen i sygehusvæsenet kan have indebåret væsentlige ændringer i dennes arbejdsopgaver. Væksten i antallet af hjemmesygeplejersker kan følgelig betyde en væsentlig højere reel dækning end tidligere.

Den geografiske fordeling.

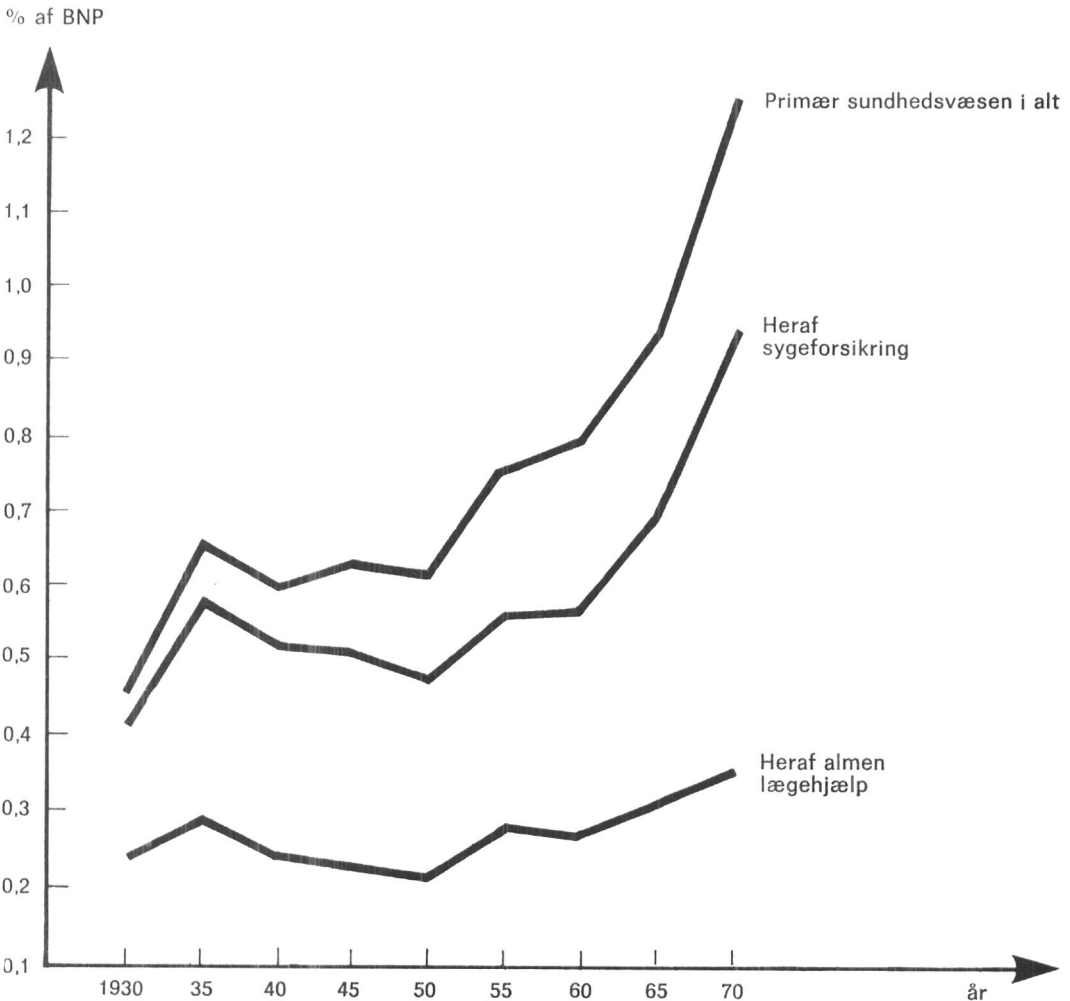
På et ikke uvæsentligt punkt er der i perioden sket en betydelig ændring, nemlig i de alment praktiserende lægers geografiske fordeling. Medens antallet af alment praktise-

rende læger pr. 10.000 indbyggere i 1934 varierede mellem godt 8 i København og Roskilde amtsrådskredse og 2,6 i Ringkøbing, varierede det i 1968 kun mellem 5 i Svendborg og 3,7 i Thisted. I hovedstadsområdet var dækningen omkring 4,5. Den geografiske fordeling er altså nu langt mere jævn, idet der er sket en betydelig vækst i landet uden for storbyerne.

De praktiserende speciallæger har gennem hele perioden været meget ujævnt geografisk fordelt. I 1934 var der 7 amtslægekredse ud af 26, der ikke havde deltids-speciallægepraksis. I København og på Frederiksberg var der derimod 2,18 speciallæger pr.

10.000 indbyggere. I perioden op til 1968 er der sket en lille udjævning, idet alle amtslægekredse nu har heltids speciallægepraksis. Der er dog fortsat en stor forskel i dækningen. Lavest lå Thisted og Hjørring amtslægekredse, hvor der var henholdsvis 0,20 og 0,22 pr. 6.000 indbyggere. Højest lå fortsat København med en dækningsgrad på 2,59, men også resten af Københavnsområdet og de store provinsbyer har en relativ høj dækningsgrad. Tages herudover i betragtning, at den fremtaltede stigning i speciallægenes antal hovedsageligt er tilfaldet sygehussektoren - og at speciallægepraksis på deltid fortrinsvis bliver drevet af læger

Figur 23.
Den primære sundhedstjenestes udgifter i % af bruttonationalproduktet.



ansat ved de store specialiserede sygehuse - bliver den skæve geografiske fordeling yderligere markant.

Samtidig hermed kan det konstateres, at der er en ulige geografisk dækning med speciallægeydelse. En del af denne variation kan rimeligvis forklares ved »forskelle i vaner med hensyn til, hvad praktiserende læger selv klarer, og hvad der henvises til hospitalsbehandling. Men når man ser på antallet af speciallægeydelser i de områder, hvor dækningen med specialer er god, det er især universitetsområderne, forekommer det rimeligt at antage, at efterspørgslen efter speciallægeydelser et langt stykke vej stiger i samme takt som udbudet af speciallægeydelser« (123).

I 1934 var der en stor variation i den geografiske fordeling af praktiserende tandlæger. Således havde København og Roskilde amtslægekredse 5,4 praktiserende tandlæger pr. 10.000 indbyggere og Københavns og Frederiksberg kommuner 4,3, medens dækningsgraden i det øvrige land svingede mellem 3,1 i Frederiksborg amtslægekreds og 0,7 og 0,8 i henholdsvis Thisted og Hjørring amtslægekredse. Selvom den kraftige vækst i antallet af praksistrende tandlæger har bety-

det, at der i perioden procentuelt er sket den største tilvækst i de dårligst forsynede områder, er der dog fortsat en stor geografisk skævhed i dækningen. Således var dækningsgraden i 1968 steget til 6,9 i Københavns og Frederiksberg kommuner, medens den i Thisted og Hjørring amtslægekredse var steget til henholdsvis 1,8 og 2,4.

Udgifter.

Det ses af figur 23, side 228, at væksten i udgifterne til den primære sundhedstjeneste, målt som disses andel af bruttonationalproduktet, har været langt kraftigst i 1960'erne. I resten af perioden har der været tale om en meget ringe vækst.

Af figur 23 og tabel 24 ses endvidere, at sygekassernes udgifter indtil 1960 har udgjort en faldende andel af de samlede udgifter. Især er almen lægehjælps andel af udgifterne stagneret. Disse udgjorde således i 1930 godt halvdelen af det primære sundhedsvæsens udgifter og knap 30 pct. i 1970. Af sygekassernes øvrige udgifter har der i hele perioden været en kraftig stigning i udgifterne til tandpleje, jfr. den kraftige stigning i antallet af tandlæger.

Tabel 24.
Det primære sundhedsvæsens udgifter i 1930-1970¹⁾.

| | I | II | Heraf | | | III | IV | V | VI | |
|------------|---|---|--------------------|-----------------------|--------------------|---------|---|--|--|---|
| | Udgifter i alt mill. kr. ²⁾ | Sygekassernes udgifter i % af I ²⁾ | Almen lægehjælp | Special- lægehjælp | Tand- lægehjælp | Medicin | Udgifter til hjemmesygepleje i % af I | Udgifter til sundhedsplejersker i % af I | Udgifter til skolesundhedspleje i % af I | Udgifter til skoletandlæge i % af I |
| 1930 . . . | 27,5 | 91,3 | 53,1 | 10,2 | 5,5 | 9,8 | | | | |
| 1935 . . . | 44,2 | 88,0 | 44,6 | 6,6 | 6,8 | 17,4 | 1,6 | | | |
| 1940 . . . | 56,0 | 84,8 | 41,3 | 7,0 | 7,3 | 16,4 | 2,3 | 0,7 | | |
| 1945 . . . | 93,0 | 81,2 | 36,3 | 7,3 | 6,6 | 16,1 | 1,9 | 1,1 | | |
| 1950 . . . | 147,9 | 75,8 | 35,6 | 8,4 | 5,5 | 14,3 | 4,7 | 2,3 | 2,1 | 3,5 |
| 1955 . . . | 238,1 | 74,8 | 37,2 | 8,1 | 7,1 | 11,6 | 4,9 | 1,8 | 3,4 | 4,0 |
| 1960 . . . | 360,9 | 72,7 | 34,1 | 8,0 | 8,3 | 13,9 | 4,9 | 2,1 | 3,0 | 5,7 |
| 1965 . . . | 738,9 | 75,4 | 32,8 | 8,2 | 10,0 | 18,5 | 7,6 | 1,6 | 2,3 | 5,8 |
| 1970 . . . | 1626,3 | 76,2 | 29,3 | 7,2 | 14,6 | 19,0 | 6,1 | 1,3 | 2,4 | 6,3 |

¹⁾ Ekskl. anlægsudgifter.

²⁾ De anerkendte sygekasser, statsbanesygekassen og fortsættelsesygekassernes udgifter til almen lægehjælp, speciallægehjælp, tandlægehjælp, medicin, briller, bind, fysurgisk behandling, hjemmesygepleje, barselshjælp, m. v. Det offentliges udgifter til embedslægerne, statens seruminstitut, vaccinationer, bekæmpelse af kønssygdomme, svangerskabshygien, jordemodervæsen, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, lægeundersøgelse af børn, skolesundhedspleje og skoletandpleje.

Statens tilskud til speciallægehjælp (som ikke indgår i tabel 24.) er endvidere steget kraftigt i 1960'erne, formodentlig på grund af de ovenfor omtalte bedre vilkår for speciallægerne fra 1963, som dels bevirkede en øget tilgang af heltidspraktiserende speciallæger, dels at flere sygehuslæger samtidig drev privatpraksis. Endelig ses det af tabel 24., at der har været en kraftig vækst i udgifterne til skoletandpleje og hjemmesygepleje.

3. Finansiering

3.1. Sygehusvæsenet.

Hovedtendenserne i udviklingen af finansieringen af det almindelige sygehusvæsen fra 1915 til i dag er, at takstbetalingen gradvist mister sin betydning som finansieringskilde og i praksis bortfalder som sådan ved sygesikringsreformen i april 1973, samt at staten ved forskellige tilskud overtager en voksende del af finansieringsbyrden indtil indførelsen af amtskommunal indkomstskat og omlægningerne af byrdefordelingen mellem staten og amtskommunerne i begyndelsen af 1970'erne.

Takstindtægter.

Nedenstående tabel 25 viser udviklingen i taksternes andel af udgifterne i Københavns kommune og i købstæderne frem til 1945-46.

For perioden foreligger der ingen oplysninger om amtskommunernes takstindtægter. Da amtskommunerne ikke havde adgang til at udskrive

indkomstskat - et forhold som i sig selv var en medvirkende årsag til indførelsen af et almindeligt sygehusstilskud i 1937, jfr. nedenfor - kan man gå ud fra, at de procenter, som i kolonne 1., 2. og 3. er anført for købstæderne, afspejler minimumsforhold, og at indtægternes andel af udgifterne har været større for amtskommunernes vedkommende.

Tallene viser navnlig, at Københavns kommune tidligt var væsentligt »billigere« i sygehushænsende end det øvrige land. Dette forhold afspejler bl. a., at hovedstadens skattegrundlag var langt bedre end de øvrige kommuners: hovedstaden havde råd til at finansiere en større del af sygehusudgifterne via skatterne og dermed reducere såvel sygekassers som selvbetaleres bidrag.

Indførelsen af den fælleskommunale udligningsfond i 1937 indebærer en vis udligning i beskatningsmæssig henseende mellem kommunerne, jfr. nedenfor. Denne medvirker til at muliggøre nedsættelser af takstandelen uden for hovedstaden. Det må dog bemærkes, at selv om næsten halvdelen af udgifterne i købstæderne - og for amtskommunerne utvivlsomt mere end halvdelen - i 1935-36 betales gennem taksterne, er disses andel af udgifterne dog allerede på dette tidspunkt faldet betydeligt. Nedsættelse af takstfinansieringen har da også i så godt som hele perioden været et bredt politisk mål, som definitivt opfyldes med sygekassernes afskaffelse 1. april 1973.

Det er i øvrigt bemærkelsesværdigt, at taksterne for ambulansundersøgelse og behandling af ikke-indlagte patienter i hvert fald i en del af perioden har givet væsentlig

Tabel 25.

| | 1910/11-1914/15 i gennemsnit | 1920/21-22/23 i gennemsnit | 1935/36 | 1945/46 |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|--------------|
| Københavns kornm. . . | | | | |
| Udgifter | 3.750 | 16.904 | 16.677 | 37.123 |
| Takstindtægter . . . | 831 = 22 o/o | 1.843 = 11 % | 3.487 = 21 % | 2.861 = 7,7% |
| Provinsbyer | | | | |
| Udgifter | 1.814 | 9.968 | 9.360 | 25.076 |
| Indtægter | 1.211 = 66 % | 4.718 = 47 % | 4.265 = 45 % | 8.043 = 32 % |
| Amtskommuner | | | | |
| Udgifter | 1.284 | 9.104 | 14.005 | 36.717 |
| Indtægter | | | | |

Kilde: Medicinalberetninger, Statistisk Årbog.

bedre dækning for udgifterne end taksterne for indlæggelse. I begyndelsen af 1950'erne var eksempelvis taksterne for ambulante røntgenundersøgelser på højde med eller højere end taksterne for indlæggelse. For andre ambulante undersøgelser og behandlinger udgjorde taksterne ligeledes en større del af udgifterne end for indlæggelser uanset sygekassernes adgang til ambulant undersøgelse og behandling til halv takst.

Statstilskud. (124, 125).

Herunder omtales alene statens tilskud til nedsættelse af udgifterne ved varetagelsen af opgaver inden for det kommunale sygehusvæsen. Hvis staten selv løser opgaven ved egne institutioner, omtales statens udgifter ikke, selv om statens aktivitet i praksis viser sig som en mindreudgift for det kommunale sygehusvæsen og derfor kan opfattes som et tilskud til dette. Eksempelvis omtales hverken statens udgifter til Rigshospitalet, Finzeninstitutet eller statens skoler for uddannelse af medicinsk hjælpepersonale.

Indtil 1937 dækkede kommunernes sygehusudgifter—ud over takstindtægterne— ved kommunal skatteudskrivning. Staten ydede dog visse tilskud til særlige behandlingsformål, således navnlig til tuberkulosehospitalet og -sanatorier, tuberkulosestationer m. v.

Med faldende takstindtægter op igennem 1930'erne udgjorde de stigende sygehusudgifter en voksende belastning af den kommunale skatteudskrivning, navnlig for amtskommunerne, der ikke havde adgang til at udskrive indkomstskat, men alene skat på fast ejendom. En tilsvarende tendens til voksende belastning af kommunernes skatteudskrivning genfindes i perioden inden for andre offentlige udgiftsområder, f. eks. undervisning og socialvæsen.

Udviklingen afbødes navnlig gennem en forøgelse af statens refusioner til kommuner og amtskommuner, hvorved staten overtager en voksende del af finansieringen af de kommunale opgaver og dermed muliggør en forøgelse af disses standard uden tilsvarende pres på de kommunale budgetter.

Baggrunden for, at det øgede finansieringsbehov dækkedes ad refusionsvejen, skal bl. a. søges i, at den daværende kommunestruktur med mange små enheder og den forskellige erhvervsudvikling i kommunerne fremkaldte betydelige forskelle i skatte-

grundlagene fra kommune til kommune. De forskellige skattegrundlag måtte derfor - med en given kommunal aktivitet - resultere i store forskelle i kommuneskatternes højde, så meget mere som det var de kommuner, der var svagest stillede i henseende til skattegrundlag, der på grund af deres ringe befolkningstæthed havde store omkostninger ved at tilvejebringe de offentlige ydelser.

Som led i udviklingen af det statslige refusionssystem indføres i 1937 i forbindelse med etableringen af den fælleskommunale udligningsfond et generelt statstilskud til nedsættelse af de kommunale sygehusudgifter. Udligningsfondens udgifter finansieres hovedsagelig af indkomst- og formueskat af samme type som statskatten, og fonden ydede tilskud til kommunernes sociale udgifter, skoleudgifter og sygehusudgifter.

Sygehustilskud havde karakter af et rent indbyggertilskud, der alene ydedes til nedsættelse af driftsudgifterne. Ved fondens indførelse i 1937 udgjorde tilskudet 3 kr. pr. indbygger i kommunerne.

Tilskudets formål var generelt at bidrage til at udligne forskelle i den kommunale beskatning og mere specielt at afhjælpe amtskommunernes finansieringsbehov som følge af, at disse som nævnt ovenfor ikke kunne udskrive indkomstskat. Udligningen opnåedes gennem opkrævningsformen (ensartet, progressiv beskatning), men tilskudets fordeling efter indbyggertal bevirkede tillige, at kommuner med forholdsvis lave sygehusudgifter pr. indbygger fik en forholdsvis større del af tilskudet. Disse kommuner havde hyppigt tillige forholdsvis ringe skattegrundlag (og formentlig mindre specialiseret og derfor mindre udgiftskrævende sygehusvæsen).

Ved indførelsen udgjorde det samlede tilskud ca. 11 mill. kr. eller ca. 33 pct. af nettoudgifterne til drift af sygehuse. Med de stigende udgifter faldt tilskudets andel af disse. Der ydedes derfor midlertidige tilskud - ligeledes fordelt efter indbyggertal - for i nogen grad at opretholde byrdefordelingen stat/kommuner/amtskommuner. Ved besættelsestidens ophør udgjorde tilskudet dog kun ca. 18 pct. af driftsudgifterne.

En opretning af byrdefordelingen var derfor nødvendig. Denne gennemførtes ved den første sygehuslov efter kgl. reskript 1806, nemlig ved lov af 27. februar 1946 om sygehusvæsenet.

Sygehusloven af 1946 begrænsede sig imidlertid ikke til at reetablere byrdefordelingen før besættelsen. På baggrund af den meget stærke stigning i sygehusvæsenets ydelser og ressourceforbrug i årene efter 1937 - jfr. foran side 210 ff. - forhøjes sygehusstilskudet til at udgøre 50 pct. af udgifterne og fastholdes i de følgende år på dette niveau, indtil det i 1955 og 1963 forhøjes yderligere til 60 og 65 pct.

Tilskudsforøgelsen er klart forårsaget af ekspansionen i sygehusvæsenet, men den rummer ikke i sig selv nogen ændring af det hidtidige principielle syn på tilskudets generelle skatteudlignende formål.

Samtidig med forhøjelsen af tilskudets størrelse sker der imidlertid ved 1946-loven en væsentlig ændring af formen for tilskudets fordeling til kommunerne, der afspejler en delvis ændret opfattelse af formålet med tilskudet. Den rene fordeling efter indbyggertal forlades, idet der indføres et nyt fordelingskriterium - sygedage på kommunernes sygehuse - ved siden af indbyggertallet, således at kun halvdelen af tilskudet for fremtiden fordeles efter indbyggere, den anden halvdel efter sygedage.

Begrundelsen for sygedagstilskudet er en anden end for indbyggertilskudet. Med sygedagene som fordelingskriterium tilstræbes en forholdsvis større del af tilskudet overført til de kommuner, der har mange sygedage pr. indbygger, ud fra den betragtning, at sygedagstallet afspejler en større sygelighed og dermed et større udgiftsbehov specielt på sygehusområdet. Sygedagstilskudet er med andre ord et specielt udligningstilskud.

Samtidig med indførelsen af sygedagstilskudet åbnedes mulighed for, at der kunne ydes tilskud til ambulante undersøgelser og behandlinger, idet disse kunne omregnes til sygedage. Ambulatorietilskudet, der først indførtes i 1951-52, var for så vidt en konsekvens af sygedagstilskudet: hvis sygedagstallet afspejler et givet udgiftsbehov, ville de kommuner, der rationaliserede og effektiviserede deres sygehusvæsen ved i højere grad at benytte sig af ambulante funktion end af indlæggelser, få en ringere dækning gennem tilskudet, når dette ikke omfattede de ambulante undersøgelser og behandlinger.

I årene efter 1946 gennemføres yderligere ændringer af sygehusstilskudet betinget af sygehusvæsenets ekspansive udvikling. Som nævnt forhøjes det samlede tilskud i 1955 til

60 pct. af udgifterne, og i 1959 fastslås denne byrdefordeling, der tidligere kun havde været forudsat, direkte i lovtæksten, således at tilskudet bliver en automatisk procentrefusion.

Nok så væsentligt er dog, at man i 1963 tager endnu et skridt bort fra tilskudets generelle skatteudlignende formål, idet der indføres et nyt, tredje fordelingskriterium - udgifter - ved siden af indbyggere og sygedage. Samtidig forhøjes tilskudet til 65 pct. af udgifterne.

Baggrunden for disse ændringer var, at indførelsen af sygedage som fordelingskriterium i 1946 ikke havde medført de ønskede ændringer af tilskudsfordelingen mellem kommunerne. Årsagen hertil skal formentlig søges i, at de kommuner, der havde mange sygedage pr. indbygger (eksempelvis Københavns kommune) også havde høje udgifter pr. sygedag med det resultat, at fordelingen af halvdelen af tilskudet efter sygedage ikke kunne opveje virkningen af fordelingen efter indbyggere, der begunstigede kommuner med forholdsvis lave udgifter pr. indbygger.

Blandt kommunerne var der et ønske om en yderligere ændring af tilskudsfordelingen eventuelt således, at der i fremtiden skulle kunne ydes tilskud til anlægsudgifter, der ikke tidligere havde været omfattet af tilskudet.

Ønsket om en ændring af fordelingsgrundlaget støttedes af det folketingsudvalg, der behandlede et ændringsforslag til sygehusloven i 1962. Udvalget udtalte, at fordelingsgrundlaget for tilskudet ikke var tilfredsstillende, og opfordrede indenrigsministeren til at finde nye retningslinier for fordelingen. I denne forbindelse tilkendegav udvalget, at de »kommuner, hvis sygehuse er moderne og godt udbyggede, i højere grad bør tilgodeses ved tilskudsfordelingen«.

Dette opnåedes i nogen grad ved, at der, som nævnt, indføjedes et nyt fordelingskriterium - udgifter - ved siden af de to hidtidige, således at $\frac{1}{3}$ af tilskudet fordeltes efter hvert af disse 3 kriterier. Tilskudet omfattede fortsat ikke anlægsudgifterne.

Da tilskudsændringen ville medføre, at nogle kommuner med en uændret samlet tilskudsprocent på 60 ville gå ned i tilskud, forhøjedes det samlede tilskud samtidig til 65 pct. af udgifterne.

Indførelsen af udgiftstilskudet betød, at der i årene frem til sygehusstilskudets ophæ-

velse 1. april 1975 skete en vis flytning af tilskudsmidler til de kommuner, hvis sygehusvæsen var særligt udgiftskrævende. Således voksede eksempelvis Københavns kommunes og Københavns amtskommunes andel af tilskudet. Da kommuner med højt specialiseret - og udgiftskrævende - sygehusvæsen typisk ville være kommuner med godt skattegrundlag, var der en tendens til, at udgiftstilskudet modarbejdede indbyggertilskudet, og det dermed sammenhængende generelle skatteudligningsformål. Som følge af, at udgiftstilskudet kun udgjorde $\frac{1}{3}$ af tilskudet, slog denne tendens dog ikke stærkt igennem.

Ud over ovennævnte ændringer af tilskudsfordelingen sker der i perioden 1946-1963 en række mindre ændringer af tilskudet. Således bliver f. eks. ophold på rekonvalescenthjem og sygehjem tilskudsberettigende ud fra samme synspunkt, som lå bag indførelsen af ambulatorietilskudet: aflastning af indlæggelse.

Sammenfattende kan siges, at sygehusstilskudets udvikling fra 1937 til 1970 afspejler sygehusvæsenets ekspansive udvikling på to måder: dels gennem forhøjelserne af det samlede tilskud, der medfører, at staten finansierer en stadig voksende del af ekspansionen i driftsudgifterne og dermed aflaster presset på den kommunale beskatning og taksterne, dels gennem ændringerne af fordelingskriterierne i 1946 og 1963, der indebærer, at tilskudet i højere grad knyttes til udgiftsbehov og forbrug på sygehusområdet og dermed delvis mister sit generelt udlignende formål.

Sygehusstilskudet nedsættes til 35 pct. af nettoudgifterne 1. april 1970 og ophæves 1. april 1975. Kommunalreformens ændringer af den kommunale inddeling betød i sig selv mere ensartede beskatningsgrundlag. Samtidig indføres amtskommunal indkomstskat, skattegrundlagstilskud og tilskud efter objektive udgiftsbehovskriterier. Formålet med disse tilskud er generelt udlignende.

Som ovenfor nævnt ydede staten før indførelsen af det almindelige sygehusstilskud i 1937 tilskud til visse særlige behandlingsformål, navnlig til tuberkulosebekæmpelsen. Disse tilskud fortsætter efter 1937, men mister deres betydning efterhånden som tuberkulosen forsvinder. Det gælder dog ikke tilskudet til tuberkulosestationer - nu: lunge-medicinske klinikker - der udgjorde 50 pct.

af klinikkernes udgifter. Dette tilskud indlemmes i det almindelige sygehusstilskud fra 1. april 1970 og bortfalder derefter 1. april 1975.

I årene efter 2. verdenskrig indføres en række nye statstilskud til løsning af særlige opgaver inden for det kommunale sygehusvæsen. Det drejer sig især om tilskud til neurokirurgiske og neuromedicinske afdelinger, radiumstationer og dialyse- og nyretransplantationscentre. I alle tre tilfælde er der tale om at staten ved særlige tilskud - der for neurokirurgi/medicin og radiumstationernes vedkommende giver 100 pct. dækning af udgifterne - finansierer løsningen af specielle landsdelsspecialiserede opgaver. Baggrunden for finansieringsordningerne skal søges i opgavernes udgiftskrævende karakter, men desuden i samfundets interesse i, at løsningen af dem sker efter en fastlagt planlægning, hvilket navnlig i årene før kommunalreformen kunne frembyde vanskeligheder på grund af de mange kommunale enheder.

Endelig yder staten særlige tilskud til den voksende uddannelsesopgave på de kommunale sygehuse, navnlig til medicinsk studenterundervisning.

3.2. Den primære sundhedstjeneste.

Hovedtendenserne i udviklingen af finansieringen af den primære sundhedstjeneste fra 1915 til i dag er, at statens tilskud og medlemmernes bidrag til sygekasserne hver for sig dækker en omtrent konstant andel af kassernes samlede udgifter, samt at staten ved forskellige tilskud (refusioner) påtager sig en væsentlig del af finansieringsbyrden ved en række forebyggende foranstaltninger indtil omlægningerne af byrdefordelingen mellem staten og amtskommunerne i begyndelsen af 1970'erne.

Sygekasserne.

Det forsikringsmæssige grundlag for sygekasserne viser sig klart ved fordelingen af finansieringsbyrden mellem kassernes medlemmer ved kontingentbetaling og det offentlige tilskud til kasserne, jfr. nedenstående oversigt.

De forsikredes andel har i hele perioden ligget på omkring $\frac{3}{4}$ af kassernes samlede udgifter, medens statens andel har udgjort ca. $\frac{1}{4}$. I begyndelsen af perioden anes dog en tendens til stigende offentlig finansiering

Sygekassernes*) finansiering i procent af kassernes samlede udgifter.

| | Stat % | Kommune % | Forsikrede % |
|------|-----------|--------------|-----------------|
| 1915 | 27,6 | 7,1 | 70,3 |
| 1919 | 30,2 | 2,6 | 67,2 |
| 1928 | 30,7 | 2,3 | 67,0 |
| 1930 | 21,9 | 2,9 | 75,2 |
| 1935 | 24,4 | 2,2 | 73,4 |
| 1940 | 23,9 | 2,5 | 73,6 |
| 1945 | 18,7 | 2,5 | 78,8 |
| 1950 | 18,2 | 2,2 | 79,6 |
| 1955 | 19,4 | 1,9 | 78,7 |
| 1960 | 19,6 | 1,4 | 79,0 |
| 1965 | 20,4 | 0,5 | 78,1 |
| 1970 | 21,9 | 0,2 | 77,9 |

(ca. $\frac{1}{3}$), en udvikling, som afbrydes ved en lovændring i 1927 (populært kaldet »nedskæringsloven«). Ved denne lovændring blev statens tilskud til kasserne - som følge af landets vanskelige økonomiske situation - nedsat betydeligt. Selv om folkeforsikringsloven af 1933 i det store og hele genindførte det tilskudsniveau, som var gældende før nedskæringen i 1927, kom statens andel i finansieringen ikke op på samme niveau som tidligere, idet kasserne formentlig havde påtaget sig en del ydelser, der ikke var obligatoriske, og som derfor kun refunderedes med 14. Det fremgår endvidere, at de lovpligtige og frivillige kommunetilskud til kasserne aftrappes efter 1945-50.

Endvidere ses, at der fra midten af 1930'erne til midten af 1950'erne indtræder et fald i det offentlige andel af sygekassernes udgifter. Faldet modsvares formentlig af det indirekte offentlige tilskud via de stadig relativt lavere sygehustakster.

Oversigten tilslører imidlertid de ret betydelige variationer i finansieringsbyrden, som gennemførtes for de enkelte ydelser. Speciallægehjælp finansieredes eksempelvis hovedsagelig ved medlemmernes direkte betaling til speciallæge (før 1963). Flere kasser refunderede dog som en frivillig ydelse mellem $\frac{1}{2}$ og $\frac{3}{4}$ af medlemmets udgift. Dette billede ændres som omtalt ovenfor ved lovændringen af 1963, hvor medlemmets fulde udgift til speciallægehjælp refunderes af kasserne (for så vidt der var tale om et gruppe A-sikret medlem, og der forelå overenskomst med

det pågældende speciale). Staten refunderede $\frac{3}{4}$ af kassernes udgifter hertil. Hertil kommer som nævnt et indirekte tilskud i form af nedsat takst (højst halvdelen) for medlemmernes indlæggelse og ambulante behandling på sygehuse. Herved ydede det offentlige et indirekte tilskud til speciallægebehandling på sygehus, et tilskud, der var af væsentlig betydning for kassernes økonomi.

Oplysninger om medlemmernes egne udgifter - bortset fra kontingentbetalingen - er særdeles sparsomme. Som omtalt foran har lønmodtagernes udgift til læge, tandlæge, medicin og sygeplejeartikler i de sidste femten år udgjort omkring 1 pct. af lønmodtagerens samlede udgifter. De privates udgifter må imidlertid have været af vidt forskelligt omfang, for så vidt angår de enkelte ydelser, eksempelvis lægehjælp og tandlægehjælp. Lige siden sygekasseloven af 1892 har kasserne afholdt medlemmernes (fra 1960 A-medlemmernes) udgifter til almen lægehjælp. Udviklingen i medlemmernes andel af udgifterne til speciallægehjælp er omtalt ovenfor. Tandlægehjælp er derimod karakteriseret ved en meget stor medlemsfinansiering ved direkte betaling til tandlæge. Overenskomster mellem kasserne og tandlægerne omfattede i begyndelsen kun ganske få ydelser, først og fremmest tandudtrækning. Selv for de overenskomstdækkede ydelser skulle medlemmet selv betale en andel af udgiften. Tandlægeoverenskomsterne er udvidet betydeligt i perioden, således at et større katalog af ydelser omfattes. Dette ses bl. a. i udviklingen af kassernes udgifter til tandlægehjælp, der i perioden 1930-1960 kun steg fra 5,5 pct. til 8,3 pct. af kassernes totale udgifter, medens andelen er steget til 14,6 pct. i 1970. Uanset den større overenskomstmæssige dækning af tandlægeydelser i de seneste 10-15 år, er de privates udgifter imidlertid meget betydelige. Patienternes andel af de samlede udgifter til tandpleje hos privatpraktiserende tandlæger anslås således til $\frac{2}{3}$ (650 mill. kr.) af de samlede udgifter (ca. 1.000 mill. kr.) (126).

Øvrige primære sundhedstjeneste

Den øvrige primære sundhedstjeneste omfatter en række foranstaltninger og personalegrupper, hvis hovedsigte er at forebygge sygdom, jfr. kapitel I, side 76 ff.

*) Statsanerkendte sygekasser, statsbanesygekasser og fortsættelsessygekasser.

Det var ved periodens begyndelse overladt til befolkningen selv at betale de pågældende medicinalpersoner direkte for forebyggende ydelser. Omkring år 1930 indtræder imidlertid en ændring i opfattelsen af det offentliges forpligtelse til at træffe foranstaltninger til at sikre hele befolkningen mod sygdom. Denne holdningsændring giver sig bl. a. udslag i gennemførelsen af et større antal love med forebyggende sigte i perioden 1931-1955. Disse foranstaltninger finansieres fuldt ud af det offentlige, jfr. nedenstående oversigt.

Det fremgår af oversigten, at staten - bortset fra de to tidligste love - bar mellem 50 og 100 pct. af udgifterne ved disse forebyggende foranstaltninger. I forhold til statens andel i finansieringen af sygekassernes ydelser er dette en meget høj statslig procentrefusion.

I tiden op til i dag sker der en omlægning af den direkte finansieringsbyrde mellem staten og kommunerne som følge af den almindelige omlægning i byrdefordelingen. Statslig procentrefusion ydes i dag alene til sundheds- og hjemmesygepleje, hvor refusionsprocenten er fastsat til 50, jfr. den sociale bistandslov.

I modsætning til den offentlige sygesikrings ydelser stilles de forebyggende foranstaltninger vederlagsfrit til rådighed for hele befolkningen uden hensyntagen til den pågældendes økonomiske forhold (og dermed uden hensyn til sikringsgruppe).

Samlet primær sundhedstjeneste.

Den nogenlunde konstante fordeling af finansieringsbyrden mellem forsikrede og staten for så vidt angår sygekassernes udgifter sammenholdt med den omtalte ekspansion i offentligt finansierede, forebyggende foranstaltninger, indebærer en vækst i det offentlige andel i finansieringen af den primære sundhedstjenestes samlede udgifter, jfr. figur 26, side 236.

Figuren viser en betydelig stigning i kommunernes andel i finansieringen. Denne indtræder samtidig med gennemførelsen af en række forebyggende love. De private andel i finansieringen af den primære sundhedssektor i form af direkte betaling for sundhedsydelser kan som omtalt ikke opgøres blot nogenlunde eksakt, og er derfor ikke omfattet af figuren. Selv når der bortses herfra, har de forsikredes andel af udgifterne - i det væsentligste i form af medlemsbidrag til sygekasserne - udgjort en betydelig del af de samlede udgifter: ca. 70 pct. i 1930 og ca. 60 pct. i 1970.

4. Styring

4.1. De styrende organer.

I afsnit II, side 192 ff er omtalt, at de organer, som har ansvaret for sundhedsvæsenets udvikling op igennem århundredet, i store træk foreligger allerede ved århundredeskiftet.

Love om forebyggende foranstaltninger og disses finansiering ved lovenes gennemførelse.

| | År | Finansiering | Refusion |
|-----------------------------------|------|--------------------------|--------------------------------|
| Vaccination mod kopper. | 1931 | kommunerne ¹⁾ | ingen ⁴⁾ |
| Hjemmesygepleje. | 1933 | kommunerne | mellekom. ref. |
| Sundhedspleje. | 1937 | kommunerne | 50 % fra staten ²⁾ |
| Vaccination mod difteri. | 1943 | kommunerne ³⁾ | 50 % fra staten ⁴⁾ |
| Svangerskabshygiejne. | 1945 | kommunerne ³⁾ | 100 % fra staten |
| Lægeundersøgelse af børn. | 1946 | kommunerne | 50 % fra staten |
| Skolelægeordning. | 1946 | kommunerne | 50 % fra staten |
| Bekæmpelse af kønssygdomme . . | 1947 | kommunerne ³⁾ | 100 % fra staten ⁵⁾ |
| Vaccination mod børnelammelse . | 1955 | kommunerne ³⁾ | 100 % fra staten ⁴⁾ |

¹⁾ På landet amtsrepartitionsfonden, på Bornholm den fælles amtsfond.

²⁾ For sognekommunerne udbetaltes refusionen gennem vedkommende amtsfond.

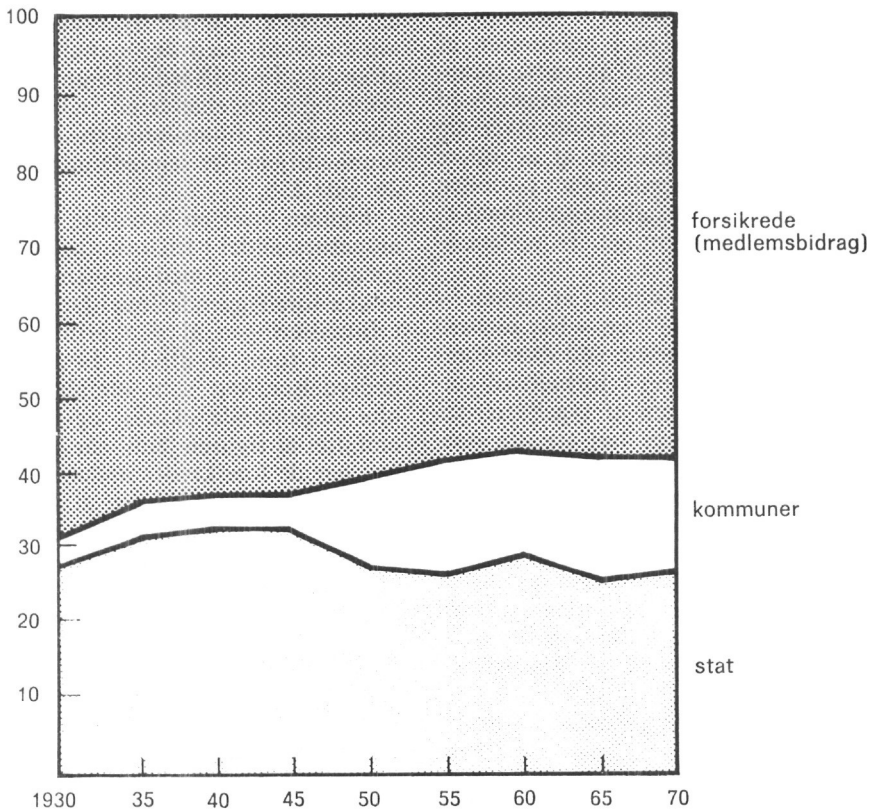
³⁾ København: Stadens kasse, på landet: amtsfonden, i købstæderne og på Frederiksberg: kommunekassen, på Bornholm: den fælles amtsfond.

⁴⁾ Vaccinen udleveres gratis fra statens seruminstitut.

⁵⁾ Refusion for sygehusbehandling efter fastsat takst.

Figur 26.

Procentvis fordeling af den primære sundhedstjenestes samlede udgifter.



Sygehusvæsenet varetages således siden kgl. reskript af 1806 af købstæder og amtskommuner (samt Københavns og Frederiksberg kommune), og denne opgavefordeling mellem kommunerne ændres først ved kommunalreformen.

Centraladministrativt hører sygehusvæsenet siden 1924 under indenrigsministeriet og er undergivet sundhedsstyrelsens tilsyn fra dennes oprettelse i 1909.

Det er i øvrigt karakteristisk, at sygehusudviklingen i hele perioden 1806-1946 sker, uden at kgl. reskript formelt ændres eller ophæves og erstattes af et nyt lovgrundlag. Først i 1946 indføres en ny sygehuslov, der afloser reskriptet som det formelle juridiske grundlag for de styrende organers kompetencer.

Sygehusloven af 1946 var resultat af et udvalgsarbejde om sygehusvæsenet, som indenrigsministeriet iværksatte i 1939 (127). Udvalget («Udvalget vedrørende sygehusvæsenet») havde et omfattende kommissorium,

der var præget af de problemer, som sygehusvæsenets udvikling havde rejst med hensyn til samarbejde mellem sygehusene og kommunerne og med hensyn til ressourceforbruget. Udvalget skulle således bl. a. undersøge en hensigtsmæssig sengefordeling mellem centralsygehuse og blandede sygehuse, behovet for sengepladser på de to sygehus typer, mulighederne for at begrænse indlæggelserne bl. a. ved at oprette diagnosestationer og ved en rationel organisering af hjemmesygepleje, mulighederne for besparelser ved samarbejde mellem sygehusene m. v.

Bl. a. på grund af besættelsen og den forværring af sygehusenes finansieringsforhold, som indtrådte under denne, måtte udvalget i begyndelsen af 1946 begrænse sig til at udarbejde et lovforslag, der ud over den foran side 232 omtalte ændring af sygehus tilskudet, begrænsede sig til de organisatoriske forhold.

Ved loven sker således dels en lovfæstelse af den praksis, der havde udviklet sig op

igennem århundredet, dels indføres visse organisatoriske nydannelser, der blev af central betydning for styringen i tiden efter loven.

I lovens § 2 bestemtes således, at kommunerne kunne indgå overenskomster om at tilvejebringe og drive sygehuse i fællesskab. Hermed lovfæstedes de side 202 omtalte kommunale fællesskaber og samtidig bestemtes, at oprettelse, ændring eller ophævelse af fællesskaber skulle godkendes af indenrigsministeren. Indenrigsministerens godkendelse havde hidtil været hjemlet i landkommunalloven og købstadkommunalloven.

Herudover indeholdt 1946-loven, som nævnt, visse organisatoriske nydannelser, navnlig - i § 3 - regler om godkendelse af byggeprojekter og - i §§ 11 og 12 - om oprettelse af et sygehusråd.

§ 3 bestemte, at byggeprojekter vedrørende kommunale sygehuse skulle godkendes af indenrigsministeren. Bestemmelsen havde to begrundelser: den skulle dels sikre, at det enkelte projekt fik en forsvarlig udformning, dels - og navnlig - at projektet indgik »som et naturligt led i landets samlede sygehusvæsen«. Projektgodkendelsen skulle med andre ord navnlig tjene til at varetage generelle planlægningsmæssige hensyn.

Ved §§ 11 og 12 oprettedes desuden det nye organ - sygehusrådet - der bestod af 6 medlemmer fra sygehuskommunerne, 2 fra staten og medicinaldirektøren som kommitteret. Rådets formålsbestemmelse svarede stort set til den i dag gældende (jfr. sygehuslovens § 19).

Rådet var dog oprindelig tiltænkt en noget anden funktion end den, det senere fik og har i dag. Dette fremgår klart af 1946-lovens § 10. Denne åbnede nemlig mulighed for, at der af statskassen kunne stilles beløb til rådighed for rådet til fremme af opgaver, som ikke kunne løses af de lokale sygehusmyndigheder (eksempelvis: »oprettelse og drift af særlige sygehuse eller sygehusafdelinger«, »oprettelse og drift af ambulatorier, diagnosestationer, rekonvalescentafdelinger m.v.«). Hensigten var med andre ord, at rådet skulle kunne disponere over en egen bevilling, der - henset til de opgaver, som rådet skulle kunne fremme — måtte blive af en betragtelig størrelse. Sammenholdes dette med formålsbestemmelsen, var rådet snarest tænkt som et overordnet fælleskommunalt

organ, et centralt kommunalt fællesskab, der som en pendant til de lokale kommunale fællesskaber skulle fremme løsningen af sygehusopgaver, som ikke kunne løses lokalt alene. De opgaver, hvis løsning rådet skulle fremme, var da også i nogen grad de samme, som var omtalt i 1939-udvalgets kommissorium.

I praksis kom rådet i nogen grad i de første år efter 1946 til at virke efter hensigten. Det var f. eks. initiativtagende til indførelsen af »ambulatorietilskudet« i 1951. Rådet kom dog aldrig til at råde over nogen egen bevilling, og efterhånden fik det i nok så høj grad karakter af et konsultativt organ for indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen og var navnlig et hensigtsmæssig instrument i årene op til kommunalreformen. I 1961 ændredes bevillingsbestemmelsen i § 10, således at den kom til at svare til den nugældende lovs § 17, hvorefter tilskud af den omhandlede art ydes af staten (eksempelvis tilskud til dialyse- og nyretransplantationscentre).

I årene fra 1946 frem til kommunalreformen sker der kun få væsentlige nydannelser af organisatorisk karakter, hvoraf navnlig må nævnes, at den i 1920 oprettede »Sygehusforeningen i Danmark«, der var en kommunal organisation af medlemmer af sygehusenes bestyrelser uden for Københavns og Frederiksberg kommuner, fik en øget indflydelse på sygehusudviklingen, navnlig derved at foreningen førte centraliserede lønforhandlinger med sygehusvæsenets personaleorganisationer. Foreningen opløstes ved Amtsrådsforeningen i Danmarks reorganisation efter kommunalreformen.

For så vidt angår lægebetjeningen af sygekassernes A-medlemmer uden for sygehusene bestemmes denne i hele perioden indtil sygesikringsreformen i 1973 af overenskomster mellem sygekasser og lægeorganisationer. De anerkendte kasser står under statsligt tilsyn.

De væsentligste organisatoriske nydannelser i perioden før sygesikringsreformen er:

at nye overenskomster fra 1921 skal godkendes af staten. Denne bestemmelse er først og fremmest begrundet i statens ønske om indseende med overenskomsternes finansielle konsekvenser og har navnlig ikke i perioden tjent til at varetage styringsmæssige hensyn

af tværgående karakter mellem sundhedsvæsenet uden for sygehusene og sygehusene. at sygeforsikringsloven af 1960 bestemte, at der kun skulle være én sygekasse i hver kommune (bortset fra København og Frederiksberg), og at kommunalbestyrelserne skulle være repræsenteret i sygekassebestyrelserne. Begrundelsen for disse ændringer var en kombination af rationaliserings- og effektiviseringshensyn og et ønske om, at kommunerne, der selv drev sundhedsordninger (sundhedspleje, hjemmesygepleje m. v.), kom i et tættere samarbejde med kasserne. Desuden kan ændringerne formentlig ses som et varsel om sygesikringsreformen.

Begge ovennævnte ændringer afspejler i øvrigt den ogede offentlige indflydelse, der er en af hovedtendenserne i styringen, jfr. nedenfor.

For den øvrige del af sundhedsvæsenet uden for sygehusene er der tale om kommunale opgaver varetaget af de respektive kommunale råd, eventuelt i samarbejde med sygekasserne (eksempelvis hjemmesygepleje). På det centrale administrative plan hører sygeforsikringen i hovedparten af perioden under socialministeriet.

4.2. Hovedtendenser og problemer.

Foran side 203 ff. er redegjort for hovedbestanddelene i det offentlige politik over for sygekasserne. Det centrale i denne var, at frivilligheds- og forsikringspunktet gradvis trænges tilbage og sluttelig afløses af den offentlige sygesikring. Det har endvidere i perioden været en politisk bestræbelse at reducere takstfinansieringen af sygehusvæsenet.

Begge disse politiske bestræbelser skal ses i sammenhæng med udviklingen i den del af socialpolitikken, som generelt har til formål at forbedre befolkningens stilling under sygdom, eksempelvis sygedagpengene. Set i denne sammenhæng betyder det offentlige styring af sygekasserne og taksternes svindende betydning som finansieringskilde en gradvis elimination af økonomiske og sociale skel i relation til adgangen til sundhedsvæsenets ydelser og således en bestræbelse på at fremme ligestillingen i befolkningen i relation til disse ydelser.

Ved siden af denne generelle tendens i styringen - der ikke specielt er karakteristisk for sundhedsvæsenet, men snarere for

udviklingen i finansieringen af størstedelen af det offentlige serviceapparat gennem århundredet - gør der sig en tilsvarende generel tendens gældende til gennem selve sundhedsydelseernes mængde, standard og geografiske spredning stadig at forhøje kvaliteten over for befolkningen. Sygekasserne bidrager ikke blot til en social udligning i relation til ydelserne, men tager - stimuleret af staten - nye ydelser op, og sygehusvæsenets ekspansion gennem perioden indebærer en stadig forøgelse af standarden også i geografisk henseende. Antallet af offentligt uddannede medicinalpersoner pr. indbygger stiger kraftigt; navnlig i sygehusvæsenet omsættes videnskabelige og teknologiske nydannelser løbende i undersøgelse og behandling, og standarden af de bygningsmæssige rammer for sundhedsvæsenet forbedres samtidig med, at sygehusbetjeningen bliver tilgængelig for befolkningen uden for de store byer. Finansieringsreglerne indrettes til at fremme denne udvikling både for sygekasserne - hver statens tilskudspolitik har klart stimulerende formål - og for sygehusvæsenet, hvor staten siden 1937, men mest markant efter 1946, tilskudsmæssigt bidrager stærkere og stærkere til at fremme ekspansionen ved at afhjælpe presset på den kommunale økonomi.

Heller ikke denne tendens til forøgelse af ydelseernes mængde og kvalitet kan siges at være speciel for sundhedsvæsenet. Den præger ligeledes de øvrige dele af det offentlige, som præsterer ydelser til befolkningen (socialsektor, undervisning m. v.) og er et uadskilleligt led i den almindelige offentlige velfærdspolitik på kommunalt og statsligt plan.

Disse meget generelle tendenser må således snarere end som karakteristiske for styringen af sundhedsvæsenet anskues som udtryk for en overordnet målsætning, der er fælles for de forskellige grene af det offentlige serviceapparat, og som disse orienterer deres styring efter i den forløbne periode omend med forskellige midler og i forskellig takt.

Betragtes bestræbelserne på social og økonomisk udligning og på stadig forøgelse af sundhedsydelseernes mængde og kvalitet, således som de er foregået inden for de alment accepterede politiske rammer, inden for hvilke sundhedsvæsenet har udfoldet sig gennem perioden, må fremstillingen af de hovedtendenser, der karakteriserer styringen af sund-

hedsvæsenet, snarere søge at kaste lys over, i hvilket omfang der inden for disse rammer er styret rationelt og effektivt, dvs. i hvilket omfang styringen må antages at have været udformet og praktiseret, således at de overordnede mål er virkeliggjort med bedst mulig udnyttelse af ressourcerne.

Det skal straks bemærkes, at en definitiv måling af udviklingen i styringen i henseende til rationalitet og effektivitet ikke er mulig, især fordi effekten af alle sundhedsvæsenets ydelser på sundhedstilstanden i vidt omfang unddrager sig vurdering, jfr. nedenfor afsnit V og VI. Dette indebærer tillige, at en sikker vurdering af ressourcforbruget i forhold til ydelserne ikke er mulig, således at man ved vurderingen af udviklingen i forbruget er henvist til slutninger på grundlag af større eller mindre sandsynligheder, jfr. ligeledes nedenfor afsnit VI.

Disse rent principielle begrænsninger - der i øvrigt gælder måling af rationalitet og effektivitet i al offentlig »produktion« - medfører, at fremstillingen af hovedtendenserne i styringen af sundhedsvæsenet må blive mangelfuld, idet den må indskrænke sig til at redegøre for de bestræbelser, der særlig har karakteriseret udviklingen. Desuden må fremstillingen — navnlig af styringen af sygehusvæsenet - blive skæv, fordi den må koncentreres om de bestræbelser, der udfoldes centralt af sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet, uanset at sygehusvæsenet i hele perioden primært styres kommunalt. Dette skyldes især, at fremstillingen af hovedtendenserne i styringen naturligt må koncentrere sig om de langsigtede målsætninger for sygehusudviklingen i perioden. Disse formuleres imidlertid især af sundhedsstyrelsen — i større eller mindre vekselvirkning med de kommunale organer, herunder sygehusrådet.

Med disse forbehold søges udviklingen i styringen i det følgende belyst i relation til følgende to problemstillinger:

1. hvorledes de styrende organer har søgt at sikre en ekspansiv udvikling af sygehusvæsenet uden at opnå »overdækning«, bl. a. i form af opbygning af konkurrerende funktioner sygehusene imellem og
2. hvorledes de styrende organer har søgt at sikre, at den ekspansive udvikling i det samlede sundhedsvæsen ikke fører til »overdækning« ved, at samme funktion

opbygges på sygehus og uden for sygehus og ikke udnyttes rationelt og effektivt.

Sygehusvæsenet.

I hele perioden fastlægges den langsigtede målsætning for sygehusudviklingen som nævnt især af sundhedsstyrelsen. Før sygehusloven af 1946 sker dette ved styrelsens rådgivning over for de kommunale organer i tilslutning til det almindelige tilsyn med sygehusene. Ved 1946-loven formaliseres den skete praksis, men styrkes samtidig gennem bestemmelsen om indenrigsministeriel godkendelse af byggeprojekter. Herudover støttes styrelsens rådgivning ved, at indenrigsministeriet bruger sin godkendelsesbeføjelse over for nye kommunale tjenestemandstillinger til at påvirke normeringer af kommunale overlægestillinger. Fra slutningen af 1950'erne til midt i 1960'erne giver igangsætningstilladelsessystemet endelig en vis mulighed for at påvirke de kommunale sygehusinvesteringer.

Ved kommunalreformen afløses dette system af reglerne om sygehusplanlægning, jfr. kapitel I, side 108 ff.

De principielle synspunkter i sundhedsstyrelsens sygehusrådgivning udviser en bemærkelsesværdig konstans i hele perioden. Disse kan resumeres således:

1. De lægevidenskabelige og teknologiske fremskridt skal løbende omsættes i klinisk praksis til gavn for hele befolkningen gennem et stadig mere differentieret sygehusvæsen.
2. Dette kan kun ske på en forsvarlig måde såvel i henseende til undersøgelses- og behandlingsmæssig standard som til ressourcforbrug gennem etablering af større sygehusenheder, der giver mulighed for fuld udnyttelse af investeringerne.

Med baggrund i disse synspunkter tilskynder styrelsen fra slutningen af 1920'erne navnlig til udbygningen af centralsygehusene og søger i årene efter krigen at fremme en stadig specialisering inden for et, eventuelt to centralsygehuse i hvert amt, dels en firedeling af de større blandede sygehuse (i kirurgi, medicin, røntgen og anæsthesiologi) og at få nedlagt de sygehuse, der ikke kan bære en sådan deling. Endelig søges opbygningen af landsdelspecialiserede funktioner

på egnede sygehuse fremmet, understøttet af statens tilskudspolitik, jfr. foran side 231 ff.

I 1963 foretog styrelsens sygehusafdeling en analyse af udviklingen i sygehusvæsenet i perioden 1950-63 (ovennævnte artikel »Det almindelige sygehusvæsenes udvikling i årene 1950-1963«), og søgte på baggrund heraf at skønne over a) stigningen i behovet for sygehuskapacitet, b) udviklingen i den lægelige specialisering og c) de deraf nødvendiggjorte ændringer af sygehusenes funktioner. Der forventedes en 40 pct. stigning i sygehusenes arbejde i 20-års perioden 1965-1986, et stærkt moderniseringsbehov - dikteret af lokale- og apparaturkrav i den eksisterende sygehusmasse - og at liggetiderne ikke uden videre kunne presses yderligere ned. Der forudsås derfor et voldsomt ressourcepres, som måtte afbodes ved en stærk intensivering af sygehusenes indsats gennem

- fælles afsnit for alle afdelinger til intensiv behandling
- afpasset patientpleje
- nedbrydelse af det stive afdelingssystem med henblik på en optimal udnyttelse af sengekapaciteten
- ambulante forundersøgelser
- indskrænkning af det akutte vagtberedskab på mindre sygehuse.

Denne prognose efterfulgtes i 1968 af publikationen »Sygehusvæsenets planlægning«, hvori de principielle synspunkter atter præciseredes, men nu med mere direkte sigte på den fremtidige sygehusstruktur. Publikationen understregede atter centraliseringens nødvendighed og skitserede en sygehusstruktur for det akutte sygehusvæsen, der fik betydning for den amtskommunale inddeling (»Normalsygehustanken«).

Planlægningsbestemmelserne, der blev indført ved sygehusloven af 1969, og indenrigsministeriets »Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning« fra 1971 må betragtes som en videreførelse af sundhedsstyrelsens rådgivning, men rummer samtidig en vis udvidelse af statens indflydelse.

Det karakteristiske for sundhedsstyrelsens rådgivning var, at den forsøgte at forene et hensyn til stadig vækst i sygehusvæsenet med et hensyn til bedst mulig ressourceudnyttelse ved at undgå opbygning af uhenigtsmæssig specialisering. Hele den del af den lobende ekspansion i sygehusvæsenet,

som skyldtes personaleforøgelse, der ikke havde karakter af oprettelse af nye lægelige specialer, samt forøgelser på de øvrige drifts-udgiftskonti, var derimod i hele perioden unddraget statslig indflydelse samtidig med, at staten finansierede en voksende del af disse udgifter gennem sygehustilskudet. Desuden var statens indflydelse på investeringerne begrænset til en kontrol med disses rent undersøgelses- og behandlingsmæssige kvalitet. Med sygehusplanlægningen åbnedes derimod mulighed for, at ressourceforbruget i bredere forstand kan inddrages i statens stillingtagen til den fremtidige sygehusudvikling. Dette må ses på baggrund af væksten i forbruget op gennem 1960-erne.

Ud over forsøget på at påvirke sygehusudviklingen gennem sundhedsstyrelsens og indenrigsministeriets sygehuspolitik kan som eksempler på centrale bestræbelser på at undgå »overdækning« navnlig nævnes de foran side 232 f omtalte tilskud til ambulante undersøgelser og behandlinger, sygehjem, rekonvalescenthjem og landsdelsspecialiserede afdelinger. Ambulatorietilskudet og tilskudet til sygehjem og rekonvalescenthjem havde til formål at tilskynde til at aflaste indlæggelser og i stedet flytte indsatsen over på mindre omkostningskrævende foranstaltninger. I hvilket omfang tilskudene har virket efter deres hensigt unddrager sig vurdering. Landsdelsspecialiseringstilskudene tjente generelt til at understøtte sundhedsstyrelsens principielle rådgivning, og har formentlig medvirket til at sikre den stærke centralisering af de landsdelsspecialiserede funktioner.

Sygehusvæsen — øvrige sundhedsvæsen.

Den omstændighed, at sygekassernes medlemmer fra den første sygekasselov i 1892 modtog sygehusbehandling til højst halv takst og kasserne dermed et indirekte kommunalt tilskud, der voksede i takt med, at taksternes andel af udgifterne formindskedes, måtte som nævnt foran, side 204, give sygekasserne en vis økonomisk interesse i, at væksten i sundhedsydelse især skete på sygehusene, navnlig den specialiserede lægelige undersøgelse og behandling.

Alligevel finder man forholdsvis tidligt som argument for en udvidelse af sygekassernes ydelser uden for sygehuse anført det synspunkt, at ydelsen bidrager til en aflastning af sygehusene i den forstand, at den

med mindre omkostninger (af økonomisk og ikke-økonomisk art) sandsynligt giver samme effekt som sygehusophold (substitutionstanken).

Synspunktet har såvidt vides aldrig af sygekasserne været anlagt på almen lægepraksis i forhold til sygehusene. Første gang det anvendes er ved folkeforsikringsloven i 1933 - og da som argument for, at sygekassernes medlemmer skulle kunne modtage ambulant sygehusundersøgelse og -behandling til højst halv takst, ikke kun indlæggelse. I denne sammenhæng var substitutionstanken dog kun et sekundært argument. De primære argumenter var hensynet til sygekassernes økonomi, hensynet til det enkelte medlem og til samfundsøkonomien i al almindelighed.

Renest er substitutionstanken som argument for en udvidelse af sygekassernes ydelser uden for sygehus bragt i anvendelse ved indførelsen i 1963 af $\frac{3}{4}$ statstilskud til speciallægehjælp i praksis.

Da speciallægehjælp bliver en obligatorisk ydelse (for A-medlemmer) ved sygeforsikringsloven af 1960, er argumentationen et ønske om bistand til den alment praktiserende læge, bl. a. for at fremme behandling i hjemmet. Lovforslagets bemærkninger henviser således til sygeforsikringskommissionens betænkning (betænkning 226/1959), hvori siges, at »den alment praktiserende læge bør have adgang til en så omfattende kollegial bistand af speciallægen, at han kan sikre sine patienter en behandling, der er i overensstemmelse med den stedfundne udvikling inden for lægevidenskaben og til fremme af de på andre områder gennemførte muligheder for sygebehandling i hjemmet«. Der argumenteres således dels for en forhøjelse af kvaliteten af lægebetjeningen uden for sygehus, dels for øgning af mulighederne for behandling i hjemmet. Sidstnævnte argument kan dække substitutionstanken, men den udtales ikke direkte.

Det sker derimod ved indførelsen af $\frac{3}{4}$ statstilskud i 1963. Under behandlingen af sygeforsikringslovforslaget i folketingssamlingen 1959-60 var der fra flere sider rejst tvivl om, hvorvidt forslaget ville være tilstrækkeligt til at sikre en forsvarlig speciallægehjælp. Efter lovens vedtagelse nedsatte socialministeriet derfor et udvalg med repræsentanter for sygekasserne, lægeforenin-

gen og sundhedsstyrelsen, der fik til opgave at skabe grundlag for den fremtidige udvikling af sygekassernes ydelser inden for speciallægeområdet. Udvalget henstillede, at der skabtes hjemmel til at yde yderligere statstilskud til sygekasserne til dækning af disses udgifter til speciallægehjælp. Spørgsmålet om en forhøjelse af tilskudet bragtes derefter frem for folketinget under dettes behandling af et lovforslag, der vedrørte dagpengeordningen, og forhøjelsen foresloges af det pågældende folketingsudvalg gennemført med følgende begrundelse: »Det er ønskeligt snarest at tilrettelægge rammerne for et sådant særligt tilskud, da en udbygning af speciallægehjælpen uden for sygehusene på længere sigt må ventes at medføre besparelser for sygehusvæsenet og dermed også for statskassens tilskud til dette.« (128).

At speciallægehjælp blev en obligatorisk ydelse, der understøttedes af statens $\frac{3}{4}$ -tilskud, var formentlig en medvirkende årsag til væksten i antallet af privatpraktiserende speciallæger efter 1960'ernes begyndelse. Antallet af praktiserende speciallæger havde i perioden indtil da ligget på en nogenlunde konstant antal (og således udgjort en faldende andel pr. indbygger), men steg nu, jfr. side 227.

I hvilket omfang denne udvidelse af sygekassernes ydelser uden for sygehus faktisk har aflastet sygehusene unddrager sig en præcis vurdering. Den omstændighed, at speciallægedækningen er størst dér, hvor dækningen med specialiseret sygehusfunktion også er størst, kunne antyde, at der ikke har været noget substitutionsforhold virksomt. I denne forbindelse må erindres, at ønsket om substitution ikke understøttedes af styringsinstrumenter, der i praksis kunne tilskynde til gennemførelsen af den, bl. a. på grund af den opsplittede kompetencefordeling på området. I denne forbindelse er det bemærkelsesværdigt, at forhøjelsen af statens tilskud til speciallægehjælp sker så godt som samtidig med, at sygehustilskudet forhøjes og udgiftstilskudet indføres i dette. Udgiftstilskudet skulle netop drage en større del af sygehustilskudet over til de kommuner, der havde et mere specialiseret og dyrere sygehusvæsen, dvs. de kommuner, der også fik den bedste dækning med praktiserende speciallæger.

IV. Samarisk oversigt over befolknings- og erhvervsudvikling (129)

Befolkningsforhold.

I dag er op imod en fjerdedel af befolkningen under 15 år, medens ca. 12 pct. - lidt mere for kvinder, lidt mindre for mænd - er over 65 år. Resten eller ca. 65 pct. befinder sig i de såkaldt produktive aldersklasser fra 15 til 65 år. Denne aldersfordeling er resultat af en gradvis forskydning, som i løbet af dette århundrede har medført en væsentlig ændring af aldersstrukturen, der i forrige århundrede var forholdsvis stabil. Tabel 27 viser den relative aldersfordeling på nogle udvalgte aldersklasser af hele den danske befolkning fra 1911-1973.

Børnenes andel har været jævnt og støt faldende indtil 1940. De store fødselsårsgange fra 1940'erne medførte en stigning, der dog senere på ny er blevet afløst af en nedgang. De ældstes andel er til gengæld steget stærkt og vedholdende, næsten til det dobbelte siden århundredets begyndelse, se også afsnit V.3. om udviklingen i middellevetiden, side 250 ff.

Andelen af 20-29 årige repræsenterer en befolkningsgruppe, som i stigende grad har været under uddannelse. I de seneste år har disse unge udgjort en stigende andel af befolkningens størrelse, hvilket skyldes de fornævnte store fødselsårsgange.

Alt i alt har således den egentlige erhvervsaktive del af befolkningen været kraftigt faldende dels på grund af ændringer i aldersstrukturen,

Tabel 28.

| År | Befolkning (1000 indb.) | Procentvis (vækst pr. år) | By-befolkning i pct. af hele landet |
|------|-------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 1801 | 929 | 0,9 | 21 |
| 1850 | 1.415 | 1,3 | 21 |
| 1901 | 2.450 | 1,2 | 38 |
| 1921 | 3.270 | 0,9 | 54 |
| 1930 | 3.551 | 0,8 | 58 |
| 1940 | 3.844 | 1,1 | 63 |
| 1950 | 4.281 | 0,7 | 67 |
| 1960 | 4.586 | 0,7 | 73 |
| 1970 | 4.938 | | 80 |

men også på grund af, at flere får en eller anden form for uddannelse, og fordi pensionsalderen er blevet nedsat. I forbindelse med sidstnævnte forhold må nævnes, at overgangen fra landbrugs- til industrisamfund i sig selv har betydet, at befolkningens erhvervsaktivitet ophører tidligere end for.

I tabel 28 vises den samlede befolkningsudvikling og dens fordeling på by og land.

Befolkningen er siden århundredskiftet blevet omtrent fordoblet. Tilvæksten har været særlig stor i midten af forrige og begyndelsen af indeværende århundrede.

Byområdernes folketal har udgjort en stadig stigende andel af landets befolkning, og folketallet

Tabel 27.

| Alder | 1911 ¹⁾ | 1921 | 1930 | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1974 |
|------------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 0-14 år | 33,6 | 31,2 | 27,5 | 24,0 | 26,4 | 25,1 | 23,3 | 22,8 |
| 15-19 år | 9,3 | 9,6 | 9,2 | 8,6 | 6,8 | 8,4 | 7,6 | 7,4 |
| 20-29 år | 15,8 | 16,4 | 17,2 | 16,7 | 14,3 | 12,7 | 16,0 | 16,1 |
| 30-64 år | 34,7 | 36,3 | 38,8 | 42,9 | 43,4 | 43,2 | 40,9 | 40,7 |
| 65 år og derover | 6,6 | 6,8 | 7,3 | 7,8 | 9,1 | 10,6 | 12,2 | 13,0 |
| I alt | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

¹⁾ Uden Sønderjylland.

i de rene landdistrikter har ikke blot relativt, men fra 1920'erne også absolut vist nedgang. Den gradvise udbygning af hovedstadens og de gamle provinskommuner har medført en stigende bosætning af bybefolkning i forstadsområder. Hertil kommer, at en voksende befolkningsandel er bosat i såkaldt bymæssige bebyggelser uden tilknytning til de gamle provinsbyer eller hovedstaden. Denne vandring fra land til by har medført, at der på 100 år næsten er sket en ombytning af by- og landbefolkningens andel af den samlede befolkning, således at bybefolkningen i 1970 udgør 80 pct.

Økonomisk vækst.

Nedenstående figur 29 viser udviklingen i bruttofaktoriindkomsten*) pr. indbygger i faste priser fra 1920 til 1970:

Det fremgår af figuren, at 1930'erne var præget af en ret beskeden vækst; den gennemsnitlige totale vækstrate var 2,3 pct., vækstraten pr. indbygger 1,4 pct. Derimod var der en stærk økonomisk ekspansion umiddelbart efter krigen, idet bruttonatio-

nalproduktet voksede med 5,0 pct. i gennemsnit fra 1947 til 1950.

I perioden 1950 til 1957 var udviklingen igen mere afdæmpet, men væksten lå over 30'ernes niveau; den totale gennemsnitlige årlige vækst var 2,7 pct.

Mellem 1957 og 1970 var væksten derimod både høj og stabil. Den totale vækstrate nåede op på 5,0 pct. p. a. i gennemsnit, og væksten pr. person op på 4,2 pct. p. a. i gennemsnit.

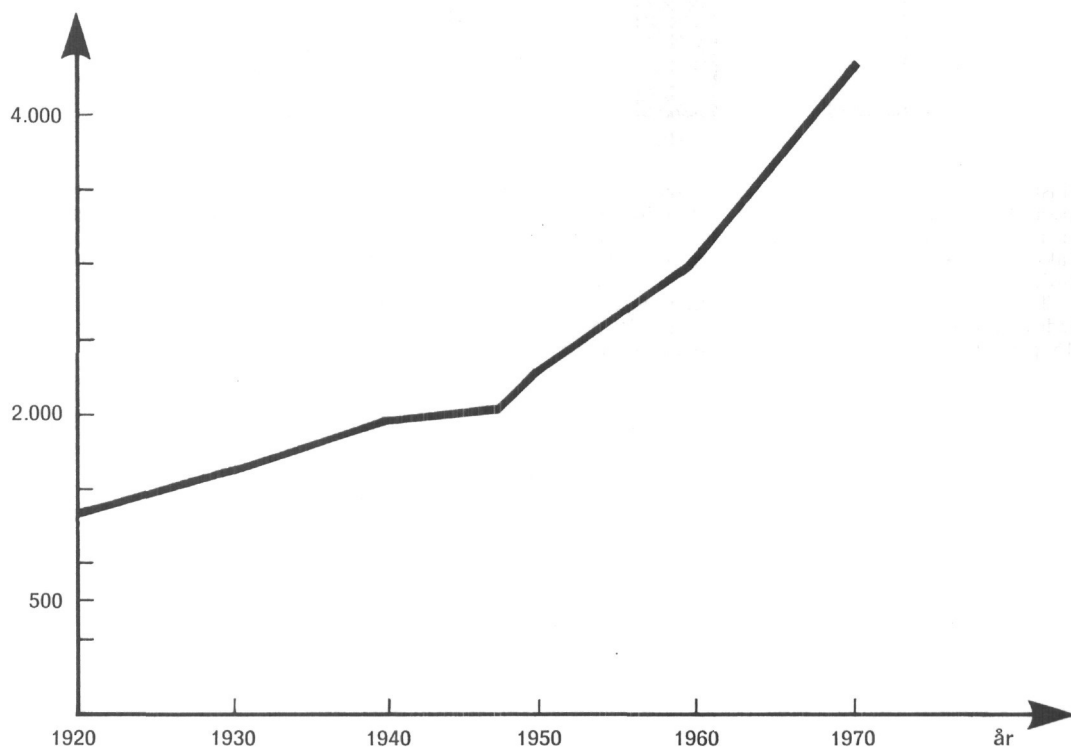
Erhvervsstruktur, jfr. figur 30 (side 244).

Den ændring i ressourcfordelingen, som skete i 1960'erne, bidrog til at fremme de igangværende store forskydninger mellem landets hovederhverv, som efterkrigstiden kan opvise. Ved indgangen til 1960'erne bestod industrien for størsteparten af små virksomheder, men efter betydelige investeringer i begyndelsen af 1960'erne nåede erhvervet op på en vækst på ca. 7 pct. p. a., hvorefter industrisektoren i begyndelsen af 1970'erne præsterede nærværd 20 pct. af bruttofaktoriindkomsten mod kun 15 pct. før krigen. Herved overgik in-

Figur 29.

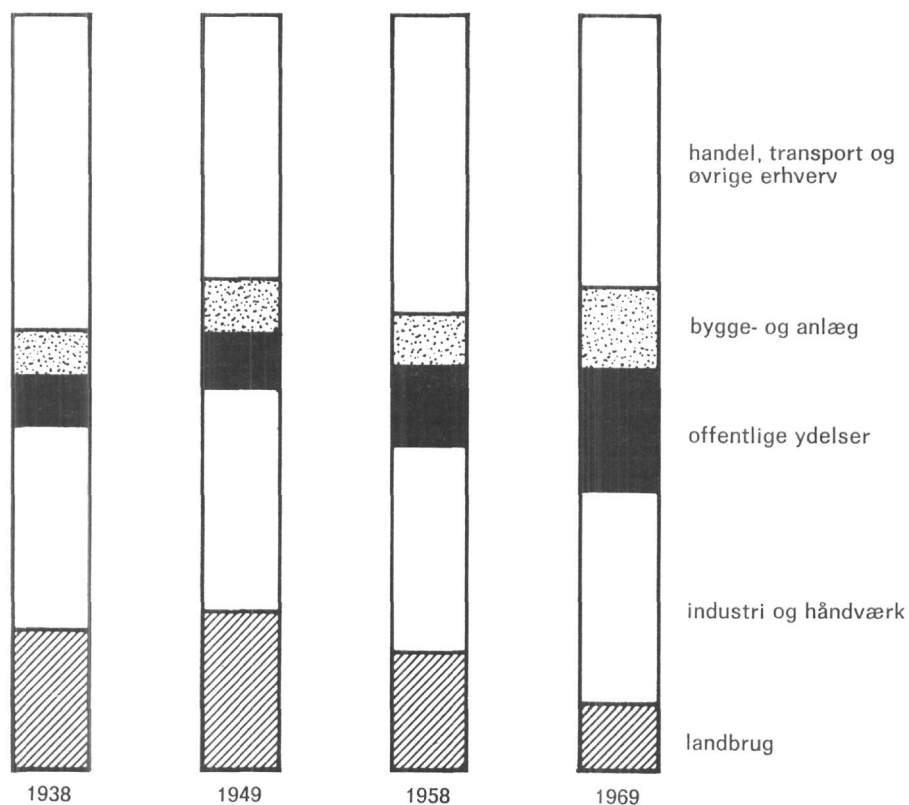
BFI/indb.
kr.

Bruttofaktorindkomsten pr. indbygger, faste priser.



*) D. v. s. produktionsværdien minus rå- og hjælpestoffer.

Figur 30.
 Bruttofaktorindkomst fordelt på erhverv.



dustrien også landbruget som det vigtigste eksporterhverv. Landbrugssektorens betydning faldt til i 1969 at udgøre 7,3 pct. af den samlede bruttofaktorindkomst mod nærvæd 20 pct. blot 15 år tidligere.

Til gengæld er det offentliges bidrag steget, således at offentlige ydelser i 1969 udgjorde over 15 pct. eller nærvæd tre gange så meget som før

krigen. Den offentlige virksomhed er herved blevet landets næststørste aktivitetsområde, lidt mindre end industrien (19 pct.), men større end varehandelen (13 pct.). Gennem denne udvidelse er antallet af offentligt ansatte steget med ca. 135.000, svarende til omtrent $\frac{3}{4}$ af den samlede tilgang i arbejdsstyrken. Endelig må kvindernes stærkt stigende erhvervsfrekvens nævnes.

V. Sygdomsbilledet*)

I dette afsnit gives en beskrivelse af udviklingen af sygdomsbilledet i Danmark. Der er lagt vægt på at give data for så lange tidsperioder, at den hidtidige udvikling kan vurderes. Sygdomsmønstret vil blive belyst ud fra dødsårsager. Desuden vil det mest objektive mål for befolkningens sundhedstilstand, nemlig dødeligheden (dvs. årligt antal dødsfald pr. 100.000 indbyggere), blive beskrevet.

Afsnittet baserer sig på de eksisterende, landsdækkende materialer, idet disse giver et repræsentativt billede af sygdomsmønstret i befolkningen. I alle tilfælde drejer det sig om data hentet fra officielle publikationer. Det har enkelte gange, specielt hvad angår dødsårsagsstatistikken, været nødvendigt at foretage korrektioner, således at tallene bliver sammenlignelige gennem tiden.

1. Dødeligheden af alle årsager

Nogle sygdomme er eller kan være så alvorlige, at de medfører patientens død efter kortere eller længere tids forløb; andre derimod, som f. eks. dovhed, hudsygdomme og tandlidelser, forkorter ikke livets længde, men forringer dets kvalitet. Der er udført en omfattende forskning for at udvikle metoder til vurdering af sådanne lidelser. Indtil videre må det dog konstateres, at de eksisterende metoder ikke lader sig anvende i praksis (130). Sålænge den totale sygelighed (eller sundhedstilstand) i befolkningen ikke er gjort målelig, må man derfor nøjes med at vurdere de enkelte sygdomme og deres betydning ud fra målelige enheder som dødelighed og livslængde. Specielt for hele grup-

pen af psykiske lidelser, hvor dødelighedsforholdene spiller en væsentlig ringere rolle som indikatorer for sygdomsudviklingen, end tilfældet er inden for den somatiske patologi, vil dette medføre en skævhed i fremstillingen.

Med disse forbehold må man indtil videre betragte den totale dødelighed som det enkleste og mest objektive mål for befolkningens sundhedstilstand. Når der bruges aldersspecifikke rater, som f. eks. dødeligheden blandt nulårige, 10-årige osv., er der tale om forholdet mellem antal døde af den pågældende alderskategori og hele alderskategorien, beregnet pr. 100.000 indbyggere.

Dødeligheden blandt nulårige.

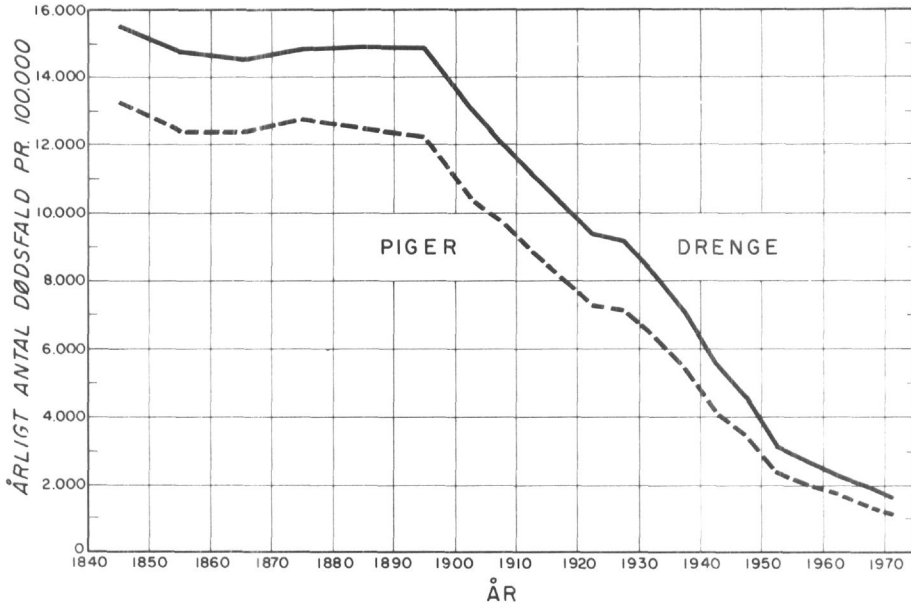
Figur 31, side 246, viser dødeligheden blandt børn under 1 år, fra 1840 til 1972; i dette tal indgår ikke dødfødte, men kun dødelighed blandt levendefødte børn. Kurven for drenge forløber næsten horisontalt indtil 1900; kurven ligger på et niveau af 15.000 pr. 100.000, dvs. at hvert syvende af de nyfødte drengebørn døde inden deres 1-års fødselsdag. Omkring 1900 knækker kurven; der er et stærkt fald indtil 1950, derefter flader det ud. Fra 1895 og indtil 1972 er dødeligheden faldet fra 14.900 til 1.600, svarende til en reduktion på 89 pct. Størstedelen af dette fald er indtruffet inden 1950, idet dødeligheden fra århundredskiftet og indtil da var reduceret med 73 pct.

Dødeligheden blandt nyfødte piger har samme forløb som kurven for drenge. Kurven ligger dog overalt på et lavere niveau. I gennemsnit var pigernes dødelighed 20 pct. lavere end drengenes. Den relative forskel er

*) Nærværende afsnit er baseret på et originalmateriale, udarbejdet af Ole Horwitz og Elsa Bach Pedersen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1975.

Figur 31.

Dødeligheden af olie årsager blandt bom under 1 år, drenge og piger 1840-1972.



øget gennem tiden; den var 15 pct. i 1840'erne, 18 pct. ved århundredskiftet og 30 pct. omkring 1970.

Dødeligheden i udvalgte aldersklasser.

Figur 32, side 247, viser dødeligheden for udvalgte aldersklasser mellem 0 og 70 år.

Figuren er tegnet på logaritmisk papir. Årsagen hertil er, at der er så store forskelle mellem dødelighedsraterne for de forskellige aldersklasser, at bevægelsen gennem tiden ikke kunne følges for grupper med lav dødelighed (f. eks. de 10-årige), hvis almindeligt (arimetisk) papir blev brugt; kurven ville da forløbe meget nær 0-linien. Den logaritmiske skala indebærer, at forskelle, der relativt set er ens, fremtræder med samme størrelse; derfor vil et fald i dødeligheden fra 20.000 til 10.000 (en reduktion på 50 pct.) se ligeså stort ud som et fald fra 200 til 100 (der også er på 50 pct.). Når kurven på logaritmisk papir knækker nedad, betyder det, at dødeligheden, relativt set, falder mere end før. Den logaritmiske skala kan tilsløre det faktum, at en ændring, der absolut set er stor (f. eks. faldet fra 15.500 til 10.000 blandt nulårige fra 1840 til 1920) tager sig mindre ud end ændringen fra 200 til 100 (hvilket gælder for de 20-årige fra 1940 til 1960).

Figur 32 viser, at de nul-årige drenge havde den højeste dødelighed indtil 1950; først da blev deres rate overgået af de 70-årige. Den laveste dødelighed havde de 10-årige, hvis dødelighed i gennemsnit var omkring 3 pct. af de nulåriges. Kurven for dem starter med en udgangsværdi (dvs. den før-

ste værdi i den betragtede periode) på 600 og forløber til at begynde med nærmest vandret; et fald begynder omkring 1880-1890 og fortsætter - bortset fra en stigning, svarende til Verdenskrig I, hvor bl. a. den spanske syge hærgede - indtil 1950. Herefter får kurven et vandret forløb og ligger på et niveau omkring 40. Der har således i tidens løb været et samlet fald på 93 pct. fra udgangsværdien.

Kurven for de unge mænd på 20 år har samme forløb som kurven for skolebørnene. Faldet sætter dog lidt senere ind, og den samlede reduktion er noget mindre (fra godt 700 til godt 100, dvs. 85 pct. reduktion).

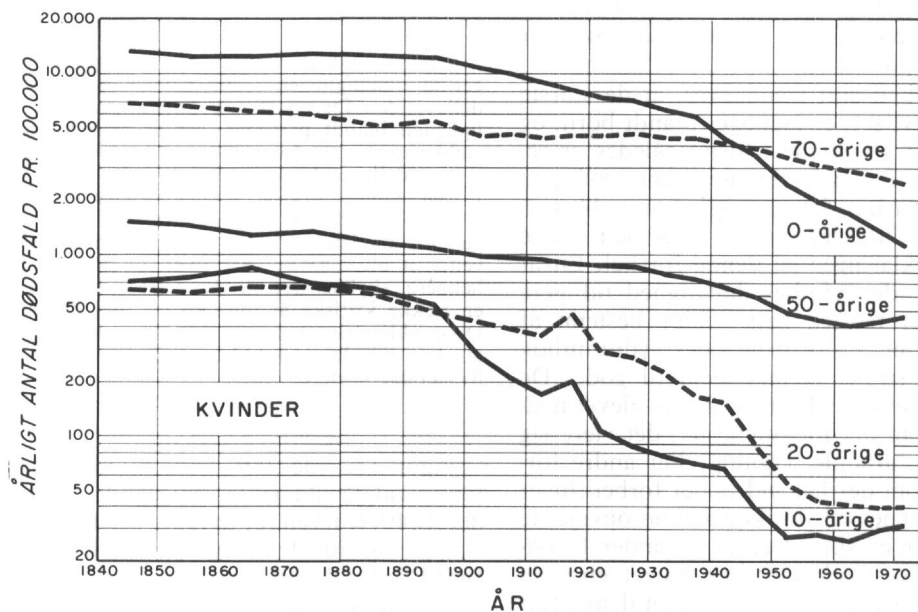
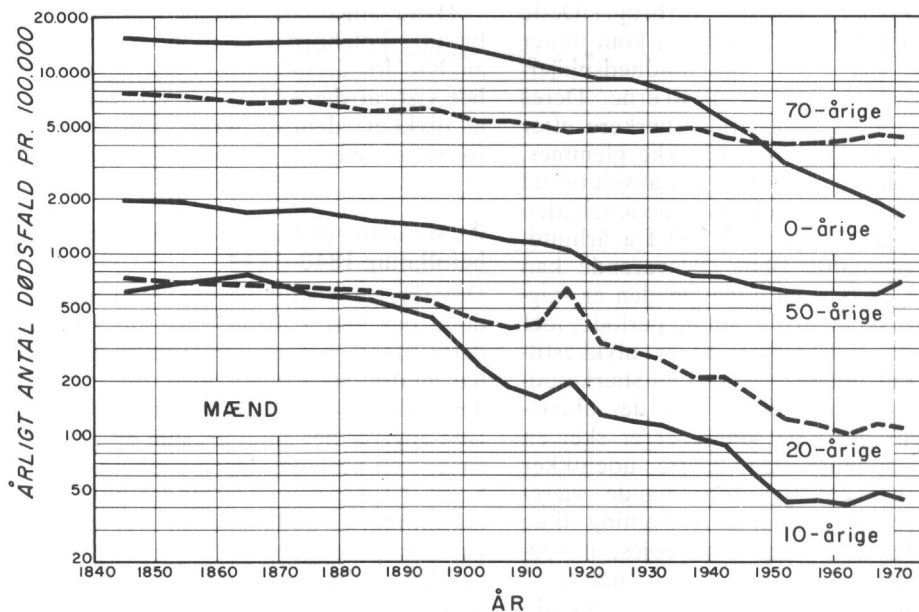
Dødeligheden for de 50-årige mænd har været jævnt faldende fra 1840 til 1970; idet dødeligheden er blevet reduceret med 70 pct. Det skal fremhæves, at hverken Verdenskrig I eller II har sat sig spor i kurven. I 1970 sætter en stigning ind, idet dødeligheden stiger fra 600 til 700 pr. 100.000.

De 70-årige har i begyndelsen af perioden en høj dødelighed, omkring 7.700; den er faldet jævnt indtil midten af 1950'erne, hvorefter en let stigning har sat ind. Sammenlignet med udgangsværdien er dødeligheden faldet med 44 pct.

Figur 32 viser også kurverne for kvinder. De har samme forløb som de tilsvarende kurver for mænd. De adskiller sig kun ved niveau, idet de praktisk taget overalt har

Figur 32.

Dødeligheden af alle årsager i udvalgte aldersklasser 1840-1972.



en lavere dødelighed. Det er mest markant for 20-årige siden 1946, hvor raterne blandt kvinder har været 50-60 pct. lavere end blandt mænd.

Diskussion.

Det mest iøjnefaldende træk ved denne analyse har været, at dødeligheden i næsten alle

aldersklasser er begyndt at falde i slutningen af forrige århundrede og ved begyndelsen af dette. Årsagen til dette fald er ukendt. Det vil dog være rimeligt at nævne, at faldet er indtruffet samtidig med, at industrialiseringen tog fart og samtidig med de store forbedringer i befolkningens almene levevilkår (bolig, arbejde, føde, fritid). Det er også be-

mærkelsesværdigt, at den største del af faldet er sat ind, før den kraftige ekspansion i sundhedsvæsenets ressourceforbrug. Dette gælder også for de nulårige, som kom under systematisk overvågen af sundhedsplejerskerne fra slutningen af 1930'erne. Deres dødelighed falder procentvis stærkere efter dette tidspunkt, men det må ikke glemmes, at inden da var det største fald i absolutte tal allerede indtruffet; spædbørnsdødeligheden var faldet fra 12.600 til 5.500 fra århundredskiftet og indtil 1940. Tilsvarende kan det nævnes, at faldet i dødeligheden er stagneret blandt skolebørn i samme periode, idet de hyppigste dødsårsager nu er ulykkestilfælde og kræftlidelser. Trods den stærke udbygning af sundhedssektoren er der aldersklasser, hvor der i de senere år er sket en stigning i dødeligheden. Dette udelukker selvsagt ikke, at stigningen havde været endnu større, hvis denne udbygning ikke havde fundet sted. Hvortil må føjes, at »dødelighedskriteret« - som foran nævnt - ikke siger noget om forværring af livskvaliteten som følge af sygdomme, der ikke fører til døden, endsige om forbedring af livskvaliteten som følge af medicinsk indsats over for sådanne sygdomme.

Det skal til slut fremhæves, at de største fald, relativt set, er iagttaget blandt børn, og de mindste blandt de ældste; således er reduktionen fra udgangsværdierne 89 pct. blandt nulårige drenge, og »kun« 44 pct. blandt de 70-årige mænd. Der kan være mange forklaringer på denne forskel. En af dem er, at de nyfødtes dødelighed tidligere helt - eller næsten helt - blev bestemt af ydre faktorer. En bedring i det »ydre miljø« vil derfor straks komme dem til gode. De ældre og gamle er derimod delvis blevet nedslidt gennem det forgangne liv, det være sig af sygdom, arbejde, rygning eller andre forhold. Selvom der her indtræder forbedringer i livsvilkårene, vil de ikke kunne opveje de skader, der er sket. Det er herunder forudsat, at »levestandarden« er blevet ensartet forøget for alle aldersklasser, men denne forudsætning vil næppe kunne holde for en nøjere prøvelse.

En analyse over spædbørnsdødeligheden for årene 1931-1960 (131) viste, at nedgangen navnlig kunne henføres til, at infektions sygdomme og lungebetændelse næsten var blevet elimineret. Dødeligheden blandt nyfødte skyldes nu især de medfødte lidelser

og misdannelser, som det er vanskeligt at influere på.

Hvad angår stagnationen i dødeligheden blandt skolebørn er den belyst nøjere i en analyse for årene 1961-1972 (132). Det er her vist, at der er sket en stigning i antallet af ulykker; denne stigning har opvejet den fortsatte nedgang for alle andre sygdomme.

