



EMBEDSLÆGE- VÆSENET

*Betænkning fra det af indenrigsministeren
den 17. maj 1982 nedsatte udvalg vedrørende
embedslægevæsenet.*



ex. 2

BETÆNKNING NR. 1015
KØBENHAVN 1984



trykt på genbrugspapir

ISBN 87-503-5085-4
Stougaard Jensen/København
In 00-52-bet.

Indholdsfortegnelse

<u>I.</u>	<u>Udvalgets nedsættelse, kommissorium m.v.</u>	7
	1.1. Baggrunden for udvalgets nedsættelse, kommissorium og sammensætning.	7
	1.2. Tilrettelæggelse af udvalgets arbejde.	9
<u>II.</u>	<u>Sammenfattende betragtninger over udvalgets hovedsynspunkter.</u>	11
	II. 1. Baggrund.	11
	II.2. Udvalgets hovedsynspunkter.	12
<u>III.</u>	<u>Embedslægevæsenets udvikling.</u>	14
	111.1. Udvikling indtil 1914-loven	14
	111.2. Lov af 21. april 1914 om embedslægevæsenets ordning.	15
	111.3. Tiden indtil 1973.	15
	111.4. Lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v.	17
<u>IV.</u>	<u>Embedslægevæsenets organisation.</u>	18
	IV.1. Grundlag, struktur og ressourcer.	18
	IV.1.1. Den regionale struktur og de fysiske rammer.	18
	IV.1.2. Økonomi og personaleforhold.	19
	IV.1.3. Den administrative - og den faglige struktur.	20
	IV.1.4. Stads lægeembedet og de særlige hovedstadsforhold.	23
	IV.2. Vurderinger og forslag.	25

	<u>SIDE</u>
V. <u>Underudvalgene vedrørende socialmedicin,, hygiejne og miljø samt retsmedicin.</u>	<u>27</u>
V.1. Indledning.	27
V.2. Underudvalget vedrørende socialmedicin. Vurderinger og forslag.	27
V.3. Underudvalget vedrørende hygiejne og miljø. Vurderinger og forslag.	30
V.4. Underudvalget vedrørende retsmedicin. Vurderinger og forslag.	32
 VI. <u>Andre opgaver.</u>	 <u>34</u>
VI.1. Tilsyn med medicinalpersonalet.	24
VI.1.1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.	34
VI.1.2. Vurderinger og forslag.	38
VI.2. Opgaver i henhold til § 6 i embedslægebekendtgørelsen.	39
VI.2.1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.	39
VI.2.2. Vurderinger og forslag.	40
VI.3. Opgaver i relation til det civile? beredskab.	42
VI.3.1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.	42
VI.3.2. Vurderinger og forslag.	43
 VII. <u>Uddannelse og efteruddannelse af embedslæger m.v.</u>	 <u>44</u>
VII.1. Uddannelse af embedslæger.	44
VII.2. Efteruddannelse af embedslæger m.v.	46
VII.3. Vurderinger og forslag.	48

Bilag.

- A. Rapport fra underudvalget vedrørende socialmedicin.
- B. Rapport fra underudvalget vedrørende hygiejne og miljø.
- C. Rapport fra underudvalget vedrørende retsmedicin.
- D. Notat vedrørende udfyldelse af § 6 i embedslægebekendtgørelsen udarbejdet af direktør Finn Kamper-Jørgensen, DIKE.
- E. Oversigt over ordninger i andre lande.
- F. Lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v.
- G. Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed.
- H. Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 435 af 23. august 1974 om reglement vedrørende sundhedsmæssigt tilsyn med institutioner, klinikker m.v.
- I. Indenrigsministeriets cirkulære af 23. august 1974 om reglement vedrørende sundhedsmæssigt tilsyn med institutioner m.v.
- J. Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 581 af 14. november 1973 om uddannelse af embedslæger.

- K. Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 374 af 1. juli 1977 om ændring af bekendtgørelse om uddannelse af embedslæger.
- L. Oversigt over embedslægeinstitutioner, lokalkontorer, medicinalpersonale (excl. 12 timers embedslægeassistenter) og forholdstal mellem medicinalpersonale og indbyggertal (1.000 personer pr. 1. januar 1982).

I. Udvalgets nedsættelse, kommissorium m.v.

1.1. Baggrunden for udvalgets nedsættelse, kommissorium og sammensætning.

Indenrigsministeriets udvalg vedrørende embedslægevæsenet blev nedsat den 17. maj 1982.

Indenrigsministeriet fandt, at der bl.a. i lyset af den udvikling, som har fundet sted siden vedtagelsen af lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v. og på baggrund af de indvundne erfaringer, også ved institutionernes drift, var behov for at foretage en gennemgang og en analyse af embedslægernes arbejdsopgaver og embedslægevæsenets funktion.

Udvalget fik til opgave:

- at foretage en gennemgang af embedslægevæsenets struktur og arbejdsopgaver, således som disse har udviklet sig efter ikrafttrædelsen af loven af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v. og anden lovgivning, på baggrund heraf samt på grundlag af oplysninger om mulige ændringer i lovgivningen m.v. at vurdere, om der anses at være behov for at foretage ændringer i embedslægernes samlede arbejdsopgaver og i disses prioritering og fordeling samt redegøre for de mulige ressourcemæssige konsekvenser heraf,
- at vurdere om der er behov for ændringer i embedslægevæsenets organisation, herunder den lokale struktur og opgavefordeling,
- at udarbejde sådanne forslag til ændringer i gældende bestemmelser vedrørende embedslægevæsenet, som anses nødvendige til gennemførelse af stillede forslag.

Til formand for udvalget blev udpeget:

Kontorchef i indenrigsministeriet, Ebba Lund.

Udvalget fik i øvrigt følgende sammensætning:

Fuldmægtig i indenrigsministeriet, Jørgen Barteis Petersen.

Fuldmægtig i indenrigsministeriet, Dorte Knudsen (udtrådt af udvalget den 1. januar 1983).

Udpeget efter indstilling fra sundhedsstyrelsen:
Overlæge Nils Rosdahl, sundhedsstyrelsen.
Kontorchef Nils Øhlenschläger, sundhedsstyrelsen.

Udpeget efter indstilling fra Embedslægeforeningen:
Embedslæge Bent Lund Jørgensen, embedslægeinstitutionen for Roskilde amt.

Embedslæge Jens Misfeldt, embedslægeinstitutionen for Vejle amt.

Udpeget efter indstilling fra Amtsrådsforeningen i Danmark:

Afdelingschef Arne Grünfeld, Amtsrådsforeningen Danmark.

Forvaltningschef Bengt Bengtson, Fyns amtskommune.

Udpeget efter indstilling fra Kommunernes Landsforening:
Socialdirektør F. Toftgaard Jensen, Odense kommune.
Socialinspektør Knud Ørskov, Tårnby kommune.

Udpeget efter indstilling fra Københavns magistrat:
Stadslæge H.E. Knipschildt, Stadslægeembedet.

Udpeget efter indstilling fra justitsministeriet:
Politimester Uffe Kornerup, Roskilde politikreds.

Udpeget efter indstilling fra socialministeriet:
Fuldmægtig Per Hansen, socialministeriet.

Udpeget efter indstilling fra miljøministeriet:
Overlæge, nu embedslæge, Jens Steensberg, miljøstyrelsen.

Udpeget efter indstilling fra arbejdsministeriet:
Overlæge Ole Svane, direktoratet for arbejdstilsynet.

Kontorchef, lic.med.vet. Niels Juul Jensen, miljøstyrelsen, er efter indstilling fra miljøministeriet indtrådt i udvalget den 21. september 1983 i stedet for overlæge, nu embedslæge, Jens Steensberg.

Udvalgets sekretariatsopgaver er varetaget af:

Fuldmægtig Dorte Knudsen, indenrigsministeriet (indtil 1. januar 1983).

Fuldmægtig Thomas Clement, indenrigsministeriet (fra 1. januar 1983).

Assisterende læge Jane Hoffmeyer, sundhedsstyrelsen.

Ekspeditionssekretær Johs. Nehm, sundhedsstyrelsen.

1.2. Tilrettelæggelse af udvalgets arbejde.

Udvalget besluttede på 1. møde den 24. august 1982 at nedsætte 3 underudvalg vedrørende henholdsvis socialmedicin, hygiejne og miljø samt retsmedicin. Disse underudvalg afsluttede deres arbejde i løbet af sommeren 1983. Rapporterne er optaget som henholdsvis bilag A, B og C til denne betænkning og vurderet af udvalget i kapitel V.

Udvalget har haft lejlighed til at drøfte mere specielle emner med særligt indbudte:

§ 6 i embedslægebekendtgørelsen: Direktør Finn Kamper Jørgensen, DIKE, og embedslæge Niels Bloch Jespersen, embedslægeinstitutionen for Frederiksborg amt.

Uddannelse af embedslæger: Kst. overlæge Lone de Neergaard, sundhedsstyrelsen.

Sygeplejersker på embedslægeinstitutionerne: Sundhedsplejerske Lis Wagner, embedslægeinstitutionen for Frederiksborg amt og sygeplejerske Anne-Lise Søe, embedslægeinstitutionen for Storstrøms amt.

Udvalget har afholdt 9 møder.

Udvalgets hovedsynspunkter er sammenfattet i nogle betragtninger i kapitel II.

København, den 7. juni 1984.

Bengt Bengtson

Arne Grünfeld

Per Hansen

F. Toftgård Jensen

Niels Juul Jensen

Bent Lund Jørgensen

H.E. Knipschildt

Uffe Kornerup

Ebba Lund
(formand)

Jens Misfeldt

Jørgen Barteis Pedersen

Nils Rosdahl

Ole Svane

Nils Øhlenschläger

Knud Ørskov

Thomas Clement
(sekretær)

Jane Hoffmeyer
(sekretær)

Johs. Nehm
(sekretær)

II. Sammenfattende betragtninger over udvalgets hovedsynspunkter.

II.1. Baggrund.

Den gamle embedslægelov af 1914 blev i 1973 afløst af den nugældende lov om embedsægeinstitutioner m.v. Det skete i tilslutning til kommunalreformen, som blev gennemført i 1970. Den var en forudsætning for udlægning til kommunale myndigheder af en lang række opgaver inden for sundheds- og socialområdet. Hertil kom speciallovgivning som f.eks. miljøbeskyttelsesloven, der blev gennemført i 1973. Ansvar for miljøbeskyttelse og forureningsbekæmpelse blev herved i vidt omfang placeret lokalt.

Embedslægevæsenet måtte moderniseres og i sin virksomhed tilpasses det lokal-samfund, der undergik så mange ændringer.

I 1973 var det genstand for overvejelse, om embedslægerne burde bevare deres statslige ansættelsesforhold, eller om de burde overgå til amtskommunal ansættelse. Resultatet blev, at den statslige ansættelse blev videreført, bl.a. med henvisning til embedslægernes mange statslige opgaver (tilsyn, retsmedicin).

Det var i 1973 planen, at den organisatoriske nyordning med at samle embedslægerne i en amtskommune i embedsægeinstitutioner skulle gennemføres i løbet af 2-4 år. Det kom til at gå betydeligt langsommere, og det blev af bevillingsmæssige årsager ikke muligt at realisere den forudsatte bemanning (sygeplejersker). Embedslægernes placering som rådgivere for amtsråd og kommunalbestyrelser og for de voksende og specialiserede lokale forvaltninger kom til at udvikle sig i forskellig hast. I vidt omfang afhængig både af embedslægerne selv og af de lokale myndigheders indstilling.

Ca. 10 år efter lovens vedtagelse var der oprettet institutioner i alle amtsråds kredse samt København og Frederiksberg.

På den baggrund anså indenrigsministeriet det for betydningsfuldt at få foretaget en gennemgang af embedslægevæsenets forskellige opgaver og få en vurdering fra de forskellige brugere, d.v.s. kommuner, amtskommuner og relevante ministerier og styrelser. En sådan bredere vurdering kunne afdække om de

foretagne prioriteringer havde været hensigtsmæssige, og om der var grundlag for at foretage justeringer.

II.2. Udvalgets hovedsynspunkter.

Udvalget har foretaget en gennemgang af embedslægevæsenets mange - og meget forskelligartede - opgaver.

Tre store hovedområder, nemlig socialmedicin, hygiejne og miljø samt retsmedicin, blev analyseret i 3 underudvalg, hvorefter udvalget har drøftet underudvalgenes vurderinger og i øvrigt gennemgået de opgaver, som ikke uden videre kunne henføres til et bestemt underudvalg.

Embedslægernes rolle i de forskellige opgaver er meget varierende. Til embedslægerne er henlagt en række statslige opgaver, hvoraf bistand til politiet ved retslægelige undersøgelser, kontrol med smitsomme sygdomme og tilsyn med medicinalpersonale udgør de væsentligste. Herudover har embedslægerne i relation til administration af anden sundhedslovgivning og miljølovgivning, en række rådgivende opgaver for kommunale myndigheder. Den embedslægelige rådgivningsfunktion har igennem de senere år vist sig mere og mere fremtrædende. Dernæst udgør tilsyns- og kontrolfunktionen indenfor en række områder en væsentlig del af embedslægernes opgaver. Herudover har embedslægerne i mindre omfang en beredskabsfunktion og endelig enkelte udøvende opgaver, hvoraf nogle er ledsaget af en egentlig beslutningkompetence.

Opbygningen af embedslægeinstitutionerne har bl.a. p.g.a. ressourcemæssige forhold ikke været helt uden problemer. På trods af dette har udvalget imidlertid fundet, at embedslægeinstitutionerne i det væsentligste fungerer efter lovens intentioner, og at institutionerne endvidere generelt set har været i stand til at tilpasse deres opgaver til ændringerne i samfundets behov for bistand fra embedslægerne. Dette skyldes bl.a., at der i forbindelse med oprettelse af embedslægeinstitutioner også er sket en vis faglig specialisering mellem embedslægerne. Samtidig tager embedslægernes opgaver ofte udgangspunkt i en rådgivende- og koordinerende funktion, hvorfor institutionerne i vid udstrækning har kunnet prioritere opgaverne under hensyntagen til aktuelle og lokalt formulerede behov. Hensynet til en rimelig grad af ensartethed mellem

embedslægeinstitutionernes arbejde tilgodeses, bl.a. ved en systematisk mødevirksomhed i sundhedsstyrelsens regie.

Det er udvalgets opfattelse, at embedslægeinstitutionernes arbejde i de kommende år fortsat vil være karakteriseret af på den ene side en række fastlagte statslige opgaver og på den anden side den faglige rådgivning til kommunale myndigheder. Udvalget har efter sin gennemgang af opgaverne fundet, at der på nogle punkter kan være behov for justeringer i embedslægevæsenets arbejdsområder. Man foreslår således, at arbejdet med rutinemæssige enkeltsager og funktioner over for enkeltindivider nedprioriteres. Samtidig finder man det ønskeligt, at embedslægeinstitutionerne på områder af generel sundhedsplanlæggende og vurderende karakter i højere grad inddrages med deres specielle sundhedsfaglige baggrund. I forlængelse heraf henledes opmærksomheden på de kommunale myndigheders opgaver i forbindelse med den igangværende omstillingsproces inden for social- og sundhedssektoren.

Embedslægevæsenet udgør bl.a. i den kommunale planlægning et servicetilbud, som staten stiller til de lokale myndigheders disposition, og som det i høj grad er op til disse at benytte sig af. Embedslægerne repræsenterer en viden og erfaring inden for en række områder, som er af væsentlig betydning for den kommunale planlægning, og hvor den kommunale myndighed kan få faglig rådgivning baseret på den neutralitet, som uafhængighed af den rådsøgende myndighed giver.

Det er denne særlige funktion, som udvalget især har hæftet sig ved, og som - når den fungerer bedst - kan tilføre en sundhedsfaglig dimension på fagligt objektivet grundlag for de lokale politiske og administrative beslutninger.

Udvalget stiller ikke forslag, der indebærer krav om stærkt øgede ressourcer, selv om de nævnte opgaver - især støtte til kommunale myndigheders sundhedsplanlægning - kunne indicere dette. Det må bero på en politisk vurdering, hvorvidt og på hvilken måde tilvejebringelsen af disse ressourcer bør prioriteres for at imødekomme disse myndigheders behov for faglig støtte.

Udvalget skal i denne forbindelse understrege den problemstilling der ligger i, at et så relativt lille væsen, som embedslægevæsenet, der samtidig er spredt i landet kan have

store vanskeligheder ved at fungere under samme procentvise beskæringer som store centrale institutioner, hvor omlægninger og rationaliseringer kan gennemføres på en helt anden måde end i institutioner med måske kun 3-5 ansatte.

Det er helt afgørende, at der til embedslægevæsenet er midler til efteruddannelse, forsøg og udvikling, ellers går dette i stå og vil ikke kunne forny sig, moderniseres og effektiviseres.

III. Embedslægevæsenets udvikling.

III.1. Udvikling indtil 1914-loven.

Embedslægevæsenets opgaver var i tiden indtil 1914-loven baseret på en række detailbestemmelser i kongelige resolutioner, kundgørelser, forordninger m.v.

Den overordnede regionale medicinalembetsmand betegnedes fysikus. Han var medlem mellem sundhedskollegiet (oprettet 1803) og fysikatets læger, tandlæger, apotekere og jordemødre. Fysikus var amtmandens lægelige rådgiver. Distriktslægerne stod under fysici og skulle foretage de undersøgelser i distriktet, som påhvilede dem ifølge lovgivningen eller var pålagt dem af andre myndigheder (eksempelvis politimestre). Distriktslægerne skulle gratis behandle de fattige og havde desuden ret til privat praksis.

Distriktslægerne havde pligt til at udføre den kommunale fattigpraksis, og at måtte - på grund af meget lave lønninger - virke som praktiserende læger. Dette blev anset for en alvorlig indvending mod systemet.

I 1908 nedsattes en medicinalkommission, som bl.a. havde til opgave at udarbejde forslag til reform af embedslægevæsenet.

Medicinalkommissionens betænkning om embedslægevæsenet (1911) fremhævede, at embedslægerne først og fremmest skulle være samfundets vogtere af sundhedsplejen og; være rådgivende for alle vedkommende myndigheder (amtmand, amtsråd, kommunalbestyrelser, politimestre og domstole).

Kommissionens flertal foreslog, at landet blev opdelt i lægekredse, bestående af en eller flere retskredse, og at der i hver ansattes en embedslæge, benævnt kredslæge, ialt 78. For

staden København fandt kommissionen ikke anledning til at foreslå ændringer af den siden midten af 1800-tallet gældende stadslæggeordning, finansieret af Københavns kommune.

111.2. Lov af 21. april 1914 om embedslægevæsenets ordning.

Amtslægen fik ved loven, og i særlig grad ved de samtidig med lovens ikrafttræden udstedte instrukser for amts- og kreds-læger, en overordnet funktion i forhold til kreds-lægerne og blev mellemløst mellem disse og sundhedsstyrelsen.

De centralt udstedte amts- og kreds-lægeinstrukser var overordentligt detaljerede med hensyn til tilsynet med medicinalpersoner, institutioner og de hygiejniske forhold. Loven og instrukserne pålagde embedslægerne andre opgaver, bl.a. medlemskab af epidemi- og overepidemikommissioner samt karantænekommissioner, vaccination mod kopper, behandling af kønssygdomme, opgaver vedrørende det civile beredskab og sundhedspædagogiske opgaver. Herudover var kreds-lægen autoriseret retslæge for kredsens jurisdiktioner.

111.3. Tiden indtil 1973.

De 60-70 år, hvori 1914-loven var gældende, blev præget af en både strukturel og opgavemæssig tilpasning til ændrede forhold.

Der skete en gradvis nedsættelse af antallet af kreds-læger fra 78 til 58 (i 1973). Langt de fleste embedslæger udøvede ved periodens begyndelse virksomhed som alment praktiserende læger, men flere og flere ophørte hermed, især i perioden efter 2. verdenskrig, og oprykkedes samtidig til aflønning efter en højere lønningsklasse og/eller modtog et særligt bestillingstillæg. Ved lønnings- og klassificeringsloven af 1969 blev 53 kreds- og amts-lægestillinger placeret i 37. lønramme, og de pågældende var dermed fuldtidsbeskæftigede i deres lægekreds.

Medens amts- og kreds-lægeinstrukserne i det væsentlige forblev uændrede perioden igennem, ændredes den for deres virksomhed grundlæggende lovgivning, især på det hygiejniske område og med hensyn til planlægning af institutionsområdet.

Revisionen af 1914-loven blev udskudt senest til folketingsåret 1973-74, fordi man ønskede at afvente den betænkning, som i 1970 blev afgivet af den af indenrigsministeriet i 1964 nedsatte hygiejnekommission, der i et særligt underudvalg havde vurderet embedslægevæsenets forhold. Hertil kom, at det i 1971 oprettede ministerium for forureningsbekæmpelse arbejdede med planlægningen af den strukturelle opbygning af forureningsbekæmpelsen, både på centralt og lokalt plan.

Hygiejnekommissionen påviste i sin betænkning fra 1970 især følgende mangler ved organisationen af embedslægevæsenet:

- 1) Samtlige lægekredse var énmandsbetjente. Dette medførte store praktiske vanskeligheder med hensyn til afløsning under sygdomme, ferier m.v. og ved tilkaldelse til presserende retsmedicinske forretninger.
- 2) Mange embedslæger savnede det faglige miljø, de havde været vant til under tidligere sygehustjeneste m.v., fordi embedslægekontorerne ofte var isoleret beliggende i forhold til andre institutioner.
- 3) Embedslægerne sørgede selv for kontorhold, konsultation og kontorlokaler som regel i forbindelse med privatboligen.
- 4) Systemet med énmandslægekredse forhindrede en specialisering inden for de forskellige grene af embedslægevirksomheden.

Som et forsøg på at imødegå disse ulemper etableredes i 1965 i Lolland-Falsters amtslægekreds en ordning med **kontorfællesskab** mellem amtslægen og kredslægen i Sakskøbing lægekreds. De 2 embedslæger kunne i en rapport af juni 1968 til hygiejnekommissionen konkludere, at ordningen igennem 3 år havde virket til alles tilfredshed og betydet en forbedring af arbejdsforholdene, en mere rationel udnyttelse af arbejdskraften og en styrkelse af begge enheder.

Hygiejnekommissionen foreslog bl.a.:

at embedslægerne, under betegnelsen amtslæger, blev koncentreret i en institution, der fungerede som en enhed, således at 1 af amtslægerne i sin egenskab af ledende amtslæge varetog de koordinerende og fælles administrative opgaver samt i tvivlstilfælde traf afgørelser af faglig karakter,

at embedslægerne overgik til amtskommunal ansættelse af hensyn til en nærmere kontakt med de sagkyndige og ledende amtskommunale embedsmænd på de sociale, hygiejniske, skolemæssige, bygningsmæssige o.lign. områder, men således at embedslægerne i faglig henseende hørte under sundhedsstyrelsen,

at amtsrådene etablerede egentlige embedslægekontorer med nødvendigt kontorpersonale og -udstyr, betjent af mindst 2 embedslæger med sagkyndig bistand og et nært samarbejde med ledende sundhedsplejersker, veterinærer, ingeniører, laboratorier og tilsynspersonale m.v.

III.4. Lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v.

Forslag til lov om embedslægeinstitutioner m.v. blev fremsat i folketingsåret 1972/73 og vedtaget som lov nr. 381 af 13. juni 1973.

I sit indhold svarede loven til hygiejnekommissionens forslag, idet dog den statslige ansættelse af embedslæger blev bevaret.

I bemærkningerne til lovforslaget var det anført, at der tiltrængtes en nyordning af embedslægevæsenets organisation for at opnå en mere effektiv udnyttelse af den embedslægelige sagkundskab og en forøgelse af denne. Endvidere at embedslægeinstitutionen burde betjenes af et tilstrækkeligt udbygget kontorapparat, og at der burde være mulighed for et nært samarbejde med ledende syge- og sundhedsplejersker, veterinærer, ingeniører, laboratorier, eventuelt amtstandlæge og aratsjorde-moder, tilsynspersonale m.m. Der burde til institutionerne i større omfang end hidtil knyttes embedslægeassistenter, dels som hjælp for embedslægerne og dels som uddannelsesstillinger

for fremtidige embedslæger. Herudover var der forudsat ansat ca. 20 sygeplejeuddannede medarbejdere.

Gennemførelsesperioden blev anslået til 2-4 år.

Ved bekendtgørelser i perioden september 1974 - oktober 1983 er loven om embedslægeinstitutioner sat i kraft for de enkelte amtsråds kredse, og embedslægeinstitutioner er dermed etableret, i visse tilfælde med lokalkontorer«

Loven er endnu ikke sat i kraft på Færøerne.

IV. Embedslægevæsenets organisation.

IV.1. Grundlag, struktur og ressourcer.

Indenrigsministeren opretter for hver amtsråds kreds en embedslægeinstitution med én eller flere embedslæger, jfr. § 1 i lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v.

IV.1.1. Den regionale struktur og de fysiske rammer.

Området for embedslægeinstitutionernes virksomhed følger den amtskommunale inddeling. Embedslægeinstitutionen for Københavns amtsråds kreds omfatter tillige Frederiksberg kommune.

Institutionernes hovedkontor er (på nær Københavns amt) fysisk placeret i amtsbyerne. Der er i flere tilfælde i tilknytning til institutionerne oprettet 1 eller 2 lokalkontorer og/eller træffetidsordninger uden for hovedkontorerne. Der henvises til oversigten, bilag 3.

Lokalkontorer og træffetidsordninger er i flere tilfælde blevet etableret som særlige overgangsordninger i forbindelse med institutionsoprettelsen. Det er i forarbejderne til embedslægeloven forudsat, at institutionernes aktiviteter blev koncentreret til at foregå i hovedkontorerne. Helt specielle geografiske forhold kunne dog tale for oprettelse af enkelte lokalkontorer.

De fleste af embedslægeinstitutionerne er etableret i lejede lokaler, i visse tilfælde udlejet af amtskommunen. Det har været et klart sigte ved etableringen af institutionerne, at disse fik tættest mulig forbindelse til amtskommunernes forvaltninger.

Institutionerne er udstyret med moderne kontorinventar (skrive- og fotokopimaskiner m.m.), undersøgelsesrum, mødelo-

kaier, håndbibliotek og laboratorieudstyr (mikroskoper m.m.).

IV.1.2. Økonomi og personaleforhold.

I finansåret 1984 er der under indenrigsministeriet (§ 13.06) bevilget følgende udgifter til embedslægevæsenet:

Embedslægeinstitutioner:	27,8 mill.kr.
Grønland (løn til landslæge og forstanderinde):	0,4 mill.kr.
Færøerne (landslæge m.m.):	0,6 mill.kr.
I alt	28,8 mill.kr.

Heraf udgør lønudgifter:	24,1 mill.kr.
Til efteruddannelse er afsat:	0,4 mill.kr.

Københavns kommunes bevilling i 1984 til stadslægeembedet udgør 3 mill.kr. (excl. udgifter til karantæneforanstaltninger).

Det samlede sundhedsfagligt uddannede personale (excl. Københavns kommune) udgør:

Embedslæger, lønr. 37:	54
Landslæge Grønland, lønr. 37:	1
Landslæge Færøerne, lønr. 37:	1
Forstanderinde Grønland, lønr. 31:	1
Embedslægeassistenter, overenskomstansatte (heltd):	6
Sygeplejersker, lønr. 22:	4
I alt	67

Udover de 6 heltids embedslægeassistentstillinger er der 3 12-timers assistentstillinger.

I stadslægeembedet er ansat 1 stadslæge, 2 embedslæger og 1 inspektionssygeplejerske.

Fordelingen af medicinalpersonalet på de enkelte institutioner fremgår af bilag L. Oversigten viser en nogenlunde li-

gelig dækning landet over.

Der er til embedslægeinstitutionerne endvidere knyttet 15 heltidsansatte, kontoruddannede medarbejdere og deltidsansatte svarende til ca. 28.000 timer årligt. Det stigende antal administrative funktioner har øget behovet for kontorphonale. Til flere institutioner er knyttet langtidsledige kontoruddannede.

I korterevarende vikariater for embedslæger ansættes normalt alment praktiserende læger (ca. 6.300 timer årligt).

IV.1.3. Den administrative og den faglige struktur.

Embedslægerne hører i fagligt henseende under sundhedsstyrelsen (§ 3 i embedslægeloven), men kan forelægge spørgsmål af miljømæssig art m.v. for miljøstyrelsen og spørgsmål af socialmedicinsk art for socialstyrelsen og sikringsstyrelsen (§ 3 i embedslægebekendtgørelsen).

Indenrigsministeriet har ansættelseskompetencen og det bevillingsmæssige ansvar for driften af embedslægevæsenet.

Embedslægeinstitutionernes opgaver er i vidt omfang af tilsynsmæssig karakter på områder, hvor de gældende regler er fastlagt af andre myndigheder.

Sundhedsstyrelsen har den endelige kompetence til at give embedslægerne konkrete tjenestebefalinger af lægefagligt indhold. I praksis udøves denne kompetence i et samarbejde mellem sundhedsstyrelsen og ressortmyndighederne. Andre styrelser kan således rette direkte henvendelse til embedslægerne.

I institutionerne er de ansatte embedslæger sideordnede. De vælger af deres midte en administrerende embedslæge, som forestår institutionens sekretariatsforretninger og påser, at institutionens opgaver varetages (§ 2 i embedslægebekendtgørelsen). Embedslægerne fordeler opgaverne mellem sig. Fordelingen indberettes til sundhedsstyrelsen, der kan ændre heri. Hver embedslæge er ansvarlig for sit område.

Da institutionerne blev etableret, var embedslægerne tilbøjelige til at lægge betydelig vægt på det geografiske kriterium ved fordelingen af arbejdsopgaverne. Hensynet til specialisering af arbejdsområderne er efterhånden trådt stærkere frem, fordi de enkelte embedslæger har specialiseret sig efter egne interesser og institutionernes behov. Nyansatte embedslæ-

ger savner de hidtidige kredslægers lokalkendskab, og har ofte i deres tidligere uddannelse påbegyndt en specialisering, som institutionerne kan få mest udbytte af ved arbejdsfordelingen. Ved behandlingen af de indsendte forslag til opgavefordeling er der lagt vægt på udvikling af specialiseringen, men samtidig anerkendes behovet for at oparbejde et lokalkendskab, især på områder som f.eks. tilsyn med institutioner, det retsmedicinske område og kontakterne med de primærkommunale forvaltninger.

Underudvalgene vedrørende socialmedicin og hygiejne/miljø (jfr. omtalen i kap. V) har konstateret forskelle på, hvorledes de forskellige opgaver prioriteres og varetages i de forskellige embedslægeinstitutioner. Forskellene skyldes både varierende grader af ekspertise i de enkelte institutioner og den lokale efterspørgsel.

Institutionerne opdeler typisk opgaverne i et socialmedicinsk arbejdsområde og et hygiejnisk/miljøhygiejnisk.

Vedrører en sag et område, som er fordelt efter det geografiske kriterium, f.eks. en primærkommunal miljø sag, vil embedslægen efter behov konferere med den kollega, som er specialiseret i det miljøhygiejniske område. Specialiseringen er ikke trukket skarpere op, end at embedslæger, f.eks. under ferie, sygdom o.lign., kan fungere på andre områder i institutionen. De embedslæger, der er tilknyttet lokalkontorer, indgår også i den fagspecialiserede opdeling af opgaverne, enten ved at de deltager i arbejdet på hovedkontoret eller får tilsendt sager. Samtidig varetager de efter geografiske kriterier bestemte sager, som vedrører det til lokalkontoret knyttede geografiske område.

Dispositioner foregår på den enkelte embedslæges eget ansvar. Eventuelle kompetenceproblemer søges derfor løst i et samarbejde embedslægerne imellem. Denne kompetencefordeling har ikke givet anledning til større problemer. Der er tradition for, at større og mere principielle sager drøftes på fællesmøder i institutionerne.

Den administrerende embedslæge har ansvaret for institutionens sekretariatsopgaver - bevillinger, ansættelse af kontorfunktionærer, indberetninger til centrale bogholderifunktioner og materialeindkøb etc. Embedslægeinstitutionerne har

i stigende omfang overtaget de administrative funktioner, og uden at dette har givet anledning til væsentlige problemer. Kursusaktiviteterne og indgåelse af lejemål er dog fortsat anliggender, som varetages centralt.

Den administrerende embedslæge skal også påse, at institutionernes opgaver varetages hensigtsmæssigt. Den administrerende embedslæge er ikke hermed tillagt et overordnet ansvar for de enkelte embedslægers udførelse af opgaverne. Der er ikke fastsat regler for valget af den administrerende embedslæge.

Embedslægeassistenter og sygeplejersker, handler på den embedslæges ansvar som opgaven påhviler. Dette er udtrykkeligt nævnt i embedslægebekendtgørelsen (§ 2) for så vidt angår embedslægeassistenter.

Embedslægeassistentstillingerne er i første række oprettet som uddannelsesstillinger, men stillingerne er naturligvis også et ressourcemæssigt supplement til institutionerne på samme måde som sygeplejerskestillingerne.

Sygeplejerskernes funktioner varierer afhængig af den embedslægeinstitution, de er placeret i. Dette skyldes særligt geografiske forhold, sagsprioriteringen og den periode, sygeplejersken har været ansat i institutionen.

I begyndelsen var sygeplejerskernes opgaver af mere klinisk karakter, f.eks. funktioner i henhold til kønssygdomslovgivningen. Der er siden sket en udvikling således, at sygeplejerskerne også tager sig af institutionstilsyn, sundhedspædagogiske opgaver og planlægningsspørgsmål. Det praktiske arbejde tilrettelægges ofte i samarbejde med amtssundhedsplejerskerne.

Kravene til sygeplejerskernes uddannelsesbaggrund er normalt 1 års uddannelse inden for sundhedsplejerskelinien på Danmarks Sygeplejehøjskole samt erfaring fra den primære sundhedstjeneste. Der er fra sygeplejerskernes side ønske om adgang til samfundsmedicinsk uddannelsesaktiviteter.

Det er et almindeligt ønske hos embedslægeinstitutionerne, at der ansættes sygeplejersker.

Embedslægeinstitutionerne har normalt en almindelig daglig kontortid mellem kl. 8 eller 9 til 16 eller 17.

Embedslægerne har ikke nogen formaliseret vagtforpligtel-

se, men i kraft af deres tjenestemandsansættelse i lønramme 37 har de heller ingen højeste arbejdstid.

I praksis har flere embedslægeinstitutioner truffet foranstaltninger med henblik på at forbedre kontaktmulighederne i aften- og nattetimerne. Det drejer sig om telefonsvareordninger og aflevering af lister til politiet med embedslægernes private telefonnumre. Embedslægerne rykker ud på opkald, medmindre der er tale om forfald eller forretninger, der kan udsættes eller eventuelt varetages af en anden læge.

De praktiske problemer er størst for de mindre institutioner.

Det fremgår af rapporten fra underudvalget vedrørende retsmedicin (Bilag C), at der først og fremmest i volds- og sædelighedssager er behov for lægelig bistand i alle døgnets timer. Det samme gælder drabssager på grund af disse sagers særlig alvorlige karakter. Derimod finder underudvalget, at undersøgelserne i voldssager, hvor der alene er tale om redegørelse for læsioner, kan foretages af andre end retslæger. Skal undersøgelsen ske i forbindelse med magtanvendelse, som det f.eks. undertiden er tilfældet ved undersøgelse for skjult narkotikum eller ved udtagelse af blodprøver i spiritussager, kan de ikke forventes foretages af andre end retslæger.

Beredskabsfunktionerne særligt i relation til epidemikæmpelse og miljøbeskyttelse kan betyde, at embedslægerne også på disse områder må udføre opgaver udenfor den almindelige kontortid.

IV.1.4. Stadslægeembedet og de særlige hovedstadsforhold.

Stadslægeembedet i København kan føres tilbage til 1668, hvor den første stadsfysikus fik bestalling. Ved kommunaloven af 4. marts 1857 omdannedes stadsfysikatet til stadslægeembedet.

Stadslægen og de i embedet ansatte embedslæger er ansat af Københavns kommune.

Stadslægeembedet er Københavns kommunes rådgiver på det sundhedsmæssige område men har tillige visse funktioner svarende til, hvad der gælder for embedslægeinstitutionerne. Disse er senest fastsat i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 475 af 19. september 1974 om stadslægeembedet i Køben-

havn. Bekendtgørelsen er udstedt med hjemmel i en aftale mellem indenrigsministeriet og Københavns magistrat.

Stadslægeembedet hører i faglig henseende under sundhedsstyrelsen.

Stadslægeembedet bistår kommunens andre afdelinger ved planlægning og gennemførelse af en række sociale- og sundhedsmæssige opgaver, herunder især:

- sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejerskeordninger
- jordemoderordninger

- det primære og institutionaliserede social- og sundhedsvæsen (praktiserende læger, børneplejestationer, børne- og ungdomsinstitutioner, plejehjem)

- lokalkomiteer vedrørende alkohol- og stofmisbrug.

Hvad angår de social-medicinske opgaver synes problemerne større og tungere end i de fleste af landets øvrige områder. En storbys social-medicinske opgaver viser sig først og fremmest i relation til de mange institutionsanbringelser af børn, unge og ældre og til de stigende problemer i forbindelse med indtagelse af alkohol og andre rusmidler.

Kommunens sygehusforhold, herunder planlægning, påhviler kun i mindre grad embedet - især efter at Københavns kommune har ansat en lægelig meddirektør for sygehusvæsenet.

De retsmedicinske opgaver er efterhånden indskrænket væsentligt, og omfatter:

- godkendelse af tvangsindlæggelser af sindssyge,
- kørekortsager og fritagelser for pligten til at benytte sikkerhedssele og styrthjelm,
- udfærdigelse af ligpas.

Stadslægeembedets læger fungerer ikke som arresthuslæger.

Hovedstadsrådet har efter lovgivningen planlægnings- og gennemførelsesopgaver vedrørende kollektiv personbefordring, miljøområdet, vandforsyningsområdet og sygehusplanlægningen.

Hovedstadsrådet og dets funktioner har virkning for arbejdet i stadslægeembedet og embedslægeinstitutionerne i Frederiksborg-, Roskilde- og Københavns amt. Det drejer sig især om miljøopgaverne. Embedslægerne i hovedstadsregionen har indgået aftale med hovedstadsrådet om, at embedslægerne bistår hovedstadsrådet med vurdering af analyser af vandkvalitet og tilsyn med vandforsyningsanlæg. I sager om særlig forurenende

virksomhed bistår enten den pågældende amtskommunes tekniske forvaltning eller Københavns kommunes miljøtekniske kontor hovedstadsrådet. Embedslægeinstitutionerne afgiver udtalelser til disse enheder.

IV.2. Udvalgets vurderinger og forslag.

Embedslægevæsenet har i hele sin historie været statsligt (bortset fra København). Opgaverne er dels statslige (tilsyn med medicinalpersonalet og andre opgaver som repræsentant for Sundhedsstyrelsen), dels af sundhedsfaglig rådgivende art, først og fremmest over for de lokale myndigheder.

Institutionerne er fysisk blevet etableret centralt i forhold til væsentlige regionale forvaltninger. Institutionsdriften har skabt rammerne for en større bredde i den sundhedsfaglige ekspertise og øget fleksibiliteten i ressourceanvendelsen. Oprettelse af lokalkontorer har tilgodeset lokale og geografiske forhold, uden at dette har medført større ændringer i institutionspræget. Institutionsstrukturen har betydet en væsentlig forbedring af grundlaget for den service, der skal ydes til amtskommuner, kommuner og andre myndigheder.

De samarbejdsformer, der er etableret institutionerne imellem omkring større og mere generelle opgaver er af værdi for både løsning og udvikling af opgaver samt udveksling af erfaring.

Embedslægeinstitutionerne repræsenterer hver for sig varierende retninger af ekspertise og interessefelt. Relationerne særligt til de kommunale forvaltninger påvirkes af, at der ofte er frihed til at vælge, om embedslægeinstitutionen skal inddrages. Derfor er der på flere områder forskelle på, hvorledes embedslægeinstitutionerne varetager og prioriterer deres opgaver. Den statslige styring, som bl.a. ansættelsesforholdet giver mulighed for, har taget vidtgående hensyn til friheden i embedslægeinstitutionerne, både hvad angår initiativ og arbejdsform. Der synes ikke at være behov for at ændre embedslægevæsenets organisatoriske tilknytning.

Udvalget har overvejet om der var behov for at foreslå ændringer i bestemmelsen om, at embedslægerne i faglig henseende hører under sundhedsstyrelsen. I praksis er bestemmelsen administreret således, at andre myndigheders ressortinteresser

er søgt varetaget på en fleksibel måde. Denne praksis anbefales videreført, og der synes derfor ikke behov for ændringer.

Embedslægenes adgang til at forelægge faglige spørgsmål for andre myndigheder er værdifuld, og bør derfor opretholdes.

De enkelte institutioner er meget små betragtet som myndighedsorganer. Opbygningen af et egentligt embedshierarki vil betyde en unødigt bureaukratisering af de daglige funktioner. Den enkelte embedslæge er ansvarlig for sit sagsområde. Ansvarret udøves i praksis fleksibelt, såvel i forhold til andre myndigheder som internt i forhold til andre embedslæger og øvrigt ansat medicinalpersonale. Der er ikke behov for at ændre de interne faglige kompetenceforhold. Det må fremhæves, at den administrerende embedslæge ikke har et overordnet fagligt ansvar for de enkelte embedslægers udførelse af opgaverne. Der er derimod et ansvar for at påse, at arbejdstilrettelæggelsen, opgaveprioriteringerne, de obligatoriske funktioner og de rådgivende funktioner som tilbydes og de interne informationer til stadighed er tilpasset en rimelig og fornuftig udnyttelse af institutionens ressourcer. Den administrerende embedslæge skal dermed også drage omsorg for, at eventuelle problemer bliver løst på kollegial vis. Der er herudover et almindeligt ansvar for, at institutionernes sekretariatsopgaver fungerer optimalt. Dette omfatter bevillingsansvar, kontormæssig betjening og sikring af, at de daglige kontakter til embedslægerne formidles effektivt og smidigt.

Der synes ikke at være behov for fastsættelse af formelle regler for valget af den administrerende embedslæge. Derimod må for hyppige udskiftninger undgås i det omfang, det er praktisk muligt.

De ansatte sygeplejersker ved institutionerne har på flere måder betydet en aflastning for embedslægerne, særligt i forbindelse med institutionstilsynene. De er derfor et væsentligt element i de institutioner, der har ansat sygeplejersker. De i embedslægeloven forudsatte ca. 20 sygeplejerskestillinger, dvs. ansættelse af sygeplejersker i alle institutioner, er ikke blevet bevilget. De ansatte sygeplejersker har etableret gode samarbejdsrelationer til amtssundhedsplejerskerne, og selv om der på flere måder er sammenfald i ekspertise udgør embedslægeinstitutionernes sygeplejersker et fag-

ligt samspil med baggrund i embedslægeopgaverne.

Der er enighed om, at embedslægerne i et vist omfang også må yde især retsmedicinsk bistand i aften- og nattetimerne. Opfyldelsen af dette behov kan ikke bære indførelsen af en formaliseret vagtforpligtelse. De foranstaltninger embedslægeinstitutionerne allerede har etableret, synes at dække de forventninger de implicerede myndigheder med rimelighed kan stille under disse forhold. Det skal præciseres, at det er embedslægen, som på grundlag af sagens omstændigheder afgør, om et tilkald i givet fald skal effektueres. Tilkaldelse bør derfor iværksættes af personer på passende højt tjenestligt niveau. Under disse forudsætninger må tilkald i særlige akutte tilfælde også kunne effektueres, selv om det sker uden for den pågældende embedslægeinstitutions område.

V. Underudvalgene vedrørende socialmedicin, hygiejne og miljø samt retsmedicin.

V.1., Indledning.

De 3 underudvalg har gennemgået grundlaget for embedslægeinstitutionernes funktioner på henholdsvis det sundhedsmæssige- og sociale område, det hygiejniske- og miljømæssige område samt retsmedicinske opgaver. Underudvalgene har vurderet de embedslægelige funktioners betydning og omfang.

Rapporterne er optaget som bilag A, B og C til betænkningen. I det følgende refereres underudvalgenes konklusioner, ledsaget af hovedudvalgets vurderinger og forslag.

V.2. Underudvalget vedrørende socialmedicin.

Der er konstateret forskelle på, hvorledes de forskellige socialmedicinske opgaver prioriteres og varetages i de forskellige embedslægeinstitutioner. Forskellene skyldes bl.a., at der i de enkelte institutioner er forskellig ekspertise til rådighed, og at den rådgivning og bistand, der efterspørges, varierer.

Det er anslået, at en "gennemsnits" embedslægeinstitution anvender ca. halvdelen af institutionens ressourcer til de socialmedicinske opgaver.

Der er ikke fundet behov for ændringer i eller tilføjel-

ser til det legale grundlag for embedslægernes socialmedicinske opgaver. Der er peget på ønskelige ændringer i prioriteringen af opgaverne. Generelt anbefales, at embedslægerne får en central placering i de kommende års omstillingsprocesser indenfor det sociale- og sundhedsmæssige område. Embedslægerne har udover den lokale placering og indsigt og en samfundsmedicinsk uddannelse/erfaring et overblik over de sundhedsmæssige forhold og udgør en socialmedicinsk ekspertise, som ikke generelt er tilgængelig lokalt.

Der er vedrørende de enkelte opgaver bemærket:

Embedslægeinstitutionernes funktioner i ordninger vedrørende sundhedspleje, hjemmesygepleje, svangerskabshygge og fødselsbetjening samt skolelægeordninger er af betydning for tilrettelæggelsen og udførelsen af ordningerne, og fremover ved formidling og støtte til nødvendige omstillinger og forsøg. Samarbejdsformidling er en vigtig del af opgaven.

Tilsyn med institutioner inden for social- og sundhedsområdet er en væsentlig embedslægelig opgave. Området indebærer prioriteringsmuligheder. Tilsynene bør i videre omfang samordnes med den tilsynsvirksomhed, institutionerne er underlagt fra andre myndigheder. Indenrigsministeriets cirkulære af 23. august 1974 om tilsynsreglementet bør moderniseres og præciseres. Dette bør ske i et samarbejde bl.a. med socialministeriet og socialstyrelsen.

Embedslægeinstitutionerne bistår statslige og amtskommunale myndigheder på misbrugsområdet. Dette bør de fortsætte med.

Embedslægernes indsats i forbindelse med sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter anbefales koncentreret til større og mere konkrete sundhedspædagogiske og sundhedsfremmende opgaver.

Sagsforberedende bistand til amtsankenævn og adoptionssamråd bør ophøre. Embedslægernes repræsentation i adoptionsamrådene findes iøvrigt ikke særligt påkrævet. Den embedslægelige deltagelse i de amtskommunale visitationsudvalg er derimod af betydning, fordi hovedvægten i udvalgenes funktioner i praksis er lagt på opgaver af samordnende og koordinerende ka-

rakter. Det samme gælder deltagelsen i de amtskommunale samordningsudvalg og fællesudvalg.

Embedslægenes medvirken ved apoteksvisitationer, dog ikke håndkøbsudsalg, og ved konkrete vurderinger af lægemiddeldistributionen anbefales opretholdt.

Vurderinger og forslag.

Udviklingen indenfor social- og sundhedssektoren ventes i de kommende år at være præget af omstillinger og ombrydninger. Processen stiller bl.a. krav om overvejelser af og forsøg med alternative sundhedsmæssige prioriteringer. Uafhængig og neutral sundhedsfaglig rådgivning må derfor forventes tillagt en større vægt i beslutningsgrundlaget og vil være af værdi i den løbende opfølgning af iværksatte foranstaltninger og initiativer. Embedslægevæsenet bør til enhver tid af de kommunale myndigheder kunne opfattes som uafhængige. Det besidder lokalt kendskab kombineret med samfundsmedicinsk uddannelse og erfaring. Det er derfor ønskeligt, at embedslægeinstitutionerne inddrages i disse omstillings- og effektiviseringsopgaver. Ansvar for beslutningernes gennemførelse er politisk.

Embedslægeinstitutionerne skal overfor de kommunale og amtskommunale myndigheder tilpasse deres rådgivning således, at hovedvægten lægges på generel sundhedsfaglig rådgivning. Udviklingen indenfor social- og sundhedssektoren vil betyde, at problemstillinger skal afdækkes og formuleres, og at der skal fremlægges mulige løsninger. Embedslægeinstitutionerne bør prioritere disse opgaver højt. De prioriteringsmuligheder, der er peget på navnlig vedrørende nævns- og samrådsarbejde angående enkeltpersoners forhold kan samtidig anbefales underkastet en nærmere overvejelse. Dette gælder også institutions-tilsynet, hvor der herudover må lægges vægt på samordning og koordination med det tilsyn, institutionerne er underlagt fra andre myndigheder.

Statslige myndigheder må forventes fortsat at benytte embedslægeinstitutionerne i bestræbelserne på at sikre, at lovgivers intentioner på de socialmedicinske områder følges. Der er tale om en sundhedsfaglig overvågning af, at givne sundhedsmæssige og sociale ordninger og initiativer fungerer efter hensigten og med de variationer og muligheder, der føl-

ger af det kommunale selvstyre.

V.3. Underudvalget vedrørende hygiejne og miljø.

Det er anslået, at en "gennemsnits" embedslægeinstitution anvender mellem 1/4 og 1/3 af institutionens ressourcer til hele miljø- og hygiejneområdet.

Der er forskelle på, hvorledes de enkelte funktioner udføres. Forskellene konstateres dels fra amt til amt, dels i de enkelte kommuners anvendelse af den samme embedslægeinstitution. Forskelligheder inden for et enkelt amt tyder overvejende på en forskel i kommunal efterspørgsel, medens forskelle mellem de enkelte amter både kan skyldes forskelle i udbud og efterspørgsel.

Det anbefales, at de kommunale og amtskommunale myndigheder sammen med embedslægeinstitutionerne vurderer, hvornår og i hvilket omfang en sundhedsfaglig rådgivning med baggrund i centralt fastsatte regler er nødvendig, herunder i hvilket omfang eventuelle eksisterende rutiner kan forbedres, uden at sundhedsmæssige hensyn tilsidesættes.

Der er vedrørende de enkelte opgaver bemærket:

Embedslægeinstitutionerne bør i højere grad inddrages i principielle sager og i planlægningsspørgsmål i relation til miljøbeskyttelses- og vandforsyningsområdet. Medvirken i rutinemæssige enkeltsager kan derimod nedprioriteres. Det foreslås, at kravet om embedslægernes udtalelse over ansøgninger om nedgravning af samletanke til husspildevand ophæves.

Opgaver i relation til levnedsmiddellovgivningen bør løses lokalt og i et tæt samarbejde mellem levnedsmiddelkontrolenheder og embedslægeinstitutionerne. Derimod er embedslægeinstitutionernes helbreds kontrol af ansatte på eksportslagterier og fjerkræslagterier ikke en relevant embedslægelig opgave.

Opgaverne i medfør af epidemilovgivningen varetages tilfredsstillende, og der skønnes ikke behov for ændringer.

Embedslægeinstitutionernes sundhedsfaglige indsigt i bolig- og bygningshygiejniske forhold udnyttes rimeligt i forbindelse med sygehushygiejniske- og institutionshygiejniske opgaver. Der er konstateret et behov for sundhedsfaglig viden

om indeklimaproblemer. Embedslægeinstitutionerne synes at være egnede rådgivere for kommunerne i disse spørgsmål. Der er mulige fordele ved at inddrage embedslægeinstitutionernes sundhedsfaglige ekspertise i planlægningsopgaver særligt i forbindelse med lokalplan- og byfornyelsesområdet.

Der peges på muligheden for regelforenkling og afklaring af kompetenceforhold i relation til arbejdstilsynene.

Vurderinger og forslag.

Embedslæger udgør blandt læger den eneste større gruppe, der specielt har et uddannelsesmæssigt grundlag inden for områderne toksikologi, epidemiologi og administration. Embedslægeinstitutionerne er derfor de eneste lokalt placerede lægelige instanser, der har baggrund for at kunne tilbyde rådgivning såvel vedrørende de sundhedsmæssige konsekvenser af forurening som i bekæmpelsen af smitsomme sygdomme.

Embedslægeinstitutionerne bør indenfor miljøområdet primært satse på sundhedsfaglig rådgivning i mere principielle og større sager, og dette bør præge prioriteringen af opgaver og tilrettelæggelsen af rationelle rutiner. Disse ændringer bør gennemføres i et samarbejde mellem de lokale myndigheder og embedslægeinstitutionerne og under hensyn til de sundhedsmæssige konsekvenser. Der er enighed om, at embedslægeinstitutionerne også i planlægningsopgaverne særligt i forbindelse med by- og boligområderne kan stå til rådighed med en sundhedsfaglig ekspertise, som kan være af betydning i beslutningsgrundlaget. En øget medvirken fra embedslægerne i disse opgaver foreslås iværksat som forsøg med krav om vurdering.

Både embedslægeinstitutioner og arbejdstilsyn er i forbindelse med institutionstilsynene tillagt kompetence vedrørende samme forhold. En formel kompetencekonflikt opstår imidlertid kun, når de miljømæssige vilkår påvirker både ansatte og klienter, eksempelvis ved forekomst af skadelige stoffer i institutionen. Kompetencekonflikter må løses først og fremmest ved koordination og samarbejde mellem de to myndigheder under udøvelsen af tilsynene. Reglerne bør forenkles og kompetencerelationerne afklares.

Der er allerede optaget drøftelser mellem sundhedsstyrelsen og levnedsmiddelinstittuttet om embedslægeinstitutioner-

nes vurdering af kostforholdene på institutioner.

Embedslægeinstitutionernes totale ressourceanvendelse på miljø- og hygiejneområdet forventes ikke at blive ændret væsentligt i forhold til det konstaterede ressourceforbrug.

V.4. Underudvalget vedrørende retsmedicin.

Embedslægeinstitutionernes opgaver indenfor det retsmedicinske område udføres forsvarligt og - bortset fra obduktionerne - i overensstemmelse med intentionerne i lovgivningen. Der er konstateret betydelige variationer i de enkelte embedslægeinstitutioners medvirken ved obduktionerne, hvilket tilskrives praktiske og ressourcemæssige forhold. Der er ikke større forskel på, hvorledes de forskellige institutioner varetager de øvrige opgaver. Retsmedicinen beslaglægger ca. 1/6 af embedslægeinstitutionernes ressourcer.

Der er peget på, at fremtidige embedslæger i almindelighed ikke kan forventes at have opnået det kliniske erfaringsgrundlag, der er en forudsætning for at kunne foretage mentalobservationer. Embedslægeinstitutionerne bør derfor helt fritages for pligten til at udføre disse.

Underudvalget finder, at embedslægernes sygdomsbehandlende funktion i relation til indsatte i arresthuse ikke stemmer overens med embedslægeinstitutionernes funktioner i bred forstand, og foreslår derfor denne arbejdsopgave overført til andre læger. Justitsministeriets repræsentant finder dog ikke, at der er grund til at overføre opgaven til andre læger.

Der er ikke behov for at foreslå ændringer med hensyn til deltagelsen i de retslægelige ligsyn, undersøgelser i sager om umyndiggørelse og lavværgemål, faderskabssager og spiritusprøver. Embedslægerne bør også fortsat medvirke ved retslægelige obduktioner, og i alle tilfælde dem der finder sted indenfor embedslægeinstitutionernes område. Personundersøgelser i sædelighedssager og undertiden også i voldssager kræver efter underudvalgets opfattelse en særlig retsmedicinsk ekspertise. Det er derfor nødvendigt, at disse undersøgelser fortsat udføres af embedslæger eller læger med en tilsvarende uddannelse og erfaring.

Embedslægeinstitutionernes funktioner i forbindelse med tvangsindlæggelse af sindssyge anbefales overvejet i justits-

ministeriets udvalg om sindssyge personeres retssikkerhed.

Behandlingen af kørekortsager og sager om fritagelse for anvendelsen af styrthjelm og sikkerhedssele foreslås forenklet således, at det lægelige overskøn flyttes fra sundhedsstyrelsen til embedslægeinstitutionerne.

Vurderinger og forslag.

Det retsmedicinske område er præget af mange specifikke opgaver. De har ikke undergået væsentlige forandringer i de forløbne år.

Retssikkerhedshensyn taler for at bruge embedslægeinstitutionerne i retsmedicinske opgaver. Opgaverne må derfor prioriteres højt både med hensyn til udførelse og i den interne faglige fordeling.

Embedslægeinstitutionerne bør fritages for pligten til at udføre mentalobservationer. Med den nuværende speciallægekapacitet i psykiatri er der ikke længere særlige faglige eller retssikkerhedsmæssige grunde til, at embedslægerne udfører denne opgave. Mentalobservationer er i øvrigt relativt tidsmæssigt belastende for institutionerne.

Behandlingen af visse trafikmedicinske sager kan forenkles. Spørgsmålet bør tages op til drøftelse mellem sundhedsstyrelsen og justitsministeriet.

Embedslægens sygdomsbehandlende funktion i relation til indsatte i arresthuse er ikke længere stemmende med embedslægeinstitutionernes nuværende funktioner. Det er en klinisk lægeopgave, som ikke har sammenhæng med institutionernes øvrige opgaver. Dertil kommer, at det ikke er heldigt, at en embedslæge eventuelt må vurdere en kollegas forhold. For udenforstående kan dette give indtryk af, at vurderingen ikke er objektiv.

Udvalget henstiller, at indenrigsministeriet tager spørgsmålet op over for justitsministeriet.

Justitsministeriets repræsentant i udvalget mener uanset dette, at ordningen med embedslægerne som arresthuslæger er velfungerende, og at den ikke bør afvikles. Embedslægernes kendskab til retsvæsenet og den særlige tillid, de efter deres øvrige opgaver og statslige ansættelsesforhold vil blive mødt med i retsvæsenet, opvejer efter dette medlems mening fuldt ud

embedslægernes manglende kliniske rutine, der ikke er anderledes end, at de opfylder de almindelige betingelser for at udøve lægegerning. Hertil kommer, at en alternativ ordning vil være uforholdsmæssig kostbar. Af hensyn til orden og ligelig behandling i arresthusene vil det være nødvendigt, at et arresthus lægeligt betjenes af en bestemt læge. Udgifterne ved en sådan ordning er i marts 1984 af direktoratet for kriminalforsorgen anslået til 2,1 mill. kr. (hvortil kommer 750.000 kr. til yderligere sygeplejemæssig betjening af arresthusene). Skønnet er forsigtigt og forbundet med megen usikkerhed. En sådan udgift vil ikke kunne afholdes inden for justitsministeriets nuværende budget.

Det er oplyst, at direktoratet for kriminalforsorgen i løbet af kort tid vil nedsætte et udvalg med den opgave at foretage en gennemgang af hele den sundhedsmæssige betjening af personer undergivet kriminalforsorgen.

Embedslægeinstitutionernes "vagtberedskab" i relation til det retsmedicinske område har været drøftet. Overvejelserne er beskrevet under afsnit IV, da der er tale om et almindeligt organisatorisk spørgsmål.

VI. Andre opgaver.

VI.1. Tilsyn med medicinalpersonalet.

VI.1.1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

Medicinalpersoner står under tilsyn af sundhedsstyrelsen for så vidt angår deres embede, bestillinger, forretninger og pligter (§ 4 i lov nr. 182 af 23. juni 1933 om sundhedsvæsenets centralstyrelse med senere ændringer).

Embedslægeinstitutionerne fører på sundhedsstyrelsens vegne tilsynet med medicinalpersonalet, jfr. § 5 i lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v., § 12 i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed, samt den for medicinalpersonalet gældende særlige lovgivning (lægelov, sygeplejerskelov etc.).

Det medicinalpersonale embedslægeinstitutionerne fører tilsyn med er: læger, tandlæger, kliniske tandteknikere, tand-

plejere, jordemødre, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, fodterapeuter, sygehjælpere og andet plejepersonale, samt apotekere og apotekspersonale. Tilsynet med apoteker, sygehusapoteker samt med apoteksudsalg og distribuerende læger sker i samarbejde med de farmaceutiske visitatorer, jfr. § 12, stk. 2, i embedslægebekendtgørelsen..

Embedslægeinstitutionen skal herudover holde sig underrettet om de i amtsråds kredsen virkende uautoriserede helbrederes virksomhed, jfr. § 13 i embedslægebekendtgørelsen.

Embedslægeinstitutionen skal endelig føre fortegnelse over medicinalpersonalet, forsyne medicinalpersonerne med gældende bestemmelser m.v. samt foranledige, at medicinalpersoner afgiver de anmeldelser og indberetninger, som de er pligtige at afgive, jfr. §§ 16 og 17 i embedslægebekendtgørelsen.

Tilsynet udøves som:

- et konkret arbejde i forbindelse med behandlingen af forskellige former for klagesager over medicinalpersonalet,
- et fortløbende tilsyn, som et resultat af den regelmæssige kontakt embedslægeinstitutionerne har med de forskellige grupper af medicinalpersoner.

Embedslægeinstitutionerne involveres i klagesager over medicinalpersonalet på forskellige foranledninger. Der kan være tale om direkte henvendelser fra borgere, politiet eller andre offentlige myndigheder. En klage kan være stilet til sundhedsstyrelsen, der i så fald anmoder embedslægeinstitutionen om at belyse sagen nærmere. Embedslægeinstitutionerne kan herudover rejse sager foranlediget af forhold, institutionen får kendskab til ved udførelsen af de øvrige embedslægefunktioner eller får oplyst gennem medierne.

Klager over medicinalpersonalet kan efter indhold inddeles i 2 hovedgrupper:

- Klager over overtrædelse af den for vedkommende medicinalperson gældende lovgivning, f.eks. patientbehandling. Disse klager vil først og fremmest kunne afføde reaktioner fra sundhedsstyrel-

sen og eventuelt domstolene (straffesager).

Andre klager, d.v.s. klager over medicinalpersoners optræden, serviceniveau, overenskomstspørgsmål, honorarer m.v. Disse klager vil først og fremmest kunne afføde reaktioner fra ansættelsesmyndighederne og overenskomstmæssige organer (sygesikringens samarbejdsudvalg, landssamarbejdsudvalg og fællesudvalg).

Embedslægeinstitutionerne udøver i stor udstrækning en vejledende funktion lokalt overfor borgere og myndigheder om dels klagemuligheder og instanser dels hvilke reaktioner, der tilsigtes med klagen (straf, erstatning, påtale m.v.). Embedslægeinstitutionerne medvirker i et vist omfang også ved formuleringen af klager.