2. Middellevetiden for den danske befolkning 1840-1972

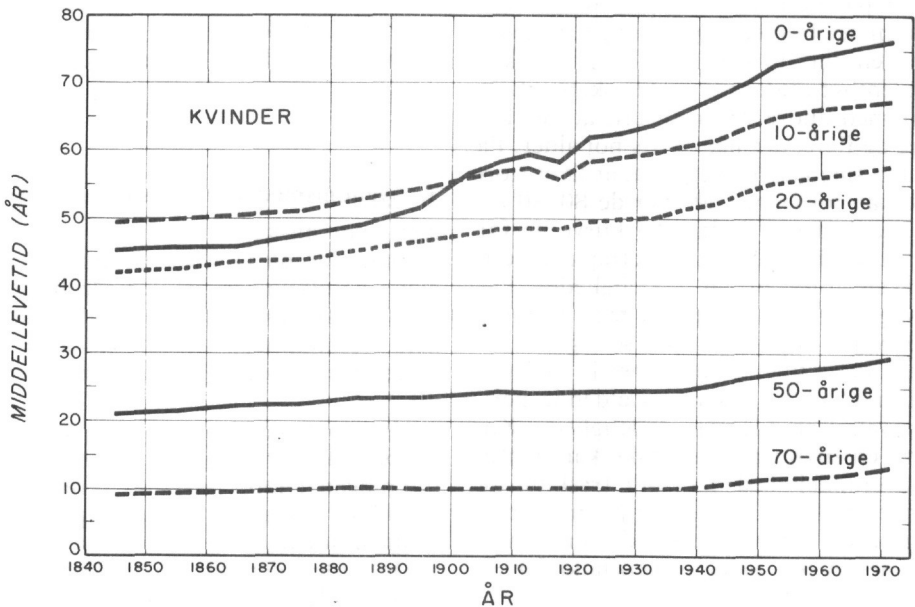
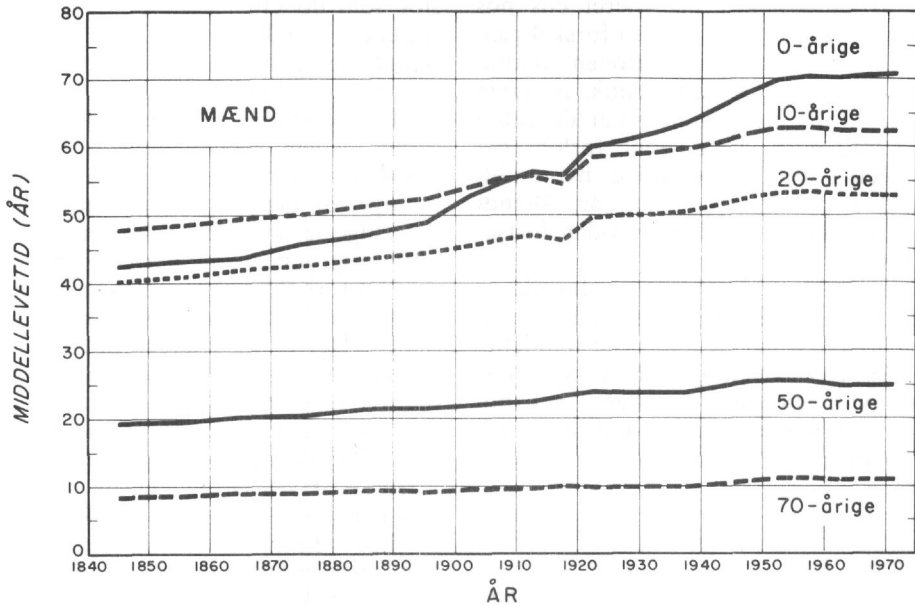
Det forrige afsnit belyste, hvor mange der døde om året i de enkelte aldersklasser. I dette afsnit belyses, hvorledes livslængden har ændret sig i tiden siden 1840. Livslængden måles ved den såkaldte middellevetid. Den angiver det antal år, som en gruppe personer i en bestemt alder i gennemsnit har tilbage at leve; der er herunder gjort den forudsætning, at dødeligheden fremover forbliver som på opgørelsestidspunktet. Middellevetiden ændres i takt med ændringer i dødeligheden; mindskes dødeligheden i efterfølgende (højere aldersklasser), vil middellevetiden stige.

Medens middellevetiden for en nyfodt afhænger af dødeligheden i alle aldersklasser, vil middellevetiden for en 50-årig kun afhænge af dødeligheden blandt personer, der er over 50 år. Det gælder derfor, at for et givet alderstrin er alderen + middellevetid større end for de lavere aldre. I 1840 kunne 50-årige mænd således forvente at leve 19 år (d. v. s. i gennemsnit at blive 69 år gamle), medens nyfødte drenge kun kunne forvente at blive 43 år. Når livet for 50-årige bliver længere, skyldes det, at de allerede har overlevet en række kritiske år med en vis, høj dødelighed. Disse alderstrin skal alle nyfødte igennem; en del af dem vil dø undervejs, og derfor bliver deres livslængde kortere.

Figur 33, side 249, viser middellevetiden for udvalgte aldersklasser blandt mænd, siden 1840. Kurven for nyfødte drenge forløber stadig stigende fra udgangsværdien i 1840. Indtil århundredskiftet var stigningen langsom, derefter var den stærkere, bortset fra et knæk omkring årene for Verdenskrig I; siden 1950'erne er stigningen næsten ophørt. I 1840 var middellevetiden for den nyfødte 43 år, i 1972 71 år; dette svarer til en øgning med 55 pct. Kurven for de 10-årige har samme forløb, men den relative øgning er mindre, 30 pct. Med stigende alder får kurverne et stadig fladere forløb; det svarer til,

Figur 33.

Middellevetiden for udvalgte aldersklasser 1840-1972.



at middellevetiden er øget mindre og mindre med stigende alder; for de 70-årige er den således kun øget fra 8,2 til 10,8 år; relativt set er det dog en stigning på 3,2 pct. siden 1840.

Figur 33 (nederste del) viser udviklingen i middellevetid for kvinder. Mønstrer er

det samme som for mænd. Det gjaldt dog for kvinder, at middellevetiden øgedes også for de 10-70-årige i perioden 1950-1970. Den generelle øgning i middellevetid har dog været større end hos mænd, både når man ser på de absolutte og relative ændringer; for de nyfødte piger er øgningen 31 år (69

pet.); blandt de 20-årige 16 år (38 pct.); blandt de 70-årige 4,3 år (48 pct.).

Medens det, hvad angår de store træk, gælder, at udviklingen har været ens hos mænd og kvinder, gør der sig en forskel gældende i den sidste del af perioden. Blandt mænd når kurverne deres toppunkt omkring midten af 1950'erne. Herefter har de enten et horisontalt eller let faldende forløb; det gjaldt speecielt for de 5-60-årige, hvor middelevetiden er aftaget V3-V2 år. Blandt kvinder derimod har middelevetiden fortsat med at stige.

Sammenlignes middelevetiden for de to køn, gælder det næsten konstant og for alle aldre, at kvinden har den længste middelevetid. I 1970'erne var forskellen størst hos nyfødte, hvor den var 5 år eller 7 pct. højere; den var mindst hos de ældste, f. eks. var den kun 2,4 år hos de 70-årige (22 pct. længere).

Diskussion.

Analysen af middelevetiden viser, at de faktorer, der påvirker livets længde, hovedsagelig er kommet børnene og de unge til gode; livslængden for de gamle er derimod ikke oget væsentligt i tidens løb. Den skete udvikling har med andre ord medført, at der bliver flere og flere, der når en vis høj alder. På den anden side gælder det også, at livet stort set ikke kan forlænges ud over de 80—90 år.

Det knæk, der er indtrådt i kurverne for mænd i den sidste del af den betragtede periode, er en følge af, at dødeligheden har været stigende eller er ophørt med at falde i de relevante aldersklasser (se figur 33). Der kan være flere årsager hertil. Således kan nævnes, at der i den pågældende periode har været en stigende dødelighed i København, en stigning, som måske kan henføres til overdødeligheden blandt fraskilte og enlige mænd (133). Løsningen på problemet må dog anses som uafklaret; det er så væsentligt, at det bør gøres til genstand for en nærmere udforskning.

I England er der af Register General udført flere studier over sammenhængen mellem erhverv og social stilling ved døden. Omkring 1930 var forskellen i dødelighed i den socialt dårligst stillede gruppe 20 pct. højere end i den socialt bedst stillede gruppe. I den efterfølgende periode stiger dødeligheden for de socialt dårligst stillede,

men falder for de socialt bedst stillede, således at de socialt dårligst stillede omkring 1960 har en dødelighed, der er dobbelt så stor som dødeligheden for de socialt bedst stillede, (The Registrar General's Decennial Supplement, England and Wales 1961, London 1974). Man kan dog ikke heraf slutte, at der eksisterer en direkte årsagssammenhæng mellem social status og dødelighed. Kronisk sygdom og svagt helbred kan nemlig betinge, at den pågældende må påtage sig det ringeste arbejde (deltidsarbejde); disse erhvervsgrupper vil derfor være belastet med en forholdsvis stor del syge og svagelige og vil som følge heraf udvise en højere dødelighed. Det er med andre ord sygdom, der betinger (medvirker til) den lave sociale status, og ikke omvendt. For at undgå denne fejlkilde må man derfor gå ud fra en rask normalbefolkning og følge den igennem en årrække. Hvis dødeligheden og sygeligheden her viser sig at være forskellig i de forskellige erhverv og sociale grupper, vil man få et mere entydigt udtryk for disse faktors betydning. Et studium af denne art foretages i Sverige, hvor man har fulgt dødeligheden i hele den befolkning, der levede i 1960. Resultaterne af denne undersøgelse foreligger ikke.

3. Sygdomsmønstret i Danmark 1890-1973

Når man ønsker at undersøge, hvilke sygdomme der på et givet tidspunkt forekommer i befolkningen, er den ideelle fordring: a) at man har et repræsentativt udsnit af hele befolkningen og b) at dette befolkningsudsnit undersøges med en ensartet teknik.

Hvis man yderligere ønsker at vide, hvor hyppigt de forskellige lidelser angriber befolkningen i løbet af et år, kræves, at den udtrukne stikprøver bliver fulgt systematisk gennem tiden.

De kilder, der står til rådighed, når »sygdomsprofilen« skal belyses, er begrænsede. De belyser kun visse sider af sygeligheden, nemlig dødsårsager, hospitalsindlæggelser og invalidepensioner. Den del af sygeligheden, der udelukkende ses af de praktiserende læger, tandlæger og sundhedsplejersker, eller som befolkningen slet ikke søger læge for, indgår således ikke i beskrivelsen. Denne bliver derfor ensidig og mangelfuld.

I det følgende gennemføres analysen af sygdomsmønstret alene på grundlag af dødsårsager. Dette skyldes navnlig, at hospitals-indlæggelser og invalidepensioner ikke kan følges så langt tilbage i tid som ønskeligt, og at begge mål - indlæggelse og pension - i nok så høj grad afspejler et givet indlæggelsesmønster og samfundets syn på sygdom som sygelighed i befolkningen.

Dødsårsager.

Ved hvert dødsfald udstedes der en dødsattest; den indeholder dels demografiske oplysninger (køn, alder osv.), dels oplysning om den sygdom, der ledte til døden. Medens dødsattester i byerne siden 1871 har skullet udfærdiges af en læge, kan de i landområder udfyldes af ligsynsmænd. Da ligsynsmandsattester tidligere var hyppige, omfattede den officielle statistik indtil 1921 kun bybefolkningen. Siden dette år, hvor man altid søgte at få den behandlende læges diagnose anført på ligsynsmandsattesterne, har opgørelserne omfattet hele Danmark. Antallet af ligsynsmandsattester er faldet stærkt i tidens løb, fra 4.926 i 1921 (13 pct. af alle døde i Danmark) til under 10 i 1960'erne.

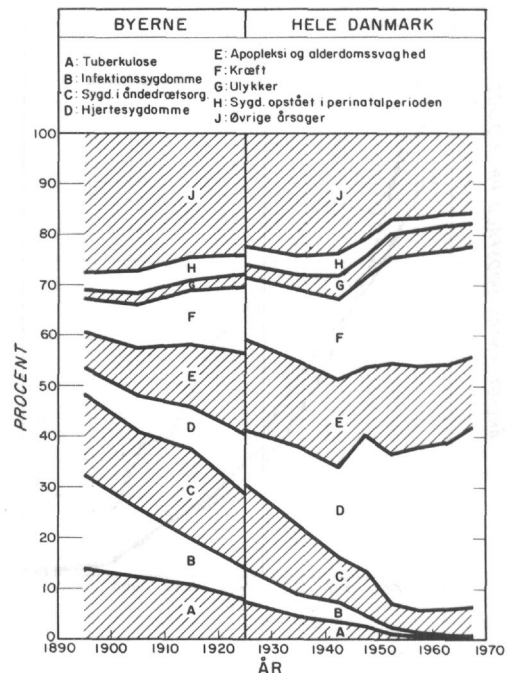
Dødsårsagsstatistikken udarbejdes som om patientens død skyldes én, og kun én sygdom. Mange patienter, ikke mindst ældre, lider imidlertid af flere lidelser; det kan derfor være vanskeligt at afgøre, hvilken af dem der skal anføres som dødsårsagen. For at komme uden om denne vanskelighed er attesterne i tidens løb blevet mere og mere omfattende. Der er herved åbnet mulighed for lægen til at anføre alle væsentlige sygdomme. Dødsattesterne kodes derefter af særligt uddannet personale i sundhedsstyrelsen. Der har altid foreligget faste regler for kodningen. De er ændret med mellemrum, og siden 1950 er benyttet de af WHO nedfældede regler. De enkelte sygdomme bliver ved den centrale kodning rubriceret under et nummer; det enkelte nummer kan dække over en eller flere sygdomme. Der er brugt skiftende systemer gennem årene: fra 1890-1930 brugtes en dansk klassifikation, fra 1931-1940 brugtes en skandinavisk, fra 1941-1960 brugtes en international og fra 1961 er brugt WHO's internationale klassifikation. Den danske klassifikation, man benyttede fra 1890-1930, havde 113 numre, WHO's klassifikation har over 900 numre. Der er således i tidens løb sket en stadig ud-

specificering af sygdommene. Samtidig er der sket omrokeringer. Sygdomme, der oprindeligt har været opgivet separat, kan senere hen - som følge af ny erkendelse - blive slået sammen under ét, og omvendt. Som et udtryk for denne udvikling bliver den internationale klassifikation ændret hvert 10. år. Disse forhold gør det vanskeligt - eller umuligt - at foretage detaljerede langtidsanalyser for enkelte sygdomme. Der er derfor i denne analyse brugt brede grupper, som stort set dækker over de samme sygdomme fra år til år.

Det bør til slut anføres, at de ændrede og udvidede diagnostiske muligheder har spillet en stor rolle for sygdomsbegrebet; hvad der f. eks. forstås ved »tuberkulose« kan variere fra sted til sted (134). De anførte tal og rater må derfor mere tages som udtryk for tendensen end som udtryk for den absolutte virkelighed.

Figur 34 viser, hvorledes dødsfaldene har fordelt sig på de enkelte sygdomme. Fra 1890-1920 omfatter opgørelsen kun dødsfald i bybefolkningen; landboerne, der er døde under midlertidigt ophold i byerne.

Figur 34.
Fordelingen af dødsfaldene efter årsag.
Mænd og kvinder 1890-1970.

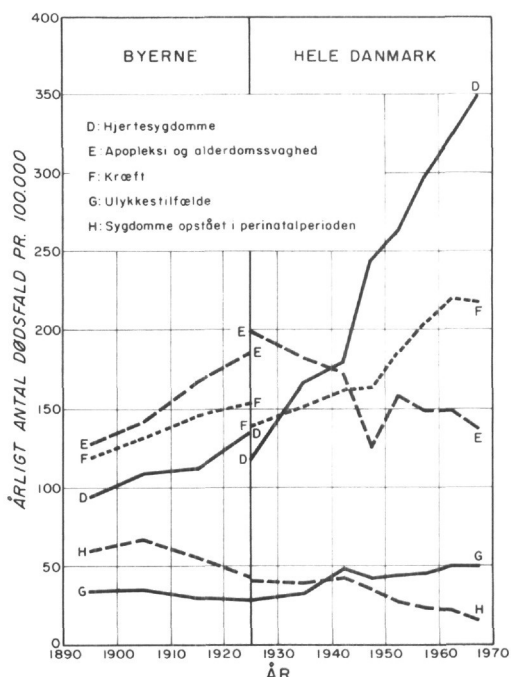
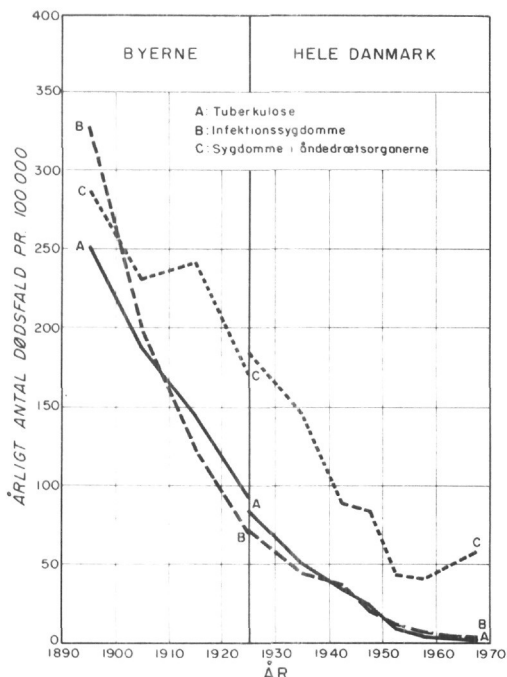


i. eks. på det lokale sygehus, er ekskluderet. Fra 1921 foreligger opgørelsen for hele Danmark; disse tal er herefter benyttet. Dette har medført, at der i overgangsåret fremkommer mindre knæk og spring i kurverne; disse ændringer må karakteriseres som beskedne. I 1890-1899 udgjorde tuberkulose og akutte infektionssygdomme 32 pct., lidelser i åndedrætsorganerne (herunder lungebetændelse og influenza) 16 pct., hjerte-kar-sygdomme + alderdomssvaghed 12 pct., kræft 7 pct., ulykker 2 pct., fødselssygdomme (sygdomme opstået i perinatalperioden) 3 pct., de resterende sygdomme 28 pct. I årenes løb er der gradvist sket en ændring. Tuberkulose og infektionssygdomme er praktisk taget forsvundet; åndedrætslidelser er reduceret med $\frac{2}{3}$; hjerte-kar- og alderdomslidelserne er blevet firdoblet, kræft er tredoblet, ulykker er fordoblet; fødselssygdomme er halveret, og de øvrige sygdomme er reduceret med 7j. Medens profilen ved århundredskiftet prægedes af tuberkulose, infektionssygdomme og åndedrætslidelser, der tilsammen forårsagede halvdelen af alle dødsfald, så er det nu hjerte-kar- + alder-

domslidelser + kræft, der dominerer billedet; tilsammen forårsager disse sygdomme 71 pct. af alle dødsfald.

Figur 35 belyser sygdommenes hyppighed i befolkningen ud fra dødelighedsraterne, der angiver det årlige antal dødsfald pr. 100.000 befolkning. Raterne for henholdsvis tuberkulose og infektionssygdomme er i den betragtede periode faldet fra 300 til 3 pr. 100.000, en reduktion på 99 pct. Lidelser i åndedrætsorganer er faldet fra 300 til 50, en reduktion på over 80 pct. Den stigning, der ses i disse sygdomme under Verdenskrig, skyldes den spanske syge. Stigningen gennem 1960'erne kan henføres til kronisk bronchitis og emfysem. Den nederste halvdel af figuren belyser de sygdomme, hvor der enten har været tale om en stærk stigning, eller hvor faldet har været mindre end for de tre nævnte lidelser. Hjertesygdomme viser den voldsomste stigning, fra knap 100 til 350 pr. 100.000, dvs. næsten en firdobling. Kræft er steget fra godt 100 til godt 200 pr. 100.000. Apopleksi + alderdomssvaghed viser først en stigning (fra 130 til 200 pr. 100.000), men fra 1920'erne fal-

Figur 35.



der raten til udgangsværdien. Dette fald er helt eller delvis kunstigt. Det er bl. a. betinget af ændrede koderegier. WHO's koderegier tillader heller ikke, at en person - selv en 90-årig — rubriceres som død af alderdomssvaghed, hvis en anden lidelse samtidig er anført på dødsattesten. Dødeligheden af ulykker m. m. har været konstant fra 1890 indtil Verdenskrig II. Der indtræder her et tydeligt toppunkt. Kurven fortsætter med at stige, og i slutningen af 1960'erne var raten 50 pr. 100.000, dvs. 50 pct. højere end ved århundredets begyndelse. Dødeligheden af fødselssygdomme (sygdomme opstået i perinatalperioden) har stort set vist et jævnt fald, fra godt 60 pr. 100.000 til 15, svarende til en reduktion på 75 pct.

Diskussion.

For de sygdomme, der altid leder til død, er dødelighedstallene et udtryk for hyppigheden i befolkningen. For visse sygdomme, der kan lede til død, viser tallene, hvor hyppigt den alvorligste form af lidelsen forekommer. Hvis man gennem andre undersøgelser får belyst, hvor mange af dem, der har en sådan sygdom, der dør af den, kan man ud fra dødeligheden beregne det samlede antal syge i befolkningen. Hvis dødeligheden af en sådan sygdom falder, kan man tage det som udtryk for, at den er blevet sjældnere; og omvendt, hvis raten stiger, at den er blevet hyppigere. Der er herunder gjort forudsætninger. For det første, at der ikke er indført lægemidler, der kan helbrede lidelsen; dødeligheden vil da blive nul, selv om sygeligheden i befolkningen er uforandret. Introduktionen af B-12 vitaminbehandlingen over for den form for blodmangel, som skyldes mangel på dette vitamin (perniciøs anæmi) hindrede praktisk taget, at patienterne døde af sygdommen. For det andet forudsættes det, at de diagnostiske muligheder og de diagnostiske principper ikke ændres.

Som eksempler på sådanne ændringer kan nævnes, at oprettelse af tuberkulosestationerne omkring 1940 medførte en kunstig stigning i tuberkulosehygeligheden. Tilsvarende har indførelsen af penicillin m. m. medvirket til, at hyppigheden af lungekræft er steget. En del af disse patienter dør

de tidligere under det kliniske billede af lungebetændelse; da penicillin blev indført, kunne lungebetændelsen, der var en tilstødende komplikation, helbredes, og den til grund liggende kræft erkendes.

Med disse forbehold in mente er der dog ikke tvivl om, at der er indtrådt et markant fald i tuberkulose, infektionssygdomme og luftvejsslidelser, hvoraf en stor del udgjordes af influenza og lungebetændelse. Det er påfaldende, at størstedelen af dette fald har fundet sted, før almen vaccination og kemoterapi er blevet introduceret. Det skal således nævnes, at tuberkulosedødeligheden var faldet med 90 pct., før den moderne bekæmpelse satte ind med masseundersøgelse, vaccination og kemoterapi (135). Årsagen til dette store fald kendes ikke, men forklares i reglen ved bedre levevilkår og øget hygiejne, der er indtrådt i tidens løb. Det kan ikke udelukkes, at det i visse tilfælde også skyldes ændringer i bakteriernes egenskaber. Disse faktorer kan også forklare, at de øvrige infektionssygdomme er svundet.

Den voldsomme stigning i hjertesygdomme er betinget af mange faktorer. Koderegierne ændring, som er omtalt ovenfor, har givetvis øget antallet, specielt hos ældre og gamle. Der er blevet flere gamle i befolkningen; da hjertesygdomme er særlig hyppige hos dem, medfører det, at hyppigheden af hjertesygdomme for alle aldersklasser underet stiger.*)

Ser man på de enkelte aldersgrupper findes, at raten blandt 70-årige og 80-årige mænd er øget 3-6 gange fra århundredskiftet og indtil 1970, medens der hos de 50-årige næsten er tale om en fordobling; hos de gamle kvinder er der også tale om en stærk stigning, medens raten i de øvrige aldersklasser har vist en skiftende tendens. Årsagen til den stærke stigning blandt de midaldrende og ældre mænd kendes ikke, men ændringer i rygevaner, kost og nedsat fysisk aktivitet anses for at spille en betydningsfuld rolle.

Stigningen i kræftdødeligheden må ses som et resultat af de forbedrede diagnostiske muligheder (flere patologiske institutter f. eks.), af aldersforskydningen i befolkning-

*) Hvis man holder befolkningens alderssammensætning konstant, finder man - for årene 1951-72 - at dødeligheden af hjertesygdomme hos mænd kun stiger fra 260 til 320 pr. 100.000, medens den hos kvinder falder fra 240 til 190. For begge køn under ét, har tilstanden således været stationær. Med andre ord, den iagttagne stigning i dødeligheden af hjertesygdomme i disse år, fra 250 til 350 pr. 100.000, kan hovedsagelig henføres til befolkningens ændrede aldersstruktur.

gen, og - for visse kræftformers vedkommende - af ydre faktorer. Tobaksrygning anses således for at være den væsentligste årsag til stigningen i lungekræft. Det må herunder ikke overses, at medens visse kræft-

former er steget i hyppighed, så er andre aftaget; det gælder f. eks. mavekræft (136).

Stigningen i ulykker må hovedsagelig anses for reel. Den kan tilskrives den øgede motorisering.

VI. Sammenfatning og diskussion

1. Sammenfatning

Kvalitativt er hovedtendensen en videreførelse af den udvikling, som kun lige var påbegyndt ved indledningen til det 20. århundrede. Under denne proces ændrer sundhedsvæsenet gradvist karakter.

Sygehusvæsenet mister definitivt sin karakter af fattighjælp og væsentligt isolerende foranstaltning, og bliver det i lægelig henseende mest specialiserede led i et vidt forgrenet sundhedsvæsen.

Uden for sygehusvæsenet bliver den alment praktiserende læge nøglepersonen i sundhedsvæsenet, som ud over at varetage egen undersøgelse og behandling som en central opgave får at koordinere et komplekst systems mange muligheder gennem sin henvisning af patienter til andre dele af sundhedsvæsenet og til socialvæsenet. Samtidig udvikler familielægeprincippet sig.

Sideløbende hermed tilstræbes en ligestilling af befolkningen i relation til sundhedsvæsenets ydelser dels gennem udviklingen i sygekasser, dels gennem selve udbudet af ydelser og disses geografiske spredning.

Kvantitativt modsvares udviklingen af en vækst i mængden af ydelser og i sundhedsvæsenets forbrug af ressourcer. I 1930 udgjorde det offentlige sundhedsvæsen 1,4 pct. af landets samlede produktion, medens det i 1970 var steget til over 4 pct. Stigningen har været markant kraftigst i 1930'erne og fra slutningen af 1950'erne.

Fordelingen af væksten mellem sygehusvæsen og primær sundhedstjeneste belyses af figur 36, side 256.

Medens ca. 60 pct. af samtlige læger i 1930 var beskæftiget i lægepraksis, var ca. halvdelen beskæftiget på sygehuse i midten af 1960'erne og op imod 60 pct. i begyndelsen af 1970'erne. Den relative vækst i antal

let af sygehuslæger sætter først for alvor ind efter krigen, og tager kraftigt til fra slutningen af 1950'erne og frem. Figuren viser dog, at sygehusvæsenets ekspansion målt efter antallet af beskæftigede læger har været stærkere end praksissektorens i hele perioden.

2. Diskussion

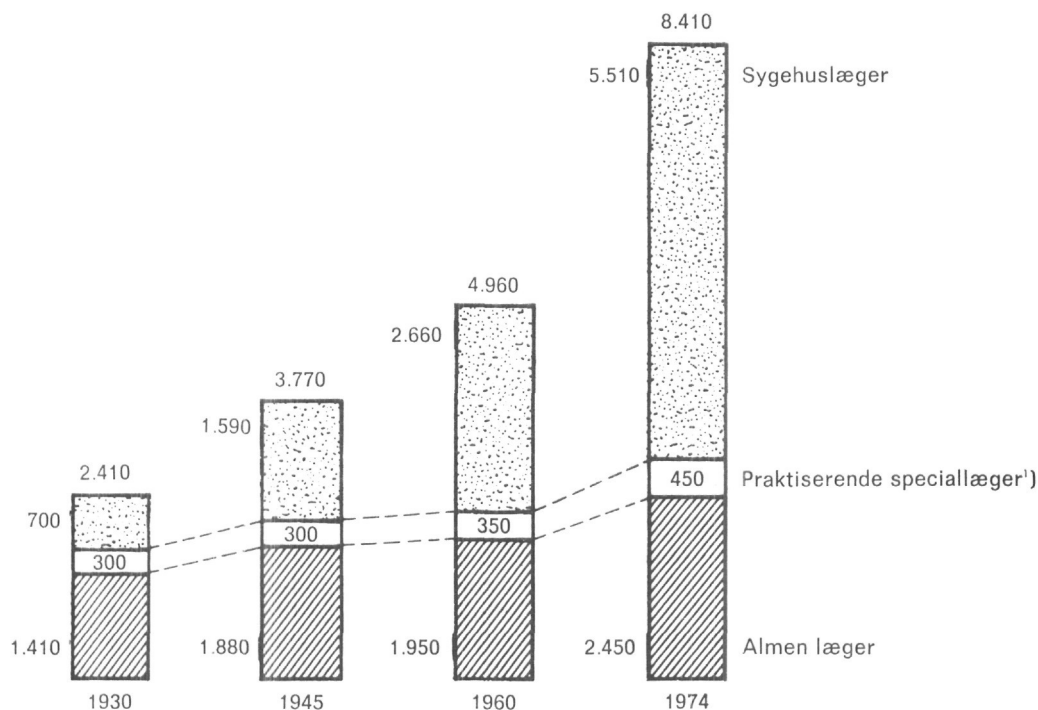
Fremstillingen af det historiske udviklingsforløb er forbundet med en række vanskeligheder, der ikke blot skyldes mangel på oplysninger om faktiske forhold, men i nok så høj grad en række fundamentale måleproblemer. Blandt disse må fremhæves vanskelighederne ved at måle befolkningens sundhedstilstand, ved at måle effekten af sundhedsydelserne på sundhedstilstanden og ved at måle behovet for sundhedsydelser.

Disse rent principielle måleproblemer er årsag til, at det er umuligt at fælde sikre domme over udviklingsforløbet rationalitet og effektivitet. Der findes ikke nogen entydige mål, hvorudfra sådanne domme kan fældes.

I de fleste højt industrialiserede lande, som Danmark kan sammenlignes med, har sundhedsvæsenets ekspansive vækst igennem de senere år været årsag til stigende bekymring, men i intet land har de nævnte måleproblemer fundet deres løsning, og usikkerheden over for vurderingen af udviklingen er derfor et generelt internationalt fænomen. Det er i øvrigt ikke begrænset til sundhedsvæsenet, men er fælles for de grene af det offentlige, som stiller ydelser til rådighed for befolkningen.

Da en vurdering af det hidtidige udviklingsforløb imidlertid er et nødvendigt led i eventuelle prioriteringsændringer i fremtiden, er man, når en sådan vurdering skal foretages, i mangel af sikre mål henvist til på

Figur 36.
Antallet af læger og deres beskæftigelse.



¹⁾ Antal speciallæger med hovedbeskæftigelse i privat praksis

Kilde: Medicinalberetningerne og Statistiske undersøgelser nr. 19.

baggrund af den foreliggende viden at opstille rimelige formodninger om sandsynlige årsager og udviklingstendenser, for at der på dette grundlag kan tages stilling til eventuelle prioriteringsændringer.

I det følgende søges sådanne sandsynlige årsager og tendenser formuleret i en diskuterede form. Dette skyldes, at det ikke er opgaven at fælde definitive domme, men at afveje fakta og synspunkter i et forsøg på at nå frem til rimelige sandsynlige vurderinger.

Ressourceforbrugets vækst.

Sundhedsvæsenets ressourceforbrug gennem den betragtede periode modsvares af en stærk stigning i ydelserne. Den mest nærliggende forklaring på stigningen i forbruget er en voksende sygelighed i samfundet, og de ændringer, der er sket i sygdomsbilledet. Som følge af væksten i befolkningen, den ændrede aldersfordeling samt en række soci-

alt bestemte forhold (øget urbanisering, flere ulykker m. v.), øges sygdomsforekomsten, og sygdomsbilledet ændres, navnlig således at de tidligere dominerende epidemiske sygdomme mister deres betydning, medens andre sygdomme (kræft, hjertesygdomme m. v.), der kræver indsats af et lægeligt og teknologisk specialiseret sundhedsvæsen, bliver de afgørende.

Dertil kommer, at udviklingen i lægevidenskab og teknologi, herunder den lægelige specialisering, muliggør undersøgelse og behandling af sygdomme, som før unddrog sig behandling. Med den stigende lægelige formåen anvendes øgede ressourcer til undersøgelse og behandling af den enkelte patient.

Endelig stiger prisen pr. undersøgelse/behandling som følge af løn- og prisstigninger i samfundet, herunder arbejdstidsforkortelser, der indebærer, at der kræves væsentligt større personale til at nå samme resultat.

Disse forhold kan generelt forklare, at resourceforbruget er steget. Som anført i afsnit III, side 238 ff., må denne vækst tillige i betragtelig grad ses som udslag af den almindelige velfærdspolitik, der har ligget bag opbygningen af sundhedsvæsenet i perioden. Væksten har i betydeligt omfang været tilsigtet i den forstand, at samfundet har villet stille voksende ressourcer til rådighed med henblik på at gøre det moderne sundhedsvæsens ydelser tilgængelige for hele befolkningen i takt med udviklingen i lægevidenskab og teknologi.

Væksten rummer imidlertid træk, som ikke på tilfredsstillende måde er forklaret ad ovennævnte veje, og hvis afklaring er af betydning for styringen af sundhedsvæsenet i fremtiden:

a. For det første lader det sig ikke gøre at vurdere, i hvilket omfang sundhedsvæsenets udvikling rent faktisk har været betinget af sygdomsudviklingen i samfundet. Man må antage, at sygdomsudviklingen forklarer en del af væksten, men hvor stor denne del er, kan ikke præciseres.

Dette skyldes - udover begrænsningerne i det statistiske materiale - bl. a., at mængden af sygehusindlæggelser og ambulansetilvirksomhed, konsultationer hos praktiserende læger m. v. i sig selv påvirkes af, hvor veludbygget systemet er. Et større udbud af ydelser har en tendens til at fremkalde en større efterspørgsel. Herudover spiller visitationsmønstrer en væsentlig rolle, ligesom der er en række socialt bestemte forhold, der motiverer til, at befolkningen i stigende omfang søger bistand fra sundhedsvæsenet (ændret familiestruktur, boligforhold m.v.).

b. For det andet er det vel utvivlsomt, at udviklingen i den lægelige formåen, herunder specialiseringen, har været en selvstændigt virkende årsag til væksten i resourceforbruget. Navnlig sygehusvæsenets vækst er påvirket heraf, eftersom det først og fremmest er sygehusene, der, som udviklingen skrider frem, får til opgave at formidle den specialiserede lægelige kunnen til befolkningen.

I sit udspring må specialiseringen betragtes som resultat af en øget videnskabelig erkendelse, men med væksten i specialernes tal kan det diskuteres, i hvilket omfang dette fortsat er den eneste årsag til udviklingen. Eksempelvis forekommer det mindre sand-

synligt, at en så voldsom koncentration af specialetablerelser som 15 nye specialer i perioden 1962-1972 udelukkende skulle være begrundet i rent erkendelsesmæssige fremskridt. Det synes ligeså nærliggende at antage, at den vækst, der generelt præger sundhedsvæsenet i 1960'erne, tillige forklarer den stærke stigning i specialetallet. Der bliver ressourcer til rådighed til at gennemføre en så stærk specialisering på et kort åremål. Den lægelige specialisering forekommer således ikke upåvirket af stigningen af resourceforbruget i sygehusvæsenet.

Disse forhold antyder en sammenhæng mellem væksten i sundhedsvæsenet og den almindelige økonomiske vækst i samfundet, som for så vidt bekræftes ved, at den økonomiske vækst gennemgående er høj i de perioder, hvor sundhedsvæsenet har en høj vækst (1940'erne og 1960'erne).

Sammenhængen etableres formentlig i praksis især ved, at befolkningens realindkomst i en periode med høj økonomisk vækst kan finansiere det øgede udbud af ydelser, hvortil kommer, at den enkelte borger - især ved fuld beskæftigelse - har bedre mulighed for at udnytte sundhedsvæsenets tilbud, hvilket igen afføder et øget pres på sundhedsvæsenet.

Sundhedsydelser / sundhedstilstand.

Som fremhævet i afsnit V. lader befolkningens totale sundhedstilstand sig ikke måle i dag. Det er derfor heller ikke muligt generelt at måle effekten af sundhedsydelserne på sundhedstilstanden. De mål, der er til rådighed, dødelighed og livslængde, er grove mål, der ikke giver noget fyldestgørende billede af sundhedstilstanden.

De rummer dog et vist fingerpeg herom, og på denne baggrund er det bemærkelsesværdigt, at et betragteligt fald i dødeligheden og i en række tidligere alvorlige sygdomme (f. eks. tuberkulose) indtræder, før udviklingen i det moderne sundhedsvæsen for alvor sætter ind. Det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at middellevetiden for mænd i aldersgrupperne 10-70 år har været faldende siden midten af 1950'erne, altså parallelt med en stærk vækst i ydelser og resourceforbrug på alle sundhedsvæsenets områder.

Sundhedsvæsenet har således tilsyneladende ikke haft nogen afgørende betydning

for den nævnte formindskelse af dødeligheden. Årsagerne til den store mindskelse af børnedødeligheden, hovedgrunden til middellevetidens forøgelse, skal således for en stor dels vedkommende søges i andre forhold, hvilket ligeledes gælder faldet i forekomsten af de ovennævnte sygdomme.

Hermed er imidlertid ikke sagt noget om, hvorvidt dødeligheden ville have været større uden opbygningen af sundhedsvæsenet og ej heller, om dødsårsagerne ville have været andre. Sammenholder man udviklingen i dødelighed og middellevetid med udviklingen i ressourceforbruget, kan man imidlertid - bl. a. også på baggrund af ovennævnte fald i middellevetiden for visse aldersgrupper af mænd - fastslå, at en stadig øgning af ressourceforbruget i undersøgelses- og behandlingssektoren ikke automatisk giver sig udslag i en stadig øgning af sundhedstilstanden målt ved dødelighed og middellevetid.

Det må understreges, at mål som dødelighed og middellevetid ikke giver oplysninger om sundhedsindsatsens indflydelse på sygdomme, der ikke fører til døden, og dermed denne gruppe patienters livskvalitet.

Styring.

Af særlig interesse er det at analysere, om der i udviklingen er tegn på overforbrug eller overdækning inden for sundhedsvæsenet, enten ved at ydelserne (og omkostningerne) har ligget på et for højt niveau i forhold til behovet, eller ved at der er opbygget konkurrerende funktioner typisk mellem sygehusvæsenet og det øvrige sundhedsvæsen.

Man kunne her pege på, at sygekassernes økonomiske interesse i, at væksten i sundhedsvæsenet først og fremmest skete inden for sygehusvæsenet, kan tænkes at have begrundet en sådan overdækning. Holdbarheden af denne argumentation er vanskelig at vurdere, navnlig fordi det ikke var sygekasserne, men de praktiserende læger, der henviste patienter til sygehusene. Desuden modsiges argumentationen snarest af det faktum, at sygekasserne i begyndelsen af 1960'erne, da en stærk vækst i sygehusvæsenet sætter ind, samtidig går ind i en stærk udvidelse af speciallægeydelserne uden for sygehus. Endelig kan man pege på, at lande uden forsikringslignende ordninger i primær sundheds-tjeneste har haft samme forholdsvis stærkere

vækst i sygehusvæsenet som her i landet (eksempelvis England).

Samme argumenter kan for så vidt anføres mod det synspunkt, at honoreringsformen for praktiserende læger har haft afgørende indflydelse på væksten i sygehusene, navnlig således at læger aflønnet med et fast honorar skulle være mere tilbøjelige til at henvise til sygehus. Det kan ikke udelukkes, at der heri kan findes en vis motivation til hyppigere sygehushenvisning - måske kunne heri findes en medvirkende årsag til den større hospitalisering i Københavns kommune — men heller ikke rækkevidden af dette synspunkt lader sig vurdere nærmere.

Derimod forekommer det rimeligt at antage, at den omstændighed, at antallet af læger igennem 1950'erne og 1960'erne har været relativt knapt, og at sygehusene har kunnet tilbyde lægerne gunstige ansættelsesforhold i økonomisk og faglig henseende, i sig selv kan have været en medvirkende årsag til, at så forholdsvis få læger er søgt over i praksissektoren. Samtidig kan en begrænsning i tilgangen til praksis have været i praksislægernes interesse, medens en tilsvarende interesse ikke har foreligget for de offentligt ansatte læger.

Ingen af disse forhold kan imidlertid i sig selv begrunde, at der skulle kunne tales om »overdækning«. Eksistensen af en sådan inden for speciallægeområdet antydes derimod af den omstændighed, at der i begyndelsen af 1960'erne på én gang sker en forhøjelse af det almindelige sygehustilskud og en ændret fordeling af dette til gavn for kommuner med højt specialiseret sygehusvæsen og en indførelse af speciallægehjælp som obligatorisk sygekasseydelse med $\frac{3}{4}$ statstilskud. Der var formentlig ingen garanti for, at resultatet af at gøre speciallægehjælpen obligatorisk ikke ville blive det modsatte af den substitution, der var tilsigtet, nemlig en generel standardforhøjelse, jfr. foran afsnit III, side 238 ff.

Et muligt overforbrug i sygehussektoren kan desuden dels følge af den stadig voksende andel af ældre blandt sygehusenes indlagte patienter, dels af den omstændighed, at de store udspecialiserede sygehuse, som er beregnet til at betjene et befolkningsunderlag svarende til et normalamt, samtidig fungerer som lokalsygehuse for et mindre optageområde. I det første tilfælde beror det eventuelle overforbrug på svigt i visitationen og

på en utilstrækkelig samordning af kapaciteten i sygehus-plejehjem. I det sidste tilfælde synes et svigt i visitationen at være den væsentligste årsag til et eventuelt overforbrug.

I hvilket omfang der faktisk har været tale om overforbrug ved, at mindre komplicerede tilfælde er undergivet en unødigt specialiseret behandling, lader sig ikke måle. På de landsdelsspecialiserede afdelinger, som staten igennem årene har betalt, har der været en tilbøjelighed til markant større indlæggelse fra sygehusenes umiddelbare optageområde end fra hele det øvrige område, afdelingerne skulle betjene. I mangel af en mere præcis viden om sygeligheden kan man dog ikke heraf udlede andet end en tendens til, at specialafdelinger bruges mere, jo nærmere man er afdelingen geografisk. Også dette antyder et svigt i visitationen.

Endelig har hovedstadsområdet gennem hele århundredet haft en markant højere forsyning med sygehusfaciliteter (og praktiserende læger og speciallæger m. v.) end det øvrige land. Dette fænomen afspejler utvivlsomt i et vist omfang en vis højere sygelighed i storbyområdet. Den omstændighed, at tendensen imidlertid allerede er klart udtalt ved århundredskiftet (da befolkningens aldersfordeling, sociale forhold m. v. var andre), gør det dog nærliggende at formode, at den meget større forsyning ikke alene kan begrundes i sygeligheden. Det forekommer nærliggende at antage, at den spredte kompetencefordeling i forbindelse med hoved-

stadsområdets bedre skattegrundlag i perioden kan have begunstiget ekspansion med overdækning til følge.

Sammenfattende kan man formentlig sige, at der er træk i udviklingen, som antyder en manglende koordination, der i sig selv kan have givet anledning til ekspansion og overdækning.

Øvrige spørgsmål.

Endelig giver den historiske udvikling anledning til at fremhæve behovsmåling og effektmåling som særlig betydningsfulde for mulighederne for en mere præcis prioritering og styring.

Som fremhævet flere gange i de foregående afsnit er det ikke muligt at beskrive og analysere udviklingsforløbet ud fra præcise og dækkende mål for behovet for sundhedsydelser i befolkningen og effekten af ydelserne. I nærværende afsnit har man derfor måttet begrænse sig til at søge at opstille rimeligt sandsynlige formodninger om årsager og tendenser.

En mere præcis styring i fremtiden må forudsætte en udvikling af væsentlig bedre målemetoder end de i dag anvendte. Behovet herfor understreges af, at med den målsætning, der i dag er for sundhedsvæsenet, må der i de kommende år forventes et øget pres på sundhedsvæsenet, bl. a. som følge af befolkningstilvækst, ændret aldersfordeling og lægevidenskabelig teknologisk fornyelse.

KAPITEL III

Redegørelse fra arbejdsgruppen
vedr. forebyggelse

I. Indledning

Arbejdsgruppens nedsættelse og kommissorium.

På sit 4. og 5. møde den 2. og 18. december 1975 besluttede prioriteringsudvalget at nedsætte 4 arbejdsgrupper, der skulle behandle de enkelte emneområder inden for udvalgets kommissorium, herunder en arbejdsgruppe vedrørende forebyggelse. Denne arbejdsgruppe fik til opgave *at* redegøre for de hidtil indhøstede erfaringer med hensyn til den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats i sundhedsvæsenet, *at* overveje hvorvidt der skønnes behov for en øget sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, samt *at* overveje, hvorledes det mere permanent sikres, at der foretages en samlet, løbende vurdering og planlægning af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger. Den fulde ordlyd af arbejdsgruppens vejledende kommissorium samt arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 1 og 2.

Tilrettelæggelsen af gruppens arbejde.

Denne redegørelse er udarbejdet med grundlag i 9 rapporter fra 7 projektgrupper samt Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi og Rådet for Trafiksikkerhedsforskning¹⁾). Projektgrupperne var sammensat af medlemmer fra arbejdsgruppen og udefra kommende sagkyndige. Projektgruppernes sammensæt-

ning fremgår af bilag 3, side 294. Denne tilrettelæggelse af gruppens arbejde er valgt på grund af den meget snævre tidsmæssige ramme for arbejdet og som følge af et ønske om at inddrage en bredere kreds af sagkyndige end arbejdsgruppens medlemstal gav mulighed for.

I redegørelsen nedenfor refereres dels de hovedsynspunkter fra rapporterne, som arbejdsgruppen tilslutter sig, dels de supplerende forslag som arbejdsgruppen har ønsket at fremsætte. Opmærksomheden henledes på, at redegørelsen ikke på nogen måde tilsigter at være en udtømmende fremstilling af den uendelige række af emner, der kunne have været behandlet under overskriften forebyggelse. Arbejdsgruppen har derimod koncentreret sig om emner, der skønnes særligt betydningsfulde for den fremtidige indsats af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende karakter. Enkelte områder er mere indgående behandlet og må opfattes som eksempler, der kan bidrage til at illustrere angrebsvinkler og tankesæt, som måske kan finde anvendelse også uden for det beskrevne område.

Redegørelsen er opdelt i to hovedafsnit: hidtidige erfaringer med sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats (afsnit II) og forslag til fremtidig indsats (afsnit III).

¹⁾ Rapporterne er optrykt i en rapportsamling, som er offentliggjort særskilt.

II. Hidtidige erfaringer med sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats i sundhedsvæsenet og det øvrige samfund

1. Ændret sygdomsmønster - ændret indsats

Ændret sygdomsmønster.

Sammenligner man det eksisterende sygdomsmønster med det sygdomsmønster, som var fremherskende for hundrede år siden, er forskellene iøjnefaldende: de store epidemier, underernæringssygdomme, den store børnedødelighed og kort middellevetid er ikke længere aktuelle sundhedsproblemer, medens der på den anden side i dag findes en række andre sygdomme og lidelser, som dominerer sygdomsbilledet, og som ofte medfører langvarig invaliditet eller tidlig død. Det drejer sig bl. a. om hjerte- og kredsløbslidelserne, kræftlidelserne, de psykiske og psykosomatiske lidelser, arbejds- og trafikulykkerne, de arbejdsbetingede lidelser m. v. Ændringerne i sygdomsbilledet er nærmere beskrevet foran i kapitlet »Hovedtendenser i udviklingen af sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet«.

Denne ændring i sygdomsmønstret har været fulgt af en hastigt voksende indsats, fra sundhedsvæsenets side - en indsats, der især er karakteriseret ved, at man har forsøgt en behandlingsmæssig indsats over for de nævnte sygdomsgrupper, særlig stærkt markeret gennem sygehusvæsenets ekspansion de sidste 15 år. Man kan i denne forbindelse tale om »forebyggelsens paradoks«: først når de behandlingsmæssige muligheder synes udtømte stiger interessen for forebyggelse. Det synes nemlig i dag at være ret alment accepteret som en kendsgerning, at det kun i begrænset omfang vil være muligt at behandle sig ud af de aktuelle sygdomsproblemer, med andre ord, der må forebygges. De senere års afmatning af samfundøkonomien har endvidere bevirket, at man har stillet sig kritisk over

for nye, stærkt ressourcekrævende behandlingsformer.

Ændringer i den forebyggende indsats.

Sygdomsforebyggelsen har derfor været genstand for øget interesse i 1970'erne - en interesse, som har medført betydelige ændringer i sygdomsforebyggelsens tilrettelæggelse og omfang. Som tidligere omtalt i kapitlet »Det nuværende sundhedsvæsen« gennemførtes i første halvdel af 1970'erne en omlægning af de offentlige, primærkommunale sundhedsordninger (skolelægeordning, sundhedsplejerskeordning osv.) i retning af mere behovspræget indsats, og samtidig gennemførtes lovgivning om offentlig børnetandpleje. Uden for sundhedsvæsenet er gennemført reformer med stor betydning for sundhedstilstanden her i landet, som f. eks. socialreformen, miljølovgivningen og arbejdsmiljøloven. Der synes således at være tale om en kursændring med øget bevidsthed omkring sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, både i sundhedsvæsenet og i andre samfundssektorer.

2. Ressourceindsats og effekt

Der eksisterer ingen opgørelse over det offentliges driftsudgifter til det forebyggende arbejde i sundhedsvæsenet. Udgifterne til den individ- og grupperettede forebyggelse kan dog anslås til 800-900 mill. kr. i 1976-77 svarende til ca. 5 pct. af de samlede offentlige driftsudgifter til sundhedsvæsenet. Den offentlige børnetandpleje, der udgør mere end halvdelen af disse udgifter, varetager imidlertid i høj grad også en behandlende indsats; fraregnes børnetandplejen udgør de offentlige udgifter til forebyg-

gelse ca. 2-2½ pct. af de samlede offentlige driftsudgifter til sundhedsvæsenet.

Ressourceindsatsens udvikling kan bl. a. belyses ved, at uagtet at sundhedsvæsenets gennemsnitlige årlige udgiftsstigning i 1 O-året 1960-70 udgjorde 16-17 pct., var den årlige vækstrate for den individ- og grupperettede forebyggelse kun 11 pct. (svarende til den årlige vækst i bruttonationalproduktet), medens de sygdomsbehandlende institutioners årlige vækstrate var ca. 17 pct.

Som det fremgår af bilag A i rapportsamlingen, er det ikke muligt at foretage en eksakt, økonomisk vurdering af de sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger ved at sammenholde omkostninger med udbytte. Det er især vurderingen af udbyttet, der er forbundet med vanskeligheder, fordi man skal fastsætte en pris på de sygdomme, der er blevet undgået. Vanskeligheden er størst, når der er tale om ikke-dødelige lidelser, idet man dér må vurdere tilstande som »smerte«, »døvhed« osv. Der er i øvrigt mange holdepunkter for, at samfundsudviklingen i sig selv ofte har haft afgørende indflydelse på bekæmpelsen af den pågældende sygdom, se nærmere kapitlet »Hovedtendenser i udviklingen af sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet«.

Uanset at de her nævnte usikkerhedsfaktorer også gør sig gældende inden for de øvrige områder af sundhedsvæsenet, er der grund til at fremhæve dem i forbindelse med forebyggelse. Forholdet er nemlig det, at effekten af sundhedsfremmende og forebyggende foranstaltninger i reglen først kan ventes at vise sig efter en lang årrække. Det bliver derfor vanskeligt, for ikke at sige umuligt, at dokumentere, at indtrufne ændringer i sygdomshyppighed og -billede udelukkende er forårsaget af den forebyggende indsats. Denne kendsgerning - der ofte omtales som *forebyggelsens dilemma* - rejser spørgsmålet om, hvor stærkt bevis for effekt, der bør og kan kræves forud for iværksættelse af ny sygdomsforebyggende indsats.

Man kommer imidlertid ikke uden om, at det i fremtiden - på grund af ressourceknaphed - vil være nødvendigt at satse mere bevidst på gennemførelse af analyser af omkostninger og udbytte (de såkaldte *cost-benefit* og *cost-effectiveness analyser*) som led i prioriteringsprocessen. Kun for ganske enkelte sygdomskategorier findes der i dag i Danmark sådanne analyser. Det må samtidig

erkendes, at den fordeling af ressourceindsatsen, der i dag findes i det danske sundhedsvæsen mellem på den ene side forebyggelse og på den anden side behandling, næppe kan siges at hvile på et sikkert videnskabeligt beslutningsgrundlag. Man kan derfor ikke sige, at der er noget stærkt argument for at opretholde status quo.

Allerede på dette sted skal nævnes, at det er arbejdsgruppens opfattelse, at der tværtimod er stærke indici for, at marginalinvesteringerne i forebyggelse i dag giver større sundhedsmæssige gevinster end marginalinvesteringerne i behandling.

3. Hittidige generelle erfaringer med den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats

3.1. Generelt om den eksisterende forebyggende indsats.

Som nævnt ovenfor udgør den samlede forebyggende indsats i sundhedsvæsenet kun en forsvindende del af de samlede driftsudgifter til sundhedsvæsenet.

Balancen i den hittidige forebyggende indsats kan efter arbejdsgruppens opfattelse karakteriseres på følgende måde:

1. Den mere passive og traditionelle opsporing og forebyggelse af sygdom har været prioriteret højere end den mere aktive sundhedsfremmende indsats.
2. Forebyggelse af legemlige sygdomme og lidelser har været prioriteret højere end den forebyggende indsats over for psykiske og sociale problemer og lidelser.
3. Hovedparten af den forebyggende indsats har været koncentreret om slægtens videreførelse (den gravide, barnet).
4. Indtil begyndelsen af 1970'erne har en bevidst sygdomsforebyggende indsats gennem ændringer i miljøet og samfundsforholdene i øvrigt indtaget en beskedent placering i den samlede forebyggende indsats.
5. Det enkelte individ har i meget høj grad indtaget en passiv modtagerrolle i den hittidige forebyggelse.

3.2. Opsporing og forebyggelse af sygdom og lidelse.

Gravide og børn.

For den gravide og børnene er der igennem de sidste 30 år udviklet et forebyggelsestil-

bud, som i store træk er i stand til at opspore og forebygge videreudvikling af *legemlige sygdomme*. Som omtalt har denne indsats skiftet karakter i retning af en mere behovspræget tilrettelæggelse. Selv om der endnu ikke foreligger videnskabelig dokumentation for effekten af disse ændringer, synes de efter arbejdsgruppens opfattelse rationelle.

Opsporing og forebyggelse af *psykiske lidelser og problemer* hos gravide og børn er ikke udviklet i samme omfang som forebyggelsen af legemlige sygdomme. Ændringer i jordemoderfunktionen, ændring af småbørns-sundhedsplejen, gennemførelse af socialreformen og ændring af skolesundhedsplejen tyder imidlertid på, at denne del af den forebyggende indsats er ved at blive prioriteret højere. Erfaringerne viser dog, at omstillingsprocessen er overordentlig vanskelig, dels fordi den fornødne uddannelsesbaggrund mangler, dels fordi alle de muligheder, som ligger i et tværfagligt samarbejde, endnu ikke er fuldt udnyttet.

I takt med den teknologiske og videnskabelige udvikling er forebyggelsestilbudet over for denne aldersgruppe blevet udvidet. Forebyggelse af rhesus sygdomme hos barnet, opsporing og behandling af Föllings sygdom, opsporing og forebyggelse af Mongolisme er således alle eksempler af nyere dato herpå. Ved cost-benefitanalyse er den forebyggende værdi af de to sidstnævnte sygdomme blevet dokumenteret.

Det er karakteristisk for forebyggelsestilbudet over for den gravide og de mindre børn, at dette udnyttes næsten 100 pct. af befolkningen. Lægeundersøgelserne af 4-, 5- og 6-årige børn er en undtagelse herfra, hvilket sandsynligvis hænger sammen med, at undersøgelserne i deres nuværende udformning ikke af befolkningen opfattes som videre relevante.

Voksne i erhverv og ældre.

Sundhedsvæsenets forebyggelsestilbud over for de produktive aldersklasser og de ældre er ikke udviklet i samme grad som indsatsen over for gravide og børn. Indsatsen over for voksne har i reglen haft karakter af opsporing af en specifik sygdom som f. eks. tuberkulose og livmoderkræft. Erfaringerne fra denne indsats taler for, at man først og fremmest søger at identificere de befolkningsgrupper, hvor sygdomsforekomsten er størst

- de såkaldte risikogrupper - for siden at iværksætte undersøgelse af disse grupper. Principper for selektive masseundersøgelser er omtalt i kapitlet »Det nuværende sundhedsvæsen« og i bilag A i rapportsamlingen. Fra udlandet kendes de systematiserede, mere generelle forebyggende helbredsundersøgelser, der sigter mod opsporing af sygdom uden på forhånd at indsnævre opsporingen til en bestemt sygdom. Verdenssundhedsorganisationen har advaret mod gennemførelse af sådanne helbredsundersøgelser, før effekten heraf er nærmere videnskabeligt afklaret.

Efter arbejdsgruppens mening tyder de hidtidige erfaringer på, at der fortsat bør udvises tilbageholdenhed over for iværksættelse af masseundersøgelser, generelle såvel som selektive, indtil den videnskabelige baggrund herfor er nærmere afklaret. Arbejdsgruppen finder, at en forebyggende indsats over for voksengruppen, herunder de ældre, først og fremmest bør iværksættes uden for sundhedsvæsenet, f. eks. via arbejdsmiljøindsats, fleksibel pensionspolitik, ændring i familiepolitiske ydelser m. v.

3.3. Sundhedsfremmende indsats.

En mere systematisk sundhedsfremmende indsats såvel i som uden for sundhedsvæsenet har hidtil været af meget begrænset omfang. Begreber som sundhedsoplysning, sundhedsopdragelse, sundhedspædagogik har hidtil haft en meget tilbagetrukket placering i det samlede forebyggelsesbillede.

Sundhedsopdragelse er i videste forstand betinget af samfundets kultur og samfundets økonomiske og sociale organisation. En mere specifik sundhedspædagogisk funktion varetages dels af massemedier, skolevæsenet, sygdomsforeninger og Komiteen for sundhedsoplysning, dels af faggrupper eller enkeltpersoner i sundhedsvæsenet. Som et eksempel på en sådan specifik indsats kan nævnes radioens og fjernsynets udsendelser om kønssygdomme. Erfaringerne fra specifik indsats i form af oplysningskampagner taler efter arbejdsgruppens opfattelse for en videreudvikling heraf.

De hidtidige erfaringer med en mere generel sundhedspædagogisk indsats er mere begrænsede.

Arbejdsgruppen tvivler dog ikke på værdien af sundhedsplejerskens rådgivning og samtale om det spæde barns ernæring og udvik-

lingsproblemer m. v. Det samme gælder for jordemoderens og hjemmesygeplejerskens rådgivende funktioner, de lægeligt forebyggende funktioner over for børn og i øvrigt i patient-læge situationen m. v., selv om solid dokumentation herfor mangler.

Mens denne type sundhedsfremmende indsats er baseret på kontakt med det enkelte individ, har man i de sidste 10 år set en stadig stigende interesse for sundhedspædagogisk indsats i form af egentlig gruppeundervisning. De positive erfaringer fra de fødselsforberedende kurser og fra efterfødselskurser (som omtales i det af Ulla Toft udarbejdede bidrag til bilag E i rapport-samlingen), tyder på, at denne arbejdsmodel kan være lovende også på andre områder, ligesom sundhedsplejerskers erfaring med grupper af kvinder peger i samme retning. Den store tilstrømning til aftenskoleundervisning vedr. yoga, afspænding, kropspædagogik m. v. tyder på, at befolkningen har interesse for denne slags sundhedspædagogik.

Den hidtidige sundhedsoplysende indsats i folkeskolen har været af beskeden omfang, præget af en for beskeden indplacering i undervisningen og af mangel på relevant undervisningsmateriale.

Idet der i øvrigt henvises til nærmere omtale side 272 ff, ønsker arbejdsgruppen at fremhæve, at de hidtidige erfaringer taler for, at den sundhedspædagogiske indsats må indtage en betydelig mere markant placering såvel i som uden for sundhedsvæsenet.

3.4. Forebyggelse gennem foranstaltninger uden for sundhedsvæsenet (miljøændringer).

Arbejdsgruppen har ikke foretaget en omfattende analyse af de hidtidige erfaringer med forebyggelse gennem foranstaltninger uden for sundhedsvæsenet (miljøændringer), men har koncentreret sig om udvalgte eksempler inden for arbejdsmiljø, trafiksektoren og socialektoren, som viser sammenhængen mellem visse miljøforhold og sygelighed - og dermed ressourceforbrug i sundhedsvæsenet.

3.4.1. Sundhedsskader opstået i arbejdsmiljøet.

Som det fremgår af bilag C i rapport-samlingen bekræfter forskellige undersøgelser inden for arbejdsmiljøet, at såvel sundheds- som socialektorens ressourcer belastes af skader opstået i arbejdsmiljøet. En nøjagtig

opgørelse over arbejdsmiljøskadernes omfang er ikke mulig, men på baggrund af bl. a. socialforskningsinstituttets undersøgelse af, hvordan 7.000 arbejdere oplever arbejdsmiljøet, kan man give nogle fingerpeg.

Arbejdsmiljøskaderne kan deles op i forskellige typer:

1. Arbejdsulykker.
2. Arbejdsbetingede sygdomme, herunder den langsomme fysiske og psykiske nedslidning og og dårlig trivsel.
3. Udstødningen fra arbejdsmarkedet.

I 1972 - det sidste år man har nogenlunde sikre tal fra - registreredes ca. 70.000 arbejdsulykker. Og det var kun de ulykker, der gav anledning til mere end 3 dages fravær. Det samlede antal arbejdsulykker incl. alle småskader skønnes dog at være på ca. 2 mill, om året.

Arbejdsbetingede sygdomme består dels af de anerkendte - hvoraf der kun registreres ca. 400 om året - og ikke-ankendte erhvervs sygdomme, dels af den langsomme fysiske og psykiske nedslidning.

Socialforskningsinstituttets undersøgelse viste bl. a., at lidt over halvdelen klagede over smerter i bevægeapparatet, og at lidt under halvdelen havde mindst ét stresssymptom.

Hvis en arbejder ikke kan beholde sit arbejde og ikke kan få et nyt på det åbne arbejdsmarked efter længere tids ledighed, betragter man ham som offer for udstødningen.

Efter resultaterne af arbejdsmiljøundersøgelsen og undersøgelser blandt invalide- og førtidspensionister er der grund til at tro, at arbejdsmiljøet medvirker til udstødningen. Det er her værd at bemærke, at der findes godt 160.000 førtids- og invalidepensionister, og at mere end en halv årgang 67-årige modtager pension før overgangen til folkepension.

Man spurgte også i undersøgelsen, hvilke arbejdsmiljøpåvirkninger arbejderne følte sig generet af. Mellem 24 og 38 pct. klagede over støj, byrder, træk, støv og stærke temperatursvingninger. 26 pct. mente, at de havde meget lidt eller slet ingen indflydelse på deres arbejde, og 32 pct. syntes, at deres arbejdstempo var for hurtigt. Disse påvirkninger kan imidlertid ikke ses isoleret, idet også påvirkninger uden for arbejdsmiljøet har indflydelse på arbejderens sundhed.

Det må erkendes, at oplysningerne om arbejdsmiljøets sygdomme og skader er mangelfulde. Årsagsforholdet er mest kompliceret for de arbejdsbetingede sygdommes og udstødningens vedkommende. Af arbejdsmiljøundersøgelsen fremgår det dog, at der for nogle af arbejdsmiljøskaderne er klart *sammenfald mellem nogle sygdomssymptomer og forskellige påvirkninger på arbejdspladsen*. Der er således erfaringer for, at bl. a. HK-gruppen har mange med smerter i den øvre ryg, og at folk beskæftiget med

tungt arbejde er særlig udsat for smerter i lænden.

Ved vurdering af *arbejds miljøskadernes omkostninger* må man navnlig se på to typer, nemlig produktionstab og ressourcebindingen (omkostninger i øvrige sektorer).

På baggrund af ulykkesforsikringsstatistikken i 1972 har man skønmæssigt opgjort produktionstab i forbindelse med arbejdsmiljøskader til mellem 6 og 7 mia kr. og ressourcebindingen til mindst 2—3 mia kr. (1974-priser). Tallene er behæftet med stor usikkerhed, bl. a. fordi der ikke findes nogen eksakt opgørelse af hospitals- og andre behandlingsudgifter. Det synes dog rimeligt at antage, at sygehusvæsenet alene bærer mere end halvdelen af de udgifter, som de 70.000 registrerede ulykkestilfælde påfører arbejds-, social- og sundhedsvæsenet (skønmæssigt ansat til 250 mill. kr. i 1974-priser).

De væsentligste rammer for den fremtidige forebyggende indsats i arbejdsmiljøet er fastlagt i arbejdsmiljøloven, som er nærmere beskrevet i kapitel I. Hovedsigtet med denne lov er at skabe et sikkert og sundt arbejdsmiljø, der til enhver tid er i overensstemmelse med den tekniske og sociale udvikling i samfundet. Hidtil har arbejdsmiljøindsatsen ofte måttet nøjes med at være efterfølgende og dæmme op for de mest skadelige virkninger - eksempelvis ved forkortet arbejdstid ved skifteholdsarbejde, personlige beskyttelsesmidler for at hindre forgiftninger, gymnastik til at imødegå gener i forbindelse med ensidige arbejdsstillinger.

Det gælder generelt, at det ikke kan bevises, at alle skadeomkostninger vil kunne undgås ved at investere i forebyggelse; dette gælder således også inden for arbejdsmiljøet. På baggrund af den foreliggende viden om omkostningerne i forbindelse med arbejdsmiljøskaderne og den nuværende beskedne indsats inden for forebyggelsen i denne sektor forekommer det dog arbejdsgruppen temmelig sandsynligt, at en yderligere investering i forebyggelse vil være »rentabel«.

3.4.2. Personskader opstået i trafikmiljøet.

Trafikulykker som dødsårsag udgjorde i 1970 omkring 2,5 pct. af alle dødsfald i Danmark, idet der dette år dræbtes 1.208 personer i trafikken. Trafikdrab rammer i den grad unge under 30 år, at trafikulykker som hovedregel må anses som den væsentlig-

ste enkeltstående dødsårsag for denne aldersgruppe. Antallet af tilskadekomne i trafikken er ca. 20 gange så stort som antallet af dræbte. Trafikulykker er i de seneste år ofte - og med rette - sammenlignet med en epidemi, der udgør et betydeligt sundhedsmæssigt problem.

Når trafikulykker og personskader skal forebygges kan man sætte foranstaltninger ind over for enten trafikanten, trafiknettet eller trafikmidlet. Som eksempler på sådanne forebyggende foranstaltninger kan nævnes: oplysningskampagner, hastighedsbegrænsninger, trafikseparering, vejudretninger, tvungen brug af sikkerhedsseler og styrthjelm og periodiske syn. Det er karakteristisk for den hidtidige indsats på dette felt her i landet, at de enkelte foranstaltninger oftest ansues isoleret; der findes ikke i Danmark - som tilfældet f. eks er i Sverige - en samlet trafikikkerhedspolitik plan.

Det er godtgjort, at brugen af sikkerhedsseler og styrthjelm reducerer antallet af alvorlige skader på de personer, som faktisk involveres i trafikulykker. Det er derimod vanskeligere at bevise, i hvilket omfang ulykkernes antal kan påvirkes.

Som et eksempel skal kort refereres en vurdering af virkningerne af de generelle hastighedsbegrænsninger, som indførtes under oliekrisen.

I forbindelse med beslutningen i folketinget i marts 1974 om at gennemføre generelle hastighedsbegrænsninger blev det besluttet, at der skulle gennemføres en særskilt vurdering af lovgivningens virkning på antallet af færdselsuheld og personskader.

Som situationen var, forelå der en række uløste metodiske problemer. Kun det forhold, at der i året efter oliekrisen indtrådte meget betydelige nedgangen i uheldstal og især i drabstal, gjorde det muligt med nogen sikkerhed at henføre en del af ændringerne i ulykkerne til selve lovændringen. Det var nemlig muligt nogenlunde at indkredse den eventuelle virkning af en række andre faktorer, hvorved en restvirkning fremkom. Denne restvirkning på 5-10 pct. i antal uheld og på 20-30 pct. i antal dræbte personer kunne med rimelighed tilskrives hastighedsbegrænsningerne.

Det forhold, at uheldstallene nu igen er steget, jfr. nedenfor, taler ikke imod en positiv isoleret virkning af hastighedsbegrænsning (øget trafikmængde, uændret politiovervågning m.v.), men understreger begrænsningen ved en isoleret indsats.

At forebyggelse inden for trafiksektoren kan have effekt i sundhedssektoren ses ved en beregning af ændringerne i belastningen af sygehusvæsenet i forbindelse med indfø-

reise af de generelle hastighedsgrænser. Denne belastning i form af trafikskader faldt således med en fjerdedel fra kontrolåret (1972-73) til forsøgsåret (1974-75), men faldet skyldtes dog ikke alene hastighedsbegrænsningerne, også andre forhold har spillet ind. Effektmåling på trafikområdet — som på andre områder — er idag forbundet med en række vanskeligheder, der betyder, at vurdering af tallene indeholder et større eller mindre mål af usikkerhed. Også på trafikområdet foregår imidlertid forskning og udviklingsarbejder med henblik på at forfine målemetoderne.

At en isoleret indsats som f. eks. indførelse af generelle hastighedsgrænser ikke løser problemerne på længere sigt kan dokumenteres ud fra de seneste opgørelser over udviklingen i antallet og arten af færdselsuheld. I perioden 1974-75—1975-76 steg således antallet af trafikuheld med 5 pct., medens antallet af dræbte i trafikken gik op med ikke mindre end 13 pct.

Alt i alt tyder erfaringerne på, at enkeltstående, forebyggende foranstaltninger i trafiksektoren ikke kan stå alene, hvis man ønsker en varig effekt. Dette taler for, at der etableres en samlet trafikpolitisk indsats, hvor man som et af de væsentlige elementer må tilstræbe en ændring i trafikanternes almene psykologiske holdning til trafikikkerhedsspørgsmålene.

3.4.3. *Socialektorens samspil med sundhedssektoren om forebyggelse.*

Det er en kendsgerning, at sociale begivenheder kan være medvirkende til sygdomsfremkaldelse. Derfor vil en hensigtsmæssig social bistand (især af forebyggende karakter) samtidig kunne virke sygdomsforebyggende og i en række situationer vil der være en klar sammenhæng mellem socialvæsenets og sundhedsvæsenets foranstaltninger.

Den sygdomsforebyggende virkning af social bistand kan ikke opgøres i eksakte størrelser, men synspunktet søges illustreret nedenfor ved gennemgang af en række eksempler.

Støttes et handicappet barn i sin udvikling og sit erhvervsvalg, kan et senere behov for ydelser fra sundhedsvæsenet nedbringes.

Revalidering kan betragtes som en kombineret social/arbejds-mæssig/pædagogisk/medicinsk foranstaltning, som tilsigter at gøre klienterne erhvervsdygtige. Revalidering kan meget vel sætte ind, før der er tale om arbejdsudygtighed. Den kan komme

på tale efter sporadiske kontakter med sundhedssektoren, ligesom det medicinske element kan være af meget beskeden karakter i selve revalideringsprocessen. Som eksempler kan nævnes lejlighedsvis overfølsomhed, rygsvagthed, spinkel legemsbygning og sukkersyge. En indsats af social karakter over for disse mennesker vil ofte samtidig virke som behandling af en sygdom, eller en forebyggende foranstaltning, som fritager klienten for kontakt med sundhedsvæsenet.

Der findes i sociallovgivningen regler om såvel generel som speciel støtte til børnefamilier. Der er tale om dels generelle børnetilskud, og i sammenhæng hermed kan nævnes boligsikring, dels en række individuelle støtteforanstaltninger til børnefamilier. Formålet med disse foranstaltninger er at støtte familiemiljøet som et led i sikringen af børnenes opvækstvilkår. I det omfang, de virker støttende på familiemiljøet, er der tale om aflastning af sundhedssektorens mere intensive foranstaltninger.

Den stedfundne udbygning af daginstitutionerne, der har tjent såvel arbejdsmarkedsmæssige som pædagogiske formål, må formodes også at have haft en sundhedsfremmende virkning, dels ved en formidling af sundhedspædagogik, dels ved opsporing af børn, hvis sundhedsmæssige og mentale udvikling er truet, og medført en aflastning på sundhedssektorens ressourceforbrug. F. eks. har indsatsen for psykisk/socialt truede og andre handicappede børn ved almen eller speciel daginstitutionens indsats som støtte til familien/barnet aflastet sundhedssektorens institutionsbehandling.

Med henblik på at støtte hjemmemiljøet for ældre familier/ældre borgere indeholder sociallovgivningen regler om en række former for bistand i hjemmet (praktisk bistand i form af hjælp til husførelse, indkøb m. v.) og andet omsorgsarbejde (hjælp til personlig omsorg/pleje/beskæftigelse og hjælpemidler), ligesom indretningen af daghjem og dagcentre for ældre tilstræber at støtte de ældres tilværelse i hjemmemiljøet.

Disse miljøstøttende foranstaltninger virker ikke kun aflastende på socialektorens, men også sundhedssektorens institutioner, og medfører således også en aflastning af sundhedssektoren.

Der er endvidere grund til at påpege, at socialektoren sammen med sundhedssektoren har en række parallelle funktioner og interesse med hensyn til såvel den individuelle og gruppeorienterede forebyggelse som i påvirkningen af sygdoms- og skadevoldende miljøfaktorer i samfund og nærmiljø. Det er en kendsgerning, at hovedparten af socialektorens udgifter til sociale bistandsydelser (ca. 13 mia. kr.) anvendes til individrettet social service, der ofte udgør alternativer til eller supplerer sundhedsvæsenets sygebehandling (ca. 11 mia. kr.). Ligesom for sundhedssektoren anvendes kun en mindre del heraf til forebyggende indsats, selv om socialreformen har tilsigtet at fremme forebyggelsen og tværfaglig indsats herom bl. a.

ved at styrke indsatsen i nærmiljøet og samarbejdet mellem den sociale og sundhedsmæssige indsats under social- og sundhedsforvaltningerne. Hertil kommer den primært forebyggende indsats som sker gennem ydelsen af de sociale sikringsydelser, herunder sygedagpenge og invalidepension.

Inden for begge sektorer er det i stigende omfang erkendt, at der er sammenhænge mellem sygdomme/skader og forskellige miljøfaktorer. Der er derfor også på den ene side et stigende samspil mellem de 2 sektorer om den individ- og gruppeorienterede forebyggelse og på den anden side en fælles markant interesse i at medvirke til, at grundlæggende skadelige miljøfaktorer i samfundet begrænses eller fjernes.

4. Opgavefordeling mellem primær og sekundær sundhedstjeneste samt tværfagligt samarbejde

4.1. Opgavefordeling mellem primær sundhedstjeneste og sygehusvæsenet.

I Danmark har man efter 2. verdenskrig valgt at placere hovedparten af den individ- og grupperettede forebyggelse i sundhedsvæsenet som led i *den primære sundhedstjenestes* funktion. Således har man henlagt de forebyggende børneundersøgelser, vejledning i svangerskabsforebyggelse og svangreundersøgelser til den praktiserende læge og placeret sundhedsplejerskefunktionen og de forebyggende elementer af jordemoderfunktionen uden for de sygdomsbehandlende institutioner. Man har herved i princippet bygget hovedparten af de forebyggende funktioner op omkring personalegrupperne i den primære sundhedstjeneste.

En meget væsentlig fordel ved at henlægge disse forebyggende opgaver til medicinalpersonalet i den primære sundhedstjeneste er, at dette personale har en umiddelbar kontakt og dermed godt kendskab til lokalsamfundets funktion og problemer. Det er desuden en fordel, at især den praktiserende læge oftest har årelang kontakt med en hel familie - undertiden flere generationer. Dette giver en værdifuld baggrund for forebyggende indsats over for det enkelte individ og for individet i familiemæssig sammenhæng.

Ligesom når talen er om sygdomsbehandling, har den primære sundhedstjeneste også behov for at søge bistand i det specialiserede sundhedsvæsen, navnlig i *sygehusvæsenet*, i forbindelse med løsningen af visse forebyggelsesopgaver. Eksempelvis på laboratorieområdet og f. eks. inden for svangrehygiejnen har man et snævert samarbejde mellem den primære sundhedstjeneste og det specialiserede sygehusvæsen.

De hidtidige erfaringer fra den individ- og grupperettede forebyggelse i sundhedsvæsenet taler for, at de sidste ca. 30 års tendens til generelt at placere forebyggende opgaver i den primære sundhedstjeneste bør oprettholdes, dog kombineret med et veludviklet samarbejde til såvel sygehusvæsenet som øvrige institutioner og sektorer.

Det må fremhæves, at alle sundhedsprofessioner har en særlig mulighed for - og dermed en naturlig pligt til - gennem deres arbejde at medvirke i opsporingen af risikofaktorer i det omgivende miljø, f. eks. boliger, arbejdspladser, trafikområdet m. v. Der ved kan sundhedspersonalet virke som »alarmklokke«, fordi sundhedsskader opstår i andre sektorer jo netop registreres i sundhedssektoren. Ved at tage kontakt med de instanser, virksomheder m. v., der har ansvaret for de »mistænkte« risikoforvoldende faktorer, vil sundhedspersonalet evt. kunne motivere disse eller offentlige myndigheder til en forebyggende indsats. Som et konkret eksempel på det her omtalte forhold kan nævnes forskellige videnskabelige arbejder fra Københavns Kommunehospital afsnit for plastikkirurgi og brandsårsbehandling, der har dokumenteret sammenhængen imellem udformningen af kaffefiltertragte og støvsugerkontakter og forbrændingsulykker. De nævnte arbejder, samt afdelingens kontakt til de pågældende virksomheder har haft som direkte konsekvens, at der blev foretaget en ændring i konstruktionen af de nævnte kaffefiltertragte og støvsugerkontakter med det resultat, at et betydeligt antal meget alvorlige forbrændingsulykker er undgået*).

4.2. Tværfaglig indsats.

Den tværfaglige indsats i forebyggende og sundhedsfremmende øjemed er et relativt nyt element. En væsentlig baggrund for er-

*) Ugeskrift for Læger 1973: 135: 285-288. Ugeskrift for Læger 1968: 130: 929-934.

kendelsen af nødvendigheden af det tværfaglige samarbejde er den ændring i sygdomsbehandling, som har fundet sted de sidste årtier, samt den tiltagende specialisering.

Der er en stigende erkendelse af, at sygdom oftest ikke blot er en egenskab ved det enkelte individ, men et produkt af et samspil mellem individet og sygdomsfremkaldende faktorer i samfundet og nærmiljøet. Helhedsopfattelsen af forebyggelsen og behandlingen af det syge menneske må derfor afspejle sig ved tilrettelæggelsen af indsatsen, der må være mere generel, idet specialiseringen i dag må anses for så fremskreden, at man næppe kan forestille sig en enkelt helhedsorienteret personalekategori vedr. forebyggelse eller behandling.

Selv om det tværfaglige samarbejde idag er formaliseret i vid udstrækning, f. eks. inden for social- og sundhedsforvaltningens område, er der på en række områder behov for at etablere et nærmere samarbejde. Som begrundelse kan bl. a. nævnes, at den ud-

dannelsesmæssige baggrund er mangelfuld, idet der i uddannelsessystemet generelt set ikke lægges vægt på træning i samarbejde, ligesom mange års funktion uden særligt tværfagligt samarbejde kræver en lang og vanskelig omstillingsperiode.

Man har altså gjort den erfaring, at det tager tid at etablere dette samarbejde. Man har endvidere erfaret, at de steder, hvor samarbejdet lykkes, er såvel forebyggelsen som behandlingsindsatsen mere effektiv. Det må anses for betydningsfuldt, at man i nogle kommuner har gjort den erfaring, at man ved periodisk at inddrage politiske repræsentanter i det lokale tværfaglige samarbejde har fået kanaliseret faglig viden med betydning for forebyggelse direkte ind i den politiske beslutningsproces.

Efter arbejdsgruppens opfattelse er det en vigtig opgave at bringe den faktisk foreliggende viden af betydning for forebyggelse sammen i et hensigtsmæssigt tværfagligt samarbejde.

III. Forslag til fremtidig sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats

1. Hovedlinier i den fremtidige sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats

Til alle tider har der været enighed om, at det er bedre at forebygge end at helbrede. Alligevel har interessen — og ressourceindsatsen - i mange år samlet sig om sygdomsbehandling og det i en sådan grad, at ressourceindsatsen til forebyggelse, som omtalt foran, er forsvindende lille. Det forholder sig endog sådan, at den andel af sundhedsvæsnets ressourcer, som anvendes til forebyggelse, til stadighed svinder ind set i forhold til den andel, som anvendes til sygdomsbehandling.

På dette sted vil der ikke blive søgt opstillet forklaringer på den manglende balance mellem indsatsen til forebyggelse og indsatsen til behandling. Blot skal det konstateres, at der er en voksende erkendelse af behandlingsindsatsens begrænsninger og dermed en interesse og forståelse for forebyggelsens betydning. Den erkendelse breder sig, at mange af de sygdomsproblemer, som er dominerende i dag, er af en sådan karakter, at man ikke løser problemerne ved at satse ensidigt på behandling. Denne udvikling i sygdomsbilledet så at sige tvinger til en mere bevidst, samlet forebyggende indsats, hvilket er helt i overensstemmelse med »forebyggelsens paradoks«: først når de behandlingsmæssige muligheder synes udtømte stiger interessen for forebyggelse.

Arbejdsgruppen mener, at man som en langsigtet målsætning må sigte imod, at behandling først sættes ind, når mulighederne for forebyggelse synes udtømte. Dette skal naturligvis alene opfattes som en principklæring, der - selv på meget langt sigt - i praksis må tåle betydelige modifikationer.

Det er dog ikke desto mindre uhyre væsentligt at gøre sig dette udgangspunkt klart, fordi - som det vil blive omtalt mere udføreligt senere - en afgørende forudsætning for at påvirke det herskende sygdomsmønster i en gunstig retning først og fremmest er betydelige holdningsændringer i alle dele af samfundet.

Arbejdsgruppen går således ind for en øget indsats af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende karakter. Det spørgsmål rejser sig imidlertid, om der er videnskabeligt grundlag for at tilstræbe en ændret fordeling af ressourceindsatsen mellem forebyggelse og behandling.

Der findes kun få undersøgelser og beregninger, som dokumenterer, at en konkret forebyggende indsats er økonomisk fordelagtig for samfundet. De problemer, der er knyttet til gennemførelse af sådanne beregninger, er meget store, og det vil derfor være nødvendigt at søge videreudviklet denne teknik, så den bliver så nøjagtig som mulig, jfr. side 265. Selve forebyggelsens natur gør det imidlertid usandsynligt, at der inden for en overskuelig tid vil blive udviklet en så præcis teknik, at man med fuldstændig nøjagtighed kan opgøre omkostninger og udbytte af forebyggende indsats i sammenlignelige størrelser, f. eks. i penge. Her skal særlig peges på et af de problemer, man støder på i denne sammenhæng, nemlig »forebyggelsens dilemma«. Herved sigtes til den kendsgerning, at det er uhyre vanskeligt at dokumentere, at indtrufne ændringer i sygdomshyppighed og -billede udelukkende er forårsaget af den forebyggende indsats, jfr. foran side 265.

På denne baggrund advarer arbejdsgruppen imod at stille så store krav til dokumentation for »rentabiliteten« af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, at

man derved hæmmer en ønskværdig øgning af denne indsats.

Som nævnt er arbejdsgruppen af den opfattelse, at de hidtidige erfaringer (jfr. afsnit II) taler for at øge ressourcindsatsen til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Arbejdsgruppen mener, at man som et langsigtet mål bør stræbe mod en betydelig ændring i fordelingen af ressourcer mellem forebyggelse og sygdomsbehandling. Det er på den anden side ikke ønskværdigt at foretage en sænkning i behandlingsapparatets øjeblikkelige serviceniveau for at opnå dette mål. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der snarere opnås en *ændret fordeling i udviklingen af ressourceindsatsen* til fordel for den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats.

Arbejdsgruppen ønsker at understrege, at det naturligvis ikke er målsætningen for den forebyggende indsats at forlænge livet ud over det tidspunkt, hvor døden indtræder som følge af naturlige aldersprocesser. Efter arbejdsgruppens opfattelse må indsatsen koncentreres om at undgå de »urimelige« dødsfald blandt unge og yngre samt om at undgå de langvarige invaliditetstilfælde. Der må derfor arbejdes på at skabe den bedst mulige helbredstilstand for så mange som muligt uden at man samtidig underbygger den illusion, at ethvert dødsfald - uanset den pågældendes alder - er unødvendigt og udtryk for et svigt fra sundhedsvæsenets side.

Hidtidig forebyggende indsats er i vid udstrækning karakteriseret ved at være enkeltstående foranstaltninger rettet enten mod individet eller de skadevoldende faktorer i det omgivende miljø. Erfaringen taler for, at den sundhedsfremmende og forebyggende indsats rettes mod såvel individet som miljøet, og at denne indsats koordineres, se bl. a. forslagene til indsats over for hjerte-karlidelser (side 283 ff.).

Vidtgående holdningsændringer i alle dele af samfundet er en forudsætning for ændringer i det herskende sygdomsmønster. Det er ikke i sig selv tilstrækkeligt, at politikere, fagfolk og administratorer i højere grad end tilfældet er idag indser betydningen af øget sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Det er nødvendigt, at der i hele befolkningen skabes en større forståelse og bevidst-

hed om individets eget ansvar - og egen indsats betydning - for helbredstilstanden. Der sigtes her til en generel holdningsændring i befolkningen, som forudsætter en omfattende indsats først og fremmest af pædagogisk karakter. Arbejdsgruppen anser en bredt anlagt sundhedspædagogisk indsats for et kardinalpunkt. Uden en sådan indsats er der nærliggende fare for, at store dele af den forebyggende indsats ikke vil blive effektiv, fordi befolkningen mangler viden og motivation til egen indsats, som ofte er forudsætningen for gode resultater af forebyggende foranstaltninger. Nedenfor under 2 er arbejdsgruppens forslag til den fremtidige sundhedspædagogiske indsats beskrevet.

En sundhedspolitik med øget vægt på sundhedsfremme og forebyggelse, hvor man i vid udstrækning anser sygdom som et udslag af et u hensigtsmæssigt samspil mellem det enkelte menneske og dets omgivelser, indebærer et øget behov for samarbejde mellem de enkelte sektorer i samfundet. Sundhedsprofessionerne har et særligt ansvar for at tage initiativ til dette samarbejde, fordi det ofte er i sundhedsvæsenet, at sundhedsskader hidrørende fra andre sektorer konstateres. Dette samarbejde på tværs af sektorer og faggrænser er så væsentligt, at der næppe vil kunne foretages en samlet, løbende vurdering og planlægning af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger uden en formalisering af samarbejdet. Arbejdsgruppen foreslår som et første skridt i denne retning, at der etableres *et centralt forebyggelsesråd* til at rådgive alle dele af den offentlige organisation m. m.

2. Sundhedspædagogik*)

Indsats over for individet kan enten sigte mod at stimulere den normale udvikling (sundhedsfremme) eller søge at hindre sygdom/opspore sygdom og abnormiteter på et så tidligt tidspunkt, at videre udvikling af sygdommen standses (sygdomsforebyggelse). Hovedvægten i sundhedsvæsenets hidtidige forebyggende indsats har klart ligget på sygdomsforebyggelse, medens de sundhedsfremmende aktiviteter har indtaget en beskedent plads, jfr. afsnit II, side 265. Effek-

*) Udarbejdet på grundlag af bilag E i rapportsamlingen.

ten af de sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger beror imidlertid som nævnt i vidt omfang på det enkelte individs forståelse og bevidsthed om eget ansvar - og egen indsats betydning - for helbredstilstanden. Sundhedspædagogik kommer herved til at indtage en central placering.

2.1. Sundhedspædagogikkens betydning og formål.

»Den danske befolkning ønsker at leve sit liv, som den har lyst til - og forventer at sundhedsvæsenet kan afbøde de sundhedsskadelige følger heraf. Ansvar for sundhedstilstanden er fjernet fra det enkelte individ og hviler i stedet på sundhedsprofessionerne, først og fremmest lægerne«. Således ses den danske befolknings holdning til sundhed og sygdom ofte beskrevet.

I de seneste år har den erkendelse bredt sig, at sundhedsvæsenet - af faglige og økonomiske grunde - umuligt kan magte denne opgave. De store, aktuelle sygdomsproblemer - som f. eks. hjerte- og kredsløbslidelserne — er af en sådan karakter, at selv en betydelig udbygning af behandlingsapparatet kun i meget begrænset omfang kan ventes at bidrage til problemernes løsning.

I stedet må der sættes ind med forebyggelse. Det synes f. eks. alment accepteret, at hjerte-karsygdomme i første række må søges bekæmpet ved en forebyggende indsats, som må tilstræbe ændringer både i de ydre livsforhold og i det enkelte individs adfærd*).

Sundhedspædagogikken er af vital betydning for bestræbelserne på at ændre individets adfærd.

Sundhedspædagogik bruges ofte som en fælles betegnelse for sundhedsoplysning og sundhedsopdragelse, for herved at illustrere, at oplysning og opdragelse er to sider af samme sag. Det er klart, at viden om sundhedsfremmende adfærd er en betingelse for, at individet aktivt kan tage vare på sit helbred. Det har imidlertid vist sig, at meddelelse af viden ikke nødvendigvis indebærer, at denne viden efterleves; alle ved f. eks. at cigaretrykning er skadelig - uden at denne viden har medført væsentlige ændringer i befolkningens rygevaner. Et af de væsentlige problemer er derfor at få den foreliggende viden efterlevet, eller med andre ord at indi-

videt motiveres for ændring af holdning og adfærd.

Formålet med en sundhedspædagogisk indsats er imidlertid dobbelt. For det første er målet som nævnt at give det enkelte individ mulighed for at erkende sin situation og ændre livsvaner, således at foreliggende viden om sundhedsbefordrende adfærd udnyttes i højere grad, end tilfældet er nu. For det andet er målet at skabe den brede viden og holdning, som alene kan danne grundlag for, at beslutninger på politisk, organisatorisk og administrativt plan i højere grad tilgodeser sundhedsbefordrende hensyn, end tilfældet er nu.

2.2. Hovedområder for fremtidens sundhedspædagogiske indsats.

Området for en sundhedspædagogisk indsats er bredt og uoverskueligt. Der haves, som omtalt i afsnit II, kun få erfaringer med en sådan indsats, og en samlet, koordineret indsats eksisterer ikke. Bortset fra enkeltstående lokale tiltag er der således tale om et stort set uprøvet instrument. Når der i det følgende lægges op til en mere systematisk og samlet indsats er det derfor naturligt, at kun hovedområder og hovedlinier kan behandles. Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at emnet er så væsentligt, at det forebyggelsesråd, som foreslås nedenfor i afsnit 6, side 288 ff., som sin første opgave bør arbejde videre med dette emne ud fra nedenstående retningslinier.

2.2.1. Indsats til fremme af børns udvikling. Spædbørn.

I Danmark er spædbørnenes dødelighed ikke på nogen måde alarmerende; spædbørnsdødeligheden her i landet er blandt de laveste i verden. Men det anses på den anden side for sandsynligt, at mere end 10 pct. af børnene i de første leveår har betydelige trivsels- og udviklingsproblemer, ligesom det er en kendt sag, at mange af disse børn lever under vanskelige sociale forhold. Man bør være opmærksom på, at det netop er i de første leveår, at grunden til barnets karakterudvikling lægges og dermed skabes forudsætningerne for barnets muligheder for social tilpasning. En sundhedspædagogisk

*) Se nærmere herom under pkt. 4.I., side 284.

indsats over for moderen/forældrene under og lige efter graviditet bør derfor tillægges stor betydning.

I graviditetsperioden tilbydes et antal forebyggende helbredsundersøgelser hos læge og jordemoder, hvor specielt jordemoderen gennem sine rådgivende funktioner kan yde en væsentlig pædagogisk bistand. Denne indsats er allerede beskrevet foran i kapitel I, afsnittet om børneprofylakse, side 79 ff, hvortil henvises. Her skal blot peges på de fødselsforberedende kurser og efterfødselskurser, som - ofte på lokalt initiativ - er sat i værk flere steder i landet. Undervisningen i efterfødselskurserne er tilrettelagt bl. a. med henblik på at øge forældrenes forståelse for spædbarnets udvikling og behov samt forebygge småbørnsulykker. De positive erfaringer med disse kurser taler for en systematisk udbygning, således at alle som ønsker det får mulighed for at deltage. En af forudsætningerne for en sådan udbygning er dog, at der findes et tilstrækkeligt antal undervisere - f. eks. jordemødre, sundhedsplejersker og fysioterapeuter - med særlig interesse for deltagelse i disse kurser.

Spædbørns sundhedsplejen er et væsentligt element i indsatsen til fremme af børns udvikling. Sundhedsplejerskens rådgivning og samtale om det spæde barns ernæring og udviklingsproblemer m. v. udgør en værdifuld støtte til familien. Forholdet er imidlertid det, at sundhedsplejen endnu ikke er fuldt udbygget, fordi der ikke er sundhedsplejersker nok. Arbejdsgruppen anbefaler, at man fortsætter bestræbelserne på at afhjælpe denne mangel.

Skolealderen.

I skolealderen optræder forholdsvis få alvorlige legemlige sygdomsreaktioner. Traditionelt betragtes denne alder da også som en sund alder.