Klager over ansatte medicinalpersoners optræden m.v. afvises af embedslægeinstitutionen og klageren henvises til rette klageinstans (f.eks. ansættelsesmyndigheden). Embedslægeinstitutionen kan fortsat blive inddraget bl.a. som følge af at være repræsenteret i de amtskommunale fællesudvalg som faglige rådgivere.

Klager over overtrædelse af den for medicinalpersoner gældende lovgivning giver anledning til en egentlig behandling i embedslægeinstitutionen. Det er hovedreglen,, at disse klager endeligt behandles i sundhedsstyrelsen med embedslægeinstitutionernes medvirken. I praksis afviser embedslægeinstitutionerne indkomne klager, som findes helt uberettigede eller er af bagatelagtig karakter. I denne forbindelse oplyses det over for vedkommende, at klagen vil blive videresendt til sundhedsstyrelsen, såfremt dette ønskes.

Embedslægeinstitutionernes rolle i en egentlig behandling af klagesager er først og fremmest at søge sagen nærmere belyst. Embedslægeinstitutionen indhenter erklæringer fra de af sagen berørte parter, herunder andre medicinalpersoner der har behandlet klageren. Der kan herudover være tale om at besigtige eventuelle lokaliteter.

Finder embedslægeinstitutionen, at der bør indledes politimæssig undersøgelse eller rejses tiltale mod medicinalpersonen i anledning af virksomhedsudøvelsen, afgiver institutionen indstilling herom til sundhedsstyrelsen, jfr. § 14 i em-

bedslægebekendtgørelsen. Findes den pågældende farlig for sine medmennesker under udøvelse af sin virksomhed eller iøvrigt helt eller delvis uskikket: til at udøve sin gerning, skal dette indberettes til sundhedsstyrelsen, jfr. § 15 i embedslægebekendtgørelsen.

Institutionen skal ikke blot i klagesager, men også på eget initiativ indberette forhold af de i §§ 14 og 15 nævnte karakter.

Klagesagen sendes til/tilbagesendes sundhedsstyrelsen med en udtalelse/indstilling fra embedslægeinstitutionen. Institutionerne underrettes om sundhedsstyrelsens afgørelser.

De enkelte embedslægeinstitutioner har mellem 20 og 80 klagesager årligt. Klagesagerne vedrører hovedsageligt sygehusansatte læger og alment praktiserende læger. Kun et fåtal af sagerne rejses på embedslægeinstitutionernes foranledning. Hovedparten af sagerne forelægges sundhedsstyrelsen til afgørelse, idet der i beskedent omfang forekommer helt uberettigede klager, som afvises af embedslægeinstitutionerne.

Det øvrige tilsyn med medicinalpersonalet er ikke noget egentligt løbende tilsyn. Embedslægeinstitutionerne overvåger medicinalpersonalet som et led i den virksomhed, institutionerne i øvrigt udøver. Eksempelvis kan den rutinemæssige gennemgang af dødsattester afsløre større eller mindre overtrædelser af reglerne om udfærdigelsen. Det afhænger af forseelsens karakter, hvorvidt institutionen indberetter forholdet til sundhedsstyrelsen, om medicinalpersonen fra institutionen modtager en vejledende tilrettevisning, eller der blot gennemføres en undersøgelse med henblik på berigtigelse af f.eks. en attest. Administrationen af dette område synes forskellig fra de enkelte institutioner.

Det særlige tilsyn med lægers ordination af euforiserende stoffer, som embedslægeinstitutionerne fører på sundhedsstyrelsens vegne, og tilsynet med apotekerne er vurderet af underudvalget vedrørende socialmedicin (bilag A).

Hverken sundhedsstyrelsen eller embedslægeinstitutionerne fører noget egentligt tilsyn med uautoriserede helbredere. Embedslægeinstitutionerne har til opgave at afgive indstilling til sundhedsstyrelsen om iværksættelse af politimæssig undersøgelse eller tiltale ved mistanke om overtrædelse af lægelo-

vens kvaksalveribesteramelser. Sundhedsstyrelsen forelægger herefter normalt sagen gennem embedslægeinstitutionen for anklagemyndigheden til afgørelse.

Embedslægeinstitutionerne har en omfattende konsultativ virksomhed overfor medicinalpersonalet. Der er tale om daglige forespørgsler, såvel mundtlige som skriftlige, om hygiejniske, epidemiske og retsmedicinske forhold. Udførelsen af de socialmedicinske opgaver indebærer også rådgivning af personalet inden for sundhedsområdet. Hertil kommer, at embedslægeinstitutioner løbende skal forsyne medicinalpersonalet med gældende bestemmelser m.v.

Det er indtrykket, at de konsultative funktioner er ganske tidskrævende.

VI.1.2. Vurderinger og forslag.

Klagesagsbehandlingen som sådan er ikke vurderet, men det er derimod overvejet, om embedslægeinstitutionens placering i klagesystemet er relevant.

Rollen som lokale vejledere overfor navnlig borgere vedrørende klagesystemet og de deri indbyggede reaktionsmuligheder, er væsentligt og relevant. Det er rimeligt, at embedslægeinstitutionerne i et vist omfang også er borgerne behjælpelige med at formulere klager.

Embedslægeinstitutionerne har en hensigtsmæssig placering i klagesystemet, når det drejer sig om klager over medicinalpersonalets patientbehandling. Det lokale kendskab og sagsforberedelsen på lokalt niveau har betydning for de centrale klageorganers sagsbehandling. Det er i øvrigt også af værdi for den videre behandling af klagerne, at embedslægeinstitutionerne supplerer undersøgelserne med egne kommentarer og egentlige indstillinger. Det må anses for naturligt, at der udøves en vis frasortering af klagesagerne, således at helt uberettigede klager eller klager af bagatelagtig karakter afvises. Denne praksis bør videreføres, når det samtidig tilkendegives klageren, at klagen vil blive sendt til sundhedsstyrelsen, såfremt dette ønskes. Der synes ikke grund til at formalisere denne praksis.

Rollen i forbindelse med klager, som afgøres af ansættelsesmyndigheder og overenskomstmæssige organer, synes rime-

ligt afgrænset derved, at institutionerne står til rådighed for de kompetente myndigheder og offentlige organer med almindelig sundhedsfaglig rådgivning. Embedslægeinstitutionerne er imidlertid ikke en egentlig del af dette klagesystem.

Klagesystemet virker på mange måder uoverskueligt for borgeren. Der bør derfor på alle niveauer vises hensyn til berettigede interesser i forløbet af en klagesag.

Det øvrige tilsyn overfor medicinalpersonalet og uautoriserede helbrederes virksomhed synes at være udøvet rimeligt ud fra ressourcemæssige betragtninger. Den konsultative virksomhed er af værdi for medicinalpersonalet, selv om opgaven kan være tidskrævende.

Embedslægeinstitutionernes kontakt til medicinalpersonalet fungerer godt, og der synes ikke anledning til at foreslå ændringer af opgaverne. Prioriteringen af opgaverne forekommer rimelig. En hurtig behandling af klagesager bør prioriteres højt.

VI.2. Opgaver i henhold til § 6 i embedslægebekendtgørelsen.

vi.2.1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

Embedslægeinstitutionerne skal ifølge § 6 i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutioner:

følge sundhedsforholdene i amtsråds kredsen,
påse at sundhedslovgivningen overholdes,
henlede myndighedernes opmærksomhed på mangler ved de sundhedsmæssige foranstaltninger.
fremkomme med forslag til forbedringer.

For sundhedsstyrelsen gælder en lignende bestemmelse (§ 3, stk. 1, i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse). Denne sammenhæng mellem bestemmelserne er naturlig, da embedslægeinstitutionerne indenfor deres områder repræsenterer sundhedsstyrelsen på det regionale niveau. Embedslægeinstitutionerne bistår i øvrigt sundhedsstyrelsen med at opfylde forpligtelsen efter § 3 i centralstyrelsesloven ved at afgive indberetninger m.v. om bl.a. de sundhedsmæssige forhold i amtsråds kredsen (§

16 i embedslægebekendtgørelsen).

Indholdsmæssigt er § 6 en temmelig elastisk bestemmelse. Det er derfor vanskeligt at foretage såvel en kvantitativ som en kvalitativ afgrænsning af opgaverne.

I bred betydning dækker § 6 væsentlige dele af embedslægeinstitutionernes daglige arbejde. Det kunne i så fald være nærliggende at konstatere, at embedslægeinstitutionerne opfylder forpligtelserne efter § 6 blot ved at udføre de opgaver, de er pålagt.

§ 6 indeholder imidlertid også en særlig forpligtelse til at gøre "status" over mere eller mindre specifikke sundhedsforhold i amtsråds kredsen. Der er betydelige muligheder for valg af emner og ambitionsniveau. Grundlaget vil dog fortrinsvis være de observationer, der måtte være gjort, og statistisk materiale.

Udvalget har drøftet dette særlige indhold af § 6 med direktør Finn Kamper-Jørgensen, DIKE. Dette er bl.a. sket på baggrund af et notat udarbejdet af Finn Kamper-Jørgensen om udfyldelse af § 6 i bekendtgørelse om embedslægeinstitutionernes virksomhed. Notatet er medtaget som bilag til betænkningen (bilag D).

VI.2.2. Vurderinger og forslag.

Det er udvalgets opfattelse, at der er behov for en øget indsats fra embedslægeinstitutionerne vedrørende alle 4 funktioner, som er omhandlet i § 6 og fremhævet med understregning i forrige afsnit. Med henblik på den omstillingsplanlægning, der finder sted i disse år, og som i høj grad også berører sundhedsforholdene i amtsråds kredsene, vil det være af ganske særlig betydning, at embedslægeinstitutionerne kan yde kommunale og amtskommunale myndigheder rådgivning om anvendelse af medicinalstatistik og bistå med kvalificerede samfundsmedicinske vurderinger, som kan indgå i disse myndigheders planlægningsgrundlag.

Udvalget anser det derfor for vigtigt, at den generelle bestemmelse i § 6 opretholdes.

Det må konstateres, at det statistiske materiale ikke er tilpasset embedslægeinstitutionernes behov for regionalfordelt statistik. Hertil kommer, at der ikke overalt er fuldt kend-

skab og adgang til den foreliggende statistik.

Aktiviteterne skal have et regionalt sigte og holdes inden for embedslægeinstitutionernes opgavemæssige rammer. Der er interesse for at få belyst virkningerne lokalt af sundhedsmæssige foranstaltninger. Aktivitetsniveauet skal tilpasses de til rådighed stående ressourcer og højt prioriterede opgaver i embedslægeinstitutionerne.

Udvalget har drøftet forskellige muligheder for aktiviteter:

Konkrete lokal-orienterede undersøgelser i form af et samarbejde med de kommunale og amtskommunale myndigheder, herunder rådgive om behovet for at iværksætte undersøgelser. Undersøgelsesresultater og vurderinger må gøres bekendt for rekvirenten og en større offentlighed.

Rådgive kommunale og amtskommunale myndigheder om anvendelse af medicinalstatistik og sundhedsfaglige oplysninger.

Et mere generelt sundhedsfagligt "årsbillede" af de sundhedsmæssige forhold i området indarbejdet i embedslægeinstitutionernes årsberetninger.

Vurderingstemaer med udgangspunkt i temaoplæg udarbejdet eller udmeldt af de centrale sundhedsmyndigheder. Temaerne kunne eventuelt præsenteres ved de årlige embedslægemøder, hvorved der også ville være mulighed for at vurdere og eventuelt træffe foranstaltninger til forbedring af det metodemæssige grundlag for undersøgelserne.

Med hensyn til projekter og metoder henvises til Finn Kamper-Jørgensens notat (bilag D)_f som udvalget finder er en god inspirationskilde.

Det må erkendes, at en intensivering af embedslægeinstitutionernes § 6-aktiviteter vil være ressourcekrævende og derudover forudsætte efter- og videreuddannelse.

Der bør derfor i første række gennemføres et eller flere udviklingsprojekter baseret på et samarbejde mellem udvalgte

embedslægeinstitutioner, sundhedsstyrelsen og DIKE.

VI.3. Opgaver i relation til det civile beredskab.

VI.3.1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

Embedslægeinstitutionerne skal bistå statslige og kommunale myndigheder ved bl.a. planlægningen af beredskabsmæssige foranstaltninger i henhold til lovgivningen om det civile beredskab m.v., jfr. § 20, pkt. d., i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed m.v.

Enkelte embedslæger er udpeget som ledere af civilregionernes sundhedssektioner, etableret i medfør af civilforsvarslovgivningen.

I embedslægelovgivningen er der andre bestemmelser, som i generel beredskabsmæssig sammenhæng er af betydning. Dette gælder f.eks. forpligtelserne efter § 6 i embedslægebekendtgørelsen. Embedslægeinstitutionerne skal iøvrigt generelt rådgive statslige, amtskommunale og kommunale myndigheder i lægelige, hygiejniske, miljømæssige og socialmedicinske forhold. Endelig kan nævnes, at institutionerne efter nærmere regler fastsat af sundhedsstyrelsen skal orientere om væsentlige forhold af sundhedsmæssig betydning og medvirke ved myndighedernes sundhedsoplysende virksomhed over for befolkningen eller grupper af denne i amtsråds kredsen.

Embedslægeinstitutionerne varetager konkrete opgaver i medfør af lovgivningen inden for de hygiejniske- og miljømæssige områder, og disse har i vidt omfang også et almindeligt beredskabsmæssigt sigte. Forpligtelserne er overvejende af rådgivende karakter og fortrinsvis rettet til de kommunale myndigheder. Epidemikommissionerne, hvori embedslægerne deltager, er tillagt kompetence til at træffe egentlige foranstaltninger, eksempelvis isolering af personer eller afspærring af områder.

Indenrigsministeriet har nedsat en styringsgruppe vedrørende det hygiejniske beredskab ved udefrakommende risici for befolkningens sundhed som følge af krig. Herudover har indenrigsministeriet som led i en samlet planlægning af det civile beredskab på sundhedsområdet nedsat en arbejdsgruppe om bered-

skab i den primære sundhedstjeneste og en arbejdsgruppe om lægemiddelberedskabet.

De almindelige beredskabsmæssige funktioner og kompetencer overvejes således i andet regie. Udvalget har derfor ment, at det var hensigtsmæssigt at vurdere følgende:

Om de gældende bestemmelser i embedslægelovgivningen generelt er tilstrækkelige som beskrivelser af embedslægeinstitutionernes beredskabsforpligtelser i det omfang, der kun er tale om rådgivning og koordination.

- Embedslægeinstitutionernes organisatoriske og ressourcemæssige forhold med henblik på en beredskabssituation.

VI.3.2. Vurderinger og forslag.

De gældende bestemmelser i embedslægelovgivningen synes at danne en tilstrækkelig ramme for embedslægeinstitutionernes beredskabsopgaver. Det er herved forudsat, at der først og fremmest er tale om rådgivning i forbindelse med planlægningsopgaver.

Udvalget går ud fra, at der i en beredskabssituation, og særligt i en krigssituation, vil være tale om, at mange af de opgaver embedslægeinstitutionerne udfører under normale omstændigheder vil kunne nedprioriteres eller helt ophøre. Dette gælder særligt de mere administrative funktioner. Opgaverne inden for miljø- og hygiejneområdet må således antages både at ændre karakter og at få stor betydning på bekostning af store dele af de socialmedicinske opgaver og visse dele af de retsmedicinske opgaver. Det må derfor forventes, at det i en given beredskabssituation vil være op til de enkelte embedslægeinstitutioner at foretage de nødvendige opgaveprioriteringer.

En højere politisk prioritering af planlægningsopgaverne

kan medføre en sådan belastning for embedslægeinstitutionerne, at disse må tilføres yderligere ressourcer.

VII. Uddannelse og efteruddannelse af embedslæger m.v.

VII.1. Uddannelse af embedslæger.

De nugældende regler for den uddannelse, som læger skal have gennemgået efter lægevidenskabelig embedseksamen for at kunne få ansættelse som embedslæge er fastsat: i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 581 af 14. november 1973 om uddannelse af embedslæger (som ændret ved bekendtgørelse nr. 374 af 1. juli 1977) som er udstedt i medfør af § 2, stk. 1 i lov om embedslægeinstitutioner.

Det kræves ifølge bekendtgørelsens § 1, at ansøgeren har tilladelse til selvstændigt virke som læge eller ret til at betegne sig som alment praktiserende læge, samt at ansøgeren har gennemgået et kursus af indtil 4 måneders varighed i samfundsmedicin og bestået den i tilknytning til kurset afholdte eksamen.

Der er ikke hidtil stillet yderligere formelle krav til uddannelsen for at opnå ansættelse som embedslæge. De fleste embedslæger har imidlertid en længere praktisk samfundsmedicinsk uddannelse bag sig, og flere er endvidere speciallæger i andre specialer.

Ifølge bekendtgørelse nr. 581 forestås kursus i samfundsmedicin af et nævn på indtil 12 medlemmer, som fastsætter regler for undervisningens indhold og omfang, samt har den endelige afgørelse om optagelse på kurset. Kursus i samfundsmedicin afholdes normalt hvert andet år.

Med indførelse pr. 1. januar 1983 af nye bestemmelser om videreuddannelse til speciallæge er der etableret et speciale i samfundsmedicin med obligatorisk liniedeling i "samfundsmedicin/administrativ medicin" og "samfundsmedicin/arbejdsmedicin".

Uddannelsen omfatter 36 måneders klinisk uddannelse (incl. turnusuddannelse) og 36 måneders samfundsmedicinsk uddannelse. For så vidt angår den samfundsmedicinske/administrative linie omfatter den samfundsmedicinske uddannelse 12 måneders teoretisk-videnskabelig uddannelse, 12 måneders generel

administrativ uddannelse og 12 måneders ansættelse som embedslægeassistent.

Den teoretiske videreuddannelse i samfundsmedicin omfatter et kursus af ca. 4 måneders varighed omfattende undervisning i samme hovedområder, som indgik i det tidligere kursus i samfundsmedicin:

- sundhedsvæsenets struktur og organisation
- sundhedsvæsenets funktion
- sundhedspolitik
- lovgivning og administration
- sundhedsplanlægning, sundhedsøkonomi og administrativ medicin
- epidemiologi og statistik
- medicinsk sociologi og sociologiske forskningsmetoder
- socialmedicin
- hygiejne/miljømedicin
- toksikologi
- arbejdsmedicin
- retslægelige fag.

Som for alle andre specialer påhviler ansvaret for speciallægeuddannelsens indhold og omfang det i lægelovens § 4 omtalte specialistnævn. For at sikre en tilstrækkelig koordination af den praktiske og teoretiske videreuddannelse i samfundsmedicin samt for at følge udviklingen inden for det nye speciale, har specialistnævnet nedsat et særligt udvalg for specialet i samfundsmedicin med rådgivende funktion over for specialistnævnet. Specialistnævnet har netop besluttet at revidere det siddende udvalgs sammensætning bl.a. for at sikre, at de institutioner og organer, som har sæde i det tidligere nævnte nævn vedrørende kursus i samfundsmedicin (nedsat i medfør af bekendtgørelse om uddannelse af embedslæger) også vil blive repræsenteret i specialistnævnets udvalg.

Med indførelsen af et speciale i samfundsmedicin vil det være naturligt, at der som betingelse for ansættelse som embedslæge kræves, at ansøgeren er speciallæge i samfundsmedicin/administrativ medicin. Dette forhold indgik i speciallægekommissionens overvejelser og er siden fulgt op i "Indstilling

og redegørelse af uddannelsesforløb inden for det samfundsmedicinske område, maj 1980", som udarbejdedes af et udvalg under specialistnævnet, og som blev lagt til grund for de endelige speciallægereglers udformning. I forbindelse med etablering af det nye speciale har specialistnævnet henledt opmærksomheden på de særlige stillingsmæssige forhold inden for det samfundsmedicinske område. Nævnet finder at speciallægeanerkendelse i samfundsmedicin på længere sigt må være en forudsætning for fastansættelse inden for det samfundsmedicinske område, men at man i en længere overgangsperiode ikke ville kunne sætte dette som obligatorisk krav.

Sundhedsstyrelsen har bl.a. i forbindelse med oversendelse af forslaget til indenrigsministeriet tilsluttet sig dette synspunkt.

VII.2. Efteruddannelse af embedslæger m.v.

Embedslægerens efteruddannelse består dels i individuel uddannelsesaktivitet i form af kurser og endagsmøder og dels i generelle uddannelsesaktiviteter forestået af sundhedsstyrelsen såsom årsmøde, mini-embedslægemøder og enkelte kurser.

De individuelle kurser, hvortil embedslægerne ansøger sundhedsstyrelsen om deltagelse, er typisk kurser inden for miljøområdet (indeklima, vandforurening, særligt forurenende virksomheder og toksikologi) samt kurser inden for det socialmedicinske/sundhedsplanlæggende område (alkohol og narkotikamisbrug, børnemishandling, selvmord, sundhedsplanlægning og sundhedsøkonomi). Disse kurser eller endagsmøder arrangeres eksempelvis af Ingeniørforeningen, Danmarks; Forvaltningshøjskole, Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg, Københavns Universitet, Det lægevidenskabelige Forskningsråd, Arbejdsmiljøinstituttet og Foreningen af Forsorgsledere.

Sundhedsstyrelsen afholder et årligt møde med deltagelse af så godt som alle embedslæger, embedslægeassistenter og sygeplejersker ved institutionerne. Mødet varer i 3 dage og har de seneste år været bygget op over et eller flere hovedemner, men omfatter desuden en generel orientering fra sundhedsstyrelsens forskellige afdelinger. I 1981 var hovedemnerne: "Embedslægevæsenet - status og vurdering, embedslægevæsenet i fremtiden, embedslægeinstitutionernes samfundsmedicinske opga-

ver". I 1982 var hovedemnet: "Development in the community medicine, generel European, Nordic and British perspectives" med internationale indledere efterfulgt af gruppearbejde og panel-diskussion. Hovedtemaet, for årsmødet 1983 var sundhedstjenesterne i en omstillingsproces.

Med henblik på at styrke samarbejdet med andre instanser har årsmødet iøvrigt deltagelse fra indenrigsministeriet, miljøstyrelsen, direktoratet for arbejdstilsynet, socialstyrelsen, statens seruminstitut, dansk institut for klinisk epidemiologi, universiteter samt kommunale og lægelige organisationer.

De såkaldte mini-embedslægemøder afholdes af sundhedsstyrelsen med deltagelse af en til to embedslæger fra hver institution afhængig af dennes størrelse. De senere år har man tilstræbt at afholde ca. 3 sådanne årlige etdags mini-embedslægernøder af informerende og orienterende art. De senere år har emnerne eksempelvis været tilsyn med børneinstitutioner under den tidligere særforborg, apotekstilsyn og lægemiddelplanlægning, stofmisbrugsproblemer og embedslægernes årsberetning. Nogle mini-embedslægemøder holdes i samarbejde med andre myndigheder. Eksempelvis har man afholdt møde om vandkvalitet m.v. i samarbejde med miljøstyrelsen og flere møder om smitsomme sygdomme i samarbejde med statens seruminstitut.

Herudover har sundhedsstyrelsen foranlediget afholdt nogle flerdagevarende opholdskurser ligeledes med deltagelse af en til to embedslæger fra hver institution. Emner for disse kurser har f.eks. været skadedyrsbekæmpelse, sygehusplanlægning, sundhedsøkonomi samt epidemiologi og statistik.

Udgifterne til efteruddannelse afholdes over finanslovs-kontoen for embedslæger (§ 13.06.05). Disse udgjorde i 1981 kr. 381.000, i 1982 400.000 og i 1983 340.000. For finansåret 1984 er der en bevilling på 450.000 kr., som imidlertid indebærer en nedsat kursusaktivitet i forhold til tidligere år (en reduktion svarende til formentlig ca. 10 individuelle kurser), fordi bl.a. Danmarks Forvaltningshøjskole nu har indført opkrævning af kursusgebyr og betaling af materialer.

I 1983 har sundhedsstyrelsen godkendt 56 ansøgninger om individuelle kurser, heraf 42 fra embedslæger, 4 fra embedslægeassistenter, 1 fra sygeplejersker og 9 fra kontorpersonalet.

VI1.3. Vurdering og forslag.

Som nævnt er der i specialistnævnet og sundhedsstyrelsen enighed om, at det på længere sigt vil være rimeligt med et krav om specialistanerkendelse i samfundsmedicin/administrativ medicin for at opnå ansættelse som embedslæge. Med indførelsen af specialet samfundsmedicin, der reguleres i henhold til indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 323 af 2. juni 1982 om speciallæger, er man i den situation, at området og især kursus i samfundsmedicin henhører under 2 forskellige sæt love. Dette er u hensigtsmæssigt, og bekendtgørelsen om embedslægers uddannelse bør derfor snarest belejlgt revideres, således at ansøgere for at opnå ansættelse som embedslæge efter en længere overgangsperiode vil skulle være speciallæger i samfundsmedicin/administrativ medicin. Endvidere bør nævnes, at uddannelsen til speciallæger, herunder kursus i samfundsmedicin varetages af det i lægeloven nævnte specialistnævn.

Overgangsperiodens længde vil være afhængig af tilgangen til specialet og antallet af uddannelsesstillinger. Yngre læger kan i øjeblikket være ansat i op til 5 år i en embedslæge-assistentstilling, og med de nuværende ialt 6 heltidsstillinger som embedslægeassistent vil der kunne uddannes 1-3 speciallæger om året, afhængig af, hvor længe embedslægeassistenten bliver siddende i samme stilling. Dimensioneringen af den fremtidige uddannelse til speciallæge i samfundsmedicin vil løbende blive vurderet af specialistnævnets udvalg på baggrund af udbuds- og efterspørgselsprognoser. Umiddelbart synes en kapacitet på 1-3 speciallæger om året at være utilstrækkeligt. Situationen vil imidlertid kunne forbedres med en beskedne udvidelse af antallet af assistentstillinger.

Med revisionen af specialistnævnets udvalg vedrørende specialet i samfundsmedicin vil alle interesserede og involverede institutioner og organer være sikret medindflydelse på specialets udvikling, herunder planlægning og tilrettelæggelse af den teoretiske videreuddannelse, også efter at det hidtidige nævn vedrørende kursus i samfundsmedicin vil blive ophævet.

Såvel efter- og videreuddannelsen bærer præg af de mange krav, der stilles om særlig ekspertise og aktuel viden. Det er derfor ønskeligt, at de forskellige myndigheder også præsenterer deres interesser og ønsker i form af kursustilbud. Der må

fortsat lægges vægt på, at selve uddannelsen og efteruddannelsen sikrer og udbygger en ajourført viden inden for de forskellige områder, som embedslægevæsenet varetager samt de tværfaglige aspekter.

Udvalget vedrørende
embedslægevæsenet/
underudvalget vedrørende
socialmedicin.
Sekretariatet.
Adr. Indenrigsministeriet.

Rapport fra underudvalget vedrørende socialmedicin.

juni 1983.

I. <u>Indledning</u>	1
11. <u>Resumé og sammenfatning af embedslægenes socialmedicinske opgaver</u>	2
1. <u>Indledning</u>	2
2. <u>Resumé</u>	2
3. <u>Sammenfatning</u>	4
III. <u>Embedslægeinstitutionernes funktioner i ordningerne vedrørende sundhedspleje, hjemmesygepleje, svangerskabshygiejne og fødselsbetjening, samt skolesundhedspleje</u>	6
1. <u>Ordningens legale grundlag og formål</u>	6
2. <u>Den embedslægelige funktion og dens udførelse</u>	8
3. <u>Underudvalgets vurderinger og forslag</u>	9
IV. <u>Tilsyn med institutioner m.v. inden for social- og sundhedsområdet</u>	j_0
1. <u>Det legale grundlag</u>	10
2. <u>Embedslægenes opgaver</u>	12
3. <u>Tilsynets omfang og den embedslægelige udførelse af tilsynet</u>7.	13
4. <u>Underudvalgets vurderinger og forslag</u>	17
V. <u>Misbrugsområdet</u>	19
1. <u>Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion</u>7.	19
2. <u>Underudvalgets vurderinger og forslag</u>	21
VI. <u>Forebyggelsesområdet</u>	22
1. <u>Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion</u>	22

2. <u>Underudvalgets vurderinger og forslag</u>	23
VII. <u>Amtskommunale visitationsudvalg, amtsan- nævn, samt adoptionssamrad</u>	23
1. <u>Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion</u>	23
2. <u>Underudvalgets vurderinger og forslag...</u>	26
VI11. <u>Lægemiddelforsyning og apoteksvisitatser</u>	27
1. <u>Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion</u>	27
2. <u>Underudvalgets vurderinger og forslag</u>	29
IX. <u>Planlægningsopgaver, herunder Amtskommunale samordningsudvalg og fællesudvalg, samt syge- husplanlægning</u>	29
1. <u>Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion</u>	29
2. <u>Underudvalgets vurderinger og forslag...</u>	31

I. Indledning.

På embedslægeudvalgets 1.møde den 24.august 1982 blev det besluttet at nedsætte 3 underudvalg vedrørende henholdsvis socialmedicin, hygiejne og miljø, samt retsmedicin - samt truffet aftale om formand og medlemmer for disse.

Underudvalget vedrørende socialmedicin afholdt 1.møde den 20.oktober 1982, og har haft følgende sammensætning:

Kontorchef i indenrigsministeriet, Ebba Lund (formand).

Forvaltningschef i social- og sundhedsforvaltningen,
Fyns amtskommune, Bengt Bengtson.

Fuldmægtig i socialministeriet, Per Hansen.

Sociolog i forebyggelsesrådet, Bjørn Evald Holstein.

Embedslæge i embedslægeinstitutionen for Frederiksborg
amt, Niels Bloch Jespersen.

Embedslæge i embedslægeinstitutionen for Roskilde amt,
Bent Lund Jørgensen.

Stadslægen i København, H.E.Knipschildt.

Overlæge i sundhedsstyrelsen, Nils Rosdahl.

Socialinspektør i social- og sundhedsforvaltningen i
Tårnby kommune, Knud Ørskov.

Sekretariatsforretningerne er varetaget af fuldmægtig i indenrigsministeriet, Thomas Clement og assisterende læge i sundhedsstyrelsen, Jane Hoffmeyer.

Der har ikke foreligget noget egentligt kommissorium for underudvalget. Den nærmere afgrænsning af opgaver og områder er foregået dels i underudvalget, dels ved statusrapportering til pienarudvalget.

Som det fremgår af denne rapport, har underudvalget gennemgået det legale grundlag for embedslægernes funktioner på det sundhedsmæssige og sociale område, det vil navnlig sige inden for indenrigsministeriets og socialministeriets område. Underudvalget har vurderet den embedslægelige funktions betydning og

omfang på disse områder. Rapportens beskrivelser af embedslægeinstitutionernes faktiske medvirken i opgaverne er baseret dels på embedslægeinstitutionernes beretninger for 1981 og 1982, dels på drøftelserne i underudvalget.

Underudvalget har afholdt 7 møder. På et møde afholdt den 21. april 1983, har underudvalget haft lejlighed til at drøfte embedslægeinstitutionernes rolle i sygehus- og sundhedsplanlægningen med kontorchef i Amtsrådsforeningen i Danmark, Stig Lohmann, og amtssygehusdirektør i Frederiksborg amtskommune, Jørgen F. Varder.

II. Resumé og sammenfatning af embedslægernes sociaimedicinske opgaver.

1. Indledning.

Denne rapport handler om embedslægernes funktioner inden for væsentlige dele af det socialmedicinske område.