For en umiddelbar betragtning kunne man derfor antage, at den sundhedsmæssige interesse for denne udviklingsfase ikke behøvede at være særlig stor. Denne antagelse synes i de sidste årtier at have været ganske udbredt. Man har således rejst det spørgsmål, om skolesundhedsplejen var nogen hensigtsmæssig investering. Antallet af gymnastiktimer er blevet nedskåret. Der er udviklet skoleformer og forlænget skoletid, som måske nok tilgodeser børnenes muligheder for at lære mere videnstof, men som på en

række områder *forringer mulighederne for børnenes fysiske og almene menneskelige udvikling.*

Samtidig med denne udvikling er man inden for sundhedsvæsnet, især skolesundhedsplejen, i stigende grad blevet opmærksom på de sundhedsmæssige problemer i denne udviklingsperiode og perspektiverne derved.

Undersøgelser har nemlig vist, at ganske mange børn i skolen har reaktioner og gener, som måske ikke primært kan betragtes som egentlig sygdom, men som dels kan være generende i dagliglivet og hæmme børnenes udvikling, dels kan betyde en belastning for organismen som på langt sigt kan være sygdomsforvoldende. Det kan f. eks. dreje sig om hovedpine, om forskellige psykiske sygdomme, der nu og da også kaldes sociale tilpasningsvanskeligheder, og det drejer sig hyppigt om legemlige reaktioner på psykisk belastning, såkaldte psykosomatiske reaktioner.

Fra mange sider er i de senere år gjort opmærksom på, at børns fysiske udvikling i skolealderen er blevet forringet. Det skyldes dels de almene livsforhold (motoriseret transport), dels dårligere muligheder for fysisk aktivitet i skoletiden. Enkelte undersøgelser har vist, at medens 5 pct. af børnene havde svage rygge og dårlig legemlig udvikling, da de kom i skolen, havde 15-20 pct. af de unge sådanne symptomer, da de forlod skolen. Hertil kommer, at der synes at være holddepunkt for, at den stigende hyppighed af hjerte-karsygdomme hænger sammen med et dårligt udviklet blodkredsløb. Der udvikles i barndom og ungdom, og forsømmes udviklingen her kan den ikke senere indhentes.

Det er slående i hvor ringe grad store dele af befolkningen er i stand til at formulere sig, at erkende hvad det er de reagerer på, at tage beslutninger og at tilpasse sig de forandringer, som synes at følge med velstandsamfundet. Sådanne menneskelige egenskaber synes at være afgørende for bevarelse af sundhed.

Udvikling af sunde livsvaner vedr. kost, motion, samværsformer, ulykkesbekæmpelse, forbrug af stimulerende eller sløvende midler osv. er afgørende for sundheden. Der gøres en indsats i skolen for at fremme sunde livsvaner. Resultatet er, at der foreligger ganske megen viden i befolkningen herom, men den efterleves sjældent.

Arbejdsgruppens forslag.

I lyset af de her refererede sundhedsmæssige problemer i skolealderen foreslår arbejdsgruppen

- at man i forbindelse med fremtidig udformning af undervisningsplaner og skoleplaner er opmærksom på, at sundhedspædagogik ikke kan eller bør begrænses til et enkelt fag, men berører en lang række fag og skolens hele liv. Mange fag (alle?) handler om forholdet mellem individet og omverdenen, og vil således rumme sundhedspædagogiske aspekter, hvis de blot gøres bevidst.

Store muligheder ligger der formentlig i en pædagogik, som sætter eleverne på sporet af udforskning af deres egne livsvilkår, dvs. en undervisning, som engagerer dem aktivt i relationerne til dem selv og deres omgivelser, og som indhold har emner, der umiddelbart opleves som aktuelle og vedkommende.

- at der skabes bedre muligheder for skolebørns fysiske udvikling.

Danmark nedsatte antallet af gymnastiktimer omtrent samtidig med, at de lande, vi ellers sammenligner os med, øgede timetallet. Dertil kom, at man nedskar timens længde, hvilket for gymnastik er særligt ødelæggende, fordi omklædningstid går fra undervisningstid.

Men problemet er ikke blot timetal og undervisningstid. Nok så vigtig er måske den anvendte pædagogik. Det afgørende formål må være at bevare barnets medfødte glæde ved at bevæge sig, som desværre allerede er hæmmet hos en del, inden de kommer i skole.

Problemet kaji ikke løses i idrætstimerne alene. En række træk i skolens daglige liv kan tilrettelægges, så børns fysiske udvikling bedre tilgodeses. Det drejer sig f. eks. om hensigtsmæssige borde og stole og siddestillinger, om i videst muligt omfang at tilgode børns trang til fysisk aktivitet, ja det var vel en rimelig sundhedsmæssig foranstaltning, at børnene i skolen blev vænnet til nogle minutters bevægelse i hver time, en vane som også på mange arbejdspladser ville nedsætte de sundhedsmæssige gener.

- at der skabes bedre muligheder for skolebørns psykiske udvikling.

Som tidligere omtalt opstår de væsentligste sundhedsmæssige problemer som individets reaktion på dets samspil med det nære miljø, dvs. bo-, familie- og arbejdsmiljø. Det

er derfor afgørende, at individet i sin udvikling lærer at fungere. Forudsætningen herfor er at magte kommunikation og samvær med andre, at det kan formulere sig, informere sig, at det kan erkende sin egen situation og træffe hensigtsmæssige beslutninger. Udviklingen af børnenes samlede evner bør derfor tage sigte på at udvikle de egenskaber, som er nødvendige i det moderne industrisamfund.

- at skolesundhedsplejen udvikles, således at der tilvejebringes en øget aktivitet med henblik på at beskrive børnenes sygdomme og reaktioner i relation til deres miljø i hjem og på skoler. Med baggrund i sådanne omhyggelige beskrivelser må der skabes debat i den enkelte skole og forældrekræds.

2.2.2. Indsats over for voksne.

Indsats på specielle områder.

Som allerede omtalt er sundhedspædagogisk indsats over for forældre til fremme af børnenes udvikling af stor værdi. Sådanne *specielle programmer for undervisning af voksne* har eksisteret i en årrække. Indsatsen har hovedsagelig haft form af oplysning gennem pjecer, fagblade etc. og kun i mindre grad i form af direkte, personlig undervisning.

Sundhedsoplysning gennem udsendelse af trykt materiale har taget et opsving i de seneste år, f. eks. er publikationen »Undgå uønsket svangerskab«, fremstillet af Komitéen for Sundhedsoplysning, udleveret i mere end 600.000 eksemplarer. Mange anser det for sikkert, at sådanne kampagner har en væsentlig effekt. Eksempelvis kan nævnes kampagnen til bekæmpelse af kønssygdomme. Fra 1973 til 1975 blev der påvist en nedgang i antallet af gonorétilfælde på ca. 25 pct. og flere finder det klarlagt, at en ikke uvæsentlig del af nedgangen kan tilskrives det intensiverede oplysningsarbejde.

Specielle programmer for voksenundervisningen - hvad enten det sker ved udsendelse af trykt materiale eller direkte, personlig undervisning eller en kombination heraf - er imidlertid på en række områder endnu ikke udviklet tilstrækkeligt. Her skal blot som et eksempel nævnes arbejdsmiljøområdet, hvor behovet for viden om skadelige påvirkninger på arbejdspladsen vokser i takt med indførelse af nye arbejdsprocesser, anvendelse af

kemiske sammensætninger i produktionen osv., jfr. side 280 f.

I overvejelserne om videreudvikling af nye programmer er det vigtigt at tage højde for de erfaringer, som allerede er indhøstet. Det er dog først i de allerseneeste år, at en mere systematisk vurdering af sundhedsoplysningen er kommet i stand. Resultaterne er derfor endnu sparsomme og nok så meget præget af en viden om, hvad der *ikke* fungerer eller i hvert tilfælde har en umåelig effekt. Skal man opsummere nogle af de erfaringer, der på nuværende tidspunkt synes at kunne holde for en nærmere prøvelse, bliver de vigtigste disse:

- Det er ret let at bibringe individer ny viden.
- Ny viden tenderer til at blive accepteret og organiseret i individets bevidsthed i overensstemmelse med dets eksisterende holdninger.
- Individets adfærd styres primært af normerne i den eller de grupper, som individet identificerer sig nærmest med.
- Er der konflikt mellem den viden og de holdninger, en oplysningsindsats formidler, og den viden og de holdninger, der findes i den gruppe, som individet især identificerer sig med, tenderer individet til at følge den adfærd, som gruppens normer tilsigter.
- Man kan ikke ved en oplysningsindsats få et individ til at ændre adfærd, hvis denne derved kommer i konflikt med individets oplevede interesser.
- Det er vanskeligt at få individer og grupper til at opgive en umiddelbar gevinst for at forebygge et tidsmæssigt fjernt eller usandsynligt onde.
- Oplysning kan overhovedet kun accepteres af et individ eller gruppe, hvis oplyseren anses for troværdig og venligssindet over for de oplyste.
- Skræmmekampagner tenderer til at understøtte de ikke-truedes opfattelser og isolere de truede, hvis situation derved forværres.

Der er således udviklet en vis viden om teknik, problemer og virkning af en sådan indsats. Men indsatsen har været spredt ukoordineret og noget tilfældig. En mere hensigtsmæssig udvikling af de specielle programmer forudsætter, at der skabes mulighed for at anlægge et helhedssyn på disse idag så spredte aktiviteter. En sådan samlet anskuelse af opgaverne hører naturligt hjemme i det centrale forebyggelsesråd, jfr. side 288 ff.

Generel voksenundervisning.

Den generelle voksenundervisning, der i modsætning til de ovenfor omtalte specielle programmer sigter mod at fremme sundhedstilstanden i individet uden at sætte ind over

for en enkelt sygdom e.l., er endnu i første forsøgsstadier. Den generelle voksenundervisning kan opdeles i undervisning vedr.:

- kroppens funktion
- samvær
- miljøforhold

Indenfor lægevidenskaben har der længe foreligget betydelig viden om den sundhedsmæssige betydning af kroppens funktion. Afspændingsbehandling har f. eks. været en del anvendt, såvel ved psykiske som psykosomatiske lidelser. Mange fysioterapeuter, afspændingspædagoger, Mensendiecklærere, i de senere år også gymnastiklærere i folkeskole og voksenundervisning tager nu mere og mere sådanne undervisningsopgaver op.

Gennem undervisning formidlet af disse faggrupper tilstræbes det at lære deltagerne mere hensigtsmæssige vaner vedr. kroppens funktion, således at mange sygdomsreaktioner kan undgås. Det enkelte individ bliver bedre i stand til dels at indrette sig hensigtsmæssigt under givne forhold, dels at vurdere sine livsforhold og søge at gennemføre hensigtsmæssige forbedringer.

I de senere år er der udviklet en stigende bevidsthed om, at både menneskers psykiske reaktioner og mange legemlige stressreaktioner udvikles på baggrund af individets samspil med de nære grupper. Nogle steder er der udviklet gruppebehandlingsmetoder over for sådanne patientgrupper eller klientgrupper. Inden for psykiatrien udvikles mange steder såkaldte terapeutiske samfund. Inden for psykologi og sociologi udvikles undervisnings- eller behandlingsformer under betegnelser som familiebehandling, realitetsbehandling, samarbejds træning, gruppetræning m. v. Dramatikundervisning tager i betydelig udstrækning lignende problemer op.

Det er et gennemgående træk for disse undervisningsformer, at de søger dels at træne det enkelte menneske i at udtrykke sig så klart som muligt, dels at træne mennesket i at opfatte, hvad andre udtrykker. Der er her udviklet ny viden og nye undervisningsmetoder, som kan blive af meget stor betydning. Umiddelbart forekommer disse mål for kommunikation helt banale og selvfølgelige. Men talrige erfaringer fra sygdomsreaktioner eller ved sociale problemer viser, at store grupper i befolkningen er næsten hjælpeløse over for disse elementære samværsproblemer. Men det kan læres.

De miljøforhold, som er afgørende for menneskets trivsel, det nære miljø, udgøres af bomiljøet, familiemiljøet og arbejdsmiljøet herunder skolemiljøet. I den udvikling, som har ført til et rigt, teknisk højt udviklet samfund, er der sket afgørende ændringer i det nære miljø, ændringer hvis virkninger efterhånden også viser sig at have sygdomsforvoldende sider.

Hvis livsforholdene i det nære miljø, boligen, familien, arbejdet, skal ændres således, at de bringes til i højere grad at tilgodese fundamentale menneskelige behov, foreligger der meget store undervisningsopgaver. Disse problemer kan navnlig ikke løses ved fysisk planlægning alene eller ved administrative regler eller foranstaltninger »fra oven«. Det er af stor betydning, at de implicerede selv opnår bevidsthed om de problemer, som foreligger, og selv tager initiativ til at løse dem. Når den situation foreligger, kan der være et godt grundlag for bistand fra det offentlige side.

Disse undervisningsopgaver vedrørende miljøforhold forekommer umiddelbart vanskelige, og opgaven uoverskuelig stor. Men der foreligger efterhånden en del erfaringer f. eks. med »selvstyrende grupper« både fra bomiljøer og arbejdspladser, som viser, at en udvikling som her skitseret er mulig, og at den medfører betydeligt bedre trivselsmuligheder, på arbejdspladser også ofte bedre effektivitet.

Over for disse miljøopgaver er der behov for udvikling af tværfagligt samarbejde med nye grupper. Det er derfor nødvendigt, at der udvikles kontakt mellem de miljøer, hvor problemerne skabes, og de faggrupper, som forsøger behandling. Kun derved er der mulighed for at udvikle miljøer, som kan forebygge sygdomsreaktioner.

2.2.3. *Indsats over for de ældre.*

Det fremgår af mange undersøgelser, at de hyppigste invaliderende lidelser hos ældre er gangbesvær, hjerte-karsygdomme, psykiske lidelser, sansedefekter, følger af forkerte spise- og drikkevaner m.v. Mange af disse lidelser er følger af uhensigtsmæssige livsvaner og livsforhold. For så vidt kan man i alderdommen aflæse følgerne af samspillet livet igennem mellem menneske og miljø.

Det er fremført, at der her foreligger meget store muligheder for forebyggelse ved

pædagogisk indsats. Det drejer sig dels om i alderdommen at give undervisningstilbud, som kan modvirke sygdomssymptomer og gener, dels om at undervise de yngre aldersklasser i de langsigtede følger af uhensigtsmæssige livsvaner.

Konkret og på kort sigt vil man kunne opnå betydelige fremskridt ved i større udstrækning at anvende det lokale sundhedsmæssige og socialpædagogiske personale i forebyggende indsats. Det drejer sig om hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, ergo- og fysioterapeuter, hjemmehjælpere, omsorgsmedhjælpere, sagsbehandlere, praktiserende læger m. v.

2.3. **Hvem skal varetage den sundhedspædagogiske indsats?**

Det ligger i og for sig i selve ordet sundhedspædagogik, at varetagelsen af denne opgave forudsætter indsigt såvel i det sundhedsvidenskabelige område som i pædagogiske metoder. Det følger heraf, at i det omfang sundhedspersonale påtager sig sundhedspædagogiske opgaver, bør de forinden have erhvervet sig viden om pædagogiske muligheder og metoder. Går pædagoger ind i løsningen af sundhedspædagogiske opgaver, bør de forinden have erhvervet sig viden om den sundhedsvidenskabelige baggrund. Behovet for samarbejde mellem sundhedsprofessionerne og pædagogerne er derfor indlysende - men i praksis kan samarbejdet være vanskeligt.

I de sidste 5-10 år er der ganske vist i stigende grad udviklet tværfaglig debat og samarbejde mellem sundhedsmæssige og pædagogisk/psykologiske faggrupper med henblik på at udvikle undervisningsmetoder, som er hensigtsmæssige ved undervisning om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Den tværfaglige debat mellem disse faggrupper er dog endnu så svagt udviklet, at det for store dele af personalet inden for sundhedsvæsenet er vanskeligt at forstå de pædagogiske muligheder, ligesom det for flertallet af pædagoger er vanskeligt at se de sundhedsmæssige perspektiver. Debatten præges også af stærkt modstridende, traditionelle holdninger, forskelligt sprogbrug og forskelligt menneskesyn. Erfaringerne fra 50-ernes og 60-ernes debat mellem social- og sundhedsvæsenets personalekategorier taler

imidlertid for, at debatten mellem »behandlere« og »undervisere« må fremmes.

Med baggrund i en sådan intensiveret debat skal arbejdsgruppen anbefale, at der tages skridt til en udbygning af grund- og efteruddannelserne med sundhedspædagogik som et integreret element, (Dette forslag konkretiseres nedenfor under 2.4.).

For klarhedens skyld ønsker arbejdsgruppen at understrege, at de sundhedspædagogiske opgaver ikke skal varetages enten af sundhedsprofessionerne eller af pædagoger, men at der er tale om et både/og.

2.4. Skitse til et handlingsprogram.

Som omtalt befinder sundhedspædagogikken sig her i landet på et indledende stade, hvilket medfører, at en øget indsats i første række må bestå i dels støtte til igangværende lokale initiativer, dels uddannelse af et passende antal undervisere til varetagelse af de sundhedspædagogiske opgaver, som er skitseret foran.

2.4.1. Opgaver på centralt niveau.

Hovedopgaven på det centrale niveau er at skabe forudsætninger og retningslinier for udviklingen af sundhedspædagogikken på lokalplanet.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der snarest tages skridt til udarbejdelse af undervisningsplaner og fremstilling af undervisningsmateriale for

- grund- og videreuddannelse af sundhedsprofessionerne
- sundhedsundervisning af andre faggrupper end sundhedsprofessionerne
- sundhedsundervisning i folkeskolen m. v. og
- sundhedsundervisning i voksenundervisningen.

Arbejdsgruppen anser denne opgave for så betydningsfuld, at der bør skabes mulighed for gennemførelse af forsøg til støtte for udarbejdelsen af undervisningsplaner og undervisningsmaterialer. De centrale myndigheder bør forestå såvel den administrative ledelse som den faglige udvikling, herunder vurdering af gennemførelsen af sådanne forsøg i et mindre antal amtskommuner.

Endvidere bør det overvejes at etablere en særlig mellemteknisk sundhedspædagoguddannelse.

De her beskrevne opgaver på centralplanet bør nærmere drøftes i forebyggelsesrådet, jfr. afsnit 6, side 288 ff, og ledes af en styringsgruppe med snæver tilknytning til dette råd. Styringsgruppen foreslås sammensat af repræsentanter for indenrigsministeriet, undervisningsministeriet, socialstyrelsen, sundhedsstyrelsen og lærerhøjskolen.

2.4.2. Opgaver på amtskommunalt niveau.

Amtskommunerne indtager en nøgleposition i sundhedsvæsenets administration, dels fordi sygehusvæsenet og megen ambulanssygdomsbehandling hører under amtskommunerne, dels fordi amtskommunerne stiller ekspertbistand inden for social- og sundhedsvæsenet til rådighed for de kommuner, som ønsker det.

Det er derfor arbejdsgruppens opfattelse, at amtskommunerne må gå forrest i tilrettelæggelsen af den praktiske sundhedspædagogiske indsats og uddannelsen af det heri implicerede personale.

Det anbefales, at hver amtskommune etablerer en sundhedspædagogisk gruppe sammensat af pædagoger, sundhedspersonale, psykologer eller andre. Etableringen af sådanne grupper er praktisk gennemførlig, fordi amtskommunerne sædvanligvis har ansat amtssundhedsplejerske, amtsjordemoder, amtskolepsykolog og fritidskonsulent. Det bør iøvrigt overvejes, hvilken rolle embedslægeinstitutionen kan spille i denne forbindelse.

Gruppen skal have som opgave at tilbyde sundhedsundervisning overfor

- Uddannelsesinstitutioner, som f. eks. seminarier, børnehaveseminarier, sygeplejerskoler, tekniske skoler, handelsskoler etc.
- Den generelle voksenundervisning i et samarbejde med faglige organisationer, forbrugerråd, boligselskaber, sygdomsbekæmpende foreninger, politiske foreninger, lokale medier etc.
- Efter- og videreuddannelse af sundhedsprofessionerne, som f. eks. hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker læger, ergo- og fysioterapeuter, plejehjems personale etc.

Det her skitserede forslag bør afprøves på forsøgsbasis i f. eks. 3 amter. Som allerede omtalt bør den centrale styringsgruppe lede disse forsøg. De centralt udarbejdede undervisningsplaner og undervisningsmaterialer

vil indgå i disse forsøg. En gennemførelse af forslaget forudsætter betydelige økonomiske ressourcer - hvis størrelse imidlertid kun vil udgøre en forsvindende lille del af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet.

2.4.3. Opgaver på primær kommunalt niveau.

Opgaverne på det kommunale niveau er omfattende og vanskelige at overskue. Af tidsmæssige årsager har arbejdsgruppen ikke behandlet disse opgaver i dybden; opmærksomheden henledes dog på, at arbejdsgruppen foran har fremsat flere forslag til kommunale aktiviteter. Nedenfor opstilles i punktform nogle af de væsentligste områder for kommunal indsats.

Kommunerne bør tilstræbe:

- En hensigtsmæssig dækning med sundhedsplejersker og daginstitutioner.
- Bedre uddannelsesmuligheder for sundhedsplejersker og børnehavelærere i voksepædagogik og forældresamarbejde.
- Bedre muligheder for børns fysiske og psykiske udvikling i skolerne.
- En udvikling af mulighederne for aktivitet og samvær i bomiljøet.
- En udbygning af fritidsundervisningen med nye emner af sundhedspædagogisk karakter.
- En udvikling af det tværfaglige samarbejde mellem sociale, sundhedsmæssige, psykologiske og pædagogiske sagkyndige.

3. Påvirkning af skadevoldende og sygdomsfremkaldende faktorer i miljøet*)

Indsats for at mindske eller fjerne skadevoldende eller sygdomsfremkaldende faktorer i miljøet i videste forstand har eksisteret i mange år og inden for utallige områder af samfundet. Det har af tidsmæssige årsager kun været muligt for arbejdsgruppen at beskæftige sig med enkelte områder og for visse områders vedkommende endog uden nogen dyberegående analyse. Forholdet er jo det, at miljøfaktorerne i ét delområde ofte påvirkes af udviklingen i flere andre områder. Her skal derfor peges på det ønskelige i, at man fortsætter den gennemgang af de enkelte områder, som er påbegyndt her. En sådan udvidelse og uddybning hører natur-

ligt hjemme i forebyggelsesrådet som følge af dettes tværfaglige sammensætning - en sammensætning, hvor mange områder må forventes repræsenteret.

3.1. Påvirkning af skadevoldende og sygdomsfremkaldende faktorer i arbejdsmiljøet.

Foran side 267 er der peget på, at en undersøgelse foretaget af socialforskningsinstituttet har vist, at ca. halvdelen af de arbejdere, som omfattedes af undersøgelsen, havde lidelser i bevægeapparatet, og at også ca. halvdelen havde mindst et stresssymptom. Indsatsen bør derfor først og fremmest rettes mod årsagerne til disse problemer, det vil sige tungt slid, uhensigtsmæssige arbejdsstillinger, monotont arbejde, hårdt tempo, dårlige arbejdstider, utryghed i ansættelsen m. v.

Det er tidligere anført, at behovet for sundhedspædagogisk indsats i arbejdsmiljøet er voksende. På længere sigt er det en afgørende forudsætning for et bedre arbejdsmiljø, at den almindelige bevidsthed om arbejdsmiljøets rolle som årsag til sygdomme erkendes. Oplysning og undervisning om arbejdsforhold bør derfor etableres på alle niveauer. Oplysning og undervisning er imidlertid ikke noget universalmiddel og er i hvert fald helt utilstrækkelig, hvis den blot består i ophobning af viden. Uddannelse bør tilrettelægges således, at den kan blive et middel til forandring.

Endelig er det vigtigt ud fra et forebyggelses synspunkt, at arbejdsmiljøhensyn indgår i eksisterende uddannelser på linie med andre hensyn f. eks. produktionshensyn. Det gælder f. eks. om at få ingeniører, der »konstruerer« arbejdspladser og -maskiner, til at tage hensyn til de krav, som den menneskelige psyke og krop stiller til arbejdets tilrettelæggelse, maskiners udformning osv.

Den eksisterende orientering og undervisning om arbejdsmiljøproblemer er generelt ringe i hele uddannelsessystemet. Og den, der er, tager praktisk taget slet ikke hensyn til de krav, som er skitseret ovenfor. En meget stor opgave ligger her forude.

En øget viden og lokal bevidsthed vil medføre krav om større indflydelse på egen arbejds situation samt et behov for øget hjælp til løsningen af komplicerede problemer. Der bør gives et tilbud om service og

*) Udarbejdet med grundlag i bilag F i rapportsamlingen.

konkret hjælp til løsning af arbejdsmiljøproblemer. Servicen bør være decentraliseret. Efter arbejdsmiljøloven skal arbejdstilsynets lokale kredse bl. a. yde vejledning, og arbejdsministeren kan bestemme, at der skal knyttes bedriftssundhedstjeneste og anden sagkyndig bistand til virksomheder, hvor hensynet til de ansattes sikkerhed og sundhed taler for det. Det vil være ønskeligt, at denne hjemmel udnyttes intensivt.

Det vil i øvrigt være ønskeligt, om socialvæsenets og sundhedsvæsenets rådgivning - ved siden af den almindelige arbejdsmiljøindsats inklusive arbejdsformidlingen - kunne tilbyde alle beskæftigede og arbejdssøgende en almen vejledning om arbejdsmarkedet, herunder om de risikoelementer af generel og individuel karakter, som det enkelte job indebærer.

Den sundhedspædagogiske indsats må imidlertid suppleres med flere foranstaltninger end tilbud om service og konkret hjælp.

Som yderligere supplerende foranstaltning kan man pege på økonomisk motivation for virksomhederne til at investere i et bedre arbejdsmiljø. Denne økonomiske motivation ville evt. kunne indrettes således, at et dårligt arbejdsmiljø giver sig udslag i et ringere driftsresultat, f. eks. ved at pålægge virksomheden en årlig afgift, der overstiger udgiften ved sanering af arbejdsmiljøet.

Samfundets økonomiske omkostninger som følge af dårligt arbejdsmiljø bør bringes frem i lyset til styrkelse af argumentationen for at lægge økonomisk pres på arbejdsgiverne til forbedring af arbejdsmiljøet.

Endelig må det nævnes, at det kan være af betydning for den enkelte ansatte, at han har en adgang til at standse arbejdet, hvis der - fordi der ikke foreligger tilstrækkelige oplysninger - er mistanke om fare.

De foranstaltninger, som er foreslået ovenfor, og som bygger på resultaterne fra Arbejdsmiljøgruppen af 1972, kan eventuelt iværksættes trinvis.

Endelig skal kort berøres et aspekt, der næppe sædvanligvis opfattes som en skadevoldende faktor: problemerne omkring afskedigelser.

Også under gunstige beskæftigelsesmæssige forhold vil visse grupper på arbejdsmarkedet være mere udsat for at blive ledige end andre. Denne »udstødning« rammer især midaldrende og ældre med ringe uddannelsesmæssig baggrund. Private virksomhe-

der synes at foretrække den yngre og veluddannede, ofte også til jobs, der ligeså godt kunne udføres af personer med ringere fysiske og psykiske forudsætninger.

I Sverige har man etableret såkaldte »tilpasningsgrupper«, hvor alle individuelle afskedigelser — eller andre personlige problemer på arbejdspladsen - behandles, førend afskedigelsen effektueres. I disse grupper sidder repræsentanter for ledelsen, de ansatte, bedriftssundhedstjenesten, fagforeningerne og arbejdsformidlingen. Gruppernes vigtigste formål er at undgå afskedigelser, f. eks. ved at ændre på det pågældende job, eller ved at overføre den ansatte, der har problemer, til en funktion, der stemmer bedre overens med hans personlige forudsætninger. Lignende foranstaltninger kunne tænkes gennemført i Danmark.

Hvis problemerne løses ad denne vej, vil en række følgevirkninger for sundhedssektoren kunne undgås. For de personer, der alligevel afskediges, står denne løsningsmulighed ikke åben. For disse må der sættes ind med almindelige revalideringsforanstaltninger. I det omfang dette ikke er tilstrækkeligt, må der overvejes en ændring i det offentlige personalepolitik, således at handicappede eller andre vanskeligt stillede kan opnå en fortrinsadgang til beskæftigelse i stat, amter eller kommuner.

En beskæftigelsespolitik efter disse retningslinier vil med stor sandsynlighed reducere de »problemskabende elementer i produktionslivet« og herigennem kunne bidrage til en nedbringelse af sundhedssektorens resourceforbrug.

3.2. Påvirkning af skadevoldende faktorer i trafikmiljøet.

Ovenfor i afsnit II er påvist generelt, at en effektiv forebyggende indsats bør tage sit udgangspunkt i koordinerede foranstaltninger over for individ og miljø. Dette gælder også for trafikområdet, hvor erfaringer f. eks. viser, at effekten af enkeltstående tiltag kan reduceres ganske hurtigt som følge af ændret psykologisk motivation i befolkningen. Derfor er det også på dette område vigtigt at iværksætte en samlet indsats over for de tre hovedfaktorer, som færdselsikkerheden afhænger af: mennesket, trafikomgivelserne (veje, belysning, færdselsregulering etc.) og trafikmidlerne. De nedenfor nævnte forslag til konkrete foranstaltninger

skal derfor opfattes som eksempler, der bør indgå i en samlet planlægning til fremme af trafikikkerheden.

Den almene psykologiske holdning til trafikikkerhedsspørgsmålet er af så stor betydning, at undervisnings- og propagandainsatsen må udbygges over for alle aldersklasser og alle trafikantgrupper.

Skabelse af en mere bred trafikikkerhedsbevidsthed efterlyses. Der kan især henvises til de svenske resultater, hvor bevidst eksperimenterende lovgivningsændringer har skabt en positiv og bevidst holdning til ulykkesforebyggelsen med stor ulykkesforebyggende virkning.

Det anbefales at koncentrere en betydelig indsats om trafiksaneringer i byerne, især med henblik på beskyttelse af den »bløde trafik«: fodgængere, cyklister og knallertkørere.

Byplanlægningen for nye byområder må foretages under hensyntagen til indvundne erfaringer om trafikdifferentiering. I de eksisterende byområder - hvor de bebyggede områder vil eksistere i en længere årrække — bør der foretages trafiksaneringer omfattende trafikdifferentieringer, hastighedsbegrænsninger og ændring af vejudformninger med særlig hensyntagen til den bløde trafik.

Det bør i øvrigt tilstræbes gennem byplanlægning og landsplanlægning at ned sætte transportbehovet mest muligt, ligesom udbygning af kollektiv trafik i så høj kvalitet, at den kan konkurrere med individuel trafik, må tilstræbes.

Den igangværende udbygning af kravene til nye motorkøretøjers kvalitet og til vedligeholdelsen af de eksisterende motorkøretøjer bør fortsættes. Herunder bør der både lægges vægt på køretøjernes aktive og passive sikkerhedsfaktorer, og der bør i særlig grad ske en udbygning af sikkerhedsfaktorer, som beskytter den bløde trafik.

Knallerterne må i videst muligt omfang søges adskilt fra den hårde trafik, da denne trafikantgruppe har en meget stor ulykkesrisiko. Det må sikres, at knallertgruppen holdes adskilt fra motorcykelgruppen, således som den nye færdselslov (1976) tilsigter.

3.3. Påvirkning af skadevoldende og sygdomsfremkaldende faktorer i det omgivende miljø.

De eksisterende bestræbelser på at mindske eller fjerne skadevoldende og sygdomsfrem-

kaldende faktorer i det omgivende miljø er overvejende orienteret mod forebyggelse og bekæmpelse af forurening af »medierne«: Vand, jord, luft samt støj. Indsatsen retter sig derved både mod mikrobiel forurening og en række kemiske og fysiske påvirkninger af både mennesker og miljø. Denne indsats bør fortsætte især med henblik på:

- begrænsning af luftforurening i indemiljøet og det ydre miljø
- støjbekæmpelse i bolig-, trafik- og arbejdsmiljø
- forbedring af drikkevand i landdistrikter uden vandværker
- begrænsning af forureningen af vandløb og hav.

Indsatsen bør ikke begrænses til den fysiske sundhedsskadelige forurening, idet også gener som støv, støj og ilde lugt kan forringe livskvaliteten, selvom generne ikke har en sådan styrke, at de er fysisk sundhedsskadelige. Opmærksomheden bør samtidig rettes mod de positive miljøfaktorer som naturskønhed, grønne områder, inspirerende bolig- og fritidsmiljøer osv.

De sider af forureningsbekæmpelsen, som er nævnt ovenfor, har siden slutningen af 1960-erne tiltrukket sig stor interesse, som har ført til betydelige økonomiske investeringer og opbygning af både centrale og lokale administrationer med forureningsbekæmpelse som hovedformål.

Efter arbejdsgruppens opfattelse er den hidtidige indsats imidlertid ikke tilstrækkelig til at sikre befolkningen mod skadelige påvirkninger fra de utallige kemiske stoffer, der i stigende grad produceres og anvendes i det industrialiserede samfund. Den voldsomme industrielle udvikling har navnlig tilført miljøet utrolige mængder af nye stoffer, hvis virkninger på huden, i føden, i indåndingsluften eller i vandløb er ukendte. Det er ikke muligt idag at fremkomme med uigendrivelige beviser for årsagssammenhænge mellem givne påvirkninger og opståen af specifikke sygdomme, og man må derfor forlade sig på begrundede antagelser.

Selv på det nuværende videnskabelige niveau finder arbejdsgruppen det berettiget at anbefale, at samfundet sikrer sig kontrol med de industrielle produkters fremstilling, distribution, anvendelse og bortskaffelse, for at forebygge umiddelbare og langfristede skadevirkninger på mennesker, husdyr og

miljø. Der tænkes her på risiko for kræft, fostermisdannelse, ændring af arveanlæg og toksiske virkninger på den økologiske balance i videre forstand.

En indsats for at sikre kontrollen med det omgivende kemiske miljø vil kræve en betydelig indsats laboratoriemæssigt, teknisk og administrativt, men skønnes helt central i sygdomsforebyggelse i den nuværende udvikling.

3.4. Påvirkning af skadevoldende og sygdomsfremkaldende faktorer i boligmiljøet.

Flere undersøgelser bekræfter, at der er en sammenhæng mellem sygelighed og dårlige boligforhold, forstået som mørke, små, fugtige boliger med ringe hygiejniske forhold og få friarealer (dette kaldes ofte boligens fysiske miljø).

I ældre boligmiljø er det mest påtrængende problem oftest at skabe forbedringer i det fysiske miljø. Arbejdsgruppen anbefaler, at der sættes kraftigt ind på løsningen af denne opgave.

Det synspunkt har været fremført, at den hidtil benyttede grænse for overbefolkning af beboelsesrum på 2 personer pr. rum forlades, idet den sundhedsmæssigt forsvarlige grænse ligger ved højst 1 person (uanset alder) pr. beboelsesrum (d. v. s. undtaget tekniske rum som køkken og badeværelse).

Et-værelseslejligheder, specielt ældre og små uden selvstændigt køkken, må anses for at være sundhedsmæssigt uforsvarlige som varige boliger, selv for enlige.

I nyere byggeri har man i nogen grad taget hensyn til den eksisterende viden om sammenhængen mellem boligens fysiske miljø og sygdom.

Man skal dog pege på, at der muligvis kan være problemer omkring betonbyggeri og brugen af mange syntetiske materialer i boligindretningen. Disse forhold bidrager formentlig til luftvejsinfektioner, hovedpine etc. Man taler i denne forbindelse om begrebet »betonsygdom«.

En del nyere boligmiljøer (måske især den konforme højhusbebyggelse) er samtidig karakteriseret ved en række andre forhold, der - i sammenhæng med andre faktorer - kan antages at medvirke til fremkaldelse af sygdom. Det er overvejende dårlig trivsel, som kan antages at blive fremprovokeret ved et uhensigtsmæssigt samspil mel-

lem boligmiljø og andre faktorer som f. eks. arbejdspladsforhold, familiesituation m. v. Man bør især have opmærksomheden henvendt på de befolkningsgrupper, som er mest afhængige af boligmiljøets kvaliteter. Det drejer sig navnlig om ældre, enlige og børn. I denne forbindelse skal peges på, at et dårligt boligmiljø kan virke hæmmende på børns udvikling. Mulighederne for fællesaktiviteter bør fremmes, ligesom boligområdets udformning bør tage hensyn til trafiksikkerheden, jfr. foran side 282.

Sundhedsprofessionerne har igennem deres arbejde mulighed for at belyse sammenhænge mellem boligmiljøets udformning og sygdom, og der må derfor påhvile sundhedsvæsenet et særligt ansvar for at oplyse andre faggrupper - herunder arkitekter - og politikere om sådanne sammenhænge, se afsnittet om Sundhedspædagogik, side 273 ff.

4. To udvalgte eksempler

Arbejdsgruppen har foran stillet en række forslag vedr. sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats over for individ og miljø. Til illustration af betydningen af mange af de væsentligere forslag, som f. eks. koordineret indsats over for individ og miljø, sundhedspædagogik, tværfagligt samarbejde, forskning og forsøg etc., gennemgås nedenfor to forskellige sygdomsgrupper. Det fremgår, at betydelige dele af de konkrete forslag til forebyggelse af hjerte-karlidelser og forebyggende indsats over for de samfundsmæssige sider af de psykiske lidelser, er i overensstemmelse med de principper, som arbejdsgruppen har anbefalet foran.

4.1. Forslag til indsats overfor hjerte-kar-sygdomme*).

I 1972 var hjerte-karsygdomme årsag til 24.000 dødsfald i Danmark; 18.000 skyldtes hjertesygdomme, 6.000 karlidelser, hvoraf de 5.000 skyldtes apoplexi. Tilsammen var de årsag til 55 pct. af de dødsfald over 65-års alderen, 37 pct. af dødsfald blandt 55-64-årige, 25 pct. blandt 35-54-årige og 5 pct. blandt de 15-34-årige.

Der har været en kraftig stigning i dødeligheden af hjerte-karsygdomme efter anden verdenskrig. For hele befolkningen svarer den nu til 47 pct. af samtlige døde. Stigningen har været så udtalt, at den ikke har kunnet opvejes af bedringen i befolkningens sundhedstilstand. Stigningen har

*) Udarbejdet med grundlag i bilag G i rapportsamlingen.

særligt ramt midaldrende mænd, som nu har en kortere forventet rest-levetid i 50-års alderen end for 20 år siden. Der har ikke blot været tale om en stigning i den totale dødelighed, men også om, at yngre og yngre aldersgrupper rammes.

Hjerte-karsygdomme er kroniske tilstande med langt udviklingsforløb, hvorunder symptomer ganske kan mangle; de viser sig i reglen pludseligt, ofte er døden det første symptom. Ca. 60–70 pct. af hjertedødsfaldene sker uden for hospitalet. Blandt dem, der når at blive indlagte, dør ¼ trods adgang til moderne behandlingsmuligheder, og de udskrevne har i de første år langt højere dødelighed end andre af samme alder og køn. Med vor nuværende viden om behandling, kan man næppe nå meget længere ved behandling (terapi). Areforkalknings sygdomme kan ikke helbredes. Vil man nedbringe deres antal, må der sættes ind på forebyggelse - prævention.

Den rationelle basis for prævention - d.v.s. helbredsbevarende og forebyggende indsats - er viden om de forhold, der ligger til grund for udviklingen af de langsomme, men fremadskridende ændringer i blodkarrene, som fører til iskæmiske hjerte- og karsygdomme. Ændringerne består overvejende i specielle fedtaflejringer i pulsårene, som begynder allerede i barndommen; udviklingshastigheden og omfanget er i høj grad afhængig af ydre forhold. Det er netop ydre forhold i den enkeltes eller samfundets levevilkår, som er anledning til den stærke stigning i hjerte-karsygdommens hyppighed, der ses i alle industrilande. Da dødeligheden af hjerte-karsygdomme tidligere har været langt lavere end nu, vil det være rimeligt at forvente en betydelig effekt af den forebyggende indsats.

Der er stadig et påtrængende behov for forskning til klarlægning af de væsentlige faktorer og deres rolle som medvirkende årsager, men der er allerede nu samlet så megen viden, at en præventiv indsats kan anbefales.

De væsentligste af de kendte risikofaktorer, som formodentlig kan påvirkes, er:

- Cigaretrykning
- Manglende fysisk aktivitet
- Overvægt og uhensigtsmæssig ernæring
- Forhøjet blodtryk
- Forhøjet kolesterol i blodet
- Stress - måske en risikofaktor.

Påvirkes den enkelte samtidig af flere risikofaktorer, stiger den pågældendes risiko for udvikling af hjerte-karsygdomme stærkt.

Den forebyggende indsats foreslås at følge tre angrebsvinkler:

1. Fremme af befolkningens sundhedsbevarende levevis gennem oplysning og debat
2. Sygdomsopsporing i tidligt stadium
3. Sideløbende forskning.

Ad 1. Den sundhedspædagogiske indsats.

Indsatsen må sigte mod fremme af sundere levevis, hvilket indebærer ændrede rygevaner, øget fysisk aktivitet og mere hensigtsmæssig ernæring.

Sundhedspædagogisk indsats vedr. ernæringen (kostinformation) er omfattende og vanskelig. Der må sættes ind over for:

- læger med bedre undervisning i ernæring såvel præ- som postgraduat. Oprettelse af et fagområde i ernæring ved universiteterne
- skolekøkkenundervisningen (hjemkundskab) og undervisningen i biologi og kostforhold
- over for undervisningen af kommende lærere i biologi og i skolekøkkentjeneste
- massemedieoplysning om hensigtsmæssig ernæring
- institutionskosten, således at den bliver mere hensigtsmæssig.

Det er foreslået, at målet for en sådan indsats må være nedsættelse af fedt- og sukkerenergiindholdet i gennemsnitskosten. Den fjernede energimængde skulle erstattes med energi fra højmolekylære kulhydrater (stivelse) i form af vegetabiliske produkter - kornprodukter, kartofler, grøntsager og frugt - hvis indhold af naturlige slaggestoffer så vidt muligt er bevaret.

Der er i Danmark for tiden ikke enighed mellem lægevidenskabelige forskere om virkningen af mere generelle indgreb over for folkekosten, f. eks. om lovgivning vedr. industrielt fremstillede levnedsmidlers maksimale fedtindhold.

En stor gruppe forskere er enige i de nordiske landes rekommendationer, som bl. a. Sverige og Finland har lagt til grund for omfattende forsøg på omlægning af folkekosten. Disse rekommendationer omfatter:

- at befolkningens fedtindtagelse skal nedsættes til under 30 pct.
- at kalorieindtagelsen bør nedsættes
- at kostens indhold af linolsyre bør øges.

I England og de fleste andre europæiske lande har regeringskomiteer for nyligt tilsluttet sig lignende rekommendationer, og Verdenssundhedsorganisationen går fuldt ud ind for kostintervention. Verdenssundhedsorganisationens forsøgsprojekter dækkende kostintervention hos i alt en befolkning på ca. 200.000 mennesker synes gennem de preliminære data, der nu foreligger, at have haft effekt.

Nogle danske forskere mener, at det videnskabelige grundlag for mere omfattende indgreb i folkekosten er for spinkelt. Betænelighederne vedrører især anbefalinger omkring fedtindhold og fedtsammensætning.

På denne baggrund må det derfor anbefales, at der tages skridt til et udredningsarbejde med henblik på at etablere rekommendationer for folkekosten på de områder, hvor sådanne ændringer findes betimelige.

Det må nævnes, at der ved Statens Levnedsmiddelinstitut overvejes oprettet en ernæringsenhed, bl. a. med henblik på at formidle oplysninger og resultater om sundhedsproblemer i forbindelse med vore kostvaner.

Ad 2. Sygdomsopsporing i et tidligt stadium kan ske på tre planer, nemlig gennem den primære sundhedstjeneste, gennem sygehusvæsenet og gennem sygdomsopsporende folkekampagner. For så vidt angår indsats gennem primær sundhedstjeneste er der nedenfor, side 288, redegjort for det såkaldte Næstved-projekt, hvortil henvises.

Det skal blot bemærkes, at det kan være relevant at overveje at tilknytte diætassistenter eller husholdningsjærere til teamet af læger, sundheds-

plejersker, socialrådgivere m. fl., der under forsørgordninger skal søge at bedre den primære sundhedstjeneste. Ved en sådan tilknytning skabes mulighed for at øge kostinteressen på primærplanet og mulighed for bedring af institutionskosten. Sygehusvæsenet kan - og bør - også aktivt gå ind i denne opgave, således som det f. eks. er sket i »Befolkningsundersøgelsen i Glostrup«, foretaget ved amtspsygehuset i Glostrup. Endelig kan der for så vidt angår de sygdomsopsporende kampanjer henvises f. eks. til hjerteforeningens indsats på dette felt.

4.2. Forslag til social-psykiatrisk indsats*).

Socialpsykiatrien beskæftiger sig med de samfundsmæssige sider af de psykiske lidelser og beskriver således, i hvilket omfang samfundsmæssige forhold påvirker udviklingen af og forekomsten af psykiske lidelser. Socialpsykiatrien beskæftiger sig endvidere med de sociale og samfundsmæssige konsekvenser af psykiske lidelser samt med de foranstaltninger af social natur, som iværksættes som led i behandling eller forebyggelse.

I det følgende gives nogle få eksempler på forebyggelsesproblemer inden for udvalgte områder (børnepsykiatri, alkoholisme, ældrepsykiatri), hvor socialpsykiatriske synsmåder er særligt anvendelige.

Beskrivelse af forekomsten (lidelsernes epidemiologi) er inden for psykiatri forbundet med særlige vanskeligheder, som bl. a. beror på, at det kan være svært entydigt og objektivt at afgrænse psykiske symptomer og at definere psykiatriske sygdomsenheder. Med disse almene forbehold kan man sige, at psykiske lidelser er hyppigt forekommende, ofte kroniske, begynder ofte i tidlig alder og medfører ofte invaliditet.

I barnealderen har man fundet »problembørn« (det vil sige: adfærdsforstyrrelser og nervøse symptomer af forskellig art) i en dansk blandet land- og bybefolkning hos 6,4 pct. og i København hos 10,4 pct. af skolebørnene. Tilsvarende tal er fundet for børn i andre aldersgrupper. Hos familielægen vil ca. 10 pct. af de børn under 16 år, der møder i konsultationen, vise symptomer på psykisk forstyrrelse. Disse tal angår så svære klager eller symptomer, at en indsats af professionelle undersøgere og behandlere utvivlsomt er påkrævet. Hos yderligere en stor del af børnebefolkningen, idet procenttallet er afhængigt af hvilke kriterier for symptomer eller funktionsforstyrrelser man anvender, vil man finde lettere eller begyndende forstyrrelser eller faresignaler med hensyn til barnets (familiens) psykiske udvikling.

Antallet af personer med et behandlingskrævende alkoholmisbrug kan ikke opgøres nøjagtigt. Det antages almindeligvis at være en størrelsesordenen 100.000, men tallet må tages med mange forbehold.

Knap 40 pct. af befolkningen over 65 år og godt halvdelen over 80 år er psykisk lidende.

Sygdomspanoramaet er gennem årene undergået betydelige ændringer. Takket være en aktiviserende og udadvendt holdning til sindslidende samt udviklingen af moderne - i det væsentlige psykoterapeutiske og psykofarmakologiske behandlingsme-

toder - er indlæggelserne blevet Væsentligt mere kortvarige. Denne udvikling er fremmet i takt med erkendelsen af den for psykiske lidelser og langvarige indlæggelser særlige risiko for udvikling af passivitetsskabende institutionalisme.

Man har i stigende grad lagt vægt på ambulante behandlinger - først og fremmest i form af forvisitations- og efterbehandlingsambulatorier, men også i form af dagbehandling og placering af udskrevne patienter i beskyttede boliger, patientpensionater samt beskyttet beskæftigelse i hospitaler eller i særlige dagcentre. De store hospitaler for psykisk lidende er nu placeret i tilknytning til centralsygehuse. Hvor en sådan placering ikke eksisterer, har man oprettet større eller mindre psykiatriske klinikker ved centralsygehuse.

Udbygning af lokalsamfundspsykiatri (Distriktspsykiatri).

Lokalsamfundspsykiatrien repræsenterer først og fremmest en hensigtsmæssig organisation af psykiatrien i et givet geografisk område. Den tilsigter et helhedssyn på såvel årsagerne som behandlingen af psykiske lidelser. Desuden tilsigter den en hensigtsmæssig udnyttelse af den tilstedeværende ekspertise.

Gennemførelsen af socialreformen og den nye bistandslovgivning er baseret på en erkendelse af, at en række problemer i socialforsorgen ud fra en årsagsmæssig (ætiologisk) betragtning burde betragtes under ét. En mangel på en sådan helhedsbetragtning førte før socialreformen ofte til, at flere instanser arbejdede samtidigt med samme problematik - således f. eks. én institution med børnenes problemer, en anden med familiefaderens og en tredje med moderens problemer. Disse uhenigtsmæssige forhold har man nu søgt at løse gennem det såkaldte udstrængede system. Dette omfatter også i vid udstrækning en integration dels med den praktiserende læges arbejde, dels med de problemer, der i den enkelte sag måtte være med skole og anden uddannelse. I dette billede bør også psykiateren integreres dels for at gøre det socialmedicinske arbejde meningsfuldt, dels for at kunne disponere den psykiatriske service hensigtsmæssigt. Den umiddelbare motivering for at søge en sådan integration har været behandlingsmæssige hensyn, men meget taler for, at et veludviklet og velintegreret lokalsamfundspsykiatrisk apparat er en forudsætning for effektiv opsporing og forebyggelse af psykisk lidelse.

Et karakteristisk felt for lokalsamfundspsykiatrien vil være arbejdet med de såkaldte mange-problemfamilier, som ofte beslaglægger en betragtelig del af såvel de lægelige som de sociale og skolemæssige bemandingsressourcer.

Man tænker sig således, at et givet psykiatrisk optagelsesområde betjenes af et team bestående af psykiatere fra det tilsvarende hospitalsafsnit samt af repræsentanter fra områdets socialforsorg. I praksis vil hospitalspsykiateren fungere som konsulent for det pågældende socialcenter. Det vil først og fremmest være amtskommunernes socialcentre med de mere komplicerede sagsafgørelser, som betjenes direkte af distriktets konsulent. Hos-

*) Udarbejdet med grundlag i bilag H i rapportserien.

pitalets service må på det primærkommunale plan bestå i fælleskonferencer og andre former for samarbejde, som mere indirekte støtter den praktiserende læge og behandlergruppen.

Konsulenttjenesten foreslås udbygget på lokalsamfundssykiatrisk basis, således at en relativt større del af områdets psykiatriske kapacitet (ressourcer) udnyttes til rådgivende virksomhed i distriktets sundhedstjeneste, socialvæsen, undervisningsvæsen, kriminalforsorg m. m.

I den forbindelse er det vigtigt at fremhæve, at den arbejdsform, der her er kaldt »lokalsamfundssykiatri« eller »konsulenttjeneste« er et integreret samarbejde mellem psykiatere og andre professionelle. Derved skabes mulighed for en psykiatrisk faglig bedre indsats, ikke kun ved, at specialisterne påvirker de andre professioner, men i mindst lige så høj grad, fordi de påvirkes gennem kontakten med andre fag, nye klient- og patientgrupper og derved får et bredere, men profylaktisk præget syn end det traditionelt prægede, sommetider noget snævrere sygdomssyn. Det vil f. eks. i forhold til familielægerne nødvendigvis blive en gensidig påvirkningsproces. På den anden side vil konsulenternes fortsatte tilknytning til traditionelt hospitalsarbejde være forudsætningen for, at de kan virke med tilstrækkelig faglig kompetence i det lange løb.

Eksempler:

1. Psykiatrisk konsulent hos den praktiserende læge.

Samarbejde med hensyn til psykiatriske tilfælde i almenmedicinerens konsultation er med held forsøgt for både børn og voksne patienter, f. eks. således at almenmedicineren drøfter udvalgte tilfælde med psykiateren, men uden at konsulenten behøver at se patienten, der forbliver i familielægens regie. Dette er en økonomisk arbejdsform, for så vidt som der herved kan ske en tidlig effektiv sortering af patienterne, således at en del kan behandles færdigt i den primære sundhedstjeneste.

2. Psykiatrisk konsulentbistand til børnehaver og skoler i samarbejde med pædagoger, skolelæger, skolepsykologer.

Den faste distriktstilknytning vil gøre det muligt efterhånden at forbedre de nævnte institutioners personales evne til relevant udpegning af truede personer eller begyndende tilfælde. Omvendt vil psykiateren som konsulent tvinges til at beskæftige sig med andre tilfælde end den »tunge psykiatri« i hospitalerne og dermed få et bredere syn på sygdom, sundhed og normalitet.

Såfremt man har betænkkeligheder ved den her skitserede model for tilrettelæggelse af lokalsamfundssykiatri, kan man pege på den mulighed, at der etableres en lokal psykiatrisk service i offentligt regi (kommunalt/amtskommunalt) med basis uden for sygehusvæsenet.

Det kan endvidere overvejes at tilrettelægge de profylaktiske lægeundersøgelser af børn før skolealderen således, at de i højere grad registrerer psykosociale forstyrrelser og integreres bedre med det arbejde, der udføres af sundhedsplejerskerne i distriktet. Forudsætningen for dette er, at der afses mere tid til disse undersøgelser, og at instrukser lægger større vægt på, at der anvendes kriterier for truende psykisk eller social afvigelse.

Andre sundheds- og socialpolitiske foranstaltninger.

Visitation til institutioner.

Institutionsanbringelser kan i sig selv være skadelige på alle alderstrin og for alle arter institutioner, børnehjem, plejehjem for gamle, hospitaler ved langvarige ophold. Børn kan udvikle svære karakterafvigelser, gamle for tidligt bliver demente eller på anden måde invaliderede ved u hensigtsmæssig institutionsanbringelse og passivering. Sindssygdomme kan blive forværret eller kroniske på grund af for langvarige indlæggelser eller dårlige hospitalsforhold. En tidlig behandling i det vante miljø, barnet i hjemmet, den gamle i sit sædvanlige, private hjem, støttet af sociale foranstaltninger kan forhindre en dårlig social udvikling hos et barn eller stagnation og sindssygdom hos den gamle. En nøje udvælgelse ud fra socialmedicinske kriterier til det nødvendige institutionsophold vil forebygge psykisk lidelse. Anvendelse af specialkundskab her vil antagelig have betydelig forebyggende effekt.

Det er naturligvis ikke meningen, at institutioner med døgnophold i sig selv er skadelige eller overflødige. Tværtimod er der et stort behov - endda på nogle områder, f. eks. børnepsykiatrien, et uopfyldt behov - for psykiatriske sengepladser til alle alderstrin og for børnehjem samt plejehjem for gamle. Men alle de nødvendige institutioner - og mere udpræget jo mere de skal arbejde på døgnbasis og langvarigt - må være således normeret kvantitativt og kvalitativt, at de nødvendige ophold foregår under forhold, der ligner det for vedkommende klient/patient optimale hjemlige miljø mest muligt.

For at dette kan gennemføres, kræves der bl. a. bedre uddannelse i socialpædagogik og socialpsykologi for institutionernes personale.

Familiepolitiske foranstaltninger.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der vil være væsentlige psykosociale fordele forbudet med gennemførelse af længere barselsorlov, endvidere ved at give forældre til spæde og småbørn øget mulighed for deltidsarbejde, med flex-tid samt ved uddannelsesmæssige lempelser, som gør det muligt for forældre at tilbringe længere tid sammen med deres børn i den tidlige opvækst.

Det er klart, at der er mange praktiske, erhvervs-mæssige, samfundsøkonomiske og uddannelsesmæssige problemer forbundet med dette forslag, som først og fremmest er et oplæg til drøftelse og forskning på dette område ud fra den hypotese, at det er af afgørende betydning for barnets psykiske udvikling, herunder risikoen for at udvikle egentlig sindslidelse i barnealderen eller senere, at det i de tidligste opvækstår har nær og varig tilknytning til familiens nøglepersoner.

Hvad de familiepolitiske foranstaltninger angår er der her antydnet nogle sundhedsmæssige betragtninger, men sociale og pædagogiske relationer er lige så vigtige. Disse aspekter vil formentlig blive mere udførligt behandlet i de siddende småbørnskommissioner.

Alkoholmisbrug.

Behandlingen af alkoholisme foregår i dag for langt den væsentligste dels vedkommende for det

første i offentlige alkoholambulatorier (ialt ca. 50), som er lægeligt ledede og undergivet amternes sygehusudvalgs administration, for det andet på de psykiatriske hospitaler og afdelinger, hvor skønsmæssigt ca. 10 pct. af sengekapaciteten er belagt med dette klientel. Både af hensyn til en effektivisering af behandlingsarbejdet og med henblik på sekundære profylaktiske hensyn er denne model næppe den mest hensigtsmæssige. De alkoholrelaterede fysiske og mentale sundhedsproblemer og specielt disses forebyggelse kræver kun i begrænset omfang medicinsk/lægelig indsats eller udnyttelse af hospitalsmæssige faciliteter. I den udstrækning, hvor der foregår en rationel behandling under indlæggelse på psykiatriske afdelinger, vil denne i alt overvejende grad være af social-pædagogisk indhold, og hovedparten af de alkoholmisbrugere, der bliver indlagt på psykiatriske afdelinger, kunne med fordel efter 3-4 dages forløb overflyttes til socialpædagogisk ledede institutioner. Det ville være naturligt, om disse institutioner samtidig havde ansvaret for den ambulante behandling i distriktet (kommunen eller amtskommunen). Da de alkoholrelaterede problemer ofte primært eller sekundært har forbindelser til de sociale forhold, og da i hvert fald den ambulante behandling kategorielt hører hjemme i den primære sundhedstjeneste, kunne man efter arbejdsgruppens opfattelse overveje at flytte ansvaret for den samlede behandling fra sygehusudvalgenes til social- og sundhedsudvalgenes regie. Placeringen af institutioner af denne art ude i distrikterne kan i forbindelse med den administrative tilknytning til social- og sundhedsforvaltningerne betyde bedre muligheder for opsporing og tidlig behandling af de enkelte tilfælde. Via tilknytningen til social- og sundhedsforvaltningen vil man endvidere kunne opnå, at hjælpen til alkoholmisbrugere på en naturlig måde integreres i bistandslovens samlede apparat. Arbejdsgruppen har imidlertid taget til efterretning, at bl. a. spørgsmålet om placeringen af behandlingen af alkoholmisbrugere for tiden er genstand for overvejelse i de kommunale organisationer og berørte ministerier.

Ældres psykiske lidelser.

De væsentligste forudsætninger for at forebygge psykiske lidelser hos gamle er, at deres tilværelse længst muligt bevarer en mening i sammenhæng med det øvrige samfund i et arbejde, som er tilpasset og udnytter deres særlige evner og funktionsmuligheder, og i et boligmiljø som de kan dele med andre aldersklasser. Den skarpe opdeling i erhvervsaktiv tilværelse og pensionisttilværelse bør således søges udvisket, f. eks. gennem variabel pensionsalder.

Arbejdsgruppen finder imidlertid, at der er et akut behov for øget indsats omkring:

1) Systematisk uddannelse i ældrepsykiatri (gerontopsykiatri) med dets præventive, diagnostiske og terapeutiske aspekter af alle medicinske studenter, sygeplejeelever m. v. - og efteruddannelseskurser i samme for læger og personale ved sygehuse og sociale forvaltninger.

2) Oprettelse af en effektiv opsøgende virksomhed blandt ældre.

3) Sociale hjælpeforanstaltninger, der kan opfylde de ældres behov for kontakt, aktivering, psykisk støtte og praktisk hjælp.

4) Gerontopsykiatrisk konsulentbistand ved et team bestående af psykiater, gerontopsykiatrisk sygeplejerske og muligt tillige psykiatrisk trænet socialrådgiver og ergoterapeut, der kan tilkaldes til somatiske afdelinger, plejehjem og private hjem, og alle steder etablere et samarbejde med de læger og det personale, der har ansvaret for patienterne.

Formålet er at forebygge sygdom og iværksætte behandling tidligst muligt på det sted, hvor patienten opholder sig - for at undgå farlige flytninger af de ældre og andre forhold, der kan medføre fare for forværring af prognosen.

5. Forskning og forsøg*)

I det foregående er det flere steder nævnt, at der ikke foreligger tilstrækkelig, eksakt viden om de sundhedsskadelige påvirkninger og om effekten af den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats. Arbejdsgruppen har samtidigt advaret imod, at der stilles så høje krav til beviset for årsager og effekt, at den nødvendige udvikling af forebyggelsen hæmmes.

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at arbejdsgruppen vedr. informationssystemet har fremsat forslag til etablering af en medicinalstatistik, som i højere grad end den eksisterende er relevant for tilrettelæggelsen af den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats. Eksempelvis indebærer forslaget om et individbaseret børnehelbredsregister øgede muligheder for en rationel tilrettelæggelse af sundhedsindsatsen over for børn, og specielt af skolelægenes indsats.

En anden væsentlig side af bestræbelserne for at tilvejebringe et bedre grundlag for udviklingen er forskning og forsøg. Forsknings- og forsøgsvirksomhed er imidlertid et forholdsvist uopdyrket område i den primære sundhedstjeneste.

En arbejdsgruppe under Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd beskæftiger sig i betænkningen om forskning og forsøgsvirksomhed i den primære sundhedstjeneste med den decentraliseret placerede forskningsorganisation.

Man taler i betænkningen om forskningsenheder og forsøgsenheder, hvor den første er »en enhed i den primære sundhedstjenestes markorganisation, hvor der sideløbende med de daglige rutinefunktioner i den pri-

*) Udarbejdet med grundlag i bilag G, underbilag E, i rapportsamlingen.

mære sundhedstjeneste udføres forskning af de beskæftigede».

En forskningsenhed af ovennævnte art har allerede siden 1974 arbejdet med forskning og forebyggelse i den primære sundhedstjeneste i lokalsamfundet Næstved. Det største lægehus i området dækkende ca. $\frac{1}{3}$ af lokalsamfundets befolkning samarbejder med Institut for social medicin, Københavns Universitet, om et program til forebyggelse af hjerte-karsygdomme blandt den til lægehuset knyttede befolkning. Man forsøger i dette program via forskning omkring risikofaktorer hos befolkningen at gøre en forebyggende indsats ved ud over læge og patient at involvere hjemmesygeplejersker og patientens familie og omgangskreds i programmet.

Professionelle sundhedsarbejdere har teknisk effektive løsninger på mange sundhedsproblemer, men de praktiske forsøg mislykkes ofte på grund af manglende viden om befolkningens viden, værdinormer, holdninger, motiver og adfærd. Derfor må et studium af disse faktorer udgøre en af de første faser i et program til forebyggelse.

Dernæst vil det være vigtigt at få et billede af risikofaktorerne i populationen (dvs. den del af befolkningen, som omfattes af undersøgelsen) og at identificere den del af befolkningen, som er i særlig risiko for at udvikle sygdommen - altså personer med een eller flere risikofaktorer. Denne del af befolkningen må så tilbydes rådgivning, gruppeaktiviteter og i visse tilfælde medicinsk behandling. Parallelt hermed må iværksættes debat og oplysning og forsøg på sammen med befolkningen at ændre sundhedsvaner i lokalsamfundet som helhed.

Endelig vil en evaluering være nødvendig i form af en analyse af befolkningens medvirken, ændringer i fordelingen af risikofaktorer i populationen og endelig ændringer i hyppigheden og dødeligheden ved den pågældende sygdom.

Forsøgsmenheder er i Forskningsrådets betænkning »en enhed i den primære sundhedstjenestes markorganisation, hvor de administrative rammer, personalefunktionerne — herunder ansættelsesforhold, arbejds- og ansvarsfordeling m. v. - på forsøgsbasis afviger fra eksisterende bestemmelser i overenskomster og officielle normer, standarder og

andre retningslinier«. Sådanne forsøgsmenheder vil være væsentlige i fremtiden, ikke mindst med henblik på introduktion af lokalsamfundsmedicin, overflytning af opgaver fra sygehusvæsenet til den primære sundhedstjeneste etc.

En forebyggende indsats over for væsentlige sundhedsmæssige problemer, vil i fremtiden naturligt kunne udgå fra forsøgsmenheder af ovennævnte art. Arbejdsgruppen skal derfor anbefale, at forsknings- og forsøgsvirksomhed i den primære sundhedstjeneste fremmes efter de retningslinier, som er skitseret her. Arbejdsgruppen understreger, at en omprioritering af fordelingen af ressourceindsatsen til fordel for den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats også må give sig udslag i fordelingen af forskningsmidlerne.

6. Forebyggelsesrådet*)

Det er flere gange fremhævet, at sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse ikke er en opgave, som er begrænset til en enkelt samfundssektor (sundhedsvæsenet). Tværtimod er det påvist foran, at denne opgave vedrører mange forskellige sektorer, som f. eks. sundheds-, social-, miljø-, trafik- og undervisningssektoren.

Det må erkendes, at denne opdeling i sektorer i høj grad vanskeliggør en gennemførelse af en samlet vurdering og planlægning af de sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende aktiviteter. Efter arbejdsgruppens opfattelse bør man derfor sætte ind på at fremme mulighederne for tværgående samarbejde og koordinering på forebyggelsens område.

Uagtet en meget væsentlig del af den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats udføres på det regionale og lokale plan, tilrådes det først at sætte ind på centralplanen for herved at udstikke de ydre rammer for arbejdet på det regionale og lokale niveau.

Arbejdsgruppen foreslår derfor, at der etableres et centralt organ - et forebyggelsesråd - der uafhængigt af sektorgrænser kan rådgive om sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger.

Det pågældende råd skal have til *formål*

*) Udarbejdet med grundlag i bilag I i rapportsamlingen.

at virke for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse såvel i sundhedsvæsenet som i andre samfundssektorer. Selve rådets formål definerer samtidig dets hovedopgaver, der bør være dels at forestå en løbende kritisk vurdering af eksisterende sygdomsforebyggende foranstaltninger, dels at foreslå nye foranstaltninger til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Rådet må tage initiativ til en regelmæssig vurdering af sygdomspanoramaet og sammenholde dette med eksisterende sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger med henblik på at foreslå ændringer heri.

Med grundlag i den eksisterende statistik over sygdomstilfælde og sundhedsskader skal rådet søge at udvælge de områder, hvor en sundhedsfremmende og forebyggende indsats kan formodes at få størst effekt.

En analyse af det eksisterende data-materiale med henblik på nærmere angivelse af sygdomsårsager, afgrænsning af risikogrupper etc. er nødvendig, men næppe tilstrækkelig. Det vil ofte være påkrævet at tilvejebringe supplerende informationer for at kunne foretage en underbygget vurdering af sundhedsproblemernes omfang og forløb. Det påhviler derfor rådet såvel at foreslå forbedringer i den løbende statistikindsamling som anbefale ad hoc indsamling af informationer til belysning af områder, der er under overvejelse i rådet. Udvalgelse af områder, hvor indsats særlig er påkrævet, vil således ske med grundlag i bearbejdede informationer om sygdomsbilledet og den forventede udvikling heri. Det skal i denne forbindelse henvises til de forslag om ændret medicinalstatistik, som arbejdsgruppen vedr. informationssystemet har foreslået.

Rådet må herefter overveje, hvilken indsats af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende karakter, der bør sættes ind over for de udvalgte områder. Der bør i videst muligt omfang gennemføres analyser af de forventede omkostninger og effekten af en sådan Indsats. Det skal endnu en gang understreges, at rådets forslag meget vel kan vedrøre indsats i andre samfundssektorer end sundhedsvæsenet.

Ved rådets overvejelser om ny indsats af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende karakter vil en snæver kontakt mellem rådet og forskningsinstitutioner m. m. være værdifuld og rådet bør være opmærk-

som på muligheden for at foreslå gennemført forsøg.

Mere konkret skal der peges på, at en af rådets første opgaver bør være en indgående drøftelse om retningslinierne for en samlet sundhedspædagogisk indsats, jfr. foran side 274.

I forbindelse med overvejelserne om rådets organisation er det fundet nødvendigt, at organisationen i videst muligt omfang skal kunne fremme

dels en bredere og større forståelse i befolkningen for betydningen af sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, primært gennem en aktivering i det politisk/administrative system,

dels en samlet vurdering af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger på tværs af eksisterende sektoropdeling,

dels en tværgående indsats af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende karakter.

I forbindelse med de nærmere overvejelser om valg af organisation af det pågældende råd, har man gennemgået en række forskellige organisatoriske modeller.

Den bedst egnede model synes at være et selvstændigt råd, men med en klar tilknytning til såvel regeringen som det administrative system, herunder specielt sundhedsstyrelsen. Baggrunden for valget af denne model er især, at rådet bør placeres tilstrækkeligt tæt på de besluttende myndigheder for at opnå realistiske muligheder for gennemførelse af rådets forslag, uden at rådets selvstændighed bringes i fare.

Under hensyn til rådets opgaver skønnes det indlysende, at sundhedsstyrelsen må spille en betydelig og aktiv rolle i forebyggelsesrådet og dettes sekretariat, og på længere sigt må det påregnes, at samspillet mellem rådet og styrelsen kan påvirke sundhedsstyrelsens interne organisation.

Under hensyn til, at der i arbejdsgruppen vedr. sundhedsvæsenets politisk/administrative styringssystem har været overvejelser om ændringer i den nuværende kompetencefordeling på de centraladministrative plan, må opmærksomheden henles på, at den nærmere tilrettelæggelse af forebyggelsesrådets referencelinier til såvel styrelses- som departementsplan må overvejes nærmere i forbindelse med selve rådets nedsættelse under

skyldigt hensyn til den kompetencefordeling, som eksisterer på det tidspunkt på det centraladministrative plan.

Som det fremgår af betegnelsen for det foreslåede organ, skal dets kompetence være en beføjelse til at vejlede om hensigtsmæssig indsats med sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende sigte. Som det principielle udgangspunkt foreslås, at rådets rekommandationer rettes til det departement, hvorunder det pågældende sagsområde hører. Det må dog understreges, at dette er det principielle - og i nogen grad teoretiske - udgangspunkt, som må fraviges for så vidt angår rekommandationer om indsats inden for sundhedsvæsenet. Når henses til sundhedsstyrelsens særstilling i det centraladministrative system foreslås, at rekommandationer af den omtalte karakter rettes direkte til styrelsen, idet styrelsen samtidig pålægges en pligt til at videregive rekommandationerne med styrelsens vurdering heraf. Denne ordning synes at medføre en rationel arbejdsgang. Det må i øvrigt påregnes, at de centraladministrative myndigheder - i sager der, ikke er omfattet af den høringsforpligtelse, der er omtalt i centralstyrelsesloven - i vid udstrækning vil bede sundhedsstyrelsen vurdere forslag, som den pågældende myndighed har modtaget fra rådet.

Af hensyn til rådets opgaver bør der som nævnt sikres en rimelig snæver kontakt til de besluttende myndigheder, hvorfor det anbefales, at rådet sammensættes af repræsentanter fra de departementer og styrelser, som har væsentlige berøringsflader til rådets

virksomhedsområde, ligesom det må anbefales, at disse organer repræsenteres af personer på det fornødne (høje) kompetence-niveau. Rådet bør derudover have repræsentanter fra de lokale myndigheder (amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening), ligesom forskningsinstitutionernes medlemsskab også er relevant. Der må også åbnes mulighed for medlemsskab af personer med særlig indsigt og erfaring i rådets virkefelt, således at der opnås en tværfaglig ekspertrepræsentation.

I forbindelse med sammensætningen af rådets sekretariat må der tages afgørende hensyn til sundhedsstyrelsens væsentlige rolle, hvorfor styrelsen bør være repræsenteret (især som følge af styrelsens medicinalstatistiske indsigt).

Bl. a. under hensyn til sammensætningen af rådet - hovedsagelig offentlige repræsentanter - og under hensyn til rådets virksomhed bør der være tale om en statslig finansiering. Udgifterne i forbindelse med driften af rådets sekretariat kan løseligt anslås til ³/₄-1 mill. kr. årligt. Herudover må der afsættes tilstrækkelige midler til, at rådet kan tage initiativ til gennemførelse af forsøgs- og kontrolvirksomhed m. m.

For at dokumentere den fornødne politiske opbakning af rådet, hvilket må skønnes at være af væsentlig betydning for rådets arbejde, foreslås det, at etableringen sker ved lov. Af hensyn til effektiviteten i rådets arbejde foreslås det, at der foretages en jævnlig tilbagevendende vurdering af de resultater, som rådet måtte opnå.

Vejledende kommissorium for arbejdsgruppen vedr. forebyggelse

1. Arbejdsgruppen skal - ud fra bl. a. lægevidenskabelige og ressourcemæssige synspunkter - redegøre for de hovedlinier, der kan udledes af erfaringerne med hensyn til den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats i sundhedsvæsenet.

2. Arbejdsgruppen skal overveje, hvorvidt der ud over allerede eksisterende og planlagt virksomhed er områder, hvor der skønnes behov for en øget sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, herunder hvilke befolkningsgrupper og sygdomsrisici der eventuelt særligt bør inddrages under en sådan øget indsats.

3. Arbejdsgruppen skal overveje, hvorledes det mere permanent sikres - organisatorisk eller på anden måde - at der foretages en samlet, løbende vurdering og planlægning af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger, herunder sundhedsoplysning og -opdragelse.

Som baggrund for ovennævnte kommissorium kan anføres, at det i en prioriterings-sammenhæng er naturligt - som også forudsat i prioriteringsudvalgets kommissorium - at overveje spørgsmålet om øget sygdomsforebyggelse som et alternativ til sygdomsbehandling. Dette gælder så meget mere, som der generelt spores en voksende interesse for sygdomsforebyggende indsats, der har givet sig udslag i, at der - ud over den i dag eksisterende ret så omfattende sygdomsforebyggelse - på flere betydningsfulde felter forbedres nye forebyggelsesordninger, jfr. eksempelvis forslaget om en bedriftssundhedstjeneste. Men også herudover rejser der sig røster om en mere bevidst og generel sygdomsforebyggelsespolitik, jfr. det tidligere udsendte debatoplæg om perspektiver for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

En stigende interesse for den sygdomsforebyggende indsats i samfundet er også kommet til udtryk ved gentagne folketingsdebatter i 1971 og 1973, der mundede ud i et forslag til nedsættelse af et udvalg vedrørende sygdomsforebyggelse. Det er dette forslag, der er indarbejdet i prioriteringsudvalgets kommissorium. Den således konstaterede bredere interesse for forebyggelse må nok i nogen grad ses på baggrund af, at der er en udbredt formodning om, at en intensiveret forebyggende indsats skulle kunne medføre såvel sundheds- som ressourcemæssige gevinster på længere sigt. Som nærmere omtalt i det udsendte materiale synes imidlertid forskellige undersøgelser vedrørende effekten af og det anvendte ressourceforbrug i forbindelse med visse forebyggende foranstaltninger, som f. eks. masseundersøgelser, at give anledning til nogen tvivl om den ressourcemæssige berettigelse af i hvert fald nogle af de hidtil benyttede former for forebyggelse.

Ud over denne usikkerhed omkring berettigelsen af ressourceanvendelsen i forbindelse med visse former for forebyggende virksomhed rejser sig også spørgsmålet om, hvorvidt den forebyggende indsats retter sig mod de relevante sygdomme. Fremstillingen i kapitel II foran side 245 ff af udviklingen i sygdomsbilledet synes i hvert tilfælde at understrege behovet for en kontinuerlig overvågning med henblik på ajourføring af den forebyggende indsats i lyset af ændringer i sygdomsbilledet.

På denne baggrund kunne det være ønskeligt at søge gennemført en sammenhængende vurdering af den sygdomsforebyggende indsats i samfundet, ligesom overvejelser om sundhedsuddannelsernes indhold, angivelse af påtrængende forskningsprojekter og overvejelser om øget indsats i den del af den fo-

rebyggende virksomhed, som har karakter af sundhedsoplysning og -opdragelse, påkalder sig betydelig opmærksomhed. Sådanne overvejelser afrundes naturligt af en drøftelse om, hvorledes man i fremtiden sikrer en mere samlet, løbende vurdering og planlægning af de mange aktiviteter, der tilsammen udgør de sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende ordninger.

Den tidsmæssige ramme for gruppens virksomhed nødvendiggør imidlertid en fokusering på enkelte af de hovedområder, der er nævnt ovenfor.

Ad 1: Til brug ved prioritering af den fremtidige indsats inden for den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende virksomhed vil en redegørelse for de hidtil indhøstede erfaringer være ønskelig. Som allerede nævnt vil den tidsmæssige begrænsning for udvalgets arbejde imidlertid indebære, at der ikke kan foretages mere dybtgående analyse og vurdering af den forebyggende indsats. Et uddrag af erfaringerne vil imidlertid kunne danne grundlag for en sådan analyse og vurdering på et senere tidspunkt, jfr. også kommissoriets pkt. 3, ligesom redegørelsen måske vil kunne afdække forhold, der gør analyse og vurdering af enkelte ordninger særlig ønskelig, eksempelvis i tilfælde, hvor en ordning retter sig mod sygdomme, hvis betydning er mindsket stærkt siden ordningens indførelse.

Gruppen bør derfor tilvejebringe en oversigt over erfaringerne med sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende ordninger. Konklusionerne fra de væsentligste betænkninger, rapporter m. v. bør kort resumeres i oversigten. Med grundlag heri udarbejder gruppen et sammendrag af de hovedlinier der kan udledes af oversigten.

Ad 2: Når henses til den tvivl, der kan rejses om visse forebyggende foranstaltningers effekt i forhold til den ressourcemæssige indsats, synes det nærliggende særligt at overveje en øget indsats i form af sundhedsoplysning og -opdragelse, idet en øget indsats på dette område vil kunne gennemføres inden for overskuelige økonomiske rammer. Der er herudover fra flere sider peget på, at befolkningen må deltage mere direkte i den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, jfr. bl. a. det tidligere omtalte debatoplæg om perspektiver for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Befolkningens medvirken vil i reglen være en af de afgørende faktorer for opnåelse af den tilsigtede virkning af de forskellige ordninger, men en øget medvirken forudsætter imidlertid en øget viden om eget miljø og egne livsvilkår.

Det vil derfor være naturligt om gruppen særligt overvejer, på hvilke måder en øget indsats i form af sundhedsoplysning og -opdragelse kan tilrettelægges, herunder så vidt muligt angive de befolkningsgrupper og sygdomsrisici, om hvilke en øget indsats i første række bør samle sig.

Ad 3: Prioritering inden for et sundhedsvæsen, hvor sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse indtager en mere fremtrædende plads end i dag, forudsætter, at de forebyggende foranstaltninger løbende anskues såvel ud fra deres indbyrdes sammenhæng som ud fra deres sammenhæng med specielt det øvrige sundhedsvæsen og tilgrænsende sociale områder. Gruppen bør derfor overveje, hvorvidt der findes behov for ændringer i eksisterende struktur eller planlægningssystemer med henblik på at fremme en samlet vurdering og planlægning af foranstaltninger, der sigter mod sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Sammensætning af arbejdsgruppen vedr. forebyggelse

Fra prioriteringsudvalget

Stadslæge, dr. med. H. E. Knipschildt, København kommune (*formand*)

MF Mogens Camre

Overlæge Jørgen Fog, sundhedsstyrelsen

Viceamtsborgmester Peter Gorrsen, amtsrådsforeningen

Forbundssekretær Inge Gyde-Petersen,

Landsorganisationen i Danmark

Planlægningschef Ole Høeg, socialstyrelsen

Afdelingschef G. A. Lustrup, indenrigsministeriet

MF Ebba Strange

Udefra kommende sagkyndige

Praktiserende læge Gert Almind, Holbæk

Afdelingsleder, lektor Henning Andersen, Danmarks Lærerhøjskole

Embedslæge Vagn Christensen, Ringkøbing

Amtssundhedsplejerske Ruth Christoffersen, Vejle

Afdelingsleder, læge Erik Holst, Institut for socialmedicin

Vicekontorchef T. Brøgger Jensen, amtsrådsforeningen

Læge Finn Kamper-Jørgensen, Institut for socialmedicin

Socialdirektør Jørgen Kock, Århus

Ekspeditionssekretær Torben Larsen, arbejdsmiljøgruppen af 1972

Professor, dr. med. Kai Tolstrup, Københavns universitet, Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling

Konsulent Kaj Westergaard, arbejdsministeriet

Koordinerende sekretær

Fuldmægtig P. Bak Mortensen, indenrigsministeriet.

Oversigt over projektgrupper

Projektgruppe 1: Arbejds miljø

Torben Larsen
Kaj Westergaard
Finn Kamper-Jørgensen
Vagn Christensen

Projektgruppe 2: Socialvæsenet

Gert Almind (*koordinator*)
Vagn Christensen
Ole Høeg
Kai Tolstrup
Kaj Vestergaard

Projektgruppe 3: Sundhedspædagogisk indsats

M. Toft-Nielsen, Komiteen for Sundhedsoplysning, (*koordinator*)
Henning Andersen
Vagn Christensen
Ruth Christophersen
læge Jens O. Mathiesen

Projektgruppe 4: Miljøfaktorer

E. Holst (*koordinator*)
M. Camre
Vagn Christensen

Torben Larsen
Kaj Westergaard
Finn Kamper-Jørgensen

Projektgruppe 5: Hjerter-karlidelser

Professor, dr. med. J. Clausen (*koordinator*)
Overlæge From Hansen
Lektor, dr. med P. Helms
Læge R. Kempinski
Læge P. Schnohr
Cand. polit. Kjeld Kjeldsen
Professor, dr. med. A. Tybjerg Hansen

Projektgruppe 6: Socialpsykiatri

Kaj Tolstrup (*koordinator*)
Overlæge Henrik Hoffmeyer
Overlæge Gudmund Magnussen
Overlæge Andreas Sørensen

Projektgruppe 7: Forebyggelsesrådet

H. E. Knipschildt (*koordinator*)
Jørgen Fog
E. Holst
Finn Kamper-Jørgensen
Kontorchef Ebbe Sørensen

KAPITEL IV

Redegørelse fra arbejdsgruppen
vedr. det
politisk/administrative styringssystem

I. Indledende bemærkninger

På sit 4. og 5. møde den 2. og 18. december 1975 besluttede prioriteringsudvalget at nedsætte 4 arbejdsgrupper, der skulle behandle de enkelte emneområder inden for udvalgets kommissorium, herunder en arbejdsgruppe vedr. sundhedsvæsenets politisk/administrative styringssystem. Denne arbejdsgruppe fik til opgave at overveje, hvorledes man kan tilrettelægge den administrative opbygning og kompetencefordeling med henblik på en hensigtsmæssig samordning af indsatsen inden for sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste og det tilgrænsende sociale område. Herudover blev det pålagt arbejdsgruppen at drøfte spørgsmålet om en øget offentlig medindflydelse vedr. privat praktiserende medicinalpersoners erhvervsudøvelse. Den fulde ordlyd af arbejdsgruppens vejledende kommissorium samt arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 1 og 2.

Arbejdsgruppen har drøftet kompetence-

fordelingen på henholdsvis centraladministrativt plan og lokalt plan. Endvidere har man behandlet spørgsmål i forbindelse med sundhedsvæsenets og det tilgrænsende sociale områdes forskellige finansieringssystemer. Herudover har man drøftet styringsmulighederne (og herunder det offentlige indflydelse inden for disse) på henholdsvis almen lægepraksis og speciallægepraksis og i denne forbindelse nærmere overvejet, hvilke offentlige hensyn der ønskes tilgodeset gennem en praksisplanlægning inden for de to områder. Drøftelserne herom har bl. a. fundet sted i lyset af de mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og henholdsvis Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger indgåede nye overenskomster.

I bilag 3 og 4 er der givet en kort beskrivelse af opbygning og kompetencefordeling på centraladministrativt plan i Norge og Sverige inden for sundheds- og socialområdet.

II. Overvejelser vedr. den administrative kompetencefordeling

1. Den nuværende kompetencefordeling vedr. de samlede sundhedsmæssige opgaver

1.1. Indledende bemærkninger.

Med henblik på en hensigtsmæssig samordning af indsatsen inden for sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste og det tilgrænsende sociale område skal arbejdsgruppen som nævnt vurdere den nuværende kompetencefordeling og herunder overveje samarbejdslinierne inden for såvel det statslige som de kommunale regier. Denne afgrænsning af arbejdsgruppens opgaver må ses i sammenhæng med kommissoriet for selve prioriteringsudvalget, hvis opgave er at tilvejebringe grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygdomsbehandling og sygdomsforebyggelse og i denne forbindelse redegøre for de indbyrdes sammenhænge mellem funktioner i sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste og i de tilgrænsende sociale områder.

Baggrunden for denne opgavestillelse var bl. a., at det i perspektivplanredegørelse II blev påpeget, at der ved planlægning af det samlede sundhedsvæsen burde tages hensyn til de muligheder, der kan ligge i funktionsforskydninger mellem de enkelte dele af sundhedsvæsenet med henblik på at sikre det størst mulige udbytte af sundhedssektorens samlede ressourcer. Som et eksempel herpå er omtalt forholdet mellem sygehusvæsenet og sundhedsvæsenet uden for dette, og der er her især tænkt på de muligheder, der måtte være for forskydninger mellem det højt specialiserede sygehusvæsen og praksissektoren. Tankerne fra PP II er videreført i betænkning nr. 743/1975 om planlægningen i centraladministrationen, der bl. a. beskæf-

tiger sig med behovet for en sammenhængende planlægning inden for hver af de økonomisk dominerende offentlige sektorer: uddannelsessektoren, sundhedssektoren og socialektoren.

Som udgangspunkt for en afgrænsning af det samlede administrationsområde, der bør inddrages under den i kommissoriet ønskede vurdering af kompetencefordeling og samarbejdslinier, har arbejdsgruppen opstillet en bredere oversigt over opgaveområder, hvis hovedformål er at behandle eller forebygge sygdom, eller som dog i større eller mindre grad rummer elementer af betydning for sygdomsbehandling og sygdomsforebyggelse.

Disse områder må efter arbejdsgruppens opfattelse omfatte følgende:

1. Sygehusvæsenet (herunder Rigshospitalet og visse andre sygehusopgaver).
2. Praksisområdet (den offentlige sygesikring).
3. Offentlige ordninger i den primære sundhedstjeneste (fødselshjælp, sundhedspleje, hjemmesygeplejeordninger, lægeundersøgelse af børn, skolelægeordninger og børnetandpleje).
4. Lægemiddelområdet.
 - a. kontrol, distribution m. v.
 - b. medicintilskud.
5. Lovgivning om medicinalpersoner.
6. Uddannelse af medicinalpersonale.
7. Det af bistandsloven regulerede område (rådgivning og vejledning, kontanthjælp, dagpleje og institutioner for børn og unge, hjemmehjælp, daghjem, plejehjem og beskyttede boliger, forsorgshjem, revalideringsinstitutioner og særforsorg m. v.).
8. Invalidepension.
9. Dagpenge og førtidspension.

10. Ulykkesforsikring.
11. Folkepension og børnetilskud.
12. Levnedsmiddelområdet.
13. Arbejds miljøområdet.
14. Trafiksikkerhedsområdet.
15. Abort og sterilisation.

Opgaverne inden for de nævnte områder er såvel på centraladministrativt plan som på lokalt plan delt mellem en lang række forskellige myndigheder.

1.2. Kompetencefordeling på centralt plan.

På centraladministrativt plan er opgaverne vedr. sygehusvæsenet, de offentlige ordninger i den primære sundhedstjeneste, kontrol, distribution m. v. af lægemidler, lovgivningen om og uddannelsen af medicinalpersonale (bortset fra de akademiske grunduddannelser) henlagt til *indenrigsministeriet*. Til *socialministeriet* er henlagt opgaverne vedr. den offentlige sygesikring, herunder medicintilskud, dagpenge og førtidspension, ulykkesforsikring, folke- og invalidepension og børnetilskud samt det af bistandsloven regulerede område, herunder rådgivning og vejledning, bistand i hjemmet, dag- og døgninstitutioner for alle aldersgrupper. Levnedsmiddelområdet er henlagt til *miljøministeriet*, medens arbejdsmiljøområdet sorteres under *arbejdsministeriet*. Endelig er trafikikkerhedsområdet og abort og sterilisation henlagt til *justitsministeriet* og Rigshospitalet samt de akademiske grunduddannelser af medicinalpersonale til *undervisningsministeriet*.

Tilsvarende er på styrelsesplanet opgaverne delt mellem en række forskellige styrelser.

1.3. Kompetencefordeling mellem kommuner og amtskommuner.

På lokalt plan er opgaverne inden for sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste og det sociale område delt mellem amtskommuner og primærkommuner. Opgaverne vedr. sygehusvæsenet er i alt væsentligt henlagt til amtskommunerne samt til Københavns og Frederiksberg kommuner. Den væsentligste undtagelse herfra er Rigshospitalet, der drives af staten.

Den primære sundhedstjeneste falder i to dele, nemlig dels de offentlige ordninger,

dvs. børneprofylakse (sundhedsplejerskeordninger, småbørnsundersøgelser, skolelægeordninger, børnetandpleje) og hjemmesygepleje, der alle er primærkommunale ordninger, samt fødselshjælp, der er amtskommunal, og dels praksissektoren, der generelt er karakteriseret ved sin organisationsform som liberalt erhverv. De offentlige opgaver med relation til praksissektoren, dvs. opgaverne vedr. den offentlige sygesikring, er på lokalt plan i hovedsagen henlagt til amtskommunerne.

Endelig er de fleste opgaver inden for det sociale område henlagt til primærkommunerne, men et øget antal opgaver forudsættes henlagt til amtskommunerne i forbindelse med særforborgens kommende udlægning.

1.4. Kompetencefordeling på de enkelte kommunale niveauer.

På det *primærkommunale plan* findes der ikke nogen opsplitning af kompetencen, idet samtlige opgaver vedr. social- og sundhedsvæsenet er henlagt til *socialudvalget*.

På *amtskommunalt plan* varetages opgaverne vedr. sygehusvæsenet af *sygehusudvalget*, medens de øvrige opgaver inden for sundheds- og socialvæsenet, herunder administrationen af den offentlige sygesikring, er henlagt til de amtskommunale *social- og sundhedsudvalg*. Herudover er der på amtskommunalt plan efter de i 1974 gennemførte ændringer i den amtskommunale normalstyrelsesvedtægt tillagt økonomiudvalget overordnede planlægningsopgaver, idet dette udvalg ud over at varetage de rent finansielle opgaver skal bistå de stående udvalg med tilvejebringelse af det for udvalgenes planlægningsopgaver fornødne grundlag, ligesom det har ansvaret for en samordnet løsning af amtsrådets planlægningsopgaver.

Uden for den kommunale styrelseslovgivnings system findes de i sygesikringslovens § 23 omhandlede udvalg med opgaver inden for sundheds- og socialområdet. Der er tale dels om de såkaldte § 23, stk. 2-udvalg bestående af amtskommunale repræsentanter, herunder 1 fra social- og sundhedsudvalget og 1 fra sygehusudvalget og 1 repræsentant for vedkommende kommuneforening, og dels om de i medfør af sygesikringslovens § 23, stk. 4, nedsatte fællesudvalg bestående af medlemmerne af § 23, stk. 2-udvalget og et tilsvarende antal medlemmer fra vedkom-

mende lægekredsforening(er). Ifølge loven påhviler det § 23, stk. 2-udvalgene at virke til fremme af samarbejde og samordning mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed, medens § 23, stk. 4-udvalgene (fællesudvalgene) behandler klager over lægebetjeningen efter nærmere regler, der fastsættes ved overenskomst, og i øvrigt varetager de opgaver, der måtte blive henlagt til udvalgene ved overenskomst eller lokal aftale. Det skal i denne forbindelse særligt fremhæves, at § 23, stk. 4-udvalgene ifølge den pr. 1. april 1976 afsluttede overenskomst om almen lægegerning har fået tillagt opgaver vedr. udarbejdelse af planer for almen praksis, men at nogle væsentlige funktioner på amtsplanet vedr. alment praktiserende lægers erhvervsforhold (bl. a. vedr. praksisregulering og amanuenser) af overenskomstparterne er henlagt til de i landsoverenskomsten om almen lægegerning hjemlede, regionale samarbejdsudvalg og ikke til § 23, stk. 4-udvalgene.

2. Arbejdsgruppens overvejelser om ændringer i den nuværende kompetencefordeling

2.1. Det centraladministrative plan.

Der har i arbejdsgruppen været enighed om, at den nuværende opgavefordeling på centraladministrativt niveau ikke er hensigtsmæssig. Som eksempel herpå kan nævnes adskillelsen af lægebetjeningen i og uden for sygehusvæsenet, som på det centraladministrative plan er fordelt imellem indenrigsministeriet og socialministeriet.

Med udgangspunkt i den foran side 298 foretagne afgrænsning af opgaveområder har arbejdsgruppen nærmere overvejet, i hvilket omfang hensynet til en koordineret planlægning og styring taler for, at disse områder samles administrativt.

Arbejdsgruppen har i denne forbindelse overvejet forskellige modeller, hvor de opregnede opgaveområder på forskellig måde er indpasset i departementale blokke. Arbejdsgruppens drøftelser har især samlet sig om to modeller, som på hver sin måde kan afhjælpe de mangler, man har set i den nuværende opgavefordeling. Den ene indebærer en samling af opgaveområder, der i

deres hovedsigte er domineret af sundhedsmæssige aspekter, og den medfører navnlig, at lægebetjening i og uden for sygehusvæsenet på centraladministrativt plan behandles i samme departement, medens den anden model indebærer en centraladministrativ samling af de sundhedsmæssige og de sociale opgaveområder.

En centraladministrativ »sundhedsblok«.

En del af arbejdsgruppens medlemmer har tilsluttet sig etablering af en centraladministrativ sundhedsblok, der som hovedområde skulle omfatte sygehusvæsenet, praksisområdet, de offentlige sundhedsordninger i den primære sundhedstjeneste, lægemiddelområdet, lovgivning om medicinalpersoner og væsentlige dele af uddannelsesområdet for medicinalpersonale. Etableringen af en sådan sundhedsblok forudsætter en overflytning af opgaverne vedr. den offentlige sygesikring (såvel praksisområdet som medicintilskud) fra den nuværende socialblok til sundhedsblokken. Afgrænsningen af opgaveområdet for en sådan sundhedsblok hviler på en forudsætning om, at lægepraksissektoren som hovedsigte har og i praksis rent faktisk i første række varetager sygdomshelbredende og sygdomsforebyggende funktioner og dermed har en væsentlig hovedopgave tilfælles med sygehusvæsenet, samt at der mellem praksisområdet, ikke mindst speciallægepraksis, og sygehusvæsenet er substituionsmuligheder, der bedre vil kunne sikres udnyttet, såfremt disse områder henhører under samme departement. I argumentationen for en sådan sundhedsblok indgår endvidere, at fastlæggelsen af, hvilke sundhedsmæssige ydelser det offentlige stiller til rådighed for befolkningen, bør henhøre under én parlamentarisk ansvarlig minister og under ét departement. Yderligere er anført, at samspillet med den sociale sektor - om end af væsentlig betydning i en række mere komplicerede tilfælde - i det overvejende flertal af lægernes patientkontakter er af mere sekundær karakter, jfr. bilag 5, side 328.

Endelig er det blevet anført som argument for etableringen af den nævnte departementale sundhedsblok, at dette sagsområde vil få et ud fra et såvel politisk som administrativt synspunkt mere overskueligt og hensigtsmæssigt omfang end den anden model, der indebærer en departemental integration af

sundheds- og socialvæsenet og dermed vil omfatte et såvel politisk, ressourcemæssigt som fagligt meget bredt og dominerende område inden for den samlede offentlige virksomhed. Sundheds- og socialvæsenet vil således ifølge budgetterne for 1976-77 tilsammen beskæftige ca. 37 pct. af samtlige offentligt ansatte og forbruge ca. 46 pct. af samtlige offentlige udgifter, hvoraf folkepension og børnetilskud udgør de 11 pct. Det er endelig i arbejdsgruppen gjort gældende» at en total departemental integration af sundheds- og socialområdet kunne resultere i et tilsvarende bredt folketingsudvalg, hvis medlemmer næppe i tilstrækkelig grad vil have mulighed for at få den nødvendige indsigt i de forskellige delområder inden for sundheds- og socialvæsenet.

Nogle af de medlemmer, der har tilsluttet sig denne mindre departementale sundhedsblok, er af den opfattelse, at man muligvis på længere sigt må stræbe henimod en samling af det sundhedsmæssige og sociale område. Disse medlemmer har dog fremhævet, at det afgørende for en bedre prioritering inden for sundhedsområdet er en samordning af lægevæsenet inden for og uden for sygehusvæsenet, og at de hermed forbundne problemer er så store og komplekse, at man i første omgang må koncentrere sig herom. Når en sådan samordning reelt er opnået, kan man gå ind i nærmere overvejelser om en eventuel yderligere sammenlægning med socialområdet.

En centraladministrativ sundheds- og socialblok.

Andre medlemmer af arbejdsgruppen mener, at man i overvejelserne om strukturen på det centraladministrative plan bør lægge vægt på de omfattende decentraliseringer fra staten til amtskommuner og kommuner, som er sket og vil ske. Dette medfører, at den sociale og sundhedsmæssige centraladministration om få år vil være næsten fuldt aflastet for opgaver i forbindelse med institutionsområdernes direkte drift og de hertil knyttede detailadministrative opgaver. Hertil kommer, at der på styrelsesplanen er sket en stærk koncentring derved, at en række direktorater er sammenlagt i to styrelser - sikrings- og socialstyrelsen - således at disse sammen med sundhedsstyrelsen dækker den overvejende del af de på side 298 nævnte opgaver. Omfanget af de departementale opga-

ver skulle dermed ikke længere tale imod en departemental samling af social- og sundhedsområderne.

Efter disse medlemmers opfattelse bør man allerede nu være opmærksom på en senere mere varig løsning, som samler de 2 sektorer departementalt, fordi der er vigtigere sammenhæng ikke alene inden for hver af de 2 sektorer, men i høj grad også mellem dem. Ydelserne inden for de 2 sektorer kan således i vidt omfang supplere eller kan træde i stedet for hinanden, hvorfor såvel situationen af ydelser til den enkelte klient/patient som den generelle planlægning af ressourceforbruget, herunder resourcefordelingen, inden for det samlede område i højere grad bør ske på et fælles grundlag.

Det har derimod været anført, at i det store antal patient/klientkontakter, herunder især hos praktiserende læger, er der kun i et mindre antal tilfælde væsentlige berøringsflader mellem de to sektorer. Heroverfor mener de medlemmer, der går ind for en departemental samling af social- og sundhedsområdet, at det samfundsøkonomisk og i henseende til styring og planlægning af resourceanvendelsen er nok så væsentligt, at de fælles klienter/patienter findes i behandlings- eller revalideringsforløb, som må antages at lægge beslag på den overvejende del af såvel social- som sundhedssektorens resourcer. Ifølge Socialforskningsinstituttets undersøgelse for socialreformkommissionen er således 85 pct. af de sociale klienter, hvis trangssituation strakte sig ud over 3 måneder, samtidigt patienter hos praktiserende læger og/eller sygehusvæsenet. Særligt vil i øvrigt gælde, at almen lægepraksis har funktioner såvel i forhold til sygehussektoren som til socialektoren, og at almen praksis efter disse medlemmers opfattelse i stigende omfang bestemmer disse andre sektorer resourceanvendelse og resourceforbrug.

Det vil derfor blive en afgørende opgave for et samlet departement at sikre samstemmighed mellem plansystemer, planprocedurer og informationsgrundlag mellem sygehussektor, primær sundhedssektor og socialsektor, herunder løbende udveksling af relevante planforudsætninger. Hertil kommer koordinationen mellem de offentlige sikringsordninger og de samlede sundheds- og socialtjenester.

Det taler endvidere for en samlet overord-

net koordinering, at en række sammenhængende opgaver inden for de 2 sektorer dels er fordelt mellem kommuner og amtskommuner og dels mellem det offentlige og privatpraktiserende personer.

Etableringen af et samlet social- og sundhedsdepartement vil efter disse medlemmers opfattelse kræve en grundig forberedelse, og vil derfor først kunne ske på lidt længere sigt. Med henblik herpå foreslår de, at der — ud over styrkelsen af den nedenfor omhandlede K-gruppe m. v. - snarest nedsættes en arbejdsgruppe til at forberede samlingen. Denne arbejdsgruppe bør arbejde ud fra den forudsætning, at en samling først skal ske efter 3-5 år, hvilket vil sikre den fornødne tid dels til udbygningen af den interne samordning inden for og mellem den primære og sekundære sundhedstjeneste, herunder til videre indkøring af den igangværende sygehusplanlægning, dels til at fuldende decentraliseringen med udlægningen af særfor sorgen. Med henblik på overgangsperioden, hvor udviklingen i samarbejdet mellem kommunernes social- og sundhedsforvaltning og den primære sundhedstjeneste vil være særlig påtrængende, må det anses for væsentligt, at samarbejdslinierne på det centrale plan opretholdes og styrkes. Derfor vil det efter disse medlemmers opfattelse være ønskeligt, at det i loven fastslås, at socialministerens godkendelse af sygesikringsoverenskomsterne sker efter forhandling med indenrigsministeren. Dette vil styrke K-gruppens placering og tillige understrege sundhedsstyrelsens hidtidige faglige medvirken ved vurderingen af overenskomsterne.

Arbejdsgruppen har under sine overvejelser om henholdsvis en centraladministrativ sundhedsblok og en social- og sundhedsblok været opmærksom på, at der i et særligt udvalg under finansministeriet behandles spørgsmålet om en generel samordning af de indholdsmæssige og tidsmæssige krav dels til den amtskommunale og kommunale indberetningsvirksomhed til ministerier og styrelser og dels til de centrale myndigheders retningslinier m. v. for så vidt angår planlægningsgrundlag og lignende.

Samarbejdslinierne til opgaveområder uden for en departemental blok.

I forbindelse med overvejelserne vedrørende

de nævnte modeller har arbejdsgruppen endvidere drøftet, hvorledes samarbejdslinierne bør etableres til de opgaveområder, der ikke måtte blive integreret i en departemental blok, men som rummer sundhedspolitiske aspekter af større eller mindre omfang, således at der sikres den fornødne koordination til sundheds- respektive sundheds/socialblokken. Som et middel hertil er peget på etableringen af en fast kontakt, evt. gennem faste koordinerende organer med repræsentanter for de forskellige berørte områder. Et eksempel på et sådant koordinerende organ kendes allerede i dag, idet der i konsekvens af en rapport fra 1973, afgivet af det såkaldte »afgrænsningsudvalg«, blev etableret den såkaldte K-gruppe (koordinationsgruppe) med henblik på at sikre en koordineret varetagelse af de centraladministrative opgaver, der henhører under henholdsvis sundhedsstyrelsen, sikringsstyrelsen og socialstyrelsen samt indenrigs- og socialministerierne.

Ud fra de foran anførte betragtninger om en koordineret indsats mellem sundheds- og socialområderne må en sådan formaliseret koordination først og fremmest sikres, såfremt der ikke sker en samling af hele det social/sundhedsmæssige område, eller i øvrigt indtil dette måtte ske. Dette kan ske ved, at der træffes foranstaltninger til en intensivering af samarbejdet i K-gruppen, herunder ikke mindst til fremme af en koordineret planlægning, f. eks. gennem etablering af et fælles sekretariat for gruppen.

Også for så vidt angår de øvrige på side 299, pkt. 12-15, nævnte opgaveområder må arbejdsgruppen anbefale etablering af faste kontakter, og det har i arbejdsgruppen været anført, at specielt levnedsmiddelområdet og arbejdsmiljøområdet rummer så væsentlige sundhedsmæssige elementer, at det bør overvejes at skabe en særlig tæt tilknytning til sundhedsområdet.

Styrelsesplanen.

I forbindelse med drøftelserne om opgavefordelingen på det departementale plan har man drøftet, hvilke konsekvenser ændringer i opgavefordelingen vil få for styrelsesplanen, hvor opgaverne i dag er fordelt mellem socialstyrelsen, sikringsstyrelsen og sundhedsstyrelsen. Nogle medlemmer har peget på, at det vil være en nærliggende konsekvens af en departemental løsning, hvor sygesikringsområdet samles med de øvrige

snævrere definerede sundhedsmæssige opgaver, at overføre forvaltningen af området på styrelsesplanet fra sikringsstyrelsen til sundhedsstyrelsen, hvorimod der efter disse medlemmers opfattelse i tilfælde af en departemental samling af sundheds- og socialområderne kan blive tale om en mere gennemgribende reorganisation på styrelsesplanet. Andre medlemmer har dog ikke fundet, at der, hvis det i øvrigt af praktiske og administrative grunde måtte være hensigtsmæssigt at bevare sygesikringsopgaverne i sikringsstyrelsen, skulle være noget til hinder herfor, idet én styrelse principielt godt kan samarbejde med og betjene mere end ét ministerium, således som f. eks. sundhedsstyrelsen gør det i dag.

2.2. Det amtskommunale og kommunale plan.

Kompetencefordeling mellem kommuner og amtskommuner.

For så vidt angår det lokale plan har man i arbejdsgruppen været opmærksom på, at den gældende opgavefordeling inden for sundheds- og socialområdet imellem kommuner og amtskommuner på visse områder frembyder problemer og skaber særlige koordinationsbehov. Eksempelvis kan nævnes planlægning af kapaciteten i og visitationen til på den ene side den kommunale plejehjemssektor, hjemmehjælp og hjemmesygepleje og på den anden side det amtskommunale sygehusvæsen. Et andet eksempel er forholdet mellem den kommunale planlægning af hjemmesygepleje- og sundhedsplejerskeordningerne og den kommende planlægning for almen lægepraksis på amtsplanen.

På disse og andre områder, f. eks. mellem almen praksis og kommunernes socialvæsen, vil der under alle omstændigheder være behov for en bevidst koordinerende indsats. Spørgsmålet om ændret opgavefordeling mellem de to kommunale planer har været drøftet i gruppen. Således har det været anført, at der ved overførsel af hjemmesygeplejerske- og sundhedsplejerskeordningerne til amtskommunalt regie ville være mulighed for på visse områder at opnå en mere samordnet planlægning og dermed formentlig bedre ressourcudnyttelse. Når arbejdsgruppen ikke har fundet det rimeligt på nuværende tidspunkt at foreslå ændringer i opgavefordelingen mellem de to kommunale planer,

skyldes det, at der herved vil blive skabt nye koordinationsbehov imellem de nævnte personalegrupper og kommunernes socialvæsen i øvrigt, og desuden, at den nuværende opgavefordeling er fastlagt i en lovgivning fra de allerseneste år (om hjemmesygepleje, sundhedspleje, børnetandpleje m. v.), der igen baserer sig på de seneste års store reformer (kommunalreformen, socialreformen, byrde- og opgavefordelingsreformen). Arbejdsgruppen har endvidere lagt vægt på, at der med de nu instituerede planlægningssystemer for henholdsvis social- og sundhedsområdet, sygehusvæsenet og praksisområdet gennem amtskommunernes koordinerende rolle inden for planlægningen er skabt en mulighed for den nødvendige tilpasning af disse tre hovedområders indsats. Det vil dog være en forudsætning for i praksis at opnå en helt tilfredsstillende koordination, at der udvikles nogle procedurer i forbindelse med tilblivelsen af de enkelte områders planer, der sikrer den fornødne hensyntagen til de øvrige områders planer.

Vedrørende spørgsmål om koordination af de offentlige sundheds- og hjemmesygeplejeordninger med almen lægepraksis henvises i øvrigt til omtalen nedenfor i afsnittet om almen lægepraksis, side 309 ff, afsnit IV.

Kompetencefordelingen inden for det kommunalt plan.

Som nævnt i afsnit 1.4. (side 299) er de opgaver inden for social- og sundhedsområdet, der er henlagt til kommunerne, samlet under ét politisk udvalg (social- og sundhedsudvalget) og administreres under en fælles forvaltning. Isoleret set indebærer styringssystemet for dette niveau således ikke problemer med hensyn til at sikre den fornødne koordination af de opgaver, der påhviler kommunerne. Derimod er det - som nævnt oven for i omtalen af forholdet imellem de to kommunale planer - af særlig væsentlig betydning for kommunerne, at de kommunale synspunkter og ønsker kommer til at indgå i den koordinerende planlægning på amtsplanen for såvel social- og sundhedsområdet som praksisområdet og sygehusvæsenet. Arbejdsgruppen vil samtidig pege på muligheden for gennem centrale (statslige) retningslinier for kommunernes planlægning at vejlede kommunerne vedrørende tilrettelæggelsen af planlægningen af de dele af social- og sundhedsområdet, der har de nærmeste relationer til

henholdsvis praksisområdet og sygehusvæsenet. Ligeledes vil det gennem retningslinier for sygehusplanlægningen og kommende retningslinier for praksisplanlægningen kunne pålægges de herfor ansvarlige myndigheder at tage hensyn til de kommunale sociale og sundhedsmæssige udbygningsplaner. Endelig skal man pege på den koordinerende funktion, som amtskommunerne har i henhold til den sociale styrelseslov af de kommunale udbygningsplaner på det sociale og sundhedsmæssige område.

Kompetencefordelingen inden for det amtskommunale plan.

Arbejdsgruppen har indgående drøftet spørgsmålene i forbindelse med den gældende opgavefordeling imellem de to amtskommunale stående udvalg (sygehusudvalget og social- og sundhedsudvalget) og tillige de særlige koordinationsorganer, der er omhandlet i sygesikringslovens § 23, stk. 2 og stk. 4. I analogi med overvejelserne om opgavefordeling på det centraladministrative plan har der i arbejdsgruppen været en erkendelse af det ønskelige i en nær koordination af sygehusplanlægningen, praksisplanlægningen og dele af social- og sundhedsplanlægningen. Nogle medlemmer har peget på muligheden for en sammenlægning af de to stående udvalg eller en ændret opgavefordeling mellem disse, hvorved bl. a. den samlede lægebetjening kunne samles under ét politisk udvalg, idet man gennem sådanne løsninger kunne sikre en opgavefordeling på amtskommunalt udvalgsplan svarende til de to muligheder, som arbejdsgruppen i det foregående har peget på for så vidt angår det centraladministrative niveau. Andre medlemmer mener dog at måtte anbefale, at man indtil videre opretholder den nuværende opgavefordeling mellem de to stående udvalg, idet man ellers måtte frygte, at der ville blive etableret et så dominerende amtskommunalt udvalg, at dette ville skabe en mangel på balance i forhold til økonomiudvalget og selve amtsrådet. I denne forbindelse har det også været nævnt, at de stående udvalg efter den kommunale styrelseslov varetager den umiddelbare forvaltning af de opgaver, der er henlagt til dem. En samling af så væsentlige områder, som der her er tale om, under ét udvalg på det amtskommunale plan kan derfor efter nogle medlemmers opfattelse snarere få som konsekvens, at den sam-

lede amtskommunale styring svækkes i stedet for at styrkes. Tilhængerne af opretholdelsen af den nuværende opgavefordeling er dog herved opmærksomme på, at dette vil kræve en øget koordination imellem de to udvalgs arbejde, jfr. synspunkterne oven for vedrørende opgavefordelingen imellem de to kommunale planer. En sådan koordination vil i et vist omfang kunne opnås gennem økonomiudvalget, hvis opgave som nævnt - ud over at varetage rent finansielle opgaver - er at bistå de stående udvalg med tilvejebringelse af det for udvalgenes planlægningsopgaver fornødne grundlag, ligesom udvalget har ansvaret for en samordnet løsning af amtsrådets planlægningsopgaver. Der er i arbejdsgruppen tillige peget på amtsborgmesterens koordinerende rolle. Ud over at være formand for økonomiudvalget har amtsborgmesteren den daglige ledelse af amtskommunens administration og er ifølge den kommunale styrelseslovgivning (i modsætning til udvalgsformændene) i stand til at give forskrifter for sagsbehandlingen inden for samtlige amtskommunens administrationsområder, ligesom han har mulighed for at indkalde medlemmerne af to eller flere stående udvalg til samlet drøftelse af foreliggende sager.

Arbejdsgruppen har - som også omtalt ovenfor - særligt drøftet de i medfør af sygesikringsloven nedsatte § 23, stk. 2- og 4-udvalg, hvoraf det førstnævnte skal virke som koordinationsorgan mellem sygehussektoren, den primære sundhedstjeneste og socialsektoren, mens det sidstnævnte, hvis opgaver fastsættes ved overenskomst eller lokal aftale, efter ikrafttrædelsen den 1. april 1976 af den nye landsoverenskomst om almen lægegerning mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation har fået tillagt udarbejdelsen af planer for almen praksis. Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at en styrkelse af § 23, stk. 2- og 4-udvalgene vil kunne fremme koordinationen af den amtskommunale eller amtskommunalt koordinerende planlægning. Med henblik herpå foreslår arbejdsgruppen, at formændene for henholdsvis sygehusudvalget og social- og sundhedsudvalget gøres til fødte medlemmer af § 23, stk. 2-udvalgene. Dette vil samtidig efter sygesikringslovens § 23, stk. 4, indebære, at de også indgår i det i medfør af denne bestemmelse nedsatte udvalg, der består af dels § 23, stk. 2-

udvalgets medlemmer dels et tilsvarende antal lægelige repræsentanter. Nogle medlemmer har endvidere peget på muligheden for - som en yderligere styrkelse - at overdrage formandskabet for § 25, stk. 2- og 4-udvalgene til amtsborgmesteren, mens andre medlemmer ikke finder, at en sådan ordning vil være rigtig for så vidt angår § 23, stk. 4-udvalget, idet de ikke mener, at et paritetisk sammensat samarbejdsorgan bør have en formand eller i hvert fald ikke en fast formand fra en af siderne.

Om problemerne i relation til praksisplanlægningen henvises i øvrigt til nedenfor under IV, side 310.

3. Sammenfatning og konklusion vedr. den administrative kompetencefordeling

Arbejdsgruppen har vurderet den nuværende politisk/administrative kompetencefordelings hensigtsmæssighed med henblik på en koordineret planlægning og styring af sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område. Som udgangspunkt for denne vurdering har arbejdsgruppen opstillet en oversigt over de opgaveområder, der udelukkende eller delvist består af elementer af betydning for sundhedssektoren.

Arbejdsgruppen konstaterer, at disse opgaveområder på det centraladministrative plan i dag er fordelt på en lang række forskellige ministerier og styrelser, og på det lokale plan imellem amtskommuner og kommuner. Hertil kommer en opdeling inden for det amtskommunale plan mellem sygehusudvalget og social- og sundhedsudvalget.

Med henblik på en samling af de omhandlede opgaveområder har arbejdsgruppen overvejet forskellige modeller, hvoraf man navnlig har samlet sig om følgende 2 modeller:

Den ene model indebærer etablering af en central-administrativ sundhedsblok, der som hovedelementer omfatter sygehusvæsenet, sygesikringen, de offentlige ordninger i den primære sundhedstjeneste, lægemiddelområdet samt lovgivningen om og dele af uddannelsesområdet for medicinalpersonale. Realiseringen af denne model vil navnlig indebære en overførelse på centralt plan af sygesikringen fra socialblokken til sundhedsblokken.

Den anden model består i en samling af sundheds- og socialområderne i ét departement. Realiseringen af denne model vil navnlig indebære en samling af opgaverne under socialministeriets departement med områderne under indenrigsministeriets sundhedsafdeling.

I redegørelsen er fremhævet en række argumenter for og imod hver af de 2 modeller.

Arbejdsgruppen anbefaler etablering af faste kontakter, evt. gennem faste koordinerende organer til samordning af opgaveområder med sundhedspolitiske aspekter, der imidlertid på grund af deres tilknytning til andre sektorer (f. eks. trafik- eller undervisningsområde) sorterer under andre departementer end sundhedsvæsenets hovedområder.

Arbejdsgruppen har ikke fundet det rimeligt på nuværende tidspunkt at foreslå ændringer i opgavefordelingen mellem kommuner og amtskommuner, idet arbejdsgruppen finder, at de nye planlægningssystemer for henholdsvis social-/sundhedsområdet, sygehusvæsenet og praksisområdet vil muliggøre den nødvendige koordination. Arbejdsgruppen peger i denne forbindelse på muligheden for gennem statslige retningslinier og amtskommunal koordination at fremme sammenhængen mellem kommunernes og amtskommunernes planlægning, herunder sikre udvekslingen af de nødvendige informationer.

For så vidt angår kompetencefordelingen inden for det amtskommunale plan har nogle medlemmer anbefalet en ændret opgavefordeling mellem de nuværende sygehusudvalg og social- og sundhedsudvalg, evt. en sammenlægning af de to udvalg til ét, mens andre har foreslået, at man indtil videre opretholder den nuværende opgavefordeling mellem sygehusudvalget og social-/sundhedsudvalget, dog under forudsætning af en bevidst styrket koordination af de 2 udvalgs arbejde, dels igennem økonomiudvalget og amtsborgmesteren, dels igennem styrkelse af de i sygesikringslovens § 23, stk. 2, omhandlede koordinationsudvalg, og derigennem også de i § 23, stk. 4, nævnte fællesudvalg med henblik på, at disse udvalg i højere grad bliver i stand til at medvirke til en koordinering af praksisplanlægningen med sygehusplanlægningen og den sociale- og sundhedsmæssige udbygningsplanlægning.

III. Finansieringssystemerne

Arbejdsgruppen har som nævnt tillige behandlet spørgsmålet om, hvorvidt de eksisterende finansieringssystemer må antages at medføre forvriddinger i henseende til udbygning og udnyttelse af forskellige alternative foranstaltninger inden for sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område.

Overvejelserne har især rettet sig imod forholdet imellem de to kommunale niveauer. Dette skyldes, at de forskellige sundheds- og socialforanstaltninger inden for samme kommunale niveau som hovedregel finansieres på samme måde, således at der i det væsentlige er økonomisk neutralitet imellem opgaver inden for samme kommunale niveau, således at forstå, at den andel af de samlede udgifter, som kommunen eller amtskommunen skal betale for de forskellige foranstaltninger og ydelser, er den samme.

Når alternative og supplerende foranstaltninger henholder under henholdsvis amtskommune og kommune, er finansieringsproblemet imidlertid vanskeligere, idet der for at skabe neutralitet i finansieringen må etableres en udgiftsfordeling mellem amtskommuner og kommuner for at understøtte en rigtig prioritering på de to niveauer. Denne bliver så meget vigtigere, som der netop i disse år gennemføres en styrkelse af planlægningsfunktionerne, der i mange tilfælde fører til detaljerede økonomiske beregninger af de fremtidige omkostninger ved alternative måder at tilfredsstille befolkningens behov på.

Inden for bistandslovens område er problemet løst ved, at kommunerne bidrager til finansieringen af de amtskommunale udgifter med en takst, der dækker 50 pct. af udgiften. Derved bliver kommunens andel altid 50 pct., hvad enten kommunen selv løser opgaven eller overlader dette til amtskommunen.

Som et eksempel på den her omhandlede problematik har arbejdsgruppen drøftet forholdet imellem det kommunale pleje- og omsorgsområde og sygehusvæsenet eller mere specielt imellem kapaciteten i hjemmesygepleje, hjemmehjælp og plejehjemssektoren over for sengekapaaciteten på sygehusene. Utilstrækkelig kapacitet i den kommunale sektor inden for disse områder vil nemlig kunne medføre en irrationel belægning af sygehussenge. Problemet består enten i, at kommuner kan se en »egoistisk« økonomisk interesse i at opretholde en underkapacitet i den kommunale plejesektor, hvorved en del kommunale plejopgaver rent faktisk vil blive væltet over på det amtskommunale sygehusvæsen, eller i, at de kommuner, som udbygger deres plejekapacitet og derved forsøger at leve op til den almindeligt anerkendte målsætning om, at plejepatienter bør placeres uden for sygehuset, får en højere beskatning end de kommuner, som ikke i deres omsorgspolitik lever op til målsætningen.

Uanset at der ikke er tvivl om, at de omhandlede skævheder eksisterer, og at et ikke ubetydeligt antal sygehussenge er optaget af patienter, som ikke direkte har behov for sygehusenes specialiserede behandlingstilbud, har arbejdsgruppen dog ikke følt sig overbevist om, at disse skævheder med tilstrækkelig sikkerhed kan henføres til de forskellige finansieringssystemer.

Enkelte medlemmer af arbejdsgruppen har i denne forbindelse peget på den mulighed at indføre en kommunal takstbetaling for patienter på sygehusene, evt. for »rene plejepatienter« eller patienter over en bestemt alder.

Det er imidlertid vanskeligt at afgrænse området for en eventuel takstbetaling, og i arbejdsgruppen har der været en vis betæn-

kelighed ved et takstbetalingssystem på grund af de administrative vanskeligheder, der kan være knyttet til et sådant.

Som et eksempel parallelt til det netop nævnte om forholdet mellem de somatiske plejehjem og sygehusvæsenet kan nævnes forholdet mellem de kommunale observationskoler og behandlingshjem for børn og unge på den ene side og de børnepsykiatriske afdelinger i sygehusvæsenet på den anden side. Tilsvarende problemer forekommer også i forholdet mellem psykiatriske og somatiske plejehjem.

Som yderligere et eksempel på de finansieringsmæssige uhensigtsmæssigheder, der kan følge af, at samme opgave kan løses i såvel amtskommunalt som kommunalt regie, kan nævnes børnetandplejen. Den primærkommune, der vælger at udvide børnetandplejen ud over de obligatoriske klassetrin, har nemlig mulighed for at vælge mellem selv at finansiere tandplejen eller lade denne delvis finansiere af amtskommunen via sygesikringen afhængigt af, om den foregår på en kommunal børnetandklinik eller hos praktiserende tandlæger. Det har i arbejdsgruppen været nævnt, at denne uhensigtsmæssighed ville kunne undgås ved at henlægge finansieringen af den samlede børnetandpleje til et af de kommunale planer.

Også på andre områder kan der tænkes at opstå skævheder som følge af forskellige finansieringssystemer, f. eks. i forbindelse med særforborgens decentralisering, hvor de eksisterende forskelle i finansieringssystemerne i undervisningssektoren, sundhedssektoren og socialektoren kan tænkes at modvirke et hensigtsmæssigt samspil mellem de tre sektorer.

Som det fremgår af de i det foregående nævnte eksempler kan det ikke udelukkes, at de forskellige finansieringsformer kan modvirke en i øvrigt ønskelig udvikling. Arbejdsgruppen ønsker dog ikke på det foreliggende grundlag at stille konkrete forslag om ændringer i finansieringssystemerne, hvortil kommer, at problemerne næppe kan anskues isoleret for så vidt angår sundhedssektoren og det tilgrænsende sociale område, idet der også vil kunne peges på tilsvarende og måske større problemer inden for andre områder som f. eks. mellem socialektoren og undervisningssektoren.

Nogle medlemmer af arbejdsgruppen mener derfor, at der kan være behov for, at de nævnte problemer tages op i en bredere sammenhæng i et selvstændigt udvalg.

IV. Overvejelser vedr. spørgsmålet om øget offentlig medindflydelse på praktiserende lægers virksomhedsudøvelse

1. Alment praktiserende læger

1.1. Indledende bemærkninger.

Til brug for arbejdsgruppens overvejelser har et af arbejdsgruppens medlemmer, overlæge Jørgen Fog, sundhedsstyrelsen, udarbejdet den som bilag 5 (side 323 ff.) optagne redegørelse indeholdende en beskrivelse af de offentlige hensyn bag en sådan planlægning samt en fremstilling af den nye landsoverenskomsts bestemmelser om praksisplanlægning m. v.

Som det fremgår af bilaget har enhver læge, der opfylder de uddannelsesmæssige betingelser, indtil 1. april 1976, hvor den nye landsoverenskomst om almen lægegering trådte i kraft, kunnet nedsætte sig uden for Københavns-området som alment praktiserende læge under sygesikringsoverenskomsten.

Imidlertid har spørgsmålet om tilvejebringelse af planer for og styring af udbygningen af almen praksis igennem en længere år-række været drøftet både af lægestanden selv og i en række offentlige betænkninger m. v., ligesom der — som nærmere omtalt i bilaget - gennem lægernes kollegiale vedtægter, praksisfinansieringsudvalgets og de lokale praksisudvalgs virksomhed rent faktisk er sket en vis påvirkning af lægernes nedsættelsesmønster. Herudover kan også nævnes den særlige københavneroverenskomsts bestemmelser om ansættelse af læger og den heri liggende styring af nedsættelser inden for overenskomstens område.

Baggrunden for det offentliges ønske om planlægning og styring af almen praksis er dels hensynet til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af praksissektorens samarbejde med

sygehusvæsenet, praktiserende speciallæger og det kommunale sundheds- og socialområde, dels hensynet til den indbyrdes dimensionering af disse forskellige institutioner m. v. Hertil kommer en offentlig interesse i den geografiske fordeling af praktiserende læger med henblik på at sikre befolkningen en rimelig god og ensartet adgang til lægebetjening over alt i landet, samt hensynet til praksissektorens medvirken i uddannelse af medicinalpersonale.

Efter den nye landsoverenskomst*) mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation, der trådte i kraft pr. 1. april 1976, skal der i hver amtskommune foretages dels en praksisregulering (praksisområdeinddeling m. v.), dels en praksisplanlægning under offentlig medvirken. Det offentliges medvirken i praksisplanlægningen er således koncentreret på det amtskommunale plan. Kompetencen for så vidt angår praksisregulering er henlagt til de overenskomsthjemlede samarbejdsudvalg, medens praksisplanlægningen er henlagt til § 23, stk. 4-udvalgene. Endvidere er der tillagt det af overenskomstparterne nedsatte landssamarbejdsudvalg forskellige kompetencer. Det er således en gyldighedsbetingelse for de lokalt udarbejdede praksisområdeinddelinger og praksisplaner, at de godkendes af landssamarbejdsudvalget, der endvidere har kompetence til at udstede generelle retningslinier herfor.

1.2. Vurdering af situationen efter 1976-overenskomsten.

Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at den nye overenskomsts bestemmelser om praksis-

*) Overenskomsten er ikke endeligt godkendt af socialministeren.

regulering og praksisplanlægning må betragtes som en meget væsentlig og positiv nyskabelse. Overenskomsten henlægger praksisplanlægningen/reguleringen til organer, hvori det offentlige besætter halvdelen af pladserne, og åbner således i modsætning til tidligere mulighed for en egentlig offentlig medindflydelse på amtskommunalt plan på disse områder. Samtidig er en række af de væsentligere hensyn, som den kommende planlægning skal tilgodese, udtrykkelig nævnt i overenskomsten. Således er det i overenskomsten fastslået, at praksisplanerne skal udarbejdes med henblik på at sikre en rimelig lægedækning, og at praksissektoren bør udvikles under hensyntagen til andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger, herunder sygehusvæsenet. Derved skulle der ved planudarbejdelsen kunne tilstræbes en koordination til den øvrige amtskommunale eller amtskommunalt koordinerede planlægning, så som sygehusplaner, de sociale udbygningsplaner og skoleplaner m. v. Herved er der i overenskomsten lagt op til, at en række af de i bilag 5 nævnte emner af offentlig interesse skal tilgodeses i praksisplanlægningen.

Planlægningskompetencen.

Uanset at der i arbejdsgruppen har været enighed om, at de omhandlede bestemmelser om praksisplanlægning i overenskomsten indebærer muligheder for en bedre koordinering af almen lægepraksis med de øvrige dele af sundhedsvæsenet, har arbejdsgruppen diskuteret, om der ved den nye overenskomst er skabt et system, der på længere sigt kan tilfredsstillende de offentlige hensyn bag planlægningen, og om det offentlige har opnået en tilstrækkelig indflydelse herpå.

Nogle af arbejdsgruppens medlemmer mener, at der med det nu etablerede planlægningssystem, herunder kompetencefordelingen inden for systemet, er skabt en tilfredsstillende mulighed for koordination mellem praksissektoren og det øvrige sundhedsvæsen og socialvæsen. Andre medlemmer finder imidlertid, at det kan vise sig uhensigtsmæssigt, at de politisk ansvarlige myndigheder på det amtskommunale niveau (amtsråd/stående udvalg) ikke vil kunne gennemføre andre ønsker eller synspunkter vedr. praksisområdet, herunder dette områdes samordning med det øvrige sundhedsvæsen og socialvæsen, end hvad man fra læggeside kan acceptere. I denne forbindelse er

det dog fremhævet, at overenskomstens henlæggelse af planlægningskompetencen til organer, hvor lægesidens repræsentation har samme omfang som de offentlige myndigheds, skyldes områdets karakter af liberalt erhverv, hvor erhvervets udøvere selv bærer risikoen for fejlinvesteringer og fejlplanlægning, i modsætning til de øvrige områder inden for sundheds- og socialsektorerne, hvor denne risiko påhviler det offentlige.

Koordination til det primærkommunale niveau.

I arbejdsgruppen har været fremhævet problemerne i forbindelse med tilrettelæggelsen af samarbejdet imellem almen praksis og de kommunale sundhedspleje- og hjemmesygeplejeordninger, samt mellem almen praksis og socialforvaltningernes rådgivergrupper i kommunerne.

En af årsagerne til disse problemer kan være det hidtidige manglende overenskomstmæssige grundlag for det socialmedicinske samarbejde. I den nye landsoverenskomst er dette grundlag imidlertid nu tilvejebragt. Arbejdsgruppen er dog af den opfattelse, at samarbejdet mellem de praktiserende læger og de nævnte kommunale personalegrupper yderligere må søges fremmet, bl. a. ved at det tilstræbes, at den enkelte sundhedsplejerske/hjemmesygeplejerske/rådgivergruppe har patient/klientunderlag fælles med et begrænset antal lægepraksis, hvorved kommunikationen mellem disse vil kunne styrkes til gavn for patienterne. Sådanne ordninger, hvor de enkelte sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker og rådgivergrupper er knyttet til bestemte lægers patientkredse er som forsøgsordninger gennemført bl. a. i Roskilde og Horsens, og i arbejdsgruppen er fra flere medlemmers side anbefalet en mere generel anvendelse af sådanne ordninger.

Nogle medlemmer har dog i denne forbindelse ønsket at understrege, at hensynet til patienternes frie lægevalg ikke bør tilside-sættes som følge af sådanne bestræbelser, jfr. nedenfor side 311.

Kompetencen på centralt niveau.

Som nævnt foran under 1.1. er det efter overenskomsten en gyldighedsbetingelse for de lokalt fastlagte praksisområdeinddelinger og for de af § 23, stk. 4-udvalgene udarbejdede praksisplaner, at de godkendes af landsoverenskomstens landssamarbejdsudvalg, der

endvidere er tillagt kompetence til at udstede generelle retningslinier herfor. Også på dette punkt adskiller praksisplanlægningssystemet sig fra de øvrige planlægningssystemer på det sociale- og sundhedsmæssige område, hvor den overordnede kompetence er henlagt til vedkommende minister (indenrigs- eller socialministeren).

Det skal dog i denne forbindelse nævnes, at mens sygehusplanerne efter sygehusloven skal godkendes af indenrigsministeren, skal udbygningsplanerne på det sociale og sundhedsmæssige område efter den sociale styrelseslovs § 11 i almindelighed ikke godkendes af socialministeren, men blot indsendes til denne.

Systemet indebærer således, at landssamarbejdsudvalget vil kunne have en dominerende indflydelse på de nævnte områder såvel i forhold til planlægningen i de enkelte amtskommuner som i forhold til staten, der efter sygesikringsloven skal godkende overenskomsterne. Dette hænger sammen med, at kompetencen til at indgå overenskomster om almen lægegerning er henlagt til henholdsvis Sygesikringens Forhandlingsudvalg (den offentlige side) og Praktiserende Lægers Organisation. Da landssamarbejdsudvalget alene rummer repræsentanter for disse to parter, har det i arbejdsgruppen været overvejet, hvorvidt udvalget i fornødent omfang vil være egnet til at sikre den nødvendige hensyntagen i praksisplanlægningen til planlægningen af de øvrige dele af sundheds- og socialektoren, ligesom det har været drøftet, om det i det hele taget er hensigtsmæssigt, at et sådant sammensat centralt organ skal godkende de lokalt udarbejdede praksisplaner.

1.3. Arbejdsgruppens forslag.

Planlægningskompetencen.

Uanset de anførte afvigelser fra de i øvrigt gældende planlægningssystemer inden for sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område, finder arbejdsgruppen, at landsoverenskomstens nye bestemmelser om praksisplanlægning betegner et væsentligt og positivt fremskridt. Arbejdsgruppen mener derfor, at det netop etablerede praksisplanlægningssystem bør have en rimelig mulighed for at dokumentere sin funktionsdygtighed. Arbejdsgruppen foreslår derfor ikke principielle ændringer på indeværende tidspunkt i

planlægningssystemet, men understreger nødvendigheden af, at de centrale offentlige myndigheder snarest gør sig klart, hvilke ønsker man derfra har til praksisplanlægningen. Arbejdsgruppen er bekendt med, at et sådant arbejde er påbegyndt i et udvalg under K-gruppen.

Det er samtidig en forudsætning for arbejdsgruppens standpunkt, at der sker den styrkelse af § 23, stk. 2-udvalgene og derigennem af § 23, stk. 4-udvalgene, der er foreslået foran side 304 f. Efter en sådan styrkelse finder arbejdsgruppen, at § 23, stk. 4-udvalgene vil være egnede organer for udarbejdelse af praksisplaner for de enkelte amtskommuner, idet udvalgene vil kunne varetage hensynet til praksisplanernes samordning med den øvrige sundhedsmæssige og sociale planlægning, der er et af de væsentlige offentlige hensyn bag praksisplanlægningen.

Nogle af arbejdsgruppens medlemmer er imidlertid af den opfattelse, at der på længere sigt bør tilstræbes en større og mere direkte indflydelse på praksisplanlægningssystemet fra de egentlige politisk ansvarlige organers side, end tilfældet er efter den nugældende overenskomst. Dette skyldes ikke alene, at området er offentligt finansieret, hvilket gør det naturligt, at det offentlige også inden for praksisområdet som på de øvrige områder inden for sundheds- og socialektoren har en afgørende indflydelse på udnyttelsen af ressourcerne, men også et ønske om, at det sikres, at de politisk ansvarlige organer får afgørende indflydelse på og ansvar for, at hensynene bag planlægningen, især koordinationshensynene, bliver varetaget på en for det offentlige og forbrugerne tilfredsstillende måde.

Heroverfor har andre medlemmer anført, at man også på længere sigt må kunne fastholde den gældende overenskomsts system, dog med en styrkelse af § 23-udvalgene. Såfremt man går videre, mener disse medlemmer, at den nuværende form for almen praksis som liberalt erhverv, hvor erhvervsudøverne selv afholder såvel drifts- som etableringsomkostninger, ikke vil kunne opretholdes, men må erstattes af et system baseret på offentlig ansættelse, hvor det offentlige afholder de med etablering og drift af praksis forbundne udgifter. En opretholdelse af det nuværende system forudsætter efter de pågældende medlemmers opfattelse, at de kom-

petente organer er paritetisk sammensatte af offentlige og lægelige repræsentanter.

De førstnævnte medlemmer af arbejdsgruppen finder dog ikke, at der principielt er nogen uforenelighed mellem et overenskomsts system og en offentlig planlægningskompetence, selvom det naturligvis er klart, at en direkte henlæggelse af planlægningskompetencen til de politisk ansvarlige myndigheder vil forudsætte væsentlige ændringer i overenskomsten i forhold til dens nuværende udformning, ikke mindst i relation til overenskomstens system for aflønning af læger i almen praksis, og herunder dækningen af etablerings- og driftsudgifter. De pågældende medlemmer mener ikke, at det eneste alternativ til det nuværende overenskomsts system vil være et system med fuld offentlig ansættelse af de alment praktiserende læger, men mener, at det må være muligt at finde frem til mellemformer mellem disse to yderpunkter.

Koordinationen til det primærkommunale niveau.

Med forslaget om styrkelse af § 23, stk. 2- og 4-udvalgene, bl. a. ved at gøre formanden for amtskommunens social- og sundhedsudvalg til født medlem, mener nogle af arbejdsgruppens medlemmer, at der på det amtskommunale plan skabes et væsentligt bedre grundlag for den nødvendige koordination mellem praksisplanlægningen og planlægningen af de kommunale social- og sundhedsordninger. Disse medlemmer er dog samtidig opmærksomme på, at kommunernes direkte repræsentation i § 23, stk. 2- og 4-udvalgene ikke i sig selv fuldt ud kan sikre den fornødne hensyntagen til de kommunale ønsker til praksisplanlægningen, og de mener derfor, at forhandlinger med de berørte kommuner kan være nødvendige, forinden praksisplanerne vedtages. Som nævnt foran side 305 vil der endvidere være mulighed for gennem centrale (statslige) og/eller amtskommunale retningslinier at vejlede kommunerne vedr. tilrettelæggelsen af planlægningen af de dele af social- og sundhedsområdet, der har de nærmeste relationer til praksisområdet, ligesom der i de nedenfor foreslåede centrale (statslige) retningslinier for praksisplanlægningen vil kunne tages hensyn til dette koordinationsbehov.

Med hensyn til det ovenfor omhandlede spørgsmål om tilrettelæggelsen af samarbej-

det imellem praktiserende læger og hjemme-sygeplejersker/sundhedsplejersker/hjemme-hjælpere og rådgivergrupper har nogle medlemmer den opfattelse, at den nødvendige tilpasning af disse personalegruppers patientkredse af hensyn til det frie lægevalg så vidt muligt må ske på grundlag af borgernes lægelige tilhørsforhold.

Andre medlemmer af gruppen mener ikke, at der hermed vil være skabt sikkerhed for den fornødne koordination til de primærkommunale social- og sundhedsordninger, som af disse medlemmer tillægges særlig betydning. Disse medlemmer mener, at den enkelte primærkommune på baggrund af en amtskommunal redegørelse for, hvilke hensyn der i den pågældende amtskommune ønskes tilgodeset, skal udarbejde forslag til lokale praksisplaner, der af amtskommunerne eventuelt efter forhandlinger med primærkommunerne samordnes indbyrdes og med sygehusplanlægningen til en sammenfattende praksisplan for amtskommunerne.

Nogle medlemmer har udtrykt stor betænkelighed ved et system, hvor praksisplanlægningen knyttes til kommunegrænserne, selvom et sådant system nok vil kunne lette samordningen med de primærkommunale sundheds- og socialordninger. Efter de pågældendes opfattelse vil et sådant system kunne begrænse befolkningens adgang til frit lægevalg, hvilket vil stride imod disse medlemmers opfattelse, hvorefter det frie lægevalg inden for den nye landsoverenskomsts muligheder af langt den overvejende del af befolkningen anses for at være et væsentligt gode. De finder derfor, at hensynet til det frie lægevalg må tillægges afgørende vægt ved vurderingen af de forskellige ønsker om yderligere koordination af den offentlige virksomhed.

Kompetencen på centralt niveau.

Som nævnt foran under 1.2. har arbejdsgruppen drøftet hensigtsmæssigheden i, at centrale funktioner vedr. praksisplanlægningen er henlagt til landsoverenskomstens landsamarbejdsudvalg. Det er herved i arbejdsgruppen fremført, at dette bl. a. må ses i sammenhæng med, at der endnu ikke er udarbejdet statslige retningslinier for praksisplanlægningen, og at det i øvrigt er tvivlsomt, hvilke retsvirkninger der under den nugældende lovgivning kunne tillægges sådanne retningslinier.

Arbejdsgruppen er imidlertid bekendt med, at socialministeriet overvejer at foreslå ændringer af sygesikringsloven, hvorefter staten bemyndiges til at udstede retningslinier for praksisplanlægningen, og hvorefter de udarbejdede praksisplaner skal indsendes til ministeriet efter det system, som kendes fra den sociale og sundhedsmæssige udbygningsplanlægning.

Arbejdsgruppen er enig om at anbefale den sidstnævnte ændring af sygesikringsloven, hvorefter praksisplaner videresendes til ministeren til orientering. Nogle medlemmer kan endvidere anbefale den ændring af sygesikringsloven, hvorefter ministeren bemyndiges til at udstede generelle retningslinier for praksisplanlægningen, evt. efter forslag fra landsoverenskomstens landssamarbejdsudvalg. Disse medlemmer understreger samtidig nødvendigheden af, at der - indtil de fornødne lovændringer er gennemført - gennem generelle tilkendegivelser fra centraladministrationen til landssamarbejdsudvalget tilkendegives de statslige ønsker til praksisplanlægningen og dennes koordination til den øvrige planlægning.

Andre medlemmer finder dog ikke - under hensyn til praksisområdet specielle karakterer - at retningslinierne bør udarbejdes af vedkommende minister, men, således som det er fastlagt i den nye landsoverenskomst, af landssamarbejdsudvalget. Disse medlemmer kan dog tiltræde, at de af landssamarbejdsudvalget udarbejdede retningslinier kan kræves forelagt ministeren til godkendelse.

2. Praktiserende speciallæger

I dette afsnit gives en beskrivelse af overenskomstgrundlaget for speciallægepraksis efter den pr. 1. april 1976 ikrafttrådte speciallægeoverenskomst*) samt arbejdsgruppens vurdering af denne.

2.1. Den nye speciallægeoverenskomst.

Med virkning fra 1. april 1976 er som nævnt vedtaget en ny overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Foreningen af Speciallæger vedrørende anden speciallægehjælp end øjen- og ørelægehjælp.

I overenskomstens § 9 er fastsat regler om

praksisregulering, hvorefter overenskomstens parter, dvs. Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Foreningen af Speciallæger, med henblik på at opnå en rimelig ensartet speciallægedækning kan træffe aftale om, at der ikke kan ske nyetablering af speciallægepraksis i områder, hvor der allerede er en tilfredsstillende speciallægedækning. Med henblik på at vurdere, hvorvidt sådanne aftaler skal indgås, skal § 23, stk. 4-udvalgene i hver amtskommune foretage en beskrivelse af praksisforholdene i amtskommunen samt eventuelt fremsætte forslag til speciallægedækningen. Herved adskiller overenskomsten sig fra landsoverenskomsten vedrørende almen lægehjælp, i følge hvilken der i hver amtskommune skal udarbejdes praksisplaner og hvor det kompetente organ hertil er § 23, stk. 4-udvalgene.

Endvidere indeholder overenskomsten 2 »principudtalelser«, nemlig dels at nyetablering af praksis skal tilstræbes at finde sted i områder, hvor der ikke er tilfredsstillende speciallægedækning, dels at der i videst muligt omfang må ske en udbygning af den primære sundhedstjeneste med heltidspraktiserende speciallæger.

I selve speciallægeoverenskomsten nævnes ikke hensynet til en samordning af speciallægeindsatsen inden for og uden for sygehusene. Derimod indeholder den nye landsoverenskomst vedrørende almen lægegerning i § 42, stk. 3, en bestemmelse, der er af betydning i denne henseende. Ifølge bestemmelsen skal der mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger aftales retningslinier for begrænsning i praktiserende lægers henvisning til private laboratorier og praktiserende patologer. Endvidere kan der aftales særlige retningslinier for henvisning til øvrige speciallæger.

I henhold til den førstnævnte bestemmelse har parterne truffet aftale om, at den enkelte amtskommune i tilfælde, hvor der er tilstrækkelig kapacitet på sygehusene, efter drøftelse i fællesudvalget kan træffe bestemmelse om, at denne kapacitet for så vidt angår laboratorieundersøgelser og patologiske undersøgelser skal udnyttes, således at de alment praktiserende læger i amtskommunen foretager henvisning til sygehusvæsenet i amtskommunen og ikke henviser til pri-

*) Overenskomsten er endnu ikke godkendt af socialministeren.

vate laboratorier eller privatpraktiserende patologer. Såfremt der ikke i fællesudvalget er enighed om, hvorvidt kapaciteten på sygehuse er tilstrækkelig, skal spørgsmålet forelægges sundhedsstyrelsen.

Der er endnu ikke aftalt retningslinier for henvisning inden for andre specialområder end de to nævnte. Det skal dog i denne forbindelse nævnes, at der ad lovgivningsvejen på sterilisationsområdet er indført en ordning, hvorefter det er sygehusvæsenet, der afgør, om en sterilisation skal ske på sygehus eller hos praktiserende læger.

2.2. Arbejdsgruppens vurdering af speciallægepraksisordningen.

Arbejdsgruppen finder, at de nye bestemmelser i overenskomsten vedrørende speciallægehjælp må betragtes som et fremskridt, idet der er tilvejebragt hjemmel for, at overenskomstparterne, såfremt der er enighed herom, kan foretage en vis regulering af speciallægepraksisdækningen med henblik på at opnå en rimelig og ensartet speciallægedækning. Som tidligere nævnt har det offentlige indtil nu været uden indflydelse på antallet, arten og den geografiske fordeling af praktiserende speciallæger.

Arbejdsgruppen finder endvidere, at det er et væsentligt fremskridt, at der i landsoverenskomsten vedrørende almen lægegering er indført bestemmelser, der muliggør regulering af de alment praktiserende lægers henvisningsmønstre til praktiserende speciallæger/sygehusambulatorier. Herved er der skabt et vist grundlag for en samordnet planlægning og styring af speciallægearbejdet i sygehusvæsenet og i praksis, hvilket hensyn er en af de væsentligste begrundelser for en større offentlig indflydelse på speciallægepraksis.

Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at en samordning af speciallægevirksomheden inden for og uden for sygehuse må forudsætte en bedømmelse af, hvor speciallægevirksomheden ud fra økonomiske, service-mæssige og kvalitetsmæssige kriterier bør finde sted. Arbejdsgruppen har i denne forbindelse drøftet, om det ved den nye speciallægeoverenskomst etablerede system er egnet til - også på længere sigt - at tilgodese disse hensyn, herunder det offentliges interesser i større indflydelse på den samlede speciallægebetjening.

På grundlag af sine drøftelser mener arbejdsgruppen, at der bør arbejdes henimod et system, der sikrer den enkelte amtskommune en væsentlig indflydelse på planlægningen af speciallægefunktionen i praksissektoren, der ikke mindst må være snævert koordineret med sygehusplanlægningen og også med planlægningen af almen praksis. Arbejdsgruppen er i denne forbindelse opmærksom på, at speciallægevirksomhed såvel inden for sygehusvæsenet som i praksissektoren inden for de forskellige specialer kræver et stærkt varieret befolkningsgrundlag ofte af en betragtelig størrelse, hvorfor der ud over en amtskommunal styring også vil være et naturligt behov for en styring på landsplan, således som problemerne også kendes inden for sygehusvæsenet for så vidt angår landsdelsspecialer. Ifølge 1976-overenskomsten er det overenskomstens parter (dvs. Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Foreningen af Speciallæger), der har kompetence vedrørende planlægning af speciallægepraksis, jfr. omtalen af overenskomstens § 9 ovenfor. Såfremt man gennemfører de ændringer i § 23, stk. 2- og 4-udvalgene, der er foreslået foran i afsnit II, finder nogle medlemmer af arbejdsgruppen, at disse udvalg med deres brede, såvel politiske som lægelige sammensætning vil være egnede til at overtage den egentlige kompetence vedrørende planlægning og styring af væsentlige dele af speciallægepraksis. Disse medlemmer er dog som nævnt ovenfor opmærksomme på, at dele af speciallægepraksis må vurderes på landsplan.

Disse medlemmer finder endvidere, at det i den lokale planlægning bør være muligt for det lokalt kompetente organ at tage stilling til, hvorvidt og i hvilket omfang der i den enkelte amtskommune skal kunne praktiseres (ske nedsættelser) inden for de lægelige specialer, for hvilke der måtte være indgået overenskomst mellem sygesikringen og Foreningen af Speciallæger, og at beslutninger herom ikke bør kunne omgøres af overenskomstens parter, men eventuelt skal kunne forelægges for sundhedsstyrelsen, jfr. modellen i den i henhold til landsoverenskomstens § 42, stk. 3, indgåede aftale.

Andre medlemmer mener, at man for hele speciallægepraksisområdet må bevare den overordnede planlægning og styring på landsplan, hvorfor disse medlemmer ikke finder, at kompetencen til at afgøre, hvor-

vidt og i hvilket omfang der skal kunne praktiseres, alene bør ligge på det amtskommunale plan - men at kompetenceudøvelsen som fastlagt i overenskomstens § 9 bør foregå i et samspil mellem lokale forslag og aftaler mellem overenskomstens parter.

Efter 1976-overenskomsten skal det tilstræbes, at den fremtidige udbygning af den primære sundhedstjeneste sker med heltidspraktiserende speciallæger. Arbejdsgruppen kan støtte dette, og mener endvidere, at der i den lokale planlægning direkte må kunne tages stilling til, hvorvidt der inden for specialer, hvor servicemæssige, økonomiske eller andre hensyn taler derfor, alene skal kunne ske nynedsættelser af speciallæger med praksis som hovedbeskæftigelse. Til gengæld må det være muligt for samme speciallæge at have konsultationssted f. eks. i to forskellige byer, hvis hensynet til en rimelig patientservice og et rimeligt patientunderlag taler derfor.

Det er endvidere arbejdsgruppens opfattelse, at det vil være hensigtsmæssigt, at der

fastsættes regler om individuel godkendelse af nedsættelser i speciallægepraksis. Også denne kompetence bør være lokal for den enkelte amtskommune, og det kompetente organ skal i sin sammensætning tilgodese de offentlige interesser, der er knyttet til varetagelse af de i dette afsnit omhandlede hensyn, navnlig hensynet til en samlet planlægning og styring af speciallægearbejdet i sygehusvæsenet og i praksissektoren.

Endelig kan arbejdsgruppen anbefale, at den i § 42, stk. 3,2. punktum i landsoverenskomsten om almen lægegerning indeholdte adgang til for andre specialer end laboratorie- og patologispecialerne at aftale særlige retningslinier for henvisning udnyttes i det omfang, det er nødvendigt for at sikre borgerne en stabil adgang til ambulant speciallægehjælp. Ved indgåelsen af sådanne aftaler finder arbejdsgruppen, at der bør tages såvel økonomiske, servicemæssige som kvalitetsmæssige hensyn, herunder at mulighederne for udnyttelse af eventuel kapacitet i sygehusvæsenet bør indgå i overvejelserne.

Vejledende kommissorium for arbejdsgruppen vedr. sundhedsvæsenets politisk/administrative styringssystem

1. Arbejdsgruppen skal overveje, hvorledes man kan tilrettelægge den administrative opbygning og kompetencefordeling med henblik på en hensigtsmæssig samordning af indsatsen inden for sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste og det tilgrænsende sociale område.

Det skal herunder overvejes, hvilke samarbejdslinier det vil være hensigtsmæssigt at styrke eller etablere såvel inden for det statslige, det amtskommunale og det kommunale regie, som mellem disse politisk/administrative niveauer.

2. Arbejdsgruppen skal drøfte spørgsmålet om en øget offentlig medindflydelse vedrørende de privatpraktiserende medicinalpersoners erhvervsudøvelse.

3. Arbejdsgruppen må i sine overvejelser tage fornødent hensyn til de inden for andre områder etablerede styringssystemer og administrative strukturer. Overvejelserne skal i øvrigt bl. a. ske på grundlag af den i kapitel I, navnlig afsnit V (side 155 ff) indeholdte fremstilling af det nuværende politisk/administrative styringssystem.

Som baggrund for ovennævnte kommissorium kan anføres, at det i priori teringsudvalgets kommissorium er pålagt udvalget at undersøge og vurdere, hvorvidt statens og kommunernes styringsmidler må anses for hensigtsmæssige og tilstrækkelige til at realisere en langsigtet planlægning inden for det af udvalget behandlede område, og i benægtende fald fremkomme med forslag til de hertil fornødne ændringer af de gældende regler.

Den i kapitel I (afsnit V) givne beskrivelse af de styrende organer og deres kompetence viser, at det nuværende styringssystem er præget af et meget betydeligt antal organer såvel i det statslige som det kommunale

regie med selvstændig politisk/administrativ kompetence. På det lokale plan sorterer sygehusvæsenet og sygesikringen under amtskommunerne, medens den primære sundhedstjeneste i øvrigt og socialektoren i hovedsagen sorterer under primærkommunerne, men med amtskommunal koordination af planlægningen. Denne amtskommunale koordination af primærkommunernes planer samt sygesikringen sorterer under amtskommunens social- og sundhedsudvalg, medens sygehusvæsenet sorterer under sygehusudvalget.

Hvad specielt angår sundhedsopgaverne i praksissektoren (læger, tandlæger, fysioterapeuter m. v.) varetages disse som hovedregel inden for rammerne af et liberalt erhverv, hvis styring adsiller sig væsentligt fra det system, der er gældende inden for sygehusvæsenet og plejehjemsområdet som offentlige institutionsområder samt inden for de offentlige sundhedsordninger i den primære sundhedstjeneste og den tilgrænsende socialsektor (sundhedspleje, skolelæge- og skoletandlægeordning, hjemmesygepleje og hjemmehjælp).

På det centrale plan sorterer sygehusvæsenet og socialvæsenet under hvert sit ministerium, medens den primære sundhedstjeneste i nogle henseender sorterer under indenrigsministeriet (f. eks. lovgivningen om de forskellige sundhedsordninger), men i andre henseender under socialministeriet (f. eks. sygesikringen).

Den nævnte spredning af kompetencerne har igen nødvendiggjort etablering af en række forskellige koordinationsorganer (§ 23, stk. 4-udvalg, K-gruppe m. v.).

Sammenhængen mellem ydelserne inden for henholdsvis sygehusvæsen, primær sundhedstjeneste og socialektor fremhæves i sti-

gende grad. Dette gælder eksempelvis spørgsmålet om sygehusindlæggelse over for ambulant behandling ved praktiserende læge eller sygehusambulatorium, sygehusindlæggelse over for pleje gennem hjemmesygepleje eller plejehjemsophold, speciallægebehandling ved sygehusambulatorium eller hos privatpraktiserende speciallæge, laboratoriemæssig betjening af den primære sundheds-tjeneste fra sygehuslaboratorier eller privat-

drevne laboratorier m. v. Det er karakteristisk for mange af disse problemstillinger, at i de tilfælde, hvor en alternativ indsats kan komme på tale, ligger de alternerende områder (f. eks. sygehus kontra plejehjem, sygehusambulatorium kontra praktiserende speciallæge) i forskellige sektorer med hver sit planlægningsystem og med hver sin politisk/administrative ledelse på såvel centralt som lokalt plan.

Sammensætning af arbejdsgruppen vedr. sundhedsvæsenets politisk/administrative styringssystem

Fra prioriteringsudvalget

Departementschef J.H.Zeuthen, indenrigsministeriet (formand)

MF Kirsten Sparre Andersen

Kontorchef Ole Asmussen, socialministeriet

MF Mogens Camre

Overlæge Jørgen Fog, sundhedsstyrelsen

Socialudvalgsformand Knud Hansen, Kommunernes Landsforening

Departementschef P. Loft, socialministeriet

Afdelingschef G. A. Lustrup, indenrigsministeriet

MF Palle Simonsen

Formand Kirsten Stallknecht

Læge Leif Theander

Amtsborgmester Erling Tiedemann, amtsrådsforeningen

Professor, dr. med. Francis Zachariae

Udefra kommende sagkyndige

Afdelingschef Finn Hansen, amtsrådsforeningen

Afdelingschef Jens Jørn Nielsen, Kommunernes Landsforening

Styrelseschef H. C. Seierup, socialstyrelsen

Departementschef B. Toft-Nielsen, administrationsdepartementet

Sekretariatet

Kontorchef J.Tørning, indenrigsministeriet

Fuldmægtig H. Moltke-Leth, indenrigsministeriet

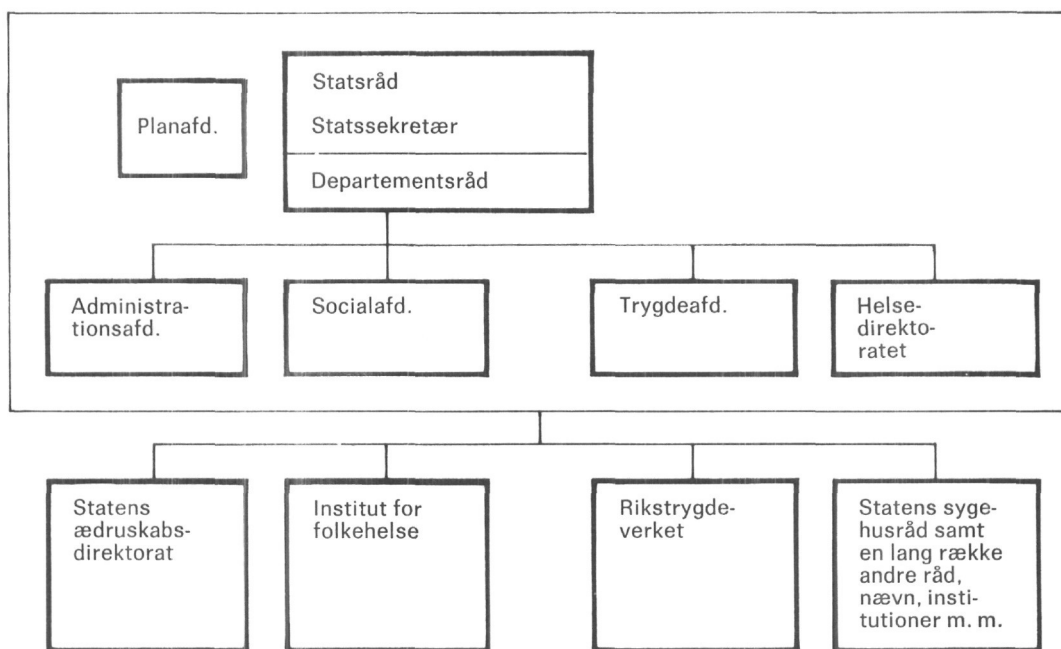
Fuldmægtig J. Andersen-Rosendal, indenrigsministeriet

Fuldmægtig Elkjær Hansen, socialministeriet

Social- og sundhedsforvaltningen i Norge

Den centrale social- og sundhedsforvaltning.

Socialdepartementet



Socialdepartementet

På departementalt plan dækker ét departement - socialdepartementet - de væsentligste dele af social- og sundhedsvæsenet, nemlig »helsesager, trygdesager og andre sociale sager«.

Departementet er opdelt i en administrationsafdeling og tre sagsafdelinger: socialafdelingen, trygdeafdelingen og helsedirektoratet samt en planafdeling, der er placeret som en stabsfunktion.

Helsedirektoratets stilling er bemærkelsesværdig derved, at det både er et direktorat og en afdeling af departementet. Direktoratet afgør således en del sager i eget navn og en del sager på departementets vegne. Helsedirektøren sorterer direkte under statsråden og går således ikke ind under departementsrådets koordinerende myndighed.

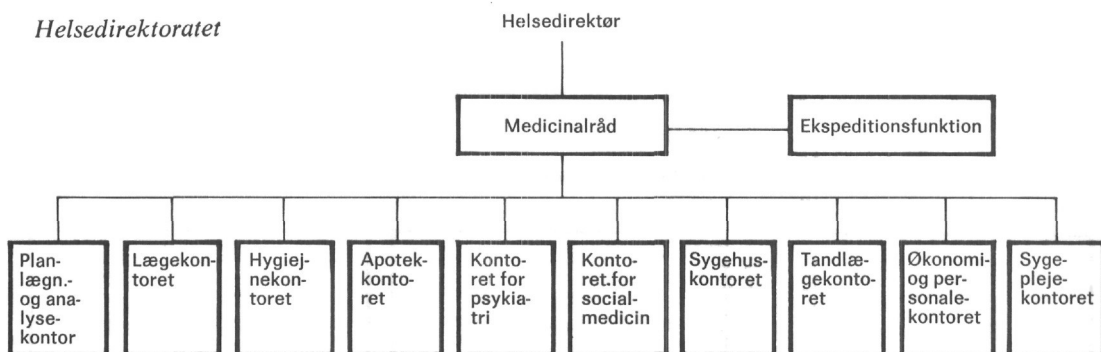
Helsedirektoratets dobbeltstilling udsattes for kritik i det såkaldte Modalsli-udvalg,*) der fandt, at socialdepartementet nærmest

*) Innstilling om Den centrale forvaltnings organisasjon.

kunne karakteriseres som to departementer med en fælles statsråd. Udvalget fandt, at denne organisation ikke var hensigtsmæssig til sikring af den nødvendige koordination mellem socialområdet og sundhedsområdet. Udvalgets flertal foreslog, at Helseinspektøret udskiltes af departementet til et fritstående direktorat under departementet. Samti-

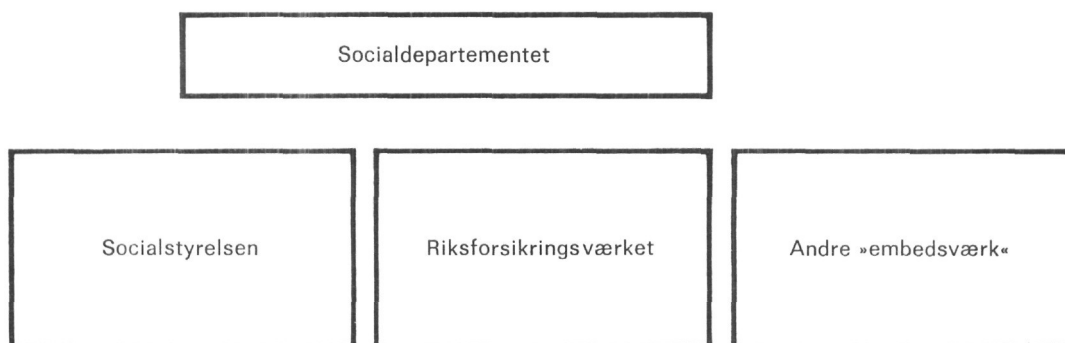
dig foresloges en lang række enkeltsager flyttet ud fra departementet til et nyt direktorat, socialinspektøret. Disse forslag er endnu ikke gennemført, og det er tvivlsomt, om de nu er aktuelle.

Pr. 1. januar 1976 havde socialdepartementet 291 fastansatte. Mere end halvdelen af disse var ansat i Helseinspektøret.



Social- og sundhedsforvaltningen i Sverige

Den centrale social- og sundhedsforvaltning



Generelt

Den svenske statsforvaltning adskiller sig fundamentalt fra danske forhold på to betydningsfulde områder:

- den øverste ledelse af den svenske statsforvaltning ligger i statsrådet, hvilket principielt indebærer, at alle regeringsanliggender skal afgøres i statsrådet. Den enkelte fagminister har således formelt ikke kompetence til selvstændigt at træffe beslutninger af politisk karakter inden for sit fagområde,
- der er ikke ministerstyre i Sverige, hvilket indebærer, at forvaltningen - embedsværket — har en meget uafhængig stilling. Uafhængigheden giver sig først og fremmest udtryk i, at den enkelte minister ikke kan give konkrete tjenestebefalinger til den underliggende forvaltning. Regeringens indflydelse på »embedsværket« sker gennem generelle normer i form af lovgivning, reglementer, instruktioner o. l.

Den centrale social- og sundhedsforvaltning

På departementalt plan dækker ét departement - socialdepartementet - hele social- og sundhedsvæsenet, familiepolitikken og de offentlige forsikringsordninger (folkepension, ATP, sygeforsikring m. m.).

På styrelsesplan er socialstyrelsen den centrale forvaltningsmyndighed i anliggender inden for social- og sundhedsvæsenet.

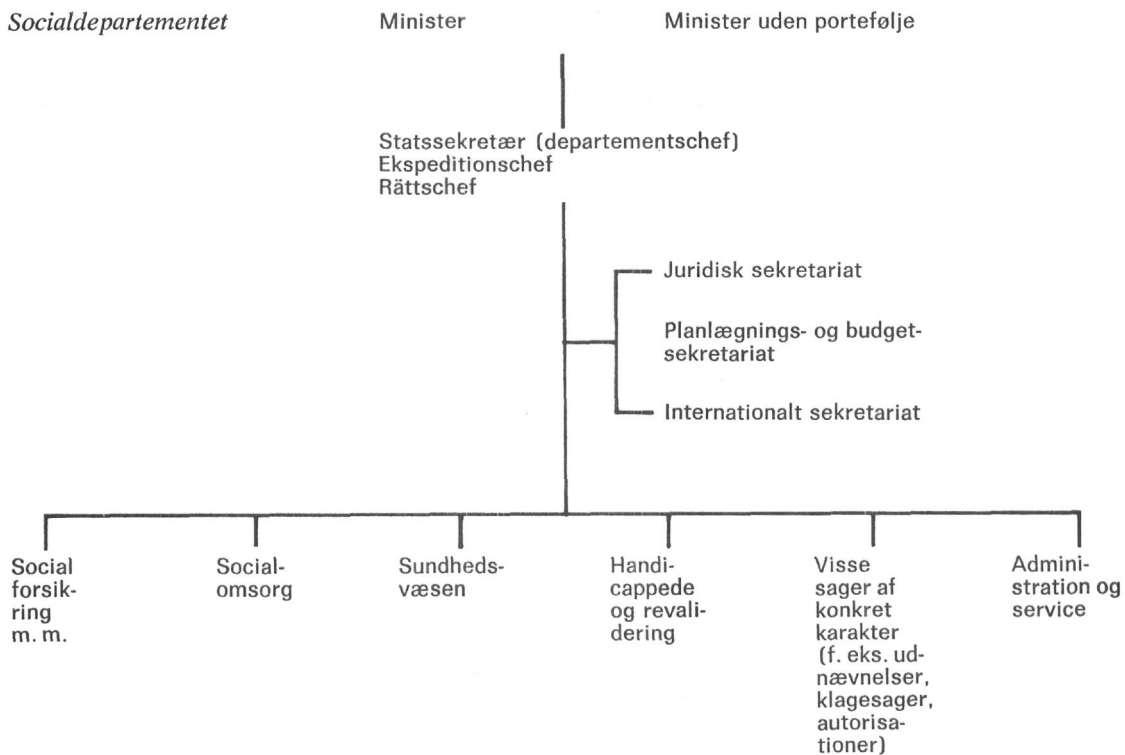
Riksforsikringsværet varetager sager vedrørende folkepensioner, tillægspensioner samt syge- og »arbejdsskade«-forsikringen.

Socialdepartementet

Departementets hovedopgaver er at initiere reformer, udforme lovforslag samt træffe beslutninger, som kan danne grundlag for tilrettelæggelse af social- og sundhedspolitikken.

Departementet er opdelt i fem sagsenheder samt en administrativ enhed. Hertil kommer tre sekretariater med stabsfunktioner vedrørende henholdsvis juridiske spørgsmål, plan-

Socialdepartementet

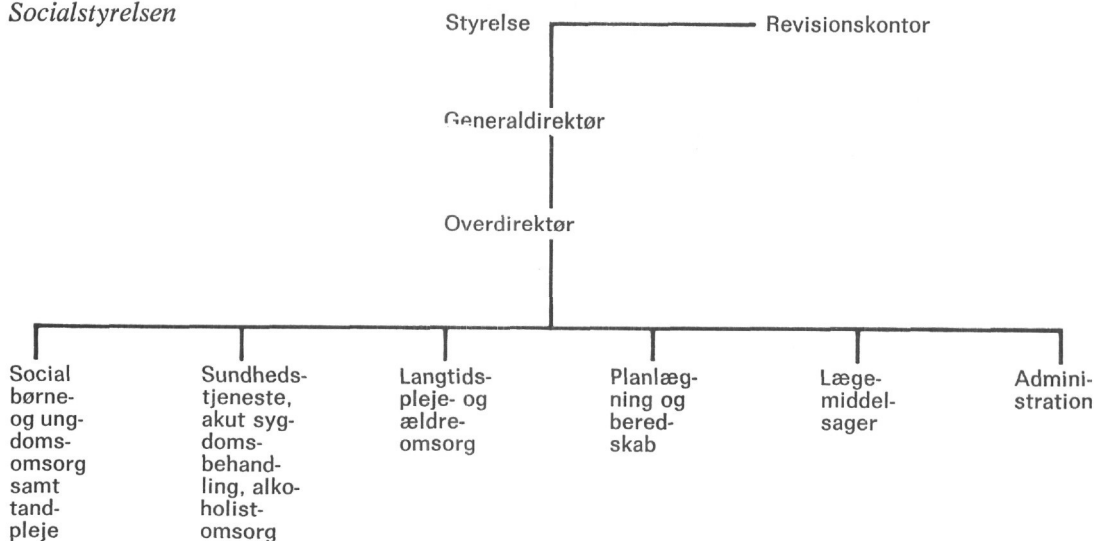


lægning og budgettering samt internationale spørgsmål. Departementets nuværende organisatoriske inddeling gennemførtes i 1965 i forbindelse med en reorganisering af hele departementsstrukturen i retning af sagligt

sammenhængende enheder. Samordningen mellem enhederne påhviler planlægnings- og budgetsekretariatet.

Departementets budget i 1975-76 var på 38 mill. kr. Udgifterne til departementets

Socialstyrelsen



drift udgør imidlertid kun en ringe del af den samlede sum, som departementet anviser - i 1975-76 i alt 26.342,4 mill. kr. Langt den største enkeltpost udgør offentlig forsikring: 17.858,1 mill. kr.

Pr. 1. januar 1976 var der 95 ansatte i departementet.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen er som nævnt den centrale forvaltningsmyndighed for anliggender vedrørende social- og sundhedsvæsenet. Social- og sundhedsvæsenet er ganske vist i første række kommunale anliggender, men staten - på embedsværksplanet socialstyrelsen - har imidlertid sammen med kommuner et ansvar for indholdet og ressourceforbruget. Styrelsens væsentligste opgaver er derfor at varetage planlægning og tilsyn med de områder, der hører under styrelsen.

Den 1. januar 1968 blev den daværende medicinalstyrelse og socialstyrelsen lagt sammen til ét embedsværk, der fik navnet socialstyrelsen. Baggrunden for denne sammenlægning var en stigende erkendelse af et afhængighedsforhold mellem socialvæsenets og sundhedsvæsenets aktiviteter. I en betænkning*) peges på en række fordele ved en sådan sammenlægning:

1. Samvirke mellem social- og sundhedstjeneste er en forudsætning for en fremtidig udvikling i hjælpeindsats.
2. Samvirke er en forudsætning for en rationel ledelse af de to sektorer.
3. Samordnet prognose- og planlægningsvirksomhed reducerer risikoen for fejlinvesteringer.
4. Knapheden på personalet fremtvinger en fælles planlægning, når det gælder plejebehov, personaletilgang, uddannelsesbehov etc.

5. En sammenlægning indebærer en konsekvent integrering i spørgsmålet om plejeformer, behandlingsmetoder m. v., forskrifter, råd og anvisninger og almindelig karakter eller principiel stillingtagen.
6. Samordning af lovgivningsinitiativ.
7. Samordning på embedsmandsplan kan lede til et mere friktionsfrit samarbejde mellem de forskellige personalekategorier på det regionale og kommunale plan.
8. En samordning fører til en effektivitetsforøgelse.
9. Sundheds- og socialspørgsmål opfattes som et fælles hele.

I betænkningen nævnes, at en sammenlægning af de to styrelser kunne indebære en risiko for, at embedsværkets arbejdsområder blev så store og bredt favnende, at værket ville få vanskeligt ved at fungere, specielt befrygtedes, at de sociale synspunkter ikke ville få fornøden vægt. I betænkningen afvises dette synspunkt imidlertid med henvisning til værkets opbygning, der skulle fremme et snævert samarbejde, og der lægges »særskilt vægt på chefpersonalets dimensionering og kapacitet«. Herudover peges på, at socialstyrelsens styrelse, der er sammensat af generaldirektøren som formand samt 8 repræsentanter for de kommunale organisationer, indebærer en garanti mod ensidighed ved udformningen af værkets politik. Da betænkningen blev skrevet (1965) bestod det samlede personale i de to styrelser af 470 tjenestemænd.

Socialstyrelsens budget i 1975-76 var i alt på 4.001,5 mill. kr., hvoraf 58,6 mill. kr. var afsat til styrelsens drift.

Den 1. november 1975 var der beskæftiget 2.815 personer under styrelsen, heraf 915 centralt og 1.900 regionalt.

*) SOU 1965: 49, **Hälsa-** och socialvårdens centrale administration.

Notat om planlægning af almen lægepraksis

Baggrund og udvikling

Jørgen Fog

I. De hidtidige bestræbelser på praksis-planlægning

Indtil 1. april 1976, hvor den nye landsoverenskomst om almen lægegerning trådte i kraft, har enhver læge, der opfyldte de uddannelsesmæssige betingelser, kunnet ned-sætte sig som alment praktiserende læge under sygesikringsoverenskomsten udenfor Københavns-området. Det offentlige har således ikke haft nogen reel indflydelse på antallet af alment praktiserende læger eller deres geografiske fordeling. I Københavns-området (dvs. Københavns, Frederiksberg og Amagerlandets kommuner) er lægerne ansat efter opslag af stillingen og en faglig kvalifikationsbedømmelse, og aflønnes i hovedsagen ved et fast årligt honorar pr. til-meldt gruppe 1-sikret.

Fra midten af 1960'erne - dvs. midt i den 10-årige Stagnationsperiode for udviklingen i almen lægepraksis (fra 1960-1970) - har først og fremmest lægestanden selv drøftet, hvilke ændringer i almen praksis' struktur og arbejdsform, der måtte være egnede til at forbedre rekrutteringen til almen praksis. Årsagerne hertil var først og fremmest et stigende arbejdspress for den enkelte alment praktiserende læge, en voksende følelse af faglig isolation og et deraf følgende ønske om bedre efteruddannelsesmuligheder. Også ønsket om større social sikkerhed, f. eks. under sygdom, og i form af bedre pensions-vilkår, lå bag denne debat. Netop i denne periode faldt goodwill-værdien, da handelen med praksis næsten gik i stå.

Hovedsagelig ud fra de nævnte hensyn blev der for en række amtskommuner af de lokale lægekredsföreninger udarbejdet praksisplaner i første række med det sigte at koncentrere enkeltmandspraksis i flermandspraksis. Medens kun $\frac{1}{3}$ af de praktiserende

læger i 1971 arbejdede i flermandspraksis, var dette tal ved udgangen af 1974 steget til 51 pct.

Imidlertid medførte udviklingen, at der fremstod en række offentlige interesser, hvis varetagelse måtte tilsige en offentlig medvirken ved planlægning og styring af praksis-sektoren.

I forbindelse med kommunalreformen gennemførtes fra 1970 en koncentration af sygehusdriften, der hidtil havde påhvilet såvel amtskommuner som købstadskommuner. Sygehusopgaven blev fremtidig henlagt til de ved kommunalreformen etablerede 14 amtskommuner samt Københavns og Frederiksberg kommuner. Formålet med denne koncentration var at sikre en bedre ressourceudnyttelse, at undgå dobbeltfunktioner i form af udbygning af flere identiske specialafdelinger i amtskommuner, som befolkningsmæssigt ikke kunne bære mere end en enkelt sådan specialenhed, samt for bedre at kunne prioritere inden for sundhedsvæsenets forskellige aktiviteter.

Denne koncentration af sygehusvæsenet blev fulgt op af en ændring af sygehusloven, der indeholdt krav om, at den enkelte amtskommune udarbejder en langsigtet plan for udbygning af sygehusvæsenet. Til støtte for udarbejdelsen af disse sygehusplaner udsendte indenrigsministeriet i 1971 vejledende retningslinier herfor. I disse retningslinier siges bl. a., at planlægningen i videst muligt omfang bør baseres på samarbejde mellem sygehusvæsenet og tilgrænsende områder inden for sundheds- og socialvæsenet, herunder praktiserende læger og plejehjem for kronisk syge. Baggrunden for denne udtalelse var hensynet til organisationen af skadebehandling, ambulanceservice og visitationsordningerne, udnyttelsen af laboratorier

og røntgenafdelinger i den ambulante undersøgelse og behandling samt hensynet til den statslige og kommunale planlægning inden for sundheds- og socialvæsenet i øvrigt.

I forbindelse med debatten omkring socialreformkommissionens første betænkning, der indeholdt forslag om sygekassernes nedlæggelse og etablering af et offentligt skattefinansieret sygesikringssystem, blev fra forskellig side fremhævet, at en praksisplanlægning ville blive nødvendig med henblik på at koordinere indsatsen fra de forskellige sundhedsprofessioner i den primære sundhedstjeneste. I 1971 nedsatte socialministeren efter forslag fra lægeforeningen i forbindelse med udvalgsbehandlingen af sygesikringsloven i folketinget et udvalg om den tidlige social- og sundhedstjeneste, det såkaldte Wechselmann-udvalg, der afgav betænkning nr. 669/73. Dette udvalgs overvejelser og forslag om det fremtidige sociale og sundhedsmæssige samarbejde byggede på en række forudsætninger, dels med hensyn til opgavefordelingen mellem kommuner og amtskommuner, dels med hensyn til opbygningen af de sociale forvaltninger såvel på kommunalt som på amtskommunalt plan. Udgangspunktet for udvalgets overvejelser var bl. a. socialreformkommissionens to betænkninger, betænkningerne om sundhedsplejerskeinstitutionen og om hjemmesygepleje samt en række betænkninger afgivet af udvalg, nedsat under Den almindelige danske Lægeforening. I udvalget var der enighed mellem repræsentanterne for staten, de kommunale organisationer og lægeforeningen om, at en praksisplanlægning såvel funktionsmæssigt som geografisk var en forudsætning for at tilvejebringe det nødvendige samarbejde lokalt mellem den primære sundhedstjenestes forskellige professioner indbyrdes og mellem disse på den ene side og primærkommunernes social- og sundhedsforvaltninger på den anden side.

Vedrørende praksisplanlægning hedder det bl. a. i betænkningen (side 36) følgende:

»Udviklingen i de senere år såvel inden for almen praksis som på det sundhedsmæssige område i øvrigt og på det sociale område har tydeligt vist behovet for samarbejde og koordinering. Samarbejdet i almen praksis har givet sig udslag i etablering af samarbejdspraksis. Desuden i forskellige forsøg

ved samarbejde mellem det kommunale sundhedspersonale og andre personalegrupper inden for den sociale forvaltning og de praktiserende læger. Endelig har der været en tendens til en ændret opbygning af de kommunale sociale forvaltninger med henblik på helhedsvurdering og koordination mellem de forskellige foranstaltninger.

En forudsætning for at opnå et så snævert og effektivt samarbejde som muligt, i særlig grad på det kommunale plan, er, at der i højere grad tilvejebringes overensstemmelse mellem lægernes og det offentligt ansatte sundhedspersonales patientkredse samt de sociale forvaltningers geografiske virkeområder.

For at opnå dette vil Den almindelige danske Lægeforening søge at etablere en praksisplanlægning inden for de enkelte amtskommuners områder, der sigter mod en koncentration af lægerne i samarbejdspraksis og mod, at lægerne kun virker inden for en enkelt eller nogle ganske få kommuners områder. En sådan praksisplanlægning vil forudsætte et samarbejde mellem vedkommende lægekredsforening og amtskommune. Et egnet samarbejdsforum vil være det i sygesikringslovens § 23, stk. 4, nævnte fællesudvalg. Samlede praksisplaner bør etableres snarest muligt og under alle omstændigheder søges opfyldt i forbindelse med nyetableringer.

Tilsvarende bør der ved planlægning af den sociale- og sundhedsmæssige virksomhed, der skal finde sted i kommuner og amtskommuner, lægges afgørende vægt på, at der foretages en hensigtsmæssig placering af det samlede personale, således at en bestemt personkreds bliver fælles for en praktiserende læge (eller en samarbejdspraksis), en hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske og en (del af en) kommunal socialforvaltning.

Det kan yderligere være hensigtsmæssigt, at de sociale forvaltninger opdeles i geografiske områder, svarende til en behandlergruppes klientkreds, såfremt der inden for forvaltningen er organiseret behandlergrupper.«

Wechselmann-betænkningen indeholder et udkast til vejledende retningslinier for det sociale og sundhedsmæssige samarbejde på kommunalt og amtskommunalt plan. I udkastet til vejledende retningslinier er initiativet

til en praksisplanlægning tillagt de stedlige lægekredsforeninger, men samtidig er der - jfr. det oven for citerede afsnit - påpeget nødvendigheden af et samarbejde med amtsskommunen (§ 23, stk. 4-udvalgene).

Dette udkast til retningslinier er aldrig blevet ført ud i livet som officielle bestemmelser, men Kommunernes Landsforening har lagt de i betænkningen nedfældede principper til grund ved udformningen både af Kommuneinformation nr. 6 og nr. 10 for så vidt angår kommunernes egne forvaltninger og deres samarbejde med lægerne. I flere amtskommuner har den lokale lægekredsforening udarbejdet en praksisplan, i en del tilfælde i samarbejde med eller med orientering til § 23, stk. 4-udvalgene. Det fremgår i øvrigt af en af amtsrådsforeningen foretagen undersøgelse, at samtlige ud af 12 adspurgte § 23, stk. 4-udvalg under en eller anden form har beskæftiget sig med spørgsmålet om praksisplanlægning. I hvilket omfang de udarbejdede praksisplaner er blevet fulgt er imidlertid ikke klart, idet der indtil 1. april 1976 hverken i offentlige bestemmelser, i overenskomsterne eller i de kollegiale vedtægter har været mulighed for en egentlig styring af en praksisplan. En reel påvirkning af udviklingen har dog været mulig gennem bestemmelserne i § 10, stk. 4 og 5, i Den almindelige danske Lægeforenings kollegiale vedtægter. Disse vedtægter omhandler dels situationen, hvor et praksissted lukkes med henblik på praksiskoncentrering, dels situationen, hvor en læge ønsker at nyetablere sig. De omtalte vedtægter må nu anses for ude af kraft på grund af landsoverenskomstens praksisreguleringsbestemmelser.

Københavnsoverenskomsten er principielt forskellig fra den tidligere landsoverenskomst, dels fordi der ikke er fri nedsættelsesret i området, dels fordi lægen i hovedsagen aflønnes ved et fast årligt honorar pr. tilmeldt gruppe 1 sikret.

Lægen ansættes efter opslag af stillingen. Det påhviler dog den nyansatte læge selv at skaffe praksislokaliteter og afholde alle udgifter i forbindelse med driften.

Overenskomstens område er inddelt i et antal storkredse, indenfor hvilke sundhedsdirektoratet ansætter så mange læger (kredslæger), at det samlede antal svarer til en kredslæge for hver ca. 1.325 gruppe 1 sikrede. For de gruppe 1 sikrede er lægevalget frit mellem lægerne i den storkreds, hvori

den sikrede har bopæl, dog således at hvælge så vidt muligt automatisk tilføres dt personer, som tilflytter eller bliver gruppe 1 sikrede i et for hver kredslæge nærmere afgrænset mindre område. Denne automatik brydes kun, såfremt den sikrede udtaler direkte ønske om en anden navngiven læge i kredsen. Hvis en kredslæge har 1.325 tilmeldte eller derover eller er fyldt 70 år, standses den automatiske tilgang. Ved de sikredes frie valg kan dog tilmelde« indtil i alt 2.200 og herudover kun, hvis lægen i hvert enkelt tilfælde giver sit skriftlige samtykke overfor den sikrede.

Sammenfattende kan det konstateres, at praksisplanlægning uden for Københavnsområdet indtil 1. april 1976 alene har været varetaget af lægekredsforeningen, ligesom styringen i overensstemmelse med en given plan - i det omfang styring overhovedet har været mulig - har hvilet på de lægelige organisationers kollegiale bestemmelser. Selv om de vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning forudsætter et planmæssigt sammenspil mellem sygehusvæsenet og en given lokal praksisstruktur, og selv om Wechselmannbetænkningen fastslår nødvendigheden af en funktionel og geografisk praksisplanlægning af hensyn til primærkommunernes sociale og socialmedicinske funktioner, har der ikke indtil 1. april 1976 været nogen betydende offentlig indflydelse på eller medansvar for udviklingen i praksissektoren uden for Københavnsområdet.

II. Offentlige hensyn bag praksisplanlægning

Som det fremgår af det foregående afsnit, har ønsket om en styret udbygning af almen praksis i løbet af en kortere årrække ændret sig fra at være et udtryk for lægestandens egne interesser først og fremmest i en bedre og rigeligere rekruttering til faget, til også at omfatte en lang række offentlige interesser navnlig med hensyn til samordning af amts samlede sundhedsvæsenets aktiviteter med kommunernes og amtskommunernes sociale service.

Formålet med dette afsnit er at redegøre for hvilke offentlige interesser, der i dag er knyttet til en styret og planbestemt udvikling af almen praksis.

Arbejdet i almen praksis består i undersø-

fremhævet, at tallene skal omgås med stor forsigtighed, men det skønnes, at patienter med virkeligt sociale eller socialmedicinske problemer, som den alment praktiserende læge af tidsmæssige eller uddannelsesmæssige grunde ikke formår at løse alene, udgør ca. 1 pct. af henvendelserne, svarende til 2-3 patienter pr. uge. Da disse patienters problemer imidlertid er komplicerede, finder undersøgelsens forfattere en vis bekræftelse i disse tal på en opfattelse af, at 5 alment praktiserende læger vil kunne beskæftige 1 socialrådgiver.

Undersøgelsen er foretaget før sygesikringslovens ikrafttræden og før bistandslovens vedtagelse. Den bekræfter det almindelige indtryk, at almen praksis langt overvejende beskæftiger sig med sygdomsbehandling af legemlige og sjælelige lidelser. Fler-tallet af henvendelserne for yngres vedkommende er førstegangs-henvendelser, dvs. kortvarige sygdomstilfælde. For de ældres vedkommende drejer det sig oftest om fortløbende behandling og kontrol, svarende til længerevarende eller kroniske sygdomstilfælde. I langt de fleste situationer færdiggør de alment praktiserende læger undersøgelse og behandling - evt. med støtte fra speciallæger i eller uden for sygehusvæsenet, hyppigst det sidste. Kun et relativt lille antal af henvendelserne fører til indlæggelse eller ambulantly sygehusbehandling.