I bred forstand dækker området også de emner, som er behandlet af underudvalget vedrørende miljø og hygiejne samt emner, som - uden at være behandlet i noget underudvalg - tages op af hovedudvalget, navnlig spørgsmålet om generelt at beskrive, vurdere og følge sundhedstilstanden, sygeligheden og sygdomsmønstret.

Underudvalget vedrørende socialmedicin har afgrænset sin opgave snævert. I dette afsnit af rapporten resumeres først (under punkt 2) ganske kort de specifikke emner, underudvalget har beskæftiget sig med.

Dernæst sammenfattes (under punkt 3) mere generelt underudvalgets overvejelser og vurderinger omkring embedslægeinstitutionernes fremtidige opgaver og funktioner inden for det socialmedicinske område.

2. Resumé.

Underudvalget har gennemgået de opgaver, som embedslægerne varetager inden for det socialmedicinske område. Det drejer sig om funktioner inden for, hvad man kunne kalde mere personrettede alment forebyggende foranstaltninger, skolelægeordning, sund-

hedspleje m.v., jfr. afsnit III, tilsynsfunktioner med institutioner, jfr. afsnit IV, opgaver vedrørende bekæmpelse af misbrug af narkotika og alkohol samt vedrørende forebyggelse i meget bred forstand, jfr. afsnit V og VI, rådgivning til og deltagelse i forskellige hovedsageligt amtslige organer, der behandler sager om enkeltpersoners sundhedsmæssige forhold i relation til visse dele af den sociale lovgivning, jfr. afsnit VII, tilsynsfunktioner vedrørende lægemiddelforsyning, afsnit VIII, samt endelig opgaver inden for planlægning m.v. af det amtskommunale sygehus- og sundhedsvæsen, jfr. afsnit IX.

Embedslægerne opgaver på disse områder er i bestemmelserne herom enten meget bredt formuleret, f.eks. i form af "fører tilsyn med", "skal udtale sig over" eller lignende, eller også baseres embedslægerne bistand og rådgivning på lovbemærkninger om, at det må anses for "naturligt" eller "hensigtsmæssigt", at embedslægeinstitutionen inddrages på et givet område.

Det er underudvalgets vurdering, at de i de nævnte afsnit omhandlende opgaver i alt væsentligt varetages rimeligt og hensigtsmæssigt. Der er ret betydelige forskelle på, hvorledes de forskellige opgaver prioriteres og varetages i de forskellige embedslægeinstitutioner. Forskellene er en følge af, at der i de enkelte institutioner er forskellig ekspertise til rådighed og, at den rådgivning og bistand, der efterspørges, kan variere. Endelig er ressourcerne ikke helt ligelig fordelt.

Underudvalget anslår, at en embedslægeinstitution anvender ca. 1/2-delen af institutionens ressourcer til de socialmedicinske opgaver.

Embedslægerne har til opgave først og fremmest at medvirke til at sikre sundhedsmæssigt forsvarlige forhold på nærmere bestemte områder. Underudvalget mener, at det er vigtigt, at embedslægerne løbende - og tidligst muligt - er opmærksomme på ændringer og tendenser, som udvikler sig inden for disse og tilgrænsende områder. Det må forudsættes, at embedslægerne også prioriterer de foreliggende opgaver under hensyn til de lokale forskelle.

Der peges på visse funktioner, navnlig vedrørende nævns- og samrådsarbejde angående enkeltpersoners forhold (kapitel VII),

som ikke specielt kræver embedslægelig medvirken, og hvor embedslægernes opgaver efter underudvalgets opfattelse kan udføres af andre. Derved kan der frigøres en vis ressourcereserve til de opgaver, der fremhæves i det følgende.

3. Sammenfatning.

Embedslægernes virkefelt er påvirket afgørende af de strukturændringer, der er fulgt i kølvandet på kommunalreformen af 1970, og hvorved meget omfattende opgaver på sociale og sundhedsmæssige områder er udlagt til primærkommuner og amtskommuner, f.eks. lov om offentlig sygesikring (1973), bistandsloven (1976) og særforsorgen (1980). Særlig kan fremhæves de kommunale myndigheders opgaver ifølge den sociale styrelseslovs bestemmelser om udbygningsplanlægning på sociale og visse sundhedsmæssige områder.

I 1970'erne har amtskommunerne og kommunerne som følge heraf investeret stor indsats på udbygningsplanlægningen. Planlægningsopgaverne er varetaget af medarbejdere i social- og sundhedsforvaltningerne, og der er i stigende omfang anvendt økonomisk og statistisk ekspertise. I det omfang, de lokale myndigheder har haft behov for at få neutral uafhængig socialmedicinsk rådgivning og bistand, har de kunnet henvende sig til embedslægeinstitutionerne. Dette er sket i stigende grad.

De kommende års opgaver og udfordringer består næppe i videre udbygning og sofistikering af de sundhedsmæssige ordninger og de sociale institutioner m.v. Den omstillingsproces, der er i gang, og som må forventes at accellerere de kommende år, stiller krav om overvejelser af alternative sundhedsmæssige prioriteringer. Uanset at disse prioriteringer må påregnes foretaget tværsektorielt, må oplæg og indstillinger forventes at være præget af en given delsektors naturlige syn på værdien af netop denne sektors betydning - socialt og sundhedsmæssigt.

Embedslægerne stilles af staten til rådighed som sundhedsfaglige rådgivere for de lokale myndigheder også i denne omstillingsproces. I kraft af deres status opfattes embedslægeinstitutionerne af de kommunale myndigheder som neutrale rådgivere. Kombinationen uafhængig og neutral rådgivning og lokalt kendskab

parret med socialmedicinsk uddannelse og engagement bevirker, at embedslægerne kan komme til at spille en ganske betydningsfuld rolle i den omstillingsproces inden for social- og sundhedssektoren, som må forventes udviklet i de kommende år.

I delsektorernes oplæg og diskussioner har embedslægerne særlige forudsætninger for på det lokale plan og med en bredere sundhedsfaglig indsigt at kunne tale "de fraværendes sag". Forstået i den forstand, at embedslægerne f.eks. ved sygehusplanlægningen kan fremføre synspunkter og vurderinger set fra patienter, forbrugere og pleje- og praksissektor og f.eks. ved drøftelser om praksisplanlægning kan fremføre synspunkter vedrørende sygehusplanlægning.

Denne vigtige rolle som "garant" for de "fraværende" forudsætter en meget høj grad af neutralitet og uafhængighed, både af lokale myndigheder med ansvar for finansiering og omstilling og af snævrere organisationsinteresser.

Der ligger også i denne status en vældig udfordring til embedslægerne ved deltagelse i de kommende års revurderinger inden for sundhedsvæsenet samt en opfordring til lokale myndigheder om at gøre brug af den sundhedsfaglige bedømmelse, som embedslægerne kan yde.

For så vidt angår den amtskommunale og primærkommunale planlægning på sundhedsmæssige områder bemærkes, at myndighederne ikke - som på de øvrige områder - i forvaltningen råder over kombinationen af planlæggere og socialmedicinsk sagkyndige, og en sådan kombination kan iøvrigt ikke i praksis tilvejebringes på anden måde.

Den stigende anvendelse af embedslægerne i planlægningsopgaverne - således som de forventes at blive de kommende år - er derfor udtryk for en hensigtsmæssig udvikling.

Det vil endelig tilsvarende være nærliggende, at de statslige myndigheder benytter embedslægerne i bestræbelserne på at sikre, at lovgivers intentioner på de socialmedicinske områder følges. Der tænkes ikke hermed i første række på en egentlig "politimæssig" virksomhed, men på et tilsyn med, at sundhedsmæssige ordninger, visitationssystemer o.s.v. fungerer fagligt re-

levant og ensartet - med de variationer, der følger af det kommunale selvstyre. Et sådant tilsyn kan iøvrigt vise sig at blive et nødvendigt instrument ved analyser af sundhedstilstand, sygelighed og sygdomsmønster, jfr. indledningen.

Det må iøvrigt fremhæves, at embedslægernes socialmedicinske sagkundskab må påregnes at skulle suppleres med en efteruddannelse, som tager sigte på medvirken i de kommende års planlægningsopgaver. Den specialisering der har fundet sted på embedslægeinstitutionerne må forventes videreført.

De her nævnte noget sporadiske overvejelser bør efter underudvalgets opfattelse indgå i hovedudvalgets vurderinger.

III. Embedslægeinstitutionernes funktioner i ordningerne vedrørende sundhedspleje, hjemmesygepleje, svangerskabshygiejne og fødselsbetjening, samt skolesundhedspleje.

1. Ordningens legale grundlag og formål.

Embedslægernes bistand til statslige, amtskommunale og kommunale myndigheder ved planlægningen og gennemførelsen af ordninger vedrørende sundhedspleje, hjemmesygepleje, svangerskabshygiejne og fødselsbetjening, samt skolesundhedspleje, er udtrykkeligt nævnt i § 10, stk. 1, i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutioner m.v.

Der er for alle ordningernes vedkommende tale om en ramme-lovgivning.

Det legale grundlag for de enkelte ordninger er:

Sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejerskeordninger: Lov nr. 408 og 409 af 13. juni 1973 om henholdsvis hjemmesygeplejerske- og sundhedsplejerskeordninger. Omfang og krav til ordningerne er fastsat i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 162 af 27. marts 1974 om sundhedsplejerskeordninger og indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 198 af 17. maj 1979 om hjemmesygeplejerskeordninger. Sundhedsstyrelsen har i cirkulærer af juli 1974 fastsat retningslinier for tilrettelæggelse af ordningerne.

Svangerskabshygien- og fødselshjælpsordninger: Lov nr. 282 af 7.juni 1972 om svangerskabshygien og fødselshjælp med senere ændringer, (lovbekendtgørelse nr. 431 af 3.september 1975). Retningslinier for ordningerne er fastsat i indenrigsministeriets cirkulære af 23.marts 1973.

Skolelægeordninger: Lov nr. 266 af 7.juni 1972 om skolelægeordning med senere ændringer (lovbekendtgørelse nr. 430 af 16.august 1974). Omfang og tilrettelæggelsen af ordningerne er fastsat i henholdsvis indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 535 af 4.oktober 1982 og sundhedsstyrelsens cirkulære af 31.januar 1973.

Bortset fra hjemmesygeplejerskeordningerne omfatter ordningerne alment sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger. Hjemmesygeplejerskeordningerne er sygdomsbehandlende foranstaltninger med det sigte at aflaste sygehusvæsenet og mindske behovet for brugen af institutionspladser.

Ansaret for - og finansieringen af - ordningerne er decentraliseret, og forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender. Kommunerne har det direkte ansvar for tilrettelæggelsen og gennemførelsen af sundheds- og hjemmesygeplejerskeordningerne samt skolelægeordningerne. Amtskommunerne har det direkte ansvar for gennemførelsen af ordningerne vedrørende svangerskabshygien - og fødselshjælp samt ansvaret for at koordinere navnlig sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejerskeordningerne.

Det er karakteristisk for den praktiske tilrettelæggelse af ordningerne, at disse forudsætter et tæt samarbejde dels mellem de enkelte ordninger, dels mellem ordningerne og andre dele af det kommunale og amtskommunale sundheds- og socialvæsen. Amts-sundhedsplejersken varetager den konsultative støtte til de kommunale myndigheder om ordningernes tilrettelæggelse og den faglige støtte til sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker. Embedslægeinstitutionen følger denne virksomhed og medvirker ved udbygningen af dette samarbejde. I amter hvor der findes en amtsjordemoder, forestår denne den praktiske tilrettelæggelse af svangerskabshygien- og fødselshjælpsordningerne.

2. Den embedslægelige funktion og dens udførelse.

I de lovmæssige beskrivelser af de embedslægelige funktioner er hovedvægten lagt på medvirken ved planlægning og vejledning i forbindelse med udførelse af ordningerne.

Således:

- Afgiver embedslægeinstitutionen på begæring af kommuner og amtskommuner udtalelser i forbindelse med planlægning af sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejerskeordningen, samt yder vejledning angående den mest hensigtsmæssige indpasning af ordningerne i det kommunale og amtskommunale social- og sundhedsvæsen. Efter anmodning afgiver institutionen endvidere udtalelser om, hvorvidt sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejerskeordningen er i overensstemmelse med udviklingen og befolkningens behov, og om forslag til ændringer af ordningerne. Den embedslægelige bistand sker i praksis i samarbejde med amtssundhedsplejersken og ofte i form af møder med repræsentanter for disse sygeplejerskegrupper. Bistanden drejer sig f.eks. om udvikling af tværfagligt samarbejde med læger, sygehuse, sociale institutioner og myndigheder m.v., om løsning af konkrete tværfaglige konfliktsituationer eller om individuel rådgivning til sygeplejerskegruppen om enkeltsager. Samarbejdet er oftest af uformel karakter. Endvidere ydes der bistand ved udarbejdelse af statistiske beskrivelser på området.
- I retningslinierne om svangerskabshygien og fødselshjælp er det forudsat, at planen for fødselshjælpen tilvejebringes efter samarbejde med embedslægen, og de(n) obstetiske chef(er) for specialafdelingen. I praksis består bistanden således væsentligst i rådgivning af politiske og forvaltningsmæssige organer, ved koordination af faggrupper samt løsning af efteruddannelsesproblemer, og ydes i samarbejde med områdets speciallæger i obstetrik samt med amtssundhedsplejersken og amtsjordemoderen.
- I relation til skolelægeordningerne yder embedslægeinstitutionen faglig bistand ved tilrettelæggelse, gennemførelse og vurdering af en af kommunen etableret forsøgsvirksomhed vedrørende skolelægeordningens struktur og funktion. Herudover deltager em-

bedslægeinstitutionerne i forhandlinger med socialstyrelsen i spørgsmål om undtagelse af enkeltinstitutioner fra skolelægeordningen. I praksis består embedslægenes opgaver navnlig i udtalelser i sager vedrørende skolebyggeri, behandling af sager vedrørende indeklime i skolerne samt i udtalelser vedrørende ansøgere til skolelægestillinger. Institutionerne har også været involveret i skolelægeservice, og har således etableret løbende kontakt til skolelæger om faglige problemer, ligesom de deltager i møder med skolelægerne. Det må iøvrigt påregnes, at den planlægning der finder sted efter den seneste ændring af skolelægeordningen vil indebære, at embedslægenes opgaver inden for området intensiveres.

Herudover er embedslægeinstitutionerne tillagt mere konkret betonedede opgaver:

- Afgivelse af udtalelser - efter anmodning - i ansættelses- og afskedigelsessager vedrørende sundheds- og hjemmesygeplejersker. Ved ansættelse af en skolelæge skal kommunalbestyrelsen indhente en erklæring fra embedslægeinstitutionen vedrørende de indkomne ansøgninger.
- Tilsyn med de til ordningerne knyttede medicinalpersonale, samt tilsyn med skolelægeordningens virksomhed.

4. Underudvalgets vurderinger og forslag.

Udgangspunktet for underudvalgets vurdering af embedslægeinstitutionernes opgaver på de beskrevne områder er, at institutionerne skal fungere som uafhængige konsulenter over for de politisk og administrativt ansvarlige for ordningerne. Konsulentfunktionen, hvis omfang og intensitet er afhængig af de lokale myndigheders initiativ, forudsættes opfyldt dels i form af sundhedsfaglig rådgivning, dels i form af formidling af tværfaglige kontakt og samarbejde faggrupperne imellem.

Det er underudvalgets opfattelse, at embedslægeinstitutionerne i deres rådgivning skal formidle lovgivers intentioner, herunder medvirke til sikring af det fagligt relevante indhold i ordningerne. Forståelse for perspektiverne i opgaveløsningen

tilpasset den samfundsmæssige udvikling er et vigtigt element i denne rådgivning.

Underudvalget finder, at den embedslægelige bistand er af betydning for tilrettelæggelsen og udførelsen af ordningerne, og at embedslægerne synes at opfylde deres funktioner. Det ville være ønskeligt, om det lokalt blev tydeliggjort, hvilke opgaver embedslægerne skal udføre i forbindelse med ordningerne. Underudvalget finder endvidere, at det er af væsentlig betydning, at embedslægerne deltager i efteruddannelsesaktiviteter af de til ordningerne knyttede personalegrupper.

Der er enighed om, at der i de senere år ikke har været tale om de store planlægningsopgaver, men derimod opgaver af samarbejdsformidlende karakter. Det er underudvalgets opfattelse, at embedslægeinstitutionerne på baggrund af de erfaringer, de opnår ved kontakten til faggrupperne og deres kendskab til sundhedsforholdene i amtskredsen, er egnede til løsning af formidlingsopgaver og til at formidle og støtte nødvendige omstillinger og forsøgsordninger. Betydningen af embedslægernes uafhængighed i rådgivnings- og formidlingssituationerne skal understreges.

IV. Tilsyn med institutioner inden for social- og sundhedsområdet.

1. Det legale grundlag.

Indenrigsministeren kan i medfør af § 8 i lov af 13. juli 1973 om embedslægeinstitutioner m.v. fastsætte regler for de sundhedsmæssige forhold på behandlings- og plejeinstitutioner m.v. samt klinikker og lignende for lægelig behandling og legemspleje. Disse regler er udformet i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 435 af 23. august 1974 om reglement vedrørende sundhedsmæssigt tilsyn med institutioner, klinikker m.v. (tilsynsreglement). Samme dato har indenrigsministeriet udsendt et cirkulære om reglementet til samtlige amtsråd, kommunalbestyrelser og embedslæger.

Endvidere påhviler det embedslægeinstitutionerne i medfør af § 10 i bekendtgørelse af 19. september 1974 om embedslægein-

stitutionernes virksomhed at bistå statslige, amtskommunale og kommunale myndigheder ved planlægning og gennemførelse af sociale og sundhedsmæssige opgaver bl.a. inden for institutionsområdet.

Endelig fører embedslægeinstitutionen på sundhedsstyrelsens vegne tilsyn med personalets virksomhedsudøvelse i medfør af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse og den for medicinalpersonalet gældende særlige lovgivning, f.eks. lægelov, sygeplejerskelov o.s.v.

Udover dette særlige sundhedsmæssige tilsyn, fører de kommunale og amtskommunale myndigheder et slags driftsherremæssigt tilsyn med en række forhold vedrørende institutionerne, jfr. bistandslovens kapitel 16 og 17.

Bestemmelserne i tilsynsreglementet vedrører forhold, der før 1.oktober 1974 var reguleret ved lokale sundhedsvedtægter, og som ikke blev omfattet af miljøbeskyttelsesloven og de i medfør heraf udstedte regler. Tilsynsreglementet giver regler for, hvilke typer af institutioner, som omfattes af tilsynet med de sundhedsmæssige forhold.

Kommunalbestyrelsen i den kommune, hvor en institution m.v. - det være sig en statslig, amtskommunal, kommunal eller privat - er beliggende, kan i henhold til tilsynsreglementet udstede påbud og forbud over for institutioner m.v., hvor der optræder sundhedsmæssigt uforsvarlige forhold. For de af kommunalbestyrelsen drevne institutioner beliggende i kommunen, udøves denne beføjelse af vedkommende amtsråd (indenrigsministeren udøver beføjelsen over for institutioner, der drives af Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser, og som er beliggende i de to kommuner).

Kommunalbestyrelsen/amtsrådet kan udstede påbud eller forbud vedrørende de i tilsynsreglementet omhandlede institutioner m.v., uanset at visse kategorier af disse ifølge tilsynsreglementet ikke skal underkastes løbende sundhedsmæssigt tilsyn. Kommunalbestyrelsen kan ikke udstede påbud eller forbud over for klinikker drevet af offentlig autoriserede medicinalpersoner. Sådanne må i givet fald udstedes af sundhedsstyrelsen i medfør af den for medicinalpersoner gældende særlige lovgivning.

2. Embedslægeinstitutionernes opgaver.

Embedslægeinstitutionernes tilsynsfunktion skal sikre, at institutionerne drives sundhedsmæssigt forsvarligt. Der er ikke i tilsynsreglementet givet nærmere regler for samarbejdet mellem de kommunale råd og embedslægerne, men det er forudsat, jfr. og så socialstyrelsens vejledning af 5. september 1980 om kommunernes tilrettelæggelse af tilsynet med plejehjem og beskyttede boliger, at udstedelse af pålæg eller nedlæggelse af forbud normalt sker på grundlag af en embedslægeindstilling. Det er endvidere nævnt, at der bør foregå en løbende orientering embedslægerne og de kommunale myndigheder imellem om den sundhedsmæssige kontrol med de forskellige institutioner. Der er ingen generel pligt for de kommunale myndigheder til at inddrage embedslægeinstitutionerne i behandlingen af sager efter tilsynsreglementet, men det henstilles, at institutionen inddrages på et så tidligt stadium i sagsbehandlingen som muligt. Der er samtidig peget på behovet for, at der i tilsynssager er mulighed for, at embedslægeinstitutionen kan samarbejde med kommunalt og amtskommunalt sygeplejerskeuddannet personel, samt særligt for så vidt angår sager om køkkenforhold med de kommunale levnedsmiddelkontrolenheder.

Generelt kan det om embedslægeinstitutionernes tilsynsvirk-somhed anføres, at de har en selvstændig forpligtelse til at fø-re tilsyn uafhængigt af det kommunale tilsyn. Tilsynet vedrører i det væsentligste sundhedsmæssige og hygiejniske forhold. Nor-meringsmæssige forhold tages kun op til vurdering, hvis der er tvivl om, hvorvidt driften af institutionen er forsvarlig. Det er ikke foreskrevet, hvorledes tilsynet skal tilrettelægges, herunder om der skal føres et periodisk tilsyn, ligesom der hel-ler ikke er givet bindende retningslinier for, hvorledes de hy-giejniske forhold skal bedømmes. Der har dog udviklet sig en vis ensartet praksis på området.

Embedslægeinstitutionerne kan overfor institutionernes le-dere og de kommunale myndigheder, som har driftsansvaret, frem-sætte henstilling om afhjælpning af eventuelle konstaterede mangler ved institutionerne. Embedslægeinstitutionerne kan på-

klage kommunalbestyrelsens/amtserådets afgørelser til indenrigsministeriet, jfr. embedslægelovens § 8, stk. 7. Embedslægeinstitutionerne kan ved at indbringe sagen for de kommunale tilsynsmyndigheder i givet fald fremkalde en afgørelse fra den kommunale myndighed.

3. Tilsynets omfang og embedslægernes tilsynsaktivitet.

Tilsynsreglementet inddeler institutioner m.v. i fire kategorier:

- a. Døgninstitutioner (kap.2).
- b. Daginstitutioner for børn under den undervisningspligtige alder (kap.3).
- c. Andre daginstitutioner og kostskoler m.v.(kap.3).
- d. Saloner, klinikker m.v. (kap.4).

a. Døgninstitutioner (Pleje- og behandlingsinstitutioner).

Gruppen af institutioner omfatter fødselsanstalter, børne- og ungdomshjem, bo-institutioner for personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, fængsler, plejehjem etc.

Embedslægernes tilsyn er et lægeligt, hygiejnisk tilsyn, der primært er rettet imod institutionen, dens forhold og drift, og i mindre grad mod de enkelte beboere. I socialstyrelsens vejledning af 5. september 1980 om kommunernes tilrettelæggelse af tilsynet med plejehjem og beskyttede boliger er embedslægernes tilsynsopgaver præciseret. Det fremgår, at der ved udmåling af behovet for tilsyn lægges vægt på, hvorvidt og i hvilket omfang der er knyttet lægelig sagkundskab til den institution, hvormed tilsynet udføres. Tilsynsaktiviteten vil endvidere være tilpasset de muligheder, de forskellige benyttetere af institutionen har for selv at vurdere forholdene og for at reagere mod eventuelle uheldige forhold.

Dette betyder, at det embedslægelige tilsyn i praksis specielt er rettet mod plejehjem. En plejehjensenquete i 1979 viste, at der gennemsnitlig foretages tilsyn på mellem 50 og 75% af de godt ca. 1.300 plejehjem pr. år. Det fremgik, at af de besøg, der gav anledning til påtaler, vedrørte de fleste påtaler

sanitære og køkkenforhold samt spørgsmål vedrørende fornødent sygeplejepersonale. Undersøgelsen viste, at plejehjemmene i gennemsnit blev tilset hvert andet år af en embedslæge, embedslæge-assistent eller sygeplejerske. Undersøgelsen gav ikke sundhedsstyrelsen eller indenrigsministeriet anledning til at foreslå ændringer i reglerne, idet man fandt, at tilsynets omfang generelt set var acceptabelt.

Embedslægernes faktiske tilsynsaktivitet med plejehjem kan sammenfattes derhen, at institutionerne generelt tilstræber at aflægge tilsyn hvert 2. år og også i praksis lever op til denne målsætning. Forinden de regelmæssige tilsyn orienteres ofte kommunen/amtskommunen samt det pågældende plejehjem. Selve tilsynets aflæggelse foretages ofte i følge med plejehjemmets leder, samt eventuelt kommunens ledende hjemmesygeplejerske eller det medlem af socialudvalget, der varetager kommunens tilsyn. Flere steder inddrages tillige amtets hygiejnesygeplejerske. På de plejehjem, hvor der findes forhold af sundhedsmæssig og hygiejnisk karakter, der må påtales, forsøges givet råd, vejledning og henstillinger i videst muligt omfang under gennemgangen. Mere principielle forhold drøftes med de enkelte primærkommuner ved et orienterende møde, som afholdes, når tilsyn med alle plejehjem i en kommune er afviklet. Ved opfølgende tilsyn forsøges vurderet, hvorvidt den ydede rådgivning og vejledning er efterkommet.

Praksis for rapportering om tilsynsaktiviteten er noget uensartet. Nogle embedslægeinstitutioner aflægger altid rapport både til driftsherren og tilsynskommunen, mens andre kun rapporterer vedrørende plejehjem, hvorfra der er klager, eller hvor embedslægen finder forholdene for beboerne utilfredsstillende.

Udover tilsynsvirksomheden yder embedslægeinstitutionerne rådgivning og vejledning i projekteringssager vedrørende nye plejehjem og modernisering af eksisterende plejehjem.

Embedslægerne skal føre tilsyn med bo-institutioner for personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap (den tidligere særforsorg), for så vidt de ikke er placeret som sygehusafdelinger under sygehusvæsenet med dertil svarende lægebehandling og tilsyn. På grundlag af redegørelser, indsendt til

sundhedsstyrelsen i 1980, har sundhedsstyrelsen anbefalet, at embedslægerne besøger disse bo- og daginstitutioner med samme hyppighed som de øvrige plejeinstitutioner i området. Embedslægeinstitutionerne har udover den egentlige tilsynsaktivitet været vidt involveret i en række opgaver, bl.a. med hensyn til planlægning, konkret rådgivning om bygningsmæssige forhold, normering, medicingivning m.v. Ofte har embedslægerne haft en central rolle som opmænd ved faglige konflikter, der opstod efter særforsorgens udlægning.

Egentlige behandlings- og diagnoseafsnit samt sengeafdelinger på sygehuse er undtaget fra embedslægetilsyn. Dette medfører dog ingen ret for sygehuset til at modsætte sig tilsyn, såfremt embedslægeinstitutionen i forbindelse med en klage skønner, at der er berettiget grund til at foretage inspektion. Derimod er køkken- og toiletforhold, centralvaskerier, sterilisations- og desinfektionsanlæg, opbevaring og intern transport af sundhedsfarligt affald, samt depoter, herunder forhold vedrørende opbevaring og fordeling af lægemidler, omfattet af tilsyn, der praktiseres således, at embedslægerne kun kommer på anfordring.

Endvidere er forsvarets og civilforsvarets behandlingsinstitutioner fritaget for embedslægetilsyn.

b. Daginstitutioner for børn under den undervisningspligtige alder (kap.3).

Denne kategori omfatter bl.a. aldersintegrerede børneinstitutioner, vuggestuer, børnehaver etc. Der er ikke for disse behov for regelmæssigt tilsyn, der iøvrigt også ville være uoverkommeligt. Tilsynet kan således oftest indskrænkes til at være et tilsyn på anfordring,, f.eks. ved klager, men i modsætning til de under c nævnte institutioner har embedslægerne her pligt til at føre et egentligt tilsyn.

Nogle steder arrangeres regelmæssige møder mellem socialforvaltningen og en af embedslægerne, hvor de problemer af sundhedsmæssig og miljømæssig art, som opstår i daginstitutionerne, drøftes. Projekteringssager for børneinstitutionerne forelægges ofte embedslægeinstitutionerne til udtalelse.

Imidlertid medfører specielt forholdene omkring optræden af smitsomme sygdomme en relativ tæt kontakt til institutionerne, idet embedslægerne her har en meget væsentlig rolle. Embedslægerens opgaver i forbindelse med forekomsten af smitsomme sygdomme er nu blevet udvidet og præciseret, jfr. indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 100 af 7.marts 1983 om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge. De nærmere regler og forpligtelser er beskrevet i rapporten fra underudvalget vedrørende hygiejne og miljø.

c. Andre daginstitutioner, kostskoler m.v. (kap.3).

Øvrige daginstitutioner samt kostskoler, højskoler m.v. er undtaget fra et egentligt tilsyn, bortset fra daginstitutioner for børn med vidtgående fysiske eller psykiske handicap.

For skolernes vedkommende gælder loven om skolelæger, hvorefter skolelægerne fungerer som tilsynsførende på embedslægeinstitutionernes vegne. Erklæringer fra skolelægerne vedrørende bl.a. de hygiejniske forhold i de af børnene benyttede lokaler forudsættes indsendt gennem embedslægen til den stedlige myndighed, ligesom embedslægeinstitutionerne vil blive impliceret, såfremt skolelægerne kommer ud for vanskelige forhold. Visse institutioner afholder regelmæssige møder med skolelægerne. Endelig får embedslægeinstitutionerne ofte forelagt projekteringssager til udtalelse.

d. Saloner, klinikker m.v. (kap.4).

Kategorien omfatter erhvervsmæssigt drevne klinikker og saloner, hvor behandlingens hovedformål er at fremme kundens udseende eller almindelige fysiske velbefindende,, f.eks. frisør-, skønhedsplejesaloner m.v. og klinikker med diagnostiske og terapeutiske formål, hvor virksomheden udøves af personer, der ikke har offentlig autorisation.

Der stilles ikke i reglementet krav om embedslægetilsyn. Kommunalbestyrelsen har adgang til at meddele påbud og forbud i tilfælde af uhygiejniske forhold og kan i den forbindelse ind-

drage embedslægerne. I praksis foretages kun tilsyn, hvis der klages.

Klinikker drevet af autoriserede medicinalpersoner, d.v.s. læger, tandlæger etc., er som sådanne undtaget fra embedslægetilsyn, da medicinalpersonalet jo er under tilsyn.

Tilskud fra den offentlige sygesikring til behandling hos fysioterapeut på klinik blev fra 1.januar 1982 gjort betinget af, at klinikken er godkendt af amtsrådet, i Københavns og Frederiksberg kommuner af kommunalbestyrelsen. Sundhedsstyrelsen har fastsat nærmere regler vedrørende klinikkernes indretning. Embedslægerne besigtiger lokalerne, og i praksis følger amtsrådene embedslægens indstilling.

Sammenfattende kan det om punkterne a-d konstateres, at embedslægeinstitutionerne ved tilsynsvirksomheden synes at lægge mere vægt på smidig vejledning og rådgivning end på restriktive initiativer.