Der er ingen grund til at tro, at denne del af kontaktmønstret har ændret sig væsentligt indtil i dag. Det betyder, at man i praksisplanlægning i væsentlig grad må tage hensyn til hovedfunktionen: den almene - ikke specialiserede - sygebehandling og undersøgelse med henblik på udelukkelse af behandlingskrævende sygdom.

2. Almen praksis og sygehusvæsenet

Almen praksis er det første lægelige kontaktpunkt til sundhedsvæsenet i øvrigt, hvor de, som mener sig syge, gennem lægernes undersøgelser kort sagt deles i 2 grupper - den ene, som lægen selv undersøger og færdigbehandler, den anden, som visiteres videre til andre dele af sundhedsvæsenet for nærmere undersøgelse og/eller en anden form for behandling. Dette betyder, at sygehusvæsenet bortset fra ulykkestilfælde og ved akut livstruende sygdom udelukkende modtager patienter, der - normalt af en alment praktiserende læge - er visiteret dertil på grund af et

særligt krævende og som regel veldefineret undersøgelses-, behandlings- eller plejebehov.

Praksisfunktionen og sygehusfunktionen kompletterer hinanden i den forstand, at jo mere hensigtsmæssig almen praksis i sig selv og gennem samarbejdsrelationerne mellem almen praksis, den øvrig primære sundheds- og socialservice og sygehusvæsenet fungerer, des mere hensigtsmæssigt må man regne med, at sygehusvæsenet udnyttes. Det er således af væsentlig betydning for sygehusplanlægningen at kende omfanget af praksissektorens behandlingsmæssige og diagnostiske formåen - med støtte af special sakundskab og apparatur. Ikke mindst i omfanget af sygehusvæsenets ambulatorievirksomhed bør der tages hensyn til disse faktorer.

Endvidere må der i sygehusplanlægningen tages hensyn til almen praksis' behov for at kunne trække på laboratorie- og røntgenfaciliteter, og i øvrigt ske en afbalancering af disse funktioner inden for og uden for sygehusvæsenet. Også praksissektorens mulighed for at deltage i skadebehandling, vagtberedskab osv. er af betydning. Disse forhold og andre er baggrund for, at der som nævnt foran under I. i de vejledende retningslinier bl. a. er påpeget nødvendigheden af, at der i sygehusplanlægningen tages hensyn til de praktiserende læger. For på bedst mulig måde at kunne dimensionere de 2 sektors udbygningsgrad og deres indbyrdes samspil, er det ikke alene tilstrækkeligt, at der foreligger planer for sygehusvæsenets udbygning, men der bør tillige som nævnt ske en planlægning og styring af almen praksis. For begge sektors vedkommende er faktorer som befolkningsunderlagets størrelse, aldersmæssige fordeling, by/landbo-fordeling, erhvervsgeografiske forhold samt trafikstruktur af betydning for sygdomsmønstret og kontaktmønstret og dermed for sektorernes udbygningsgrad og indbyrdes samspil.

3. Almen praksis og speciallægepraksis

Efter den gældende overenskomst er det en betingelse for vederlagsfri speciallægehjælp, at der foreligger en henvisning til speciallægen fra en alment praktiserende læge. Speciallægens opgave er at foretage undersøgelser og behandling af patienter, når den alment praktiserende læges diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder er udtømt. Ofte vil den alment praktiserende læge have mulig-

hed for at vælge imellem henvisning til praktiserende speciallæge og et sygehus-ambulatorium. Denne problemstilling er omtalt i afsnittet om speciallægepraksis, jfr. foran side 312 ff.

Såfremt der tillægges det offentlige indflydelse på speciallægepraksis, bør denne indflydelse koordineres med praksisplanlægningen for almen praksis, ikke mindst med henblik på en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af de alment praktiserende lægers visitations- og henvisningsmønstre.

4. Almen praksis og det primærkommunale social og sundhedsområde

Med bistandslovens gennemførelse er de fleste af de sundhedsmæssige og sociale servicefunktioner samlet hos primærkommunerne. Det drejer sig om sygesikring og dagpenge, skolelægeordninger, skolesundhedsplejen, børnetandplejen, sundhedsplejen, hjemmesygeplejen, hjemmehjælp, mødrehjælpsfunktioner, revalidering og første behandling af invalide- og førtidspensionssager. Denne samling indebærer, at de alment praktiserende læger i langt de fleste situationer, hvor komplicerede såvel som enkle socialmedicinske problemer skal løses, nu må samarbejde med patientens bopælskommune og ikke længere med en række forskellige fjerne placerede institutioner. Disse forhold bør forøge kontakthypigheden mellem lægerne og kommunerne ganske betydeligt.

Til brug for socialreformkommissionens arbejde foretog socialforskningsinstituttet nogle undersøgelser, som gav visse oplysninger om relationerne mellem alment praktiserende læger og det daværende opsplittede sociale service system.

Man fandt, at 1 mill. danskere mellem 18 og 67 år årlig rammes af socialbegivenheder såsom sygdom, arbejdsløshed, ægtefælles død, separationer og skilsmisser, fødsel uden for ægteskab m. v. Af disse kommer ca. 500.000 i kontakt med et eller flere sociale hjælpeorganer og/eller modtager lægebesøg i hjemmet. 400.000 af de 500.000 har overstået den sociale begivenhed inden for 3 måneders forløb, og for 100.000 varer begivenheden ud over 3 måneder. Undersøgelsen viste, at de alment praktiserende læger var den enkeltgruppe inden for sundheds- og socialvæsenet, der havde kontakt med langt de fleste af dem med en socialbegivenhed af

mere end 3 måneders varighed, nemlig 80 pct. heraf. Det fastslås endvidere, at en rådgivergruppe på 4 personer vil få en tilgang af 4 nye komplicerede sager om ugen, hvoraf der i de 3 allerede indgår lægelige aspekter. Hertil skal så lægges de nødvendige kontakter mellem de alment praktiserende læger og det øvrige sundhedspersonale i primærkommunen, dvs. hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, skolesundhedspleje og i et vist omfang ergo- og/eller fysioterapeuter, ansat i kommunen med henblik på vurdering af behov for hjælpeforanstaltninger i ældres eller handicappedes hjem.

Sammenfattende kan det konstateres, at de alment praktiserende læger har en betydelig indflydelse på forbruget af primærkommunernes sociale- og sundhedsmæssige serviceydelser, og for den enkelte kommunes udbygningsplaner vil praksisstrukturen i området spille en ikke uvæsentlig rolle.

Såvel i Wechselsmann-betænkningen som i kommuneinformation nr. 6 og 10 er behovet for overensstemmelse mellem alment praktiserende lægers og ikke mindst det offentligt ansatte sundhedspersonales patientkredse kraftigt understreget. Et middel til at opnå dette er f. eks. en praksisplanlægning, der indebærer dels en regulering af den fri nedsættelsesret for læger, dels en regulering af patienttilgangen med henblik på at opnå så høj grad af fælles befolkningsunderlag med de offentligt ansatte medarbejderes virkeområde som muligt.

5. Den geografiske fordeling af alment praktiserende læger

Som nævnt i indledningen til dette afsnit er der en væsentlig offentlig interesse knyttet til den geografiske fordeling af de alment praktiserende læger med henblik på at tilsikre befolkningen en rimelig god og ensartet adgang til lægebetjening over alt i landet. Grundlaget for en sådan fysisk planlægning er en række tidligere nævnte faktorer i den enkelte amtskommune (befolkningsunderlagets størrelse og aldersmæssige fordeling, fordeling af befolkningen på by og landdistrikt, erhvervsmæssige forhold m. v.). En praksisplanlægning med hensyntagen til disse forhold forudsættes nu gennemført efter ophævelsen af den fri nedsættelsesret og gennem regulering af den enkelte læges patienttilgang.

6. *Uddannelse af alment praktiserende læger*
På uddannelsesområdet har almen praksis indtil nu ikke spillet nogen formel rolle. Almen praksis er imidlertid på grund af sin centrale placering i sundhedsvæsenets struktur et helt nødvendigt uddannelsessted især for læger, men også til en vis grad for andre sundhedsprofessioner.

I forbindelse med ændringen af lægeloven (maj 1976) forudsættes det, at alle lægevidenskabelige kandidater for at opnå ubegrænset autorisation som læge, skal videuddannes i 12 måneders sygehusansættelse og - efterhånden som det bliver muligt - 6 måneder i almen praksis. Desuden er det foreslået af speciallægekommissionen, at vordende alment praktiserende læger ud over yderligere sygehusuddannelse skal have en hoveduddannelse i almen praksis, analogt med egentlige speciallæger.

Medens den sidstnævnte uddannelse efter alt at dømme vil kunne finde sted i normale amanuensisstillinger oprettet i et antal, der svarer til almen praksis ekspansionsbehov og takt, vil de 6 måneders uddannelse for alle læger forudsætte, at der oprettes praksisreservelægestillinger i det omfang, lægekandidatproduktionen tilsiger det. Med en kandidatproduktion på 600 pr. år, kræver dette oprettelse af 300 praksisreservelægestillinger. Indtil nu har det vist sig vanskeligt at etablere enighed mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg om finansiering af sådanne stillinger.

Rent bortset fra disse øjeblikkelige økonomiske vanskeligheder, forudsætter en sådan etablering af praksisreservelægestillinger også en planlægning af praksis, som bl. a. sikrer, at udbygningen finder sted overvejende i form af flermandspraksis. Ligeledes må der i beregningerne over det nødvendige antal alment praktiserende læger tages hensyn til, at en vis andel af deres normale arbejdstid skal kunne anvendes til undervisning, fortrinsvis i form af supervision.

7. *Andre offentlige hensyn*

Et sundhedsvæsen i bestandig udvikling vil til stadighed påtage sig nye opgaver eller få sådanne pålagt. I disse år er erkendelsen af, at de store sygdomme, der nu præger befolkningen (åreforkalkningsfølger, psykiske lidelser, led-muskellidelser, kroniske lungeli-

delser, kræftlidelser m. v.), næppe kan fjernes gennem helbredelse ved en specifik lægelig indsats, ved at slå igennem. Aktiv sygdomsforebyggelse accepteres alment som vejen frem, hvis antallet af syge med de nævnte sygdomme skal formindskes og livskvaliteten på det helbredsmæssige område i almindelighed forøges. Det eksisterende sundhedsvæsen bliver i stigende omfang inddraget i sygdomsforebyggelsesprogrammer, og den primære sundhedstjeneste er navnlig på grund af den brede kontakthæde over for befolkningen særdeles velegnet til at påtage sig det opsøgende arbejde og yde en tidlig indsats.

Et betydningsfuldt nyt område er den kommende opbygning af en bedriftssundhedstjeneste med henblik på forebyggelse af arbejdsulykker og arbejdsbetingede sygdomme. En ikke ubetydelig del af de lægelige opgaver i forbindelse hermed tænkes løst af alment praktiserende læger under forudsætning dels af den passende videre- og efteruddannelse, og dels af, at arbejdet i bedriftssundhedstjenesten indgår som en andel af den alment praktiserende læges normale arbejdstid, og at omfanget heraf får betydning for lægens praksisstørrelse. Der skal således i planlægningen af almen praksis tages hensyn til erhvervslivets behov for lægelig arbejdskraft fra den lokale praksissektors side.

Organisationen af bedriftssundhedstjenesten er i øjeblikket genstand for behandling i et udvalg under arbejdsministeriet.

III. **Det pr. 1. april 1976 etablerede praksisplanlægnings/reguleringssystem**

Som nævnt under I. har ønsket om etablering af en praksisplanlægning med offentlig medindflydelse været stigende gennem de senere år. I forbindelse med de i foråret 1975 påbegyndte forhandlinger om en ny landsoverenskomst mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) tilkendegav socialministeriet på grundlag af en drøftelse i den såkaldte K-gruppe i skrivelse af 10. april 1975 de centrale sundhedsmyndigheders interesse i en sådan planlægning. Det hedder bl. a. i denne skrivelse:

»Som et af de forhold, man fra statens side må lægge megen vægt på, har K-grup-

pen henvist til det såvel af PLO som af forhandlingsudvalget selv overvejede spørgsmål om de nærmere regler for videreførelsen af den stedfindende praksisplanlægning. Medens PLO stiller forslag til en intensiveret praksisstyring, der stort set er overladt til lægerne selv, finder man i K-gruppen, at der bør sikres en offentlig medvirken i en sådan planlægning. Der henvises herved til, at der ved den stedfundne henføring af sygesikringsordningen til amtskommunerne er skabt rammer for en samlet offentlig planlægning af den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenets funktioner. En praksisplanlægning med offentlig deltagelse vil således være et stærkt ønskeligt supplement til den igangværende offentlige sygehusplanlægning med henblik på at tilvejebringe et bedre grundlag for det bedst mulige samarbejde og en rationel opgavefordeling mellem sygehusvæsenet og praksisområdet. En praksisplanlægning med offentlig deltagelse vil tillige være en afgørende forudsætning for realiseringen af det i betænkning nr. 669/73 indeholdte forslag til udformning af den kommende stedlige social- og sundhedstjeneste og vil i øvrigt være ønskelig med henblik på en forbedring af mulighederne for det sociale/lægelige samarbejde, særlig efter bistandslovens ikrafttræden den 1. april 1976 og etablering af amtskommunale revaliderings- og pensionsnævn og amtsankenævne.«

Med den landsoverenskomst, der er trådt i kraft pr. 1. april 1976, er der etableret et system, der indebærer pligt til i hver amtskommune at foretage en *praksisregulering* og en *praksisplanlægning* under offentlig medvirken.

Praksisregulering indebærer en inddeling af den enkelte amtskommune i praksisområder, inden for hvilke, der er en væsentlig sammenhæng mellem de enkelte lægers arbejdsmængde. Overenskomsten indeholder regler om klassifikation af områderne som åbne eller lukkede for tilgang og om virkningerne heraf samt om praksisstørrelse og regulering heraf.

Overenskomstens bestemmelser om prak-

sisplanlægning bestemmer, at der for hver amtskommune skal udarbejdes en *praksisplan* for udviklingen på området inden for en nærmere fastsat periode, f. eks. 5 eller 10 år. I disse praksisplaner forudsættes der taget hensyn til andre områder inden for sundheds- og socialsektoren, f. eks. sygehusplanlægningen, de sociale og sundhedsmæssige udbygningsplaner m. v. Der skal endvidere ved fastlæggelsen af praksisformer tages hensyn til at sikre befolkningen frit læjevalg.

Kompetencen på de nævnte områder er for så vidt angår praksisregulering henlagt til de overenskomsthjemlede samarbejdsudvalg bestående af 3-4 medlemmer af § 23, stk. 2-udvalgene, og et tilsvarende antal repræsentanter for de praktiserende læger, medens praksisplanlægningen er henlagt til § 23, stk. 4-udvalgene, hvor også speciallæger og yngre læger kan være repræsenteret.

Endvidere er der tillagt landssamarbejdsudvalget forskellige kompetencer. Det er således en gyldighedsbetingelse for de lokalt udarbejdede praksisområdeinddelinger og for de af § 23, stk. 4-udvalgene udarbejdede praksisplaner, at de godkendes af landssamarbejdsudvalget, der endvidere har kompetence til at udstede generelle retningslinier herfor.

Ved indførelsen af landsoverenskomstens her kort refererede bestemmelser vedrørende planlægning og styring af udviklingen i almen praksis uden for Københavnsområdet, er der taget hensyn til visse betydningsfulde offentlige interesser og tilvejebragt en politisk medindflydelse på udformningen af planerne og styringen heraf.

Der foreligger endnu ikke, som foreslået af Wechselmann-udvalget, vejledende retningslinier for praksisplanlægningen, herunder hvilke hensyn planlægningen bør tilgode, især med hensyn til samordningen med kommunernes social- og sundhedsforvaltningers udbygningsplaner og sygehusplanlægningen. Endvidere foreligger ingen regler for en central godkendelsesprocedure.

Disse spørgsmål er genstand for nærmere overvejelse i en arbejdsgruppe under K-gruppen.

KAPITEL V

Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr.
sundhedsvæsenets, specielt
sygehusvæsenets ressourceforbrug

I. Indledning

På sit 4. og 5. møde den 2. og 18. december 1975 besluttede prioriteringsudvalget at nedsætte 4 arbejdsgrupper, der skulle behandle de enkelte emneområder inden for udvalgets kommissorium, herunder en arbejdsgruppe vedr. sundhedsvæsenets, specielt sygehusvæsenets, ressourceforbrug. Denne arbejdsgruppe fik til opgave *dels* at fremkomme med forslag til foranstaltninger, der på kortere sigt vil kunne tjene til at begrænse stigningstakten i ressourceforbruget i sundhedsvæsenet, herunder især inden for sygehusvæsenet, og *dels* at redegøre for, på hvilke områder og evt. under hvilke forudsætninger der skønnes at kunne opnås en bedre ressourceudnyttelse ved en funktionsforskydning mellem de enkelte dele af sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område, og stille forslag til praktisk fremme af sådanne funktionsomlægninger. Den fulde ordlyd af arbejdsgruppens vejledende kommissorium samt arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 1 og 2.

Arbejdsgruppen har holdt i alt 11 møder, og arbejdet har været delt op i to faser. I fase 1 har man koncentreret sig om at overveje mulighederne for besparelse på kortere

sigt inden for sygehusvæsenet. Resultatet heraf er kommet til udtryk igennem udarbejdelsen af »Vejledning vedr. foranstaltninger til fremme af besparelser inden for sygehusvæsenet«, som af arbejdsgruppen blev afgivet til indenrigsministeriet den 1. april 1976. Vejledningen samt indenrigsministerens følgeskrivelse ved dens udsendelse til amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommune er optaget som bilag 4. I den efterfølgende fase 2 har arbejdsgruppen *dels* overvejet yderligere forslag til fremme af en øget omkostningsbevidsthed i sygehusvæsenet og *dels* beskæftige sig med samspilsproblemerne mellem de enkelte dele af sundhedsvæsenet og disses indflydelse på ressourceforbruget.

Arbejdsgruppen har som led i sit arbejde modtaget bistand fra en række udefra kommende sagkyndige, jfr. bilag 3. Disse sagkyndige har enten deltaget i en af de projektgrupper, som har været nedsat under arbejdsgruppen eller i ét eller flere af møderne i selve arbejdsgruppen. Det skal understreges, at nærværende redegørelse alene udtrykker arbejdsgruppens synspunkter.

II. Generelle betragtninger

1. Perspektivplan-redegørelsen (PP II).

Baggrunden for prioriteringsudvalgets ned-sættelse har specielt været de i PP II beskrevne perspektiver for sundhedsvæsenets ressourceforbrug. Heri fremhæves den meget kraftige vækst i ressourceforbruget med en 6 pct. årlig personaletilvækst i perioden 1966-67—1971-72. Det påpeges, at denne personaletilvækst helt overvejende skyldes dels en øget undersøgelses- og behandlingsaktivitet som resultat af den lægelige og teknologiske udvikling og dels de betydelige forkortelser i arbejdstiden, som visse personalekategorier har opnået, samt at denne vækst næsten udelukkende er sket i sygehussektoren, således at balancen mellem den primære og den sekundære sundhedstjeneste er blevet yderligere forrykket (antal beskæftigede praktiserende læger har således været uændret i de forløbne 15 år før PP II). Som årsag hertil anføres *at* den lægevidenskabelige udvikling har muliggjort behandling af stadig mere komplicerede sygdomstilfælde, som nødvendigvis må henlægges til det specialiserede sygehusvæsen, *at* sygehussektoren i en tid med lægemangel har tiltrukket størstedelen af den lægelige kandidatproduktion på bekostning af praksissektoren, og *at* det hidtidige finansieringssystem med høj statslig refusion af sygehusudgifter kan have tilskyndet til en ekspansion af sygehussektoren frem for den under sygekasseordningen finansierede praksissektor.

I PP II peges på en række muligheder for en fremtidig begrænsning af væksten i ressourceforbruget. Udover en forbedring af de politiske styringsmidler og af beslutningsgrundlaget (informationssystemet) anføres det bl. a., at en intern organisationsudvikling i sygehusvæsenet åbner mulighed for rationaliseringsgevinster.

Endvidere peger PP II på, at såvel sundhedsmæssige som økonomiske hensyn taler for at prioritere udbygningen af praksissektoren frem for sygehusvæsenet. En sådan udbygning af praksissektoren angives at kunne ske ved

- at* lade den alment praktiserende læge varetage et større udvalg af lægeydelser enten som led i et behandlingsforløb, der videreføres af praktiserende speciallæge eller af sygehusvæsenet, eller som færdigbehandling i almen praksis,
- at* ikke-akutte patienter så vidt muligt ikke indlægges på sygehuse, før der er foretaget så omfattende undersøgelser som gennemførligt i praksissektoren, og i denne forbindelse
- at* praksissektoren forsynes med det nødvendige tekniske udstyr og hjælpepersonale.

I den efterfølgende offentlige debat har man især hæftet sig ved PP II-s tanker om opprioritering af praksissektoren, der har vundet genklang blandt folketingets politikere, idet der dog har været en vis usikkerhed med hensyn til såvel styringsmulighederne for som virkningerne af en sådan ændret funktionsdeling. I arbejdsgruppens vejledende kommissorium peges også direkte på de substitutionsmuligheder, der eksisterer mellem forskellige former for ydelser inden for sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område, og den hermed forbundne problemkreds om at finde frem til en økonomisk rationel arbejdsdeling mellem de forskellige institutioner og personalegrupper.

2. Udviklingen omkring og efter PP II

Ved vurderingen af PP II-s betragtninger vedrørende udviklingen inden for sundhedssektoren er det - som også fremhævet i PP

II - vigtigt at være opmærksom på de siden begyndelsen af 70-erne gennemførte reformer af betydning for sundhedssektoren. Her skal blot nævnes opgave- og byrdefordelingsreformens samling af såvel sygehusvæsenet som praksissektoren (sygesikringen) på amtskommunalt plan (14 amtskommuner og Københavns og Frederiksberg kommuner) og den i forbindelse hermed instituerede sygehusplanlægning og sociale udbygningsplanlægning, i hvilken sidste de primærkommunale sundhedsordninger indgår. De nye lægeoverenskomster pr. 1. april 1976 har endvidere fastlagt overenskomstmæssige procedurer for forhandling af en praksisplanlægning og plangennemførelse, herunder regulering inden for almen praksis. Ligeledes er der åbnet mulighed for forhandling om en praksisregulering inden for speciallægeområdet.

Hermed er der allerede skabt et væsentligt bedre grundlag for den i PP II efterlyste helhedsvurdering og styring inden for sundhedssektoren.

Endvidere er der rent faktisk sket en kraftig opbremsning i væksten i ressourceforbruget navnlig inden for sygehussektoren, og dette forhold må kunne tages som udtryk for en såvel politisk som faglig accept af, at man ikke kan skaffe bevillinger til alt, hvad der er lægeligt/teknologisk muligt. Personaletilvæksten inden for sygehussektoren var således i perioden 1972-75 3,3 pct. årligt, og foreløbige opgørelser for 1975-76 tyder på en personalevækst på under 1 pct.

3. Arbejdsgruppens overvejelser.

Det må forventes, at sundhedssektoren indtil videre fortsat vil få stærkt begrænsede økonomiske vækstmuligheder. I denne situation finder arbejdsgruppen det særlig væsentligt, at de påbegyndte bestræbelser på en helhedsvurdering af sundhedsvæsenet bevidst understøttes og videreudvikles med henblik på den bedst mulige udnyttelse af de for det samlede sundhedsvæsen disponible ressourcer, idet der ellers vil være en nærliggende fare for en alvorlig forringet patientservice og en ukritisk afvisning af i øvrigt velmotiverede nyskabelser som resultat af lægelige/teknologiske fremskridt. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at man bevidst må stræbe væk fra hidtidige traditioner, hvor hver af sundhedsvæsenets dele i realiteten har kun-

net leve uden bevidst indbyrdes hensyntagen, og at man sideløbende med en sådan tværgående helhedsvurdering må fremme effektiviteten inden for sundhedsvæsenets enkelte dele.

Arbejdsgruppen ønsker samtidig at understrege, at sundhedsvæsenets opbygning og funktion naturligvis ikke bør påvirkes alene ud fra ressourcemæssige hensyn, men må tilrettelægges på en sådan måde, at patienternes behov og ønsker i videst muligt omfang imødekommes. Arbejdsgruppen finder, at denne målsætning vil kunne fremmes, såfremt sundhedsvæsenet søges udviklet efter de nedenfor beskrevne hovedlinier.

Gennem en mere glidende overgang mellem de enkelte dele af sundhedsvæsenet og en mere nuanceret indsats inden for hvert delområde, vil det være muligt at opnå en *ydelsesstruktur, der er bredere og mere varieret end den i dag anvendte*. Herigennem kan skabes et ydelsesspektrum i sundhedsvæsenet, hvor den enkelte patient kan tilbydes netop de behandlings/plejeformer, som vedkommende individuelt har behov for (patienthensynet), og hvor denne indsats kan udføres på det laveste af de hertil kompetente niveauer (ressourcehensynet). Arbejdsgruppen kan derfor anbefale en mere udbredt anvendelse af ydelsesformer, der i højere grad skaber mulighed for

- en afpasset lægefaglig indsats
- en afpasset plejemæssig indsats
- en friere kombination af disse efter patientens behov.

For så vidt angår den lægefaglige indsats bliver der tale om en mere bevidst anvendelse af de forskellige specialiseringsniveauer. Mellem yderpunkterne - undersøgelse/behandling ved almen praktiserende læge og på højt specialiseret sygehus - findes mange niveauer, som ofte er karakteriseret ved, at undersøgelse/behandling foregår ambulant gennem et samarbejde af vekslende intensitet mellem den alment praktiserende læge og speciallægen (hvad enten den sidstnævnte er praktiserende eller ansat i sygehusvæsenet).

Inden for et sådant spektrum af behandlingsformer (indsatsniveauer) må der ved visitationen sørges for, at indsatsen alene ydes på det niveau, som er påkrævet ud fra sygdomstilfældets karakter. Dette betyder også, at de enkelte dele af et undersøgelses/behandlingsforløb for visse patientkatego-

rier bør udføres på forskellige indsatsniveauer, ligesom indsatsen fra hvert af niveauerne kan ske mere eller mindre akut.

På tilsvarende måde kan man inden for det plejemæssige område forestille sig anvendt en bred vifte af ydelsesformer strækkende sig fra hjemmehjælper/sygeplejerske over sygehusafsnittet for selvhjulpne patienter til intensivafdelingen. Endelig skal påpeges, at ydelsestilbuddet kan differencieres yderligere gennem kombination af ydelser fra sundhedsvæsenet med ydelser fra det brede spektrum af sociale bistandsformer.

Arbejdsgruppen er bekendt med, at forskellige nye ydelsesformer er eller overvejes etableret rundt om i landet, og finder, at denne forsøgs- og udviklingsvirksomhed bør fortsætte, samtidig med at de afprøvede nyere ydelsesformer (eksempelvis daghospitalsafsnit, afpasset patientpleje osv.) tages mere generelt i brug.

Et mere generelt etableret ydelsesmønster i sundhedsvæsenet i overensstemmelse hermed vil samtidig angive opgavefordelingen mellem de forskellige dele heraf. Ud fra en analyse af behovet for de forskellige former for ydelser og under anlæggelse af en rationel vurdering af ressourceindsatsen må der fastlægges en *afstemt dimensionering* af ydelseskapaaciteten for de omtalte områder. Dimensioneringen bør ikke ske alene ud fra de traditionelle kapacitetsmål som f. eks. senge, men der må tillige tages hensyn til væsentlige faktorer såsom personale- og apparaturindsats. En sådan afstemt dimensionering bør ikke blot fastlægge forholdet mellem praksisområdet og sygehusvæsenet som sådan. Også inden for sygehusvæsenet må fastlægges en ud fra patient- og ressourcehensyn optimal opgavefordeling mellem de enkelte sygehusenheder.

Fastlæggelse af en passende ydelsesstruktur og den hermed forbundne arbejdsdeling mellem alle de institutioner og personalegrupper, som er beskæftiget med behandling og pleje af patienter, må være udgangspunktet for den daglige visitation (visitationsmål-

sætningen). Det er afgørende, at sundhedsvæsenet udnyttes efter sin hensigt gennem *korrekt visitation*, dvs. at patienten på det rette tidspunkt visiteres uden omveje til den »rigtige« del af sundhedsvæsenet. Dette forudsætter, at de enkelte personalegrupper og institutioner kender og erkender deres respektive roller i systemet, og med henblik herpå vil det på lidt længere sigt være nødvendigt at udarbejde retningslinier for visitationen. Omvendt bør der også gennem en nøje analyse af visitationen sikres en justering og korrigerende af arbejdsdelingen ud fra de herigennem indvundne erfaringer.

Der bør endelig etableres en *løbende - såvel faglig som økonomisk - vurdering af undersøgelses- og behandlingsrepertoiret*, således at der sker en sanering af forældede og efterhånden uegnede/irrelevante metoder, og at man blandt ligeværdige metoder anvender den billigste. Dette kan bl. a. være en væsentlig forudsætning for, at der bliver »råd« til at tage nye undersøgelses- og behandlingsformer i brug. Det er en vanskelig opgave, dels fordi repertoiret er stort og komplekst, dels fordi samhørende data om behandlingsresultater og økonomi er sjældne, og dels fordi det i nogen grad kræver en holdningsændring hos og en herpå rettet uddannelse af sundhedsvæsenets personale.

Arbejdsgruppen ønsker at fremhæve, at for at de ovenfor nævnte hovedsynspunkter kan realiseres, må *planlægningen for sygehusvæsenet, praksissektoren og de offentlige sundhedsordninger (social-sundhedsområdet) såvel videreudvikles hver for sig som sammenkobles*. Der må lægges vægt på, at planer for de ovennævnte dele af sundhedsvæsenet skal kunne fremlægges til en samlet politisk vurdering, at oplæggene baseres på en tilstrækkelig bred faglig rådgivning på tværs af institutionelle skel, og at planerne udmøntes i budgetter og i operative retningslinier for arbejdsdelingen mellem de disponerende enheder, herunder at sundhedsvæsenets personale aktivt medinddrages i planlægningen.

III. Effektivisering inden for sygehusvæsenet

1. Indledning

Som understreget i afsnit 2 vil en bedre ressourceudnyttelse inden for sundhedssektoren (og den tilgrænsende sociale sektor) bl. a. kunne fremmes igennem bedre planlægning, rationalisering m. v. inden for de enkelte dele af sundhedsvæsenet. I arbejdsgruppens kommissorium er det specielt pålagt arbejdsgruppen at overveje ressourceforbruget i sygehusvæsenet, der jo er langt den mest ressourcekrævende del af sundhedssektoren. I dette afsnit vil derfor blive fremsat en række synspunkter vedr. mulige foranstaltninger m. v. til fremme af en effektivisering af ressourceudnyttelsen inden for sygehusvæsenet. Det skal dog understreges, at en del af de fremførte synspunkter også vil kunne være af betydning for de dele af sundhedsvæsenet, der ligger uden for sygehusvæsenet.

Ved behandling af dette emne er det vigtigt at gøre sig klart, at en væsentlig forbedret ressourceudnyttelse ikke kan gennemføres fra dag til dag, allerede af den grund, at man i sygehusvæsenet i vid udstrækning er bundet langt frem i tiden af eksisterende bygningsmæssige forhold, overenskomstmæssige ansættelsesvilkår m. v., men også i øvrigt fordi tradition, holdninger m. v. kun kan ændres over en vis tid. Ændringer i opgave- og ressourcefordeling, samarbejdsformer, ansvarsfordeling m. v. kan derfor kun ske gradvist. Det er derfor bydende nødvendigt, at man ved en langsigtet systematisk planlægning søger fastlagt et mere bevidst sigte for udviklingen og får kortlagt de foreliggende bevægelsesmuligheder herfor. Herigennem kan lægges rammer for de mange — ofte små og spredte - initiativer, som løbende lader sig gennemføre. Planlægningen må være udarbejdet i en form, der er anvendelig i den politiske beslutningsproces, og

som kan følges op i sygehusvæsenets daglige virksomhed. Dette indebærer, at planlægningen må kunne udmøntes i budgetter, retningslinier m. v., ligesom den må kunne danne grundlag for en løbende kontrol af, at hensigtsmæssige resultater opnås ved gennemførelsen af den tilrettelagte politik.

I det følgende vil der derfor blive fremsat en række forslag dels vedr. sygehusplanlægningen og dels vedr. tilvejebringelsen af en øget omkostningsbevidsthed i den daglige drift.

2. Sygehusplanlægning

Arbejdsgruppen har ikke haft mulighed for mere dybtgående at behandle spørgsmål i forbindelse med selve den materielle sygehusplanlægning og er samtidig opmærksom på, at der såvel på centralt som lokalt plan er igangsat en række udviklingsarbejder inden for dette område. I det følgende fremsættes imidlertid nogle synspunkter, som arbejdsgruppen finder må tillægges betydning ved udformningen af den fremtidige sygehusplanlægning.

En samlet amtskommunal sygehusplanlægning blev først igangsat i forbindelse med kommunalreformen i 1970, og planlægningen må derfor naturligt endnu anses for at være i sin første udviklingsfase. Endnu har ikke alle sygehuskommuner udarbejdet en sygehusplan, og de planer, der foreligger, er i høj grad præget af, at man her har stået med et helt nyt og uvant arbejdsredskab, og at man har manglet såvel et sufficient planlægningsgrundlag som tilstrækkeligt udviklede planlægningsmetoder. Fælles for de fleste planer er, at de næsten udelukkende beskæftiger sig med de fremtidige sygehusinvesteringer.

Arbejdsgruppen mener, at *den fremtidige planlægning i væsentlig højere grad må fokusere på sygehusfunktionen som sådan*, hvilket betyder, at tilrettelæggelsen af en hensigtsmæssig ydelses- og produktionsstruktur må indgå som væsentlige elementer heri. Når dette tillægges særlig betydning, skyldes det bl. a., at en yderligere udbygning af sygehusvæsenet i de kommende år — de økonomiske begrænsninger taget i betragtning — må anses for at være mindre realistisk, ligesom en hensigtsmæssig planlægning af funktionen inden for de eksisterende bygningsmæssige rammer er meget afgørende for patientservice m. v.

En af hovedopgaverne i sygehusplanlægningen må derfor være en vurdering af den eksisterende ydelsespolitik, som basis for overvejelser om de mulige og ønskelige ændringer i de undersøgelses-, behandlings- og plejetilbud, der stilles til rådighed for de forskellige patientkategorier.

Det må opfattes som et udslag af samme synspunkt, at der i de senere år på en række sygehuse er etableret nye ydelsesformer, som kan tages som udtryk for en mere differentieret ydelsesstruktur inden for sygehusvæsenet.

Her kan bl. a. peges på den øgede ambulante undersøgelses- og behandlingsaktivitet i sygehusvæsenet, etablering af særlige daghospitalsafsnit for patienter, der kan bo uden for sygehuset, samt indførelsen af den »afpassede patientpleje«, hvor plejefunktionen afstemmes efter patienternes forskellige behov for pleje og overvågning. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at *man igennem såvel sygehusplanlægningen som i den løbende drift må stræbe mod en mere udbredt anvendelse af disse og evt. andre nye ydelsesformer*, idet man herved kan fremme en effektivisering af patientservicen inden for sygehusvæsenet. Ændringer i retning af en mere differentieret ydelsesstruktur bør dog altid ske efter nøje overvejelse af service-mæssige og ressourcemæssige konsekvenser, idet f. eks. en ambulant undersøgelse godt kan blive både dyrere og mere belastende for patienten end en indlæggelse. Det skal understreges, at der ikke heri ligger et ønske om en øget lægelig specialisering, men derimod at den lægelige og plejemæssige indsats netop afpasses efter den enkelte patients behov. Det skal endvidere fremhæves, at for at sådanne nye ydelsesformer inden for syge-

husvæsenet skal komme til at fungere rationelt og patientvenligt, kræver det dels, at der tilvejebringes nye stillingsbeskrivelser til at sikre en rimelig speciallægebetjening i ambulatorierne, og dels at der udvikles hensigtsmæssige arbejdsgange m. v. (bl. a. booking-systemer ved ambulatorier). Efter nogle medlemmers opfattelse vil det herudover være nødvendigt, at den visiterende læge sikres en frihed i visitationen.

Som et andet aspekt af sygehusvæsenets ydelsesstruktur skal arbejdsgruppen pege på det ønskelige i en stærkere differentiering af henvisningsformerne gennem etablering af en eller flere »halvakutte« henvisningsformer, der bl. a. vil kunne give en jævnere og bedre udnyttelse af sygehusvæsenets kapacitet. En række patientgrupper, som idag henvises som akutte patienter, kan formentlig uden lægefaglige betænkeligheder henvises fra praksis til sygehusvæsenet, f. eks. med betegnelsen »undersøgelse/behandling bør iværksættes i løbet af ... dage«.

De netop fremførte synspunkter vedrører tilrettelæggelsen af sygehusvæsenets ydelsespolitik. *Ydelsespolitikken må danne udgangspunkt for en vurdering af behovet for den samlede sygehuskapacitet og for denne kapacitets fordeling på de forskellige funktionsområder*. (I informationsgruppens redegørelse, side 407 og 425, er nærmere omtalt, hvorledes der kan udarbejdes nuancerede behovsprognoser gennem udnyttelse af den individbaserede patientregistrering og de hermed forbundne problemer med tilvejebringelsen af et relevant mål for behandlingsskapaciteten i sygehusvæsenet). Det skal understreges, at planlægningen af sygehusfunktionen ikke bør baseres alene på antallet og fordelingen af senge, men at denne del af sygehusplanlægningen bl. a. må ske under nøje afstemning med kapaciteten inden for undersøgelses- og behandlingsfunktioner. I kapacitetsvurderingen bør indgå personale, apparatur m. v. samt overvejelser om det hensigtsmæssige ved alternative driftsformer (f. eks. flere skift).

Der må ligeledes lægges vægt på at skabe *en rimelig opgave for deling og samarbejdsform såvel mellem de enkelte sygehuseheder/afdelinger (incl. private og statslige) i amtskommunen som mellem disse og uden- amtsygehuse, herunder specielt lands- og landsdelsaf delinger*. En sådan samordning vil på samme tid kunne sikre befolkningen

den bedst mulige service og tilgodese de økonomiske hensyn gennem en rationel arbejdsdeling mellem de højt specialiserede og de mindre specialiserede sygehuseenheder, og i denne forbindelse en hensigtsmæssig udnyttelse af speciallæger og andet personale samt af avanceret apparatur.

Denne opgavefordeling må fastlægges på grundlag af en afvejning af flere forskellige hensyn, der i et vist omfang trækker i hver sin retning. Herunder kan nævnes, at udnyttelsen af de mere og mere specialiserede lægelige ekspertområder vil kræve et stadig større befolkningsunderlag for det enkelte ekspertområde, og at økonomiske stordriftsfordele vil kunne opnås igennem en intensiv udnyttelse af kostbart og avanceret specialapparatur, men omvendt at såvel sociale som økonomiske hensyn til patienten eller lokalsamfundet kan tale for undersøgelse og behandling på det nærmeste sygehus, hvilket samtidig vil give det letteste samarbejde imellem sygehusvæsenet og de praktiserende læger samt socialektoren, herunder sundheds- og hjemmesygeplejen.

Af de her nævnte hensyn taler de to første for, at regionens sygehuseenheder kommer til at indgå i et stærkt differentieret system, medens de sidstnævnte hensyn taler for et så udifferentieret system som muligt. *En hensigtsmæssig opgavefordeling vil derfor dels være forskellig speciale for speciale, dels være afhængig af den enkelte sygehuskommunes geografiske, befolkningsmæssige og andre individuelle forhold.* I en befolkningsmæssigt stor og homogen amtskommune som f. eks. Københavns amtskommune kan det således forekomme rimeligt at have flere store og i vid udstrækning parallelt fungerende sygehuse, som betjener hver deres geografiske område, og som kun funktionelt er diffentieret inden for de meget højt specialiserede fagområder. I en befolkningsmæssigt mindre og heterogen amtskommune som f. eks. Sønderjyllands amtskommune vil det omvendt kunne være hensigtsmæssigt at gennemføre en stærk funktionel differentiering af flere specialiserede sygehuseenheder. Endvidere vil en differentieret opgavefordeling være lettere gennemførlig uden at komme i konflikt med patienthensynet inden for laboratorieblokken end inden for de kliniske specialer.

En planlægning med et sådant indhold og sigte, må nødvendigvis forudsætte dels, at

såvel politikere som sygehusvæsnets disponerende personalegrupper involveres i sygehusplanlægningen, og dels at sygehusplanen klarere opdeles i en langsigtet målorienteret del (perspektivdel) og en mellemlang, rullende handlingsorienteret del (programdel), der kan samstemmes med budgettet.

3. Øget omkostningsbevidsthed i den løbende drift.

Sygehusplanlægningen kan alene give rammerne for sygehusvæsenets virksomhed. Såfremt planlægningens intentioner om serviceniveau og effektiv ressourceudnyttelse skal kunne realiseres, må sygehusvæsnets virksomhed såvel i forbindelse med den årlige budgetudarbejdelse som løbende igennem driftsåret tilpasses til den faktiske aktivitetsudvikling, som følge af bl. a. ændringer i patientomfang og i den teknologiske udvikling samt til indtrufne ændringer i planlægningens øvrige forudsætninger. Noget sådant vil efter arbejdsgruppens mening forudsætte en mere generel omkostningsbevidst holdning hos sygehusvæsnets disponerende personalegrupper, hvis ekspertise omvendt bør medinddrages i forbindelse med den løbende prioritering.

Gennemførelsen heraf må - som foran fremhævet - foregå gradvist, og arbejdsgruppen anbefaler, at de enkelte sygehuskommuner for det første igangsætter et organisationsudviklingsarbejde, der skal sigte imod at gøre den enkelte faglige medarbejder mere motiveret for effektiv ressourceudnyttelse i den daglige drift, for det andet etablerer tværgående faglige arbejdsgrupper med det formål at skabe en mere økonomisk bevidst vurdering i anvendelsen af laboratorie- og røntgenundersøgelser samt medicin og for det tredje etablerer faglig rådgivning om resourcefordelingen for så vidt angår personale- og apparaturforbruget inden for politisk afstukne rammer for amtskommunens sygehusvæsen.

Forslaget om at iværksætte et udviklingsarbejde vedr. sygehusvæsenets interne organisation skal ses på baggrund af de resultater, som enkelte steder er opnået herigennem bl. a. gennem etablering af tværfaglige teams for terapi og pleje af hver sin patientgruppe. Arbejdsgruppen skal i den forbindelse pege på, at der vil være servicemæssige fordele ved at ambulante og indlagte patienter hver

knyttes til én bestemt læge, der så vidt muligt også varetager kontakten udad til de pårørende og patientens sædvanlige læge.

Forslaget om etablering af interne faglige rådgivnings- og kontrolorganer er nærmere omtalt i den af indenrigsministeren udsendte »Vejledning vedr. foranstaltninger til fremme af besparelser inden for sygehusvæsnet«, der er optaget som bilag 4 til denne redogørelse. De skal derfor her kun omtales relativt kort. Forinden den omtale ønsker arbejdsgruppen at fremhæve, at der bør udvises stor agtpågivenhed for at undgå, at de nedenfor nævnte arbejdsgrupper kommer til at virke ansvarsforflygtigende i den daglige drift.

Hovedopgaven for den foreslåede *arbejdsgruppe vedr. laboratorie- og røntgenundersøgelser* vil være at sørge for

- at udbuddet af undersøgelser jævnlige justeres kritisk med henblik på udskydelse af forældede og i øvrigt irrelevante undersøgelser og for at undgå opretholdelsen af flere analysetyper med samme diagnostiske værdi,
- at de kliniske afdelinger løbende informeres om deres forbrug af analyser/undersøgelser samt om beregnede enhedsomkostninger ved de enkelte analyse- og undersøgelsestyper,
- at der etableres et nært samarbejde mellem serviceafdelingerne og de kliniske afdelinger om hensigtsmæssigheden af faste undersøgelsesprogrammer, forskningsprojekter, særligt vanskelige/kostbare undersøgelser samt om fremsendelse af prøver m. v. til udenamts/private laboratorier (i denne forbindelse skal peges på de betæneligheder, der kan være ved, at et sygehusvæsen benytter private laboratorier, i hvilke sygehusvæsenets egne læger har økonomiske interesser).

Hovedopgaven for den foreslåede *arbejdsgruppe vedr. medicinrådet eller en lokal lægemiddelkomité* er

- løbende at gennemgå og vurdere det eksisterende medicinrepertoire med henblik på udvælgelse af de billigste blandt medicinsk ligeværdige præparater, som anbefales anvendt,
- efterfølgende at tilstræbe en egentlig standardisering af rutesortimentet under hensyntagen til de lokale terapitraditioner.

På grund af medicinrådets fremtrædende rolle også i praksissektoren er det væsentligt, at lægemiddelkomitéernes arbejde kommer til at omfatte såvel sygehusvæsen som praksissektor, hvorfor praksissektoren også må være repræsenteret heri.

Hovedopgaven for den foreslåede *arbejdsgruppe vedr. apparaturområdet* er

- at foretage en medicinsk-teknisk vurdering af apparaturønsker,
- at sikre en vis standardisering af udstyr,

- at afstemme apparaturanskaffelserne efter det samlede behov i sygehuskommunen.

Arbejdsgruppen skal i denne forbindelse udarbejde forslag til hvilke apparaturønsker, der ud fra en faglig vurdering bør fremmes og realiseres inden for den af sygehuskommunen afstukne ramme herfor.

Den i spåre vej ledningen foreslåede *arbejdsgruppe vedr. personalenormering* skal medvirke til en løbende justering af personaleforbruget mellem afdelingerne og af de enkelte afdelingers personalesammensætning. Mens det første især sigter mod en tilpasning til aktivitetsudviklingen, er det sidste nødvendigt for at sikre en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem personalegrupperne. Efter forslaget bør arbejdsgruppen således - inden for en given personaleramme — udarbejde forslag til ændringer i normeringsplanen, som af faglige grunde må anses for ønskværdige. I den forbindelse skal arbejdsgruppen bistå ved udarbejdelsen af differentierede indikatorer (f. eks. kriterier for plejetyngden) m. v., som kan belyse de enkelte afdelingers forventede arbejdsbelastning. Informationsgrundlag for opgørelser af personaleforbrug må forventes væsentligt udbygget i forbindelse med den igangværende budget- og regnskabsreform (og økonomisystemet).

Det skal understreges, at det væsentligste naturligvis er, at de ovenfor nævnte funktioner etableres i de enkelte sygehusvæsen som et supplement til den eksisterende administrative rådgivning over for amtskommunens centrale sygehusforvaltning og politikerne. Det er arbejdsgruppens generelle opfattelse, at faglige arbejdsgrupper vil være velegnede til at varetage disse funktioner, men hvorvidt disse skal være permanente eller mere ad hoc-prægede må bero på en lokal vurdering, ligesom det også er muligt, at disse funktioner vil kunne varetages tilfredsstillende uden etablering af formelle arbejdsgrupper. Den nærmere fastlæggelse af referencelinier (direkte til sygehusudvalget, gennem sygehusforvaltningens chef eller på anden måde) må afhænge af den enkelte sygehuskommunes traditioner og ønsker. Endelig skal fremhæves, at ikke alene læger, men også sygeplejersker, hospitalslaboranter og anden faglig ekspertviden bør kunne være repræsenteret i de foreslåede arbejdsgrupper.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der også på kortere sigt vil kunne opnås såvel økonomiske som andre fordele ved gennemførelse af de ovenfor nævnte forslag i de enkelte sygehuskommuner. Man vil samtidig dermed have taget skridt i retning af en udvikling, der på lidt længere sigt kan tjene til *en generel forbedring af sygehusvæsenets økonomifunktion, hvilket efter arbejdsgruppens opfattelse vil kræve en meget tæt koordination mellem den faglig administrative og den økonomisk administrative styring af sygehusvæsenet*. Arbejdsgruppen ønsker at påpege, at en forbedret overordnet politisk styring af sygehusvæsenet først og fremmest kan tilvejebringes gennem udarbejdelse af rammer for de disponerende enheder, angivende hvilke opgaver de forventes at løse og til hvilket ressourceforbrug.

Det er med henblik på en forbedring af sygehusvæsenets økonomifunktion, at arbejdsgruppen foreslår, at det faglige disponerende personale på forskellige måder medinddrages i den administrative budgetlægning og forvaltning. Med den nuværende ansvarsfordeling inden for sygehusvæsenet er det lægelige og øvrige sundhedsfaglige personale alt dominerende ansvarsområde patientbehandlingen og patientplejen. Dette må naturligvis også fremtidig være det faglige personales hovedansvarsområde, men arbejdsgruppen mener på den anden side, at der må være en tættere forbindelse mellem den faglige og den økonomiske styring.

En *medvirken fra de fagligt ansvarlige ved budgetlægningen for hver deres funktionsområde* vil kunne ske ved, at de i første omgang får det administrativt udarbejdede budgetoplæg til høring inden den politiske behandling, og at de med tiden direkte deltager i budgetoplæggets udarbejdelse og evt. pålægges et vist ansvar i forbindelse med gennemførelsen af det vedtagne budget. En sådan budgetprocedure forudsætter, at sygehusvæsenets nuværende ydelses- og ressourceregistreringssystemer indrettes med henblik på at løse denne opgave. Der må således skabes mulighed for, at der kan foretages en henføring til de enkelte disponerende enheder af de vigtigste direkte omkostninger ved den pågældende enhed samt af de væsentligste indirekte omkostninger i forbindelse med den pågældende enheds træk på andre enheder (tilsyn, laboratorie- og røntgenydelser, operationer m. v.), hvilket bl. a. afhænger af

etableringen af simple **rekvisitionssystemer**. På længere sigt må man stræbe henimod et sammenkøbet aktivitets- og økonomirapporteringssystem, som kan give det nødvendige grundlag for på den ene side at kunne pålægge de disponerende enheder et vist ansvar i forbindelse med budgetforvaltningen (styringsopgaven) og på den anden side - suppleret med ad hoc-undersøgelser - at kunne anslå funktioners og ydelsers ressourceforbrug (prioriteringsopgaven), jfr. informationsgruppens rapport.

For at nå frem til et afbalanceret budgetoplæg for sygehusvæsenet som helhed, må den foran beskrevne udbygning af økonomifunktionen inden for de enkelte disponerende enheder suppleres med en *løbende prioritering af opgaver og ressourcindsats på tværs af enheder*. Med henblik herpå vil der efter arbejdsgruppens opfattelse være behov for *faglig bistand fra et niveau, der ligger over de disponerende enheder* (afdelinger el. lign.) Den her omhandlede faglige rådgivning skal sikre en hensigtsmæssig koordination af de enkelte enheders funktionsområde og vil i tilknytning hertil kunne overtage de prioriteringsopgaver, der ovenfor er foreslået henlagt til faglige arbejdsgrupper vedr. henholdsvis apparatur- og personaleforbruget. For at sikre et administrativt/politisk anvendeligt resultat af en sådan tværgående rådgivning vil det være nødvendigt, at der forinden afstikkes en økonomisk ramme herfor, som tvinger til en faglig prioritering af nye og gamle behandlingsopgaver og til valg af økonomiske opgaveløsninger.

Med hensyn til spørgsmålet om, hvorledes dette faglige rådgivende niveau skal organiseres, ønsker arbejdsgruppen at understrege, at dette må afhænge af forholdene i den enkelte amtskommune, idet det bl. a. vil være afgørende, hvilken sygehusstruktur og opgavefordeling, der tilstræbes. I sygehuskommuner, hvor det er rationelt med flere parallelt arbejdende sygehuse kan man tænke sig en faglig rådgivning, som dækker det enkelte sygehus igennem en såkaldt trojka-ledelse (administrator, forstanderinde, lokal lægerådsformand). En sådan organisationsform vil passe udmærket ind i sygehusvæsenets eksisterende ledelsesstruktur og budgetlægningsprocedure, men den forudsætter, at koordinationsproblemerne mellem amtskommunens sygehusenheder er relativt små. I sygehuskommuner, hvor det er ønskeligt, at de

enkelte sygehuse indgår i et nært funktionelt samarbejde kan man derfor snarere tænke sig, at blokråd - dækkende samtlige amtskommunens sygehuse - varetager den faglige

rådgivning, men i øvrigt fungerer inden for den normale ledelsesstruktur. En sådan ordning er gennemført i Ringkjøbing amtskommune.

IV. Afbalanceret opgavefordeling inden for sundhedsvæsenet og den tilgrænsende socialsektor

1. Opgavefordelingen inden for den ambulante speciallægebetjening.

En del af de undersøgelses- og behandlingsfunktioner, som i dag kan varetages ambulant i sygehusvæsenet, kan - ud fra en lægefaglig vurdering - også udføres i speciallægepraksis, idet det dog vil være en forudsætning, at de pågældende speciallægefunktioner kan ydes uden nævneværdig bistand fra andre specialer, og at den med indgrebet forbundne komplikationsrisiko ikke tilsiger det vagtberedskab, der kan disponeres over i et sygehus. På tilsvarende måde kan de funktioner, som de praktiserende speciallæger i dag varetager, udføres inden for sygehusvæsenets rammer. *Den ambulante speciallægebetjening i og uden for sygehusvæsenet er således et område, hvor der er mulighed for funktionsforskydning i begge retninger.*

Arbejdsgruppen finder, at spørgsmålet om en hensigtsmæssig samordning af den samlede speciallægebetjening er væsentligere end spørgsmålet om, i hvilket regie betjeningen foregår. Det bør således gennem planlægning sikres, på den ene side at der ikke ukoordineret iværksættes aktiviteter i sygehusvæsenet og speciallægepraksis til dækning af det samme behov, således at der skabes overkapacitet, og på den anden side at der er tilstrækkelig kapacitet til sikring af den ønskede behovsdækning.

I planlægningen må der tages hensyn til de enkelte specialers karakter, herunder behov for hjælpepersonale, apparatur, befolkningsgrundlag og umiddelbare behov for samarbejde med andre specialer, ligesom indlæggelsesfrekvenser for de patientgrupper, der typisk behandles, spiller en rolle for den ambulante speciallægebistands snævrere eller løsere sygehustilknytning. I den enkelte sygehuskommune vil endvidere sygehusenes

specialiseringsgrad og geografiske placering samt befolkningstætheden spille en rolle for vurderingen af, i hvilken grad udøvelsen af den ambulante speciallægevirksomhed bør varetages på sygehusene.

På denne baggrund skal arbejdsgruppen anbefale, at der snarest etableres en samlet planlægning af den ambulante speciallægebetjening i og uden for sygehusvæsenet, og at der i denne planlægning indgår en bedømmelse af, hvor speciallægevirksomheden ud fra økonomiske, servicemæssige og kvalitetsmæssige kriterier bør finde sted.

Efter nogle medlemmers opfattelse må en sådan planlægning af den ambulante speciallægebetjening derfor rent praktisk kobles på sygehusplanlægningen. For så vidt angår koordinationen imellem det samlede speciallægeområde og almenpraksisområdet henviser disse medlemmer til det nedenfor under 2.3, anførte.

Det er disse medlemmers opfattelse, at der ikke i den nuværende speciallægeoverenskomst af 1. april 1976 er noget til hinder for at påbegynde en sådan samplanlægning af det samlede speciallægeområde, der primært vil få karakter af gensidig informationsudveksling med hensyn til vurderingen af det fremtidige behov, de foreliggende dækningsmuligheder og de påtænkte udvidelser, omlægning m. v. i betjeningen. Det øgede kendskab alle parter vil få, som følge af en sådan fælles analyse, må i sig selv formodes at få en vis regulerende virkning til gavn for alle implicerede og vil mindske risikoen såvel for overkapacitet som manglende dækning. Overenskomstens parter har derudover visse muligheder for en regulering af speciallægepraksis, som der muligvis kan vise sig behov for at nuancere yderligere på længere sigt.

Andre af arbejdsgruppens medlemmer kan ikke tiltræde, at den ambulante speciallægebetjening planlægningsmæssigt kobles på sygehusplanlægningen, idet disse medlemmer finder, at dette indebærer utilstrækkelige muligheder for at koordinere planlægningen af den ambulante speciallægebetjening med planlægningen af almen praksis. Denne del af arbejdsgruppen finder derfor på baggrund af det her i afsnit 1. anførte, at sygehusplanlægningen bør koordineres med planlægningen af praksissektoren igennem de i medfør af sygesikringslovens § 23, stk. 4, nedsatte fællesudvalg.

En af de væsentlige fordele ved den nuværende form for speciallægepraksis er, at den - i modsætning til traditionen inden for sygehusvæsenet - giver mulighed for en geografisk spredning af behandlingstilbuddet, hvad der bl. a. medfører kortere rejsetid og lavere transportomkostninger for patienterne. Speciallægepraksis er dog hovedsagelig koncentreret i de større byer, mens den i tyndere befolkede områder er sparsom. Ved en samlet planlægning bør det sikres, at der, under hensyntagen til specialernes karakter, sker en hensigtsmæssig geografisk spredning af den ambulante speciallægepraksis. I en sygehuskommune med et geografisk koncentreret sygehusvæsen, vil behovet for tilrettelæggelse af en ambulante speciallægebetjening uden for sygehusene være større end i en sygehuskommune med et geografisk spredt sygehusvæsen. Heraf følger også, at med en tiltagende geografisk samling af sygehusvæsenet øges behovet for en ambulante speciallægeservice uden for sygehusene. I planlægningsovervejelserne bør endvidere indgå de praktiserende speciallægers og sygehusvæsenets aktuelle undersøgelses- og behandlingskapacitet.

Det skal bemærkes, at speciallægepraksis og sygehusambulatorier, i den form de nu kendes, ikke bør betragtes som de eneste alternativer. Man kan således tænke sig etablering af »ambulatoriefilialer« (eventuelt med åbningstid 1-2 gange ugentlig), eller at sygehusvæsenets læger gennem ændrede ansættelsesformer pålægges et vist konsulentarbejde »i marken«. For at sådanne løsninger kan blive realistiske alternativer - såvel ud fra et patient- som et effektivitetshensyn - er det afgørende, at der sikres tilstrækkeligt fagligt niveau samt kontinuitet i behandlin-

gen af den enkelte patient, i lighed med hvad der kendes fra speciallægepraksis.

Som oven for nævnt er de forskellige specialers egnethed til betjening uden geografisk sygehustilknytning forskellig. Generelt kan siges følgende om enkelte udvalgte specialer:

Hud- og kønssygdomme, øjenssygdomme, samt øre-, næse- og halssygdomme:

Velegnede til decentraliseret betjening. Kræver ikke noget særligt stort befolkningsunderlag. Har traditionsmæssigt været drevet som speciallægepraksis.

Fysiurgi, gynækologi, psykiatri:

Velegnede til decentraliseret betjening. Kræver ikke noget større befolkningsunderlag. Er nu ved at etableres som speciallægepraksis landet over.

Børnepsykiatri, neurologi, pædiatri, kirurgi (almen kirurgi, ortopædkirurgi, plastikkirurgi) og intern medicin:

Velegnede til decentraliseret betjening, men kræver større befolkningsunderlag.

Arbejdsgruppen skal pege på det ønskelige i, at der tilvejebringes en nærmere vurdering af de enkelte specialers egnethed til betjening uden geografisk sygehustilknytning.

2. Opgavefordelingen mellem almen praksis og speciallægeområdet.

2.1. Mulighederne for funktionsforskydning af undersøgelses/ behandlingsopgaver.

PP II fremhævede mulighederne for en overflytning af opgaver fra de »dyre« til de »billige« dele af sundhedsvæsenet, eller dog en planlægning, hvor udbygningen af almen praksis prioriteres væsentligt højere end sygehusvæsenet, og denne mulighed har også i den efterfølgende debat været fremhævet fra flere sider.

Opgavefordelingen mellem speciallægeniveauet og almen praksis niveauet undergår stadige forandringer i begge retninger, dels under indflydelse af den teknologiske og lægevidenskabelige udvikling, dels formentlig under indflydelse af patienternes forventninger til behandling. De ressourcer, der er til rådighed for de to niveauer, spiller givetvis en betydelig rolle for opgavefordelingen.

En hurtig og generel overflytning af undersøgelses- og behandlingsopgaver fra speciallægeområdet til de alment praktiserende

læger er næppe realistisk. På visse afgrænsede områder er en overflytning af opgaver dog påbegyndt, f. eks. udsugning i livmoderen og prøvetagning med henblik på tidlig diagnose af livmoderkræft.

Der er imidlertid en glidende overgang mellem almen praksis og speciallægeniveauet, og *selv om større patientkategorier næppe kan flyttes idag, synes der gennem etableringen af et tættere samarbejde og koordination at være mulighed for en vis opgaveoverflytning for dele af behandlingsforløb.* Den alment praktiserende læge vil formentlig for en række patientkategorier kunne varetage en større del af arbejdet med forundersøgelser og efterbehandling/kontrol end i dag. Det er vigtigt her at være opmærksom på, at samme undersøgelse/behandling naturligvis ikke bør udføres to gange. Dette taler for, at der træffes aftale om tilrettelæggelsen af undersøgelses- og behandlingsforløbet, evt. således at det aftales såvel hvor som hvilke standarundersøgelser og behandlinger, der under alle omstændigheder skal gennemføres ved visse hoveddiagnoser.

Endvidere må peges på, at det lægefaglige niveau patienten har behov for, når den praktiserende læges muligheder er utilstrækkelige, kan være af meget varierende karakter. Arbejdsgruppen må på den baggrund anbefale, at man søger at nedbryde den nuværende meget stive opdeling af sundhedsvæsenet, således at der skabes mulighed for en mere differentieret ydelsesstruktur, og således at de enkelte dele af et undersøgelses/behandlingsforløb kan udføres på forskellige niveauer. Der må som led heri *i væsentlig videre omfang end tilfældet er i dag benyttes samarbejdsformer, hvor den alment praktiserende læge såvel i den diagnostiske som i den terapeutiske fase kan modtage speciallægebistand.*

Der skal her omtales et par eksempler på sådanne samarbejdsformer. For det første skal nævnes den rådgivning, som den alment praktiserende læge kan modtage fra speciallægen. Denne rådgivning tænkes primært: at vedrøre konkrete tilfælde, men kan også dreje sig om principielle problemer. En sådan ordning sikrer, at den stadige faglige udvikling inden for specialerne bliver kanaliseret til praksis, hvilket er af afgørende betydning for mulighederne for at bevare en kvalificeret, personlig lægeservice. Som eksempel på denne samarbejdsform kan næv-

nes de overvejelser, der har været om forskellige distriktspsykiatriske ordninger, hvor den alment praktiserende læges patientbehandling kan ske i nært samarbejde med psykiater og socialarbejder.

For det andet er det hensigtsmæssigt, at undersøgelse/behandling af visse patientkategorier foretages i fællesskab af alment praktiserende læge og speciallæge. Denne samarbejdsform vedrører alene konkrete sygdomstilfælde og vil normalt finde sted på den alment praktiserende læges initiativ. En sådan fælles indsats vil betyde, at den alment praktiserende læges viden om patienten og dennes nære miljø og speciallægens faglige ekspertise i højere grad kan bringes sammen. Som eksempel herpå kan nævnes den ved Københavns amtskommunes sygehus i Glostrup anvendte koordinerede forundersøgelse og det samarbejde, der finder sted i visse lægehuse, hvor der er praktiserende speciallæger. Også den speciallægeviden, som findes i sygehusvæsenet, må kunne udnyttes uden at patienten af den praktiserende læge er henvist til indlæggelse.

På længere sigt må en stillingtagen til placeringen af den løbende kontrol og behandling af patienter med visse hyppigt forekommende kroniske lidelser f. eks. diabetes, hypertension og visse kroniske lungelidelser finde sted. Endvidere tiltrænges en afklaring af det løbende behandlingsansvar for de »lettere« psykiske lidelser.

2.2. Laboratorieundersøgelser i almen praksis.

Den alment praktiserende læge har i sit daglige undersøgelses- og behandlingsarbejde behov for at kunne støtte sig til laboratorie- og røntgenundersøgelser. Dette er, bortset fra simple analyser (f. eks. hæmoglobin i blod, sænkingsreaktion, stixprøver) traditionelt sket ved, at han har sendt patienten til det nærmeste sygehus (lægelaboratorium/røntgenklinik), hvor undersøgelsen er blevet foretaget. I forbindelse med fremkomsten af lægehuse er der fra flere sider peget på, at de praktiserende læger i større omfang burde foretage disse undersøgelser selv, idet dette specielt vil kunne give en række fordele for patienten (psykologiske, tidsmæssige og økonomiske). I en betænkning udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Dansk Selskab

for almen Medicin (DSAM) vedr. laboratoriearbejdet i almen praksis*) påpeges det, at almen praksis i princippet selv kan udføre de klinisk-kemiske undersøgelser under forudsætning af, at en række nærmere krav til intern og ekstern kvalitetskontrol og til personalets uddannelsesmæssige baggrund opfyldes. I forbindelse med forhandlinger om ændringer af landsoverenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg samt drøftelser med sundhedsstyrelsen er man dog senere blevet enig om, at det ikke er økonomisk hensigtsmæssigt at udvide laboratorieundersøgelser i almen praksis med klinisk-kemiske undersøgelser, der kræver udvidet ekstern kvalitetskontrol ved konsulenter o. lign.

Denne problemstilling er blevet nærmere behandlet af en projektgruppe nedsat under arbejdsgruppen, jfr. bilag 5 (side 393 ff.). Arbejdsgruppen kan støtte de generelle synspunkter i projektgruppens rapport, idet der specielt fremhæves følgende. *Det er kun inden for det kliniske-kemiske område, at der kan være tale om, at den alment praktiserende læge selv udfører en del af laboratorieundersøgelserne. For de øvrige laboratordiscipliner gælder, at de kun (med ganske få undtagelser) kan udføres på speciallægeniveau.* De simpleste klinisk-kemiske undersøgelser kan og bør udføres i almen praksis. Ligeledes kan det være fordelagtigt ud fra en lokal afvejning, at almen praksis udfører en række mindre komplicerede analyser. Derimod taler såvel driftsøkonomiske som lægefaglige forhold generelt for, at komplicerede analyser (såkaldt gruppe III-analyser i den tidligere nævnte betænkning fra PLO og DSAM) alene udføres i sygehusvæsenet (incl. private lægelaboratorier).

Arbejdsgruppen skal pege på, at *selve prøvetagningen incl. præ pareringen med fordel i videre omfang kan foregå i almen praksis.* Herved vil patienten spare tid og transportudgifter, og samtidig udnyttes sygehuslaboratoriernes økonomiske stordriftsfordele og høje analysekvalitet. En sådan ordning forudsætter imidlertid, dels at der etableres en effektiv transportorganisation, og dels at sygehuslaboratorierne indfører en analyserutine om eftermiddagen eller aftenen, da en

del prøver, bl. a. hæmatologiske, ikke tåler mere end få timers henstand.

2.3. Plankoordination.

For at der kan tilvejebringes en ud fra de lokale forhold hensigtsmæssig opgavefordeling mellem almen praksis og speciallægeniveauet, må der foretages en tæt koordination af de to områder i planlægningsfasen. *Den nødvendige koordination af planlægningen af almen praksis og speciallægeniveauet vil primært kunne ske igennem en almindelig udveksling/ af stemming af planer.* (Forudsætningerne for en effektiv plankoordination er nærmere omtalt i afsnit VI, side 351 f.).

For de alment praktiserende lægers udnyttelse af laboratoriefaciliteter vil en sådan udveksling være tilstrækkelig. For så vidt angår fordelingen af patientkategorier og en afpasning af indsatsen fra almen praksis i forundersøgelser- og efterbehandlingsfasen af de sygdomsforløb, der passerer speciallægeniveauet, vil det formentlig være nødvendigt med en noget tættere dialog, se nærmere herom på side 350.

3. Opgavefordelingen mellem sundhedsvæsenet og de tilgrænsende dele af socialvæsenet.

3.1. Samspillet mellem almen praksis og social-sundhedsområdet.

Arbejdsgruppen har ikke nærmere drøftet relationerne mellem almen praksis og den tilgrænsende socialsektor, herunder de primærkommunale sundhedsordninger. Betænkning nr. 669/1973 om den stedlige social- og sundhedstjeneste (Wechselmann-betænkningen) har beskæftiget sig med denne problemkreds, og denne betænkning er efterfulgt af Kommuneinformation nr. 6 og 10.

Problemerne i forbindelse med samarbejdet mellem de alment praktiserende læger og det øvrige lokale social- og sundhedsmæssige bistandsapparat bunder formentlig dels i holdningsmæssige og uddannelsesmæssige, dels i organisatoriske forhold. På det organisatoriske plan foretog Wechselmann-betænkningen bl. a., at man i den fremtidige plan-

*) Betænkning om laboratoriearbejdet i almen praksis. Månedsskrift for praktisk lægegerning 1974: 253-272.

lægning tilstræbte klientsammenfald for at lette samarbejdsrelationerne.

Der synes imidlertid ikke at være taget konkrete skridt til etablering af en sådan planlægning, og de foreliggende betænkninger giver ikke konkrete anvisninger på, hvorledes dette kan ske. På denne baggrund skal arbejdsgruppen anbefale, at de problemer vedr. koordinering af planlægningen, der bl. a. knytter sig til det manglende patient-sammenfald nu tages op og søges løst under afbalanceret hensyntagen til øvrige samarbejdsrelationer inden for sundheds- og socialvæsenet.

3.2. Samspillet mellem sygehusvæsenet og den tilgrænsende sociale sektor.

Der er en nær sammenhæng mellem indsatsen i dele af sygehusvæsenet og dele af socialsektoren. Arbejdsgruppen har primært beskæftiget sig med disse samspilsrelationer for så vidt angår behandlingen og plejen af ældre.

En forøget geriatrisk indsats i sygehusvæsenet, hvor den enkelte ældre søges bragt i den bedst mulige fysiske og psykiske tilstand inden udskrivning, må forventes at mindske det samlede behov for bistand fra sociale sektoren.

Modsat vil behovet for sygehusydelser være bestemt af, i hvor høj grad sygehusene skal fungere som sikkerhedsnet for det sociale ydelsestilbud i hjemmet eller social institution. En ændring af omsorgspolitikken, hvor man i højere grad satser på bistand i hjemmet frem for institutionsanbringelse, kan således afstedkomme større indlæggelsesfrekvens. Dette vil dog til en vis grad kunne afbødes, hvis der i sociale sektoren tilvejebringes det fornødne beredskab til varetagelse af de såkaldte »sociale indlæggelser«, f. eks. igennem en *ordning med midlertidige plejehjemsanbringelser*, incl. udvidet assistance fra praktiserende læge. En sådan institutionel mellemform kunne herudover tjene dels som rekreationshjem for sygehusindlagte ældre, hvis lægelige behandling er afsluttet, men hvor der er behov for en fortsat midlertidig pleje-, overvågnings- og gen-

optræningsindsats, og dels som aflastningshjem, således at private familier med hosboende ældre pårørende midlertidigt kunne frigøres under ferie, sygdom og andre forbigående særlige omstændigheder.

Endvidere er presset på sygehusvæsenet betinget af forsyningen med plejehjem samt andre former for varigt ophold uden for hjemmet. Der har således fra visse sygehuskommuners side været påpeget et betydeligt behov for øget primærkommunal udbygning med specielt plejehjemspladser. Ved vurderingen af kapacitetsbehovet på længere sigt i plejehjemssektoren må man imidlertid være opmærksom på dels at den ændrede visitationspraksis, der lægges op til i forbindelse med bistandsloven, vil formindske plejehjemsbehovet, og dels at der formentlig i visse sygehuskommuner kan opnås en bedre udnyttelse af den eksisterende plejehjemskapacitet gennem etablering af mellemkommunale ordninger.

Det er klart, at patienter, der visiteres til plejehjem, også hurtigst muligt bør overføres hertil af trivselsmæssige grunde. Det kan dog næppe opstilles som en generel målsætning, at ældre plejepatienter ikke bør ligge på sygehuse. Når der f. eks. er tale om de særlig tunge plejepatienter (langvarige terminalpatienter) vil en overflytning fra sygehusvæsenet til socialt regie næppe i alle tilfælde være velmotiveret af patienthensyn, ligesom driftsudgifterne næppe vil kunne reduceres væsentligt derved. Der er således en glidende overgang i patienternes behov og dermed en vis basis for at lade anbringelsen afhænge af de lokale kapacitetsforhold i såvel sygehus- som sociale sektoren.

Arbejdsgruppen skal pege på, at den nødvendige koordination af de to områder kræver *dels*, at der ved valget mellem alternative ydelsesstrukturer - såvel i sygehusvæsenet som i den tilgrænsende sociale sektor - tages hensyn til eventuelle afledte virkninger i den anden sektor, og *dels* at ydelsestilbud og -kapacitet tilpasses hinanden. Denne koordination må antages at kunne ske igennem en almindelig afstemning af sygehusplanen med de sociale udbygningsplaner som nærmere omtalt i afsnit VI.

V. Visitationen

Den daglige visitation er den funktion, som styrer den enkelte patients vej gennem sundhedsvæsenet. For at få en hensigtsmæssig udnyttelse af sundhedsvæsenets ydelsesstruktur, opgavefordeling, dimensionering m. v. må man i den enkelte amtskommune søge at sikre, at undersøgelse/behandling og pleje af de enkelte patientkategorier netop udføres på det niveau og i det omfang, som man i planlægningen heraf har tilsigtet. Målet må være, at patienten på det rette tidspunkt visiteres uden omveje til den »rigtige« del af sundhedsvæsenet.

1. Det eksisterende Visitationssystem.

Sygehusloven indeholder ingen regler om visitationen til sygehus inden for en sygehuskommunes grænser. Det betyder i praksis, at afgørelsen af, om en patient har behov for sygehusbehandling, tilkommer den praktiserende læge.

Derimod skal amtsrådet ifølge de vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning som et led i sygehusplanlægningen udarbejde retningslinier for fordelingen af patienterne mellem amtskommunens (+ evt. fremmede) sygehuse.

Disse retningslinier er ret forskellige fra amtskommune til amtskommune.

I nogle amtskommuner - f. eks. Frederiksborg - kan den praktiserende læge frit visitere til samtlige sygehuse. I andre (f. eks. Århus) gælder der for størsteparten af sygdomstilfældene ret faste geografiske optageområder for hvert enkelt sygehus, mens mere specialiserede tilfælde visiteres til amtskommunens hovedsygehus(e).

En enkelt amtskommune - Københavns amtskommune - har udarbejdet ret detalje-

rede retningslinier for visitationen, der for hver afdeling (i visse tilfælde for en specialfunktion inden for afdelingen) angiver et bestemt optageområde, der kan variere fra hele amtskommunen (for højt specialiserede funktioner) til hvad der kunne kaldes vedkommende sygehus' normaloptageområde.

Endvidere har Københavns kommune en central patientvisitation bestående af et antal visitatorer (for tiden 8) under ledelse af en overlæge.

Herudfra kan konkluderes, at den idag gældende praksis er, at den alment praktiserende læge som hovedregel tager beslutning, om patienten skal indlægges, på hvilket tidspunkt i sygdomsforløbet patienten skal henvises, og på hvilken måde indlæggelsen skal foregå (akut/ikke-akut). Den praktiserende læge kan endvidere ret frit bestemme, til hvilken sygehusafdeling patienten skal henvises. På tilsvarende måde kan sygehusvæsenets læger frit foretage prioritering af ventelister og bestemme, hvornår og hvortil patienten skal udskrives.

2. Forslag til forbedring af visitationssystemet.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at *det som hovedprincip fortsat må gælde, at den læge (såvel praktiserende som sygehuslæge), som har en patient i undersøgelse/behandling, har kompetencen til at visitere patienten til en anden del af sundhedsvæsenet.* I den forbindelse skal understreges, at det vil være vanskeligt at opstille generelle normer for, hvornår den praktiserende læge skal visitere videre til det specialiserede sundhedsvæsen. Beslutningen om henvisning er ikke blot baseret på diagnosen som sådan, men heri indgår også en vurdering af indi-

viduelle patientegenskaber (f. eks. sociale forhold).

For at et visitationssystem kan være vel-fungerende, bør de enkelte visitatorer og personalegrupper i sundhedsvæsenet nøje kende deres egen rolle samt andres formåen og kunnen. De praktiserende læger må således løbende være informeret om sygehusvæsenets kapacitet, opgavefordeling og kvalitative behandlingsmuligheder. Ligeledes kan det være nyttigt, at de kender de enkelte sygehuses/afdelingers ventetider. På tilsvarende måde må såvel praktiserende læger som sygehusafdelingerne løbende være orienteret om kapacitet og muligheder specielt inden for de støtteforanstaltninger, som kan tilbydes igennem de kommunale social- og sundhedsordninger.

Jo mere forgrenet den lægelige funktionsdeling bliver mellem såvel sygehuskommunens egne afdelinger som mellem disse og lands- og landsdelsafdelinger, jo højere informationsniveau og faglig viden må den alment praktiserende læge - eller den, der i øvrigt visiterer - have for at kunne visitere korrekt.

Arbejdsgruppen skal derfor anbefale, at der på lidt længere sigt *tilvejebringes lægefagligt underbyggede retningslinier* til støtte for især praksissektorens visitation. Arbejdsgruppen er bekendt med, at dette også kan forventes anbefalet af det af sundhedsstyrelsen nedsatte lands- og landsdelspecialudvalg, der for så vidt angår visitation til lands- og landsdelsafdelinger forventes at ville anbefale udarbejdelsen af visitationsretningslinier snarest muligt, da en effektiv udnyttelse af højt specialiserede enheder ikke lader sig gennemføre, hvis der ikke er viden om de potentielle muligheder, eller forbindelsen tilbage til lokalsygehus, praksissektor og sociale sektor fungerer dårligt. Ved hjælp af visitationsretningslinier kan man få en bedre og mere ensartet information til den primære sundhedstjeneste og de lokale sygehusvæseners såvel med hensyn til behandlingsmuligheder og kapacitet i amtskommunen som på lands- og landsdelsygehusene, ligesom et sådant system giver mulighed for, at de forskellige led i systemet bliver underrettet om, hvilke behov for kapacitet, medvirken og kunnen, der findes, såvel rettet fra den primære sundhedstjeneste til det lokale sygehusvæsen og videre til lands- og landsdelsygehusene som i modsat retning. Det

må understreges, at fortolkningen af retningslinierne er overladt til den visiterende læge, som dermed tager stilling til visitationen af den enkelte patient, jfr. det indledningsvis nævnte hovedprincip.

I første omgang bør der *som grundlag for sådanne retningslinier i de enkelte sygehuskommuner etableres en løbende analyse af den faktiske visitation*. Formålet hermed vil være at vurdere, om visitationspraksis fører til en - ud fra såvel patient som ressource-mæssige hensyn - optimal udnyttelse af den forhåndenværende kapacitet og faglig ekspertise. En systematisk Visitationsanalyse bør således følge udviklingen i patientfordelingen

- på enheder (og dermed på specialiseringsgrad)
- på beredskab (akut, sub-akut, ventetid, herunder prioriteringskriterier)
- på plejeindsats (indlæggelser efter varighed, delvis ambulans og helt ambulans).

Der kan her gøres brug af sygehusvæsenets individbaserede patientregistrering og sygesikringsstatistikken. Disse registrerings-systemer kan - gennem udarbejdelsen af passende edb-programmer - give et væsentligt forbedret informationsgrundlag. Det vil være ønskeligt, at der udvikles standardprogrammer, der specielt sigter på at udnytte de individbaserede patientregistre til visitationsanalyse.

I den udstrækning, der igennem visitationsanalysen konstateres en u hensigtsmæssig udnyttelse af sundhedsvæsenet, må dette søges afhjulpes igennem udarbejdelsen af retningslinier for visitationen. Disse retningslinier bør især være af korrigerende karakter og er derfor særlig påkrævet for de områder, hvor visitationspraksis ønskes ændret.

Specielt i forbindelse med gennemførelsen af væsentlige ændringer i ydelses- og behandlingsstrategien, sygehusstrukturen etc. må Visitationsregler anses for et nødvendigt styringsredskab. Ved udformning af visitationsretningslinier må der naturligvis tages udgangspunkt i de hovedprincipper vedrørende ydelsesformer og opgavefordeling, der er fastlagt i planlægningen for det specialiserede sundhedsvæsen, jfr. afsnit III.2. og IV.1. side 337 ff. og 343 f.

Ligeledes må der - i de tilfælde, hvor samme funktion skal varetages af flere syge-

husafdelinger - udarbejdes regler for, hvorledes patienterne fordeles mellem disse. Herved vil fås et sæt »geografiske« retningslinier, der kan udarbejdes efter to principielt forskellige modeller (ses ofte kombineret). Enten kan hver sygehusafdeling have et geografisk afgrænset optageområde eller også kan patienterne løbende fordeles efter, hvor der er ledig kapacitet. Der vil i valget mellem disse modeller indgå en række modstridende hensyn (bl. a. hensigtsmæssige samarbejdslinier til socialektoren/praksissektoren og rationel udnyttelse af sygehusafdelingerne).

Arbejdsgruppen skal anbefale, at *der lokalt i hver sygehuskommune nedsættes en arbejdsgruppe vedrørende visitationen til at analysere den faktiske visitation og til i nødvendigt omfang at udarbejde forslag til visitationsretningslinier samt til løbende revision heraf*. En sådan Visitationsgruppe vil igennem Visitationsanalysen opbygge et værdifuldt erfaringsgrundlag specielt vedrørende ydelsesstrukturen, og man kan derfor på lidt længere sigt overveje at anmode den om - i forbindelse med sygehus- og praksisplanlægningen - desuden at fremkomme med forslag til eventuelle forskydninger i opgavefordelingen mellem almen praksis og speciallægeområdet, herunder forslag om nye ydelses-, samarbejds- og henvisningsfor-

mer (konsulentbistand, koordineret forundersøgelse, halvaktuelle indlæggelsesformer m. v.).

Igennem sin rådgivning til de politisk-administrative myndigheder vil visitationsgruppen kunne få en væsentlig indflydelse på, hvor hensigtsmæssigt sundhedsvæsenets givne ressourcer løbende udnyttes. Det bør derfor nøje overvejes, hvem der skal være repræsenteret heri. Arbejdsgruppen skal pege på, at Visitationsgruppen kommer til at bestå af personale både fra sygehus- og praksissektoren samt af repræsentanter for de involverede forvaltninger (såvel administrativt som statistisk uddannet personale). En sådan sammensætning vil kunne sikre en *afbalanceret dialog mellem sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste*, hvor ikke blot sygehuslægerne kan pege på patientkategorier, de finder visiteret uhensigtsmæssigt, på skæv belastning af de enkelte sygehuse osv., men hvor også de praktiserende læger kan pege på de områder, hvor de finder sygehusenes visitationspraksis med hensyn til prioritering af ventelister, ydelsesformer og udskrivning (liggetider) utilstrækkelig. Det skal endelig understreges, at det vil være en forudsætning for, at visitationsgruppen kan komme til at fungere, at den løbende får udarbejdet et ret detaljeret informationsmateriale.

VI. Etablering af en mere sammenhængende planlægning inden for sundhedsvæsenet

I styringsgruppens rapport er behandlet spørgsmålet om de fremtidige politisk-administrative planlægnings- og styringsorganers opbygning og indbyrdes kompetencefordeling med henblik på fremme af mulighederne for samordning mellem sundhedsvæsenets hovedområder. Arbejdsgruppen har derfor alene behandlet spørgsmålet om, hvordan de faglige-administrative planlægningsprocesser kan udformes, så de giver det bedst mulige grundlag for en politisk helhedsvurdering, som vil være en forudsætning for etableringen af en mere differentieret ydelsesstruktur, afstemt dimensionering af sundhedsvæsenets enkelte dele m. v.

Den faktiske opgaveløsning for den væsentligste del af sundhedsvæsenet og den tilgrænsende sociale sektor er lagt ud til amts- og primærkommunerne. Forslagene i dette afsnit vil derfor vedrøre koordinationen på amtsplan af sundhedssektorens og den tilgrænsende sociale sektors planer. Det centrale niveauets opgaver omtales nærmere i afsnit VII.

1. Krav til planernes ydre form.

Som beskrevet i styringsgruppens rapport er sundhedsvæsenets opgaver opdelt i tre hovedområder; nemlig sygehusvæsenet, lægepraksis m. v. og de offentlige sundhedsordninger, som planlægges sammen med socialsektoren. For hver af disse områder findes i dag en planlægningsproces.

1. Den amtskommunale sygehusplanlægning, der er en planlægning med en 15-årig tidshorisont, idet dog »planlægningen for de første 5 år bør udarbejdes med betydelig detaljerethed«, jfr. de vejledende retningslinier for sygehusplanlægningen. Planerne skal revideres efter behov; ifølge den af sygehusrå-

det anbefalede godkendelsespraksis dog mindst hvert 5. år.

2. Igennem de nye lægeoverenskomster pr. 1. april 1976 er der fastlagt overenskomstmæssige procedurer for forhandling af en praksisplanlægning og plangennemførelse, herunder regulering inden for almen praksis. Der er ligeledes åbnet mulighed for forhandling om en praksisregulering inden for speciallægeområdet (for en nærmere vurdering heraf henvises til styringsgruppens rapport). Den nærmere udformning, herunder tidshorisonten af denne planlægning er i dag endnu uafklaret, men koordinering med anden planlægning er tilsigtet. Tidligere er der visse steder af de lokale lægekredsforeninger udarbejdet praksisplaner (principielt uden offentlig indflydelse).

3. Den amts- og primærkommunale sociale udbygningsplanlægning, der blev igangsat i 1974, og hvori de primærkommunale sundhedsordninger (hjemmesygepleje, sundhedspleje etc.) indgår. Planlægningen har en 5-årig horisont og den revideres årligt.

For at der kan tilvejebringes et grundlag for en politisk helhedsvurdering, må der kunne foretages en koordinering af de ovenfor nævnte 3 planlægningsprocesser. Det skal bemærkes, at der også kan være behov for, at den offentlige planlægning inden for lægemiddelområdet (produktion og distribution) og inden for den kommende bedrifts-sundhedstjeneste indpasses i denne plankoordination. En sammenkædning af planlægningen forudsætter imidlertid en vis ensartethed i planernes ydre form, som ikke er til stede i dag. Det vil således være nødvendigt med *en vis ensartethed i planernes tidshorisont og dermed i deres detaljeringsgrad*,

i planlægningsforudsætninger (befolkningsprognoser m. v.) samt i planernes revisionsrytme.

For at den tilstrækkelige hensyntagen til og afpasning mellem planerne kan opnås, vil det endvidere være nødvendigt, at der *i hver af de tre områders planer redegøres udtrykkeligt for hensigterne - samt forudsætninger vedr. de andre områders indsats - på de aktivitetsområder, hvor der er den nærmeste sammenhæng imellem de forskellige områders aktiviteter*, evt. som egentlige alternative løsningsmuligheder.

En afpasning af et områdes forventede aktiviteter med de øvrige områder forudsætter, at de ansvarlige for hvert område i tide kan orientere sig om de andres intentioner. I begyndelsen af hver planlægningsrunde må der være lejlighed til at udveksle synspunkter om ønskelige forskydninger i hidtidig praksis og i foreliggende planer (fra sidste runde) med hensyn til ydelsesstruktur og opgavefordeling og at påpege manglende harmoni i dimensionering og ressourcefordeling. Ved udarbejdelsen af de nye planer vil der herved kunne indgå skøn over de tilsvarende ændringer i f. eks. ambulatorieindsats, sengedagsforbrug og plejeintensitet, så der skabes grundlag for en sammenhængende politisk afgørelse ved planernes behandling. Samtidig vil der kunne afstikkes politiske retningslinier for ønskede forskydninger i forbindelse med næste planlægningsrunde.

Der skal endelig peges på, at det er af væsentlig betydning, at sundhedsvæsenets planlægning kan sammenkobles med den tværgående økonomiske planlægning i amtskommuner og kommuner, således at de to typer planlægning kan være til gensidig støtte for hinanden. Som led i den kommunale budget- og regnskabsreform skal der med virkning for budgetårene 1978-1981 indføres flerårsbudgettering (4-årige totalbudgetter) i amts- og primærkommuner. Sundhedssektorens planer må derfor have en sådan form, at de kan danne udgangspunkt og være et informationsgrundlag for kommuners/amtskommuners budgettering, og det forventede ressourceforbrug må kunne indpasses i den flerårige ramme for kommunens samlede økonomi. *Denne sammenkobling af sektorplanlægningen (herunder planlægningen af hovedområderne i sundhedsvæsenet m. v.) med flerårsbudgetteringen forudsætter, at der i sektor planlægningen indgår en handlings-*

orienteret rullende planlægning, mindst dækkende budgetteringsperioden.

2. Et fælles planlægningsystem.

Samordningen af planlægningsprocesserne i sundhedssektoren og de hermed forbundne krav til ensartethed i planernes ydre form m. v. er et spørgsmål, som er analogt til det mere generelle spørgsmål om koordinering af planlægningen for de forskellige offentlige sektorer såvel på det statslige som på det kommunale niveau. Dette er bl. a. behandlet i betænkningen om planlægningen i centraladministrationen (nr. 743/1975), hvori foreslås, at de lokale sektorplaner bygges op efter et fælles planlægningsystem, således at de kommer til at bestå af

- en statusdel, der beskriver den faktiske indsats (svarende til regnskabet),
- en programdel, der viser den planlagte service med tilhørende ressourceforbrug i aftagende detaljeringsgrad over de kommende 4 år (svarende til flerårsbudgettet),
- en perspektivdel, der angiver den langsigtede målsætning.

Mens status- og programdelen må ajourføres årligt, foreslås at den egentlige samlede revision, herunder af perspektivdelen, foretages hvert 4. år. Der peges endvidere på, at det vil være ønskeligt, at hovedrevisionen af de forskellige sektorplaner udføres samtidigt.

Dette forslag til et fælles planlægningsystem er i øjeblikket genstand for nærmere overvejelser i et udvalg, nedsat af budgetdepartementet, som bl. a. har til opgave at fremkomme med forslag til en samordning af de indholdsmæssige og tidsmæssige krav til den kommunale indberetningsvirksomhed til ministerier og styrelser. *Såfremt systemet realiseres, vil grundlaget umiddelbart være skabt for en sammenkædning og dermed afstemning af planlægningen inden for sundhedsvæsenet og den tilgrænsende socialsektor.* De her opstillede krav til ensartethed i planernes ydre form vil således blive opfyldt. Endvidere vil systemet efterhånden skabe en sådan rytme i den kommunale planlægnings- og budgetprocedure, at planlægningsvirksomheden - i højere grad end i dag - bliver et relevant redskab i den daglige politiske beslutningsproces.

VIL Det centrale niveau's funktioner i forbindelse med tilvejebringelsen af en bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet

Arbejdsgruppen har i sine overvejelser vedr. foranstaltninger til fremme af bedre ressourceudnyttelse i sundhedssektoren hovedsagelig beskæftiget sig med det lokale plan. Dette er en naturlig følge af, at - som tidligere nævnt - den faktiske opgaveløsning for den væsentligste del af sundhedssektoren i forbindelse med kommunalreformen (og den hermed forbundne opgave- og byrdefordelingsreform) er henlagt til amts- og primærkommunalt regie. Folketinget har dog stadig det overordnede ansvar for en hensigtsmæssig udvikling inden for sundhedsvæsenet. I denne forbindelse bør erindres, at etableringen af sygehusplanlægningen og den sociale udbygningsplanlægning er sket *dels* ud fra et ønske om tilvejebringelse af et tilstrækkeligt grundlag for den lokale prioritering, styring og koordination og *dels* som et statsligt styringsinstrument igennem den ministerielle plangodkendelses/planindsigtsbeføjelse.

Det i afsnit VI omtalte fælles planlægningssystem vil gennem en indberetning af resultaterne af den årlige planlægnings- og budgetprocedure i vid udstrækning kunne dække det centrale niveau's informationsbehov. Der vil således kunne udarbejdes sammenfattende opgørelser, hvorved der kan tilvejebringes et *samlet overblik over sundhedsvæsenets aktivitets- og ressourceudvikling, som kan tjene som information for regeringen og folketinget, og som kan danne grundlag for lovinitiativer m. v.* Det vil endvidere indgå i vurderingen af den førte sundhedspolitik og danne basis for ressortministeriets udformning af retningslinier for planlægningen og for godkendelse af planer. Endelig kan dette informationsmateriale anvendes til en udvidet central rådgivning til amts- og primærkommuner. Den enkelte

kommune vil få mulighed for at sammenligne sine egne forhold med andres, og det vil være muligt at belyse alternative ydelsesstrukturer m. v. og det hermed forbundne ressourceforbrug. For en nærmere omtale af de ovennævnte forhold henvises til betænkningen om planlægningen i centraladministrationen (nr. 743/1975).