Tilsynsvirksomheden udføres primært af sygeplejersken i de embedslægeinstitutioner, hvor en sådan er ansat. Embedslægerne deltager disse steder kun i tilsynet, såfremt der har været særlige problemer. I de øvrige embedslægeinstitutioner foretages tilsynet af embedslægerne - enkelte steder i samarbejde med amtssundhedsplejersken. Disse institutioner udtrykker alle ønske om ansættelse af sygeplejersker.

4. Underudvalgets vurderinger og forslag.

Det er underudvalgets opfattelse, at embedslægeinstitutionernes tilsynsaktivitet finder sted i overensstemmelse med de hensyn og intentioner, der ligger bag tilsynsbestemmelserne. Der synes at være etableret rimelige samarbejdsformer mellem embedslægeinstitutionerne og de kommunale myndigheder om tilsynsfunktionerne.

Underudvalget finder, at tilsynsfunktionerne er væsentlige embedslægelige opgaver. Der skønnes ikke behov for at foreslå ændringer i tilsynsreglementet (indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 435 af 23. august 1974). Derimod anbefaler underudval-

get, at indenrigsministeriets cirkulære af 23. august 1978 om reglementet søges revideret og moderniseret. Underudvalget kan i denne forbindelse tilslutte sig synspunktet om, at det af ressourcemæssige årsager er nødvendigt at foretage en prioritering af det embedslægelige tilsyn således, at hovedvægten af indsatsen lægges på de "svage" institutioner. Underudvalget skal pege på, at det på længere sigt synes muligt at foretage yderligere tilpasninger af embedslægernes tilsynsaktivitet-. Embedslægeinstitutionerne skal derfor være opmærksomme på, at aktiviteten vil kunne neddæmpes efterhånden som institutionsområdet bliver "gennemset", og der iøvrigt konstateres positive resultater af udsendte vejledninger og lignende. Det er underudvalgets opfattelse, at embedslægeinstitutionerne ved den praktiske tilrettelæggelse af tilsynene i videre omfang bør samordne disse med den tilsynsvirksomhed, institutionerne er underlagt fra andre myndigheders side. Underudvalget er principielt enigt i, at det forekommer hensigtsmæssigt at ansætte sygeplejepersonale ved embedslægeinstitutionerne, idet disse er egnede til at udføre tilsyn med institutioner.

Det er underudvalgets opfattelse, at tilsynsopgaverne også har værdi som baggrund og supplement for embedslægernes generelle rådgivende og vejledende funktioner over for statslige og kommunale myndigheder. Det er derfor vigtigt,, at embedslægerne til stadighed sikrer sig overblik over de erfaringer, der følger af institutionstilsynet. I denne sammenhæng skal underudvalget pege på det hensigtsmæssige i, at embedslægeinstitutionerne foretager en tilbagemelding om tilsynsaktiviteten også i de tilfælde, hvor tilsynet ikke har givet anledning til bemærkninger.

U n d e r u d v a l g e t har særskilt drøftet spørgsmålet om den i afsnit 2.d. omtalte godkendelsesordning for fysioterapiklinikker. Der er i underudvalget enighed om, at en egentlig godkendelsesordning af sundhedsmæssige grunde må anses for unødvendig, da ansvaret påhviler autoriserede medicinalpersoner.

. V. Misbrugsområdet.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

Embedslægeinstitutionernes funktioner i forbindelse med misbrugsområdet omfatter såvel opgaver af konkret statslig karakter, som opgaver i relation navnlig til amtskommunernes social- og sundhedsforvaltninger.

De statslige opgaver er en følge af, at embedslægerne i medfør af lægeloven på sundhedsstyrelsens vegne fører tilsyn med lægers ordination af euforiserende stoffer. Embedslægeinstitutionerne har således til opgave i konsekvens af de pålæg, sundhedsstyrelsen i henhold til lægeloven meddeler en læge, at modtage optegnelser over lægens ordination af euforiserende stoffer, modtage lægen til urinkontrol og eventuelle samtaler, samt i visse tilfælde foretage de til lægens praksis nødvendige ordinationer af euforiserende stoffer.

Herudover modtager embedslægeinstitutionen EDB-liste fra sundhedsstyrelsen over ordineret kopieringspligtig medicin - d.v.s. lægemidler indeholdende bl.a. euforiserende stoffer, og for hvilke sundhedsstyrelsen har bestemt, at apoteket skal foretage kodning eller tage afskrift af recepter og rekvisitioner med henblik på indsendelse til sundhedsstyrelsen. Endelig har sundhedsstyrelsen fastsat bestemmelser om, at den praktiserende læge ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler i visse tilfælde skal underrette embedslægeinstitutionen.

Embedslægeinstitutionernes funktioner over for de amtskommunale social- og sundhedsforvaltninger er forudsat i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed. Det fremgår således af § 10, litra g, at embedslægeinstitutionerne bistår statslige, amtskommunale og kommunale myndigheder med disses planlægning og gennemførelse af social- og sundhedsmæssige opgaver om lokalkomiteer vedrørende stofmisbrug o.lign.

På narkotikaområdet er der tale om rådgivningsfunktioner centreret omkring arbejdet i de regionale narkosamråd (nedsat i samtlige amtskommuner efter henstilling fra kontaktudvalget ved-

rørende alkohol- og narkotikaspørgsmål - nu alkohol- og narkotikarådet). Samrådene er tværfagligt sammensat (repræsentanter fra amsungdomscentre, psykiatriske hospitaler, praktiserende læger, kriminalforsorg, embedslæger og socialcentret). Funktionerne omfatter generelle spørgsmål, som f.eks. koordination af indsatsen over for stofmisbrugere, samt drøftelse af konkrete foranstaltninger over for enkeltpersoner, herunder ordination af metadon.

Embedslægerne deltager efter henstilling fra sundhedsstyrelsen i alle samråd, i visse tilfælde som formænd. Det er embedslægernes primære opgave at rådgive og formidle samarbejde mellem de involverede parter.

Underudvalget har under drøftelserne af embedslægernes deltagelse i samrådene konstateret, at det praktiske arbejde i samrådene de fleste steder vurderes som rimeligt godt. Arbejdet er overvejende individ-orienteret. Uanset at arbejdet i narkosamrådene overvejende er individorienteret anses den embedslægelige deltagelse for relevant, idet narkosamrådene er rådgivende over for amtskommunerne i de overvejelser, der finder sted lokalt over behandling af narkomaner og forebyggelse af narkomani blandt unge.

Medicinmisbruget har gennem de senere år præget misbrugsområdet bl.a. i form af blandingsmisbrug omfattende alkohol, euforiserende stoffer samt en række lægeordnede præparater.

Samrådene behandler ofte sager vedrørende klienter med blandingsmisbrug. Embedslægernes opgaver i tilknytning til medicinmisbrug må iøvrigt ses i relation til embedslægernes tilsynsfunktion overfor medicinalpersonalet.

Under drøftelserne er det iøvrigt anført,, at samrådene opfatter det som en svaghed, at deres indflydelse overfor de involverede forvaltninger og institutioner m.v. ikke altid er tilstrækkelig, særligt i relation til foranstaltninger over for enkeltpersoner.

Med hensyn til alkohol is the handlingen skal embedslægernes opgave ses i sammenhæng med, at amtskommunerne i henhold til lov om sygehusvæsenet er pålagt at drive behandlingsinstitutioner for alkoholskadede i det omfang, behandlingen ikke finder sted på psykiatriske hospitaler eller afdelinger. Det er således fra

centralt hold anbefalet, at embedslægeinstitutionerne bør bistå amtskommunerne ved udarbejdelsen af planer for driften i de pågældende institutioner, herunder bistå ved vurdering af behovet i amtskommunen for behandlingsinstitutioner og aktiviteten i disse, at bistå amtskommunerne ved bedømmelsen af egnetheden af lokaler o.lign., at indtræde som medlem af bestyrelse eller tilsynsråd for private behandlingsinstitutioner, hvor amtsrådet har godkendt vedtægterne, samt iøvrigt være rådgivende for de amtskommunale myndigheder i alkoholspørgsmål.

¹ praksis har flere embedslægeinstitutioner deltaget i planlægningen og organiseringen af alkoholistbehandlingen. Embedslægerne har endvidere i flere amter deltaget i særligt nedsatte udvalg eller arbejdsgrupper vedrørende alkoholmisbrug, samt deltaget i orienteringstimer i folkeskolen omkring alkohol og stofmisbrug, oplysende møder eet. Embedslægerne er ofte repræsenteret i tilsynsrådene for alkoholambulatorier. Endelig er de involverede i en række enkeltsager vedrørende alkoholistbehandling.

2. Underudvalgets vurderinger og forslag.

Det er underudvalgets opfattelse, at der ikke er behov for ændringer i de funktioner, som embedslægerne varetager for statslige myndigheder inden for misbrugsområdet.

Underudvalget konstaterer, at embedslægerne i relation til amtskommunerne anvender flere ressourcer på narkotikaområdet end på alkoholområdet. Der er enighed i underudvalget om, at den embedslægelige bistand til amtskommunerne på hele misbrugsområdet er relevant. Embedslægernes indsats i narkosamrådene forekommer - kompetenceforholdene og den faglige sammensætning taget i betragtning - tilfredsstillende.

VI. Forebyggelsesområdet.

1. Grundlag, opgave og embedslægelig funktion.

Deltagelse i sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter inden for det socialmedicinske område må anses for en selvfølgelig embedslægelig opgave. Det følger af de funktioner, der generelt påhviler embedslægeinstitutionerne, og af embedslægernes uddannelsesmæssige baggrund. Ifølge indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed påhviler det embedslægeinstitutionen efter nærmere af sundhedsstyrelsen fastsatte regler at orientere om væsentlige forhold af sundhedsmæssig betydning og medvirke ved myndighedernes sundhedsoplysende virksomhed over for befolkningen eller grupper af denne i amtsråds kredsen (§ 16, litra d). Embedslægeinstitutionen skal ifølge § 6 følge sundhedsforholdene i amtsråds kredsen, og jfr. § 16, litra e, virke for samarbejde mellem de forskellige grupper af medicinalpersoner.

Der er ikke fastsat regler om det materielle indhold af disse opgaver, ej heller regler om, hvem pligten til sundhedsoplysning m.v. påhviler. Principielt må alle dele af samfundet, herunder den enkelte borger, medvirke og yde en indsats ved sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger.

Med loven om et forebyggelsesråd blev der taget initiativ til en øget generel indsats på forebyggelsesområdet. Forebyggelsesrådet har i 1981 henstillet til samtlige kommuner og amtskommuner at overveje mulighederne for at styrke den forebyggende indsats i lokalsamfundet. Forebyggelsesrådet har peget på forskellige modeller for organisering af arbejdet, bl.a. ved at inddrage embedslægevæsenet i lokale forebyggelsesråd. Det bemærkes, at forebyggelsesrådet ikke har anbefalet bestemte formelle eller indholdsmæssige rammer omkring forebyggelsesarbejdet, fordi noget sådant kunne hæmme lokale ideer og initiativer.

Embedslægeinstitutionernes hidtidige indsats har været noget ad hoc-præget. Eksempelvis kan nævnes udarbejdelse af undervisningsmateriale til folkeskolen og vejledninger til forskellige institutioner, planlægning af kurser i sundhedspædagogik,

samt foredragsvirksomhed. Nogle embedslæger er indtrådt som medlem af lokale forebyggelsesråd.

2. Underudvalgets vurderinger og forslag.

Der er enighed i underudvalget om, at arbejde med forebyggende foranstaltninger er en relevant embedslægelig funktion.

Forebyggelsesarbejdet er imidlertid meget bredt, og det kan være vanskeligt at beskrive og afgrænse området mere præcist og dermed også vurdere, hvilke opgaver inden for dette område, embedslægerne særligt kan tilføre noget.

Underudvalget mener imidlertid, at embedslægerne med deres socialmedicinske baggrund, lokale kendskab og i kraft af den viden og de data, som embedslægeinstitutionerne har eller kan skaffe sig, kan yde nyttig bistand ved beskrivelse, identificering og kvantificering af problemer. Embedslægerne har desuden væsentlige erfaringer og forudsætninger for at formidle det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som ofte er nødvendigt, i hvert fald ved større projekter. Endelig er embedslægerne i besiddelse af forudsætningerne for at deltage i tilrettelæggelse og vurdering af sådanne forsøg.

På denne baggrund anbefaler underudvalget, at embedslægerne går ind i de sundhedspædagogiske og sundhedsfremmende opgaver. Indsatsen anbefales koncentreret til større og mere konkrete opgaver af denne art.

VII. Amsankenævn, adoptionssamråd samt amtskommunale visitationsudvalg.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

Disse organer er obligatoriske med sammensætning og kompetence fastsat i lovgivningen. De er kompetente til at træffe afgørelse vedrørende enkeltpersoners forhold. Lægelige bedømmelser indgår i afgørelserne. For så vidt angår visitationsudvalgene er embedslægens deltagelse nævnt i loven.

Amtsankenævnene er nedsat i henhold til § 18a, i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender (socialministeriets lovebekendtgørelse nr. 518 af 28. september 1981). Nævnene, der består af statsamtmanden som formand samt yderligere to medlemmer, som udpeges af amtsrådet for en periode af 4 år, er klageinstans for afgørelser truffet af de sociale udvalg. Det drejer sig om klagesager vedrørende enkeltpersoners rettigheder og pligter efter de sociale love (bistandslov, den sociale pensionslovgivning, børnetilskudslov, sygesikringslov og dagpengelov), bortset fra klager over institutionsbehandling og klager over forsorgens udøvelse. Amtsankenævnenes afgørelser er overvejende endelige. Embedslægernes deltagelse i amtsankenævnets funktioner er ikke nævnt i loven. Det er imidlertid konstateret, at embedslægerne ofte i praksis deltager i den sekretariatsmæssige betjening (sagsforberedelsen) af nævnene. Der er tale om ad hoc-prægede opgaver med det formål at tilvejebringe et (supplerende) lægeligt vurderingsgrundlag for amtsankenævnets afgørelser. Antallet af sager og tidsforbruget forbundet med behandlingen heraf varierer en del fra institution til institution.

Adoptionssamrådene oprettes af justitsministeren ved hvert amtskommunalt socialcenter (i København og på Frederiksberg henholdsvis magistraten og det sociale udvalg) i henhold til § 25 a, i lov nr. 137 af 24. marts 1976 om ændring af adoptionsloven. Samrådene skal efter undersøgelse foretaget af socialcentret (magistraten eller det sociale udvalg) afgøre, om en ansøger kan godkendes som adoptant og foretage matching af adoptanter og foreslået adoptivbarn. Samrådene, som består af et medlem med socialuddannelse, en jurist og en læge, beskikkes af justitsministeren for indtil 4 år ad gangen. Som lægeligt medlem af samtlige adoptionssamråd er beskikket en embedslæge. I samrådenes bedømmelsesgrundlag indgår en helbredsmæssig vurdering af, om en ansøgers fysiske og psykiske helbredstilstand er af en sådan karakter, at den ikke forringer mulighederne for et gunstigt forløb af adoptivforholdet. I praksis deltager embedslægerne også i varierende omfang i det sagsforberedende arbejde, bl.a. med en gennemgang af sagerne inden samrådsbehandlingen og udarbejdelse

af resumé over ansøgerens helbredsforhold. Den enkelte beskikede embedslæge tager stilling til mellem 100 og 200 sager årligt.

De amtskommunale visitationsudvalg, bestående af repræsentanter for amtskommunens socialcenter og sygehusvæsen (fortrinsvis langtidsmedicinsk overlæge og i praksis i visse tilfælde psykiatrisk overlæge), samt embedslægevæsenet, nedsættes i henhold til bistandslovens § 83, stk. 1. Udvalgene er rådgivende (obligatorisk) over for de sociale udvalg i afgørelser om optagelse i plejehjem eller indflytning i beskyttet bolig. Det kan imidlertid i henhold til bistandslovens § 83, stk. 2, ved aftale mellem et amtsråd og en kommunalbestyrelse fastsættes, at de sociale udvalg kan undlade at indhente en sådan udtalelse. Amtskommunale visitationsudvalg er stort set nedsat i alle amtskommuner. Med en enkelt undtagelse er der meddelt dispensation, således at primærkommuners socialudvalg selv visiterer til egne institutioner uden forudgående forelæggelse for det amtskommunale visitationsudvalg. I dispensationstilfældene udtaler udvalget sig om visitation til amtskommunale institutioner og deltager i planlægningen og den statistiske kortlægning af den primærkommunale visitation. Embedslægerne deltager som faste repræsentanter i samtlige amtskommunale visitationsudvalg, og udgør sammen med den medicinske overlæge (og i visse tilfælde den psykiatriske overlæge) den lægelige ekspertise i udvalget.

Underudvalget har i forbindelse med vurderingen af embedslægernes deltagelse i visitationsudvalgene konstateret, at baggrunden for udvalgene er et ønske om at sikre den bedst mulige udnyttelse af plejehjemspladser og beskyttede boliger. Afgørende for tilrettelæggelsen af visitationsordningerne har været, at det sikres, at der ved stillingtagen til om en person skal optages på plejehjem, have en beskyttet bolig eller forblive i eget hjem eventuelt med andre former for bistand, inddrages såvel social som medicinsk sagkundskab. Embedslægernes deltagelse er begrundet med kendskabet til institutionernes standard, belægnings karakter og personalesituationen. Embedslægerne kan derfor bidrage til tilvejebringelse af et hensigtsmæssigt bedømmelsesgrundlag og dermed medvirke til konsekvent anvendelse af visitationskriterierne.

Underudvalget må konstatere, at embedslægerne opgaver som følge af decentraliseringen af visitationskompetencen ikke synes helt at svare til de beskrevne intentioner. I praksis er hovedvægten i visitationsudvalgene lagt på opgaver af samordnende og koordinerende karakter, fremfor konkret stillingtagen til enkeltpersoners forhold.

Underudvalget har overvejet det synspunkt, at embedslægerne rolle også kan opfattes som en form for et statsligt tilsyn med, om kommunerne på visitationsområdet lever op til lovens intentioner om ensartede visitationskriterier. Opgaven kunne begrundes med den samfundsøkonomiske interesse i at have indseende med konsekvenser af de kommunale anbringelsesbeslutninger, idet der ydes 50% statsrefusion i forbindelse med ophold på plejehjem. Det er således ikke sammenhæng mellem kompetence og økonomisk ansvar.

Underudvalget finder synspunktet relevant også i embedslægelig sammenhæng, men skal understrege, at et tilsyn med et økonomisk sigte ikke er forudsat i bestemmelserne.

Det er i denne forbindelse nævnt, at tilsvarende betragtninger kunne anlægges overfor revaliderings- og pensionsnævnene.

2. Underudvalgets vurderinger og forslag.

Med hensyn til embedslægerne deltagelse i relation til amtsankenævnene konstaterer underudvalget, at der er tale om sekretariatsmæssige ad hoc-opgaver inden for et område, hvor embedslægelig deltagelse ikke udtrykkelig er forudsat. Embedslægens opgave bærer ofte præg af at være en "opmandsfunktion" mellem den praktiserende læge og den lægelige konsulent i amtskommunen. Underudvalget finder, at sådan bistand kan være en naturlig del af embedslægerne rådgivende funktioner over for kommunale myndigheder. Er der derimod tale om en regelmæssig anvendelse af embedslægerne i sagsforberedelsen, er det underudvalgets opfattelse, at opgaven går udover rammerne for den således forudsatte embedslægelige bistand. Underudvalget mener, at sådan sekretariatsmæssig bistand bør ophøre.

For så vidt angår adoptionssamrådene, er underudvalget af den opfattelse/ at samrådenes opgaver ikke gør embedslægens repræsentation særligt påkrævet. Underudvalget finder ikke anledning til at kritisere ordningen, men fremhæver, at såfremt der skal foretages en opprioritering af andre embedslægelige funktioner kan dette ske på bekostning bl.a. af funktionerne inden for adoptionssamrådene, rimeligvis ved etablering af passende overgangsordninger. Underudvalget mener ikke, at embedslægerne bør deltage i forberedelsen af de enkelte sager.

Der er enighed i underudvalget om, at den embedslægelige deltagelse i visitationsudvalgene er relevant, fordi hovedvægten i udvalgenes funktioner i praksis er lagt på opgaver af samordnende og koordinerende karakter. Embedslægerne skal i deres rådgivning primært medvirke til sikring af ensartetheden i visitationerne. Underudvalget mener ikke, at der er fagligt grundlag for at anbefale samtidig embedslægelig deltagelse i de primærkommunale visitationsordninger, og ud fra ressourcemæssige betragtninger anses dette heller ikke for muligt.

VIII. Lægemedelforsyning og apoteksvisitationer.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

I relation til lægemedelforsyningen er embedslægerne inddraget på to områder: Strukturelt i forbindelse med oprettelse, nedlæggelse eller flytning af apoteker, apoteksfilialer, apoteksudsalg og håndkøbsudsalg, samt ved tilsyn med apoteker (visitationer).

Efter § 16, litra h, i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed skal embedslægeinstitutionerne deltage i planlægningen af befolkningens forsyning med lægemidler.

Når et apotek bliver ledigt, og hvis sundhedsstyrelsen efter nærmere vurdering af det pågældende områdes forsyning med lægemidler finder anledning til at foreslå ændringer i apotekets status eller beliggenhed, forelægges spørgsmålet til udtalelse

hos bl.a. embedslægeinstitutionen. Sager om apoteksudsalg og håndkøbsudsalg forelægges ligeledes af sundhedsstyrelsen embedslægeinstitutionen til udtalelse. De embedslægelige udtalelser indgår i det vurderingsgrundlag, som skal tilgodese hensynet til, at befolkningen har en rimelig adgang til lægemidler. Den embedslægelige medvirken er begrundet med, at embedslægerne i kraft af lokalkendskabet, herunder til områdets medicinalpersoner, har forudsætninger for at vurdere de forsyningsmæssige faktorer. Kvantitativt er der tale om meget få årlige sager om ændringer vedrørende apoteker. Sager vedrørende håndkøbsudsalg udgør dog ialt ca. 100 årligt.

I medfør af § 12, stk. 2 i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed fører embedslægerne i samarbejde med de farmaceutiske visitatorer tilsyn med apoteker, sygehusapoteker samt med apoteksudsalg og distribuerende læger. Ethvert apotek og sygehusapotek skal ifølge § 39 i lov om apotekervæsenet underkastes eftersyn mindst en gang årlig af en farmaceutisk visitator og vedkommende embedslæge. Tilsynet, der i praksis kun finder sted hvert 1 1/2 til 2. år, omfatter inspektion af lokaler, apparatur m.m. og den måde, hvorpå lægemidlerne håndteres. Embedslægernes primære rolle i visitaterne er dels kontakten og tilsynet med apotekeren og apotekspersonalet, dels drøftelse af de problemer, apoteket måtte have ved samarbejdet med øvrige medicinalpersoner. Embedslægeinstitutionerne modtager lister over apotekernes registrering og udlevering af kopieringspligtig medicin til institutioner (og skibe). Ved visitatsen er der således mulighed for at drøfte de eventuelle problemer, institutionen måtte have erfaret ved gennemgangen af disse lister. Den farmaceutiske visitator udarbejder efterfølgende rapport, på hvilken embedslægen skal medunderskrive. For så vidt angår visitatser på håndkøbsudsalg, vil embedslægen normalt kun deltage, såfremt udsalget har fået ny indehaver eller er flyttet. De enkelte embedslægeinstitutioner udfører i gennemsnit ca. 10 visitatser årligt.

2. Underudvalgets vurderinger og forslag.

Det er underudvalgets opfattelse, at de embedslægelige funktioner i relation til lægemiddelområdet er relevante, og at de i det væsentligste varetages i overensstemmelse med intentionerne. Embedslægernes medvirken ved visitatserne bør efter underudvalgets opfattelse opretholdes, fordi der hermed sikres et kendskab til apotekspersonalet og til apoteksfunktionerne. Med hensyn til tilrettelæggelsen af apoteksstrukturen finder underudvalget, at den embedslægelige vurdering på grund af lokalkendskabet udgør en betydende del af beslutningsgrundlaget, og den bør derfor opretholdes.

Underudvalget stiller sig tvivlende over for berettigelsen af at opretholde et lovbestemt krav om, at apotekerne i forbindelse med ferieafholdelse foretager underretning herom til embedslægeinstitutionen.

IX. Planlægningsopgaver.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

Embedslægeinstitutionernes deltagelse i planlægningsopgaver er principielt forudsat indeholdt i den generelle embedslægelige forpligtelse til at rådgive statslige, amtskommunale og kommunale myndigheder om sociale og sundhedsmæssige forhold.

Underudvalget har vurderet embedslægernes planlægningsopgaver med konkret udgangspunkt i embedslægernes rolle i de amtskommunale samordningsudvalg og fællesudvalg. Bistand hertil er udtrykkelig nævnt i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed (§ 10, stk. 2). Endvidere er embedslægeinstitutionernes opgaver i forbindelse med sygehusplanlægningen vurderet.

De amtskommunale samordningsudvalg, der nedsættes i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2, er forudsat at have til opgave at virke til fremme af samarbejde og samordning mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social

virksomhed. Samordningsudvalgene skal sammensættes bl.a. af medlemmer af amtsrådets social- og sundhedsudvalg og af amtsrådets sygehusudvalg. Det er fastsat, at embedslægen deltager i udvalgets møder.

De amtskommunale fællesudvalg, der nedsættes i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4, består af medlemmerne fra samordningsudvalget og et lige så stort antal medlemmer udpeget af lokale lægekredsforeninger. Ifølge bestemmelserne behandler fællesudvalget klager vedrørende lægebetjeningen efter nærmere regler, der fastsættes ved overenskomst, og varetager iøvrigt opgaver, der måtte blive henlagt til fællesudvalget ved overenskomst eller ved lokale aftaler.

En bemyndigelse i sygesikringslovens § 23, stk. 5 til ministeren efter forhandling med vedkommende organisationer at fastsætte nærmere regler om samordningsudvalgene og fællesudvalgene, er ikke udnyttet.

Den faktiske virksomhed i samordningsudvalgene efterlader et noget diffust indtryk. Meget tyder på, at hovedvægten i samordningsudvalgenes arbejde er ofte lagt på at afklare politiske standpunkter i forbindelse med opgaver som henhører under fællesudvalgene. I praksis har fællesudvalgene fået tillagt funktioner, der er tværgående i forhold til overenskomstområder og sundhedssektorer. Der er således tale om opgaver vedrørende praksisplanlægning (almen og special), lægebedømmelse og lokale opgaver, såsom forebyggelsesinitiativer og forsøgsordninger.

Embedslægerne deltager fast i såvel samordningsudvalg som fællesudvalg. Embedslægernes rolle i såvel samordningsudvalg som fællesudvalg er i praksis afhængig af de funktioner, der i de enkelte amtskommuner er tillagt udvalgene. Embedslægeinstitutionerne tillægger opgaverne betydelig vægt, men peger særligt på, at samordningsudvalgene ikke i praksis er blevet det koordinerende forum, som er forudsat i bestemmelserne.

Der er ikke fastsat konkrete bestemmelser om embedslægernes deltagelse i sygehusplanlægningen, og det er indtrykket, at medvirken på dette område hidtil har været begrænset. I det omfang en deltagelse har fundet sted, er dette foregået i form af rådgivning over for de lokale myndigheder. Rådgivning over for

statslige myndigheder i forbindelse med sygehusplanlægningen har ikke fundet sted.

Det er generelt for tidens planarbejde, at der lægges vægt på omstillinger og forsøg. I forbindelse med sygehusplanernes planrevision 1984 har indenrigsministeriet således forudsat, at 1984-planerne først og fremmest indeholder forslag om på kort og noget længere sigt at begrænse driftudgifterne, herunder ikke mindst ved omstilling til andre og billigere behandlingsformer i og uden for sygehusvæsenet. Den omstillingsproces som hermed forventes indbygget i sygehusplanlægningen vil i højere grad end tidligere nødvendiggøre prioriteringsovervejelser. Der kan i vidt omfang blive tale om forskellige modeller i de forskellige amtskommuner. Lokalt betonedede overvejelser vil derfor i højere grad indgå i planarbejdet, der antagelig også i højere grad inden for sundhedsområdet vil fokusere på udførelsen af ikke-specialiserede funktioner.

Det skal endelig nævnes, at embedslægerne ofte medvirker i konkrete planlægningsopgaver inden for dele af det sundhedsmæssige område, eksempelvis deltagelse i arbejdsgrupper vedrørende planlægning af fødselsbetjening, psykiatri, herunder distriktspsykiatri, og arbejdsmedicinske klinikker.

2. Underudvalgets vurderinger og forslag.

Med hensyn til den konkrete vurdering af embedslægerens rolle i de amtskommunale samordningsudvalg og fællesudvalg, er det underudvalgets opfattelse, at embedslægedeltagelsen er relevant for det arbejde, som forudsættes at foregå i organerne. Den embedslægelige udførelse af koordinerende og samordnende funktioner vil ofte kunne styrkes ved etablering af dertil indrettede kontaktorganer. Det er imidlertid underudvalgets opfattelse, at den embedslægelige bistand til de omhandlede udvalg præges af, at udvalgene ikke i praksis fungerer efter intentionerne, særligt for så vidt angår det koordinerende arbejde i samordningsudvalgene. I denne forbindelse bemærkes, at indenrigsministeriets sundhedsprioriteringsudvalg (betænkning 809) har anbefalet, at amtsborgmesteren og formændene for sygehusudvalget og

social- og sundhedsudvalget gøres til henholdsvis født formand og fødte medlemmer af samordningsudvalget. Underudvalget finder, at embedslægelig deltagelse også i det sagsforberedende arbejde på tværs af sektorerne er af værdi.

Hvad angår sygehusplanlægning, er der enighed i underudvalget om, at der i embedslægeinstitutionerne er de nødvendige faglige forudsætninger til stede for en mere aktiv indsats i planarbejdet, og at denne indsats er ønskelig. Embedslægernes uafhængighed og brede lokalorienterede erfaringsgrundlag vil kunne være af værdi navnlig med hensyn til at klarlægge de balancemæssige forhold.

Det er underudvalgets opfattelse, at der generelt i planlægningsarbejdet på sundhedsmæssige områder er opgaver og udfordringer, hvor embedslægerne har forudsætningerne for at markere sig som socialmedicinsk sagkyndige for amtskommuner og kommuner. Samtidig kan de som de regionale, statslige organer på det sundhedsmæssige område medvirke til en helhed i landets socialmedicinske indsats. Underudvalget erkender, at en sådan embedslægelig indsats stiller ressourcemæssige krav. Underudvalget har imidlertid ikke foretaget nogen kvantificering heraf, ligesom spørgsmålet om prioriteringer af embedslægeinstitutionernes opgaver set under ét ikke er drøftet i underudvalget.

UDVALGET VEDRØRENDE
EMBEDSLÆGEVÆSENET
Sekretariatet
adr. Indenrigsministeriet

Rapport fra underudvalget vedrørende hygiejne/miljø

Juli 1983

INDHOLDSFORTEGNELSE

Side

I.	Indledning	4
II.	<u>Baggrund, perspektiv og resumé vedrørende</u> <u>embedslægernes miljømedicinske og hygiejniske</u> <u>opgaver</u>	5
	1. Indledning	5
	2. Baggrund og perspektiver	7
	3. Resumé og konklusion	9
III.	<u>Miljøbeskyttelse og vandforsyning</u>	13
	1. Det legale grundlag	13
	2. De kommunale myndigheders opgaver	19
	3. Embedslægernes opgaver og faktiske med- virken	20
	4. Underudvalgets vurderinger	22
IV.	<u>Levnedsmiddelkontrol, tilsyn med export-</u> <u>slagterier samt ernæringsforhold</u>	23
	1. Det legale grundlag	23
	2. Kommunalbestyrelsernes opgaver	26
	3. Embedslægernes opgaver og faktiske med- virken	26
	4. Underudvalgets vurderinger	27
V.	<u>Ep i dem i bekæmpe Ise</u>	29
	1. Det legale grundlag	29
	2. Embedslægernes opgaver og faktiske med- virken	34
	3. Underudvalgets vurderinger	35

VI.	<u>Embedslægelige opgaver i relation til bolig- og bygningsforhold samt fysisk planlægning</u>	<u>35</u>
	1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funk- tion	35
	2. Underudvalgets vurderinger	39
VII.	<u>Arbejdstilsynet</u>	<u>40</u>
	1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funk- tion	40
	2. Underudvalgets vurderinger	41

I. Indledning

Den 24. august 1982 afholdt embedslægeudvalget sit 1. møde, hvor det blandt andet besluttedes at nedsætte 3 underudvalg vedrørende henholdsvis socialmedicin, retsmedicin, hygiejne og miljø. Der blev ligeledes truffet aftale om formandskab og medlemskab for disse underudvalg.

Underudvalget vedrørende hygiejne og miljø afholdt sit 1. møde den 26. oktober 1982, og har haft følgende sammensætning:

Overlæge i sundhedsstyrelsen, Niels Rosdahl (formand)
Fuldmægtig i Amtsrådsforeningen, Jens Christensen,
suppleant for afdelingschef i Amtsrådsforeningen, Arne
Grünfeld

Embedslæge i Ringkøbing amt, E. Fenger-Grøn

Embedslæge i Vejle amt, Jens Misfeldt

Fuldmægtig i indenrigsministeriet, Jørgen Barteis
Petersen

Tidligere overlæge i Miljøstyrelsen, nu embedslæge
Jens Steensberg, afløst den 1. april 1983 af dyrlæge i
Miljøstyrelsen, Holger Pedersen

Overlæge i Direktoratet for Arbejdstilsynet, Øle Svane
Socialdirektør i Odense kommune, F. Toftgaard-Jensen.

I det afsluttende udvalgsarejde har endvidere deltaget
kontorchef i miljøstyrelsen, Niels Juul Jensen.

Sekretariatsforretningerne er varetaget, af assisterende
læge i sundhedsstyrelsen, Jane Hoffmeyer og fuldmægtig i in-
denrigsministeriet, Thomas Clement.

Afgrænsning af opgaver og emner for underudvalget er fo-
regået dels i dette og dels ved statusrapportering til plenar-
udvalget, idet der ikke har foreligget noget egentligt kommis-
sorium for underudvalget.

Plenarudvalget har besluttet, at arbejdsmetode for un-
derudvalget skulle baseres på en gennemgang af det legale
grundlag for embedslægernes opgaver, hvorefter underudvalget
på de enkelte områder skulle vurdere den embedslægelige funk-

tions betydning og omfang. Rapporten afspejler derfor denne metodiske gennemgang.

Beskrivelser af embedslægeinstitutionernes faktiske medvirken i opgaverne er baseret dels på drøftelser i underudvalget og dels på embedslægeinstitutionernes årsberetninger for henholdsvis 1981 og 1982.

Underudvalget har afholdt 7 møder. På et møde afholdt den 8. marts 1983 har underudvalget haft lejlighed til at drøfte embedslægernes arbejdsopgaver vedrørende levnedsmiddellovgivningen med veterinærinspektør, dr.med.vet. E. Malling-Olsen, Veterinærdirektoratet og embedslægernes opgaver i forbindelse med smitsomme sygdomme med overlæge Michael von Magnus, Sundhedsstyrelsen.

Underudvalget har den 19. januar 1983 aflagt besøg i embedslægeinstitutionen i Storstrøms amt, hvorunder embedslægernes opgaver i relation til miljølovgivningen blev diskuteret på et møde med amtskommunale og kommunale embedsmænd, repræsenterende forskellige tekniske forvaltninger og en levnedsmiddelkontrolenhed.

II. Baggrund, perspektiv og resumé vedrørende embedslægernes miljømedicinske og hygiejniske opgaver.

1. Indledning

Hygiejne betegner traditionelt de dele af lægevidensskaben, der handler om sundhed og betingelserne for dens opnåelse og bevarelse, men bruges også om lægevidenskabeligt begrundede foranstaltninger til sikring af menneskets sundhed.

Forsøg på en egentlig definition af embedslægevæsenets hygiejniske- og miljømedicinske opgaver er ikke foretaget i underudvalget. Det primære udgangspunkt for en afgrænsning af udvalgets gennemgang har været lovgivningen om embedslægevæsenet.

I medfør af § 4 i lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v., har embedslægeinstitutionen en generel rådgivende forpligtelse for såvel statslige som amtskommunale- og kommunale myndigheder vedrørende blandt andet hygi-

ejniske og miljømæssige forhold.

Nærmere regler er fastlagt i Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed. I § 3 omtales, at embedslægeinstitutionen i faglig henseende hører under sundhedsstyrelsen, men kan forelægge spørgsmål af miljømæssig art m.v. for miljøstyrelsen.

Embedslægeinstitutionen skal i medfør af § 6 følge sundhedsforholdene i amtsråds kredsen, påse at sundhedslovgivningen overholdes samt henlede myndighedernes opmærksomhed på mangler ved de sundhedsmæssige foranstaltninger og fremkomme med forslag til forbedringer. I medfør af § 7 gælder, at embedslægeinstitutionen i sin rådgivning og bistand til statslige, amtskommunale og kommunale myndigheder skal afgive erklæringer, deltage i møder og udvalgsarbejde m.v. samt i tilsyns- og kontrolarbejde.

Efter § 8 yder embedslægeinstitutionen bistand til de i lovgivningen om miljøbeskyttelse, vandløb,, vandforsyning, levnedsmidler, bygning, boligbyggeri, boligtilsyn, fysisk planlægning og naturfredning nævnte myndigheder.

I medfør af § 9 fastsætter indenrigsministeren efter forhandling med arbejdsministeren regler om embedslægeinstitutionens pligter i forhold til det stedlige arbejdstilsyn og til direktoratet for arbejdstilsynet.

§ 20 omtaler, at der i øvrigt påhviler embedslægeinstitutionerne opgaver i medfør af:

- a) epidemilovgivningen
- b) kønssygdomslovgivningen
- f) lovgivningen vedrørende produktion, fremstilling, omsætning og eksport af levnedsmidler.

Underudvalget har gennemgået ovennævnt lovgivning.

Dette afsnit af rapporten giver under pkt. 2 en kort historisk baggrund og opridser perspektiver for embedslægevesenets miljø- og hygiejneopgaver. Herefter følger i pkt. 3 et

resumé af underudvalgets gennemgang af de enkelte områder og konklusioner.

2. Baggrund og perspektiver.

I forrige århundrede var bekæmpelsen af en række alvorlige smitsomme sygdomme en betydningsfuld opgave for såvel centrale som decentrale sundhedsmyndigheder. Foruden retslægelige opgaver udgjorde epidemibekæmpelsen hovedindholdet af arbejdsopgaverne for embedslægerne forgængere, som før 1915 benævntes fysici og distriktslæger. Fra slutningen af forrige århundrede medførte det øgede kendskab til smittespredning gennem bl.a. vand, spildevand, affald og levnedsmidler, at hygiejniske forholdsregler ved omgang med disse blev et væsentligt led i epidemibekæmpelsen, hvorfor det var naturligt, at disse hygiejneopgaver blev placeret i embedslægevæsenet. Det samme gjaldt kontrollen med nogle af de generelle forudsætninger for udvikling af smitsomme sygdomme, f.eks. bolig- og ernæringsforhold.

I løbet af de senere årtier, har samfundsudviklingen medført fremkomst af en række nye hygiejniske problemer eksempelvis kemiske forureningsproblemer i relation til såvel det eksterne miljø og arbejdsmiljøet som til indeklima og levnedsmidler.

Bl.a. som konsekvens af disse problemers betydning og komplekse karakter, er der i løbet af det sidste tiår gennemført store lovgivningsreformer, nemlig miljøreform, ændret arbejdsmiljølovgivning, ændret levnedsmiddellovgivning og ændret lovgivning om byfornyelse og boligforbedring. Samtlige disse lovreformer har understreget behovet for planlægning også på lokalt niveau.

De embedslægelige funktioner er foruden af de nævnte faktorer gennem det sidste tiår tillige blevet væsentligt ændret i forbindelse med den ændrede opgavefordeling som følge af kommunalreformen.

Som følge af kommunalreform og miljøreform har kommuner og amtskommuner nu etableret forvaltninger for teknik og miljø ligesom fælleskommunale levnedsmiddelkontrolenheder er opret-

tet. Embedslægerne virksomhed i relation til de i denne rapport beskrevne opgaver foregår i vid udstrækning i samarbejde med netop disse instanser og udgør derfor en del af et tværfagligt samarbejde med eksempelvis veterinærer, ingeniører, biologer og kemikere.

En hyppigt forekommende formulering i reglerne om miljø- og hygiejneområdet er, at embedslægerne bør inddrages på et så tidligt tidspunkt som muligt, for at deres sundhedsfaglige indsigt kan tilføre beslutningsprocessen en nødvendig sundhedsmæssig dimension. Samfundsudviklingen har som anført imidlertid medført, at en sundhedsfaglig vurdering i dag vedrørende eksempelvis vandkvalitet og levnedsmidler ikke blot omfatter det traditionelle kendskab til mikrobiologi - men også viden om toksikologi. En vurdering af de sundhedsmæssige forhold ved boliger forudsætter i dag på tilsvarende måde også viden om en række indeklimafaktoreres påvirkning af befolkningen.

Det gennemgående træk er, at embedslægerne hygiejniske opgaver, som tidligere var præget af konkrete enkeltsager, i dag er forskudt mod mere principiel rådgivning herunder i planlægningsopgaver, f.eks. vandforsyningsplanlægning og ved godkendelse af særligt forurenende virksomheder.

Den udstrakte anvendelse af kemiske produkter og de heraf afledte forureningsproblemer vil i sig selv medføre et fortsat og formentlig stigende behov for en velfunderet sundhedsfaglig rådgivning. Forureningsproblemer er i dag så mangeartede og komplicerede, at de kun kan løses i et tæt samarbejde mellem flere forskellige faggrupper. Lægelig medvirken heri er fundamental, idet den lægevidenskabelige uddannelse er den eneste, der er baseret på et indgående kendskab til menneskets fysiologi og til sygdomslære - herunder de specielle sundhedsproblemer, der gælder for børn og andre risikogrupper.

Blandt læger udgør embedslægerne den eneste større gruppe, der dels er specielt videreuddannet inden for områderne toksikologi, epidemiologi og administration og som dels fortløbende deltager i efteruddannelse på disse felter.

Embedslægeinstitutionerne, der rummer mulighed for en vis subspecialisering, er derfor den eneste regionale lægelige instans, der har den fornødne baggrund såvel for en rådgivning

vedrørende de sundhedsmæssige konsekvenser af forurening som i bekæmpelsen af smitsomme sygdomme.

3. Resumé og konklusion

Underudvalget har gennemgået de opgaver, som embedslægerne udfører i relation til miljømæssige og hygiejniske forhold samt visse øvrige opgaver. Det drejer sig om opgaver inden for miljøbeskyttelse og vandforsyning, jfr. afsnit III, levnedsmiddelkontrol, tilsyn med eksportslagterier samt ernæringsforhold, jfr. afsnit IV, epidemibekæmpelse, jfr. afsnit V, opgaver i relation til bolig- og bygningsforhold samt fysisk planlægning, jfr. afsnit VI og endelig samarbejdsopgaver i relation til de stedlige arbejds-tilsynskredse, jfr. afsnit VII.

Embedslægerens funktioner på de pågældende områder kan karakteriseres som henholdsvis af rådgivende art, af beredskabsmæssig art samt som en tilsyns- og kontrolfunktion:

- rådgivningsfunktionen knytter sig især til områderne miljøbeskyttelse og vandforsyning, arbejdsmiljø, bolig- og bygningshygiejne samt fysisk planlægning, hvor rådgivningen sker på anfordring af forskellige myndigheder. Herudover har embedslægerne en selvstændig forpligtelse til at følge sundhedsforholdene generelt og rådgive herom.

beredskabsfunktionen er mere fremtrædende i relation til epidemibekæmpelse og levnedsmiddelkontrol, men også i relation til miljøbeskyttelse kan der peges på en beredskabsmæssig funktion, nemlig det toksikologiske katastrofeberedskab i fredstid.

I forbindelse med beredskabsfunktionen er embedslægerne tillagt såvel enkelte udøvende opgaver, f.eks. sikring af tvangsmæssig behandling ved visse smitsomme sygdomme som beslutningskompetence f.eks. bemyndigelse til at lukke og genåbne institutioner i epidemisituationer.

tilsynsfunktionen udøves på de kommunale myndigheders vegne i forbindelse med institutions- og bolig-hyggejne. Desuden kan enkelte opgaver i relation til miljøbeskyttelse og vandforsyning - f.eks. visse spørgsmål om vandkvalitet - ligeledes karakteriseres som en tilsynsfunktion.

kontroloffunktionen udmøntes gennem den lovfæstede kommunale underretningspligt til embedslægeinstitutionerne kombineret med disses klageret vedrørende en række kommunale afgørelser i henhold til miljøbeskyttelsesloven. På samme måde kan det embedslægelige tilsyn med ansatte på eksportslagterier karakteriseres som led i en statslig kontrol.

Underudvalget anslår, at en typisk embedslægeinstitution bruger mellem 1/4 og 1/3 af institutionens ressourcer til hele miljø- og hygiejneområdet. Sagsbehandling i forbindelse med særligt forurenende virksomheder og spørgsmål i relation til epidemibekæmpelsen tegner sig hver for ca. 1/3 af denne resourceandel.

Underudvalget konstaterer, at der ud over landet eksisterer forskelle på, hvorledes de enkelte funktioner udføres, idet der her ses bort fra kontrol med smitsomme sygdomme, som stort set synes at fungere ensartet ud over landet. Forskelle i udførelse af funktioner kan konstateres dels fra amt til amt, dels i de enkelte kommuners anvendelse af den samme embedslægeinstitution.

Forskelligheder inden for et enkelt amt tyder overvejende på en forskel i kommunal efterspørgsel, medens forskelle mellem de enkelte amter både kan være forårsaget af forskelle i udbud og efterspørgsel. Forskelle i anvendelse af embedslægeinstitutionerne vedrører både omfanget og arten af opgaverne, idet der i visse egne synes at være en tendens til, at mere overordnede, generelle opgaver og funktioner af planlægningsmæssig art udgør en større del af arejdet end andre steder.

Underudvalget finder det ud fra et overordnet, ideelt

synspunkt vigtigt, at embedslægevæsenets arbejdsopgaver på området miljø- og hygiejne i videst muligt omfang rettes mod områder med væsentlig sundhedsmæssig betydning for et stort antal mennesker. Dette taler for, at indsatsen i relation til amtskommunerne opprioriteres, specielt på planlægningsområdet.

Underudvalget er imidlertid klar over, at modsatrettede hensyn kan tale for, at indsatsen også rettes mod kommunale enheder med mindre tekniske forvaltninger, og at enkeltpersoner eller små grupper i befolkningen kan have særdeles belastende sundhedsmæssige problemer, som må prioriteres højt.

På baggrund af de fundne forskelle skal underudvalget dog påpege, at man finder det særdeles ønskeligt, at der i fremtiden navnlig lægges vægt på følgende;

I. Amtskommuner og kommuner;

- a) De kommunale myndigheder bør sammen med embedslægeinstitutionerne vurdere, hvornår og i hvilket omfang en sundhedsmæssig rådgivning med baggrund i centralt fastsatte regler er nødvendig, herunder i hvilket omfang eventuelt eksisterende rutiner kan forbedres uden at sundhedsmæssige hensyn tilsidesættes.
- b) Der bør fortsat lægges vægt på, at embedslægeinstitutionerne inddrages på et tidligt tidspunkt i behandlingen af sager, hvor der er eller kan være tale om sundhedsmæssige konsekvenser.

II. Embedslægeinstitutionerne.

- a) Der bør lægges vægt på at sikre et ensartet og ajourført rådgivningsniveau i alle amter og overfor alle kommunale enheder i det enkelte amt.

III. Statslige myndigheder.

- a) Sundhedsstyrelsen bør fortsat sikre den enkelte embedslægeinstitutions rådgivningspotentiel gennem en løbende efteruddannelse specielt inden for toksikologi og epidemiologi.
- b) Sundhedsstyrelsen bør fortsat sikre den centrale rådgivningsfunktion over for embedslægeinstitutionerne.
- c) Centrale myndigheder med ansvar på området opfordres til fortsat at sikre, at den embedslægelige rådgivning på relevante felter med sundhedsmæssige konsekvenser fastlægges ved tydelige tilkendegivelser i statslige forskrifter samt i forbindelse med den løbende vurdering af eksisterende retsregler at foretage en evaluering af embedslægeinstitutionernes medvirken og eventuelt at præcisere denne overfor kommunale myndigheder.

Underudvalget ønsker endelig at påpege:

at bestemmelserne om embedslægernes tilsyn med ansatte på eksportslagterier og om embedslægernes udtalelse over enkeltansøgninger om nedgravning af samletanke for husspildevand er opgavetyper, der ikke falder inden for en nutidig embedslægeinstitutionens funktioner.

- at embedslægeinstitutionernes fremtidige rolle i forbindelse med rådgivning om institutionskost bør gøres til genstand for en nærmere vurdering.

muligheden for at inddrage embedslægeinstitutionerne i visse planlægningsopgaver især i relation til lokalplanområdet.

III. Miljøbeskyttelse og vandforsyning

1. Det legale grundlag

Efter miljøreformens gennemførelse i begyndelsen af 1970'erne er lovgivningen herom placeret i miljøministeriet og administreres centralt overvejende ved bemyndigelse fra ministeren til miljøstyrelsen.

I miljøbeskyttelsesloven af 13. juni 1973 med seneste ændring i lov nr. 204 af 18. maj 1982 jfr. lovbekendtgørelse nr. 663 af 16. december 1982, omtales i kapitel 1 formålet med loven således:

- 1) forebygge og bekæmpe forurening af luft, vand og jord,
- 2) forebygge og bekæmpe støjulemper,
- 3) tilvejebringe hygiejnisk begrundede regler af betydning for miljøet og
- 4) tilvejebringe det nødvendige administrative grundlag for planlægningen og indsatsen mod forureningen.

Loven skal særlig anvendes til at søge sikret de kvaliteter i de ydre omgivelser, som er af betydning for menneskers hygiejniske og rekreative levevilkår og for bevarelse af et alsidigt dyre- og planteliv.

Lovens kapitel 2 omhandler almindelige regler og hygiejniske bestemmelser af stor sundhedsmæssig interesse. Reglerne er bemyndigelsesbestemmelser, der giver ministeren hjemmel til at fastsætte regler om affald, dyrehold, skadedyr og hygiejnisk begrundede bestemmelser om badevand, svømmebassiner, campingpladser m.v.

I bekendtgørelse nr. 664 af 16. december 1982 der afløste bekendtgørelse nr. 170 af 29. marts 1974 om reglement om miljøbeskyttelse, er disse regler nærmere fastlagt.

Cirkulære om miljøbeskyttelsesreglementet nr. 94 af 17. april 1974 fastslår, at man anser det for væsentligt at embedslægeinstitutionernes sagkundskab på bl.a. det sundhedsmæssige, hygiejniske og miljømæssige område, udnyttes i form af

rådgivning til behandling af reglementsager og ved medvirken til varetagelsen af de tilsynsopgaver, som påhviler kommunalbestyrelserne efter reglementet, jfr. § 4 i lov nr. 381 af 14. juni 1973 om embedslægeinstitutionerne m.v. Cirkulæret anfører videre, at når embedslægeinstitutionen inddrages i sagsbehandlingen bør dette ske på et tidligt stadium med henblik på at samordne denne indfaldsvinkel med sagens øvrige mulige tekniske, økonomiske, samfundsmæssige og andre aspekter, hvorved man ikke har anset det for hensigtsmæssigt at foreskrive en generel pligt for myndighederne til at inddrage embedslægeinstitutionerne i behandling af reglementsager, idet man har forudsat, at beslutningen om, hvorvidt en sags forsvarlige behandling forudsætter embedslægelig medvirken, træffes af de respektive kommunale råd eller udvalg. I cirkulære af 16. december 1982 om ændring af lov om miljøbeskyttelse er disse retningslinjer om embedslægernes opgaver gentaget og samtidig er det med hensyn til sager, hvor kommunalbestyrelsen nu kan træffe endelige afgørelser, henstillet, at embedslægeinstitutionens udtalelse indhentes, før afgørelsen træffes.

Ifølge § 9, bekendtgørelse nr. 292 af 23. juni 1983 om badevand og badestrande, skal kommunalbestyrelsen i samarbejde med embedslægen foretage yderligere undersøgelser, såfremt bl.a. de bakteriologiske normalværdier for badevand er overskredet. Spørgsmål om badeforbud skal i følge § 12 ske efter drøftelse med embedslægen.

Miljøbeskyttelseslovens kapitel 3 om beskyttelse af grundvands- og vandforsyningsinteresser skal ses i sammenhæng med vandforsyningslovgivning. Bestemmelsernes væsentligste formål er at beskytte aktuelle og potentielle vandforsyningsinteresser imod forurening, således at det sikres, at der til stadighed er tilstrækkelige vandmængder til vandforsyning af tilfredsstillende kvalitet.

I medfør af miljøbeskyttelseslovens kapitel 3 er der udstedt flere bekendtgørelser, der inddrager embedslægeinstitutionen i sagsbehandlingen. Ifølge § 2, litra b, i bekendtgørelse nr. 173 af 29. marts 1974 om etablering af nedgravede samletanke for husspildevand skal embedslægeinstitutionen anbefale etablering af nedgravede samletanke.

I bekendtgørelse nr. 139 af 15. april 1980 om afledning af spildevand til jorden ledsaget af cirkulære om samme emne af 21. april 1980, er der redegjort for at embedslægeinstitutionerne har fået en ændret placering i forhold til tidligere gældende bekendtgørelser, hvor embedslægen skulle høres i samtlige sager. Den nu gældende bekendtgørelse forudsætter alene embedslægeinstitutionernes medvirken ved en række sager om afledning af spildevand til jorden herunder godkendelser af ansøgninger, som ikke følger de generelle regler om mindste afstande.

I medfør af lov nr. 299 af 8. juni 1978 om vandforsyning m.v. har embedslægeinstitutionen i følge § 64 sammen med de besluttende myndigheder på området (kommunalbestyrelse, amtsråd og miljøstyrelse) bemyndigelse til at foretage undersøgelser på ejendommen.

Ifølge § 72 skal embedslægeinstitutionen underrettes om afgørelser truffet i medfør af loven og ifølge § 80 er embedslægeinstitutionen klageberettiget.

I medfør af loven er der udstedt en række bekendtgørelser og cirkulærer, hvoraf de, der vedrører vandindvindings- og vandforsyningsplanlægning og vandkvalitet, skal omtales i denne sammenhæng.

Bekendtgørelse nr. 2 af 4. januar 1980 om vandindvindings- og vandforsyningsplanlægning fastslår i § 3, at amtsrådet efter forhandling med bl.a. embedslægeinstitutionen udarbejder en plan for den fremtidige vandindvinning. Efter § 9 udarbejder kommunen efter forhandling med bl.a. embedslægeinstitutionen en vandforsyningsplan og i cirkulære om samme emne af 25. februar 1980 fremhæves i kapitel 7, at embedslægeinstitutionen skal inddrages i forarbejdet.

Ifølge § 10 i bekendtgørelse nr. 3 af 4. januar 1980 om vandindvinning og vandforsyning, skal tilladelsesmyndigheden indhente udtalelse fra embedslægeinstitutionen over ansøgninger om vandindvinningstilladelse, hvis vandforsyningen kræver vand af drikkevandskvalitet. Endvidere skal underretning om afgørelser efter bekendtgørelsen ifølge § 32 meddeles embedslægeinstitutionen.

I medfør af bekendtgørelse nr. 6 af 4. januar 1980 om vandkvalitet og tilsyn med vandforsyningsanlæg kan amtsrådet efter indhentet udtalelse fra embedslægeinstitutionen (§ 4, stk. 2) give tilladelse til at bekendtgørelsens grænseværdier for indholdet af stoffer i vandet overskrides i et vist nærmere fastlagt omfang og område. Ifølge § 17 kan kommunalbestyrelsen efter drøftelse med embedslægeinstitutionen give påbud og forbud for at sikre vandets kvalitet og i følge § 28 skal embedslægeinstitutionen have underretning om laboratorieundersøgelser og vandprøver. I følge § 29 skal kommunalbestyrelsen, når denne træffer afgørelse om foranstaltninger, underrette såvel amtsrådet som embedslægeinstitutionen om sin afgørelse.

Miljøbeskyttelseslovens kapitel 4 omhandler beskyttelse af overfladevand, herunder særligt hvilke krav, der bør overholdes i forbindelse med tilladelse til udledning af spildevand til vandløb, søer eller havet.

I medfør af § 8 i bekendtgørelse nr. 174 af 29. marts 1974 om behandling af sager om tilførsel af spildevand til vandløb, søer eller havet m.v. skal embedslægen blandt andre indkaldes af kommunalbestyrelsen til offentligt møde i forbindelse med behandling af den kommunale spildevandsplan, og i § 6 i bekendtgørelse nr. 177 af 29. marts 1974 om tilsyn med spildevandsanlæg og med forurening af vandområder er det fastsat, at tilsynsmyndighedens undersøgelsesresultater skal sendes til bl.a. embedslægeinstitutionen.

I cirkulære nr. 92 af 17. april 1974 om spildevand, angives i kapitel 7, at det anses for værdifuldt, at embedslægernes sagkundskab udnyttes i form af rådgivning, samt at dette i øvrigt bør foregå på så tidligt et tidspunkt i sagsbehandlingen som muligt, eksempelvis ved deltagelse i forberedende møder i den kommunale forvaltning, eventuelt ved indkaldelse til møder med de respektive råd og udvalg.

Miljøbeskyttelseslovens kapitel 5 omhandler særligt forurenende virksomheder m.v., hvilket er uddybet i bekendtgørelse nr. 176 af 29. marts 1974 og i ledsagende cirkulære nr. 108

af 15. maj 1974. Af sidstnævnte cirkulære fremgår det af kapitel 10, at miljøstyrelsen har anset det for væsentligt at embedslægeinstitutionernes sagkundskab på bl.a. det sundhedsmæssige, hygiejniske og miljømæssige område udnyttes i form af rådgivning ved behandling af godkendelsessager. Som et led i den centrale styring på miljøbeskyttelsesområdet, er det i loven fastsat, at embedslægeinstitutionerne skal have underretning om bl.a. afgørelser i godkendelsessager og at embedslægeinstitutionerne har adgang til at påklage de kommunale råds afgørelser. Eksempler på samarbejde nævnes; møder i kommunale råd eller udvalg i forvaltninger eller skriftlig forelæggelse med anmodning om en udtalelse.

De følgende kapitler i miljøbeskyttelseslovgivningen skal kun kort résumeres her.

Kapitel 6 omhandler miljøstyrelsen m.v. og kapitel 7 giver regler for tilsyn og kontrol. §§ 48 og 49 præciserer særligt kommunalbestyrelsens stilling, og § 51 sikrer embedslægen adgang til offentlige og private ejendomme for at tilvejebringe oplysninger til brug for beslutninger i henhold til loven.

§ 59 omtaler at miljøministeren fastsætter nærmere regler vedrørende bl.a. embedslægernes deltagelse i miljøstyrelsens kontrol og tilsynsvirksomhed. Bemyndigelsen ses ikke at være anvendt.

Kapitel 8 omhandler laboratorieenheder, disse er nærmere beskrevet under kapitlet om levnedsmiddelkontrol.

Kapitel 9 omtaler kortlægning og planlægning, hvorigennem særligt amtsrådene og hovedstadsrådet kommer ind i billedet.

¹ kapitel 10 om beslutninger i sager om miljøbeskyttelse, omtales i § 65, stk. 2, at underretning om kommunalbestyrelsens, amtsrådets og hovedstadsrådets beslutninger, meddeles skriftligt til embedslægeinstitutionen. Klageregler omtales i kapitel 11, hvorefter embedslægen i henhold til § 74 kan påklage kommunalbestyrelsens, amtsrådets og hovedstadsrådets afgørelser.

Kapitel 12 omhandler miljøankenævnet og kapitel 13 straffe- og ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.

Følgende miljørainisterielle love af betydning for miljøbeskyttelsen bør medtages i relation til deres betydning for embedslægevæsenet.

Lov nr. 212 af 23. maj 1979 om kemiske stoffer og produkter, ændret ved lov nr. 68 af 20. februar 1980, har som formål at forebygge sundheds- og miljøskader.

Det omtales i § 45, at miljøministeren efter forhandling med vedkommende minister, fastsætter regler for en række myndigheders medvirken ved lovens administration, bl.a. sundhedsstyrelsen og embedslægerne.

I medfør af loven, er der udstedt bekendtgørelse nr. 509 af 21. september 1982 om henlæggelse af visse opgaver og beføjelser til miljøstyrelsen m.fl. Ifølge bekendtgørelsens § 4 skal bl.a. embedslægerne medvirke ved tilsynet med overholdelse af loven. De nærmere retningslinier for bistanden fastlægges ved aftale.

~ Lov nr. 262 af 8. juni 1983 om kemikalieaffaldsdeponter, indeholder ingen bestemmelser om embedslægelig medvirken, men de kommunale myndigheder vil kunne udnytte embedslægeinstitutionernes rådgivning.

Lov nr. 267 af 7. juni 1972 om sommerhuse og camping m.v., der senest er ændret ved lov nr. 207 af 25. maj 1983, dannede hjemmel for udstedelse af bekendtgørelse nr. 453 af 30. august 1974 (Campingreglement).

I punkt 21 i cirkulære nr. 2 af 7. januar 1975 om campingpladser m.v. anføres, at det anses for væsentligt, at embedslægeinstitutionens sagkundskab på bl.a. det sundhedsmæssige, hygiejniske og miljømæssige område udnyttes i form af rådgivning ved behandling af disse sager.

Endelig bør det omtales, at der for tiden under arbejdsministeriet og miljøministeriet pågår et udvalgsarbejde med henblik på at beskrive klare arbejdsgange i relation til katastrofer i fredstid. Der eksisterer således for tiden ingen formaliserede opgaver, ej heller formaliseret kompetence, for embedslægerne ved deltagelse i katastrofeberedskab. I miljøstyrelsens vejledning nr. 8/1974 om beredskab ved uheld med farlige stoffer på landjorden er dog angivet, at embedslægerne ofte i relation til uheld og ulykker med farlige stoffer vil kunne rådgive med hensyn til sundhedsfare og farer for uheldsstedets omgivelser samt vedrørende omfanget af en eventuel evakuering. Derudover kan henvises til bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionens virksomhed, § 16 litra d, hvorefter det påhviler embedslægeinstitutionen at give orientering om væsentlige forhold af sundhedsmæssig betydning og medvirke ved myndighedernes sundhedsoplysende virksomhed over for befolkningen.