Arbejdsgruppen finder, at de statslige myndigheder bør udvide sin bistand og rådgivning af såvel teknisk, lægelig som anden faglig karakter til de enkelte amts- og primærkommuner.

Det konkrete planlægningsarbejde lider i dag under en udstrakt mangel på relevante planlægningsmetoder. Metodeudviklingen har indtil nu næsten udelukkende foregået i lokalt regie. Den tager imidlertid ofte meget lang tid og kræver en ret stor ressourceindsats, og det synes heller ikke særlig rationelt, at flere kommuner uafhængigt af hinanden søger at løse de samme metodeproblemer. Det vil være en naturlig videreførelse af den udbygning af informationssystemerne, som forventes at ske de kommende år, jfr. informationsgruppens rapport, at *de centrale myndigheder iværksætter i nært samarbejde med lokale brugere et intenst metodeudviklingsarbejde, hvis resultater kan stilles til rådighed for alle planlæggende myndigheder.* Det af sundhedsstyrelsen iværksatte tre-amtsprojekt og Dansk Sygehus Instituts sygehusplanlægningsprojekt er eksempler på allerede iværksat fælles udviklingsarbejde. Arbejdsgruppen skal specielt pege på, at der i de kommende år vil være behov for standardmetoder til økonomisk konsekvensvurdering af alternative løsninger på kapacitets- og strukturproblemer, som næppe vil blive udviklet uden en øget central indsats.

Den centrale faglige rådgivning må tilsva-

rende styrkes, idet man lokalt i særlige situationer kan have behov for en helt neutral og højt specialiseret ekspertbistand. Arbejdsgruppen mener således, at man — som pendant til de foreslåede udvalg på lokalt plan — bør overveje at oprette i sundhedsstyrelsens

regie centrale faglige udvalg vedr. lægemiddelkomitéarbejdet og vedr. laboratorieområdet. Endelig skal peges på, at der også vedr. visitationsproblematikken (specielt for så vidt angår lands- og landsdelspatienter) kan være behov for en central indsats.

Vejledende kommissorium for arbejdsgruppen vedr. sundhedsvæsenets, specielt sygehusvæsenets, ressourceforbrug

Det påhviler arbejdsgruppen

1. at fremkomme med forslag til foranstaltninger, der på kortere sigt vil kunne tjene til at begrænse stigningstakten i ressourceforbruget i sundhedsvæsenet, herunder især inden for sygehusvæsenet,
2. at redegøre for, på hvilke områder og evt. under hvilke forudsætninger der skønnes at kunne opnås en bedre ressourceudnyttelse ved en funktionsforskydning mellem de enkelte dele af sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område, og stille forslag til praktisk fremme af sådanne funktionsomlægninger.

Ad 1. Af flere grunde må denne del af gruppens arbejde især koncentrerer om sygehusvæsenet. Således fremgår det af det til prioriteringsudvalget udsendte materiale, at sygehusvæsenets andel af det samlede sundhedsvæsenets ressourceforbrug igennem en længere årrække har været stærkt stigende, og at sygehusvæsenet i dag tegner sig for ca. 70 pct. af de samlede udgifter og beskæftiger ca. 75 pct. af personalet. På denne baggrund må der nødvendigvis stilles krav til sygehusvæsenet om fremtidig i højere grad at afveje omkostninger og nytte, navnlig i forbindelse med spørgsmål om indførelse af nye undersøgelses- og behandlingsmetoder, nyt forfinet apparatur m. v., men også med henblik på kritisk vurdering af eksisterende undersøgelses- og behandlingsforløb.

Hertil kommer, at der ifølge regeringsbeslutning inden april 1976 af indenrigsministeriet skal udarbejdes en redegørelse for, hvorledes ressourceforbruget i det amtskommunale sygehusvæsen kan nedbringes (udformning af en sparevejledning). Da dette

spørgsmål naturligt falder inden for prioriteringsudvalgets kommissorium, er det fundet rimeligt at medinddrage dette i nærværende sammenhæng.

På denne baggrund er det nærliggende at overveje foranstaltninger, der kan fremme omkostningsbevidstheden hos de i sundhedsvæsenet disponerende medicinalpersoner såvel generelt som i forhold til de enkelte ressourcekrævende dispositioner.

Arbejdsgruppen bør overveje, hvordan det fremtidige budget- og regnskabssystem kan anvendes med henblik på at skabe det bedst mulige grundlag for en omkostningsmæssig vurdering såvel hos det faktisk disponerende personale (lægelige chefer m. fl.) som hos de politisk/administrative instanser.

Herudover bør overvejes mulighederne for etablering af ordninger, der sikrer en kontinuerlig kritisk vurdering og ajourføring af mere betydningsfulde omkostningselementer. Dette gælder eksempelvis spørgsmålet om foranstaltninger med henblik på en løbende tilpasning af personaleforbruget til de enkelte afdelinger/sygehuses funktionelle behov. Endvidere kan tilsvarende foranstaltninger overvejes med hensyn til undersøgelses- og behandlings- og plejefunktionerne, apparaturanskaffelser samt medicinforbrug. For de nævnte områder gælder formentlig det fælles i dag, at der kun i ret begrænset omfang er gennemført en mere bevidst og/eller evt. formaliseret omkostningsvurdering med et generelt ressourcebesparende sigte. Det bemærkes, at der allerede flere steder er taget skridt til en sådan omkostningsvurdering inden for sygehusvæsenet bl. a. i form af lægemiddelkomiteer og apparaturudvalg.

Arbejdsgruppen bør også indgå i overve-

jelser om tilsvarende eller lignende ressourcibesparende foranstaltninger inden for den primære sundhedstjeneste. Eksempelvis kan her peges på spørgsmålet om de praktiserende lægers stærkt stigende anvendelse af laboratoriefydelser.

Endelig bør arbejdsgruppen som et led i sine overvejelser drøfte, hvorledes kendskab til lokalt indhøstede erfaringer med ressourcibesparende foranstaltninger kan udbredes i de forskellige dele af sundheds- og socialvæsenet.

Ad 2. I det til prioriteringsudvalget udsendte materiale er der fremhævet en række muligheder for substitution mellem forskellige former for ydelser inden for sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område: behandling i almen praksis/speciallægepraksis kontra sygehusvæsenets ambulatoriefunktion, ambulant behandling kontra indlæggelse på sygehus, sygehusindlæggelse kontra plejehjemsanbringelse, sygehusbehandling kontra hjemmesygepleje, behandling i almen praksis kontra hjemmesygepleje, plejehjemsan-

bringelse kontra hjemmesygepleje (hjemmehjælp). Det er samtidig påpeget, at der må konstateres visse vanskeligheder såvel af samarbejds-mæssig som organisatorisk art ved en ændret udnyttelse af de bestående substitutionsmuligheder.

På denne baggrund og under hensyntagen til den forventelige begrænsede fremtidige stigningstakt i sundhedsvæsenets ressourceforbrug samt den forudseelige stærkt øgede lægetilgang er det af væsentlig interesse at få undersøgt, hvorledes en given stigning i de til rådighed værende økonomiske ressourcer mest hensigtsmæssig kan anvendes inden for det samlede sundhedsvæsen. I overvejelserne må også inddrages betragtninger vedr. det samfundsmæssige tab dels i form af udbetalte sygedagpenge, dels i form af evt. produktionstab ved kortere eller længere behandlingsperioder. I tilknytning hertil må det overvejes, hvorledes man i praksis i givet fald kan fremme en ændret funktionsfordeling og/eller et intensiveret samarbejde mellem de forskellige dele af sundheds- og socialvæsenet.

Sammensætning af arbejdsgruppen vedr. sundhedsvæsenets, specielt sygehusvæsenets, ressourceforbrug

Fra prioriteringsudvalget

Planlægningskonsulent Inge Thygesen (formand)
MF Kirsten Sparre Andersen
MF Edele Kruchow
Afdelingschef G. A. Lustrup
Forstanderinde Elna Krogh Nielsen
Læge Leif Theander

Udefra kommende sagkyndige

Kontorchef Ernst Andersen, socialstyrelsen
Læge Per Buch Andreasen, Rigshospitalet
Sekretariatschef, sygeplejerske Eva Holm Christensen
Overlæge B. Harvald, Fyns amtskommune
Lektor Sv. Juul, Socialmedicinsk Institut ved Århus Universitet
Planlægningskonsulent Svend Lundtorp, Amtsrådsforeningen
Instruktionslaborant Eva Munck, Frederiksberg kommune

Amtssygehusdirektør J. Tilsted Pedersen, Vejle amtskommune
Kontorchef Ketty Petersen, sikringsstyrelsen
Overlæge Niels Rossing, sundhedsstyrelsen
Praktiserende læge Knud Smidt-Nielsen, Hvidovre
Socialdirektør F. Toftgaard-Jensen, Odense kommune
Overlæge K. Winkler, Københavns kommune

Sekretariat

Sekretær Jens Chr. Sørensen, indenrigsministeriet (koordinerende)
Fuldmægtig Peter Bak Mortensen, indenrigsministeriet
Fuldmægtig Tom Togsverd, budgetdepartementet
Fuldmægtig Birgitte Uldall-Hansen, socialministeriet

Bilag 3.

Sagkyndige der har ydet bistand til arbejdsgruppen vedr. sundhedsvæsenets, specielt sygehusvæsenets, ressourceforbrug

| | |
|---|---|
| Sundhedsplejerskeinspektør Else Bagger, Sundhedsstyrelsen | Fuldmægtig Otto Larsen, Amtsrådsforeningen |
| Praktiserende læge Finn Balslev, Nykøbing Falster | Fuldmægtig Torben Larsen, Odense sygehus |
| Læge Lars Banke, Sundhedsstyrelsen | Overlæge Per Lous, Bispebjerg hospital |
| Overlæge Jørn Beck-Nielsen, Odense sygehus | Overlæge Erik Graven Nielsen, Ringkøbing amtssygehus |
| Amtslæge Vagn Christensen, Ringkøbing amtskommune | Inspektør H. C. Orup, Bispebjerg hospital |
| Overlæge August Colding, Frederiksberg hospital | Cand. merc. Sune Petersen, Dansk Sygehus Institut |
| Læge Sven Collatz-Christensen, Sundhedsstyrelsen | Overlæge John Philip, Rigshospitalet |
| Kontorchef Jan Coin, Københavns amtskommune | Forvaltningschef H. Pilø, Sønderjyllands amtskommune |
| Overlæge John Date, Odense sygehus | Kontorchef J. Qwist, indenrigsministeriet |
| Overlæge Gösta Davidsen, Rigshospitalet | Konsulent Tove Sanderhoff, Odense kommune |
| Sygehusudvalgsformand Ib Frederiksen, Århus amtskommune | Civiløkonom Bent Selnæs |
| Forstanderinde Mona Frederiksen, K.A.S., Gentofte | Læge Niels Stephensen, Sundhedsstyrelsen |
| Praktiserende speciallæge Steen Juel Henningsen, Hvidovre | Medicinaldirektør Søren K. Sørensen, Sundhedsstyrelsen |
| Overlæge Vagn Holm, Herning centralsygehus | Kontorchef Svend Sørensen, Sundhedsstyrelsen |
| Afdelingssygeplejerske Esther Klint, Københavns kommune | Afdelingsleder, dr. med. René Vejlsgård, Københavns Universitet |
| | Sygeplejerske Mette Werner |
| | Overlæge Helge Worning, K.A.S., Glostrup |
| | Overlæge F. Zachariae, Bispebjerg hospital |

Vejledning vedr. foranstaltninger til fremme af besparelser inden for sygehusvæsenet

1. Indledning

1 januar 1976 anmodede indenrigsministeriet nærværende arbejdsgruppe, der er nedsat under det af indenrigsministeriet i henhold til en folketingsbeslutning nedsatte udvalg med den opgave at tilvejebringe et grundlag for en overordnet prioritering af sundhedsvæsenet (prioriteringsudvalget), om at udarbejde forslag til en spare vej ledning vedrørende sygehusvæsenet.

Den politiske baggrund for denne anmodning var fempartiforliget i september 1975, hvorved aftales en beløbsramme for besparelser på de offentlige budgetter, som i finansåret 1978/79 skal have nået et omfang af mindst 2,5 mia kr. I fortsættelse heraf besluttede regeringen i efteråret 1975 at iværksætte udarbejdelsen af sparevejledninger til kommunerne på en række af de væsentligere kommunale udgiftsområder, herunder vedrørende sygehusenes driftsudgifter. Regeringen har orienteret de kommunale organisationer samt Københavns og Frederiksberg kommuner herom og i denne forbindelse understreget, at det ikke er regeringens hensigt at pålægge kommunerne samlet eller enkeltvis konkrete foranstaltninger, men alene igennem sparevejledningernes forslag at bidrage

til, at en afdæmpning af stigningstakten i de kommunale udgifter vil kunne realiseres.

At sygehusvæsenet måtte være et af de kommunale udgiftsområder, hvor spareforanstaltninger må overvejes, er helt naturligt under hensyn til de meget betydelige offentlige (amtskommunale) udgifter, der er forbundet med driften af sygehusvæsenet. Sygehusvæsenets driftsudgifter forventes således i 1976/77 at andrage 10,1 mia kr., hvoraf de 9,1 mia afholdes af sygehuskommunerne. Dertil kommer, at sygehusvæsenets ressourceforbrug stadig stiger ret kraftigt. Dette kan belyses igennem sundhedsstyrelsens personaletællinger, hvorfra enkelte centrale tal er angivet nedenfor.

Det ses, at der har været en gennemsnitlig årlig personaletilvækst på ca. 3½ pct. i perioden 1972-1975 (for de statsdrevne sygehuse noget lavere end for de øvrige). Denne vækst er næppe siden formindsket — snarere forstærket - idet realvæksten i sygehusvæsenets udgifter fra 1974/75 til 1976/77 må skønnes at blive omkring 4 pct. årligt.

Det er ikke muligt at fremkomme med generelle retningslinier for, hvorledes den enkelte sygehuskommune bedst kan foretage en begrænsning i udgiftsvæksten. Arbejdsgruppens forslag, jfr. nedenfor, må derfor

| | Marts 1972 | Oktober 1973 | Marts 1975 | Gennemsnitlig årlig vækst |
|---|---------------|-----------------|---------------|------------------------------|
| Heltidsbeskæftigede ved de sygdomsbehandlende institutioner. | 73.751 | 76.488 | 81.245 | 3,3% |
| Heltidsbeskæftigede ved de sygdomsbehandlende institutioner excl. statshospitaler for sindslidende og andre statslige hospitaler. | 61.447 | 64.351 | 68.255 | 3,6% |

vurderes og indpasses efter de lokale forudsætninger. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at flere af forslagene allerede er gennemført enkelte steder.

For at den enkelte sygehuskommune kan vurdere sit eget udgifts- og ydelsesniveau samt væksten heri i relation til andre sygehuskommuners, er der udarbejdet en række tabeller, som muliggør regionale sammenligninger (se nedenfor s. 371 ff.). Det fremgår heraf, at der er endog meget store forskelle i udgifts- og ydelsesniveau.

Arbejdsgruppen skønner, at der skulle kunne ske en *afdæmpning af realvæksten* i det kommunale, somatiske sygehusvæsens udgifter fra 3-4 pct. årligt til 2-3 pct. (svarende til ca. 80 mill. kr. i 1977 og ca. 200 mill. kr. i 1978), såfremt hovedparten af denne vejlednings forslag gennemføres fuldt ud.

11. Besparelsesmuligheder på længere sigt

En væsentlig afdæmpning af realvæksten i sygehusvæsenets udgifter vil næppe kunne fastholdes i længere tid uden uønskede følger for patientbehandlingen, medmindre der skabes grundlag for en øget omkostningsbevidsthed i alle led. På længere sigt er det derfor helt nødvendigt at tilrettelægge et bedre informations- og styringssystem, der sigter mod en løbende prioritering af opgaverne og sikrer økonomisk rationel arbejdsdeling mellem alle de institutioner og personalegrupper, som er beskæftiget med behandling og pleje af patienter. Der tænkes her såvel på arbejdsdeling mellem sygehusvæsenet på den ene side og primær sundhedstjeneste og socialsektor på den anden side, som på arbejdsdelingen mellem de enkelte sygehuseenheder.

Gennemførelse af en mere hensigtsmæssig arbejdsdeling forudsætter en systematisk og koordineret planlægning, hvis virkninger først vil vise sig fuldt ud efter en årrække. De første store skridt i denne retning er allerede taget ved etableringen af **sygehusplanlægningen** og den sociale **udbygningsplanlægning**. Endvidere yder de lokale lægekredsföreninger en indsats vedr. planlægningen af almen lægepraksis, medens det offentlige endnu kun har en meget begrænset indflydelse på planlægningen af denne del af sundhedsvæsenet.

I flere sammenhænge arbejdes der for tiden med at skabe et bedre grundlag for en

systematisk og koordineret planlægning af sundheds- og socialsektoren. Ud over lokale initiativer kan således bl. a. nævnes, at gennemførelsen af budget- og regnskabsreformen med tiden kan give et væsentligt bedre indformations- og styringsgrundlag, at Dansk Sygehus Institut og sundhedsstyrelsen arbejder med udvikling af forbedrede planlægningsredskaber m. v., og at indenrigsministeriets prioriteringsudvalg bl. a. overvejer det politisk-administrative styringsapparat, herunder problemerne omkring en samordning af sygehusvæsenet med praksissektoren og med den igangværende planlægning af den kommunale social- og sundhedssektor.

Specielt på sygehusområdet må det være en hovedopgave for planlægningen at få høstet det fulde udbytte af sygehusvæsenets samling i amtskommunalt regie gennem nøje tilrettelæggelse af det enkelte sygehus' rolle i sygdomsbehandlingen. Denne funktionelle samordning vil på samme tid kunne sikre befolkningen den bedst mulige behandling og tilgodese de økonomiske hensyn gennem en rationel arbejdsdeling mellem de højt specialiserede og de mindre specialiserede **sygehusenheder** og en hensigtsmæssig udnyttelse af speciallæger og avanceret apparatur.

Gennemførelsen forudsætter imidlertid et brud med tidligere tradition, hvorefter det enkelte sygehus opfattes som en selvstændig enhed og drives næsten uafhængigt af de øvrige. Det vil derfor være nødvendigt at etablere organisatoriske rammer for den funktionelle samordning mellem sygehuse inden for hver af de 6 blokke, dvs. kirurgisk blok, medicinsk blok, børneblokken, psykiatrisk blok, langtidsmedicinsk blok og laboratorieblokken. Det mest konsekvente vil være at indføre en egentlig blokledelse (med en ansvarlig blokchef), men væsentlige fremskridt vil også kunne nås gennem rådgivende **blokudvalg**, der udarbejder indstillinger vedr. opgave- og ressourcefordelingen imellem de enkelte afdelingsenheder inden for samme blok i sygehuskommunen. Sådanne udvalg bør være sammensat af repræsentanter fra såvel lægegruppen som andre personalegrupper, f. eks. pleje-, laboratorie- og administrationspersonale.

Det skal her understreges, at en sådan funktionel samordning kan være hensigtsmæssig alene af økonomiske årsager. Dette kan belyses med nedenstående eksempel fra laboratorieområdet, hvor en samordning kan

gennemføres gradvist og med positive resultater fra starten.

I en amtskommune har man således integreret alle de klinisk-kemiske laboratorier ved 5 af amtskommunens sygehuse i en blok, som forestås af en blokledelse bestående af 3 laboratorieoverlæger, 1 laboratoriechef (farmaceut) og 1 administrativ repræsentant fra centralforvaltningen. Forsædet føres af den ene af laboratorieoverlægerne, som er udpeget hertil (altså ikke kollegialt valgt) af sygehusudvalget. Blokledelsen har haft til opgave at gennemføre en opgavefordeling mellem de 5 laboratorier, således at man opnåede optimal ressourceudnyttelse, og at man gennem en veldefineret opgavefordeling sikrede sig den ekspertise og rutine for specialanalysernes vedkommende, som ellers kun kunne opnås ved centraliseret stordrift. Gruppen påbegyndte sit arbejde i 1972, og det har vist sig, at man har bremset den hidtidige vækst på 10-12 pct. om året for hospitalslaboranter, således at der siden kun er sket en ganske svag vækst i laboratoriernes personaleforbrug. På apparaturområdet har man samtidig opnået en række væsentlige besparelser. Ordningen fungerer i praksis på den måde, at et givet antal analysearter kun udføres på et enkelt af laboratorierne. De 5 af ugens hverdage afgår kl. 9,00 en taxa fra de perifere sygehuse mod det mest centralt beliggende sygehus, hvor taxaerne bytter prøver kl. 9,30, og de samme taxavogne returnerer med specialprøverne for hele amtskommunen til det hjemlige laboratorium. Herefter udføres analyserne på de enkelte laboratorier, og analysesvarene gives til det rekvirerende laboratorium mellem kl. 13,30 og 14,30 via et telekopieringsudstyr. Dette rokadeprogram dækker over en arbejdsfordeling, der omfatter ca. 100 analyser ud af de 180 analyser, som indgår i amtskommunernes totale analyseprogram.

Under hensyntagen til den konstaterede realvækst i sygehusvæsenets udgifter skønnes det vigtigt, at der allerede på indeværende tidspunkt gennemføres foranstaltninger til dæmpning af væksten. Nedenfor under **III** gives en vejledning om mulige skridt til opnåelse af dette mål.

III. Besparelsemuligheder på kortere sigt

En begrænsning af væksten i sygehusvæsenets udgifter på kortere sigt må efter arbejdsgruppens opfattelse først og fremmest realiseres ved, at der inden for den enkelte sygehuskommune fra politisk side *fastlægges en ramme for ressourceforbruget* inden for det pågældende sygehusvæsen (amtskommunal rammestyring). Grundlaget for rammebestemmelsen vil afhænge bl. a. af de budgetteringsprincipper og styringsmidler, som den pågældende sygehuskommune anvender. En forudsætning for at kunne fastholde en sådan rammestyring fra politisk side uden ri-

siko for en samtidig væsentlig forringelse af serviceniveauet vil - efter arbejdsgruppens mening - være, at læger, sygeplejersker og andre sagkyndige inddrages i arbejdet med at konkretisere sparemuligheder og omlægning af hidtidig praksis såvel som prioritering af nye opgaver inden for den fastlagte økonomiske ramme.

De fleste af de i det følgende fremsatte forslag drejer sig derfor om etablering af en sådan intern faglig prioriteringsrådgivning, dels vedrørende personaleforbruget generelt, og dels vedrørende laboratorie- og røntgenområdet, apparaturområdet og medicinområdet. De øvrige forslag vedrører sygehusets almindelige arbejdsangang og samarbejdslinierne til alment praktiserende læger m. m. og socialektoren.

For så vidt angår den interne faglige prioritering foreslås sygehusvæsenets personale inddraget i en række *blokvise/tværgående udvalg*, som tildeles analytiske og rådgivende funktioner over for sygehusudvalget. Disse udvalg skal foretage en medicinsk-teknisk prioritering inden for afstukne økonomiske rammer. Den centrale sygehusforvaltning bør tilse, at udvalgenes arbejde koordineres såvel indbyrdes som i forhold til sygehusudvalgets arbejde, samt yde sekretariatsmæssig bistand. Udvalgene kan nedsættes såvel på det enkelte sygehus som på overordnet amtslig plan, idet den indbyrdes kompetencefordeling må fastlægges nærmere ud fra det enkelte sygehusvæsenes størrelse, struktur, politisk-administrative traditioner m. v. Udvalg af den her omhandlede art vil gennem deres rådgivningsfunktioner i forbindelse med budgetbehandlingen (den løbende drift) opbygge et værdifuldt erfaringsgrundlag og vil derfor også kunne varetage en række rådgivningsfunktioner i forbindelse med sygehusplanlægningen.

Vedr. personaleforbruget generelt

Af sygehusvæsenets samlede udgifter anvendes ca. 75 pct. til lønninger m. m. Det vil derfor være naturligt, at man indleder med at se på, hvordan der kan ske en kontinuerlig kritisk vurdering af personaleforbruget som helhed. Hovedideen må være at etablere et system, som sikrer en løbende tilpasning af personaleforbruget til de enkelte afdelings/sygehuses faktiske behov.

Det er klart, at en stor del af den i det indledende afsnit beskrevne personalefor-

gelse er medgået dels til at bemande nye afdelinger og specialfunktioner, og dels at udvide eksisterende afdelinger, hvor patientpresset var voksende, eller hvor ydelserne kunne forbedres på grund af den lægelige eller tekniske udvikling. Men også de øvrige afdelinger kan have haft - så at sige i al ubemærket - et voksende eller uændret personaleforbrug på trods af stagnerende respektiv faldende patienttal. Det kan naturligvis være velbegrundet, men bør gøres til genstand for en nøje behovsvurdering og afvejning med alternative anvendelser af ressourcerne.

Til sikring heraf kan tilrådes følgende:

a. Ved sygehusplanlægningens fastlæggelse af den fremtidige behandlingskapacitet og den funktionelle samordning mellem sygehusenhederne bør personaleforbruget indgå direkte som et væsentligt element i overvejelserne. Der bør således i forbindelse med funktionsplanlægningen fastlægges en »grovstruktur« for det fremtidige personaleforbrug, dvs. en opgørelse af personalenormeringsniveau fordelt f. eks. på læger, plejepersonale og andet personale for hver sygehusenhed/blok/afdelingstype. På grundlag heraf bør der foretages en kritisk revision af den detaljerede normeringsplan for hvert enkelt sygehus.

b. Der foretages en generel justering af normeringsplanen - også for de »stille« afdelinger - årligt i tilknytning til budgetlægningen. Inden for den i sygehusplanen fastlagte »grovstruktur« og efterfølgende totalrevision, vil der være behov for løbende justeringer af personalenormering i lyset af de indvundne erfaringer med arbejdsbelastningen og under indtryk af den takt nye undersøgelses- og behandlingsmuligheder tages i anvendelse. Under de årlige budgetforhandlinger vil afdelinger, som mener at have berettiget krav på mere personale, sige til, mens man normalt ikke kan forvente at høre fra afdelinger, hvis arbejdsbelastning er mindre end forudsat ved normeringen. Det må derfor være sygehusforvaltningens opgave at inddrage normeringerne for samtlige afdelin-

ger i de årlige justeringer, som både må kunne ske i opad- og nedadgående retning.

Udformning af ændringsforslag til den gældende normeringsplan vil formentlig bedst kunne ske på grundlag af en *faglig prioritering i et normeringsudvalg*. Sådanne udvalg kendes allerede for lægenormeringen alene, men det vil være ønskeligt at inddrage alle personalekategorier og udarbejde et sammenhængende forslag.

Der kan ikke gives en generel beskrivelse af, på hvilke niveauer og med hvilken sammensætning sådanne normeringsudvalg skal etableres, idet det vil afhænge af det enkelte sygehusvæsens eksisterende organisationsopbygning m. v. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at normeringsudvalget bør være i stand til at rådgive om personalenormeringen for hele sygehusvæsenets område (evt. blokopdelt). I modsat fald vil den tilstræbte fleksibilitet i personaleanvendelsen ikke blive opnået*). Det skal understreges, at normeringsudvalget alene har en rådgivende funktion over for sygehusudvalget, og at denne rådgivning kan vedrøre emner, som efterfølgende skal behandles i samarbejdsudvalg.

For at opnå en afdæmpning af stignings-takten i personaleforbruget vil det være hensigtsmæssigt, at den politisk-administrative ledelse meddeler normeringsudvalget en *ramme for den acceptable personaleudvidelse* og måske yderligere angiver nogle retningslinier for den ønskede personalestruktur på hovedtyper af uddannelseskategorier (f. eks. forholdet mellem speciallæger og andre hospitalslæger og forholdet mellem sygeplejersker og sygehjælpere). Et sådant grundlag for normeringsudvalgets arbejde bør præciseres såvel ved den under pkt. a foreslåede kritiske revision af normeringsplanen som ved den under pkt. b foreslåede årlige justering heri.

Yderligere kan det anbefales at udarbejde et *talmateriale til belysning af arbejdsbelastningen* i de enkelte afdelinger. Selv om der ifølge sagens natur kun kan tegnes et ufuldstændigt billede, vil de gængse aktivitetsmål som indlæggelser, sengedage samt ambulante undersøgelser og behandlinger (med hertil

*) Her skal blot forsøgsvis peges på en mulig model for udvalgets sammensætning og niveauer:

- a) et udvalg for hver blok i sygehusvæsenet hvortil afdelingerne vælger repræsentanter og
- b) et overordnet udvalg for hele sygehusvæsenet bestående af en valgt repræsentant for inspektørerne, for forstanderinderne for sygeplejen og for de lokale lægerådsformænd.

knyttede kommentarer fra de enkelte afdelinger) kunne danne grundlaget for normeringsudvalgets vurderinger, ikke mindst af udviklingstendensen i personalebehovet inden for den enkelte afdeling og med en vis forsigtighed for sammenligninger mellem afdelinger inden for samme blok*).

For laboratorieblokken må der naturligvis anvendes andre aktivitetsmål, og også for de øvrige blokke kan ovennævnte aktivitetsindikatorer eventuelt suppleres med foreliggende registreringer af »blokspecifikke« ydelser som f. eks. antal operationer i den kirurgiske blok.

Til støtte for vurderingen af personalebehovet i alle de plejemæssige funktioner vil det være ønskeligt at belyse plejetyngden gennem en stikprøveundersøgelse af patienterne på sengeafdelingerne. Som en første - og relativt grov - indikator skal det foreslås at klassificere patienterne i nogle brede hovedområder omfattende:

- intensiv område
 - intermediær område (almen og speciel medicinske og kirurgiske sygepleje)
 - langtidsmedicinsk - fysiurgisk område
 - lettere plejemæssigt område (herunder selvhjulpne)
- samt eventuelt en underklassificering heraf ud fra ordineret kontrolintensitet i relation til observation og behandling**).

Indsamling og bearbejdelse af sådanne indikatorer for aktiviteten og dermed for arbejdsbelastningen indebærer en arbejdsindsats fra administrativ side, som imidlertid skønnes at ville forrente sig. Det er også nødvendigt at inddrage afdelingerne i vurderingen af den registrerede udviklingstendens for deres egen afdeling, og bede dem påpege særlige forhold, der måtte have gjort sig gældende i observationsperioden, eller som forventes at ville indtræffe i budgetteringsperioden. Det færdigredigerede materiale med tilhørende kommentarer fra afdelingerne og eventuelt fra administrationen kan derefter stilles til normeringsudvalgets disposition.

c. Den omhyggelige fastlæggelse af normeringsplanen, som der er lagt op til i det foregående, sigter mod en bedre styring af perso-

naleforbruget. Dette formål forskertses, hvis det faktiske personaleforbrug afviger væsentligt fra det normerede. Det tilrådes derfor generelt at skære den uudnyttede del af normeringerne bort, medmindre ganske særlige omstændigheder taler for den konkrete stillings opretholdelse. Derved vil man bl. a. kunne undgå, at afdelinger fristes til at besætte overskydende stillinger, som blev godkendt under forudsætninger, der ikke længere er til stede.

Som et specielt punkt i denne sammenhæng kan anføres, at der synes at være en vis tilbøjelighed til at overdimensionere afløsningsnormeringen (vikarer ved ferie og sygdom m. v.) i forhold til det faktiske forbrug. Afløsningsnormeringen budgetteres typisk til omkring 10 pct. af lønbudgettet, mens det faktiske forbrug nogle steder er opgjort til ca. 7 pct. og er under fortsat reduktion de fleste steder som led i sparebestræbelser. Ikke mindst hvis man står over for at ændre praksis således, at afløsningsnormeringen fra at være en central pulje ændres til en bruttonormering omfattende faste stillinger og afløsning, som udmeldes til de enkelte afdelinger (eller afsnit), vil det være meget anbefalelsesværdigt først at nedbringe afløsningsnormeringen til det realistiske niveau - og desuden at udarbejde faste regler for anvendelse af vikarer.

Vedrørende forbruget af laboratorie- og røntgenundersøgelser

Igennem de senere år er der sket en ret voldsom stigning i antallet af laboratorieanalyser og undersøgelser pr. patient. Dette har været en af forudsætningerne for den stadig hurtigere og forbedrede diagnostik på sygehusene og har derigennem også medvirket til de kortere liggetider. Inden for f. eks. analyseområdet er der samtidig sket en omfattende automatisering, der har gjort den enkelte analyse billigere og lettere tilgængelig.

Den lettere tilgængelighed er formentlig en af årsagerne til, at man i dag har en vis fornemmelse af, at der på røntgen- og laboratorieundersøgelserområdet finder et overforbrug sted. I Ugeskrift for Læger (24. november 1975, 137. årgang, nr. 48) er f. eks.

*) Nærmere oplysning om udarbejdelse og præsentation af aktivitetstrends kan indhentes på Odense sygehus, økonomiafdelingen, hvor systemet er under indkøring.

***) Yderligere vejledning herom vil kunne opnås ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd, som også er interesseret i information om lokale erfaringer med patientklassifikation som grundlag for rationel styring af personaleressourcerne.

således refereret en række undersøgelser vedr. dette problem om bl. a. rutinemæssige ordinationer, som viser sig at være uden egentlig betydning for den efterfølgende behandling. Generelt har man indtryk af, at der i visse tilfælde ordineres undersøgelser på et for ufuldstændigt grundlag og uden en kritisk vurdering af ordinationens værdi for diagnose og behandlingskontrol samt uden hensyntagen til undersøgelsens omkostninger. Ligeledes synes der at være en tendens til, at forbedrede og billigere metoder'alone supplerer og ikke erstatter de eksisterende undersøgelsesmetoder.

Med baggrund i denne vurdering af forbruget af laboratorie- og røntgenundersøgelser i dag skal man anbefale for det første, at *samarbejdet mellem nærliggende sygehuslaboratorier fremmes*, dels med hensyn til mere sjældne og særligt krævende analyser og dels med hensyn til vagtberedskab om natten og på helligdage/weekender, jfr. i øvrigt eksemplet side 360 f., hvor samarbejdet er yderligere intensivert.

For det andet bør der søges tilvejebragt en *mere kritisk og økonomisk bevidst holdning til træk på laboratorieblokken*.

Dette kan gennemføres igennem bl. a. følgende forslag:

a. Sygehuslaboratorierne bør optage forhandling med de kliniske sygehusafdelinger om hensigtsmæssighed og sammensætning af eventuelle undersøgelsesprogrammer indeholdende en fastlagt række af analyser. Aftaler om sådanne skal, hvad enten de indeholder større eller mindre patientkategorier (f. eks. gulsot, blodmangel, operationspatienter), foreligge i form af aftalte protokoller.

b. Udbudet af undersøgelsestyper bør jævnlgt justeres kritisk bl. a. med henblik på at undskyde forældede undersøgelser samt undgå flere analysetyper med samme diagnostiske værdi.

c. Hvor en klinisk afdeling som led i udviklingsarbejde vurderer nye behandlinger/undersøgelser, bør der på forhånd opstilles en »protokol«, der skal godkendes af de berørte serviceafdelinger og indeholde tidsfrister med hensyn til opgørelse af resultater og evt. revision af »protokollen«.

d. De kliniske afdelinger bør informeres kvartalsvis/halvårligt om deres forbrug af

analyser/undersøgelser samt om beregnede enheds-omkostninger ved de enkelte analyse- og undersøgelsestyper.

e. Den enkelte serviceafdeling bør udforme en liste over analyser/undersøgelser, som er særligt dyre/vanskelige, eller som serviceafdelingen har knap kapacitet til. Ved ordination af analyser/undersøgelser, der er optaget på listen, bør det pålægges den ordinerende læge at motivere sin ordination over for den berørte serviceafdeling. Ligeledes bør fremsendelse af prøver m. v. til udenamts/private laboratorier godkendes af sygehusvæsenets egen tilsvarende serviceafdeling. Det bør i denne forbindelse præciseres, at man så vidt muligt skal undlade at benytte private laboratorier, i hvilke sygehusvæsenets egne læger har økonomiske interesser. I øvrigt bør der ved f. eks. større røntgenundersøgelser altid foretages en kritisk vurdering af serviceafdelingen, såvel ved henvisning fra praktiserende læger som fra de kliniske afdelinger.

f. Sygehuslaboratoriernes betjening af de praktiserende læger vil ofte kunne rationaliseres. Såvel af økonomiske grunde som af behandlingsmæssige grunde kan det være en fordel, hvis prøver vedr. samme patient undersøges af samme laboratorium og med samme metoder, før, under og efter en eventuel sygehusindlæggelse. Fortolkningen af mange typer af laboratorieanalyser lettes af, at disse er foretaget i et sygehuslaboratorium med dettes faste rutine, løbende kvalitetskontrol etc. Med henblik på sygehuslaboratoriernes betjening af den primære sundhedstjeneste bør der overalt i sygehuskommunerne anvendes standardiserede ordinations- og svarsedler, evt. med fortryk af en række hyppigt ordinerede laboratorieundersøgelser og med tydelig angivelse af referencintervaller (normalværdier) for resultaterne. Praktiserende lægers prøveforsendelser til laboratorierne bør lettes på enhver måde, f. eks. ved standard-glastyper, ensartet forsendelsesemballage etc.

Man bør dog være opmærksom på, at en række mere simple og hurtigt udførlige laboratorieundersøgelser med fordel kan udføres i almen praksis, idet man herved bl. a. opnår, at patienten sparer tid og transportudgifter.

Til gennemførelse af disse forslag bør der nedsættes *et stående laboratorieudvalg* med

repræsentation på den ene side fra de kliniske sygehusafdelinger og praktiserende læger og på den anden side fra laboratorieblokken. Dette udvalgs hovedopgave vil være at foretage en standardisering af undersøgelsesrepertoiret og derudover at virke som appelinstans ved uenighed om faste undersøgelsesprogrammer m. v.

Der må advares mod blot at gennemføre generelle besparelser inden for laboratorieblokkene, idet man herved risikerer at etablere nye »flaskehalse« med heraf følgende u hensigtsmæssige virkninger såvel over for sengeafdelingerne som over for de praktiserende læger.

Vedrørende forbruget af apparatur

Udgifterne til apparaturindkøb udgør kun en lille del af sygehusvæsenets samlede udgifter. Apparaturlndkøbene kan imidlertid have meget store afledte driftsudgifter i form af øget personaleforbrug, materialeforbrug (reagenser), vedligeholdelse osv.

Man har derfor også flere steder kunnet opnå meget væsentlige besparelser ved at foretage kritiske vurderinger af, hvilke rationaliseringsgevinster og/eller medicinske undersøgelses- og behandlingsresultater som et givet apparaturønske kunne give. Herudover vil der kunne påregnes besparelser igennem *en vis standardisering af udstyr*, der muliggør bl. a. en enklere og billigere vedligeholdelse og service, samt igennem *en afstemning af apparaturanskaffelserne efter det samlede behov i sygehuskommunen*.

Det må derfor anbefales, at der nedsættes *apparaturlndvalg*, som på medicinsk-teknisk plan tager stilling til samtlige apparaturønsker*) over en vis størrelse, f. eks. 10.000 kr., og som afgiver indstilling om, hvad det specificerede apparaturbudget bør indeholde. Inden udarbejdelsen af budgetforslaget bør udvalget meddele *en ramme for den samlede politisk acceptable udgift til apparaturindkøb*. Afdelingerne må således hvert år indsende deres apparaturønsker til apparaturudvalget, der inden for de i sygehus-

planen politisk afstukne rammer for funktionel samordning af sygehusene må foretage en faglig vurdering af, om det drejer sig om et nødvendigt og knæsat brugsapparat, eller om der er tale om apparatur som led i en afdelings udviklingsarbejde, f. eks. arbejde med nye diagnostiske eller terapeutiske metoder. I dette sidste tilfælde må apparaturudvalget vurdere, om den pågældende afdeling bør påtage sig dette udviklingsarbejde, og det må undersøges, om andre afdelinger i landet har erfaring med det foreslåede apparatur**).

Dernæst må apparaturudvalget foretage en faglig prioritering af, hvilke apparaturønsker som bør fremmes og realiseres inden for den afstukne økonomiske ramme.

Nedenfor er angivet et forslag til, hvilke opgaver man kunne tænke sig varetaget i et apparaturudvalg:

1. *Faglig vurdering af anskaffelsens ønskelighed.*

- a) Anvendelsesområde.
- b) Vurdering af den diagnostiske eller terapeutiske gevinst i forbindelse med allerede indarbejdede metoder.
- c) Skønnet antal analyser eller undersøgelser eller behandlinger/tidsenhed samt forventet levetid.
- d) Vurdering af eksisterende kapacitet og udnyttelsesgrad af apparatur med tilsvarende funktion inden for sygehuskommunen.
- e) Andre erfaringer med og udbredelsen af det ansøgte apparatur i det øvrige land.
- f) Skøn over det mest fordelagtige anskaffelsestidspunkt, den medicinsk-tekniske udvikling taget i betragtning.

2. *Valg af billigste type i forhold til kvalitet.* Herunder skal oplyses og vurderes følgende:

- a) Kvalitet og omkostninger ved service.
- b) Personaleforbrug.
- c) De i forbindelse med anskaffelsen nødvendige nyindretninger eller ændringer af lokaler og tekniske installationer.

*) - elektronisk måleudstyr til diagnostik (f. eks. røntgenapparat, laboratorieinstrumenter, isotopmåleudstyr).
- optisk måleudstyr (mikroskoper og endoskoper). Apparaturl til patientbehandling, f. eks. mekanisk (træningscykler, dialyseudstyr) eller elektromedicinsk (eks. tultralydbehandling).
- kirurgiske instrumenter.
- AV-udstyr til diagnostik og undervisning.

**) I tvivlstilfælde kan apparaturudvalget forhøre sig i Statens lægevidenskabelige Forskningsråd, der så enten på basis af egen ekspertise eller efter konsultation med andre specialister kan give råd.

- d) Udgifter til driftsmidler (f. eks. kemiske reagenser).
3. *Analyse af*, hvilke direkte besparelser apparaturanskaffelsen kan give, f. eks. automatiseringsgevinst (personalebesparelse), og tidsbesparelser (der kan give besparelser i udgiften til liggedage). Denne analyse bør udformes således, at den direkte kan danne grundlag for forslag til »negativ tillægsbevilling« for indværende eller næste års budget.

Da en afstemning af apparatønsker med sygehusplanens retningslinier for funktionel samordning - og med andre bestræbelser for standardisering m. m. - anses for vigtig, bør et apparaturudvalg først og fremmest nedsættes på amtskommunalt niveau, enten som underudvalg af sygehusudvalget eller som rådgivende over for dette. Den faglige deltagelse bør omfatte læger, teknikere (ingeniører og maskinmestre) og administratorer (specielt økonomer og andre regnskabskynige). I øvrigt bør apparaturudvalget stå i tæt kontakt med det tidligere nævnte laboratorieudvalg.

Vedrørende forbruget af medicin

De offentlige udgifter til lægemidler forventes i 1976/77 at beløbe sig til 980 mill. kr. Den største del heraf afholdes i den primære sundhedstjeneste, nemlig 550 mill. kr. (hvor til kommer patienternes egen betaling, der udgør et nogenlunde tilsvarende beløb), mens sygehusenes medicinudgifter forventes at blive 430 mill. kr. (ingen patientbetaling). Lægemedelforbruget på sygehusene udgør således kun en beskedent del af disse bruttodriftsudgifter (ca. 5 pct.), hvorimod de udgør en væsentlig del af sygesikringsudgifterne (ca. 25 pct.).

Det har vist sig, at det igennem forskellige foranstaltninger er muligt at spare ret væsentlige beløb på området, hvortil kommer, at sådanne foranstaltninger vil have afledte (besparende) virkninger på lægemedelforbruget i den primære sundhedstjeneste. Dette skyldes, at medicinordinationerne på sygehusene ofte påvirker de praktiserende lægers præparatvalg (igennem forslag til medicinordinationen på udskrivningsbreve m. v.).

Generelt kan siges, at både den praktiserende læge og hospitalslægen ud fra en medicinsk vurdering som regel kun bør benytte

ganske få præparater over for de enkelte sygdomsgrupper, således at han bliver helt fortrolig med lægemidlernes administration, virkninger og bivirkninger. Da der ofte er meget betydelige prisforskelle mellem flere ens virkende farmakologiske præparater, må der yderligere lægges vægt på at få udvalgt de billigste lægemidler til hvert formål. Det må derfor anbefales, at der i den enkelte sygehuskommune foretages:

- a. en gennemgang og vurdering af det eksisterende medicinrepertoire med henblik på *udvælgelse af de billigste blandt medicinsk ligeværdige præparater*, ud fra en samlet terapeutisk og økonomisk synsvinkel, som afdelingerne herefter anbefales at anvende.
- b. en efterfølgende egentlig *standardisering af rutinesortimentet* under hensyntagen til de lokale terapitraditioner.

Ud over de direkte besparelser ved anvendelse af billigste præparater vil en standardisering give betydelige indirekte besparelser, ved mulighederne for formindskelse af lagerbeholdning (såvel på apotek som på afdelingerne), mindre kassation af medicin og mere effektiv terapi osv.

Til gennemførelse af denne opgave (og løbende justering heraf) skal det anbefales, at der nedsættes *lokale lægemiddelkomiteer*.

Som eksempel på en lægemiddelkomité's opgaver skal anføres kommissoriet for Rigshospitalets lægemiddelkomité:

- 1) at forenkle og rationalisere de enkelte afdelingers medicinbeholdning (forbrug) ud fra både terapeutiske og økonomiske hensyn, ved dels at vælge de billigste (synonyme og analoge) præparater, dels ved at udfærdige rekommandationer for besparelser og rationaliseringer i farmakoterapien og derved påvirke ordinationsvanerne.
- 2) at anbefale rationaliseringer, der sigter på at forenkle apotekets indkøb og eventuelt bistå ved apotekets forhandlinger med leverandører.
- 3) at fungere som mellemed mellem lægestab og lægemiddelkonsulenter, når disse henvender sig til hospitalet.
- 4) at vurdere de økonomiske konsekvenser af nye projekter, som indebærer udgifter for apotekets regnskab eller eventuelt på anden måde belaster hospitalets budget (laboratorieundersøgelser, bakteriologiske undersøgelser).

Lægemedielkomiteen kan foreslås sammensat af 2-5 kliniske læger (overvejende intern medicinere), en sygeplejerske, eventuelt en klinisk farmakolog, apotekeren eller

tilsvarende person, plus ved nogle opgavers behandling repræsentanter for de praktiserende læger, jfr. nedenfor.

Gennem udskrivningsbreve og lokal information til de praktiserende læger vil sygehusets lægemiddelvalg som tidligere nævnt ofte påvirke ordinationsvanerne i den primære sundhedstjeneste. Dertil kommer, at manglende koordination vil kunne føre til store problemer, når det drejer sig om ambulante patienter, og når patienter kommer ind til kortvarige indlæggelser, hvis de allerede er i medicamentel terapi med lægemidler, der ikke hører til sygehusets standardsortiment.

Både under hensyntagen til, at lægemiddelforbruget uden for sygehusene er betragteligt større end indenfor og for at sikre et økonomisk og sundhedsmæssigt samarbejde omkring lægemiddelanvendelsen, må det derfor anbefales, at *lægemiddelkomitéarbejdet udspreddes til at dække såvel sygehusvæsen som praksis sektor, samt at dette arbejde koordineres på amtskommunalt niveau.*

Vedrørende en rationel tilrettelæggelse af sygehusets arbejdsgang

På de fleste sygehuse ser man en meget væsentlig tilbagevendende ugevariation i omfanget af modtagne patienter. Som illustration er i bilaget, side 390, vist indlæggelsernes relative fordeling på ugedage i en midtjysk amtskommunes sygehusvæsen. Her ses en væsentlig koncentration på de første par ugedage, idet der gennem ugen sker et markant fald i modtagelsen af indkaldte patienter. Dette har en naturlig sammenhæng med, at sygehusvæsenets aktivitetsniveau er meget lavt i weekenden som følge af de almindelige fridagsordninger. Dette modtagemønster betyder imidlertid, at der sker en overvældende koncentration af lægearbejdet og belastningen af undersøgelses- og behandlingsafdelinger omkring ugens første dage. Yderligere er aktiviteten præget af en formiddagskoncentration. For at skabe en jævnere fordeling af aktiviteten kan det anbefales, at man tilstræber, at *ambulatorievirkomheden afvikles i de »stille« perioder*, dvs. at den koncentrerer omkring ugens sidste del og eftermiddagstimerne. Da forslaget kan indebære afledte meromkostninger i laboratorieblokken, bør dette forhold medinddrages i overvejelserne inden en eventuel gennemførelse.

I forbindelse med ambulatorievirkomhe-

den kan det i øvrigt anbefales, at der indføres egentlige booking-systemer, og at arbejdsgangen tilrettelægges således, at en patient ved gentagne kontakter kan behandles af den samme læge, herunder på et tilstrækkeligt højt lægeligt kompetenceniveau.

Derudover skal det anbefales, at der sker en *forbedring af den interne visitation* på det enkelte sygehus eller i det enkelte amtskommunale sygehusvæsen. Formålet bør være at nedbringe ventetiden inden patientoverflytning til relevant, anden afdeling til et minimum. Dette kan indebære, at der mellem forskellige afdelinger må fastlægges klare visitationskriterier og -regler. Det bør indebære, at overflytninger altid foretages med det samme, dvs. at modtagende afdeling bør opfatte overflytning som modtagelse af akut patient.

Vedrørende samspillet mellem sygehusvæsenet og primær sundhedstjeneste/socialsektoren

1. Samarbejde omkring indlæggelse.

Ovenfor er netop omtalt et forslag, der sigter mod at begrænse den tid, hvor en indlagt patient afventer overflytning til anden afdeling. Man må imidlertid tilstræbe, at patienter så ofte, det er muligt, når direkte frem til den relevante sygehusafdeling. For at opnå dette, må den praktiserende læge have præcis viden om det lokale sygehusvæsenes struktur og aktuelle behandlingstilbud. Man skal derfor anbefale, at sygehusvæsenet *løbende informerer* - såvel skriftligt som ved møder med de (indlæggende) praktiserende læger - *om de enkelte sygehuses / afdelingers kvalitative behandlingsmuligheder*, herunder afdelingernes sub-specialisering. Ligeledes kan det i visse sygehusvæsen (afhængig af hvilken generel visitationsordning, der anvendes), være nyttigt at informere de praktiserende læger om de enkelte sygehuses/afdelingens ventetider (bør opgøres på diagnosegrupper). Denne information bør udsendes f. eks. en gang om måneden.

Endelig skal man pege på det ønskelige i et mere standardiseret samarbejde mellem sygehus og praktiserende læge i forbindelse med laboratorieanalyser, jfr. side 364, og medicin, jfr. side 366.

Forinden afgørelse om indlæggelse af en ikke-akut patient kan træffes, vil den alment praktiserende læge eller praktiserende speci-

allæge i nogle tilfælde have behov for anden bistand fra sygehusvæsenet end den, der er omtalt ovenfor. Her tænkes på den særlige specialistviden, som kun er til rådighed i sygehusvæsenet. Hvis den praktiserende læge ikke har nem adgang til en sådan specialistbistand fra sygehusvæsenet, er han oftest nødsaget til at lade patienten indlægges.

Det er derfor vigtigt, at der *etableres ordninger, der kan modvirke disse »automatiske«* indlæggelser. Samarbejdet på dette område mellem praktiserende læge og sygehusvæsenet kan finde sted under forskellige former. Her skal blot nævnes koordineret forundersøgelse, dvs. at den praktiserende læge foretager forundersøgelsen i nært (koordineret) samarbejde med den enkelte hospitalsafdelings læger, samt forundersøgelsesambulatoriet, hvor patienten kan blive undersøgt ambulant, efter at der i forvejen er indsendt indlæggelsesseddél fra patientens egen læge.

For bl. a. at skabe en bedre kontakt mellem sygehus og praktiserende læge/pårørende bør det tilstræbes så vidt muligt at lade den samme sygehuslæge varetage kontakten vedr. den enkelte patient.

2. Samarbejde mellem sygehusvæsen og socialvæsen/praktiserende læge omkring udskrivning.

På mange sygehuse er en ikke ubetydelig del af sengene belagt med - normalt ældre - plejepatienter, over for hvem sygehusets undersøgelses/behandlingsmuligheder er udtømt, men hvor det rent faktisk ikke har været muligt at udskrive patienten på grund af dennes plejebæhov. En undersøgelse foretaget i 1975 viste således, at på landsbasis var ca. 8 pct. af sengemassen belagt med sådanne patienter. Det vil være af væsentlig betydning for sygehusenes mulighed for at udskrive sådanne patienter, at *de pågældende sygehusafdelinger løbende er orienteret om kapacitet og muligheder inden for de støtteforanstaltninger, som socialvæsenet kan tilbyde* med henblik på modtagelse enten i patienternes eget hjem, kollektivboliger, dagcentre m. v. eller plejehjem.

Det skal understreges, at patienter, der af de almindelige sygehusafdelinger opfattes som plejepatienter, når de er medicinsk/kirurgisk færdigbehandlede, men som ikke kan udskrives direkte til eget hjem, ikke nødvendigvis er plejehjemspatienter.

Som konkret eksempel kan fra Odense nævnes, at godt halvdelen af de patienter, der af sygehusafdelingen visiteres som plejepatienter til Odense kommunes geriatriske afdeling, kan udskrives til eget hjem med forskellige hjælpeforanstaltninger, og at kun knap $\frac{1}{3}$ efter endt behandling og genoptræning placeres i plejehjem.

Sygehusene bør derfor være opmærksom på den såvel menneskelige som økonomiske fordel ved gennem langtidsmedicinsk behandling og genoptræning af de ældre patienter at gøre flest mulige i stand til at blive udskrevet til eget hjem med de støtteforanstaltninger, der kan tilbydes fra socialsektoren. Man bør i øvrigt erindre, at plejehjemsophold ikke er så almindeligt, som det ofte antages. Plejehjemshyppigheden er således f. eks. for 70-74-årige ca. 2,5 pct. og for 80-84-årige ca. 15 pct.

I forbindelse med udarbejdelsen af »sparevejledning vedrørende ældreomsorgsområdet« er det anbefalet, at kommunernes socialforvaltninger udarbejder orienteringsmateriale til de praktiserende læger vedrørende de forskellige mulige støtteforanstaltninger for ældre inden for bistandslovens område og kapaciteten inden for disse m. v. Det foreslås, at kommunerne også tilstiller sygehusvæsenet denne vejledning til orientering for de sygehusafdelinger, hvor den omhandlede gruppe plejepatienter er at finde.

Det foreslås endvidere, at der rettes henvendelse til amtskommunens socialcenter om *etablering af samarbejde med kommunernes social- og sundhedsforvaltninger omkring udskrivningen både af ældre og andre patienter, hvis udskrivning er betinget af sociale støtteforanstaltninger.* Samarbejdet mellem sygehus og kommunernes social- og sundhedsforvaltning kan eventuelt formidles af den socialrådgiver, der fra socialcentret er tilknyttet sygehuset. Hvis en forholdsmæssig stor del af sygehusets patienter indlægges fra en enkelt primærkommune, kan det overvejes at lægge samarbejdet ind i fastere rammer ved afholdelse af møder med deltagelse fra vedkommende sygehusafdeling og den pågældende kommunale social- og sundhedsforvaltning. Fordelene ved en sådan snæver kontakt vil være:

at sygehuset får et væsentligt bedre kendskab til de mange muligheder, social- og sundhedsforvaltningen råder over, og de behovskriterier, der anvendes,

- at der tilvejebringes sammenlagt en væsentlig bedre viden om den konkrete patients sociale og medicinske forhold, hvorved hjemmeplejen får bedre mulighed for fra starten at give netop den rigtige hjælp på det rigtige tidspunkt,
- at det undgås, at sygehuset for at sikre sine patienter bedst muligt ved udskrivningen anmoder om »for meget« hjælp. Det kan give længere liggetid, fordi det ofte tager længere tid at få etableret den mere omfattende hjælp, og socialforvaltningen får et større ressourceforbrug samt besværet med at nedtrappe indsatsen igen,
- at der spares sengedage i de tilfælde, hvor sygehuset ikke udskriver patienten på et tidligere tidspunkt, fordi man er usikker på, om den primære sundhedstjeneste kan klare opgaven forsvarligt.

IV. Afsluttende bemærkninger

Arbejdsgruppen har i foranstående redegørelse peget på forskellige foranstaltninger - overvejende af organisatorisk/administrativ art - inden for sygehusvæsenet, der skulle kunne medvirke til at bremse stigningstakten i sygehusenes ressourceforbrug til såvel personale som undersøgelses/behandlingsfunktionen, apparatur og medicin. Arbejds-

gruppen har endvidere berørt samspillet mellem sygehusvæsenet og **praksissektoren/socialsektoren**.

Alene på grund af den meget korte tid (ca. 2 måneder), der har været til rådighed for dette arbejde, kan resultatet kun betragtes som et foreløbigt forslagskatalog til støtte for sparebestrebelse på kortere sigt. Som fremhævet i afsnit II vil en varig dæmpning af ressourceforbruget forudsætte mere grundlæggende - og dermed tidskrævende - ændringer i arbejdsfordelingen mellem sygehusvæsenet, det øvrige sundhedsvæsen og den tilgrænsende socialsektor, samt i det politisk/administrative styringssystem og i informationssystemet. Disse spørgsmål behandles i prioriteringsudvalget, og nærværende arbejdsgruppe vil arbejde videre dels med de emneområder, som er berørt i denne redegørelse, dels med overvejelser vedrørende mulighederne for etablering af en sammenhængende planlægning af sundhedsvæsenets indsats inden for de enkelte sygehuskommuner og på landsplan. Arbejdsgruppens overvejelser herom vil indgå i prioriteringsudvalgets samlede, afsluttende arbejde, hvor man også vil behandle sammenhængen mellem sundhedsvæsenet og den tilgrænsende del af socialsektoren.

Arbejdsgruppens sammensætning

Fra prioriteringsudvalget

Planlægningskonsulent Inge Thygesen, budgetdepartementet (formand).
MF Kirsten Sparre Andersen.
MF Edele Kruchow.
Afdelingschef G. A. Lustrup, indenrigsministeriet.
Forstanderinde Elna Krogh Nielsen.
Læge Leif Theander.

Udefra kommende sagkyndige

Kontorchef Ernst Andersen, socialstyrelsen.
Læge Per Buch Andreasen, Rigshospitalet.
Sekretariatschef, sygeplejerske Eva Holm Christensen, Dansk Sygeplejeråd.
Overlæge B. Harvald, Fyns amtskommune.
Lektor Sv. Juul, socialmedicinsk institut, Århus.

Planlægningskonsulent Svend Lundtorp
amtsrådsforeningen.
Instruktionslaborant Eva Munck, Frederiksberg kommune.
Amtssygehusdirektør J. Tilsted Pedersen, Vejle amtskommune.
Kontorchef Ketty Petersen, sikringsstyrelsen.
Overlæge Niels Rossing, sundhedsstyrelsen.
Læge Knud Smidt-Nielsen, Hvidovre.
Socialdirektør F. Toftgaard Jensen, Odense kommune.
Overlæge K. Winkler, Københavns kommune.

Koordinerende sekretær

Sekretær Jens Chr. Sørensen, indenrigsministeriet.

Sundhedsvæsenets ressourceforbrug

Oversigt over den regionale fordeling af sygehus- og sygesikringsudgifter

De på side 375 ff. viste tabeller skal betragtes som en kortlægning af sundhedsvæsenets ressourceforbrug, dets sammensætning og regionale fordeling.

Som hovedprincip er ressourceanvendelsen opgivet pr. indbygger fordelt efter hjemstedskommune uafhængigt af de ydende institutioners geografiske beliggenhed og ejerskab.

Af *tabel 1* ses, at der er betydelige regionale forskelle i de offentlige udgifter (landsgennemsnit i 1974/75: 1950 kr. pr. indbygger). Variationen i udgifterne hidrører primært fra sygehusområdet, idet sygesikringsudgifterne udviser en høj grad af ensartethed uden for det indre hovedstadsområde. I den forbindelse bør bemærkes, at højere sygehusudgifter generelt ikke modvirkes af en reduktion i de tilsvarende sygesikringsudgifter.

Sygehusudgifterne varierer fra 1000 kr. til 2170 kr. omkring et landsgennemsnit på 1490 kr. pr. indbygger i 1974/75. Disse regionale variationer kan *ikke* alene tages som udtryk for tilsvarende forskelle i service- og/eller effektivitetsniveau. Ved regionale sammenligninger kan bl. a. følgende forhold have særlig interesse: køn- og alderssammensætning, erhvervsforhold og den lokale sociale struktur.

Behovet for sygehusbehandling vides generelt at stige med alderen. Som det ses af tabellen, er der ikke de helt store regionale forskelle i ældreandelen i provinsen, hvorfor de betydelige variationer i udgiftsniveauet må tilskrives andre forhold. Derimod er der inden for hovedstadsområdet sygehuskommuner både med meget høj og med meget lav ældreandel, hvilket må tages i betragtning ved vurdering af de store forskelle i udgiftsniveauet inden for dette område.

For så vidt angår regionale forskelle i erhvervsforhold og den sociale struktur foreligger ikke entydig viden om deres betydning for sygeligheden. De i *tabel 7* konstaterede forskelle i tildeling af invalidepensioner, jfr. nedenfor, kan dog muligvis tages som udtryk herfor.

Herudover skal nævnes, at regionale forskelle i sygehuspersonalets aflønning (stedtillæg) kan forklare maksimalt 5-6 pct. af variationerne i ressourceindsatsen.

I *tabel 2* ses stigningen i sundhedsudgifterne for hele landet fra 1974/75 R-1976/77 B at udgøre 30 pct., der fordeler sig med 27 pct. på det indre hovedstadsområde og 31 pct. på det øvrige land. Med et uændret aktivitetsniveau ville udgiftsstigningen have været af størrelsesorden 25 pct. i samme periode, hovedsageligt som følge af pris- og lønstigninger.

På trods af de store nye sygehuse er der altså sket en begyndende opbremsning i hovedstadsområdet, som imidlertid ikke følges op i det øvrige land.

Man bemærker, at væksten er særlig stor i de jyske sygehuskommuner med relativt lavt udgiftsniveau; men at der tillige forekommer en høj vækst i visse af de regioner, der i forvejen skilte sig ud med et markant højt udgiftsniveau. 2-års perioden har derfor ikke udlignet de regionale forskelle, men blot afstedkommet mindre forskydninger blandt de sygehuskommuner, der skiller sig ud fra det fælles mønster, jfr. figuren, side 372.

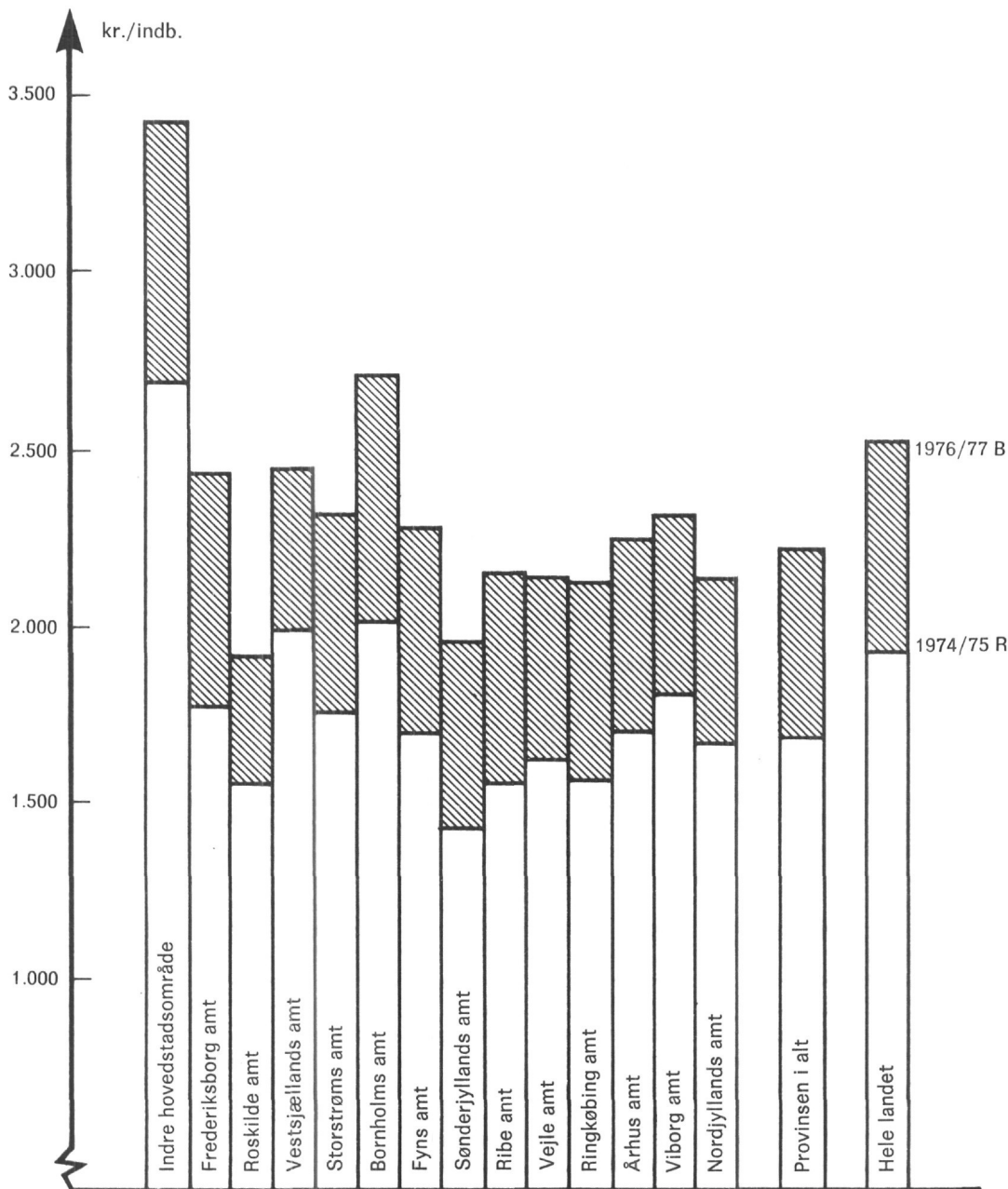
Udgiftsstigningen finder hovedsageligt sted i sygehusektoren, nemlig med 34 pct. for hele landet, mens stigningen for sygesikring kun udgør 17 pct. (incl. visse omlægninger) i perioden. Endvidere er der lokalt sket visse forskydninger i forholdet mellem sygesikrings- og sygehusudgifter.

1 tabel 3 over sygehusedelsernes finansiering i 1976/77 skal fremhæves fordelingen af de statslige udgifter på ca. 1 mia. kr. over landet.

Af tabel 4 over de budgetterede sygesikringsudgifter i 1976/77 ses der at være en udpræget ensartethed i udgifterne pr. indbygger såvel totalt som på de enkelte hovedposter. De i alt 2,7 mia. kr. fordeler sig med

godt halvdelen på lægeudgifter, 25 pct. til medicin m. v. og de resterende 20 pct. til tandlægehjælp.

Tabel 5 over lægeforsyningen afspejler i nogen grad de konstaterede udgiftsforskelle. Landsgennemsnittet er på ca. 1,7 læge pr. 1.000 indbygger (lægerne har ikke - som udgifterne - kunnet fordeles efter patienternes bopælsregion).



Ydelsernes omfang er i grove træk opgjort i *tabel 6*.

Tilfredsstillende generelle mål for befolkningens sundhedstilstand findes ikke. *Tabel 7* indeholder et par indikatorer, som kan opgøres regionalt. Befolkningens dødelighed forekommer stort set konstant over landet,

dog med 10 pct. højere niveau i hovedstadsområdet end i provinsen. Tilvækst i antal invalidepensioner udviser derimod meget betydelige variationer, der stort set følger det konstaterede mønster for sundhedsudgifterne.

Oversigt over tabeller, samt generelle noter

Tabel 1:

Statens og sygehuskommunernes udgifter pr. indbygger til sygehuse og sygesikring 1974/75 R.

Tabel 2:

Udviklingen i statens og sygehuskommunernes udgifter pr. indbygger 1974/75 R-1976/77 B til sygehuse og sygesikring.

Tabel 3:

Samlede budgetterede sygehusudgifter pr. indbygger fordelt efter finansiering 1976/77 B.

Tabel 4:

Sygehuskommunernes budgetterede udgifter til sygesikring pr. indbygger 1976/77 B.

Tabel 5:

Lægeforsyning fordelt på hovedområder 1974/75.

Tabel 6:

Sengedage og indlæggelser på somatiske sygehuse pr. indbygger 1974/75.

Tabel 7:

Dødelighed og invalidefrekvens i 1974/75.

Generelle noter til tabellerne:

Ressourceforbrug, ydelser m. v. er for

Rigshospitalet og Kysthospitalet på Refsnæs,

Finseninstituttet,

De ortopædiske hospitaler og andre afdelinger finansieret af Samfundet og Hjemmet for Vanføre,

Statsfinansierede landsdelsspecialafdelinger samt

Statshospitalerne for sindslidende i 1974/75

fordelt svarende til sygehuskommunernes andel af disse institutioners senge dage.

Det amtskommunale ressourceforbrug er tilsvarende henført til den region, hvor patienten bor, uanset hvor den behandlende institution er beliggende.

På grund af mellemkommunale betalinger har dette været muligt for udregningen af sygehuskommunernes udgifter, mens det ikke har kunnet praktiseres for senge dage og indlæggelser samt lægeforbrug på tværs af sygehuskommunernes grænser.

For sygehuse er anvendt nettodriftsudgifter excl. forrentning og afskrivning (og excl. refusion i 1974/75), taget - ligesom for sygesikring - fra sygehuskommunernes regnskaber og budgetter, hvoraf hovedparten findes i »Økonomisk oversigt for amtskommuner 1976/77« fra Amtsrådsforeningen.

Sundhedsvæsenets ressourceforbrug

Tabel 1. Statens og sygehuskommunernes udgifter pr. indbygger til sygehuse og sygesikring 1974/75 R.

| Kr. pr. indbygger | Sygehuse | Sygesikring | Sundhed | Ældre andel ¹⁾ pct. | Plejhjems- dækn. ²⁾ pct. |
|------------------------------|----------|-------------|---------|-----------------------------------|---|
| Indre hovedstadsområde | 2.170 | 530 | 2.700 | 15 | 5,3 |
| Frederiksborg amt..... | 1.330 | 450 | 1.780 | 9 | 9,0 |
| Roskilde amt..... | 1.150 | 420 | 1.570 | 8 | 8,4 |
| Hovedstadsområdet i alt | 1.930 | 500 | 2.430 | 13 | 5,8 |
| Vestsjællands amt | 1.570 | 430 | 2.000 | 14 | 7,1 |
| Storstrøms amt | 1.320 | 450 | 1.770 | 16 | 8,5 |
| Bornholms amt | 1.570 | 450 | 2.020 | 15 | 7,2 |
| Fyns amt | 1.240 | 460 | 1.700 | 14 | 5,8 |
| Sønderjyllands amt | 1.000 | 430 | 1.430 | 13 | 5,5 |
| Ribe amt | 1.160 | 410 | 1.570 | 12 | 7,1 |
| Vejle amt | 1.180 | 450 | 1.630 | 13 | 6,6 |
| Ringkøbing amt | 1.170 | 410 | 1.580 | 11 | 9,9 |
| Århus amt | 1.260 | 460 | 1.720 | 12 | 7,4 |
| Viborg amt | 1.400 | 420 | 1.820 | 14 | 8,2 |
| Nordjyllands amt | 1.250 | 430 | 1.680 | 13 | 6,9 |
| Provinsen i alt | 1.260 | 440 | 1.700 | 13 | 7,1 |
| Hele landet i alt | 1.490 | 460 | 1.950 | 13 | 6,7 |

¹⁾ Antal ældre på 65 år og derover i procent af befolkning.

²⁾ Antal plejhjemspladser pr. 100 ældre.

Sundhedsvæsenets ressourceforbrug

Tabel 2. Udviklingen i statens og sygehuskommunernes udgifter pr. indbygger 1974/75 R-1976/77 B til sygehuse og sygesikring.

| Kr. pr. indbygger | Sygehuse | | Sygesikring | | Sundhed i alt | | Vækst i pct. |
|--|----------|---------|-------------|---------|---------------|---------|------------------|
| | 1974-75 | 1976-77 | 1974-75 | 1976-77 | 1974-75 | 1976-77 | |
| Indre hovedstadsområde | 2.170 | 2.760 | 530 | 660 | 2.700 | 3.420 | 27 |
| Frederiksborg amt | 1.330 | 1.920 | 450 | 510 | 1.780 | 2.430 | 37 |
| Roskilde amt | 1.150 | 1.450 | 420 | 460 | 1.570 | 1.910 | 22 |
| Hovedstadsområdet i alt | 1.930 | 2.480 | 500 | 630 | 2.430 | 3.110 | 28 |
| Vestsjællands amt | 1.570 | 1.970 | 430 | 480 | 2.000 | 2.450 | 23 |
| Storstrøms amt | 1.320 | 1.800 | 450 | 520 | 1.770 | 2.320 | 31 |
| Bornholms amt | 1.570 | 2.190 | 450 | 520 | 2.020 | 2.710 | 34 |
| Fyns amt | 1.240 | 1.750 | 460 | 530 | 1.700 | 2.280 | 34 |
| Sønderjyllands amt | 1.000 | 1.470 | 430 | 490 | 1.430 | 1.960 | 37 |
| Ribe amt | 1.160 | 1.660 | 410 | 490 | 1.570 | 2.170 | 38 |
| Vejle amt | 1.180 | 1.640 | 450 | 520 | 1.630 | 2.160 | 33 |
| Ringkøbing amt | 1.170 | 1.570 | 410 | 560 | 1.580 | 2.130 | 35 |
| Århus amt | 1.260 | 1.780 | 460 | 480 | 1.720 | 2.260 | 31 ¹⁾ |
| Viborg amt | 1.400 | 1.810 | 420 | 510 | 1.820 | 2.320 | 27 |
| Nordjyllands amt | 1.250 | 1.660 | 430 | 490 | 1.680 | 2.150 | 28 |
| Provinsen i alt | 1.260 | 1.720 | 440 | 500 | 1.700 | 2.220 | 31 |
| Hele landet i alt | 1.490 | 1.990 | 460 | 540 | 1.950 | 2.530 | 30 |
| Gennemsnitlig vækst 1974/75 R-1976/77 B i pct. | | 34 | | 17 | | 30 | |

Noter: De benyttede folketal er henholdsvis 1. januar 1975 og 1. oktober 1975. Stigningen i sygehusudgifter som følge af pris- og lønstigning udgør i 2-årsperioden ca. 23 pct. Ændrede tilskudsregler har bevirket en indskrænkning svarende til 5 pct. af sygesikringsudgifterne, hvilket opvejes af ændret konteringspraksis svarende til ca. 1 pct. udvidelse af sygehusudgifterne.

¹⁾ Fødselsanstalten »Jylland« overgik fra statsligt til amtskommunalt regie i perioden. Merudgift ca. 30 mill. kr., svarende til 3 pct. vækst.

Tabel 3. Samlede budgetterede sygehusudgifter pr. indbygger fordelt efter finansiering 1976/77.

| | Statslige udgifter ¹⁾ | | | I alt | Sygehuskom. udgifter | I alt pr. indb. | Absolutte udg. i alt |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|----------------------|-----------------|----------------------|
| | RH m. v. ²⁾ | Landsdels- spec. ³⁾ | Betal- ordn. | | | | |
| | | | Kr. pr. indb. | | | | Mill. kr. |
| Indre hovedstadsområde | 370 | 70 | ÷ 120 | 320 | 2.440 | 2.760 | 3.542 |
| Frederiksborg amt | 310 | 20 | ÷ 90 | 240 | 1.680 | 1.920 | 587 |
| Roskilde amt | 260 | 30 | ÷ 80 | 210 | 1.240 | 1.450 | 271 |
| Hele hovedstadsområdet i alt . | 350 | 60 | ÷ 110 | 300 | 2.180 | 2.480 | 4.400 |
| Vestsjællands amt | 290 | 10 | ÷ 80 | 220 | 1.750 | 1.970 | 533 |
| Storstrøms amt | 280 | 10 | ÷ 60 | 230 | 1.570 | 1.800 | 463 |
| Bornholms amt | 430 | 0 | 0 | 430 | 1.760 | 2.190 | 103 |
| Fyns amt | 30 | 110 | ÷ 50 | 90 | 1.660 | 1.750 | 782 |
| Sønderjyllands amt | 70 | 50 | ÷ 30 | 90 | 1.380 | 1.470 | 359 |
| Ribe amt | 50 | 60 | ÷ 40 | 70 | 1.590 | 1.660 | 343 |
| Vejle amt | 90 | 60 | ÷ 30 | 120 | 1.520 | 1.640 | 521 |
| Ringkøbing amt | 60 | 60 | ÷ 30 | 90 | 1.480 | 1.570 | 396 |
| Århus amt | 40 | 180 | ÷ 60 | 160 | 1.620 | 1.780 | 1.005 |
| Viborg amt | 40 | 70 | ÷ 40 | 70 | 1.740 | 1.810 | 411 |
| Nordjyllands amt | 40 | 90 | ÷ 40 | 90 | 1.570 | 1.660 | 782 |
| Provinsen i alt | 90 | 80 | ÷ 50 | 120 | 1.600 | 1.720 | 5.698 |
| Hele landet | 190 | 70 | ÷ 70 | 190 | 1.800 | 1.990 | 10.098 |

¹⁾ Opregnet med 9,3 pct. til 1976/77-niveau.

²⁾ Omfatter foruden RH: Kysthospitalet på Refsnæs, Finseninstitutet samt Ortopædiske hospitaler (incl. afd. betalt af Samfundet og Hjemmet for Vanføre).

³⁾ Tilskud til neurokirurgiske og medicinske afdelinger samt radiumstationer.

Sundhedsvæsenets ressourceforbrug

Tabel 4. Sygehuskommunernes budgetterede udgifter til sygesikring pr. indbygger 1976/77.

| | Alm. læge | Special- læge | Medicin m. v. | Tand- læge | I alt pr. indb. | Absolute udgifter i alt |
|------------------------------|---------------|------------------|------------------|---------------|--------------------|-------------------------------|
| | Kr. pr. indb. | | | | | Mill. kr. |
| Indre hovedstadsområde . | 260 | 120 | 160 | 120 | 660 | 836 |
| Frederiksborg amt | 190 | 80 | 120 | 120 | 510 | 155 |
| Roskilde amt | 190 | 50 | 110 | 110 | 460 | 84 |
| Hovedstadsområdet i alt . | 250 | 110 | 150 | 120 | 630 | 1.075 |
| Vestsjællands amt | 200 | 40 | 140 | 100 | 480 | 128 |
| Storstrøms amt | 230 | 50 | 150 | 90 | 520 | 132 |
| Bornholms amt | 240 | 40 | 130 | 110 | 520 | 25 |
| Fyns amt | 220 | 60 | 140 | 110 | 530 | 236 |
| Sønderjyllands amt | 210 | 40 | 130 | 110 | 490 | 121 |
| Ribe amt | 190 | 50 | 130 | 120 | 490 | 106 |
| Vejle amt | 230 | 60 | 120 | 110 | 520 | 163 |
| Ringkøbing amt | 260 | 40 | 130 | 130 | 560 | 140 |
| Århus amt | 200 | 40 | 120 | 120 | 480 | 268 |
| Viborg amt | 230 | 40 | 140 | 100 | 510 | 115 |
| Nordjyllands amt | 210 | 50 | 130 | 100 | 490 | 229 |
| Provinsen i alt | 210 | 50 | 130 | 110 | 500 | 1.663 |
| Hele landet i alt | 220 | 70 | 140 | 110 | 540 | 2.738 |

Sundhedsvæsenets ressourceforbrug

Tabel 5. Lægeforsyning (antal læger pr. 1.000 indbyggere) fordelt på hovedområder, 1974/75.

| | Sveehuse yg | Prakt. spec.læger | Almen praksis | Læger i alt |
|---|----------------|----------------------|------------------|----------------|
| Indre hovedstadsområde | 1,52 | 0,18 | 0,46 | 2,16 |
| Frederiksborg amt | 1,03 | 0,08 | 0,49 | 1,60 |
| Roskilde amt | 0,75 | 0,04 | 0,44 | 1,23 |
| Hele hovedstadsområdet | 1,35 | 0,15 | 0,46 | 1,96 |
| Vestsjællandsamt | 1,04 | 0,06 | 0,50 | 1,60 |
| Storstrømsamt | 1,04 | 0,06 | 0,53 | 1,63 |
| Bornholms amt | 0,76 | 0,06 | 0,62 | 1,44 |
| Fyns amt | 0,99 | 0,08 | 0,48 | 1,55 |
| Sønderjyllandsamt | 0,58 | 0,05 | 0,49 | 1,12 |
| Ribe amt | 0,78 | 0,06 | 0,43 | 1,27 |
| Vejle amt | 0,88 | 0,07 | 0,48 | 1,43 |
| Ringkøbing amt | 0,70 | 0,04 | 0,46 | 1,20 |
| Århus amt | 1,20 | 0,08 | 0,51 | 1,79 |
| Viborg amt | 0,82 | 0,03 | 0,52 | 1,37 |
| Nordjyllands amt | 0,86 | 0,04 | 0,50 | 1,40 |
| Provinsen i alt | 0,92 | 0,07 | 0,50 | 1,49 |
| Hele landet | 1,09 | 0,09 | 0,48 | 1,66 |

Note: Opgørelsen af praktiserende speciallæger er excl. de 1.400 sygehusansatte speciallæger, hvis hovedbeskæftigelse finder sted i sygehusvæsenet, og som kun er medtaget dér.

Statsdrevne hospitaler (RH m. v.) er fordelt på sygehuskommuner efter antal senge dage. Der er ikke foretaget korrektion for mellemkommunale ydelser og statsbetalte landsdelspecialeafdelinger.

Kilde: Personaletællingen af marts 1975, jfr. »Personale og sengepladser ved de sygdomsbehandlende institutioner, marts 1975«, Medicinalstatistiske meddelelser 1975: 4, Sundhedsstyrelsen samt lægetællingen af november 1974, jfr. »Ugeskrift for Læger« den 7. juli 1975.

Sundhedsvæsenets ressourceforbrug

Tabel 6. Sengedage og indlæggelser på somatiske sygehuse pr. indbygger 1974/75.

| | Sengedage | | | Indlæggelser pr. 1.000 indb. | | | Gennemsnitl. liggetid antal dage af alle indi. |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------------------------|------------|------------|---|
| | statslige | lokale | i alt | statslige | lokale | i alt | |
| Indre hovedstadsområde .. | 0,3 | 1,8 | 2,1 | 22 | 194 | 216 | 9,7 |
| Frederiksborg amt | 0,3 | 1,3 | 1,6 | 17 | 125 | 142 | 11,2 |
| <u>Roskilde amt</u> | <u>0,2</u> | <u>1,0</u> | <u>1,2</u> | <u>15</u> | <u>127</u> | <u>142</u> | 8,4 |
| Hele hovedstadsområdet ... | 0,2 | 1,7 | 1,9 | 20 | 176 | 196 | 9,6 |
| Vestsjællandsamt | 0,2 | 1,9 | 2,1 | 12 | 157 | 169 | 12,4 |
| Storstrøms amt | 0,2 | 1,8 | 2,0 | 10 | 167 | 177 | 10,0 |
| Bornholms amt | 0,3 | 2,0 | 2,3 | 19 | 148 | 167 | 13,8 |
| Fyns amt | 0,1 | 1,7 | 1,8 | 7 | 155 | 162 | 11,1 |
| Sønderjyllandsamt | - | 1,3 | 1,3 | 5 | 125 | 130 | 10,0 |
| Ribe amt | 0,1 | 1,4 | 1,5 | 6 | 146 | 152 | 9,9 |
| Vejle amt | 0,1 | 1,8 | 1,9 | 6 | 158 | 164 | 11,6 |
| Ringkøbing amt | 0,1 | 1,4 | 1,5 | 5 | 147 | 152 | 9,9 |
| Århus amt | 0,1 | 1,5 | 1,6 | 10 | 144 | 154 | 10,4 |
| Viborg amt | 0,1 | 1,6 | 1,7 | 6 | 149 | 155 | 11,0 |
| Nordjyllandsamt | 0,1 | 1,6 | 1,7 | 6 | 142 | 148 | 10,9 |
| Provinsen i alt | 0,1 | 1,6 | 1,7 | 7 | 149 | 156 | 10,9 |
| Hele landet | 0,2 | 1,6 | 1,8 | 12 | 160 | 172 | 10,5 |

Note: Sengedage og indlæggelser på statsfinansierede afd. (RH m. v. + landsdelsspec.) er fordelt til de respektive sygehuskommuner. Der er ikke foretaget korrektion for mellemkommunale indlæggelser og sengedage.

Kilde: Internt materiale i sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet.

Sundhedsvæsenets ressourceforbrug

Tablet 7. Dødelighed og invalidefrekvens i 1974/75.

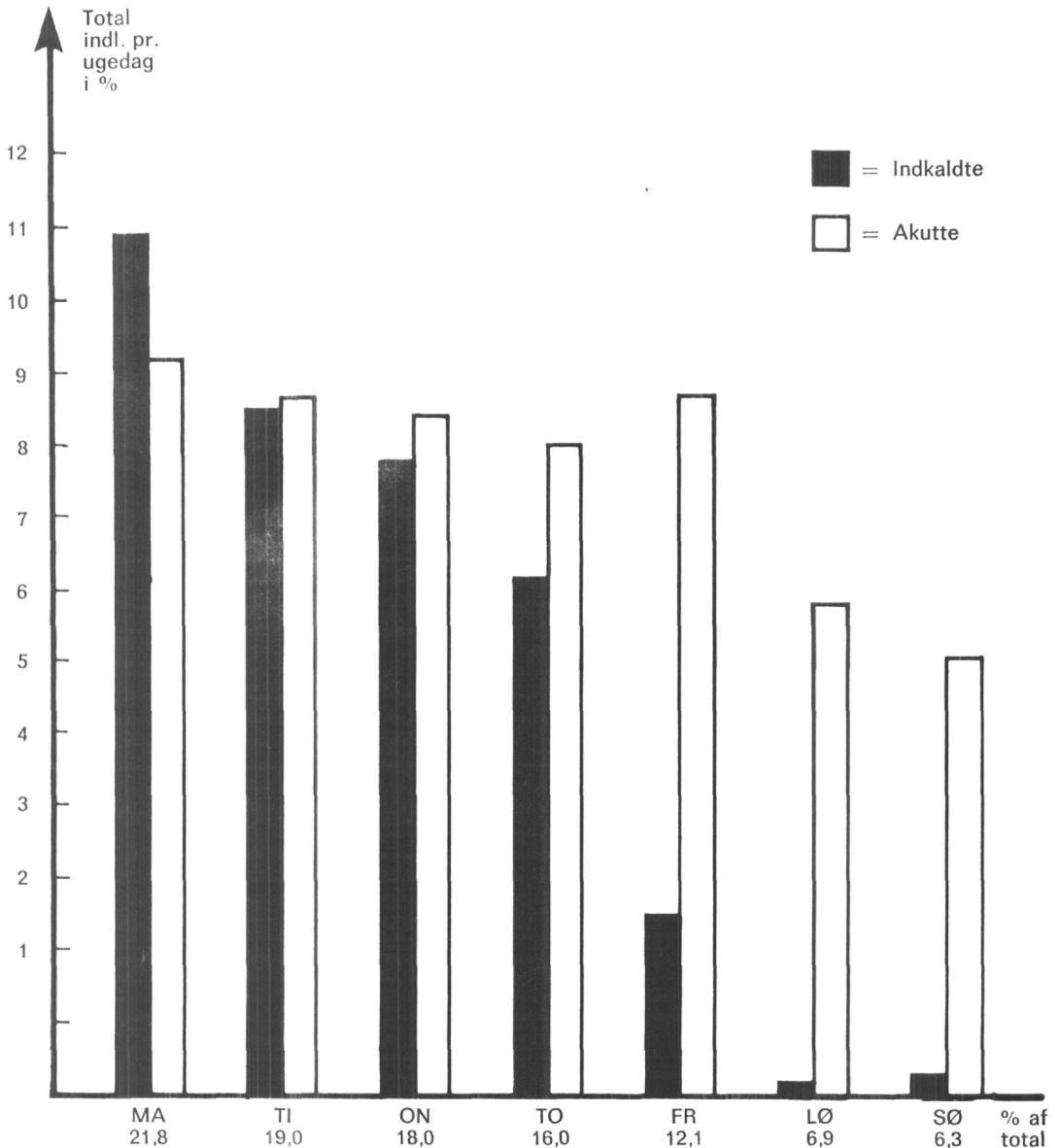
| Pr. 1.000 indbyggere | Dødsfald (standard. ¹⁾) | Tilkendte højeste | invalidepensioner mellem | laveste | ia |
|-----------------------------------|--|----------------------|-----------------------------|---------|-------------|
| Indre hovedstadsområde | ca. 11 | 0,61 | 1,89 | 0,51 | 3,01 |
| Frederiksborg amt | 10,5 | 0,43 | 0,91 | 0,35 | 1,69 |
| Roskilde amt | 10,0 | 0,47 | 0,98 | 0,36 | 1,81 |
| Hovedstadsområdet i alt | ca. 11 | 0,56 | 1,63 | 0,47 | 2,66 |
| Vestsjællands amt | 9,9 | 0,49 | 1,37 | 0,54 | 2,40 |
| Storstrømsamt | 10,1 | 0,51 | 1,47 | 0,67 | 2,65 |
| Bornholmsamt | 9,8 | 0,38 | 1,57 | 0,72 | 2,67 |
| Fyns amt | 9,9 | 0,57 | 1,50 | 0,60 | 2,67 |
| Sønderjyllandsamt | 10,0 | 0,38 | 1,13 | 0,41 | 1,92 |
| Ribe amt | 10,1 | 0,53 | 1,14 | 0,89 | 2,56 |
| Vejle amt | 10,2 | 0,42 | 1,25 | 0,58 | 2,25 |
| Ringkøbing amt | 10,2 | 0,38 | 1,06 | 0,42 | 1,86 |
| Århus amt | 10,3 | 0,49 | 1,37 | 0,55 | 2,41 |
| Viborg amt | 10,1 | 0,44 | 1,12 | 0,47 | 2,03 |
| Nordjyllandsamt | 10,0 | 0,64 | 1,41 | 0,59 | 2,64 |
| Provinsen i alt | ca. 10 | 0,50 | 1,32 | 0,55 | 2,37 |
| Hele landet i alt | 10,3 | 0,52 | 1,43 | 0,52 | 2,47 |

¹⁾ For at gøre dødeligheden sammenlignelig er de regionale dødsfrekvenser for hver aldersgruppe sammenvejet svarende til en standard-aldersfordeling.

Kilde: Internt materiale i sundhedsstyrelsen og invalideforsikringsretten.

Indlæggelsernes relative fordeling på ugedage i en midtjysk amtskommunes sygehusvæsen 1974-76.

(ca. 50.000 indlæggelser, 39,9 % indkaldte og 60,1 % akutte).



Indenrigsministeriet

København, den 1. april 1976.

Ved fem-parti-forliget i september 1975 aftaltes en beløbsramme for besparelser på de samlede offentlige budgetter, som i finansåret 1978/79 skal have nået et omfang af mindst 2½ mia. kr. på årsbasis. På baggrund heraf besluttede regeringen at lade udarbejde sparevejledninger til kommunerne på en række af de væsentligere kommunale udgiftsområder, herunder vedrørende sygehusvæsenets driftsudgifter. Regeringen har i efteråret 1975 orienteret de kommunale organisationer samt Københavns og Frederiksborg kommuner herom.

I skrivelse af 9. januar 1976 har indenrigsministeriet yderligere meddelt sygehuskommunerne, at udarbejdelsen af forslag til sparevejledning vedrørende sygehusvæsenet ville ske i sammenhæng med arbejdet i »Prioriteringsudvalget«, dvs. det i henhold til en folketingsbeslutning nedsatte udvalg med den opgave at tilvejebringe et grundlag for en overordnet prioritering af sundhedsvæsenet. En under Prioriteringsudvalget nedsat arbejdsgruppe, der særligt beskæftiger sig med sundhedssektorens ressourceforbrug og muligheder for besparelser inden for dette, fik som særlig opgave at udarbejde et forslag vedrørende mulige foranstaltninger med henblik på besparelser inden for sygehusvæsenet.

Arbejdsgruppen har den 1. april 1976 afgivet vedlagte »Vejledning vedrørende foranstaltninger til fremme af besparelser inden for sygehusvæsenet« til indenrigsministeriet. Det bemærkes, at arbejdsgruppen har rummet repræsentanter for politiske og administrative myndigheder samt forskellige faggrupper inden for sygehusvæsenet og det øvrige sundhedsvæsen (læger, sygeplejersker m. fl.) samt fra socialektoren. Den

nærmere sammensætning af udvalget fremgår af bilag 1 til vejledningen.

Sparevejledningen peger på, at det skulle være muligt at gennemføre en vis afdæmpning af væksten i ressourceforbruget på kortere sigt - ikke mindst ved at skabe grundlag for en mere kritisk analyserende og økonomisk holdning i alle sygehusvæsenets led. Idéen bag sparevejledningen har navnlig været at videregive en række lokale praktiske erfaringer herom og sætte disse lokale idéer og erfaringer ind i en ramme, som kan have en mere bred interesse. Arbejdsgruppens forslag er derfor af en sådan art, at de enkelte sygehuskommuner kan og bør foretage en viderebearbejdning og tilpasning til de lokale forhold. Hertil kommer, at de enkelte sygehuskommuners udgangspunkt for en afdæmpning i ressourceforbruget er meget forskelligt. I visse kommuner er der således allerede sket en kraftig opbremsning. Besparelsesforslagene må derfor også vurderes lokalt på denne baggrund. For at den enkelte sygehuskommune kan vurdere sit ressourceforbrug og væksten heri i relation til de øvrige sygehuskommuner, har arbejdsgruppen udarbejdet et tabelmateriale, der kan bruges til regionale sammenligninger.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en begrænsning af væksten på kortere sigt kan realiseres igennem en kommunal rammestyring af sygehusvæsenets ressourceforbrug. En sådan rammestyrelse nærmere udformning må naturligvis tilpasses den enkelte sygehuskommunes budgetteringsprincipper og øvrige økonomiske styringsmidler. En gennemførelse heraf vil kræve, at sygehusenes personale inddrages direkte i at konkretisere besparelsesmuligheder m. v., såfremt man ikke vil risikere en serviceforringelse. Dette

kan ske ved at oprette en række faglige udvalg, der tildeles analytiske og rådgivende funktioner over for sygehusudvalget. Der foreslås således oprettet personalenormeringsudvalg, apparaturudvalg, laboratorieudvalg og lokale lægemiddekomitéer med en række nærmere specificerede opgaver.

Ud over disse forslag af overvejende organisatorisk-administrativ art har arbejdsgruppen endvidere givet en række konkrete forslag vedrørende sygehusenes almindelige arbejdsgang og samarbejdslinierne mellem sygehusvæsen og praksissektor/socialsektor i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af patienter.

Sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet kan tilslutte sig den af arbejdsgruppen udarbejdede vejledning, hvis forslag skulle kunne bidrage til at gøre det muligt for de kommunale sygehusmyndigheder at realisere de besparelser på sygehusbudgetterne, som vil være en nødvendig del af de ovenfor refererede samlede offentlige besparelser.

Det er indenrigsministeriets opfattelse, at en varig afdæmpning af væksten i sygehus-

væsenets ressourceforbrug kun kan tilvejebringes på grundlag af en løbende, koordineret planlægning af den samlede indsats i sundhedssektoren, altså såvel i sygehusvæsenet som i de offentlige sundhedsordninger uden for sygehusvæsenet (sundhedspleje, hjemmesygepleje m. v.) og i praksissektoren (ikke mindst alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger). Formålet med en sådan koordineret planlægning må være at sikre en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem alle de institutioner og personalegrupper, som beskæftiger sig med forebyggelse og behandling af sygdom. Opbygningen af det nødvendige planlægnings- og styringssystem er et af de emner, som overvejes i Prioriteringsudvalget, men herpå sigtende foranstaltninger vil under alle omstændigheder først kunne opnå målelig effekt på noget længere sigt.

Der vedlægges 3 eksemplarer af vejledningen, idet bemærkes, at indenrigsministeriet vil foranledige, at vejledningen snarest mangfoldiggøres, hvorefter yderligere 25 eksemplarer vil blive fremsendt.

Egon Jensen

//. Tørning

Samtlige amtsråd.
Københavns kommune.
Frederiksberg kommune.

Beretning fra projektgruppen vedr. laboratoriefunktionen

1. Indledning

Arbejdsgruppen vedrørende ressourceforbrug under Indenrigsministeriets prioriteringsudvalg nedsatte den 31. maj 1976 en projektgruppe med henblik på at beskrive den nødvendige grundlag for en lokal stillingtagen til, hvilke af den praktiserende læges laboratorie- og røntgenundersøgelser, der skal udføres af ham selv, og hvilke der skal udføres på sygehusene samt private lægelaboratorier. Endvidere blev gruppen anmodet om at overveje et mere differentieret ydelsesspektrum med mange »mellemløberer«.

Gruppen blev også bedt om at tage stilling til, om der løbende, centralt bør foretages en vurdering af, hvilke klinisk-kemiske undersøgelser, der bør foretages i praksis og under hvilke vilkår.

Der ønskedes i øvrigt et skøn over ressourceforbruget til klinisk-kemiske undersøgelser i den primære sundhedstjeneste.

I gruppens arbejde har deltaget: Per Buch Andreassen (formand), Finn Balslev, John Date, Gøsta Davidsen, Per Lous, Sune Petersen, K. Smidt-Nielsen, René Vejlsgaard og Kjeld Winkler.

2. Ressourceforbrug

2.1. Klinisk kemi etc.

På basis af sygesikringstal fra Fyns og Københavns Amt samt tal fra Odense Sygehus' klinisk-kemisk afdeling kan det med nogen usikkerhed skønnes, at størrelsen af de praktiserende lægers egen analyseproduktion i Danmark i 1975/76 var godt 2 mill, analy-

ser, svarende til en udgift på over 20 mill, kr. Herudover kan det anslås, at praktiserende læger rekvirerer undersøgelser (klinisk kemiske, hæmatologiske, visse mikrobiologiske, samt elektrokardiogrammer), der udføres på hospitaler og i private lægelaboratorier for ca. 80 mill. kr. pr. år. Såfremt tallene fra Fyns Amtskommune ekstrapoleres til hele landet kan de samlede udgifter til klinisk-kemiske undersøgelser i Danmark i 1975/76 skønnes til mellem 500 og 550 mill. kr.

De praktiserende lægers forbrug af klinisk-kemiske undersøgelser er steget kraftigt i de seneste år. I Københavns Amtskommune steg sygesikringsudgifterne fra 1973/74 til 1974/75 ved betaling for alment praktiserende lægers og speciallægers egen produktion med henholdsvis 74 pct. (57 pct.)* og 113 pct. (96 pct.)*. Stigningen i udgifterne til de praktiserende lægers brug af private lægelaboratorier var 34,4 pct. (22,1 pct.)* i nævnte periode. Den samlede stigning beregnet i analyseenheder androg ca. 22 pct. i samme periode. Vedrørende udviklingstendenser i forbruget af klinisk-kemiske analyser skal i øvrigt henvises til Ugeskrift for Læger **138 (1727-1731)** 1976.

2.2. Røntgendiagnostik

Overenskomst med den offentlige sygesikring vedrørende røntgenundersøgelse (og -behandling) eksisterer kun for Københavns Kommune og de to Amagerkommuner.

Sygesikringens ydelser til gruppe I forsikrede i dette område til røntgenundersøgelse

*) Tallet i parentes er korrigeret for den takstmæssige stigning.

(og -behandling) beløb sig i 1973/74 til 4.733.026,- kr. brutto. Der foreligger ikke nogen opgørelse af antallet af ydelser eller disses art. Ambulante røntgenundersøgelser efter henvisning fra praktiserende læger (incl. praktiserende speciallæger) udføres i provinsen udelukkende og i hovedstaden i et betydeligt omfang på sygehusenes røntgenafdelinger efter regler, der endnu ikke er generelt formulerede eller kodificerede.

Omfanget af disse undersøgelser lader sig ikke ekstrahere af de eksisterende statistikker eller af de til Sundhedsstyrelsen indsendte skemaer, idet disse først efter 1.4.1976 indeholder en sondring mellem ambulante undersøgelser foretaget for praktiserende (special-) læger og undersøgelser af ambulante patienter henvist fra sygehusenes laboratorier og stationære afdelinger.

Mere end halvdelen af de ca. 2,3 mill. røntgenundersøgelser, der i 1974/75 blev udført på røntgenafdelingerne foretoges på ambulante patienter. Det samlede ressourceforbrug til ambulante undersøgelser lader sig ikke beregne som en tilsvarende andel af røntgenafdelingernes samlede ressourceforbrug, idet sværhedsgraden og dermed kostprisen for de undersøgelser, der kan foretages ambulant, er lavere end gennemsnitsprisen for alle undersøgelser.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et pointsystem, der fra 1.4.1976 gradvist vil blive indarbejdet i de årlige indberetninger. Det vil, når det er helt gennemført - og når de enkelte hospitaler får udviklet fordelingsregnskaber for de enkelte afdelinger - tillade en tilstrækkelig nøjagtig vurdering af det ressourceforbrug, der svarer til de praktiserende lægers forbrug af røntgendiagnostik.

Diverse refusionsordningers udbetalinger efter forældede arbitrære takster er ikke noget anvendeligt udtryk for det virkelige ressourceforbrug.

Den gennem en årrække konstaterede regelmæssige stigning i antallet af røntgenundersøgelser synes at være stagneret i det sidste år. De samlede udgifter til røntgenundersøgelser må dog ud fra svenske opgørelser skønnes at være af samme størrelsesorden som for de klinisk-kemiske afdelingers vedkommende.

2.3. Andre laboratoriespecialer

Talmæssig bedømmelse er ikke forsøgt; drift af og betaling til Statens Seruminstitut og dets regionale laboratorier er formentlig vigtigste udgiftspost.

3. Samarbejdet mellem sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste med hensyn til laboratiemæssige undersøgelser

3.1. Klinisk kemi

3.1.1. Nuværende organisation.

Samarbejdets former kan groft set opdeles i 3 modeller. Efter *model A* udfører den praktiserende læge selv i sin konsultation enkelte meget simple undersøgelser, specielt af urin; i øvrigt sender lægen patienten til det nærmeste sygehus, respektive lægelaboratorium, hvor blodprøver m. m. udtages efter lægens skriftlige rekvisition og analysen udføres. Derved sikres god prøvekvalitet og analysenøjagtighed, men patienterne bruger tid og evt. penge til transport.

I forbindelse med fremkomsten af lægehuse er der enkelte steder taget en anden *model B* i brug, hvor der indrettes et mindre laboratorium i lægehuset og ansættes en laborant, så ikke alene de ovennævnte simple prøver, men også mere komplicerede analyser kan udføres. Fordelene ved *model B* er, at patienten sparer tid, men systemet medfører antageligt udgiftsforøgelser, fordi små laboratorier ikke kan udnytte stordriftens fordele, f. eks. automatiserede analyser. Det er desuden nødvendigt, at en klinisk-kemisk konsulent tilknyttes laboratoriet.

En tredje *model C* går ud på at bibeholde størstedelen af analyseproduktionen på de middelstore og store centrallaboratorier*), men at udtage prøvematerialet, især blodprøver, i lægens praksis og sende det til den nærmeste klinisk-kemiske afdeling til analyse. Fordelen ved *model C* er, at analysekvaliteten bedre overvåges på de større laboratorier. Økonomisk er modellen sikkert også at foretrække, bl. a. fordi kun de større

*) I denne rapport er ikke skelnet mellem »klinisk-kemiske afdelinger« og centrallaboratorier - i de sidstnævnte vil der ofte foregå visse klinisk fysiologiske og klinisk mikrobiologiske undersøgelser, lige som blodbankfunktioner kan være henlagt hertil.

laboratorier kan udnytte de arbejdsbesparende analyseautomater.

Et problem er det, at mange læger har konsultation til hen på eftermiddagen. Da en del prøver, bl. a. hæmatologiske, ikke tåler mere end få timers henstand, må sygehuslaboratorierne indføre en sen analyserutine for disse prøver.

For at prøverne fra praktici skal have en god kvalitet, er det nødvendigt at organisere en effektiv transportorganisation.

For at mindske behovet for hospitalsindlæggelser ved sygdomme, der kræver sengeleje, må der, som det er tilfældet i Københavnsregionen, være mulighed for at få udtaget prøvemateriale i hjemmene.

3.1.2. *Klassifikation af analyser fra 1974.*

I betænkning over laboratoriearbejdet i almen praksis, afgivet i 1974 af et udvalg under Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) foretoges en opdeling af laboratorieundersøgelserne i almen praksis i 3 grupper, hovedsageligt på grundlag af behovet for kvalitetskontrol og de krav, analyserne stiller til personalets kvalifikationsniveau. I den forbindelse skal man gøre opmærksom på, at sammensætningen af de 3 grupper vil variere med tiden, men at den teknologiske udvikling generelt øger kravene til den tekniske og klinisk-kemiske ekspertise.

Gruppe I: laboratorieundersøgelser i almen praksis; hvor kvalitetskontrol er sikret på anden måde, og hvor undersøgerens kvalifikationer i laborietechnik er underordnet.

Gruppe II: laboratorieundersøgelser, hvor undersøgelsen kan udføres uden ekstern kontrol, men hvor der stilles krav til personalets kvalifikation.

Gruppe III: laboratorieundersøgelser, hvor ekstern og intern kvalitetskontrol er nødvendig.

PLO's og DSAM's laboratoriebetænkning er allerede forældet i dag, idet aftalen i den pr. 1.4.1976 indgåede overenskomst mellem PLO og sygesikringen om honorering for laboratoriearbejde i almen praksis bygger på det hovedprincip, at næsten alle de såkaldte gruppe III analyser udgår, og i den udstrækning de udføres i almen praksis i dag, efter en afviklingsperiode bortfalder.

Begrundelsen herfor er dels hensynet til økonomi og kvalitet, dels de nu foreliggende muligheder for at få foretaget disse analyser på sygehusenes centrallaboratorier.

Som det fremgår af betænkningen var betingelsen for at kunne udføre gruppe III analyser i et lægehus en udbygget ekstern kontrol og supervision, som - antallet af analyser i det enkelte lægehuslaboratorium taget i betragtning - ville forekomme irrational. Det behov, der er for elektrolyt- og ensymanalyser i almen praksis, dækkes rimeligt af centrallaboratoriet under forudsætning af aflevering af afpipetteret serum med rigtig præparation i rigtige glas og med mulighed for i enkelte tilfælde at få svaret telefonisk.

Tilbage bliver altså de såkaldte gruppe I og II analyser samt i enkelte tilfælde udvalgte gruppe III analyser efter særlig aftale.

De simpleste analyser (gruppe I) bør formentlig udføres i enhver lægepraksis. Prothrombinbestemmelse (nævnt i gruppe III) under antikoagulationsbehandling, hvor medicindosis med regelmæssige mellemrum korrigeres efter undersøgelsesresultat, har været omtalt som et eksempel på mere kompliceret undersøgelse, der udført hos den praktiserende læge muliggjorde en simple procedure end henvisning af patient eller forsendelse af prøve. (Analysemetoderne er dog ikke helt simple, og konsekvensen af urigtigt resultat kan være alvorlig). Besparelsen i tid er åbenbar, og kontrollen flyttes fra sygehusambulatoriet til lægens konsultationsstue. Forskellige agglutinationstest kan betragtes ud fra den samme synsvinkel.

Semikvantitativ undersøgelse for bakterier og følsomhedsbestemmelse (gruppe II) ved mistænkte og manifesterede urinvejsinfektioner med øjeblikkelig behandling af den friskladte urin giver sikrere resultater end når urinen skal forsendes. Alternativt at sende patienten på laboratoriet til tagning af midstråleurin synes åbenbart tidsrøvende for patienten og belastende for laboratoriet.

3.1.3. *Momenter ved fordeling af laboratoriearbejdet.*

1) Den teknologiske udvikling.

De seneste års apparaturudvikling er gået i retning af betydelige stordriftsfordele ved indføring af analyseautomater. Den kommende apparaturudvikling kan muligt også medføre at analyser lægefagligt kan forsvares udlagt til almen prak-

sis. Rentabilitetshensyn må selsagt indgå ved anskaffelsen af apparatur til almen praksis, men investeringen må ses i sammenhæng med flere af de nedenfor nævnte kriterier.

- 2) De til enhver tid gældende lægefaglige kvalitetskrav til analyserne.
- 3) Geografiske kriterier (afstand), transporttid for patienten, udvikling af en effektiv transportorganisation af analysemateriale. Visse prøver bør tages på fastende patienter.
- 4) Arbejdsorganisation i centrallaboratorierne; dels modtagelse af ambulante patienter udover morgentimerne, dels gennemførelse af analyser på prøver, der modtages sent på dagen. Konsekvenser m. h. t. stabens størrelse.
- 5) Udvikling af et eksternt kontrolsystem til referencelaboratorierne.
- 6) Klinisk-kemisk og anden laboriemæssig konsulentbistand til almen praksis.
- 7) Kvalificeret personale (laboranter) i almen praksis og videreuddannelse af læger i laborieteknik.
- 8) Psykologiske og sociale fordele for patienten og den praktiserende læge.

Projektgruppen har ikke været i stand til at foretage en samlet afvejning af ovennævnte momenter, endsiige angive eller foretage en samfundsøkonomisk vurdering.

Der er dog enighed om, at *blodprøvetagning* i et lægehus med laborant i de fleste tilfælde er en ideel løsning.

3.1.4. Betalingssystem.

Gruppen har ikke taget stilling til det nuværende betalingssystem for laboratorieydelse. Dansk Sygehus Institut har en undersøgelse igang, der bl. a. skal vurdere det nuværende honoreringssystem (enheds-takstsystemet) hensigtsmæssighed.

Derimod har gruppen drøftet, hvorledes der lobende i overenskomstperioden eller ved overenskomsterne bør tages stilling til, hvilke *laboratorieydelse der skal honoreres*.

Det er klart, at dette er et overenskomstspørgsmål, men på den anden side indgår der som baggrund for beslutningsprocessen en særdeles krævende lægefaglig ekspertvurdering. Den nuværende liste over de af sygesikringen honorerede laboratorieydelse bliver kun revideret på de praktiserende lægers

eget initiativ og en ekspertvurdering af de tekniske, økonomiske og lægefaglige aspekter mangler som baggrund for overenskomstforhandlingerne. Der er endvidere behov for en løbende vurdering og rådgivning overfor amterne vedrørende de klinisk-kemiske analyser. Dette gælder bl. a. med hensyn til krav om ekstern kvalitetskontrol, regionale særordninger vedrørende analyseaktiviteten samt ved pågående forsøgsordninger.

Der er i udvalget enighed om, at der bør oprettes et lægefagligt rådgivende organ fælles for alle laboratediscipliner, placeret under sundhedsstyrelsen. Den lægevidenskabelige og tekniske udvikling vil kræve løbende ændringer i anbefalede analyseprogrammer, i arbejdsfordeling og i honorering.

3.1.5. Organisation af klinisk-kemisk sygehuservice på amtsbasis.

Organisationen af den klinisk-kemiske sygehuservice på amtsbasis afhænger i vid udstrækning af hvilke sygehusstørrelser man vælger at arbejde med og hvorledes man fordele funktionerne mellem enhederne. Den teknologiske og videnskabelige udvikling indenfor klinisk kemi gør stordrift mest fordelagtig, både set fra økonomisk som fagligt synspunkt. Det vil derfor være lettest at organisere en hensigtsmæssig laboratorteservice i et amt, hvis man vælger at samle sygehusfunktionerne til relativt få middelstore og store sygehuse. Vælger man imidlertid at opretholde mange små sygehusenheder, må man satse på koordinering mellem disse og de større enheder, men uundgåelige transport- og kommunikationsforsinkelser vil forringe service på især de mindste sygehusenheder, der derfor i højere grad må anvendes til lettere eller ikke-akutte sygdomstilfælde.

I alle tilfælde bør der inden for de enkelte amter lægges en samlet plan for sygehusenes laboratorteservice. Med henblik på en økonomisk forsvarlig produktion af visse sjældnere analyser må man også overveje samarbejde mellem laboratorier i forskellige amter. Et sådant samarbejde er f. eks. etableret mellem Fyns og Sønderjyllands amter.

3.2. Røntgendiagnostik

Den tekniske udvikling inden for røntgendiagnostikken har medført, at drift af diagno-

stikanlæg med en rimelig tidssvarende ydeevne for at være rentabel forudsætter en betydelig omsætning. Dette forhold samt de kommende skærpede strålehygiejniske krav, - og ikke mindst kravet om et fagligt forsvarligt diagnostisk udbytte - nødvendiggør fuld fagmæssig radiologisk betjening. Anvendelse af røntgendiagnostisk udstyr i almen praksis vil derfor kun være indiceret som en nødforanstaltning, særligt til skadebehandling på steder, hvor afstand og transportmuligheder udgør en alvorlig begrænsning for adgang til radiologisk specialundersøgelse.

Generel forsyning af provinsens byer med radiologiske speciallægepraksis synes ikke nært forestående. En tidssvarende udstyret klinik skal af rentabilitetshensyn have en stor omsætning, hvilket igen kræver et stort befolkningsunderlag med passende tæthed - samt heldagsdrift. Endvidere skal den drives af en fuldt uddannet speciallæge, som gerne skal have mulighed for konstant justering og fornyelse af sin viden. Det sidste moment ses i hovedstadsområdet oftest opfyldt ved, at arbejdet bestrides som eftermiddagsarbejde af overlæger ved stationære afdelinger, ofte således at flere overlæger på skift arbejder i samme klinik.

I provinsen sidder adskillige radiologiske overlæger som eneste speciallæge i et stort område, evt. med assistance af én eller nogle få reservelæger. Disse overlæger har hidtil ikke følt sig inspireret til at investere i private røntgenklinikker.

En udvidelse af servicetiden for ambulante patienter kan derfor ikke ventes at blive mulig i sådanne regioner uden en forøgelse af antallet af speciallæger i regionen. Hvor der ikke er økonomisk basis for ansættelse af flere uddannede speciallæger, vil den eneste mulighed for udvidelse af servicetiden være en omlægning af den stationære afdelings normale servicetid visse af ugens dage - en løsning, der kræver ændring af bestående overenskomster.

Udvalget vil anbefale, at man på forsøgsbasis opretter én eller flere røntgenklinikker som satellitafdelinger i områder, hvor der er et dokumenteret behov for yderligere radiologisk service. Sådanne satellitafdelinger skal foretage simple røntgenundersøgelser (undersøgelser af knogler, hjerte, lunger samt visse kontrastundersøgelser af mave-tarmkanal). Det må være et krav, at disse

klinikker bliver besat med faguddannede radiologer.

3.3. Klinisk mikrobiologi

Værdien af at udføre bakteriologiske undersøgelser af urin og evt. dyrkning af materiale fra patienter med øvre luftvejsinfektioner i almen praksis må fremhæves. Nyere undersøgelseteknikker på disse områder har vundet stor udbredelse i almen praksis. Forsendelse af urinprøver må i almindelighed frarådes, idet dette både er forsinkende og uøkonomisk. Et samarbejde imellem praksis og et centralt »referencelaboratorium«, især med henblik på følsomhedsbestemmelse må tilstræbes af hensyn til den optimale undersøgelses kvalitet. Det må antages, at udførelsen af bakteriologiske undersøgelser på urin i almen praksis kan spare betydelig summer til antibakterielle lægemidler, og sikre en mere effektiv behandling og give færre bivirkninger. Det kan anbefales, at der skabes mulighed for en klinisk-mikrobiologisk konsulentbistand til almen praksis i de enkelte amter.

3.4. Klinisk farmakologi

Medikamentanalyser af blod og urin foregår i øjeblikket næsten udelukkende på klinisk-kemiske afdelinger. Klinisk farmakologisk service eksisterer i øjeblikket kun på visse universitetshospitaler. Det skal fremhæves, at en evt. udbygning af den kliniske farmakologi specielt bør tage hensyn til betjeningen af den primære sundhedstjeneste. Klinisk farmakologisk ekspertbistand bør være til rådighed for lægemiddelkomiteernes arbejde i almen praksis. Endvidere er der behov for en klinisk farmakologisk medvirken ved den kliniske gennemprøvning af lægemidler i almen praksis, ved lægemiddelinformationsopgaver og ved efter- og videreuddannelse af de praktiserende læger. Med henblik på at sikre klinisk farmakologisk konsulentbistand til den primære sundhedstjeneste, må det derfor anbefales, at den kliniske farmakolog ansættes på sådanne vilkår, at han kan betjene hele amtets sundhedsvæsen.

3.5. Klinisk fysiologi

De klinisk fysiologiske undersøgelser kræver, at patienten er tilstede ved selve under-

søgelsen. Med få undtagelser har de alment praktiserende læger og de praktiserende speciallæger ikke adgang til at få foretaget klinisk-fysiologiske undersøgelser ambulant og er derfor oftest nødt til at lade patienterne indlægge.

Undersøgelserne omfatter måling af organfunktioner i videst omfang (lunger, hjerte, arbejdspræstation, mave-tarm, nyre-, lever-, skjoldbruskkirtel). De mest komplicerede undersøgelser kræver oftest kortvarig hospitalsindlæggelse, men størstedelen er særdeles velegnede til ambulant undersøgelse, når blot patienten er transportabel.

3.5.1. Klinisk fysiologiske undersøgelser i praktiserende lægers regie.

Med enkelt undtagelse (se nedenfor) er klinisk-fysiologiske undersøgelser (heri radioisotopdiagnostik) *ikke* egnede til at blive udført af praktiserende læger. Årsagen er:

- 1) Det til undersøgelsen nødvendige apparatur er kostbart og kræver oftest specielt uddannet personale (f. eks. sygeplejersker).
- 2) Apparaturet kræver ofte specialviden for betjening, herunder adgang til teknisk assistance ved apparatursvigt.
- 3) Undersøgelserne kræver oftest betydelig specialviden vedrørende indikationsstilling og fortolkninger.
- 4) Da undersøgelsesrepertoiret på grund af udviklingen er hurtigt skiftende (forbedrede og nye metoder), kræver lang tid til opnåelse af erfaring og indlæring af personale.
- 5) Det samme udstyr (f. eks. til måling af isotoper) benyttes også til de større undersøgelser, der som nævnt må foregå under indlæggelse.
En rationel udnyttelse (både ambulante og indlagte patienter) sikres, hvis det sker i laboratorieafdelinger.
- 6) Da undersøgelserne er dyre (f. eks. 100-1.000 kr. pr. undersøgelse) må en konstant cost-benefit evaluering foretages, hvilket vanskeligt alene kan gøres i praksis.
- 7) De fleste klinisk fysiologiske undersøgelser af så simpel art, at praktici selv kan udføre dem (oscillometri og ganske enkelte lungeprøver) er efterhånden forældede og erstattet af bedre undersøgelsesmetoder.

I almindelighed bør klinisk fysiologiske undersøgelser altså ikke foretages uden for hospitaler.

3.5.2. Ambulante klinisk-fysiologiske undersøgelser.

De praktiserende lægers adgang til at få udført klinisk fysiologiske undersøgelser uden at skulle henvise til et forundersøgelsesambulatorium, kan tilgodeses på følgende måde:

- 1) De klinisk fysiologiske afdelinger åbnes for direkte henvisning fra praktiserende læge.
- 2) For at sikre korrekt indikation og sikre mod overforbrug (f. eks. brug af radioaktive isotoper (strålingsrisiko) og af kostbare undersøgelser) får de praktiserende læger instruktion i brug og fortolkning på linie med forundersøgelsesambulatorierne (instruktionsbøger, beskrivelse af klinisk fysiologiske programmer ved forskellige sygdomme).
- 3) I de tilfælde, hvor fortolkningsproblemer af undersøgelsesresultater optræder, og de ikke kan klares pr. telefon, kan klinisk fysiologisk afdeling udsende læger f. eks. til lægehusene.

Ulemperne ved ovenstående i forhold til decentral udførelse:

- 1) Patienten bruger mere tid (og transportudgifter).
- 2) Svar på undersøgelsen tager længere tid (akutte klinisk fysiologiske undersøgelser vil dog næsten altid kunne besvares telefonisk kort tid efter undersøgelsens afslutning).

Bortset måske fra elektrokardiografidiagnostik bør klinisk fysiologisk diagnostik således udføres i centrale laboratorier på »hovedsygehuset« på grund af rationel udnyttelse af kostbart apparatur, specialuddannet personale og den nødvendige speciallæge- og tekniske sagkundskab, der findes på sygehuset.

En ændring af de praktiserende lægers adgang til klinisk fysiologiske undersøgelser i større omfang bør ikke foregå hovedkuls. Det er nødvendigt, at en sådan adgang ledsages af en kontrol over dels de udgifter, der er forbundet hermed, dels det diagnostiske udbytte, man vil få.

3.6. Patologisk anatomi, klinisk blodtype-serologi og klinisk immunologi

Disse laboratorieområder har ikke været behandlet i projektgruppen.

4. Projektgruppens konklusioner og forslag

Det anslås, at de totale udgifter til klinisk-kemiske undersøgelser er ca. V2 mia. kr. årligt, heraf udgør de praktiserende lægers egen produktion målt i penge kun ca. 4 pct. Den primære sundhedstjenestes samlede forbrug ca. 20 pct. Der kan forventes en kraftig stigning i antallet af laboratorieanalyser rekvirerede eller udført i almen praksis i de kommende år. Blodprøvetagning på ikke-indlagte patienter og ikke hospitalshenviste patienter bør i øget omfang foretages i almen praksis, og en analyserutine, der tilgodeser en mere differentieret service overfor læger og patienter bør udvikles på centrallaboratorierne.

Den reelle valgfrihed med hensyn til en ændret opgavefordeling vedrørende udførelsen af klinisk kemiske analyser mellem den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet begrænses stærkt af lægefaglige og økonomiske grunde.

Det anbefales, at der sikres en hurtigere

og nemmere adgang for de praktiserende læger til at få foretaget simple røntgenundersøgelser, enten ved oprettelsen af mindre røntgenklinikker som serviceorgan for den primære sundhedstjeneste eller ved eftermiddags- og aftenåbningstider for udførelse af simple røntgenundersøgelser på de bestående røntgenafdelinger. Den kliniske mikrobiologi bør yde konsulentbistand til almen praksis. Den klinisk fysiologiske service bør omfatte ambulante undersøgelser efter henvisning fra de praktiserende læger. Ved udbygningen af den kliniske farmakologi bør ansættelse og funktionsområde for den kliniske farmakolog sikre en effektiv service, såvel overfor den primære sundhedstjeneste som for hospitalsvæsenet.

Projektgruppen foreslår nedsat et rådgivende ekspertorgan vedrørende laboratoriefunktionen under sundhedsstyrelsen. Dette organ skal yde rådgivende bistand til myndighederne vedrørende:

- 1) hvilke laboratorieydelse, der bør honoreres efter sygesikringens overenskomster,
- 2) kvalitetskontrol indenfor laboratoriefunktionen både i den primære sundhedstjeneste og i hospitalsvæsenet,
- 3) iværksættelse og vurdering af forsøgsordninger vedrørende laboratoriefunktionen i det enkelte amt.

KAPITEL VI

Redegørelse fra arbejdsgruppen
vedr. informationssystemet

I. Arbejdsgruppens nedsættelse og kommissorium

På sit 4. og 5. møde den 2. og 18. december 1975 besluttede Prioriteringsudvalget at nedsætte 4 arbejdsgrupper, der skulle behandle de enkelte emneområder inden for udvalgets kommissorium, herunder en arbejdsgruppe vedrørende informationssystemet. Denne arbejdsgruppe fik til opgave

- at vurdere hvilke oplysninger af statistisk, økonomisk eller anden art i det nuværende informationssystem, der er relevante for en fremtidig kontinuerlig prioritering og planlægning af sundhedsvæsenet,
- at pege på områder, hvor der - under afvejning af de praktiske muligheder og den hermed forbundne indsats - efter arbejdsgruppens opfattelse er behov for supplerende og nye informationer til brug for den nævnte prioriterings- og planlæg-

ningsvirksomhed, og inden for disse områder så vidt mulig stille konkrete forslag til afhjælpning af den skønnede informationsmangel,

- at afgrænse emner, for hvilke der bør udvikles nye målemetoder og fremkomme med forslag til en herpå rettet indsats.
- at vurdere det nuværende informationssystems organisatoriske opbygning, og stille forslag til eventuelle ændringer heri med henblik på en bedre koordination af indsamling og brugen af statistiske og andet informationsmateriale til gavn for den fremtidige planlægning af indsatsen inden for sundhedssektoren.

Den fulde ordlyd af arbejdsgruppens vejledende kommissorium samt arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 1 og 2.

II. Indledende bemærkninger

Som udgangspunkt for sine overvejelser har arbejdsgruppen søgt at fastslå de væsentligste spørgsmål, som et informationssystem vedr. sundhedsvæsenet bør kunne belyse, såfremt det skal være et velegnet redskab for styring af sundhedsvæsenet, - daglig driftsstyring, planlægning og prioritering.

De ideelle krav, der i så henseende må opstilles til et informationssystem er, at systemet kan belyse følgende spørgsmål:

- hvad er befolkningens sundhedstilstand/sygdomsproblemer og hvorledes har denne udviklet sig tidsmæssigt og hvilke opgaver står sundhedsvæsenet dermed overfor?
- hvilke foranstaltninger er i dag iværksat og hvilke ressourcer forbruges og bindes og hvorledes har den tidsmæssige udvikling af ressourceforbrug og foranstaltninger været?
- hvilken effekt har disse foranstaltninger/ressourcer på sundhedstilstanden/sygdommen?
- hvilke konsekvenser i relation til ressourceforbrug og effekt har ændringer i de sundhedsmæssige foranstaltninger?

Ved udformningen af informationssystemet må der i videst muligt omfang tages hensyn til, at dette i øvrigt bør indrettes på en sådan måde, at det giver et grundlag for en ud fra rent lægevidenskabelige hensyn sufficient tilrettelæggelse af sygdomsbehandling m. v. (forskning). Arbejdsgruppen er opmærksom på, at sammenhæng i informationsgrundlaget på tværs af sektorer — og her især i forhold til socialektoren - er vigtig i relation til alle de nævnte spørgsmål. Man finder imidlertid, at der allerede inden for sundhedsvæsenet selv er så væsentlige og påtrængende behov for en forbedring af informationssystemerne, at man inden for sit

kommissorium og den givne tidsramme har koncentreret opmærksomheden herom. Man skal dog påpege, at det i et videre arbejde omkring tilrettelæggelse og anvendelse af informationssystemerne er væsentligt både for en effektiv indsats for den enkelte patient og for det samlede ressourceforbrug, at man også inddrager disse sammenhænge.

For at kunne belyse disse spørgsmål er det nødvendigt at have kendskab til en lang række forhold vedr. såvel befolkningens sundhedstilstand som sundhedsvæsenets produktion og omkostninger. Der tænkes her ved navnlig på følgende forhold:

1) Befolkningens sundhedstilstand/sygdomsproblemer.

Oplysninger om befolkningens sundhedstilstand/sygdomsproblemer er nødvendige for at kunne fastlægge, på hvilke områder sundhedsvæsenets indsats bør sættes ind, såvel i relation til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse som sygdomsbehandling. Sygelighedsstatistikken er dermed et vigtigt supplement til dødsårsagsstatistikken, der beskriver, hvad befolkningen dør af og dermed beskriver udbredelsen af alvorligere sygdomme. Spørgsmålet om sygelighedsstatistik behandles nærmere neden for i afsnit III, side 400 ff.

2) Befolkningens kontakt med sundhedsvæsenet.

Sådanne oplysninger (sygdoms- og kontaktmønsterstatistik), der indebærer en kortlægning af antallet og arten af de sygdomme, som sundhedsvæsenets forskellige institutioner og personalekategorier møder samt en kortlægning af patientens »forløb« gennem

sundhedsvæsenets enkelte dele, er af betydning for den nærmere tilrettelæggelse af den sundhedsmæssige indsats inden for de enkelte sektorer og sektoreernes indbyrdes samvirke. Spørgsmålet om sygdoms- og kontaktmønstre behandles nærmere neden for i afsnit IV, side 406 ff.

3) Sundhedsvæsenets ydelser.

Oplysninger om, hvor mange og hvilke ydelser, f. eks. konsultationer, operationer, røntgenundersøgelser m. v., sundhedsvæsenet præsterer er nødvendige med henblik på opgørelse af sundhedsvæsenets præstationer til brug for prioritering mellem de forskellige ydelser samt til brug for den daglige styring heraf. Spørgsmål i forbindelse med sundhedsvæsenets ydelser behandles nærmere i afsnit V, side 410 ff.

4) Sundhedsvæsenets omkostninger.

Oplysninger om sundhedsvæsenets ressourceforbrug (økonomisk og personelt) er ligesom oplysninger om sundhedsvæsenets ydelser et nødvendigt led i den daglige kontrol med og styring af sundhedsvæsenet, men indgår tillige som et led i planlægningen og prioriteringen af sundhedsvæsenet. De spørgsmål, der knytter sig til ressourcestatistik, behandles i afsnit VI, side 414 ff.

Omkostningerne ved sygdom omfatter dels det direkte ressourceforbrug i sundhedsvæsenet, dels nogle indirekte virkninger især

på det offentlige ressourceforbrug inden for andre sektorer og for samfundets ressourceforbrug ved sygefravær, invaliditet osv. I de sædvanlige statistikker er det alene det direkte ressourceforbrug, der måles, men det er vel dokumenteret, at den anden omkostningskomponent - de indirekte omkostninger - som man f. eks. ser det ved tabt produktion under sygdom - kan være mere betydningsfuldt end det registrerede ressourceforbrug i sundhedsvæsenet. Da det næppe er realistisk løbende at indhente oplysninger om dette ressourceforbrug art og omfang, behandles denne problemkreds ikke yderligere i redegørelsen. Arbejdsgruppen vil dog anbefale lejlighedsvis undersøgelser af ressourceforbruget dels i relation til enkeltsygdomme og sygdomsgrupper, dels i relation til den samlede sygelighed.

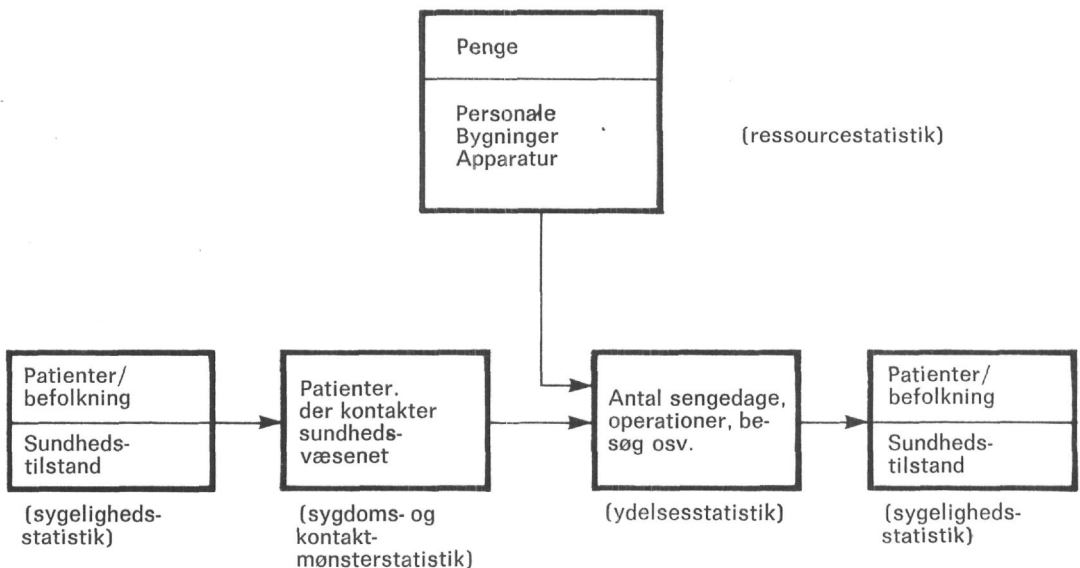
5) Ressourceindsats og effekt.

Både for at kunne vurdere effekten af de eksisterende foranstaltninger og for at kunne forudsige effekten af en ændret ressourceindsats er det ønskeligt — på alle niveauer — at kunne sammenkoble indsats med effekt.

I nedenstående figur, som skematisk illustrerer produktionsprocessen i sundhedsvæsenet, er de tidligere omtalte statistikformer sammenfattet.

Problemerne ved at sammenkoble indsats med effekt kan belyses ud fra figuren.

For det første er det vanskeligt i løbende informationssystemer at sammenkoble en



specifik ressourceindsats med en specifik sundhedseffekt. Derfor er man ofte henvist til at søge at sammenkoble en mere overordnet ressourceindsats - f. eks. på afdelingsniveau - med afdelingens præstationer/ydelse - selvom disse præstationer/ydelse ikke kan siges at være tilstrækkelig gode mål for det man egentlig ønsker, nemlig et mål for den forbedring i sundhedstilstanden som opnås ved en given ressourceindsats. Spørgsmålet om kobling af præstationer/ydelse med ressourceindsats omtales nærmere bl. a. i afsnit VII om udnyttelse af informationssystemet, side 419 ff.

For det andet skal arbejdsgruppen pege på de vanskeligheder, som er forbundet med at etablere tilstrækkelig gode mål for begrebet sundhed og dermed også effekten af en ressourceindsats. Sundhed er ikke noget entydigt begreb, og der er i disse år en betydelig indsats igang for at etablere forskellige nye sundhedsmål. Dette problem omtales kort i afsnit VIII om nye statistikmål, side 424 ff.

Udover spørgsmålet om, hvilke informationer, der bør tilvejebringes, har arbejdsgruppen endvidere drøftet den praktiske udformning af informationssystemet, herunder spørgsmålet om målemetoder og måleenheder. Det er i denne henseende væsentligt, at der tilstræbes den størst mulige ensartethed, bl. a. med henblik på muligheden af f. eks. økonomiske sammenligninger af sundhedsvæsenets forskellige dele. Endvidere er spørgsmålet om den praktiske udformning og koordinering af de forskellige statistikformer af væsentlig betydning. Informationerne må tilvejebringes og bearbejdes på en sådan måde, at de er anvendelige for den enkelte bruger, hvad enten brugeren er centrale myndigheder, (amts)kommuner, sygehuse eller sygehusafdelinger, ligesom informationerne må indrettes under hensyntagen til det formål, hvortil de skal benyttes (styring, planlægning og prioritering). Disse spørgsmål behandles bl. a. i afsnit VII og VIII.

Endvidere indeholder afsnit IX (side 427 f) overvejelser om det fremtidige informationssystemets organisation i relation til indsamling, bearbejdelse og offentliggørelse af en bredere medicinalstatistik, herunder et forslag til faste serier i publikationsrækken »medicinalstatistiske meddelelser«.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at et veludbygget informationssystem er en afgørende forudsætning for den fremtidige plan-

lægning og prioritering af sundhedsvæsenet med henblik på den bedst mulige udnyttelse af sundhedsvæsenets begrænsede ressourcer. Arbejdsgruppen fremkommer derfor med en række forslag til ændringer og forbedringer af det nuværende informationssystem, og på nogle områder en udbygning af informationssystemet. Arbejdsgruppen ønsker at fremhæve, at de ændringer og udbygninger af informationssystemet, som foreslås i denne redegørelse, er af en sådan karakter, at de ikke alle kan gennemføres straks, og at der nødvendigvis må være tale om en mere langsigtet og etapevis udbygning, ligesom det udbyggede informationssystem direkte indflydelse på planlægnings- og prioriteringsprocessen i sig selv er af mere langsigtet karakter. Arbejdsgruppen er endvidere klar over, at forslagene forudsætter, at der stilles de fornødne midler til rådighed for de foreslåede udbygninger, men finder som nævnt, at forslagene på længere sigt er en forudsætning for den bedst mulige ressourceudnyttelse.

En række af de oplysninger, der nødvendigvis indgår i et informationssystem vedrørende sundhedsvæsenet er identificerbare edb-oplysninger vedrørende enkeltpersoners helbredsforhold. Da det kun i et vist omfang er muligt at anonymisere disse patientoplysninger, opstår der et afvejningsproblem mellem hensynet til oplysningernes anvendelse i behandling, forskning og planlægning og patienternes naturlige krav om fortrolighed (sekretesse) ved oplysningernes anvendelse.

En sådan afvejning har fundet sted i et af justitsministeriet nedsat udvalg om offentlige registre, der afgav betænkning i marts 1976. I betænkningen er peget på det behov, der i et moderne samfund er for anvendelse af identificerbare oplysninger som led i en effektiv og korrekt sygdomsbehandling, i en højt udviklet forskning og til brug for planlægningsmæssige formål. Samtidig foreslås en række sikkerhedsforanstaltninger, der er af forskellig karakter alt efter oplysningernes anvendelsesøjemed. Der henvises til delbetænkning om offentlige registre, betænkning nr. 767/1976 side 194 ff.

Arbejdsgruppen har drøftet de her rejste spørgsmål, og mener ikke, at opfyldelsen af de i betænkningen angivne sikkerhedsforanstaltninger vil være til hinder for gennemførelsen af de forslag, arbejdsgruppen stiller i det følgende. Arbejdsgruppen har dog øn-

sket at udtale, at de individbaserede registreringer i fremtiden må antages at ville blive et meget væsentligt grundlag for en kontinuerlig planlægning og prioritering af sundhedsvæsenet, og at begrænsninger, der går

ud over de i betænkningen foreslåede, kan forringe den praktiske anvendelighed af registreringerne og dermed beslutningsgrundlaget for en hensigtsmæssig prioritering af sundhedsvæsenets indsats.

III. Sygelighedsstatistik

1. Indledning

Ved sygelighedsstatistik forstås undersøgelser af befolkningens helbredsstatus enten *generelt* gennem undersøgelser af den samlede sundhedstilstand og sygdomsforekomst i hele befolkningen eller i et repræsentativt udsnit af befolkningen, evt. udvalgt ud fra f. eks. aldersmæssige, sociale eller bopælsmæssige kriterier, eller *specielt* gennem en registrering af forekomsten af en bestemt sygdom i befolkningen eller et befolkningsudsnit.

Sygelighedsstatistikken udgør et væsentligt supplement til den registrering af dødsårsager, der foretages af sundhedsstyrelsen, og som gennem sin belysning af, hvad befolkningen dør af, beskriver udbredelsen af en række alvorligere sygdomme m. v. Imidlertid kan dødsårsagsstatistikken ikke stå alene, idet det må erkendes, at dimensionen død/levende i sig selv er utilstrækkelig i et samfund som det danske, hvor de kroniske og degenerative sygdomme i vidt omfang har erstattet infektionssygdommene, og hvor en stigende del af indsatsen i sundhedsvæsenet derfor rettes mod vedligeholdelse eller genoprettelse af livskvalitet.

Sygelighedsstatistikken bør begrebsmæssigt holdes adskilt fra sygdomsmønsterstatistikken, der har til formål at beskrive de helbredsproblemer, som sundhedsvæsenets institutioner og personalekategorier faktisk møder. Behovet for en egentlig sygelighedsstatistik ved siden af en sygdomsmønster- og kontaktmønsterstatistik må ses på baggrund af, at sygeligheden i befolkningen kun undtagelsesvis vil kunne måles tilstrækkelig nøjagtigt ved måling af sygdomsmønstret hos fremmødte patienter i sundhedsvæsenet. Dette skyldes, at nogle patienter af mange

forskellige grunde, såsom manglende sygdomserkendelse eller tværtimod effektiv selvbehandling, ventetider, tabt arbejdsfortjeneste eller manglende tro på en effektiv behandling ikke søger sygdomsbehandling, hvorimod andre, som led i et helt normalt forebyggelses- eller behandlingsprogram, møder eller indlægges flere gange for den samme sygdom. Det viser sig, at de dårligst socialt stillede og dermed de helbreds­mæssigt mest udsatte i visse sektorer vil være underrepræsenteret. For en række profylaktiske undersøgelser er fremmødet imidlertid så stort, at der kan etableres en dækkende statistik over sygeligheden. Dette gælder bl. a. de nedenfor under 4 omtalte forebyggende børneundersøgelser.

Sygdomsmønsterstatistikken er afgørende for den nærmere tilrettelæggelse af den sundhedsmæssige indsats inden for de enkelte sektorer og deres indbyrdes samvirke. Viden om befolkningens sygelighed er derimod en forudsætning for mere generelt at af­dække befolkningens sundhedsmæssige problemer og dermed de områder, inden for hvilke den sundhedsmæssige indsats bør koncentrerer. Ikke mindst inden for forebyggelsesområdet er sygelighedsstatistikken gennem en identifikation af, hvor risikoen for sygdom er størst, af væsentlig betydning for afgrænsningen af området for indsatsen. Gennem en konstatering af udviklingen af sygeligheden inden for et givet område er det endvidere muligt, at benytte sygelighedsstatistikken til en vurdering af effekten af den sundhedsmæssige indsats, jfr. de i afsnit V nævnte eksempler, side 410 ff.

Endelig kan sygelighedsundersøgelser medvirke til belysning af årsagssammenhænge mellem en række ydre omstændigheder,

f. eks. opvækstvilkår, boligforhold eller arbejdsvilkår på den ene side og sygdomsforekomst på den anden side.

2. Den nuværende sygelighedsstatistik

Generelle undersøgelser af befolkningens helbredsstatus er kun foretaget i begrænset omfang i Danmark. Den eneste større befolkningsundersøgelse blev foretaget ved »Sygdomsundersøgelsen i Danmark« 1951—54. Denne undersøgelse byggede på en omfattende spørgeskemaundersøgelse i en stikprøve af den voksne danske befolkning, hvor man først og fremmest registrerede subjektive klager over fysiske eller psykiske lidelser. Herudover indgik i undersøgelsen bl. a. spørgsmål om boligforhold, sygesikring, sovemiddelforbrug, tandlægebehandling og tobaksforbrug.

Der er senere foretaget ad hoc-undersøgelser for mere begrænsede dele af befolkningen, bl. a. ved socialforskningsinstituttets handicapundersøgelser og ved instituttets undersøgelse om arbejdsbetinget sygelighed, der er optaget i arbejdsmiljørapporten.

Ved siden af ad hoc-undersøgelser som de nævnte er der for en række sygdomme og tilstande oprettet særlige registre, de såkaldte epidemiologiske registre. Endvidere foretages der løbende epidemiologiske indberetning til sundhedsstyrelsen. Disse registre og indberetninger omfatter dog kun en mindre del af den samlede sygelighed. Da ligeledes de førnævnte ad hoc-undersøgelser er spredte, må det erkendes, at væsentlige dele af den samlede sygelighed ikke er belyst.

De epidemiologiske registre har til formål at registrere nye tilfælde af specifikke sygdomme - ikke blot smitsomme sygdomme - eller andre begivenheder, normalt på en mere omfattende måde end det sker f. eks. i forbindelse med sygehusindlæggelse.

De epidemiologiske registre er sædvanligvis baseret på standardiserede indberetninger til et centralt kontor. Registerne ajourføres løbende ved indberetninger fra sygehuse eller særligt specialiserede behandlings- eller undersøgelsessteder.

Der findes i begyndelsen af 1976 følgende epidemiologiske registre i Danmark:

1. Cancerregistret (landsdækkende). Varetages af en sygdomsforening.

2. Hjerteregistret (sygehuse i begrænsede geografiske områder). Dansk Institut for klinisk Epidemiologi.
3. Abortregistret (landsdækkende sygehusregistrering). Sundhedsstyrelsen.
4. Medicinsk fødselsregister (landsdækkende). Sundhedsstyrelsen.
5. Tuberkuloseregistret (landsdækkende). Dansk Institut for klinisk Epidemiologi.
6. Sarcoidoseregistret (landsdækkende). Dansk Institut for klinisk Epidemiologi.
7. Cerebral Parese registret (landsdækkende). Sygdomsforening.
8. Dansk Amputationsregister (landsdækkende). Privat i samarbejde med Dansk Ortopædisk Selskab.
9. Tvillingeregistret (landsdækkende). Universitet.
10. Registret for sjældne arvelige sygdomme (landsdækkende). Universitet.
11. Registret for kromosom anomalier (landsdækkende). Sygehus.
12. Trafikulykkesregistret (landsdækkende). Politiet, Danmarks Statistik.
13. Arbejdsulykkesregistret (landsdækkende). Arbejdstilsynet, Danmarks Statistik.
14. Centralregistret vedr. blinde og svagsynede (landsdækkende). Institution under socialstyrelsen.
15. Centralregistret vedr. døve og tunghøre (landsdækkende). Institution under socialstyrelsen.
16. Centralregistret vedr. talelidende (landsdækkende). Institution under socialstyrelsen.
17. Åndssvage (landsdækkende). Institution under socialstyrelsen.
18. Centralregistret vedr. tandsygdomme hos børn (landsdækkende). Sundhedsstyrelsen.
19. Mikrobielle og serologiske registre (landsdækkende). Serumintitutet.

Desuden findes der som nævnt foran et dødsårsagsregister i sundhedsstyrelsen.

Endelig findes der på bl. a. videnskabelige institutioner forskellige registre, ofte af ikke permanent karakter til belysning af mere afgrænsede problemstillinger.

Eksistensen af netop de nævnte registre skal ikke ses som resultat af en samlet vurdering af behovet for indsamling af oplysninger om sygdomme m. v., men snarere som resultat af en historisk udvikling. Man kan

dog indirekte udlede 3 kriterier, som synes at have ligget til grund for registrenes etablering:

- a) De registrerede tilstande kan have alvorlige konsekvenser og er ofte forbundet med en høj dødelighed. Årsagerne til disse tilstande er stort set ukendte og behandlingschancerne ikke gode. En epidemiologisk totalregistrering er i disse situationer nødvendig for at opstille mulige årsagsforklaringer på sygdommen og for at følge udviklingen i forebyggelses- og behandlingseffektivitet.
- b) Tilstandene kan ved hurtig udbredelse blive en betydelig trussel for folkesundheden, hvorfor en registrering er nødvendig med henblik på hurtig varsling og indgriben.
- c) Der er udviklet særlige behandlingstilbud over for en bestemt gruppe af tilstande, og gennem obligatorisk indberetning sikres, at samfundets tilbud formidles til den pågældende gruppe (andsvage, blinde, døve m.v.). Statistikken kan her tillige tjene som beslutningsgrundlag for den pågældende aktivitet.

Dækningsgraden af registrene afhænger af, om alle patienter med den pågældende sygdom bliver behandlet på steder, der er villige til eller er pålagt at afgive indberetninger. Denne betingelse er kun opfyldt for enkelte sygdomsgrupper som f. eks. cancer, og selv ved registreringen af cancer har det været nødvendigt at supplere de løbende indberetninger med oplysninger fra andre kilder for at sikre en fuldstændig dækning. For cancerregistrets vedkommende har dødsattesterne således været et væsentligt supplement, som har kunnet benyttes, fordi cancer har en høj dødelighed.

Ajourføringen af de epidemiologiske registre er meget arbejdskrævende. Registerne vil derfor alene kunne bruges til beskrivelse af begrænsede udsnit af sygdomme og tilstande, og metoden bør kun benyttes, såfremt der er en formodning om, at den kan bidrage til påvisning af den pågældende sygdoms årsagsforhold, vurdering af behandlingsmetoder, danne grundlag for en evaluering af folkeundersøgelser (tuberkulose og cancer) eller formidling af behandlingstilbud over for bestemte grupper i befolkningen. Vurdering af behandlingsmetoder for-

udsætter et nært samarbejde med de kliniske specialer, hvad nogle af de epidemiologiske registre har forsømt.

Af registrene har cancerregistret, børnetandplejeregistret og hjerteregistret særlig interesse, fordi de som de eneste omfatter sygdomsgrupper, der både har stor udbredelse, og som medfører en stor belastning af sundhedsvæsenets behandlingsapparat. Hertil kommer, at cancerregistret har fået fornyet aktualitet med den stigende indsats i bekæmpelsen af forurening, ligesom cancerregistret kan bidrage væsentligt til måling af effekten af cancer screenings. Der foregår for tiden forhandlinger om en gradvis offentlig overtagelse af cancerregistret, og arbejdsgruppen kan anbefale, at registret overgår til offentlig regie.

Hjerteregistret omfatter udelukkende registrering af akutte hjerteanfald, der medfører sygehusindlæggelse. Da der er en formodning om, at en lang række hjertetilfælde ikke fører til sygehusindlæggelse og at en del af disse er behandlingskrævende, ligesom et kendskab til det samlede omfang af hjertetilfældene er nødvendigt for en hensigtsmæssig planlægning af den profylaktiske indsats, foreslår arbejdsgruppen, at hjerteregistrets oplysninger suppleres igennem ad hoc-undersøgelser, med det formål at vurdere de ikke-sygehusindlagte hjertetilfældes udbredelse.

Siden forrige århundrede har sundhedsstyrelsen indhentet oplysninger om antal tilfælde af visse infektionssygdomme (*indberetningspligtige sygdomme*), der er konstateret af praktiserende læger. Særlig farlige infektionssygdomme indberettes individuelt med identifikation af patienten, både af praktiserende læger og af sygehusafdelinger (blanketindberetning). Denne del af statistikken har fortsat så stor betydning, at den bør bibeholdes, men det bør overvejes at fritage de praktiserende læger for indberetningspligten og alene henføre denne til sygehusafdelingerne, idet de fleste sygdomme i denne gruppe medfører øjeblikkelig indlæggelse.

De øvrige smitsomme sygdomme indberettes skematisk på den såkaldte ugesygeliste. For de fleste af de sygdomme, der alene indberettes på ugesygelisten gælder det, at indberetningerne ikke giver anledning til at træffe særlige foranstaltninger. En undtagelse herfra er kønssygdomme og influenza. For kønssygdommens vedkommende kan

opgørelsen imidlertid foretages af serumintitutet, som får den overvejende del oplyst gennem de prøver, der skal indsendes med henblik på at fastslå diagnosen. For influenza gælder det, at epidemier vil kunne registreres via de forøgede sygehusindlæggelser, som erfaringsmæssig ledsager influenzaepidemier.

Efter arbejdsgruppens opfattelse bør det overvejes at afskaffe ugesygelisten i dens nuværende udformning, og man er bekendt med, at spørgsmålet om de indberetningspligtige sygdomme for tiden overvejes i et udvalg nedsat af sundhedsstyrelsen.

3. Periodiske undersøgelser af befolkningens helbredsforhold

De repræsentative sygelighedsundersøgelser er den eneste praktiske måde, hvorpå man kan få kendskab til udbredelsen af sygdomme eller sygdomstegn i hele befolkningen. Kun på denne måde kan man få indtryk af størrelsen af den gruppe personer, der ikke henvender sig til sundhedsvæsenet, og kun derved opnår man kendskab til, hvorledes disse mennesker klarer deres sygdomsproblemer. De repræsentative sygelighedsundersøgelser er endvidere nødvendige for at opnå en mere præcis vurdering af, på hvilke områder en forebyggende indsats bør foretages.

De repræsentative sygelighedsundersøgelser har en begrænsning derigennem, at de kun beskriver helbredsproblemer hos udsnit af befolkningen. Der skal meget store udsnit til for at få blot et beskedent antal mennesker med sjældnere sygdomme med i undersøgelsen, selvom man begrænser sit udsnit til f. eks. bestemte aldersgrupper. Det er altså kun forholdsvis hyppigt forekommende sygdomme, hvis forekomst og sværhedsgrad nærmere kan beskrives gennem repræsentative undersøgelser.

Som nævnt foran under 2 er sådanne undersøgelser kun foretaget i meget begrænset omfang i Danmark. I flere andre lande gennemføres repræsentative sygelighedsundersøgelser regelmæssigt. I USA har man f. eks. siden 1957 løbende foretaget »Health Interview Surveys«, dvs. interview-undersøgelser i stikprøver af den amerikanske befolkning, hvorved indsamles oplysning om sygelighed og symptomer, samt om sygdomskonsekvenser såsom arbejdsfravær, sengeleje, funkti-

onsindskrænkning, medicinindtagelse m. v. Endvidere foretages regelmæssige »Health Examination Surveys«, der har til formål at give lægeligt prægede oplysninger om udbredelsen af sygdomme i stikprøver af den voksne befolkning. Der foretages således kliniske undersøgelser og laboratorieprøver m. v.

Repræsentative undersøgelser af befolkningens helbredstilstand kan gennemføres enten som generelle undersøgelser, hvor formålet i princippet er at få oplysninger om alle relevante sygdomstilstande, eller som specielle undersøgelser, hvor formålet er at få oplysninger om nærmere afgrænsede sygdomstilstande, som beskrives mere detaljeret. Specielle sygdomsundersøgelser har det bedste udgangspunkt i en generel helbredsundersøgelse, idet de generelle undersøgelser kan pege på områder, hvor mere detaljerede analyser af afgrænsede befolkningsgrupper og sygdomstilstande bør gennemføres.

Generelle sygelighedsundersøgelser kan suppleres med oplysninger fra sygesikringsregistret, patientregistreringen på sygehuse, de epidemiologiske registre m. v., ligesom visse grupper af patienter med særlige symptomer kan udtages til efterundersøgelser med henblik på at få fastslået sygdomstilstanden nærmere. Af kontrolgrunde kan sådanne efterundersøgelser omfatte en mindre gruppe af personer, der ikke har symptomer.

Hvor generel en sygelighedsundersøgelse kan blive må naturligt afhænge af de resourcer, der stilles til disposition og af den tid, som er til rådighed. Det vil dog i alle tilfælde være hensigtsmæssigt at gennemføre sygelighedsundersøgelser af børn som særskilte undersøgelser, fordi problemstillingerne her afviger meget fra problemstillingerne i den voksne befolkning.

Ved tilrettelæggelsen af sygelighedsundersøgelser bør der tages hensyn til de kriterier, som har ligget til grund for oprettelsen af de epidemiologiske registre, jfr. foran under 2. Det vil derfor være nærliggende bl. a. at pege på følgende sygdomme eller sygdomstegn som emner for epidemiologiske undersøgelser:

- a. Allergi
- b. Forhøjet blodtryk
- c. Forkølelsessygdomme
- d. Gigt

- e. Hovedpine
- f. Kronisk bronkitis
- g. Ryglidelser
- h. Sindslidelser, især neuroser og stress
- i. Sygdomme i fordøjelseskanalen
- j. Underlivsbesvær

Sygelighedsundersøgelserne må ud over at beskrive sygdomme og sygdomstegn også beskrive, hvordan folk reagerer på deres sygdomme i form af lægebesøg, arbejdsfravær, medicinindtagelse m. v., og hvilke varige nedsættelser af funktionsevnen sygdommen medfører.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der er et stort behov for, at der foretages generelle sygelighedsundersøgelser med et vist mellemrum. For at tilgodese bevarelsen af en tilstrækkelig ekspertise, en tilstrækkelig nuancering i beskrivelsen af sygeligheden og en overkommelig arbejdsopgave, vil det med hensyn til generelle sygelighedsundersøgelser efter arbejdsgruppens mening være hensigtsmæssigt først at gennemføre en undersøgelse af børns helbredstilstand, derefter af unges, af de voksne og endelig af de ældres sygdom og sundhed. Undersøgelserne af den voksne befolknings sygelighed anbefales gentaget med ca. 5 års intervaller, medens undersøgelserne af børn helt eller delvis kan erstattes af et børnehelbredsregister, jfr. nedenfor under 4.

Gennemførelsen af repræsentative sygelighedsundersøgelser rejser en række problemer med hensyn til benyttelse af indikatorer til måling af befolkningens sundhedsstatus, der kort er omtalt nedenfor i afsnit VIII, side 424 ff.

Løbende sygelighedsundersøgelser kræver et apparat med bl. a. relevant sundhedsfaglig og statistisk fagkundskab. Da der som nævnt er et betydeligt behov for generelle sygdomsundersøgelser efterfulgt af en serie specielle undersøgelser, må det anbefales, at der etableres en permanent organisation, der kan varetage denne opgave. Dette problem er nærmere omtalt i afsnit IX om indsamling, bearbejdelse og offentliggørelse af medicinalstatistik, side 427 f.

4. Forslag om oprettelse af et børnehelbredsregister

Arbejdsgruppen har særligt overvejet registreringen af børns sygelighed. Viden om

denne gruppes sygdomme er efter arbejdsgruppens opfattelse af særlig betydning, idet den sundhedsmæssige tilstand og udvikling i barnealderen på mangfoldige områder er afgørende for sundhedstilstanden livet igennem. Gennem en generel registrering af børns helbredsproblemer og sygelighed vil man kunne opnå viden om, på hvilke områder der bør sættes ind med forebyggende og behandlende indsats og dermed bl. a. opnå et forbedret grundlag for tilrettelæggelsen af spædbørnsundersøgelserne og skolelægeordningerne, ligesom man vil kunne danne sig et skøn over effekten af disse undersøgelser samt virkningerne af en eventuel ændret tilrettelæggelse.

Indenfor børnetandplejeområdet er der etableret en sådan individbaseret statistik, med hvilken man har haft gode erfaringer. Man har således nu et godt overblik over tandsygdommene og tandstillingsfejlenes forekomst i landet og kan følge den udvikling, der sker i disse lidelsers hyppighed. Bl. a. er det konstateret, at hyppigheden af caries er større i kommuner, der har opnået dispensation fra lovens ordning end i de kommuner, der har oprettet en kommunal børnetandpleje. Ved hjælp af børnetandplejeregistret har det været muligt at tilpasse indsatsen til cariesforekomsten, hvorved er opnået en mere hensigtsmæssig ressourceallokering. I 1975 kostede børnetandplejestatistikken 95 øre pr. barn.

I dag registreres alle nyfødte af jordemoderen på en fødselsanmeldelse, der danner grundlag for den medicinske fødselsstatistik. Fødselsanmeldelsen omfatter oplysninger om barnets helbredstilstand umiddelbart efter fødslen, hvilket giver mulighed for en registrering af helbredsstatus på dette tidlige, men sundhedsmæssigt meget afgørende tidspunkt i et menneskes liv. Oplysningerne på fødselsanmeldelsen er dog påvirket af, at den skal være udfærdiget inden 3 dage efter fødslen, dvs. på et tidspunkt, hvor nødvendige supplerende undersøgelser af barnet ikke kan være afsluttet og dermed ikke alle symptomer på sygelige tilstande kan være erkendt. Ikke desto mindre må fødselsanmeldelsernes oplysninger anses for et værdifuldt grundlag for en helbredsstatus, og yderligere kan fødselsanmeldelserne danne udgangspunkt for videregående epidemiologiske undersøgelser.

Et endnu mere værdifuldt bidrag til be-

skrivelsen af sygeligheden blandt spædbørn kan med fordel indhentes fra de praktiserende læger i forbindelse med helbredsundersøgelserne omkring 1 års alderen (10 eller 15 måneders-undersøgelsen). På dette tidspunkt må man forvente, at en række væsentlige sygdomstilstande hos barnet er erkendt. Hertil kommer, at fremmødet ved disse undersøgelser er så stort, at det formentlig vil overgå besvarelsesprocenten ved en tilsvarende interview-undersøgelse.

En helbredsstatus for spædbørn bør suppleres med en beskrivelse af helbredsstatus for skolesøgende børn på udvalgte klassetrin, typisk 1. og 9. klassetrin (sidste obligatoriske klassetrin), baseret på oplysninger fra skolelægerne. Ved helbredsundersøgelser på 9. klassetrin bør der lægges hovedvægten på de sygdomme, der har betydning ved er-

hvervsvalg. Sundhedsstyrelsen har i 1975 på initiativ af amtslæge Vagn Christensen indledt et samarbejde herom med Ringkøbing amt. Ligesom ved helbredsundersøgelserne omkring 1 års-alderen er mødeprocenten meget høj ved skolelægeundersøgelserne.

På denne baggrund skal arbejdsgruppen foreslå, at der etableres en samlet registrering af børns helbredsstatus på fødselstidspunktet, omkring 1 års-alderen og på 1. og 9. klassetrin. Registreringen bør gennemføres som en individbaseret registrering med identifikation, idet det ellers ikke er muligt at foretage en beskrivelse af børnenes udviklingsforløb.

Registreringen bør samles i sundhedsstyrelsen på grundlag af obligatoriske indberetninger fra jordemødre, praktiserende læger og skolelæger.

IV. Sygdoms- og kontaktmønsterstatistik

1. Indledning

Statistik over sygdomsmønstre og kontaktmønstre omfatter en kortlægning af de patientkontakter og andre personkontakter, som sundhedsvæsenets institutioner eller personalekategorier har med omverdenen. Ved statistikken over sygdomsmønstre interesserer man sig især for at beskrive de sygdomme og helhedsproblemer, som f. eks. alment praktiserende læger eller sygehusafdelinger møder, medens man ved kontaktmønsterstatistikken mere interesserer sig for at beskrive kontaktmåden (telefon, besøg, indlæggelse m. v.), og hvorfra patienten er henvist og hvortil patienten henvises. Der er glidende overgange mellem, hvad der må betegnes som sygdomsmønsterstatistik, og hvad der må betegnes som kontaktmønsterstatistik, og de to statistikformer kan eventuelt kombineres.

Statistikken over sygdomsmønstre og kontaktmønstre er anvendelig til flere formål. *Sygdomsmønsterstatistikken* beskriver som nævnt de typer af sygdomme og helbredsproblemer i øvrigt, som en institution eller personalekategori diagnosticerer og behandler. Herved bliver sygdomsmønsterstatistikken anvendelig til behovsundersøgelser af f. eks. antal sengepladser fordelt på specialafdelinger. Endvidere må tilrettelæggelsen af uddannelsen af praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og andre personalegrupper i sundhedsvæsenet hvile på solide informationer om, hvilke typer af helbredsproblemer, som de pågældende grupper møder i den daglige faglige virksomhed.

Kontaktmønsterstatistikken er bl. a. relevant, når man skal vurdere visitationsprocesser samt det organisatoriske samspil mellem og den indbyrdes dimensionering af de enkelte elementer i det samlede sundhedsvæ-

sen. Eksempelvis er det af betydning i så henseende at vide, hvor mange procent af alle sygdomsepisoder, som praktiserende læger møder, der færdigbehandles i ahnen praksis, og i hvilket omfang der i denne behandling måtte indgå henvisninger til røntgenafdelinger, laboratorier og speciallæger m. v. For sygehusvæsenets vedkommende er det på tilsvarende måde relevant med statistiske oplysninger om, hvortil de indlagte patienter udskrives (eget hjem, plejehjem, anden sygehusafdeling m. v.).

2. Sygdoms- og kontaktmønsterstatistik i sygehusvæsenet

Sygdoms- og kontaktmønsterstatistikken er ligesom i en række andre lande først etableret i sygehussektoren, hvor den i slutningen af 1960'erne udviklede sig til en edb-registrering af patienterne (sygehusvæsenets individbaserede patientregistrering), der har til formål at oplagre såvel medicinske som administrative oplysninger om den enkelte patient, således at disse oplysninger let kan trækkes ud på en overskuelig måde afhængig af den problemstilling, der ønskes belyst.

Oplysningerne registreres på en måde, der indebærer, at den enkelte patient kan identificeres (navn, personnummer, civilstand, bopæl), hvilket er nødvendigt af hensyn til systemets anvendelse til en række væsentlige formål. F. eks. er analyser af den enkelte patients »forløb« gennem sundhedsvæsenet af betydning for tilrettelæggelsen af visitationsprocesserne og det organisatoriske samspil i øvrigt mellem sundhedsvæsenets enkelte dele, ligesom individbaserede oplysninger er nødvendige af hensyn til ajourføring af de epidemiologiske registre (se afsnit III. 2, side 401).

Patientregistreringen omfatter dels oplysninger til brug for en sygdoms- og kontaktmønsterstatistik (diagnoser, indlæggelses- og udskrivningsdato, stedet, hvorfra (hjemmet, skadestue, plejehjem m. v.) og måden (akut, henvist fra ambulatorium m. v.) hvorpå indlæggelsen er sket, dødsfald, eventuelt beslutning om efterbehandling og stedet, hvortil udskrivning sker.

Endvidere indeholder registreringen oplysninger om nogle af de ydelser (sengedage, operationer), som patienterne modtager på sygehuset. Denne del af registreringen vil blive omtalt nedenfor i afsnit V om ydelsesstatistik (side 410 ff.).

Den individbaserede patientregistrering omfatter ca. 90 pct. af samtlige sygehusindlæggelser her i landet, medens sygehusenes ambulante virksomhed endnu kun registreres i mindre omfang. Den af sundhedsstyrelsen og amtsrådsforeningen i 1972 nedsatte koordinationsgruppe vedrørende den individbaserede patientregistrering har udarbejdet et oplæg til en udvidelse af registreringen til også at omfatte den ambulante sygehusvirksomhed, og dette forslag er nu ved at blive indarbejdet i de eksisterende systemer.

Ud over ovennævnte basisoplysninger vedr. patienterne og disses sygdomme samt deres »forløb« igennem systemet arbejdes der også med en registrering af den tværgående undersøgelses- og behandlingsvirksomhed. Koordinationsgruppen har således fastlagt de fælles indholdskrav til registreringen af røntgenvirksomheden bl. a. ved at udarbejde en klassifikation for røntgenundersøgelser. Til denne klassifikation er udarbejdet points, der er udtryk for de enkelte undersøgelsers arbejdsbelastning. Herefter er det sidste større område inden for sygehusvæsenet, hvor der endnu ikke er gennemført noget registreringssystem, laboratorievirksomheden.

Registreringen af denne tværgående undersøgelsesvirksomhed (røntgen- og laboratorieundersøgelser) er af betydning for kontaktmønsterstatistikken både i relation til den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet, idet registreringssystemerne for undersøgelser er fælles for indlagte (stationære*) og ambulante patienter herunder også patienter henvist af praktiserende læger. Hertil kommer, at registreringen af de

tværgående undersøgelser vil være et meget væsentligt bidrag til ydelsesstatikken, jfr. nedenfor afsnit V, side 410 ff.

Udnyttelsen af den individbaserede patientregistrering for indlagte (stationære) patienter indskrænkede sig i begyndelsen til udarbejdelse af forskellige tabellariske oversigter, f. eks. antal udskrevne og døde patienter fordelt efter køn, alder, diagnoser, indlæggelsestid osv., til brug for de enkelte sygehuse eller sygehusafdelinger.

I løbet af de sidste år har imidlertid Københavns amt med basis i patientregistreringen udarbejdet en model for sengebehovsanalyser, der vil få væsentlig betydning for planlægningen af specialefordelingen på amtets sygehuse. Københavns amt har yderligere taget initiativ til et analyseprojekt for flere amter, der bl. a. går ud på gennem en kortlægning af indlæggelsesfrekvenser og gennemsnitlige liggetider fordelt på køn, alder osv. at analysere det fremtidige behov for senge fordelt på specialer. Undersøgelsen, der benævnes »treamtsundersøgelsen« omfatter Københavns amt, Storstrøms amt og Ringkøbing amt med sundhedsstyrelsen som koordinerende instans. Projektet ventes afsluttet i efteråret 1976.

Udviklingen inden for den individbaserede patientregistrering har rejst et problem for den løbende offentliggørelse af tabellari-ske oversigter, som finder sted i medicinalberetning II. Hovedformålet med medicinalberetning II's løbende statistik for sygehusvæsenet er at beskrive hovedtendenserne og at være sammenligningsgrundlag for de analyser og opgørelser, der udarbejdes regionalt, og hvor sygehusstatistikens detaljerede oplysninger finder praktisk anvendelse. I betragtning af, at et af de vigtigste statistiske analyseredskaber i sygehusplanlægningen foreløbig vil være sengebehovsanalyserne og de med tiden mere generelle kapacitetsanalyser, som vil blive mulige, når den individbaserede patientregistrering kommer til at omfatte undersøgelsesafdelingerne og sygehusenes ambulatorievirksomhed, vil det være nærliggende at benytte de samme sammendrag af sygdomsklassifikationen og af opdelingen på specialer i den løbende statistik, som benyttes i sengebehovsanalyserne. Det betyder, at det nuværende diagnosesammendrag i medicinalberetning II må erstattes af

*) D. v. s. indlagte patienter, dagpatienter og natpatienter.

en mere summarisk diagnoseopdeling bestemt af, hvilke diagnoser de forskellige specialer behandler. For specialeopdelingens vedkommende bør man formentlig opgive den vidtgående opdeling helt ned på subspecialer, og i stedet benytte en opdeling på hovedspecialer. En endelig stillingtagen til dette bør dog bl. a. afvente resultaterne af den før nævnte treamtsundersøgelse samt speciallægekommisionens forslag til opdeling i lægelige specialer.

Bl. a. med henblik på at muliggøre summariske effektmålinger af sygehusbehandlingen foreslår arbejdsgruppen, at den individbaserede patientregistrerings diagnoseoplysninger udbygges med en beskrivelse af patienternes funktionsevne ved indlæggelsen og ved udskrivelsen. Dette forslag behandles nærmere nedenfor i afsnit VIII, side 424 ff.

3. Sygdoms- og kontaktmønsterstatistik i den primære sundhedstjeneste

En tilsvarende løbende registrering af sygdoms- og kontaktmønstre, som den, der finder sted inden for sygehusvæsenet, må bl. a. på grund af de mange enheder anses for urealistisk i den primære sundhedstjeneste.

Imidlertid er der behov for sådanne registreringer, idet viden om sygdoms- og kontaktmønstret ikke mindst i almen praksis er af betydning for tilrettelæggelse af samvirke mellem almen praksis og sygehusvæsenet samt for vurderingen af mulige funktionsforskydninger mellem de 2 sektorer. Også for den praksisplanlægning, der i medfør af den nye landsoverenskomst om almen praksis, skal iværksættes, samt for tilrettelæggelsen af praktiserende lægers uddannelse har viden om sygdoms- og kontaktmønstret betydning.

Arbejdsgruppen foreslår derfor, at der med passende tidsintervaller på omkring 3 år iværksættes ad hoc-undersøgelser af sygdoms- og kontaktmønstret i almen praksis. Sådanne ad hoc-undersøgelser, der bør foretages i sundhedsstyrelsens regie, kan gennemføres som stikprøveundersøgelser, forudsat, at disse udtages på en sådan måde, at sygdoms- og kontaktmønstret kan sættes i relation til befolkningsgrundlaget. Der må ved sådanne undersøgelser lægges vægt på at beregne besøgsfrekvenser og henvisningsfrekvenser for de betydende sygdomstilstande, ligesom en beregning af hyppigheden af

symptomer og sygdomme, som den praktiserende læge møder, må anses for væsentlig.

Der blev i 1971 foretaget en kontaktmønsterundersøgelse blandt 80 danske læger. På trods af, at lægerne ikke var repræsentative for almen praksis gav undersøgelsen vigtige holdepunkter for lægernes arbejdsbelastning og dennes karakter. I efteråret 1976 foretager socialforskningsinstituttet i samarbejde med institut for almen medicin ved Københavns Universitet en undersøgelse af samarbejdsformer i den primære sundhedstjeneste. Denne undersøgelse indeholder en kontaktmønsteropgørelse for alle praktiserende læger, sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker i Fyns og Storstrøms amtskommuner og i Københavns kommune.

Undersøgelser af sygdomsmønstret i almen praksis kræver en dertil egnet sygdomsklassifikation. Da kontaktmønstret i den primære lægetjeneste må vurderes ud fra behandlingstilbudene i de tilstødende sektorer (sygehusvæsen, socialvæsen), vil det være en fordel, at sygdomsklassifikationen for den primære lægetjeneste har sammenhæng med den sygdomsklassifikation, der benyttes af sygehusvæsenet. Imidlertid kan man ikke uden videre benytte sygehusvæsenets klassifikation i den primære lægetjeneste, fordi man i den primære lægetjeneste i højere grad må arbejde ud fra tentative (forsøgsvis) diagnoser, og fordi en række tilstande ikke meningsfuldt lader sig presse ind i sygdomsklassifikationen. Arbejdsgruppen skal anbefale, at et sådant arbejde med en sygdomsklassifikation for den primære lægetjeneste fremmes. Værdien af oplysninger om sygdoms- og kontaktmønstre vil ofte øges væsentligt ved også at inddrage sammenhængen med især den stedlige social- og skolesektor, jfr. således samarbejde og visitation til og fra socialektoren. Arbejdsgruppen er som nævnt foran ikke gået dybere ind herpå, men skal dog pege på, at dette naturligt vil inddrage andre organer end sundhedsstyrelsen, og at det efter gruppens opfattelse bl. a. gør det ønskeligt, at der søges udviklet socialmedicinske klassifikationskriterier.

Ved beskrivelsen af kontaktmønstret i praksissektoren må hovedvægten lægges på at få klarlagt henvisningsfrekvenserne til undersøgelsesafdelinger, herunder lægelaboratorier og røntgenklinikker, til speciallæger, sygehuse og socialvæsenet. Kontaktmønstret

bør også søges belyst med en beskrivelse af, om patienten kommer fra sygehus, speciallæge, socialvæsen eller af egen tilskyndelse.

Kontaktens art bør oplyses med hovedvægt på sondringen imellem sygesikringsyndelser og ikke-sygesikringsyndelser med henblik på en supplerings af sygesikringsstatistikken.

Til supplerings af de ufuldstændige oplysninger om erhvervs sygdomme, der indhentes i henhold til lov om ulykkesforsikring, og om arbejdsulykker, der indhentes af arbejdstilsynet og Danmarks Statistik, bør en sygdoms- og kontaktmønsterundersøgelse i den primære lægetjeneste indeholde oplysninger vedrørende nogle udvalgte kroniske lidelsers sammenhæng med erhverv, såsom kronisk bronkitis og lænderyglidelser. For interviewede, der oplyser at have en af disse lidelser, bør der udfyldes en specialblanket, der går nærmere ind på erhvervsforhold.

Arbejdsgruppen er endvidere af den opfattelse, at det på længere sigt må være et mål at udvide sygdoms- og kontaktmønsterstatistikken til periodisk at omfatte samtlige institutioner og personalekategorier i sundhedsvæsenet. Det drejer sig således om sygdoms- og kontaktmønstre for patienter/klienter hos sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, praktiserende fysioterapeuter, skolelæger, praktiserende tandlæger, alkoholklinikker, antikonceptionsklinikker m. fl. Sådanne undersøgelser kunne tænkes iværksat som ad hoc-undersøgelser med f. eks. 5 års intervaller.

4. Sygdoms- og kontaktmønsterstatistik i bedriftssundhedstjenesten

Arbejds miljølovens § 13 giver arbejdsministeren beføjelse til at fastsætte regler for udformningen af en bedriftssundhedstjeneste. Reglerne er endnu ikke udformet, men man må forudse, at det offentlige såvel gennem fastsættelse af regler som ved finansiering af ordningen vil få mulighed for at fastlægge informationernes art og omfang. Det synes derfor nærliggende at anbefale en registrering af såvel kontaktmønstret, sygdomsmønstret, ydelser som ressourcer.

Til udforskning af arbejds sygdommes årsager og forløb vil det være nødvendigt, at de enkelte individer er registreret med hensyn til erhverv. Det vil her være hensigtsmæssigt at anvende samme registreringsmåde som Danmarks Statistik, hvor den enkelte person beskrives såvel med hensyn til erhverv (f. eks. skibsværft), som med hensyn til fag (f. eks. tømrer). Denne registrering er imidlertid ikke tilstrækkelig, da man ideelt må ønske hele personens jobhistorie belyst. For at imødekomme dette, må man som minimum have oplysning om, hvor længe personen har været beskæftiget med lignende arbejde (erhverv og fag) som på registreringstidspunktet. Denne oplysning får imidlertid først sin fulde værdi, når en tilsvarende oplysning foreligger for hele befolkningen, således at man kan belyse sygdomshyppigheden.

V. Ydelsesstatistik

1. Indledning

Ved ydelsesstatistik forstås her en statistik, der alene giver oplysninger om antal ydelser fra sundhedsvæsenets side, såsom konsultationer, sengedage, operationer, røntgenundersøgelser m. v., uden samtidig at indeholde oplysninger om diagnoser og henvisninger.

Ydelsesstatistik tjener umiddelbart som en slags »produktionsopgørelse« for sundhedsvæsenet og indgår hermed - sammen med ressourcestatistikken (»omkostningsopgørelsen«) som et væsentligt led i den almindelige styring af sundhedsvæsenet. En ydelsesstatistik kan bl. a. bidrage til at skabe grundlag for opstilling af præstations- og effektivitetsmål som supplement til og underbygning af budgetter og regnskaber.

I den ovennævnte form sigter ydelsesstatistikken endvidere imod at give en almindelig beskrivelse af sundhedsvæsenets ydelsesside, der anskuelig gør og forklarer de foreslåede ydelsers omfang og sammensætning, og dermed indirekte kan give et vist udtryk for nytten af sundhedsvæsenet. En egentlig beregning af nytten (benefits) af sundhedsvæsenet er derimod endnu ikke mulig at gennemføre generelt i praksis, men inden for specielle områder har der dog ved sammenstilling af ydelsesstatistik og sygelighedsstatistik kunnet tilvejebringes et vist grundlag for at vurdere effekten af gennemførte foranstaltninger. Eksempelvis kan nævnes den kommunale børnetandpleje og tuberkuloseundersøgelser, hvor det på grundlag af de pågældende statistikker har kunnet påvises henholdsvis en positiv og ingen eller kun meget begrænset effekt af indsatsen. Endvidere kan der være grund til at pege på den kliniske forskning, der har til hovedopgave at vurdere behandlingen af de enkelte sygdomme.

Som et sådant indirekte udtryk for sundhedsvæsenets nytteværdi - i nær sammenhæng med sygelighedsstatistikken - indgår ydelsesstatistikken tillige som et væsentligt element i prioriteringen og planlægningen af sundhedsvæsenet.

Da oplysningerne om sundhedsvæsenets ydelser kommer fra de samme kilder, som afgiver oplysninger om de i sundhedsvæsenet konstaterede sygdomme og patienternes forløb gennem sundhedsvæsenet, vil ydelsesstatistikken og den i det foregående afsnit omtalte sygdoms- og kontaktmønsterstatistik ofte være integreret såvel ved registreringen som ved indhentning af oplysninger i den mere traditionelle skemastatistik. Begrebsmæssigt bør der imidlertid sondres imellem ydelsesstatistikken på den ene side og sygdoms- og kontaktmønsterstatistikken på den anden side, fordi ydelsesstatistikken både har relation til den, der præsterer ydelsen (lægen, fysioterapeuten etc.) og til den, der modtager den (patienten), medens oplysninger om sygdoms- og kontaktmønstre har relation til patientens behov for ydelser, og hvor disse behov søges dækket.

2. Ydelsesstatistik i sygehusvæsenet

Ydelsesstatistikken for indlagte (stationære) patienter dækkes for en væsentlig del af den individbaserede patientregistrering. Denne registrering, der må opfattes som en basisregistrering, omfatter i dag for så vidt angår ydelser alene oplysninger om sengedage og operationer.

Af andre ydelser, som det kunne være af interesse at registrere, men som ikke er medtaget i den nuværende registrering, kan nævnes fysiurgiske behandlinger og stråleterapi. En registrering af disse ydelser er imidlertid

ret kompliceret og må i øvrigt tillægges mindre betydning end udvidelse af basisregistreringen med ambulante patienter og etablering af specialregistreringer af de tværgående undersøgelsesyndelser (røntgen- og laboratorieundersøgelser). Det foreslås derfor, at overvejelser om en forøgelse af registreringsindholdet med fysiurgiske behandlinger og stråleterapi udskydes, indtil en registrering af den ambulante virksomhed og den tværgående undersøgelsesvirksomhed er etableret.

Som nævnt i afsnit IV har den af sundhedsstyrelsen og amtsrådsforeningen i 1972 nedsatte koordinationsgruppe vedrørende den individbaserede patientregistrering udarbejdet et oplæg til en udvidelse af registreringen til også at omfatte den *ambulante sygehusvirksomhed*. Koordinationsgruppens forslag er nu ved at blive indarbejdet i de eksisterende systemer, men registreringen af den ambulante sygehusvirksomhed vil tidligst nå en acceptabel dækning i løbet af de næste 3-4 år. I mellemtiden må den tabellariske skemastatistik, som sundhedsstyrelsen indhenter årligt, tillægges stor betydning. Denne skemastatistik har givet en række problemer, dels fordi den blev påbegyndt på et for højt ambitionsniveau, dels fordi grundlaget for statistikken er ændret med bortfald af sygehustilskuddet, ved hvis beregning indgik opgørelse af ambulante besøg. Opdelingen på ambulatoriebesøg og skadestuebesøg har derfor måttet erstattes af akutte og ikke akutte ambulatoriebesøg. Statistikken er nu blevet revideret, hvilket skulle give håb om en dækkende om end summarisk statistik om ambulante sygehusvirksomhed.

En tilsvarende situation gælder for *registreringen af røntgenundersøgelser*. Som nævnt i afsnit IV har koordinationsgruppen fastlagt de fælles indholdskrav til registrering af røntgenundersøgelser, og en sådan registrering er etableret og fungerer på et enkelt sygehus, men det kan påregnes, at flere sygehuse følger efter i den nærmeste fremtid.

I modsætning til registreringen af ambulante patienter, er det hidtil ikke påregnet at gøre registreringen af røntgenundersøgelser obligatorisk, og man kan derfor heller ikke forvente, at registreringen af røntgenundersøgelser vil blive landsdækkende i samme omfang som basisregistreringen for ambu-

lante patienter. Da røntgenregistreringen imidlertid er meget væsentlig, bl. a. med henblik på beregninger af ressourceforbruget ved behandlingsafdelingernes »træk« på de tværgående afdelinger, skal arbejdsgruppen anbefale, at det nærmere overvejes, om ikke denne registrering bør gøres obligatorisk.

På grundlag af kravene til en edb-registrering af røntgenundersøgelser er også kravene til den summariske indberetning om antal røntgenundersøgelser til sundhedsstyrelsen blevet ændret og udvidet fra og med 1976. Den reviderede summariske indberetning omfatter en opdeling af antal røntgenundersøgelser på størrelsesgrupper (efter belastningsgrad) og efter henvisende instans, og indberetningerne vil fra og med 1977 tillige omfatte de private røntgenklinikker.

Registrering af laboratorieprøver frembyder en række problemer, først og fremmest på grund af det store antal prøver og forekomsten af de såkaldte multiple prøver. Multiple prøver fremkommer ved, at analyseautomater med faste programmer automatisk producerer et stort antal analyser, hvad enten disse er rekvirerede eller ej. En registrering af laboratorieprøver vil derfor stille krav om betydelig mere edb-kapacitet end en registrering af røntgenundersøgelser, og det vil være betydelig mere kompliceret at udarbejde en klassifikation med tilhørende belastningspoint for laboratorieprøver end for røntgenundersøgelser. Selv om registrering af laboratorieprøver vil kunne blive et værdifuldt instrument i planlægningen og styringen, mener arbejdsgruppen, at en beslutning om iværksættelse af registrering af laboratorieprøver på grund af de beskrevne vanskeligheder bør stilles i bero, indtil man er kommet længere med registreringen af den ambulante sygehusvirksomhed og røntgenundersøgelserne, og herunder har konstateret, i hvilket omfang disse registreringer rent faktisk vil blive brugt i styring og planlægning.

3. Ydelsesstatistik vedr. den primære sundhedstjeneste

Ydelsesstatistikken for *praktiserende læger, tandlæger m. v.* må baseres på sygesikrings-systemet. Til brug for administrationen af sygesikringsordningen er oprettet forskellige edb-registre, som dog ikke omfatter sygesik-

ringens ydelser i Københavns og Frederiksberg kommuner og kommunerne på Amager.

Edb-registrene omfatter bl. a. et register oprettet med henblik på afregning med yderne. Dette afregningsregister - kaldet ydelsesregisteret — indeholder takster for sygesikringens forskellige ydelser, på grundlag af hvilket der foretages registrering af ydelser til de sikrede og foretages afregning med yderne.

Socialstatistikudvalget under Danmarks Statistik har udarbejdet et forslag til en løbende, udvidet statistik om sygesikringen. Hovedprincippet i ydelsesstatistikken for sygesikringens ydelser er at beskrive befolkningens forbrug af ydelser fra praktiserende læger, speciallæger m. fl. fordelt på en række ydelsesarter. Ydelsesstatistikken vil også belyse, hvor stor en del af befolkningen opdelt på køn og aldersgrupper, som i en periode har haft kontakt med forskellige specialer og grupper af medicinalpersoner.

Ydelsesstatistikken, som produceres på et repræsentativt udsnit af modtagerne, vil første gang blive produceret for perioden 1. april-31. december 1976, og vil blive leveret til Danmarks Statistik i april—maj 1977. Samtidig leverer sygesikringen et statistikbånd til brug for videregående ad hoc-analyser i Danmarks Statistik.