2. De kommunale myndigheders opgaver.

Miljøbeskyttelses- og vandforsyningsloven administreres i første intans decentralt af kommunalbestyrelser og amtsråd.

Kommunerne afgør sager om påbud eller forbud efter miljøbeskyttelsesreglementet og træffer afgørelse om godkendelse af de mindre komplicerede, særligt forurenende virksomheder. Det er primærkommunernes opgave at føre tilsyn med, at private virksomheder overholder miljøbeskyttelseslovens bestemmelser, herunder givne tilladelser og godkendelser. Tilsynet efter vandforsyningsloven er ligeledes en primærkommunal opgave. Kommunerne forestår etablering og drift af spildevands- og rensningsanlæg, lossepladser, affaldsforbrændingsanlæg, anlæg til bortskaffelse af olie- og kemikalieaffald og vandforsyning.

Kommunerne skal udarbejde planer for anlæg og drift af de nævnte virksomheder,, herunder spildevandsplaner og vandforsyningsplaner.

Amtsrådene har det administrative ansvar for forureningstilstanden i vandløb og i kystområder.

Amtsrådet skal udarbejde recipientkvalitetsplaner og varetager regional planlægning vedrørende luftforurening, støj og fast affald. Amtsrådet giver tilladelse til nye spildevandsudledninger og kan meddele påbud over for eksisterende, uacceptable udledninger.

Amtsrådet skal godkende de mere komplicerede,, særligt forurenende virksomheder og har alle miljøbeføjelser, herunder tilsynet, med de kommunale virksomheder. Efter netop ikrafttrådt lov om kemikalieaffaldsdepoter, skal amtsrådet foretage undersøgelser og for statens regning udføre eventuelle afværgeforanstaltninger. Vandindvindingstilladelser meddeles af amtsrådet, der som grundlag skal udarbejde en vandindvindingsplan, der kortlægger og fordeler ressourcerne.

Amtsrådene og de større kommuner har opbygget tekniske forvaltninger med ansatte ingeniører, biologer og andre med betydelig viden om miljømæssige og tekniske spørgsmål. I de fælleskommunale laboratorier - levnedsmiddelkontrolenheder - som deltager i tilsynet, og hvor der foretages analyser, er der sideløbende opbygget ekspertise hos veterinærer og kemikere. De mindre kommuner, der ikke selv har tilstrækkelig fagviden, benytter i forskellig udstrækning disse laboratorier til sagsbehandling.

3. Embedslægernes opgaver og faktiske medvirken.

De generelle træk ved den foranstående gennemgang af det legale grundlag om miljøbeskyttelse og vandforsyning er den gentagne påpegning af vigtigheden af at inddrage embedslægerne i sagsbehandlingen, samt at dette sker så tidligt som muligt i forløbet. Herudover gælder det generelt, at embedslægerne skal underrettes om trufne afgørelser, ligesom embedslægeinstitutionerne er klageberettigede.

Det ses endvidere, at embedslægerne i relation til vandindvindings- og vandforsyningsplanlægning skal medinddrages ved udarbejdelse af planerne af henholdsvis amtsråd og kommunalbestyrelser. Embedslægerne skal i relation til vandkvalitet

have underretning om laboratorieanalyser af vandprøver og høres i forbindelse med tilladelse til overskridelse af de i vandkvalitetsbekendtgørelsen fastsatte grænseværdier.

I relation til spildevandsudledning til jorden skal embedslægeinstitutionen høres ved en række godkendelser, herunder de som ikke følger generelle regler. Vedrørende spildevandsudledningen til vandløb, søer og havet skal embedslægeinstitutionen indkaldes blandt andre til offentligt møde i forbindelse med spildevandsplan.

I relation til badevand skal embedslægeinstitutionen kontaktes med henblik på at foretage yderligere undersøgelser, såfremt de bakteriologiske normværdier overskrides, ligesom badeforbud skal udstedes i samråd med embedslægeinstitutionen.

Vedrørende særligt forurenende virksomheder eksisterer der ingen obligatorisk høring af embedslægeinstitutionen, kun den generelle henstilling til kommuner og amter om at inddrage embedslægeinstitutionen så tidligt som muligt. Dette forhold gør sig ligeledes gældende i relation til administration af miljøbeskyttelsesreglementet. Embedslægernes deltagelse i et toksikologisk katastrofeberedskab foregår i amterne meget tilfældigt og i alt væsentligt i begrænset omfang. Kommunale beredskabsplaner medindrager dog de fleste steder embedslægen, som deltager i en kommandostab, der ved katastrofer af særligt stort omfang skal indkaldes.

I praksis rådspørges embedslægen også hyppigt i toksikologiske spørgsmål i forbindelse med mere eller mindre omfattende, akutte forureningssager, eksempelvis ved udslip af toksiske stoffer og gasser fra virksomheder.

Mange steder har embedslægerne deltaget i lokale arbejdsgrupper, som netop beskriver konkrete risici i lokalområdet og forholdsregler herimod.

Samarbejdet mellem embedslægeinstitutionerne og de kommunale og amtskommunale forvaltninger foregår meget forskelligt rundt om i landet. Enkelte steder deltager embedslægerne fast i amtets teknik- og miljøudvalg og har ligeledes tæt kontakt med de kommunale tekniske forvaltninger, hvorimod samarbejdet andre steder indskrænker sig til noget nær de obligatoriske høringer af embedslægeinstitutionerne.

Det gennemgående træk er, at embedslægerne tidligere i vid udstrækning beskæftigede sig med enkeltsager - f.eks. vedrørende anlæg af sivebrønde og nedlæggelse af olietanke - hvorimod tendensen såvel i lovgivningen som i praksis nu går i retning af, at embedslægeinstitutionerne anvendes til mere principiel rådgivning dels i planlægningsspørgsmål og dels i afgørelse af sager, som ikke følger nedfældene regler.

Det anslås, at sagsbehandlinger i forbindelse med miljølovens kapitel 5 om særligt forurenende virksomheder er den tidsmæssigt væsentligste del af miljøsagsbehandlingen, formentlig ca. 1/3 af tidsforbruget i miljø- og hygiejneområdet.

Sager i forbindelse med miljøbeskyttelsesreglementet, spildevandssager samt vandforsyningssager anslås til et moderat tidsforbrug. Udtrykt på en anden måde forekommer sagsbehandling i forbindelse med miljølovens kapitel 5 godkendelser, reglementssager samt spildevands- og vandforsyningssager næsten dagligt.

4. Underudvalgets vurderinger.

Underudvalget finder en sundhedsfaglig ekspertise central i relation til miljøbeskyttelses- og vandforsyningsområdet.

I fremtiden antages behovet for en sådan sundhedsfaglig viden at tiltage alene på grund af tilkomst af nye kemiske stoffer og ny viden om eksisterende kemiske stoffer. Desuden peger udviklingen på, at der vil opstå et øget antal tilfælde, hvor der vil være behov for at vurdere de humanmedicinske konsekvenser af forurening.

Underudvalget finder, at embedslægerne med såvel en humanbiologisk uddannelse som administrativ erfaring er velplaceret i en sådan sundhedsfaglig rådgivning. I denne sammenhæng findes det rigtigt at oplyse kommunale myndigheder om, hvilken ekspertise, der findes i embedslægeinstitutionerne og påpege betydningen af, at embedslægerne inddrages på et så tidligt tidspunkt i sagsbehandlingen som muligt.

De kommunale myndigheders opgaver på miljøområdet har medført, at planlægningsaspektet er blevet en tiltagende del

af disses miljøforvaltning. Det er underudvalgets opfattelse, at dette i et vist omfang er smittet af på embedslægernes opgaver.

Udvalget anser det for en fordel, at embedslægerne i højere grad indrages i principielle sager og i planlægnings-spørgsmål medens deres medvirken i rutinemæssige enkeltsager nedprioriteres. Underudvalget finder samtidig, at et jævnt lokalt samarbejde er væsentligt med henblik på varetagelse af opgaver af mere overordnet karakter og i akutte beredskabssituationer.

Underudvalget konstaterer, at enkelte kommuners og amtskommuners anvendelse af embedslægevæsenet inden for de forskellige områder af miljøbeskyttelseslovgivningen varierer. Dette finder underudvalget mindre hensigtsmæssigt, specielt under hensyn til intentionerne, der ligger til grund for embedslægeinstitutionens placering i området.

Underudvalget skal derfor foreslå, at det henstilles til kommuner- og amtskommuner, dels at de i sager, hvor der er eller kan tænkes at være betydende sundhedsmæssige aspekter, inddrager embedslægeinstitutionen på det tidligst mulige tidspunkt i sagsbehandlingen, dels at de lokale myndigheders anvendelse af embedslægevæsenet søges prioriteret efter arten og omfanget af sundhedsmæssige konsekvenser.

Underudvalget finder endelig, at kravet om embedslægernes udtalelse over hver enkelt ansøgning om nedgravning af samletanke til husspildevand bør bortfalde.

IV. Levnedsmiddelkontrol, tilsyn med eksportslagterier samt, ernæringsforhold.

1. Det legale grundlag, .

a.

Levnedsmiddelområdet reguleres væsentligst af den miljøministerielle lov af 6. juni 1973 om levnedsmidler samt af særlovgivning under landbrugsministeriet. Området administreres på det centrale niveau, på vegne af miljøministeren, af statens levnedsmiddelinstitut, idet dog veterinærdirektoratet under landbrugsministeriet på miljøministeriets vegne forval-

ter visse dele af lovgivningen.

Miljøministeriet har i medfør af levnedsmiddelloven og lov om restaurations- og hotelvirksomhed udstedt bekendtgørelse nr. 121 af 28. marts 1980 om detailforhandling af levnedsmidler. Denne bekendtgørelse fastsætter regler for levnedsmiddelkontrollen på det decentrale niveau og indeholder detaljerede regler om kontrol og tilsyn af fysiske forhold ved lokaler, hvor levnedsmidler tilberedes, sælges eller fortæres. Tillige indeholder detailforhandlingsbekendtgørelsen i et særligt kapitel 8 regler om det ansatte personales hygiejne og sundhedstilstand. Der er heri fastlagt bestemmelser om, at de ansatte skal iagttage en række hygiejniske forskrifter, samt at personer, som lider af eller er bærere af sådanne smitsomme sygdomme, der kan spredes gennem levnedsmidler, ikke må beskæftiges i virksomheden. Det er ligeledes fastsat, at der i forbindelse med sådanne sagers opståen, skal ske en gensidig orientering mellem den fælleskommunale levnedsmiddelkontrollen og embedslægeinstitutionen. I bekendtgørelsens § 51 og § 48, stk. 6, er nævnt, at veterinærdirektoratet og sundhedsstyrelsen kan udstede vejledende retningslinjer om disse samarbejdsforhold. Veterinærdirektoratet og sundhedsstyrelsen har fundet det vigtigt at udarbejde sådanne vejledende retningslinjer for at sikre en udbygning af det lokale samarbejde mellem embedslægerne og levnedsmiddelkontrollenhederne. Dette arbejde er i gang og forventes afsluttet i løbet af 1983.

I medfør af Indenrigsministeriets bekendtgørelse af 23. august 1974 om reglement vedrørende sundhedsmæssigt tilsyn med institutioner, klinikker m.v., har embedslægerne som led i deres generelle tilsynsforpligtelse opgaver, såvel i relation til hygiejniske køkkenforhold, som ernæring, (se punkt c). Tilsynet med køkkenforhold omfatter såvel tilsyn med de almene hygiejniske forhold, herunder håndtering og bortskaffelse af affald, og endvidere et tilsyn med personalets sundhedstilstand, hvilket også omfatter smittebærere.

I medfør af ovennævnte generelle detailforhandlingsbekendtgørelse har levnedsmiddelkontrollenhederne også tilsyn med køkkener på institutioner, der overdrager levnedsmidler til flere end 11 personer.

b.

I medfør af landbrugsministeriets lovgivning, sidst udmøntet i bekendtgørelse nr. 27 af 30. januar 1962 om helbreds-kontrol med personer beskæftiget ved eksportslagterier og andre virksomheder autoriseret til eksport af kød og kødprodukter og bekendtgørelse nr. 397 af 29. juni 1973 om helbredskontrol med personer beskæftiget ved fjerkræslagterier og konserverfabrikker er embedslægeinstitutionerne pålagt en særlig tilsynsforpligtelse med de ansatte på eksportslagterier og fjerkræeksportslagterier.

Tilsynet omfatter dels et formaliseret besøg på virksomheden mindst to gange årligt dels attestation fra embedslægeinstitutionen. Ansatte skal ved ansættelse i sådanne eksportslagterier gennemgå en undersøgelse normalt hos deres egen praktiserende læge, og lægeerklæringen herom fremsendes til embedslægeinstitutionen. Denne skal herefter godkende det sundhedsmæssigt forsvarlige i, at vedkommende påtager sig arbejdet på virksomheden ved gennemgang af attesten afsluttende med en påtegning, såfremt forholdene findes i orden. Erklæringen indeholder attestation for, at en afføringsprøve er fundet fri for sygdomsfremkaldende tarmbakterier samt attestation for, at vedkommende ikke har lungetuberkulose.

Under embedslægens tilsynsbesøg skal der foretages en inspektion af de hygiejniske forhold i virksomheden. Ved samtaler med virksomhedens ledelse, den kontrollerende dyrlæge og de ansatte skal det vurderes, om en fornyet helbredsundersøgelse af den enkelte ansatte er nødvendig.

Hvis embedslægen ikke skønner dette nødvendigt, kan embedslægen forny den ansattes helbredsattest, som beror i virksomheden, jfr. cirkulæreskrivelse fra sundhedsstyrelsen den 20. marts 1974. Såfremt forholdene tilsiger det, skal den ansatte henvises til at fremskaffe ny attest efter fornyet lægeundersøgelse.

c.

I bekendtgørelse af 23. august 1974 om reglement vedrørende sundhedsmæssigt tilsyn med institutioner, klinikker m.v. er det i § 2 fastsat, at embedslægeinstitutionen skal vurdere, om der på institutionerne er en alsidig og tilstræk-

kelig forplejning. Dette sker normalt ved, at der i forbindelse med tilsyn foretages en gennemgang af forplejningen på baggrund af bl.a. kostlister. Det centrale ansvar for ernæringsforhold påhviler statens levnedsmiddelinstitut, der er forpligtiget til at tilvejebringe grundlaget for vejledning om kost og ernæring i Danmark. Der er ved instituttet ansat kostkonsulenter, som rådgiver om ernæring i statens institutioner. Statens Husholdningsråd forestår information af befolkningen om bl.a. ernæringsforhold.

2. Kommunalbestyrelsernes opgaver.

a.

På lokalt plan er det kommunalbestyrelsen, som påser, at levnedsmiddeloven og de med hjemmel i loven fastsatte regler overholdes. Inden for hver amtskommune er der etableret en eller flere fælleskommunale levnedsmiddelkontrolenheder. Disse har laboratoriekapacitet og har ansat tilsynspersonale, og i det daglige er det disse enheder, der på kommunalbestyrelsens vegne fører tilsynet.

b.

Kommunerne har ingen særlige opgaver vedrørende kontrollen med eksportslagterier og fjerkræslagterier.

c.

Hvad ernæringsforhold på institutioner angår, er det kommunalbestyrelsen - enten som ansvarlig og/eller som tilsynsførende for institutionen i medfør af Indenrigsministeriets bekendtgørelse af 23. august 1974 (tilsynsreglementet) - der har tilsynspligt, herunder kompetence til at udstede forbud og påbud over for institutioner, hvor der forekommer ufor-svarlige forhold.

3. Embedslægernes opgaver og faktiske medvirken.

a.

Embedslægeinstitutionernes opgaver i forbindelse med

levnedsmiddelkontrollen foregår i samarbejde med de lokale levnedsmiddelkontrolenheder. Opgaverne relaterer sig næsten udelukkende til to forhold: sygdomme hos personale og opståen af levnedsmiddelbårne infektioner/forgiftninger.

Talmæssigt udgør disse opgaver en beskeden del af embedslægeinstitutionernes virksomheder. Opgaverne er af beredskabsmæssig art, og de kan i enkelte tilfælde være tidsrøvende.

Sagerne medfører ofte en række vanskelige konkrete skøn, der kan have væsentlige økonomiske konsekvenser. Det drejer sig om eventuel lukning af institutioner og stillingtagen til, om ansatte skal holdes borte fra arbejdet. Det drejer sig for små detailvirksomheders vedkommende ofte om afgørelser om, hvorvidt en forretning på grund af ejerens sygdom må lukke.

b.

Belastningen vedrørende kontrollen med ansatte på eksportslagterier er meget varieret ud over landet.

I enkelte amter er der store eksportslagterier, og visse embedslægeinstitutioner har som følge heraf en ikke ubetydelig arbejdsbelastning. Det er således konstateret, at en enkelt embedslæge modtager omkring 600 helbredsattester årligt.

c.

Opgaverne vedrørende kostforhold falder naturligt i tilslutning til embedslægernes øvrige tilsynsvirksomhed på institutioner. I noget varieret omfang ud over landet foregår der samtaler med institutionsleder og økonoma herom i forbindelse med tilsynet.

4. Underudvalgets vurderinger.

a.

Embedslægeinstitutionernes opgaver i relation til levnedsmiddelovgivningen udgør et nødvendigt humanmedicinsk supplement til den veterinærmedicinske levnedsmiddelkontrol ved at medvirke til at hindre specielt smitsomme sygdommes udbredelse gennem levnedsmidler. Underudvalget har fundet, at der

er tale om en antalsmæssig beskeden opgave, men har samtidig anset det for nødvendigt, at opgaven løses på det lokale plan i et tæt samarbejde mellem levnedsmiddelkontrolenhederne og embedslægeinstitutionerne.

Da der er anmeldeligt til embedslægeinstitutionerne i tilfælde af levnedsmiddelbårne infektioner, vil embedslægeinstitutionen ofte være den myndighed, der kan konstatere, at en epidemi foreligger og slå alarm. Embedslægerne udgør således et lægeligt beredskab, som kan gribe ind, når en epidemi opstår, mens den daglige rutinemæssige kontrol med levnedsmiddelområdet hviler på de kommunale levnedsmiddelkontrolenheder.

b.

Underudvalget finder, at embedslægeinstitutionernes opgave med helbreds kontrol af ansatte på eksportslagterier og fjerkræslagterier ikke falder i tråd med en nutidig embedslægeinstitutionens opgaver. Hertil kommer, at der i visse amter med mange eksportslagterier er en ret betydelig arbejdsbyrde forbundet med virksomheden.

Det er underudvalgets opfattelse, at den beskrevne helbreds kontrol af de ansatte lige så vel kan varetages af en anden læge, som formentlig vil have behov for en særlig autorisation/bemyndigelse fra landbrugsministeriet, såfremt ordningen ønskes opretholdt.

Underudvalget ønsker hermed at foreslå hovedudvalget, at denne opgave fjernes fra embedslægevæsenet.

Dette synspunkt er støttet af veterinærdirektoratet, som deltog med en repræsentant i det underudvalgsmøde, hvor emnet behandledes.

c.

Ernæringsspørgsmål indgår som en begrænset del af embedslægernes institutionstilsyn og kun i form af et skøn over, om der tilbydes en varieret og sundhedsmæssig forsvarlig kost.

Underudvalget finder imidlertid, at forhold vedrørende institutionskost er af væsentlig betydning og foreslår derfor, at spørgsmålet om den fremtidige rådgivning på området gøres til genstand for en nærmere vurdering. Herunder vil det være ønskeligt at medtage embedslægernes eventuelle fremtidige rol-

1e i overvejelserne.

V. Epidemibekæmpelse

1, Det legale grundlag.

Den centrale lov i epidemibekæmpelsen er lov nr. 114 af 21. marts 1979 om smitsomme sygdomme (epidemiloven). Loven har to formål dels at hindre smitsomme sygdommes udbredelse her i landet og dels at hindre, at smitte fra disse sygdomme føres ind i landet eller herfra til andre lande.

Loven omfatter alment farlige sygdomme (f.eks. kopper og pest) samt øvrige smitsomme sygdomme (f.eks. kolera og polio), optaget på henholdsvis liste A og B som bilag til loven.

Indenrigsministeren kan efter indstilling fra sundhedsstyrelsen foretage ændringer i de nævnte sygdomslistes samt opstille nye.

Epidemikommissioner:

I medfør af lovens kapitel 2 skal der i hver amtskommune nedsættes en epidemikommission bestående af politimester, embedslæge, dyrlæge, distriktstoldchef samt tre af amtsrådet valgte medlemmer. Epidemikommissioner har eksisteret fra gammel tid som et vigtigt led i epidemibekæmpelsen og som det organ, der skal koordinere bestræbelserne imod yderligere smittespredning ved epidemiudbrud.

I den forbindelse er epidemikommissionen i medfør af lovens kapitel 3 bemyndiget til at påbyde særlige foranstaltninger, herunder også tvangsmæssig indlæggelse, behandling og vaccination ved forekomst af alment farlige sygdomme. I medfør af lovens § 10 kan indenrigsministeren efter indstilling fra sundhedsstyrelsen bestemme, at de foranstaltninger, der alene kan iværksættes mod alment farlige sygdomme, også kan iværksættes over for øvrige smitsomme sygdomme, når et lægeligt beredskab, som disse optræder på en ondartet måde, med stor udbredelse eller når eksisterende hygiejniske forhold indebærer en særlig stor risiko for smittespredning.

Hvor epidemikommissionernes opgave således i dag først og fremmest er rettet mod bekæmpelsen af de uhyre sjældent forekommende alment farlige sygdomme/ er bekæmpelsen af øvrige smitsomme sygdomme i større udstrækning reguleret ved bestemmelser med hjemmel i loven.

De væsentligste regler herom vedrører lægers anmeldelsespligt af smitsomme sygdomme samt forholdsregler vedrørende skoler og daginstitutioner.

Anmeldelsespligt:

Lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme m.v. er reguleret ved Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 105 af 21. marts 1983 i medfør af § 26 i epidemiloven og § 11 i lægeloven. Bekendtgørelsen skelner mellem særlige anmeldelser af enkelttilfælde og ugentlige anmeldelser (såkaldte ugesygelister). Sidstnævnte skal af alment praktiserende læger og visse sygehusafdelinger indsendes til statens seruminstitut, epidemiologisk afdeling, der herefter løbende offentliggør statistik herom i "EPI-nyt".

Herudover skal en række, ligeledes nærmere angivne sygdomme (eksempelvis tyfus, paratyfus, meningokoksepsis og purulent meningitis) anmeldes såvel telefonisk til embedslægeinstitutionen som på blanket. Det samme er tilfældet for alle tilfælde af ophobning af en blanketanmeldelsespligtig sygdom.

For yderligere en række alvorlige sygdomme (eksempelvis difteri, kolera og pest) skal der ligeledes ske blanketanmeldelse og telefonisk anmeldelse, sidstnævnte enten til embedslægeinstitutionen, sundhedsstyrelsens afdeling D eller til statens seruminstitut, epidemiologisk afdeling.

Vedrørende tuberkulose findes særlige anmeldelsesregler i sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 104 af 21. marts 1983, hvorefter den embedslægeinstitution, i hvis kreds patienten har bopæl, skal underrettes.

Hensigten med anmeldelsespligten er at sikre det bedst mulige beredskab afhængig af sygdommens karakter og alvor.

Forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner:

Området er reguleret ved indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 100 af 7. marts 1983 om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge og nærmere uddybet i retningslinjer fra sundhedsstyrelsen af 21. marts 1983.

Hovedsigtet med bekendtgørelse og retningslinjer er, at børn og personale med smitsomme sygdomme ikke må modtages i institutioner/skoler, når de frembyder smitterisiko. I følge bekendtgørelsens § 3, stk. 3, er det i tvivlstilfælde embedslægeinstitutionen, der afgør, hvornår de pågældende kan modtages i institutionen/skolen.

I medfør af § 5 kan hel eller delvis lukning af en institution/skole besluttet af embedslægeinstitutionen, ligesom genåbning kun kan ske med embedslægeinstitutionens godkendelse.

Yderligere foretages under lukningen de foranstaltninger, som embedslægeinstitutionen påbyder af hensyn til smitterisikoen.

I medfør af bekendtgørelsens § 7 skal den behandlende læge straks mundtligt til embedslægeinstitutionen anmelde ethvert: tilfælde af de i bilaget nævnte sygdomme (f.eks. meningokoksygdom). Herefter skal embedslægeinstitutionen i medfør af § 8 hurtigst muligt underrette lederen af de berørte institutioner/skoler. Yderligere træffer embedslægeinstitutionen beslutning om, hvilken personkreds der skal informeres, og påser at denne information sker på forsvarlig vis.

De nu ændrede regler indskærper i modsætning til tidligere gældende, at det er embedslægeinstitutionen, der i tvivlstilfælde afgør, hvornår de pågældende kan modtages i institutionen/skolen, og de fremhæver tillige embedslægens informationspligt.

Bestemmelser om profylaktiske foranstaltninger ved meningokoksygdom er fastsat ved sundhedsstyrelsens cirkulære af 21. marts 1983. I medfør heraf skal den anmeldende læge for-

uden ved blanketanmeldelse også telefonisk orientere embedslægeinstitutionen i tilfælde af meningokoksygdom med henblik på en hurtig konstatering af ophobede tilfælde. Afgrænsning af den personkreds, der skal behandles, bør ske i samråd med embedslægeinstitutionen. Med henblik på eventuel iværksættelse af vaccination mod sygdommen, skal embedslægen kontakte sundhedsstyrelsen, afdeling D og statens seruminstitut, epidemiologisk afdeling.

Sundhedsstyrelsen har ved meddelelse af 1. juni 1982 vedrørende bekæmpelse af hovedlus hos børn i daginstitutioner og skoler fastsat, at anmeldelse skal ske til sundhedsstyrelsen eller embedslægen i særlige tilfælde, hvor udryddelse af lus har vist sig umulig eller, hvor der er problemer med virkning af foreskreven behandling.

Behandling og transport af lig;

Vedrørende behandling og transport af lig gælder en række bestemmelser i medfør af lovgivning om smitsomme sygdomme. Det drejer sig bl.a. om indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 152 af 14. april 1983 om transport af lig til eller fra udlandet, som fastsætter, at når lig eller ligdele skal transporteres til eller fra udlandet, skal der medfølge et særligt dokument (ligpas).

Ved transport ud af landet skal dette udstedes af vedkommende embedslægeinstitution/stadslægen i København. Denne skal forinden udstedelse af ligpasset sikre sig, at en række sundhedsmæssige og administrative krav er opfyldte.

Bekendtgørelsen fastsætter desuden, at der ved dødsfald hos personer, der lider af en almen farlig sygdom (optaget på liste A i epidemiloven), snarest muligt skal afgives indberetning herom til den stedlige embedslæge, hvorefter ligsyn skal foretages af embedslægen eller en anden læge, der særskilt er bemyndiget hertil af embedslægen.

Kønssygdomme;

Vedrørende kønssygdomme findes en særlig lov nr. 287 af

23. maj 1973 om bekæmpelse af kønssygdomme. I følge § 6 fører embedslægeinstitutionen tilsyn med kønssygdommenes udbredelse og bekæmpelsen af disse.

I medfør af § 4 påhviler det embedslægeinstitutionen og i Københavns kommune, stadslæggen, at give personer, som ikke ønsker eller på anden måde ikke har villet medvirke til at lade sig undersøge eller behandle, pålæg herom. Såfremt pålægget ikke efterkommes, skal den pågældende fremstilles for en læge ved politiets hjælp, og embedslægen er herefter forpligtet til at medvirke ved disse undersøgelser og behandlinger, såfremt ingen anden læge erklærer sig villig hertil.

I følge § 9 påhviler det amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommune at udarbejde en plan for organisering af kønssygdomsbekæmpelsen i samarbejde med embedslægeinstitutionen/stadslæggen. Herunder skal der udarbejdes en fortegnelse over, hvilke læger og lægelige institutioner, der af kommunen er udpeget til at yde vederlagsfri undersøgelse og behandling for kønssygdomme, samt hvorledes opsporingen af smittekontakter skal organiseres.

I medfør af indenrigsministeriets cirkulære af 28. juni 1973 om vejledende retningslinjer for organisationen af bekæmpelse af kønssygdomme og tilsvarende retningslinjer fra sundhedsstyrelsen i cirkulære af 28. juni 1973, skal der i de enkelte kommuner enten ansættes visiterende læger eller etableres klinikker uden for sygehusvæsenet, ambulatorier eller poliklinikker under sygehusvæsenet til bekæmpelse af kønssygdomme.

En visiterende læge har til opgave at varetage behandling og forestå smittekontaktopsporing. Denne stilling besættes af kommunen efter opslag og efter indhentet udtalelse fra embedslægeinstitutionen. Embedslægerne var tidligere pålagt denne visiterende funktion. Nu kan de i princippet ansættes som visiterende læger, uafhængig af deres embedslægegerning, men i så fald skal ansøgning forelægges sundhedsstyrelsen til udtalelse. Det fremgår endvidere af cirkulæret, at embedslægeinstitutionen skal indsamle anmeldelser vedrørende patienter med kønssygdomme og forestå den statistiske bearbejdelse af det indsamlede materiale.

Embedslægeinstitutionen skal tillige løbende vurdere bekæmpelsens effektivitet og skal stille forslag til kommunen om ændringer i organisationsplaner, såfremt dette skønnes nødvendigt.

2. Embedslægernes opgaver og faktiske medvirken.

Embedslægernes funktion i bekæmpelsen af smitsomme sygdomme er en af embedslægevæsenets ældste opgaver.

Embedslægernes deltagelse i epidemibekæmpelsen kan nærmest karakteriseres som en beredskabsfunktion, hvor embedslægerne medvirker ved at iværksætte foranstaltninger imod smittespredning samt meddelelse af fornøden oplysning til befolkningen.

I det daglige vil der ofte være kontakt med skoler, dag- og døgninstitutioner eller andre myndigheder vedrørende spørgsmål om forebyggelse af smitte. Embedslægen afgør, hvornår nogen (barn eller ansat) skal afvises fra en institution, og hvornår en institution skal lukkes respektive genåbnes. Embedslægerne har således på dette område en egentlig kompetence.

Opgaverne med smitsomme sygdomme kan tidsmæssigt være meget krævende, idet der næsten altid er tale om situationer, hvor afgørelsen må bero på konkrete skøn.

Embedslægernes medlemskab af epidemikommissionerne medfører almindeligvis møde en gang om året eller hvert andet år. Kommissionerne må imidlertid betegnes som beredskabsorganisationer, hvis opgave er at træffe de nødvendige foranstaltninger i de tilfælde, hvor en række nærmere angivne såkaldt alment farlige sygdomme måtte opstå inden for amtets grænser.

Opgaverne i relation til behandling og transport af lig, herunder med udstedelse af ligpas, har såvel retsmedicinsk som epidemiforebyggende karakter og belaster generelt set ikke embedslægevæsenet i større omfang. Opgaver i forbindelse hermed forekommer væsentligst i enkelte embedslægeinstitutioner i sommerferieperioden i relation til udenlandske turister.

Embedslægernes rolle i bekæmpelsen af kønssygdomme er i dag nærmest begrænset til en forpligtelse til at give perso-

ner, der ikke har ønsket at medvirke til undersøgelse eller behandling, pålæg om at lade sig undersøge og behandle og eventuelt at tvangsbehandle, såfremt ingen anden læge vil. Det er dog meget sjældent, embedslægerne behøver at medvirke, og opgaven er således meget lidt belastende.