Det skal dog bemærkes, at den planlagte ydelsesstatistik først med indførelsen af nettoafregning for gruppe 2-sikrede vil give et fuldstændigt billede af ydelser til denne gruppe af de sikrede.

For de praktiserende tandlægers ydelser vil der endvidere kunne udledes visse oplysninger om tandsygdomme. Sådanne oplysninger udrages dog ikke i dag, idet det forudsætter forskellige omkostningskrævende edb-programændringer. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at forslaget i afsnit IV om en sygdoms- og kontaktmønsterundersøgelse vedrørende alment praktiserende læger med intervaller på omkring 3 år, hviler på en forudsætning om en årlig sygesikringsstatistik, der kan beskrive udviklingstendenserne mellem sygdoms- og kontaktmønsterundersøgelserne.

Med ændringerne af *sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejerskeordningerne* skal statistikken vedrørende virksomheden på disse to områder revideres. Sundhedsstyrelsen tilsigter et integreret informationssystem baseret på de nye journaler, der er under udar-

bejdelse, således at oplysningerne fra journalen kan overføres umiddelbart til statistikskemaet. Ved revisionen af statistikken vedrørende sundhedsplejerskernes virksomhed bør der lægges vægt på at få opgjort antallet af behovsprægede undersøgelser og årsagerne hertil, hvorved statistikken dog får mere karakter af en sygdomsmønsterstatistik.

Skolelægestatistikken er bragt i overensstemmelse med den nye skolelægeordning, men i det omfang forslaget i afsnit III om oprettelse af et børnehelbredsregister følges, vil det være muligt at reducere omfanget af de oplysninger, der indberettes vedrørende skolelægenes virksomhed. Under alle omstændigheder vil oplysningerne om vaccinationer kunne udgå, idet disse oplysninger må anses for at være af mindre interesse, efter at de alvorlige infektionssygdomme er bragt under kontrol.

4. Særligt om lægemiddelstatistik

Detaljerede oplysninger om lægemiddelforbruget er nødvendige til flere forskellige formål. Forbrugsoplysninger er således nødvendige for en bedre planlægning og styring af sundhedsvæsenet f. eks. i forbindelse med ændring af receptreglerne, udleveringsbestemmelserne for de enkelte præparater og ved prisfastsættelse samt til vurdering af virkningerne ved ændringer bl. a. af tilskudsordningen. Endvidere må man have kendskab til lægemiddelforbruget for at kunne føre et bedre tilsyn med lægernes ordinationer og til brug for bivirkningsnævnets generelle virksomhed. En lægemiddelstatistik åbner tillige mulighed for en sammenligning af lægemiddelforbrug og sygdomstilstand og er i øvrigt af betydning for den udadrettede lægemiddelinformation.

Der foreligger imidlertid i dag ingen generel offentlig lægemiddelstatistik. Danmarks Apotekerforening udarbejder årligt en opgørelse af lægemiddelsalget af visse terapeutiske grupper af præparater på grundlag af oplysninger fra 50 repræsentative apoteker. Medicinalfabrikkerne og importørerne udarbejder en statistik omfattende det samlede salg af fabriksfremstillede lægemidler til apoteker. Endvidere har sundhedsstyrelsen i enkelte tilfælde bl. a. til brug for bivirkningsnævnets arbejde samt sundhedsstyrelsens interne sagbehandling benyttet ad hoc-

undersøgelser. Sådanne undersøgelser er udført enten med bistand af Danmarks Apotekerforening (f. eks. receptundersøgelsen den 28. september 1971 i forbindelse med tilskudsordningen) eller gennem oplysninger fra de enkelte fabrikker eller importører. Endvidere foretages fra maj 1975 i sundhedsstyrelsen en edb-registrering baseret på recepterne (incl. telefonrecepter) af alle ordinationer af narkotiske stoffer, bl. a. til brug for kontrollen af lægernes ordinationer, men materialet vil også kunne give vigtige statistiske oplysninger om det legale narkotikaforbrug.

En af sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe har i maj 1975 afgivet en rapport, hvori der er redegjort for de områder, hvor behovet for lægemiddelstatistik er markant, og hvordan disse behov vil kunne dækkes. Rapporten konkluderer i opstilling af 4 forskellige statistikmodeller. De to af disse modeller omfatter henholdsvis en fuldstændig receptstatistik, og en receptstatistik baseret på et repræsentativt receptudsnit. Disse modeller har man hidtil vejet tilbage for at gennemføre, idet de dels er meget omkostningskrævende og dels kun vil kunne belyse forbruget af den receptpligtige medicin. Men det må erkendes, at en statistik baseret på recepterne kunne give meget omfattende og detaljerede oplysninger bl. a. om patienternes køn og alder.

Sundhedsstyrelsen har i stedet hidtil stilet mod gennemførelsen af en model, der bygger

på de eksisterende oplysninger i foreningsregie, og som forudsætter, at disse oplysninger vil blive stillet til rådighed for sundhedsstyrelsen uden udgift for staten. Imidlertid har der vist sig visse praktiske vanskeligheder ved gennemførelsen af denne model.

Såfremt disse vanskeligheder ikke vil kunne overvindes, vil det formentlig være mest hensigtsmæssigt, at der i sundhedsstyrelsen søges etableret et statistiksystem, der vel i væsentligt omfang bygger på de af organisationerne udarbejdede statistikker, men som sammenstilles til én samlet lægemiddelstatistik i sundhedsstyrelsen.

Arbejdsgruppen ønsker at pege på, at der med hensyn til styring af lægemiddelforbruget foreligger positive erfaringer fra udlandet med meget detaljerede former for lægemiddelstatistik. Man ønsker dog samtidig at pege på, at sådanne statistikformer er meget omkostningskrævende.

Specielt for så vidt angår *lægemiddelforbruget på sygehusene*, skal arbejdsgruppen pege på det ønskværdige i etablering af en landsdækkende statistik på dette område. Oplysninger om medicinforbruget på sygehusene vil, ud over at være af betydning for styringen af lægemiddelforbruget inden for sygehusvæsenet, være af betydning for en vurdering af det samlede forbrugsmønster grundet den afsmittende virkning, ordinationen i forbindelse med sygehusbehandling har på viderebehandling i den primære sundhedstjeneste m. v.

VI. Ressourcestatistik

1. Indledning

Ressourcestatistik - oplysninger om anlægs- og driftsudgifter samt personaleforbrug - tjener til at kortlægge det samlede ressourceforbrug og indgår derved som et væsentligt led i den almindelige styring af sundhedsvæsenet.

Ressourcestatistikken bidrager endvidere sammen med ydelsesstatistikken og sygelighedsstatistikken **til at** skabe et grundlag for beregning af, hvad ændringer i den sundhedsmæssige indsats vil betyde dels i relation til omkostningsniveauet som sådant, dels i relation til sundhedsydelsernes nyttevirkning i forhold til indsatsen, og udgør dermed tillige et væsentligt element i en prioritering og planlægning af sundhedsvæsenet.

Som basis for den politiske prioritering af dele af sundhedssektoren i forhold til andre dele er det nødvendigt, at oplysningerne ikke blot er omfattende, men også så ensartede som muligt. Det hidtidige arbejde med ressourcestatistikken er i vidt omfang foregået isoleret i hver (del)sektor uden nogen særlig koordinering, hvilket bl. a. har resulteret i, at oplysninger om dele af sundhedsvæsenet er bedre belyst end andre dele.

I den følgende mere detaljerede gennemgang af de eksisterende ressourceinformationer og forslag til udbygning af disse vil sundhedssektoren blive opdelt i sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste. Den sidstnævnte vil igen blive opdelt i en offentlig del og en privat del (praksissektoren).

2. Ressourcestatistik i sygehusvæsenet

Den eksisterende ressourcestatistik for sygehusvæsenet har nøje sammenhæng med

den måde, hvorpå sygehusvæsenets budgetter og regnskaber er opstillet. Som nærmere omtalt i afsnit VII har budget- og regnskabsopstillingen en nær sammenhæng med den lokale politiske og administrative organisation, og dette har betydet, at statistikken ikke indeholder oplysninger om ressourceforbruget ned på alle disponerende niveauer.

En belysning af den eksisterende statistik for sygehusene fremgår af nedenstående figur, hvor krydsmærkerne i felterne angiver, på hvilket niveau oplysningerne forefindes.

Figuren viser, hvilke ressourceopgørelser m. v. der foretages på sygehusområdet både med hensyn til personaleforbrug og udgifter. Til sammenligning er også medtaget de i dag eksisterende ydelsesopgørelser, idet en vurdering af behovet for oplysninger vedr. ressourceforbrug i sygehusvæsenet må ses i snæver sammenhæng med oplysninger om de producerede ydelser.

Af figuren fremgår, at ydelsesstatistikken registreres på individniveau, der kan opsummeres til afdelingsniveau og videre til institutionsniveau. Da hver afdeling endvidere er klassificeret efter speciale (kirurgi, medicin osv.) kan ydelserne opsummeres på landsplan efter speciale. For ressourcestatistikken gør dette sig kun gældende med hensyn til antal læger, hvorimod det øvrige personaleforbrug samt drifts- og anlægsudgifterne opgøres pr. institution (sygehus). Visse sygehuse foretager dog internt en opdeling af udgifterne og personaleforbruget på afdelingsniveau.

Personalestatistikken for sygehusvæsenet omfatter en opdeling af personalet henholdsvis på hjælpeafdelinger og på undersøgelses-, behandlings- og sengeafdelinger under ét og en vidtgående opdeling på faggrupper,

| | Personale | | Regnskaber | | Ydelsesstatistik | Sengepladser |
|------------------------------|-----------|-------------------------|-------------|-------------|--|--------------|
| | Læger | Øvrige personalegrupper | Drifts-udg. | Anlægs-udg. | Indlæggelse, sengedage, operationer samt udskrevne og døde | Antal |
| Landsniveau | | | | | | |
| Amtsniveau | | | | | | |
| Institutionsniveau | | | | | | |
| Afdelingsniveau | | | | | | |
| Individniveau | | | | | | |

læger, sygeplejersker, sygehjælpere, portører osv.

De oplysninger, der er benyttet i det nuværende regnskabssystem for sygehuse, har følgende hovedinddeling af udgifterne efter art: lønninger, vareforbrug, reparationer og vedligeholdelse, fremmede tjenesteydelser og andre udgifter. Med den kraftige udvikling i ressourceforbruget i sygehussektoren (og i sundhedssektoren som helhed) er forudsætningerne for det nuværende regnskabssystem i vidt omfang bristet, idet dette hidtil hovedsagelig har tjent bevillingskontrollerende formål, medens hensynet til at få et informationssystem til brug for en rationel planlægning, prioritering og styring, herunder sammenstilling af resourceindsats og ydelser kun har spillet en mindre rolle. Et af indenrigsministeriet nedsat udvalg har i 1974 afgivet en betænkning vedrørende det fremtidige budget- og regnskabssystem i kommuner og amtskommuner (betænkning nr. 722/1974). Gennemførelse af betænkningens forslag, der påbegyndes i 1977, vil gøre det kommunale regnskabs- og budgetsystem ensartet og mere velegnet til at udbygge og forbedre hele informationssystemet, der skal tjene som beslutningsgrundlag. For at få ensartede oplysninger har indenrigsministeriet fastlagt en obligatorisk konteringsmåde. Det gælder f. eks. sondringen mellem drift og anlæg samt udgiftsarter. I det nye budget- og regnskabssystem er også foreskrevet en række obligatoriske oversigter og bilag, herunder bl. a. sammendrag af regnskab og budget, bevillingsoversigt, investeringsoversigt og personaleoversigt. Flere af oversig-

terne skal indeholde oplysninger for flere budgetår. Disse oversigter vil være egnet til at skabe et bedre overblik for kommunernes centrale administration og politikere samt ministerier, centrale styrelser og folketinget.

Til hjælp for gennemførelsen af budget- og regnskabsreformen er Kommunedata i snævert samarbejde med de kommunale organisationer i færd med at opbygge et vidtspændende edb-system (det såkaldte økonomisystem), hvis formål er at løse dels de sædvanlige opgaver som f. eks. bogføring, betalings- og budgetkontrol, og dels regnskabsreformens nye opgaver, f. eks. de tidligere nævnte regnskabs- og budgetoversigter.

Til løsning af informationsopgaven vil økonomisystemet kunne give oplysninger baseret på de af indenrigsministeriet autoriserede systemer, men herudover vil økonomisystemet kunne give et yderligere informationsgrundlag, idet systemets kontoplan er langt mere omfattende end den autoriserede plan.

Som nævnt i indledningen til dette afsnit er det af væsentlig betydning for styringen og prioriteringen at have kendskab til sammenhængen mellem ressourceforbrug og præsterede ydelser ved de forskellige foranstaltninger fra sundhedsvæsenets side.

Med hensyn til ydelserne åbner ydelsesstatistikken som foran nævnt mulighed for en efterhånden ret detailleret beskrivelse af ydelsessiden inden for de enkelte specialer gennem en opsummering af de på individ registrerede ydelser på afdelingsniveau. På denne baggrund finder arbejdsgruppen det ønskeligt, at der også søges fremskaffet lø-

bende informationer om ressourceforbruget på afdelingsniveau, hvorved den ønskelige sammenkobling af præstationer og ressourceforbrug kan opnås.

På grundlag af budget- og regnskabsreformen er der behov for en fortsat udvikling af økonomisystemet, der muliggør, at alle transaktioner bliver registreret ensartet via edb. En sådan udvikling vil kunne blive et godt hjælpemiddel som kilde for udarbejdelse af informationer på afdelingsniveau.

Forekomsten af en række udgifter på sygehuse, som må betragtes som fælles for flere afdelinger, rejser imidlertid en række problemer. I budget- og regnskabsystemet har det været nødvendigt, for at kunne opstille enkle og ensartede regler for konteringen, at unnlade arbitrære fordelinger af fælles udgifter. Det forhindrer imidlertid ikke, at fordeling af fælles udgifter foretages ved efterfølgende udnyttelse af regnskabsoplysningerne til analyseformål. Som grundlag for sådanne fordelinger skal peges på ydelsesstatistikens oplysninger, som vil give mulighed for at fordele en væsentlig del af fællesudgifterne på en måde, som må kunne accepteres generelt.

Etableringen af afdelingsopdelte regnskaber — der tillige frembyder vanskeligheder i relation til fastlæggelse af afdelingsbegrebet — vil derfor være en ret tidskrævende proces, og arbejdsgruppen skal derfor pege på, at en opgørelse af sygehusenes personale på afdelinger umiddelbart vil kunne være et første praktisk skridt henimod afdelingsopdelte ressourceoplysninger, idet ca. 34 af sygehusudgifterne, som lønningerne udgør, herved fordeles på afdelingsniveau.

Et forbedret afdelingsopdelt informationssystem vil næppe muliggøre en direkte sammenligning af bestemte grupper af præstationer, nemlig de, der vedrører en bestemt sygdomskategori, og det dermed forbundne ressourceforbrug. Dette skyldes, at den enkelte afdeling behandler forskellige sygdomme, og at den samme sygdom behandles på forskellige typer af afdelinger. Informationssystemet kan imidlertid skabe grundlag for analyser af den nævnte sammenhæng under forudsætning af en vis homogenitet i sygdomsgruppernes optræden på ensartede afdelinger. En sammenligning af ressourceforbruget og ydelser for et stort antal nogenlunde homogene afdelinger vil dog kunne være en indikator for omkostninger ved bestemte syg-

domsgrupper, f. eks. hjertesygdomme på cardiologiske afdelinger. Om »sammenligningsopgaven« i øvrigt henvises nedenfor i afsnit VII.3., side 421.

3. Den primære sundhedstjeneste

Den primære sundhedstjeneste kan med hensyn til informationer vedrørende ressourceforbruget mest hensigtsmæssigt deles i en offentlig og i en privat del (praksissektoren).

3.1. Den offentlige del af den primære sundhedstjeneste.

Den offentlige del af den primære sundhedstjeneste omfatter skolelægeordningen, sundheds- og hjemmesygeplejeordningen samt den kommunale børnetandpleje.

Ressourceoplysningerne vedrørende disse ordninger opgøres regnskabsmæssigt og personalemæssigt på primærkommunalt niveau, der kan opsummeres til amtsniveau og landsniveau.

For så vidt angår skolelægeordningen og sundheds- og hjemmesygeplejeordningen indhenter Danmarks Statistik årligt beskæftigelsesoplysninger i forbindelse med ressourcestatistikken for det sociale område. For den kommunale børnetandpleje indhenter sundhedsstyrelsen tilsvarende oplysninger om antal tandlæger og medhjælpere, antal klinikker og antal betalingsenheder. Gennem begge opgørelser er det muligt at følge personaleforbruget år for år. Opgørelserne tjener tillige som grundlag for udarbejdelse af de årlige planer for udbygningen på det sociale og sundhedsmæssige område, som § 11 i den sociale styrelseslov foreskriver. Vedrørende udgifterne ved driften af disse områder giver den kommunale finansstatistik detaljerede oplysninger.

3.2. Den private del af den primære sundhedstjeneste. (Praksissektoren).

Til dette område henregnes almen lægepraksis, speciallægepraksis, tandlægepraksis samt praktiserende fysioterapeuter. Endvidere er apotekervæsenet uden for sygehusvæsenet henført til denne gruppe. Ressourceoplysningerne både målt med hensyn til personaleforbrug og udgifterne for den private del af den primære sundhedstjeneste er generelt mindre omfattende end for den offentlige del og for sygehusvæsenet.

Oplysninger om personaleforbrug og indtægts- og udgiftsforhold foreligger i mere eller mindre detaljeret form, jfr. nedenstående figur.

For læger forefindes detaljerede beskæftigelsesoplysninger baseret på spørgeskemaer tilsendt hver enkelt læge, medens de tilsvarende oplysninger for tandlæger bl. a. er baseret på indberetninger fra embedslægerne. Supplerende oplysninger for lægers og tandlægers beskæftigelsesforhold kan fås fra de respektive interesseorganisationer. Endvidere har sygesikringen en række oplysninger om praktiserende læger. Oplysninger om beskæftiget hjælpepersonale er derimod yderst mangelfulde i praksissektoren, idet der kun for alment praktiserende læger foreligger summariske oplysninger udarbejdet af interesseorganisationen.

Med hensyn til informationer om indtægts- og udgiftsstrukturen inden for praksisområdet foreligger også kun sparsomme oplysninger, idet dog sygesikringen og sikringsstyrelsen i fællesskab har foretaget en undersøgelse omfattende alment praktiserende lægers indtægter fra gruppe 1-sikrede samt skønsmæssigt fra gruppe 2-sikrede og øvrige indtægter. Sygesikringens udgifter til praksissektoren kendes, mens oplysningerne om patienternes egen betaling er yderst sparsomme. Efter indførelse af nettoafregning vil det dog være muligt også at medtage patienternes egenbetaling i statistikken, idet afregningen med sygesikringen nu skal indeholde oplysninger såvel om sygesikringens betalingsandel som patientens. For så vidt angår praksisudgifterne har Praktiserende Lægers Organisation udarbejdet et materiale, der er benyttet i førnævnte undersøgelse til at be-

regne lægernes gennemsnitlige nettoindtægter. Endelig skal bemærkes, at der ifølge et protokollat til landsoverenskomsten vedrørende almen lægegerning, der trådte i kraft den 1. april 1976, skal foretages en statistisk undersøgelse af indtægter og omkostninger i almen praksis. Overenskomstparterne har aftalt, at undersøgelsen foretages som en stikprøveundersøgelse, hvori ca. 1/4 af de alment praktiserende læger deltager.

Sygesikringsregnskaberne og budgetterne har en opdeling af udgifter på bl. a. almen lægehjælp, speciallægehjælp, medicin, tandlægebehandling og fysiurgisk behandling. Endvidere kan udgifterne til profylaktiske undersøgelser (f. eks. svangreundersøgelser og lægeundersøgelser af børn) fås fra de kommunale regnskaber.

For apotekervæsenet findes detaljerede informationer om såvel personaleforbrug som driftsindtægter og driftsudgifter.

Arbejdsgruppen finder, at det eksisterende informationssystem vedrørende den private del af den primære sundhedstjeneste bør udbygges væsentligt med tilgængelige oplysninger om personaleforbrug og økonomi vedrørende praksissektoren, således at der i fremtiden kan foreligge et tilsvarende informationssystem som for den øvrige del af sundhedsvæsenet. Selv om det skal erkendes, at de forskellige interesseorganisationer har opbygget nogen information om disse forhold, er denne ikke tilstrækkelig eller tilstrækkeligt koordineret hverken i relation til andre dele af den primære sundhedstjeneste eller til det øvrige sundhedsvæsen. Indsamling af oplysninger om og udarbejdelse af et informationssystem for praksissektoren bør efter arbejdsgruppens opfattelse være en of-

| | Personale | | Regnskaber | |
|-------------------------|---|--|--|--|
| | Læger, resp. tandlæger og fysioterapeuter | Hjælpepersonale (alment praktiserende læger) | Indtægter*) (alment praktiserende læger) | Praksisomkostninger (alment praktiserende læger) |
| Landsniveau | | | | |
| Amtsniveau | | | | |
| Kommuneniveau | | | | |
| Praksisniveau | | | | |

*) Omfatter ikke alle indtægter.

fentlig opgave såvel af koordineringshensyn som i betragtning af, at det øvrige informationssystem for sundhedsvæsenet allerede udarbejdes af offentlige myndigheder. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at § 8 i lov om Danmarks Statistik afgiver den fornødne hjemmel for indhentelse af oplysninger direkte fra praktiserende medicinalpersoner. Endvidere kan loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 4 og § 6 nævnes.

Et informationssystem for praksissektoren bør mindst omfatte en løbende personalestatistik og måske også oplysninger om indtægts- og udgiftsstrukturen. En løbende taltælling af personaleforbruget vil være hensigtsmæssig bl. a. som følge af behov for

detaillerede regionale oplysninger til brug for praksisplanlægning og til brug for sammenligning med den øvrige personalestatistik for sundhedssektoren, hvor der som tidligere omtalt foretages løbende tællinger. Endvidere skal arbejdsgruppen pege på, at det vil være ønskeligt med oplysninger om, hvilke faciliteter der findes i de enkelte praksis, f. eks. laboratorieudstyr, røntgenapparater. Dette må i øvrigt ses i sammenhæng med omfanget af praksissektorens »træk« på laboratorier, røntgenafdelinger og andre hjælpeenheder på sygehusene eller hos private, der må søges oplyst i sygdomsmønster- og ydelsesregistreringerne, jfr. afsnit IV og V.

VIL Udnyttelse af informationssystemet

I afsnit II er der indledningsvis angivet nogle væsentlige spørgsmål, som et informationssystem vedrørende sundhedsvæsenet bør kunne belyse. En nødvendig forudsætning herfor er, at der tilvejebringes så ensartede oplysninger som muligt for alle dele af sundhedsvæsenet, og at der sikres en nøje koordination såvel med hensyn til den videre udvikling som benyttelse af de enkelte dele af det samlede informationssystem.

Til nærmere belysning af denne problematik skal nedenfor redegøres for de krav, der må stilles med hensyn til tilvejebringelse af sammenhørende fysiske og økonomiske oplysninger med henblik på løsningen af tre af informationssystemets hovedopgaver, »prioriteringsopgaven«, »styringsopgaven« og »sammenligningsopgaven«.

I det følgende er alene beskrevet de nævnte opgaver i relation til sygehusvæsenet, hvor der foreligger et udtalt behov for en sådan tværgående udnyttelse af de allerede eksisterende statistikker. Det må imidlertid understreges, at de nævnte opgaver kun fuldt ud kan løses, når også en udbygget statistik vedrørende den primære sundheds-tjeneste vil kunne indgå i arbejdet.

1. Prioriteringsopgaven.

Ved prioriteringsopgaven forstås den politiske prioritering mellem de forskellige dele af sundhedssektoren (sygehusvæsen, praksis-område m. m.) og inden for de enkelte dele af sundhedssektoren. Planlægningen må tilvejebringe dels langsigtede (perspektiv- og udbygningplaner) og mellemlange planer (flerårsbudgetter), der letter løsningen af prioriteringsopgaven. Hovedkravet til sådanne planers udformning må være, at de giver mulighed for en opdeling af de sam-

lede foreslåede ydelser og udgifter efter en række prioriteringsrelevante kriterier.

Af sådanne kriterier kan specielt for sygehusvæsenet nævnes

- a) funktioner, såsom undersøgelse, behandling, pleje, ophold, forebyggelse, undervisning og forskning.
- b) sygdomsområder, f. eks. kirurgi, der yderligere kan opdeles i bl. a. traumatologi, ortopædi og urologi, og medicin, der yderligere kan opdeles i bl. a. kardiologi, gastroenterologi og nefrologi.
- c) befolkningsgrupper, f. eks. aldersgrupper, kommunegrupper (geografiske områder) og socio-økonomiske grupper.

Sådanne opdelinger må være det første og nødvendige led i en beskrivelse af sygehussektorens ydelser og udgifter, og vil muliggøre en vurdering af ydelsernes nødvendighed og værdi for den betjente befolkning i forhold til udgifterne. Opdelingen på de nævnte prioriteringsrelevante kriterier vil herved kunne bidrage væsentligt til et beslutningsgrundlag for planlægningen, og vil kunne gennemføres for store områder på grundlag af den i dag eksisterende ydelsesregistrering, men er betydeligt vanskeligere at gennemføre på grundlag af ressourcere-gistreringerne (regnskabssystemet og lønsystemet).

Afgrænsningen imellem de forskellige *funktionsområder* er imidlertid flydende, og derfor vil en ensartet opdeling i ydelsesstatistik og ressourcestatistik i alle tilfælde rejse en række særlige problemer.

Ydelsesstatistikken omfatter eller vil komme til at omfatte en række væsentlige ydelser inden for funktionerne, undersøgelse og behandling, men dels registreres fortsat langt fra alle sådanne ydelser, dels mangler

fuldstændig registrering af ydelser vedrørende forebyggelse, pleje og ophold. For så vidt angår funktionerne, undervisning og forskning, må det være muligt at opgøre antal igangværende og afsluttede praktikforløb og efteruddannelse samt antal igangværende og afsluttede forskningsprojekter.

I ressourceregistreringen er en opdeling på de nævnte funktioner betydeligt vanskeligere. Dette skyldes dels, at man opererer med regnskabsmæssig kontering efter udgiftsart (varer, tjenesteydelser m. v.), der kun i meget begrænset omfang kan bidrage til en opdeling på funktion, dels at der for så vidt angår den inden for alle funktionsområder største udgift, personaleudgiften, gør sig det særlige gældende, at samme personer som oftest varetager flere forskellige af de nævnte funktioner. Opdeling af ressourcforbruget på funktionsområder vil derfor ikke kunne gennemføres som fast rutine i ressourceregistreringen. Da opdelingen imidlertid er meget relevant, bør det undersøges, om man vil kunne opnå tilstrækkelige oplysninger herom gennem ad hoc-opgørelser, som dog delvis må baseres på skøn.

En opdeling af patienterne på *sygdomsområder og befolkningsgrupper* er gennemført på grundlag af den individbaserede patientregistrerings oplysninger om diagnoser, bopælskommuner, alder og køn i de såkaldte sengebehovsanalyser, som rettere burde hedde sengeforbrugsanalyser. Disse oplysninger har i sig selv stor betydning for den del af prioriteringen, der går ud på fordeling af kapaciteten mellem de forskellige lægelige specialer. Sengebehovsanalyserne er imidlertid bundet til det faktiske omfang af patientregistreringen, der som nævnt i afsnit IV for tiden alene omfatter indlagte (stationære) patienter. Med udvidelse af patientregistreringen til at omfatte ambulante patienter, røntgenundersøgelser og eventuelt også laboratorieprøver vil det være muligt at opstille mere generelle kapacitetsanalyser.

Sengebehovsanalyserne må endvidere udbygges med korrektion for den fremtidige befolkningsudvikling, hvad der relativt let kan gennemføres på grundlag af sengebehovsanalysernes parametre (indlæggelsesfrekvensen og gennemsnitlig liggetid fordelt på sygdomsgrupper, alder og køn) og de regionale befolkningsprognoser.

I prioriteringsøjemed, hvor man som

foran anført ønsker at vurdere behandlingsaktiviteten ud fra den modtagende befolknings synspunkt, er den enkelte indlæggelse i øvrigt en mindre velegnet måleenhed. Dette skyldes, at indlæggelse med den stigende specialisering af sygehusvæsenet efterhånden i mindre grad bliver et afsluttet forløb, men alene en episode i et sygdomsforløb, der kan spænde over behandling på forambulatorium, indlæggelser og afsluttende behandling i et efterambulatorium. En del taler derfor for anvendelse af »sygdomsforløb« som en fremtidig måleenhed. Afgrænsningen af et sygdomsforløb til en bestemt sygdom eller sygdomskompleks er imidlertid vigtig, idet man ellers vil nå frem til sygdomsforløb, der omfatter et helt livsforløb. Om dette spørgsmål henvises i øvrigt nærmere til afsnit VIII om nye statistikmål, side 424 ff.

En opdeling af ressourcestatistikken på sygdoms- og befolkningsområder er ikke direkte mulig. En afdelingsopdelt regnskabs- og personalestatistik vil dog kunne bidrage væsentligt til en opdeling på sygdomsområder, selv om afdelingerne ofte omfatter flere specialer og belægningen på den enkelte afdeling i øvrigt afhænger af det pågældende sygehusvæsenes specialiseringsgrad.

De i det foregående opstillede krav til informationssystemet med henblik på prioriteringsopgavens løsning kan synes meget selvfølgelig, men endnu løses prioriteringsopgaven i sygehusvæsenet på grundlag af de 1-årige bevillingsbudgetter, der alene opererer med det enkelte sygehus som økonomisk enhed og for disse enheder alene opdeler udgifterne efter art (løn, varer, tjenesteydelser m. v.).

2. Styringsopgaven

Ved styringsopgaven forstås den politisk/administrative forvaltning af det vedtagne 1-årige bevillingsbudget. Vejen fra prioritering til styring går over sammenfaldet mellem bevillingsbudgetåret og flerårsbudgetternes første år.

Som nævnt under pkt. 1 ovenfor opererer de eksisterende budgetter og regnskaber alene med sygehuse som økonomisk enhed og opdeler for disse enheder udgifterne udelukkende efter udgiftsart. Baggrunden herfor er, at bevillingsbudgettet alene er orienteret mod den aktuelle lokale politiske og administrative organisation, der er opbygget rent

hierarkisk - direktør - inspektør - inspektorat. For at tilgodese hensynet til styringsopgaven er det imidlertid nødvendigt med en yderligere opdeling af budgettet på en måde, der tillige er orienteret mod den udførende del af sygehusvæsenet, der omfatter det medicinske og paramedicinske personale. Dette personale, navnlig lægechefer, forstanderinder, er i økonomisk henseende underordnet inspektøren, men er i praksis kun i begrænset omfang ansvarlige i forhold til budgetbeløb, ydelsesomfang eller udgift pr. ydelse.

Såfremt der pålægges de enkelte udførende enheder i sygehusvæsenet et reelt ansvar i forhold til budgettet m. v., er det nødvendigt at tilvejebringe et informationsgrundlag, der muliggør, at dette ansvar kan bæres.

Styringsopgaven kræver derfor som nævnt en opdeling af årsbudgettet svarende til den aktuelle organisatoriske opbygning af sygehusvæsenet. Med udgangspunkt i denne ret komplicerede organisation må det samtidig påpeges, at det ikke over for den udførende del af organisationen er tilstrækkeligt med en styring, hvis grundlag alene er udgiftsrammer. En hensigtsmæssig varetagelse af styringsopgaven forudsætter, at der tillige angives de materielle forudsætninger for de fastlagte udgiftsbeløb, såsom det bevilgede ressourceforbrug udtrykt i fysiske enheder (personale, medicinforbrug osv.), forbrug af ydelser fra andre organisatoriske enheder (laboratorieundersøgelser, madportioner m. v.) samt produktion af ydelser (afsluttede sygdomsforløb).

Ved budgetteringen og styringen må der bl. a. arbejdes med følgende størrelser:

- antal behandlede patienter på behandlingsafdelingerne
- antal undersøgelsesenheder pr. behandlet patient
- pris pr. undersøgelsesenhed,

hvor den ansvarlige for visitationen implicit vil være ansvarlig for antal patienter på behandlingsafdelingerne, cheferne for behandlingsafdelingerne vil være ansvarlige for antal undersøgelsesenheder pr. behandlet patient, og cheferne for undersøgelsesafdelingerne vil være ansvarlige for pris pr. undersøgelsesenhed.

En sådan styring forudsætter opgørelse af et sammenvejet antal ydelser/tværgående ydelser under hensyn til sammensætning på

grupper af ydelser med forskellig belastning, hvilket igen forudsætter fastlæggelse af belastningspoint til sammenvejning af beliggende undersøgelser. Denne forudsætning er opfyldt i den planlagte registrering af røntgenundersøgelser, og må søges opfyldt i den tilsvarende registrering af laboratorieundersøgelser, hvis den iværksættes.

En anden og endnu vigtigere forudsætning for, at informationssystemerne kan anvendes i styringen, er, at afdelingsopdelingen (steds-hierarkiet) i regskabs- og budgetsystemet er i overensstemmelse med afdelingsangivelserne i patientsystemerne. Såfremt en sådan overensstemmelse skal opnås og fastholdes, må sundhedsstyrelsen og amtsrådsforeningen nå til enighed om principperne for opbygningen af afdelingsopdelingen (steds-hierarkiet) og for en fast revisionsprocedure ved organisatoriske ændringer. Revisionsproceduren vil naturligt kunne placeres i sundhedsstyrelsen.

3. Sammenligningsopgaven

Ved sammenligningsopgaven, der både er drifts- og planlægningsorienteret, forstås sammenligninger mellem forskellige sygehusvæseners relative ydelsesomfang (dvs. det faktiske ydelsesomfang sat i forhold til et beregnet ydelsesomfang for den pågældende befolkning) og ydelsesstandard, samt sammenligning mellem forskellige sygehuse og sygehusafdelingers udgift pr. ydelse. Sammenligningen på sygehusvæseniveau stiller de samme informationskrav som den foran under 1 nævnte prioriteringsopgave.

Sammenligninger mellem sygehusafdelinger stiller ligesom styringsopgaven krav om oplysninger om produktionen af ydelser (afsluttede sygdomsforløb) samt om det samlede forbrug af ressourcer og - for så vidt der er tale om en sengeafdelingssammenligning - tværgående ydelser. Yderligere stilles det krav, at såvel produktionsoplysningerne som forbrugsoplysningerne skal være sammenlignelige for alle de afdelinger, der indgår i sammenligningen.

Selv om det forudsættes, at kun afdelinger med samme afdelingsbetegnelse, f. eks. almen medicinske afdelinger, indgår i sammenligningen, må man være opmærksom på, at flere faktorer må inddrages i vurderingerne, hvorved sammenligningerne kompliceres:

På ydelsessiden forekommer forskellige sammensætninger på ydelsesgrupper som følge af forskelle i patienternes sammensætning efter sygdomsgruppe og sværhedsgrad. Dette vil eksempelvis være tilfældet, hvis den ene afdeling findes på et »hovedsygehus« med neuromedicin, fysiurgi og långtidsmedicin, medens den anden afdeling findes på et todelt »lokalsygehus«. Forskelle i sygehusenheder vil også have betydning, idet ydelsenheden »afsluttet sygdomsforløb« i form af afsluttede afdelingsforløb formentlig vil have forskelligt indhold, idet afdelingsforløbet gennemgående udgør en mindre del af det samlede sygdomsforløb på »hovedsygehus« end på »lokalsygehus«. På forbrugssiden er der forskelle dels som følge af forskelle i de enkelte afdelingers funktion, bl. a. med hensyn til omfanget af forskning og undervisning og eventuelt egen laboratoriebetjening, dels på grund af forskellig organisatorisk opbygning, der kan indebære et større eller mindre forbrug af tværgående ydelser, alt efter om afdelingen er placeret i et sygehus med mange eller få fællesfunktioner.

Disse forhold tilsiger, at sammenligninger ud over at begrænse sig til ens benævnte afdelinger yderligere begrænses til sygehuse af samme specialiseringsgrad (delt sygehuse, hovedsygehuse og store sygehuse), og at man ved sammenligninger må inddrage forskelle i visitation, funktionel samordning og organisatorisk opbygning.

En generel forudsætning for sammenligninger er, at der for alle behandlingsafdelinger sker en medregning af såvel det direkte ressourceforbrug som forbruget af tværgående ydelser. Det samlede forbrug må kunne opgøres i kroner og øre, således at afdelingernes udgift pr. ydelse kan beregnes. Udgangspunktet for sådanne beregninger er den ovenfor under pkt. 2 nævnte fastlæggelse af belastningspoint for de forskellige ydelser og anvendelse af afdelingsopdelte regnskaber, hvorved udgiften pr. belastningspoint kan beregnes. Af registreringen må fremgå, hvor mange ydelser af de forskellige arter de enkelte afdelinger har trukket på undersøgelsesafdelingerne og dermed det samlede antal points.

4. Det hidtidige udviklingsarbejde

Når de ovenfor refererede målsætninger for udnyttelsen af informationssystemet i rela-

tion til prioriterings-, styrings- og sammenligningsopgaverne sammenholdes med tingenes faktiske tilstand, afsløres et stærkt behov for en tværgående udnyttelse ikke mindst af ydelsesstatistikkerne og regnskabssystemerne og for opstilling af mere hensigtsmæssige måleenheder til afløsning eller i hvert fald suppleret af måleenhederne, indlæggelse og ambulante episoder. Hertil kommer, at de omfattende informationssystemer rejser en række krav til koordination, som kun delvis er tilgodeset.

Inden for sygehusvæsenet kan det hidtidige udviklingsarbejde på informationsområdet opdeles i 2 selvstændige faser, dels det mangeårige arbejde med indførelse af patient- og ydelsesregistreringer på sygehusene, og dels de sidste års arbejde med regnskabsreformen og udviklingen af økonomisystemet. Det er for så vidt blot en historisk tilfældighed, at udviklingen af de registreringer, der tilsammen udgør sygehusvæsenets grundregistrering, først er startet med udgangspunkt i de fysiske registreringer og siden uafhængigt heraf er startet på ny med udgangspunkt i de økonomiske registreringer. I begge tilfælde har endemålet været en samlet grundregistrering, dvs. en koordineret registrering af fysiske og økonomiske oplysninger. Dette er en selvfølge, da registreringernes hovedanvendelser alle forudsætter samtidig udnyttelse af sammenhørende fysiske og økonomiske oplysninger om ydelseens omfang, sammensætning, ressourceforbrug og omkostninger.

På begge områder har man fra starten været indstillet på at etablere registreringer og systemer, der både kunne bruges til drift og planlægning, endda med hovedvægten på planlægning, men begge steder har man undervejs gradvis måttet opleve et skift i målsætningen, således at grundregistreringen i dag overvejende er driftsorienteret.

For patient- og ydelsesregistreringerne har det været klart, at man først måtte fastlægge oplysningsindhold, definitioner og klassifikationer for driftsstatistikken og driftsrutinen. Udvidelse med planlægningsoplysninger, der ikke direkte havde noget med den lægelige og administrative drift at gøre, ville være dyr, usikker på grund af manglende motivation, og kunne som regel med fordel erstattes af særregistrering uden for systemerne med efterfølgende tilkobling via personnummer, indlæggelse m. v.

For økonomisystemet er forholdet noget anderledes, idet der næppe er praktisk mulighed for at udvide grundregistreringen, dvs. udvide konteringen af den enkelte udgift efter art og sted til også at omfatte formål eller funktion. Begrænsningen i økonomisystemets første fase ligger i, at de fysiske oplysninger om ressourceforbrug, tværgående ydelser og behandlede patienter ikke er inddraget. De skal bruges i den videre bearbejdning af de økonomiske grundoplysninger, der giver den til planlægningen (og for så vidt også til driften) fornødne opdeling af udgifter efter formål, funktion osv.

Et andet hovedforhold, der har gjort sig gældende i udviklingen er, at der er sket en stærk centralisering af udviklingsarbejdet, der ikke mindst tager udgangspunkt i et teknisk betonet samarbejde om udvikling af de fornødne edb-systemer som fællessystemer.

På patient- og ydelsesregistreringsområdet har centraliseringen dog flere centre. Amtsrådsforeningen har nedsat et sygehus-edb-udvalg, der søger at fremme en udvikling af fællessystemer, i første omgang en fælles patientregistrering, senere formentlig fælles registreringer af de tværgående undersøgelsesydelse. Selve systemudviklingen og driften varetages af Kommunedata, der har etableret 2 særlige sygehusdatacentre. Amtsrådsforeningen og sundhedsstyrelsen har nedsat det tidligere omtalte koordinationsudvalg for individbaseret patientregistrering, der søger at

koordinere oplysningsindhold, definitioner og klassifikationer i de forskellige systemers patient- og ydelsesregistreringer. Der er allerede tegn på, at der trods delvis personsammenfald mellem koordinationsudvalget og sygehus-edb-udvalgets sagkyndige styregruppe ikke er tilstrækkelig koordination mellem de 2 »udviklingscentre«.

Økonomisystemets udvikling styres af Kommunernes Landsforening og Amtsrådsforeningen (og indenrigsministeriet) og varetages af Kommunedata. Sygehusvæsenet er en amtskommunal opgave og stiller store og særlige krav til økonomisystemets udformning, der som nævnt ikke er honoreret i den første fase, der iværksættes fra 1. januar 1977. Der er endnu ikke etableret det fornødne samarbejde mellem udviklingsarbejdet omkring økonomisystemet og udviklingsarbejdet omkring patient- og ydelsesregistreringerne.

Der eksisterer således (mindst) 3 udviklingscentre vedrørende sygehusvæsenets grundregistreringer.

Skal man nå videre med infortationssystemernes udvikling, må man nok tage højde for de foran påpegede momenter i udviklingsarbejdet og herunder snarest muligt etablere det fornødne samarbejde herom. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at der ved et samarbejde mellem Amtsrådsforeningen og sundhedsstyrelsen er taget initiativ til oprettelse af et landpatientregister.

VIII. Nye statistikmål

1. Ifølge kommissoriet skal arbejdsgruppen bl. a. afgrænse emner, for hvilke der bør udvikles nye målemetoder, og fremkomme med forslag til en herpå rettet indsats. I de ledsagende bemærkninger til kommissoriet er særlig peget på, at beskrivelsen af informationssystemet synes at afdække, at det i sin nuværende udformning kun i meget begrænset omfang kan oplyse noget om effekten af sundhedsvæsenets ydelser. Endvidere er fremhævet, at antallet af sygehussenge er et mindre dækkende mål for sygehuskapaciteten, ikke mindst som følge af den stigende ambulante funktion.

Under gennemgangen af de foran nævnte statistikformer og deres anvendelsesområder har arbejdsgruppen derfor også overvejet behovet for udvikling af nye statistikmål.

2. I forbindelse med overvejelserne om gennemførelse af periodiske undersøgelser af befolkningens helbredsforhold har arbejdsgruppen peget på, at sygelighedsundersøgelserne bl. a. skulle beskrive, hvilke varige nedsættelser af funktionsevnen forefunden sygdom medfører for de syge. Med anbefalingen af en sådan funktionsbeskrivelse som led i en sygelighedsstatistik, har arbejdsgruppen her berørt et centralt spørgsmål, nemlig spørgsmålet om formulering af et samlet indeks for sundhed, et sammenfattende mål for sundhedstilstanden, der ikke blot - som i forbindelse med en sygelighedsstatistik - kan give udtryk for behovet for, men også for effekten af sundhedsvæsenets ydelser.

Arbejdsgruppen er ikke gået ind i nærmere overvejelser om udformning af sådanne sundhedsindeks til behovsmåling i tilslutning til sygelighedsundersøgelserne. Arbejdsgruppen understreger imidlertid behovet for udvikling af egnede indikatorer til

måling af befolkningens sundhedsstatus og gør opmærksom på, at der i disse år er en betydelig udvikling i gang for at etablere forskellige nye sundhedsmål. Arbejdsgruppen henviser i øvrigt nærmere til den foreliggende litteratur herom, se f. eks. A. Krasnik: Sundhedsstatus i befolkningsgrupper, Ugeskrift for Læger 1976., 138., 1417-1425 og F. Kamper-Jørgensen: Sundhedsøkonomi, kapitel 3 og 4. Publikation 3. Institut for socialmedicin, København 1974.

Med henblik på opstilling af mål for effekten af sundhedsvæsenets indsats foreslår arbejdsgruppen, at den individbaserede patientregistrerings diagnoseoplysninger udbygges med en funktionsbeskrivelse for patienten. En sådan beskrivelse af patientens funktionsniveau, dvs. indskrænkninger som følge af sygdom i de daglige aktiviteter, må baseres på en klassifikation, i første omfang gennemført som forsøgsordninger på de enkelte afdelinger. Af hensyn til de aktuelle problemer vedr. alternative omsorgsforanstaltninger for ældre er der særligt behov for, at funktionsbeskrivelser udvikles og tages i anvendelse for ældre patienter bl. a. af hensyn til sygehusvæsenets bidrag til beslutningsgrundlaget for kommunernes visitation og planlægning. På længere sigt bør der gives en funktionsbeskrivelse for samtlige patienter både ved indlæggelse og udskrivning med henblik på måling af effekten af behandlingen. En prognostisk vurdering af funktionen f. eks. 1 måned efter udskrivelse skønnes endvidere hensigtsmæssig. Sådanne summariske *effektmålinger* må være af betydning for, hvor den kliniske forskning skal sættes ind, ligesom de vil kunne inspirere lægerne til bedre at kunne besvare patienternes spørgsmål om, hvornår de er arbejdsdygtige igen.

Som et eksempel på en sådan klassifikation kan nævnes den af National Center for Health Statistics udarbejdede 5-punkts klassifikation, som tager udgangspunkt i de enkelte aldersgruppers hovedaktiviteter, som er:

| | |
|----------------|--------------------|
| Før-skolebørn | leg |
| Skolebørn | skolegang |
| Husmødre | husarbejde |
| Erhvervsaktive | arbejde |
| Pensionister | daglige funktioner |

3. I forbindelse med de igangværende bestræbelser på udbygning af ydelsesstatistikken inden for sygehusvæsenet, bl. a. til også at gælde den ambulante sygehus virksomhed, er erkendt et behov for et mere overordnet mål for ydelserne - og dermed for aktiviteten og behovet - som kan omfatte et afsluttet behandlingsforløb.

Baggrunden herfor er, at med den stigende specialisering af sygehusvæsenet kræver patientbehandlingen i stigende omfang overflytninger af patienten til andre specialer med henblik på at opnå en optimal behandling. En indlæggelse bliver derved i mindre grad et afsluttet forløb, men en episode i et sygdomsforløb, der kan påbegyndes i et forambulatorium og følges op ved en eller flere indlæggelser eller dagpatientophold eventuelt med indskudt ambulante behandling på en eller flere afdelinger for måske at afsluttes i et efterambulatorium.

Den enkelte indlæggelse bliver dermed en mindre velegnet måleenhed til belysning af sygehusvæsenets produktion og det herpå rettede behov. Det afgørende må være den samlede behandling af patienten for den pågældende sygdom. Kapaciteten - og behovet - bør derfor måles ved afsluttede sygdomsforløb, der omfatter hele forløbet, fra patienten kommer i behandling første gang for den pågældende sygdom eller sygdomskompleks, indtil patienten er færdigbehandlet.

Behovet for anvendelse af sygdomsforløb (behandlingsforløb) som måleenhed kommer særlig tydeligt frem ved planlægning og prioritering. Ved planlægning vil interessen især samle sig om, med hvilken indsats og omkostninger behandlingen af de forekommende sygdomme og tilstande finder sted uanset antallet af instanser, der medvirker i behandlingen. Ud fra et planlægnings- og prioriteringssynspunkt er det i øvrigt en åbenbar ulempe at begrænse registreringen

og beskrivelsen til visse områder, f. eks. sygehussektoren uden at have sikret sig mulighed for sammenkædning med andre områder.

I denne forbindelse er der især grund til at pege på behovet for at kunne opstille sygdomsforløb omfattende både den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet. Sådanne forløb vil være et væsentligt element ved vurdering af virkningen af at overføre dele af sygehusvæsenets funktioner til praksissektoren og omvendt. Det må imidlertid konstateres, at der ikke inden for den primære sundhedstjeneste findes eller er foreslået oprettet et registreringssystem, der åbner mulighed for registrering af sygdomsforløb. Sygesikringssystemets afregningssystem må anses for utilstrækkeligt, fordi det som hovedregel ikke omfatter sygdomsoplysninger og for øvrigt kun er individbaseret for selvstændigt sikrede (over 16 år). En vis begrænset mulighed findes i patientregistreringen for sygehuse, såfremt denne udvides til også at omfatte henvisningsdiagnoser. Forinden henvisningsdiagnoser indføres i patientregistreringen, bør det undersøges, hvor langt man kan komme med henvisningsdiagnoser, herunder også undersøge, i hvilket omfang de mere tentative henvisningsdiagnoser kan benyttes sammen med sygehusvæsenets slutdiagnoser. Et vist udtryk for et bredere sygdomsforløb vil i øvrigt kunne opnås, såfremt henvisningsdiagnosen suppleres med oplysning om, hvor lang tid patienten har været i behandling i den primære sundhedstjeneste inden indlæggelsen.

En praktisk forudsætning for anvendelse af »sygdomsforløb« i det løbende analysearbejde er, at sygdomsforløbene kan registreres maskinelt på grundlag af oplysningerne i patientregistreringen. Dette bliver for tiden undersøgt i det tidligere nævnte 3-amts projekt.

4. Som nævnt i de ledsagende bemærkninger til arbejdsgruppens kommissorium, er antallet af sygehussenge et mindre dækkende mål for sygehuskapaciteten, ikke mindst på grund af den voksende ambulante funktion.

Endnu er der imidlertid ikke udviklet andre og bedre mål for sygehuskapaciteten end antal sengepladser, og arbejdsgruppen vil derfor gerne påpege vigtigheden af, at et udviklingsarbejde på dette felt iværksættes.

Arbejdsgruppen vil dog samtidig påpege, at sengepladser godt kan bruges som et udgangspunkt, blot der tilvejebringes oplysninger om sammenhængen mellem ændringer i indsatsen af ressourcer, særligt personale, pr. sengeplads og ændringer i behandlingskapaciteten pr. sengeplads. I de sygehusvæseners, hvor man har nogle års resultater fra såvel patientregistreringssystemer som lønsystemer, skulle der være mulighed for at undersøge de grove sammenhænge mellem ændringer i personaleindsats og ændringer i behandlingskapacitet pr. sengeplads.

Det vil endvidere være af væsentlig værdi

at kunne knytte en forbindelse mellem sygehusplanernes sengepladser og flerårsbudgetets lønudgifter i en tid, hvor behandlingsformerne ændres, således at behandlingsomfanget vokser hurtigere end sygedagsforbruget og dermed sengeforbruget, og hvor mulighederne for mere personaleintensiv udnyttelse af de eksisterende sygehuses bygningsmæssige faciliteter øges tilsvarende.

Videre vil det være af værdi i højere grad at få orienteret sygehusplanlægningen mod forbruget af personaleressourcer, hvilket er hovedspørgsmålet ud fra en samfundsøkonomisk betragtning.

IX. Indsamling, bearbejdelse og offentliggørelse af medicinalstatistik

Som gennemgangen af de foreliggende informationssystemer har påvist, er der af hensyn til sammenhængen imellem de forskellige dele af medicinalstatistikken et udtalt behov for en tæt koordination af arbejdet med de forskellige statistiske systemer. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske afdeling må indtage en meget central rolle i denne koordinationsproces. Dels varetager sundhedsstyrelsen i dag på centralt plan den største del af medicinalstatistikken, dels er sundhedsstyrelsen den eneste styrelse inden for centraladministrationen, der råder over den lægelige ekspertise, der er nødvendig ved udarbejdelsen af statistik vedr. dødsårsager, sygelighed samt sygdoms- og kontaktmønstre.

Med hensyn til indsamling og den første bearbejdelse på centralt plan af statistiske oplysninger mener arbejdsgruppen ikke, at der bør ske væsentlige ændringer i den nuværende organisation, hvor opgaverne i det væsentlige er delt mellem sundhedsstyrelsen, Danmarks Statistik, Amtsrådsforeningen og sikringsstyrelsen. Det vil således f. eks. nok være hensigtsmæssigt, at Danmarks Statistik fortsat indsamler oplysninger om ressourcforbruget i den offentlige del af den primære sundhedstjeneste, der har nær tilknytning til ressourcestatistikken for den sociale sektor. Den nærmere tilrettelæggelse og koordination af arbejdet med indsamling og den første bearbejdelse af statistiske oplysninger samt tillige den videre bearbejdelse og udnyttelse må imidlertid ske i faste koordinationsorganer mellem de myndigheder, som skal varetage de forskellige administrative opgaver på sundhedsområdet og Danmarks Statistik. Som et eksisterende eksempel på et sådant koordinationsorgan kan nævnes det tidligere omtale socialstatistikudvalg.

Som et led i en sådan samordnet udnyttelse af det statistiske materiale bør der være adgang for såvel sundhedsstyrelsen som amtskommuner og andre til at benytte de magnetbånd, som Danmarks Statistik agter at lade fremstille på grundlag af sygesikringsregistre til brug for statistiske analyser.

Arbejdsgruppen er i denne forbindelse opmærksom på, at det udkast til lov om offentlige myndighedsregistre, der er foreslået i betænkning vedr. offentlige registre (betænkning nr. 767/1976) indeholder en bestemmelse (§ 22, stk. 3), der i lighed med gældende administrativ praksis i Danmarks Statistik forhindrer, at der fra registre, der udelukkende er oparbejdet med henblik på at foretage statistiske uddrag, ikke (uden registernævnets godkendelse) må videregives oplysninger, der kan henføres til bestemte personer. Som tidligere påpeget er identificerbare oplysninger imidlertid nødvendige til brug for videregående statistiske analyser, f. eks. til forløbsanalyser, og den fulgte administrative praksis har givet anledning til problemer. Arbejdsgruppen er bekendt med, at spørgsmålet er taget op til drøftelse mellem de implicerede parter.

Uanset hvem der tilvejebringer og bearbejder det statistiske materiale, må det anses for praktisk, at der udover den offentliggørelse, der i et vist omfang finder sted i Danmarks Statistiks publikationer og andre steder, gennemføres en koordineret udgivelse i en serie medicinalstatistiske publikationer, som udgangspunkt byggende på de i dag eksisterende publikationer fra sundhedsstyrelsen, men bl. a. også omfattende statistik vedr. sygesikringen. Af hensyn til overskueligheden bør de medicinalstatistiske publikationer offentliggøres i faste serier. Et forslag til op-

bygningen af sådanne faste serier er optaget som bilag 3, side 434.

Det er endvidere arbejdsgruppens opfattelse, at udnyttelsen af de indsamlede data må fremmes ved, at de lokale myndigheder får let adgang til oplysningerne, f. eks. ved at indberetninger fra lokale sundhedsmæssige instanser indsendes gennem de lokale myndigheder. I den individbaserede patientregistrering må tilbagemelding til afdelingerne fastholdes i form af diagnose- og operationskartoteker samt oversigtstabeller, ligesom der må være mulighed for at benytte patientregistreringen til ad hoc-undersøgelser. En sådan tilbagemelding er bl. a. væsentlig for at motivere de enkelte instanser i sundhedsvæsenet til en effektiv registrering.

Arbejdsgruppen skal i denne forbindelse anbefale, at der såvel lokalt som mere centralt iværksættes modelprojekter, som kan illustrere, hvorledes man lokalt kan anvende den medicinalstatistiske information hensigtsmæssigt i den daglige drift og i den mere fremadrettede planlægning af sundhedsvæsenets enkelte dele. Baggrunden for forslaget er, at man har erfaret, at den foreliggende medicinalstatistiske information ikke udnyttes i tilstrækkeligt omfang. Det må endvidere anbefales, at der fra centralt hold ydes bistand til en undervisning af lokale instanser i udnyttelse af medicinalstatistikken.

Da ingen af de direkte implicerede offentlige myndigheder har kapacitet - eller kan forventes at få kapacitet - til at udnytte ikke mindst den individbaserede patientstatistik, herunder også dødsattester og fødselsanmeldelser, til dyberegående analyser, foreslås det, at dette materiale, forudsat de fornødne

sikkerhedsforanstaltninger garanteres, stilles til disposition for interesserede videnskabelige institutioner, der ønsker at påtage sig relevante forskningsopgaver.

I afsnit III og IV er der stillet forslag dels om oprettelse af et børnehelbredsregister, dels om, at der med passende mellemrum foretages ad hoc-undersøgelser af sygdoms- og kontaktmønsteret i den primære sundhedstjeneste, først og fremmest vedrørende alment praktiserende læger. Disse opgaver, der kun kan udføres centralt, bør efter arbejdsgruppens opfattelse henlægges til sundhedsstyrelsen, idet de forudsætter den lægelige/statistiske ekspertise, som sundhedsstyrelsen er i besiddelse af.

I afsnit III foreslås herudover, at der med regelmæssige mellemrum foretages generelle og specielle undersøgelser af befolkningens sygelighed. Som nævnt i afsnittet er det arbejdsgruppens opfattelse, at disse forslag forudsætter, at opgaverne kan varetages af en permanent organisation. Sådanne sygdomsundersøgelser kræver et apparat med en ret omfattende sundhedsfaglig og statistisk fagkundskab, der alene gennem en permanent organisation kan opbygges og vedligeholdes. Såfremt opgaven bliver delt ud på skiftende organisationer, vil mange erfaringer gå tabt, og de enkelte organisationer vil have vanskeligheder med at samle den fornødne ekspertise.

Det er nødvendigt, at en sådan organisation etablerer tæt samarbejde med specialkyndige institutioner og i øvrigt står til rådighed som medicinsk surveyorganisation for politisk-administrative brugere og videnskabelige institutioner.

X. Konklusioner og anbefalinger

På grundlag af en gennemgang af det eksisterende informationssystem konstaterer arbejdsgruppen

at udviklingen af det samlede informationssystem er foregået isoleret inden for sundhedsvæsenets delsektorer uden tilstrækkelig koordination,

at den hidtidige medicinalstatistik i for høj grad har været koncentreret omkring dødsårsager og sygehusvæsenets virksomhed samt *at* der på en række områder savnes prioriteringsrelevante måleenheder, målemetoder og statistiske oplysninger.

Ud fra en forudsætning om, at et veludbygget informationssystem er en afgørende forudsætning for den fremtidige planlægning og prioritering af sundhedsvæsenet foreslår arbejdsgruppen:

A. Vedr. sygelighedsstatistik

1. At der med regelmæssige mellemrum, f. eks. 5 års intervaller foretages generelle undersøgelser af befolkningens sygelighed, samt at der med udgangspunkt i sådanne sygelighedsundersøgelser foretages specielle undersøgelser af nærmere afgrænsede aldersgrupper og nærmere afgrænsede sygdomstilstandes udbredelse. (Side 403 f.).

2. At der oprettes et særligt børnehelbredsregister baseret på indberetninger fra jordemoderen på fødselstidspunktet, fra praktiserende læger i forbindelse med en helbredsundersøgelse omkring 1-års alderen samt fra skolelægerne ved undersøgelserne på 1. og 9. klassetrin. (Side 404 f.).

3. At det overvejes at fritage praktiserende læger at blanketanmelde særligt farlige epidemiske sygdomme samt at afskaffe ugesygelisten i dens nuværende form. (Side 402 f.).

B. Vedr. sygdoms- og kontaktmønsterstatistik

1. At der med regelmæssige mellemrum, f. eks. 3 års intervaller iværksættes ad hoc-undersøgelser af sygdoms- og kontaktmønstret i almen praksis. (Side 408).

2. At der med henblik på disse undersøgelser sammenhæng med sygdoms- og kontaktmønstret i sygehussektoren sker en fremme af arbejdet med en relevant sygdomsklassifikation, der bl. a. har den fornødne sammenhæng med den, der benyttes af sygehusvæsenet. Der bør tillige søges udviklet socialmedicinske klassifikationskriterier med henblik på visitation til og fra socialektoren (side 408 f.).

3. At det på længere sigt må være et mål at udvide sygdoms- og kontaktmønsterundersøgelserne til samtlige institutioner og personalekategorier i sundhedsvæsenet, f. eks. sundhedsplejerske, hjemmesygeplejerske, praktiserende fysioterapeuter, alkoholklinikker m. fl., ligesom det påpeges, at værdien af sådanne undersøgelser øges væsentligt i det omfang, de tillige belyser væsentlige sammenhænge og samarbejdslinier især til den sociale sektor (side 409).

4. At der i forbindelse med oprettelse af en bedriftssundhedstjeneste på grundlag af en erhvervsklassifikation foretages undersøgelser af sygdoms- og kontaktmønsteret herindenfor (side 409).

C. Ydelsesstatistik

1. At det overvejes, hvorvidt den under opbygning værende edb-registrering af røntgenundersøgelser bør gøres obligatorisk (side 411).

2. At der først, når der er høstet erfaringer med registreringen af den ambulante sy-

gehusvirksomhed og røntgenbehandling, foretages en udvidelse af den individbaserede patientregistrering med den tværgående ydelse: laboratorieundersøgelse, og måske tillige med fysiurgiske behandlinger og stråleterapi (side 411).

3. At der sker en udnyttelse af sygesikringens edb-registrering med henblik på at beskrive befolkningens forbrug af ydelser fra praktiserende læger, speciallæger, tandlæger m. fl., samt at Københavns og Frederiksberg kommuner medtages i denne statistik (side 411).

4. At der etableres en generel offentlig lægemiddelstatistik (side 412 f.).

5. At der sker en registrering af lægemiddelforbruget på sygehusene (side 413).

D. Ressourcestatistik

1. At der i sygehusvæsenets arbejde henimod et »afdelingsopdelt« regnskabssystem, samt at det første skridt herimod bør være en opgørelse af sygehusenes personale på afdelinger. I forbindelse hermed må afdelingsbegrebet afklares (side 416 f.).

2. At der sker en væsentlig udbygning af ressourcestatistikken i praksissektoren, mindst omfattende en løbende personalestatistik, men måske tillige oplysninger om indtægts- og udgiftsstrukturen (side 416 ff.).

E. Udnyttelse af informationssystemet

At det igangværende arbejde med at »sammenkoble« de forskellige statistikformer med henblik på den bedst mulige udnyttelse af disse til prioriterings-, styrings- og sammenligningsopgaven fortsættes, og at der etableres et større samarbejde omkring disse spørgsmål mellem de implicerede parter. (Side 419 ff.).

F. Nye statistikmål

1. At der er behov for et forskningsarbejde med henblik på at udvikle egnede indikatorer til måling af befolkningens sundhedsstatus. (Side 424).

2. At den individbaserede patientregistrering med henblik på summariske effektmålinger udbygges med en funktionsbeskrivelse for patienten. (Side 425).

3. At der for sygehusvæsenets vedkom-

mende udvikles et statistikmål omfattende det samlede sygdomsforløb for den enkelte patient, herunder henvisningsdiagnose samt oplysninger om, hvor længe patienten har været i behandling i den primære sundheds-tjeneste forinden indlæggelse. (Side 425 f.).

4. At der arbejdes mod at udvikle et andet mål for sygehusenes kapacitet end antal sengepladser, og for at første fase i dette arbejde kan være tilvejebringelse af oplysninger om sammenhængen mellem ressourceindsats pr. seng og behandlingskapacitet pr. seng. (Side 425).

G. Indsamling, bearbejdelse og offentliggørelse af medicinalstatistik

1. At koordinationen af medicinalstatistikken sker gennem faste koordinationsorganer, og at sundhedsstyrelsen indtager en central rolle i koordinationsprocessen. (Side 427).

2. At der i serien »Medicinalstatistiske meddelelser« oprettes faste hovedserier vedr. a) ressourcestatistik, b) vital- og mortalitetsstatistik, c) sygdoms- og kontaktmønsterstatistik, ydelsesstatistik, d) sygdomsundersøgelser, e) lægemiddelstatistik og f) metode. (Side 427).

3. At institutioner, primær- og amtskommuner gennem tilbagemelding får let adgang til anvendelse af lokal medicinalstatistik og inspireres til en hensigtsmæssig udnyttelse heraf i planlægningen og driften af virksomheder på sundhedsområdet. (Side 428).

4. At der til varetagelse af de regelmæssige generelle og specielle undersøgelser af befolkningens sygelighed etableres en permanent organisation, der står til rådighed som medicinsk surveyorganisation for politisk/administrative brugere og videnskabelige institutioner (side 428).

Arbejdsgruppen har fremhævet, at de foran nævnte ændringer og udbygninger af informationssystemet, er af en sådan karakter, at de ikke alle kan gennemføres straks, og at der nødvendigvis må være tale om en mere langsigtet og etapevis udbygning, ligesom det udbyggede informationssystems direkte indflydelse på planlægnings- og prioriteringsprocessen i sig selv er af mere langsigtet karakter.

Vejledende kommissorium for arbejdsgruppen vedr. informationssystemet

Det er arbejdsgruppens opgave

at vurdere, hvilke oplysninger af statistisk, økonomisk eller anden art i det nuværende informationssystem der er relevante for en fremtidig kontinuerlig prioritering og planlægning af sundhedsvæsenet.

at pege på områder, hvor der - under afvejning af de praktiske muligheder og den hermed forbundne indsats - efter arbejdsgruppens opfattelse er behov for supplerende og nye informationer til brug for den nævnte prioriterings- og planlægningsvirksomhed, og inden for disse områder så vidt mulig stille konkrete forslag til afhjælpning af den skønnede informationsmangel.

at afgrænse emner, for hvilke der bør udvikles nye målemetoder, og fremkomme med forslag til en herpå rettet indsats.

at vurdere det nuværende informationssystemets organisatoriske opbygning, og stille forslag til eventuelle ændringer heri med henblik på en bedre koordination af indsamlingen og brugen af statistisk og andet informationsmateriale til gavn for den fremtidige planlægning af indsatsen indenfor sundhedssektoren.

Som motivering for ovennævnte kommissorium kan henvises til, at det i prioriteringsudvalgets kommissorium er pålagt udvalget at undersøge, hvilket statistisk, økonomisk og andet materiale der vil være behov for ved en fremtidig kontinuerlig vurdering af ressourceforbruget inden for sundhedsvæsenets forskellige områder.

Baggrunden for denne del af prioriteringsudvalgets kommissorium er, at det er en væ-

sentlig forudsætning for tilrettelæggelsen af en langsigtet planlægning og prioritering af sundhedsvæsenet, at der findes et informationsgrundlag, der gør det muligt at måle og vurdere anvendelsen af økonomiske og personelle ressourcer i forhold til systemets ydelser og at beregne ressourcemæssige konsekvenser af ændringer i den behandlende og forebyggende indsats samt - i det omfang det er muligt - at vurdere ressourceforbruget i forhold til nyttevirkingen. Informationssystemet må derfor i videst muligt omfang give grundlag for en vurdering af såvel anvendelsen af økonomiske og personelle ressourcer inden for sundhedsvæsenets enkelte områder som af effekten af den enkelte behandlende eller forebyggende indsats.

Mindst ligeså vigtig som en hensigtsmæssig ressourcestatistik er en statistik over efterspørgslen efter sundhedsvæsenets ydelser, som må udarbejdes på grundlag af en diagnosestatistik.

I kapitel I (afsnit VI., side 169 ff.) er givet en kortfattet redegørelse for de i dag eksisterende informationskilder inden for sundhedsområdet. Herudover foregår der i forskellige udvalg m. v. overvejelser vedrørende ændringer og forbedringer af det nuværende informationssystem. Eksempelvis kan nævnes det af Danmarks Statistik nedsatte socialstatistik-udvalg og den af amtsrådsforeningen og sundhedsstyrelsen i fællesskab nedsatte koordinationsgruppe for indvidbaseret patientregistrering.

Det synes naturligt, at arbejdsgruppen tager sit udgangspunkt i det nuværende informationssystem med planlagte ændringer, dels med henblik på en eventuel supplerende beskrivelse, dels med henblik på en vurdering af systemets egnethed til planlægning og prioritering.

Beskrivelsen af informationssystemet synes at afdække forskellige begrænsninger i det nuværende informationsgrundlag. Således synes systemet bl. a. ikke at give mulighed for at opdele ressourceforbruget på sundhedsvæsenets forskellige ydelser (behandlingsforløb m. v.), ligesom der kun i meget begrænset omfang kan oplyses noget om effekten af ydelserne. Det må dog understreges, at det meget vel kan vise sig enten umuligt eller urealistisk kostbart at etablere et informationssystem, der fuldt ud tilfredsstiller de ideelle behov for information.

Som fremhævet i kapitel I, afsnit III, 3.5., side 118ff., er antallet af sygehussenge et mindre dækkende mål for sygehuskapaciteten ikke mindst som følge af den stigende ambulante funktion i sygehusvæsenet. Det vil derfor være naturligt at arbejdsgruppen på dette

og eventuelle andre områder overvejer muligheden af, og hvilken indsats der skal iværksættes for at udvikle ny og mere præcise målemetoder.

Den i kapitel I (afsnit VI, side 169 ff.) indeholdte gennemgang af informationssystemet synes endelig at give anledning til en nærmere vurdering af informationssystemets organisatoriske hensigtsmæssighed, idet det navnlig fremgår, at et meget stort antal organer indsamler og bearbejder informationsmateriale, uden at der i dag sikres en koordination af materialet, hverken på lokalt eller centralt plan. Det kan i denne forbindelse oplyses, at de meget deltaljerede oplysninger, som sygehusene indhenter gennem den individbaserede patientregistrering, endnu ikke generelt stilles til rådighed for de centrale sundhedsmyndigheder.

Sammensætning af arbejdsgruppen vedr. informationssystemet

Fra prioriteringsudvalget

Direktør Henning Poulsen, Dansk Sygehus
Institut (*formand*)
Overlæge Jørgen Fog, sundhedsstyrelsen
Afdelingschef G. A. Lustrup, indenrigsmini-
steriet

Udefra kommende sagkyndige

Kontorchef Ernst Andersen, socialstyrelsen
Kontorchef Jan Coin, Københavns amtskom-
mune
Afdelingschef Niels Halek, sikringsstyrelsen
Læge Finn Kamper-Jørgensen, Institut for
socialmedicin

Ekspeditionssekretær Rita Knudsen, Dan-
marks Statistik
Sekretær Stig Lohmann, Amtsrådsforenin-
gen
Socialinspektør Kurt Rasmussen, Slagelse
kommune
Læge Ole Svane, socialforskningsinstituttet
Kontorchef Svend Sørensen, sundhedsstyrel-
sen

Koordinerende sekretær

Fuldmægtig H. Moltke-Leth, indenrigsmini-
steriet.

Forslag til serier i MEDICINALSTATISTISKE MEDDELELSER

| Serietitel (fast) | Publikationer |
|---|---|
| Ressourcestatistik (serie 1) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sundhedsvæsenets ressourceforbrug (hovedtal - tidsserier) 2. Sygehusvæsenets ressourcer 3. Den primære sundhedstjenestes ressourcer |
| Vital- og mortalitetsstatistik (serie 2) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dødsårsagsstatistik 2. Medicinsk fødselsstatistik 3. Abortstatistik |
| Sygdoms- og kontaktmønsterstatistik, ydelsesstatistik (serie 3) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sygehuse, sygdoms- og kontaktmønsterstatistik ambulant patienter/stationære patienter somatiske sygehuse/psykiatriske sygehuse alkoholambulatorier 2. Praktiserende læger, sygdoms- og kontaktmønsterstatistik 3. Ydelsesstatistik på grundlag af sygesikringen med supplerende oplysninger om graviditets- og børneundersøgelser tandlægepraksis almen praksis speciallægepraksis fysioterapeutpraksis 4. Ydelsesstatistik for den offentlige del af den primære sundhedstjeneste sundhedsplejerskeordning hjemmesygeplejerskeordning skolelægeordning børnetandplejeordning jordemoderordning de amtskommunale rådgivningsklinikker vedrørende antikonception |
| Sygdomsundersøgelser (serie 4) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Befolkningens sygelighed 2. Børnetandpleje, tandstatus 3. skolelæger, helbredsstatus på 1. og 9. klassetrin 4. Praktiserende læger, helbredsstatus ved 1 års-undersøgelserne |
| Lægemiddelstatistik (serie 5) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lægemiddelstatistik |
| Metoder (serie 6) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Samplingsovervejelser ved sygdomsundersøgelser m. m. 2. Beskrivelse af: Sygesikringsregistret Børnetandplejeregistret Individbaseret patientregistrering 3. Sygdomsklassifikationer og definitioner |

Litteraturliste.

1. Betænkning nr. 633/1972 om fødselshjælpens tilrettelæggelse.
2. Ingerslev, M.: Klinikfødsler i fremtidens sygehusvæsen. Ugeskrift for Læger 1970: 132: 2453-2456.
3. Betænkning nr. 669/1973 om den stedlige social- og sundhedstjeneste («Wechselmann-betænkningen»).
4. Betænkning nr. 522/1969 om adgang til svangerskabsafbrydelse.
5. Wiese, J.: Referat af informationsmøde om hormonal antikonception og abortsituationen. Ugeskrift for Læger 1975: 137: 1279-1282.
6. Helm, T.: Effekten af dispensationstandplejeordningen. Tandlægebladet 1975: 5: 194-196.
7. Randers Hansen, E.: Tandsygdomme hos børn på 1. og 2. klassetrin i 1973/74 i 34 kommuner, som etablerede børnetandpleje i perioden 1971-1974. Tandlægebladet 1975: 8: 321-324.
8. Undersøgelse af hjemmesygeplejerskernes virksomhed, marts 1971. Bilag 6 til betænkning nr. 648/1972 om hjemmesygeplejen.
9. Betænkning nr. 648/1972 om hjemmesygeplejen.
10. F. a. y. L.'s praksisudvalg: Den praktiserende læges stilling i fremtidens sundheds- og socialvæsen. Ugeskrift for Læger 1971: 133: 1591-1600.
11. Dansk Sygeplejeråds notat af 17. juni 1969 til socialreformkommissionen vedr. spørgsmålet om den fremtidige placering af hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker. Bilag 23 til socialreformkommissionens 1. betænkning, (betænkning nr. 543/1969).
12. Betænkning vedr. hjemmesygeplejen, husmoderafløsningen, hjemmehjælpen m. v. i Københavns kommune, afgivet i 1968 af et af magistratens 2. og 3. afdeling nedsat udvalg.
13. PLM-udvalget: Meddelelse nr. 5: Kommuneinformation nr. 6. Ugeskrift for Læger 1974: 136: 1323-1329.
14. Betænkning nr. 664/1972. Det sociale trykkesystem, service og bistand (Socialreformkommissionens betænkning nr. 2).
15. PLO-udvalgsbetænkning om den primære lægetjenestes målsætning og udvikling. Ugeskrift for Læger 1971: 133: 2257-2261.
16. Anvender vi pengene rigtigt? Referat ved journalist Anne Brochenhuus-Schack af Dansk selskab for almen medicins årsmøde 1974. Ugeskrift for Læger 1975: 137: 401-408.
17. Holst, Erik & Scocozza, Lone: Lægekontaktfrekvensen i social-medicinsk belysning. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 1187-1194.
18. Aagaard, Z., Aagaard, P., Bacher, P & Pedersen, P. A.: Kontaktmønstret i almen praksis. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 2547-2553 og 2607-2615.

19. Heuch, H.: **Kontaktmønsterundersøgelsen** - en dokumentation af udækkede patientbehov. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 2616-2617.
20. Juul, S.: Kontaktmønsteret i almen praksis. Ugeskrift for Læger 1973: 135: 319-322.
21. Hornum, I. og Fangel Poulsen, E.: Lægevagtsordninger i Danmark 1970/71. Ugeskrift for Læger 1971: 133: 1601-1603.
22. Almind, G., Hector, O. & Kaitoft, S.: Læge-patienttilknytning i gruppepraksis. Ugeskrift for Læger 1973: 135: 603-609.
23. Praksisoplysninger 31/12 1974. Ugeskrift for Læger 1975: 137: 1911-1922.
24. Årsberetning fra speciallægekommisionen. Ugeskrift for Læger 1975: 137: 519-531.
25. Betænkning om tilrettelæggelse af almen praksis i dag og mulige udviklingslinier, afgivet af Praksisforholdsudvalget nedsat af P.L.O.'s repræsentantskab, maj 1976.
26. Kriselovgivningen og sygesikringsoverenskomsterne. Ugeskrift for Læger 1975: 137: 1617-1628.
27. Wilhjelm, P.: Holdningen til almen praksis. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 2751-2755.
28. Krogh-Jensen, P.: Kommunalt finansierede lægehuse. Ugeskrift for Læger 1971: 133: 672-673.
29. PLM-udvalget: Meddelelse nr. 4: Solopraksis contra samarbejdspraksis. Ugeskrift for Læger 1973: 135: 1785-1791.
30. Betænkning om laboratoriearbejdet i almen praksis, afgivet i 1974 af et af PLO og DSAM nedsat udvalg.
31. PLM-udvalget: Meddelelse nr. 1: Om fremskaffelse af oplysninger til brug ved fremtidig praksisplanlægning. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 1020-1022.
32. PLM-udvalget: Meddelelse nr. 2: ~~Overvejelser~~ vedr. praksisstyring. Ugeskrift for Læger 1973: 135: 780-787.
33. En praksisplan for Århus amt. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 465-472.
34. Beretning om Kommunernes Landsforenings virksomhed 1974-75, afsnit 6. Social- og sundhedsvæsenet.
35. Samarbejde mellem sygehusene og almen praksis (Selmer-udvalget). Ugeskrift for Læger 1971: 133: 1575-1585.
36. Den ambulante virksomhed ved sygehusene og andre institutioner. Betænkning afgivet af lægeforeningens ambulatorieudvalg 1971. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 1673-1679.
37. Fællesudvalget for det kommunale storkøbenhavnske sygehusvæsen: Skadebehandling i Storkøbenhavn. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 223-236.
38. F. a. y. L.'s praksisudvalg: Speciallægebistand til almen praksis. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 1986-1987.
39. Sygesikringsstatistik 1973/74, udgivet af Sygesikringens Forhandlingsudvalg.
40. Collatz Christensen, S.: Ti års lægenormeringer. Ugeskrift for Læger 1974: 136: 1891-92.
41. Collatz Christensen, S. og Jørgensen, J.: Opgørelse af lægernes beskæftigelse, november 1974. Ugeskrift for Læger 1975: 137: 1601-1607.
42. Ostri, V. og Juul, P.: Fremtidens speciallægepraksis. Ugeskrift for Læger 1973: 135: 1397-1400.
43. Sygekasselægernes Organisation 1898-1973. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 1972: 12: 757-801.
44. »Distriktpsychiatri - hvad blev det til?« Referat ved Jytte Flach. Ugeskrift for Læger 1975: 137: 1209-1213.
45. Betænkning nr. 749/1975 om revision af tandlægeoven.
46. Oplysninger fra sundhedsstyrelsens embedsmandsgruppe vedr. tandplejen.

47. Praktiserende tandlægers antal, geografisk fordeling og kapacitet i Danmark i 1974. Randers Hansen, E., Tandlægebladet 1975: 11: 433-437.
48. Tandplejen i Danmark, I. Tandlægerne, Erik Friis-Hasché, Palle Holmstrup, Jesper Høffding, Laila Johannesen og Eli Schwartz, fra Københavns tandlægehøjskoles Institut for videreuddannelse og Dansk institut for klinisk epidemiologi, Tandlægebladet 1975: 12: 477-482.
49. Landsplanudvalgets sekretariat: LPUS-serviceundersøgelsen, lokaliseringen af liberale erhverv og erhvervsservice, 1972.
50. Tandplejerapporten, udarbejdet af tandlægerne: Per Antoft, Eva Bang, Erik Gadegaard, Kjeld Jensen, Erik Rambusch og Flemming Scheutz, udgivet af Samarbejdet mellem arbejdere og akademikere, Århus 1974.
51. Tandlægebladet 1974: 11: 456-459.
52. Tandlægebladet 1974: 15: 604-608.
53. Tandlægebladet 1974: 18: 778.
54. Tandlægebladet 1974: 12: 498-500.
55. Betænkning fra tandlægehøjskolernes udvalg vedr. videreuddannelsesprogram i oral kirurgi, december 1973, optrykt i Tandlægebladet 1974: 15: 612-617.
56. Bostrup, L.: Skadeundersøgelsen i Ringkøbing amt. Ugeskrift for Læger 1974: 136: 1761-1765.
57. Betænkning afgivet af det af sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg vedr. skadebehandling m. v. Fra sundhedsstyrelsen 1966: 4: 97-116.
58. Kærn, T.: Træk af forudsætninger for langsigtet sygehusplanlægning i et amt. Fra sundhedsstyrelsen 1973: 18: 237-260.
59. Organisationsudvikling på et hospital. Betænkning om ny organisationsstruktur på Bispebjerg hospital, afgivet 1974 af Københavns Hospitalsvæsen.
60. Plan for Ringkøbing amtskommunes sygehusvæsen 1975-1985. Ringkøbing amtsråd 1974.
61. Grunduddannelse af sygeplejersker. Betænkning nr. 730/1975.
62. Betænkning af 1. april 1964 fra det under 17. juli 1962 nedsatte udvalg vedr. opbygningen af lægestabene ved danske sygehuse. Tidsskrift for Danske Sygehuse 1964: 15: 165-179.
63. Larsen, T. og Collatz Christensen, S.: Sundhedsvæsenets udvikling i økonomisk-statistisk belysning 1966-72. Fra sundhedsstyrelsen 1973: 14: 157-172.
64. Quaade, F.: Ambulatoriets betydning for hospitalets drift og for dets samarbejde med den praktiserende læge. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 79-80.
65. Langtidsbehandling på sygehuse. Betænkning af juni 1970 afgivet af et udvalg under sundhedsstyrelsen.
66. Jørgensen, E.: Hvorledes kan hospitalernes visitationsmetoder sikre, at patienten kommer under den rette behandling og i tide? Tidsskrift for Danske Sygehuse 1967: 24: 353-361.
67. Højsgaard, A. og Kiil, J.: Ambulante arbejdsfunktioner på de kirurgiske afdelinger, Århus amtssygehus. Ugeskrift for Læger 1974: 136: 2699-2703.
68. Socialcentrene: Rapport afgivet af et af amtsrådsf o reningen den 29. december 1972 nedsat udvalg.
69. Redegørelse fra en under socialministeriet nedsat arbejdsgruppe vedr. sygehusbehandling, plejehjemsophold og øvrige omsorgsforanstaltninger for ældre.
70. Bille, M.: Anlæg og drift af sygehuse og plejehjem. Ugeskrift for Læger 1974: 136: 111-112.
71. Johansen, G. F.: Visitationsproblematik i langtidsmedicinsk perspektiv. Ugeskrift for Læger 1974: 136: 2601-2604.
72. Profylakse, oplæg til et fakultetsrådsmøde om balancen mellem profylaktisk og andet lægeligt arbejde afgivet af et på fakultetsrådsmødet i København den 1/11 1971 nedsat udvalg. Ugeskrift for Læger 1973: 135: 1137-1146.

73. Arbejdsmiljø, skader, omkostninger, målsætninger, nærdemokrati, planlægning. Rapport nr. 1, afgivet af arbejdsmiljøgruppen af 1972.
74. Arbejdsmiljøundersøgelsen. Rapport nr. 2 afgivet af arbejdsmiljøgruppen af 1972.
75. Arbejdsmiljø, grænseværdier, arbejdstiden, meningsfyldt job, udstødningen. Rapport nr. 3 afgivet af arbejdsmiljøgruppen af 1972.
76. Arbejdsmiljø, medbestemmelse, arbejdsmiljøtjenesten, uddannelse og forskning, planlægning. Rapport nr. 4 afgivet af arbejdsmiljøgruppen af 1972.
77. Betænkning om en dansk bedriftssundhedstjeneste afgivet marts 1975 af et udvalg bestående af repræsentanter for Den almindelige danske Lægeforening, Landsorganisationen i Danmark, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Foreningen af autoriserede Ergoterapeuter, FR-hovedorganisationen for arbejdsledere og tekniske funktionærforeninger i Danmark og Foreningen af arbejdsledere i Danmark.
78. Horwitz, O.: Effekten af en masseundersøgelse vurderet ved dødeligheden. Fra sundhedsstyrelsen 1973: 6: 117-132.
79. Horwitz, O.: Forebyggende helbredsundersøgelser. Danmarks Amtsråd, 1974: 8: 21-27.
80. Betænkning vedr. de kollektive tuberkuloseundersøgelser samt de i lovgivning m. v. fastsatte undersøgelser af enkeltpersoner ved ansættelse. Fra sundhedsstyrelsen 1974: 6: side 261-284.
81. Horwitz, O.: Udviklingslinier i tuberkulosebekæmpelsen. Ugeskrift for Læger 1976: 138: 2981-2983.
82. Betænkning vedr. forebyggelse af livmoderkræft. Afgivet maj 1971 af det af indenrigsministeriet den 27/5 1969 nedsatte udvalg.
83. Kamper-Jørgensen, F.: Cost benefit analyse af forslag til folkeundersøgelserprogram for livmoderhalskræft. Ugeskrift for Læger 1972: 134: 1239-1243.
84. Larsen E. og Hou-Jensen, K: Folkeundersøgelse for livmoderhalskræft i Frederiksborg amt. Ugeskrift for Læger 1975: 137: 1555-1557.
85. Kontaktudvalget vedr. ungdomsnarkomanien. Redegørelse III om prævention af stofmisbrug.
86. Kontaktudvalget vedr. ungdomsnarkomanien Redegørelse II om visse sider af stofmisbrugsproblemet udvikling og forslag til påtrængende foranstaltninger. Normalplan for amtsungdomscentre.
87. Betænkning nr. 257/1964 om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet af det af indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg.
88. Regler for reklamering, udgivet april 1972 af Cigar- og Tobaksfabrikanternes Forening af 20. juni 1875, Tobaksindustrien.
89. Betænkning nr. 725/1974 om lægemiddeldistribution i Danmark.
90. Betænkning nr. 630/1972 om omsorg for ældre og pensionister.
91. Betænkning nr. 781/1976 om særforborgens udlægning, afgivet af udvalget om udlægning af åndssvageforsorgen og den øvrige særforborg.
92. Statistiske Efterretninger, nr. 25, 1975.
93. Geil, O. Kurt: En undersøgelse af udgifterne i sundhedssektoren i Århus amt, excl. hospitalsvæsenet. Institut for erhvervs- og samfundsbeskrivelse. Århus 1973.
94. Betænkning nr. 725/1974 om lægemiddeldistribution i Danmark, side 74-75.
95. Schwartz, E., Hansen, E. R.: Tilslutningen til den regelmæssige ungdomstandpleje i 1973 belyst ved en undersøgelse af værnepligtige, Tandlægebladet 1973: 77: 1063-1071.
96. Betænkning over forslag til lov om social bistand. Afgivet af socialudvalget den 31. maj 1974, Folketingstidende, tillæg B, 2. samling 1973/74.
97. Rapport af udvalget til afgrænsning af opgaver henhørende under sikringsstyrelsen, socialstyrelsen og sundhedsstyrelsen (afgrænsningsudvalget), maj 1973.

98. **Juhl**, Tage: Koordination mellem primær og sekundær sundhedstjeneste, Sygehustidene 1975, side 100-105.
99. Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. en eventuel gennemførelse af nye regler om inddragelse af pensioner m. v. i forbindelse med overførslen af statens hospitaler for sindslidende til amtskommunen.
100. Betænkning nr. 661/1972 om undervisningsministeriets struktur og rationalisering.
101. Betænkning nr. 670/1973 om sociale uddannelser afgivet af uddannelseskommisionen for det sociale område.
102. Indstilling afgivet af en af indenrigsministeriet nedsat arbejdsgruppe vedr. uddannelse af lægevidenskabelige kandidater til almen praksis. Ugeskrift for Læger 1975: 137: 593-603.
103. Redegørelse vedr. videre- og efteruddannelse af jordemødre afgivet af en arbejdsgruppe nedsat af uddannelsesnævnet for sundhedsvæsenet.
104. Høgere uddanning av sygepleiere, Nordisk utredningsserie 7/75.
105. Internt materiale i indenrigsministeriet.
106. Historien om sygekasserne, H. C. Hansen, 1974.
107. Rigsdagstidende 1891-92, Till. B, sp. 545 ff.
108. Betænkning angående ordningen af embedslægevæsenet og den kommunale sygepleje i Danmark, Medicinalkommissionen IV, 1911.
109. Medicinalberetning for 1910.
110. »P. Munch, Schultz' Danmarkshistorie« og »Svend Åge Hansen, Økonomisk vækst i Danmark«.
111. Medicinalberetningerne, utrykt materiale i indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen, »Sygehusundersøgelsen i Danmark«, Munksgård 1968, »Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54«, Munksgård 1960, samt Håndbog for Danske kommuner, 1955, bind 2.
112. »Det almindelige sygehusvæsenes udvikling i årene 1950-63«, Ugeskrift for Læger 1965: 30, »Sygehusvæsenets planlægning«, Fra sundhedsstyrelsen, december 1968, samt »Amtskommuner - befolkning, opgaver, økonomi«, København 1968.
113. »Sygekasselægernes Organisation 1898-1973«, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 1972: 12: 757-801, »Betænkning om indtægtsgrænsen ved offentlig sygesikring«, betænkning nr. 676/1973, »Betænkning om den offentlige sygeforsikring«, betænkning nr. 226/1959, samt Sygekassedirektoratets beretninger.
114. »Betænkning vedrørende hjemmesygeplejen i Danmark«, 1953.
115. Medicinalberetning for 1938, side 161-176.
116. Om psykiatriske plejehjem, der drives i henhold til omsorgsloven, »Fra sundhedsstyrelsen«, 1970: 12: 137-142.
117. Folketingstidende 1963/64, Tillæg A, sp. 236-244, bemærkninger til forslag til lov om omsorg for invalide- og folkepensionister.
118. Indenrigsministeriets cirkulæreskrivelse af 19. november 1974 vedrørende de geriatriske afdelinger.
119. Medicinalberetninger, »Sygehusundersøgelsen i Danmark«, Munksgård 1968, »Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54«, Munksgård 1960, »Redegørelse for sygehusenes økonomiske forhold«, afgivet af indenrigsministeriet i januar 1971.
120. »Hovedtendenser i sundheds- og forsorgsinstitutionernes udvikling frem til 1985«, Finansministeriet juli 1969.
121. »Det almindelige sygehusvæsenes udvikling i årene 1950-63«.
122. »Betænkning afgivet af kommissionen af 29. marts 1952 vedrørende statens sindssygehusvæsen«, betænkning nr. 165/1956, »Betænkning I vedrørende statens hospitalsvæsen for sindslidende«, betænkning nr. 382/1965, samt »Hovedtendenser i sundheds- og forsorgsinstitutionernes udvikling frem til 1985, Udgifter og personale«, Finansministeriet juli 1969.

123. Ostri, V. og Juul, P.: Fremtidens speciallægepraksis. Ugeskrift for Læger 1973: 135: 1397-1400.
124. Finanslove, materiale i indenrigsministeriet samt »Redegørelse for sygehusenes økonomiske forhold«.
125. Materiale i indenrigsministeriet.
126. Oplysning meddelt af sundhedsstyrelsens embedsmandsgruppe vedrørende tandplejen.
127. Betænkning af 30. januar 1946 afgivet af det af indenrigsministeren den 25. september 1939 nedsatte udvalg vedrørende sygehusvæsenet.
128. Folketingstidende 1962-63, Tillæg B, spalte 431.
129. »Danmarks økonomiske historie«, Erling Olsen, »Sociale forhold«, Kaj Vestergård og Jens Bjerregaard Christensen, »Erhvervsstruktur og nationalindkomst« og »Danmarks statistik«, Poul Milhøj, samt »Skatter og offentlige finanser«, J. Børglum Jensen og G. Thorlund Jepsen.
130. K. Kjeldsen, Ugeskrift for Læger 1974: 136: 2313-2318.
131. Det statistiske Departement, Spædbørnsdødeligheden i Danmark 1931-60, København 1964.
132. E. Råschou-Nielsen, Ugeskrift for læger, 1975: 137: 2849-2858.
133. Horwitz og Weber, Ugeskrift for Læger 1973: 135: 1089-1104.
134. Horwitz og Comstock, Int. J. Epid. 1973: 2: 145-152.
135. Horwitz, Ugeskrift for Læger 1966: 128: 127-131.
136. Clemmesen, Statitcal Studies in the Aetiology of Malignant Neoplasm I, **Munksgård**, København 1965.