3. Underudvalgets vurderinger.

Deltagelse i epidemibekæmpelsen er en af grundpillerne i embedsvæsenets historie.

Underudvalget finder ikke anledning til bemærkninger eller ændringsforslag vedrørende embedslægeinstitutionernes varetagelse af opgaven, som i det væsentlige skønnes at foregå tilfredsstillende og stort set ensartet ud over landet.

Underudvalget finder det tilfredsstillende, at der med de nye forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner er skabt klarhed om kompetencen til at afvise syge personer fra institutioner/skoler.

IV. Embedslægelige opgaver i relation til bolig- og bygningsforhold samt fysisk planlægning.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

I medfør af indenrigsministeriets bekendtgørelse om embedslægeinstitutionernes virksomhed af 19. september 1974 yder embedslægeinstitutionerne bistand til de i lovgivningen om bygning, boligbyggeri, boligtilsyn, fysisk planlægning og naturfredning nævnte myndigheder.

Embedslægelig bistand vedrørende bolig- og bygningshygiejniske forhold i bred betydning forekommer især i relation til institutioner, sygehuse og kommunale boligkommissioner.

Institutioner.

I indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 435 af 23. august 1974 om reglement vedrørende sundhedsmæssigt tilsyn med institutioner, klinikker m.v. (tilsynsreglementet) er der gi-

vet regler for de sundhedsmæssige forhold på behandlings- og plejehjem og institutioner m.v. samt klinikker og lignende for lægelig behandling og legemspleje. De nærmere regler og forpligtelser vedrørende institutionstilsynet er beskrevet i det socialmedicinske underudvalgs rapport. I denne forbindelse skal det blot omtales, at den embedslægelige rådgivning omkring de bolig- og bygningshygiejniske spørgsmål, hvorom der eksisterer vejledende retningslinjer fra socialstyrelsen, eksempelvis vedrører planer om nybygning og ombygning af institutioner. Der kan således være tale om rådgivning vedrørende valg af materialer, f.eks. gulvbelægning, om ventilationsforhold i relation til antallet af beboere eller brugere i en institution, om hensigtsmæssig indretning i relation til beboernes eventuelle særlige behov og handicap. På plejehjemsinstitutioner kan der være tale om rådgivning vedrørende anvendelse af passende desinfektions- og rengøringsmidler, håndtering af affald og lignende.

Sygehuse.

I medfør af ovennævnte tilsynsreglement er egentlige behandlings- og diagnoseafsnit samt sengeafdelinger på sygehuse undtaget fra embedslægetilsyn, hvorimod køkken- og toiletforhold, centralvaskerier, sterilisations- og desinfektionsanlæg, opbevaring og intern transport af sundhedsfarligt affald samt depoter, herunder forhold vedrørende opbevaring og fordeling af lægemidler, er omfattet af tilsynet.

Efter nedlæggelse af den tidligere sygehusforenings afdeling for sygehushygiejne opfordrede sundhedsstyrelsen i skrivelse af 26. juni 1975 til samtlige amtsråd til etablering af amtslige hygiejnekomitéer. Disse skulle varetage en lang række hygiejniske opgaver, og sundhedsstyrelsen pegede tillige på det formålstjenlige i embedslægelig deltagelse heri. Flerparten af amtskommuner har oprettet sådanne hygiejnekomitéer med embedslægerepræsentation, idet der dog benyttes lidt forskellige modeller ud over landet. Flere embedslægeinstitutioner har således været involveret i planlægning af bortskaffelsesordninger for sygehusaffald, herunder separation i almindeligt sygehusaffald og specielt sygehusaffald - omfattende bl.a. smitsomt affald - som kræver særlig destruktion. Endvi-

dere har embedslæger medvirket i sager om bortledning af spildevand. Dette kan udgøre et ikke helt ringe problem ved udskiftning af desinfektionsmidler.

Boligtilsyn.

Under den tidligere boligtilsynslov, hvor kommuner over 15.000 indbyggere skulle oprette en boligkommission, har det hyppigt været en embedslæge, der deltog som en af de to læger, der skulle indgå i boligkommissionen. Efter ikrafttrædelse af den nu gældende lov nr. 300 om byfornyelse og boligforbedring af 19. juni 1982 er spørgsmålet om oprettelse af en boligkommission gjort valgfrit for kommunerne. I en eventuel boligkommission skal der dog fortsat være et lægeligt medlem, og tilsynet med den eksisterende boligmasse henhører stadig under kommunalbestyrelsen. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at konstatere, hvorvidt og i hvilket omfang kommunerne har benyttet sig af muligheden for at oprette boligkommissioner, ej heller i hvilket omfang embedslægerne er medinddraget. Inden for boligtilsynsområdet har embedslægerne imidlertid traditionelt, været rådgivende for kommunerne - også hvor boligkommissioner ikke har været oprettet -. med en konkret lægelig vurdering af enkelte boligers egnethed som opholdssted for mennesker. Som regel har der været tale om en vurdering af mangler ved boligen i form af utilfredsstillende beskyttelse mod fugtighed, utilfredsstillende adgang for dagslys og for luftfornyelse, manglende afløb for spildevand etc. I de senere år har imidlertid mere specielle indeklimatiske problemer vist sig at kræve en lægelig vurdering. Dette gælder måske i særlig høj grad for institutionsområdet. Det drejer sig f.eks. om forhold som høj luftfugtighed, manglende luftskifte og afgasning af forskellige kemiske stoffer fra bygningsmaterialer, som medfører sygdomssymptomer, herunder allergiske reaktioner hos beboerne. Især de senere års isoleringsbestræbelser har medført nye problemer, eksempelvis ved isolation med UF-skum (ureaformaldehydskum), som i uheldigste fald kan afspalte endog meget høje koncentrationer af formaldehyd. En lang række af disse sager er rejst direkte over for embedslægeinstitutionerne af enkeltpersoner eller af de kommunale tekniske forvaltninger,

og den resterende del er rejst gennem lokale boligkommissioner.

Fysisk planlægning.

I alt væsentligt sker den fysiske planlægning i amter og kommuner uden embedslægelig deltagelse, og lovgivningen omkring lands- og regionalplanlægning nævner da heller ikke embedslægeinstitutionerne. I medfør af lov nr. 287 af 26. juni 1975 om kommuneplanlægning § 23, stk. 5, skal kommunalbestyrelsen ved offentliggørelse af lokalplaner give skriftlig underretning til de statslige myndigheder for hvem, planen har særlig interesse.

Embedslægerne har ved behandling af sager om særligt forurenende virksomheder i relation til miljøbeskyttelsesloven dog flere gange kunnet påvirke afgørelser om sådanne virksomheders placering, f.eks. ved henvisning til miljøministeriets cirkulære nr. 46 af 22. februar 1977 om kortlægning og planlægning efter miljøbeskyttelseslovens kapitel 9 og sammenhængen med region- og kommuneplanlægning ved påpegning af specifikke sygdoms- og generisici for befolkningen i området. Det kan således typisk dreje sig om, hvilken specifik luftforurening, hvilket støjniveau eller hvilken udledning af toksiske stoffer i spildevand, der kan accepteres i et givet område, specielt under hensyntagen til placering af eventuelle institutioner i området.

I forbindelse med rådgivning og bistand i relation til boligforbedring og byfornyelse er der en glidende overgang fra den enkelte bolig, det enkelte boligkvarter til den fysiske planlægning. I medfør af bekendtgørelse om embedslægeinstitutionernes virksomhed af 19. september 1974, § 6 skal embedslægeinstitutionen henlede myndighedernes opmærksomhed på mangler ved de sundhedsmæssige foranstaltninger og fremkomme med forslag til forbedringer. I denne forbindelse kan det påpeges, at embedslæger i tidens løb har bidraget med viden om forhold omkring boligens, boligkvarterets og bymiljøets sundhedsmæssige virkninger.

2. Underudvalgets vurderinger.

Det er underudvalgets opfattelse, at embedslægernes sundhedsfaglige indsigt i bolig- og bygningshygiejniske spørgsmål udnyttes rimeligt og relevant i forbindelse med sygehushygiejniske- og institutionshygiejniske opgaver, herunder særligt i forbindelse med det sundhedsmæssige tilsyn på især plejehjem og dag- og døgninstitutioner.

Underudvalget konstaterer et behov for sundhedsfaglig viden i relation til indeklimaproblemer og finder det relevant at pege på embedslægerne som rådgivere for kommunen vedrørende generelle bolighygiejniske spørgsmål, idet embedslægerne gennem årene har oparbejdet en relativ stor viden og erfaring i sådanne spørgsmål. Udviklingen af en lang række mere specielle indeklimatiske problemer, som er tiltaget i forbindelse med den stigende anvendelse af isoleringsmaterialer inden for de senere år, understreger behovet for en lægelig toksikologisk ekspertise.

Underudvalget finder, at der er betydelige konsekvenser for sundhed og trivsel involveret i planlægning af by- og boligområder, og at det må forventes, at der vil blive et behov for at inddrage sundhedsmæssig rådgivning. Embedslægeinstitutionerne medvirker på områder for så vidt angår godkendelse af særligt forurenende virksomheder i medfør af miljøbeskyttelsesloven og vil også kunne udnyttes i andre aspekter af den fysiske planlægning.

Der har i udvalget været peget på, at embedslægernes deltagelse i første række måtte koncentrere sig om lokalplan- og byfornyelsesområdet. Det er udvalgets opfattelse, at embedslægernes medvirken på dette komplekse og ressourcekrævende område bør finde sted i form af begrænsede projekter.

VII. Arbejdstilsynet.

1. Grundlag/ opgaver og embedslægelig funktion.

I medfør af § 9 i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 fastsætter indenrigsministeren efter forhandling med arbejdsministeren regler om embedslægeinstitutionens pligter i forhold til det stedlige arbejdstilsyn og til direktoratet for arbejdstilsynet. Denne bemyndigelse er ikke anvendt. Et af elementerne i den nugældende lov nr. 681 af 23. december 1975 om arbejdsmiljø er en styrkelse af den sundhedsmæssige ekspertise i de amtslige arbejdstilsynskredse. I forbindelse med lovens tilblivelse var der overvejelser om prøveordninger, hvorved den stedlige arbejdslæge i tilsynskredsen skulle være en integreret del af embedslægeinstitutionen. Overvejelserne blev imidlertid ikke realiseret.

I medfør af den tidligere gældende arbejderbeskyttelseslovgivning fra 1954 har arbejdsministeriet udstedt cirkulære af 26. november 1964 om samarbejde mellem embedslægerne (kredslægerne) og arbejdstilsynet. Cirkulæret omhandler regler for embedslægernes anmeldelsespligt og øvrige bistand til gennemførelse af lovgivningen om arbejderbeskyttelse. Kredslægen skal således underrette det stedlige arbejdstilsyn, såfremt han under sin tjeneste bliver opmærksom på forhold, der må antages at stride imod arbejderbeskyttelseslovgivningen, eller såfremt kredslægen finder, at der på et arbejdssted tiltrænges sundhedsmæssige foranstaltninger. Det stedlige arbejdstilsyn skal tilsvarende henlede kredslægens opmærksomhed på sådanne sanitære mangler, som arbejdstilsynet ikke selv kan påbyde afhjulpet i henhold til arbejderbeskyttelseslovgivningen.

Arbejdsministeriet har ved cirkulærer af 26. november 1964 fastsat tilsvarende regler dels om det generelle samarbejde mellem sundhedsstyrelsen og arbejdstilsynet og dels om det særlige samarbejde mellem sundhedsstyrelsen og arbejdstilsynet om arbejderbeskyttelseslovgivningens overholdelse i apoteker.

Efter den nu gældende arbejdsmiljølov skal der ansættes arbejdslæger i de enkelte arbejdstilsynskredse. I en del tilfælde har embedslægerne tidligere - udover deres embedslæge-

gerning - været ansat som deltids arbejdslæger.

Direktoratet for arbejdstilsynet ønsker imidlertid fuld-
tidsansatte arbejdslæger i tilsynskredsene, og der er nu ud-
dannet en del arbejdslæger, hvorfor kun få embedslæger er an-
sat som deltidsarbejdslæger. Enkelte steder udøver embedslæ-
gerne en superviserende funktion over for arbejdstilsynskred-
sens ansatte arbejdslæger. Det konkrete samarbejde i dag mel-
lem det lokale arbejdstilsyn og embedslægeinstitutionerne dre-
jer sig dels om, at begge parter har tilsyn med en række in-
stitutioner såsom plejehjem og daginstitutioner og dels om
rådgivning i forbindelse med godkendelse af særligt forurenen-
de virksomheder.

Arbejdstilsynet varetager imidlertid de ansattes inte-
resser de pågældende steder, mens embedslægevæsenet typisk har
tilsyn med beboeres og brugeres forhold og generelle sundheds-
problemer.

Samarbejdet beskrives i de fleste amter som nyttigt, og
der er oftest bestræbelser mellem parterne på at opnå ensar-
tede holdninger til opståede sundhedsproblemer. Fra embedslæ-
geside er der givet udtryk for, at man ligeligt og gensidigt
søger hinandens støtte, eksempelvis i indeklimasager. Embeds-
lægernes arbejde i forbindelse med sådanne sager er beskrevet
af begrænset forekomst.

2. Underudvalgets vurderinger.

Underudvalget ønsker at fremhæve, at man i forbindelse
med regelsaneringsbestræbelserne kunne foreslå de tre cirkulæ-
rer fra arbejdsministeriet af 26. november 1964, om samarbejde
mellem

- 1) embedslægerne og arbejdstilsynet
- 2) sundhedsstyrelsen og arbejdstilsynet generelt
- 3) sundhedsstyrelsen og arbejdstilsynet specifikt om
arbejderbeskyttelseslovgivningens overholdelse i
apoteker

erstattet af en generel gensidig orienteringspligt og henstil-
ling om samarbejde vedrørende opgaver, hvor begge parter er
medinddraget.

Underudvalget har tillige diskuteret, om det findes uhensigtsmæssigt, at have to myndigheder, der har kompetence vedrørende samme forhold. I praksis kan dette ind imellem være konfliktfyldt og enkelte medlemmer i udvalget har ønsket, at denne diskussion rejses i hovedudvalget.

Sædvanligvis er det forskellige forhold, de to myndigheder vurderer. Imidlertid er der situationer, hvor forholdene er sammenfaldende, f.eks. ved forekomst af skadelige stoffer, der påvirker såvel personale som klienter/patienter. Underudvalget finder det nødvenigt, at de to myndigheder samarbejder om sådanne forhold.

UDVALGET VEDRØRENDE EMBEDSLÆGEVÆSENET;

UNDERUDVALGET VEDRØRENDE RETSMEDICIN.

Sekretariatet

Adr.: Sundhedsstyrelsen.

Rapport fra underudvalget vedrørende retsmedicin

August 1983

<u>INDHOLDSFORTEGNELSE.</u>	Side
I. <u>Indledning.</u>	2
II. Resumé og sammenfatning af embedslægernes retsmedicinske opgaver.	3
1. Indledning.	3
2. Resumé .	3
3. Sammenfatning.	5
III. <u>Embedslægernes opgaver i forbindelse med retslægelige ligsyn og obduktioner.</u>	6
1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.	6
2. Underudvalgets overvejelser og for- slag.	10
IV. <u>Undersøgelser af personers sundhedstilstand og sindstilstand samt undersøgelser i sager om umyndiggørelse og lavværgemål.</u>	11
1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion .	11
2. Underudvalgets overvejelser og for- slag.	13
V. <u>Godkendelse af tvangsindlæggelser.</u>	16
1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.	16
2. Underudvalgets overvejelser og for- slag.	16
VI. Faderskabssager .	17
1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.	17
2. Underudvalgets overvejelser og for- slag.	17

	Side
VII. <u>Færdselslov sager.</u>	18
1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion .	18
2. Underudvalgets overvejelser og forslag.	21
VIII. <u>Embedslægernes arresthusvirksomhed.</u>	21
1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.	21
2. Underudvalgets overvejelser og forslag.	22
IX. <u>Embedslægeinstitutionernes beredskab.</u>	23

BILAG:

Oversigt over retsmedicinske opgaver 1982 ifølge årsberetninger .

I. Indledning

På 1. møde i embedslægeudvalget den 24. august 1982 blev det besluttet at nedsætte 3 underudvalg vedrørende henholdsvis socialmedicin, hygiejne og miljø, samt retsmedicin.

Underudvalget vedrørende retsmedicin fik følgende sammensætning :

Fuldmægtig i indenrigsministeriet, Jørgen Barteis Petersen
(formand)

Embedslæge Bent Lund Jørgensen, embedslægeinstitutionen for
Roskilde amt.

Politimester Uffe Kornerup, Roskilde.

Professor, dr.med. Jørgen Voigt, Københavns Universitets
retsmedicinske institut.

Kontorchef Nils Øhlenschläger, sundhedsstyrelsen.

Sekretariatsforretningerne er varetaget af ekspeditionsse-
kretær i sundhedsstyrelsen Johs. Nehm.

Der har ikke været fastsat noget egentligt kommissorium for underudvalgets arbejde. Afgrænsningen af området og opgaven er foretaget dels i underudvalget, dels i forbindelse med rapportering til plenarudvalget.

Underudvalget har afholdt 8 møder. På et møde afholdt den II. februar 1983 har underudvalget haft lejlighed til at drøfte embedslægernes funktioner i retspsykiatrisk sammenhæng, specielt mentalobservationerne med overlæge Peter Kramp, justitsministeriets retspsykiatriske undersøgelsesklínik. Underudvalget har endvidere den 21. december 1982 aflagt besøg på Københavns Universitets retsmedicinske Institut.

II. Resumé og sammenfatning af embedslægenes retsmedicinske opgaver.

1. Indledning

Rapporten beskriver det legale grundlag for embedslægenes opgaver på det retsmedicinske område samt embedslægenes funktioner i forbindelse hermed og indeholder udvalgets vurderinger af disse funktioners betydning og omfang.

Retsmedicin kan defineres som den del af lægevidenskaben, som anvendes i rettens tjeneste. Denne definition er så omfattende, at den ikke kan bruges som et middel til at afgrænse specifikt embedslægenes opgaver på området. Til grund for rapportens afgrænsning af embedslægenes retsmedicinske opgaver ligger et formelt kriterium, nemlig at opgaven udføres som bistand til rets- og politimyndighederne.

Nedenfor under pkt. 2 resumeres underudvalgets gennemgang af de specifikke opgaveområder. Under pkt. 3 sammenfattes underudvalgets synspunkter vedrørende embedslægeinstitutionernes fremtidige funktion på det retsmedicinske område.

2. Resumé

Efter lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v. (embedslægeloven) har embedslægeinstitutionerne en almindelig forpligtelse til at rådgive bl.a. statslige myndigheder vedrørende hygiejniske, miljømæssige og socialmedicinske forhold. I modsætning hertil har embedslægeinstitutionerne kun pligt til at bistå rets- og politimyndighederne i det omfang lovgivningen, herunder regler fastsat af indenrigsministeren, har konkretiseret opgaven.

Underudvalget har gennemgået de opgaver, som embedslægerne varetager indenfor det retsmedicinske område. Det drejer sig om medvirken ved obduktioner og visse ligsyn, jfr. afsnit III, undersøgelser af personers sundhedstilstand og sindstilstand i straffesager samt i sager om umyndiggørelse og lavværgemål, jfr. afsnit IV, godkendelse af tvangsindlæggelser, jfr. afsnit V, udtagning af blodprøver samt avlingstidsbestemmelse i fader-

skabssager, jfr. afsnit VI, fortrinsvis kontrollerende funktioner i relation til færdselslovgivningen, afsnit VII, samt behandling af indsatte i arresterne, jfr. afsnit VIII. I afsnit IX omtales problematikken omkring embedslægenes beredskab udenfor normal arbejdstid.

Det er karakteristisk for opgaverne på det retsmedicinske område, at den embedslægelige funktion er konkretiseret og udpræget rettet mod enkeltpersoner f.eks. en godkendelse af tvangsindlæggelse på behandlingsindikation. Dette er i modsætning til de sædvanlige samfundsmedicinske opgaver, der er gruppeorienterede.

Det er underudvalgets opfattelse, at opgaverne indenfor det retsmedicinske område udføres forsvarligt og i det alt væsentlige i overensstemmelse med de intentioner, der ligger bag lovgivningen på de forskellige områder. Bortset fra embedslægeinstitutionernes deltagelse i obduktioner er der ikke større forskel på, hvorledes de forskellige institutioner varetager opgaverne. Det er underudvalgets indtryk, at brugerne er tilfredse med den bistand, der ydes dem af embedslægeinstitutionerne. Politimyndighederne har dog kritiseret, at det i ganske få tilfælde ikke har været muligt at komme i kontakt med en embedslæge i aften- og nattetimerne.

Underudvalget anslår, at en embedslægeinstitution anvender ca. 1/6 af institutionens ressourcer til de retsmedicinske opgaver.

Underudvalget peger på, at fremtidige embedslæger i almindelighed ikke kan forventes at have opnået den kliniske erfaring fra ansættelse på psykiatrisk specialafdeling, der må anses for en forudsætning for at kunne foretage mentalobservationer.

Underudvalget peger på forskellige muligheder for at forenkle og omlægge den lægelige bistand i sager på færdselslovsområdet.

Underudvalget gør opmærksom på, at embedslægens sygdomsbehandlende funktion i relation til indsatte i arresthuse ikke længere kan anses for stemmende med embedslægeinstitutionernes nuværende funktioner af fortrinsvis koordinerende, rådgivende og kontrollerende karakter. Justitsministeriets medlem af underud-

valget finder ikke grund til, at opgaven overføres til andre læger.

3. Sammenfatning

Sammen med funktionen som "fattiglæge" udgjorde de retsmedicinske funktioner kernen i det oprindelige embedslægevæsens arbejdsopgaver. I modsætning til mange af de senere tilkomne opgaver har de embedslægelige opgaver indenfor det retsmedicinske område ikke undergået gennemgribende forandringer i de forløbne år. Dette hænger sammen med, at de grundlæggende principper bag straffelovgivningen, retsplejelovgivningen m.v. er fastholdt uændret, og at de hensyn, der oprindeligt lå bag ønsket om embedslægelig medvirken på forskellige områder, for så vidt fortsat har betydning.

Den med embedslægeloven igangsatte centralisering af embedslægerne havde til formål, dels at sikre en bedre dækning af embedslægerens mangfoldige og forskelligartede sagsområder, dels at give mulighed for en vis specialisering mellem embedslægerne indenfor samme institution. Stort set alle embedslæger varetager dog fortsat retsmedicinske opgaver, ofte fordelt efter geografiske områder. Forklaringen på, at specialiseringen ikke har slået igennem på det retsmedicinske område, er formentlig, dels at det kan være hensigtsmæssigt at kunne fordele de mange og ofte rutineprægede opgaver på flere embedslæger, dels at opgavernes undertiden hastende karakter gør det ønskeligt, at så mange af institutionens læger som muligt har den nødvendige baggrund for at varetage disse opgaver.

Nogle opgaver, der tidligere var forbeholdt embedslægerne, varetages i dag af såvel embedslæger som læger uden særlig retsmedicinsk baggrund. Embedslægens neutralitet og uafhængige status taler undertiden for, at brugeren "vælger" at lade embedslægen udføre opgaven. Hertil kommer, at disse opgaver i visse situationer enten kun kan udføres af embedslægen (magtanvendelsestilfælde) eller konkret forudsætter embedslægens specifikke retsmedicinske erfaring og baggrund.

Underudvalget finder, at embedslægerens samfundsmedicinske placering gør det naturligt at overveje at indrage dem, dels i

analysearbejdet omkring trafikulykker og andre alvorlige ulykker, dels i politi- og socialmyndighedernes kriminalpræventive arbejde overfor børn og unge.

III. Retslægelige ligsyn og retslægelige obduktioner.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion

Embedslægeinstitutionen yder efter indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 bistand til rets- og politimyndighederne ved foretagelse af medicolegale ligsyn og medicolegale obduktioner sammen med områdets statsobducent eller dennes stedfortræder.

a) De nærmere regler om ligsyns foretagelse er fastsat i ligsynsloven (lov nr. 279 af 26. maj 1976). Dødsattest kan efter ligsynsloven kun udstedes, såfremt ligsyn har fundet sted. "Almindelige" ligsyn foretages af afdødes sædvanlige læge eller - hvis den pågældende var indlagt på sygehus eller lignende institution - af en af de læger, der har deltaget i patientes behandling. Dødsattesterne indsendes til og gennemgås af embedslægeinstitutionerne for eventuelle fejl og mangler inden videresendelsen til sundhedsstyrelsen.

I de i lovens § 3 nærmere opregnede tilfælde, hvor dødsfaldet kan have politimæssig interesse, skal lægen indberette dette til politiet. Dette gælder f.eks., hvis der i forbindelse med det almindelige ligsyn opstår usikkerhed med hensyn til dødsfaldet. Det samme gælder eksempelvis også, hvis dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, selvmord eller ulykkestilfælde. Udover de politimæssigt begrundede tilfælde, skal dødsfald, der må antages at skyldes en erhvervssygdom, indberettes til politiet.

I de tilfælde, hvor lægen indberetter et dødsfald til politiet, skal der i almindelighed afholdes retslægeligt ligsyn. Retslægeligt ligsyn kan dog undlades, hvis et er åbenbart, at der foreligger naturlig død. Beslutning om ikke at afholde retslægeligt ligsyn kræver i de fleste tilfælde efter loven embedslægens tilslutning. For så vidt angår dødsfald, der er indberettet på grund af formodning om en erhvervssygdom, kan embedslægen selvstændigt beslutte, at retslægeligt ligsyn ikke skal afhol-

des.

Retslægeligt ligsyn foretages af politiet og embedslægen i forening. Justitsministeriet kan meddele andre læger tilladelse til at deltage i ligsyn i embedslægens sted, og i påtrængende tilfælde kan politimesteren udpege en anden læge til at deltage.

Ved retslægelige ligsyn vedrørende dødsfald i Københavns kommune gælder den særlige ordning, at professoren i retsmedicin ved Københavns Universitet eller en af dennes assistenter deltager i stedet for stadslægen. Endvidere har justitsministeriet - udover professoren i retsmedicin ved Københavns Universitet - meddelt professorerne ved de retsmedicinske institutter i Århus og Odense tilladelse til at deltage i det retslægelige ligsyn i de tilfælde, hvor de pågældende som statsobducenter deltager i en findestedsundersøgelse.

Det retslægelige ligsyn har primært til formål at fastslå døds måden og i videst mulig udstrækning dødsårsagen specielt med henblik på en afklaring af, om der bag dødsfaldet ligger forhold af politimæssig interesse. Dødsattesten udfyldes og underskrives af embedslægen og påtegnes af politiet.

Det tager normalt 15-30 minutter at gennemføre et ligsyn, hvortil kommer transporttid, der kan variere betydeligt. Ligsyn søges bl.a. af hensyn til de pårørende gennemført med rimelig hurtighed, da begravelsen først kan finde sted, når der er udstedt dødsattest. I ganske særlige tilfælde kan det af hensyn til det videre politiarbejde være afgørende, at ligsynet finder sted så hurtigt som muligt.

Der blev i 1982 foretaget 5.172 retslægelige ligsyn i hele landet, når bortses fra Københavns kommune, jfr. bilag.

b) De nærmere regler for embedslægeinstitutionernes medvirken ved de retslægelige obduktioner er fastsat i ligsynsloven (lov nr. 279 af 26. maj 1976).

I ligsynslovens § 6, stk. 1, fastsættes, i hvilke tilfælde retslægelige obduktioner skal foretages på grund af en politimæssig interesse. Dette er eksempelvis tilfældet, hvor dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, eller klarlæggelse af dødsårsagen af politimæssige grunde skønnes påkrævet.

Bestemmelsen i § 6, stk. 2, åbner mulighed for at foretage

Obduktion i visse tilfælde, hvor der består en samfundsmæssig interesse i at få den nøjagtige dødsårsag fastslået. Efter denne bestemmelse kan justitsministeren, såfremt almen interesse skønnes at kræve en særlig undersøgelse af dødsårsagen ved bestemte grupper af dødsfald, efter forhandling med sundhedsstyrelsen bestemme, at der ved sådanne dødsfald skal foretages retslægelig obduktion.

Bestemmelsen tager navnlig sigte på tilfælde, hvor en fuldstændig fastlæggelse af dødsårsagen kan være af betydning for forebyggelse af fremtidige ulykker eller for misbrug af lægemidler. Ifølge justitsministeriets cirkulære af 22. oktober 1970 skal der i tilfælde, som må antages at stå i forbindelse med misbrug af euforiserende stoffer, foretages retslægeligt ligsyn og obduktion.

Ligsynsloven fastslår udtrykkeligt, at afgørelsen om foretagelse af legal obduktion udelukkende ligger hos politiet. Dette gælder også afgørelsen af, om et konkret tilfælde kan henføres til de grupper af tilfælde, hvor obduktion skal foretages efter § 6, stk. 2.

Obduktionen udføres af en sagkyndig læge, der udpeges af justitsministeriet, i forbindels med embedslægen eller en anden læge, der repræsenterer denne. Professorerne (i deres egenskab af statsobducenter) samt vicesstatsobducenterne ved de retsmedicinske institutter i henholdsvis København, Århus og Odense er af justitsministeren udpeget til at udføre obduktionerne (justitsministeriets cirkulæreskrivelse af 30. marts 1977).

For Københavns kommunes vedkommende gælder den særordning, at professoren i retsmedicin ved Københavns universitet tillige varetager embedslægefunktionerne på området. Herudover varetager han statsobducentfunktionerne, herunder udførelsen af obduktionerne, der i disse tilfælde udføres ved stedfortræder. Stads lægen deltager derfor ikke i retslægelige ligsyn eller obduktioner.

I almindelighed foretages obduktion på vedkommende retsmedicinske institut, der råder over de nødvendige faciliteter. Det forekommer dog, at obduktion foretages på et lokalt sygehus. Mulighederne for i større omfang at lade retsmedicinsk institut i København foretage obduktion lokalt overvejes for tiden.

Justitsministeriets intruks nr. 446 af 2. november 1942 indeholder regler om omfanget af den retslægelige obduktion og dennes udførelse. Efter instruksen skal der udarbejdes en ret omfattende beretning, som almindeligvis indeholder et referat af alle relevante foreliggende oplysninger, en detaljeret beskrivelse af ydre og indre obduktionsfund, omtale af eventuelt supplerende undersøgelsesmateriale samt et resumé og en konklusion med angivelse af dødsårsag og eventuelt vurdering af døds måden og andre væsentlige forhold. Forslag til ny instruks, der som en nyskabelse også omfatter retslægelige ligsyn, er under udarbejdelse i en på justitsministeriets foranledning af sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe.

Formålet med bestemmelserne om foretagelse af retslægelige obduktioner er først og fremmest at sikre oplysninger, der kan være af betydning for afgørelsen af, om straffesag kan eller skal rejses i anledning af et dødsfald eller for udfaldet af en eventuel straffesag. Retslægelig obduktion må betragtes som et efterforskningsskridt på linie med andre efterforskningsskridt til oplysning af straffesager. Det er derfor helt naturligt, at afgørelsen af, hvorvidt obduktion skal foretages, er henlagt til politiet.

Ganske vist er det således "politimæssige" vurderinger, der er bestemmende for, om obduktion skal foretages, men i disse indgår normalt også embedslægelige synspunkter, som de bl.a. er kommet til udtryk under det retslægelige ligsyn.

Som nævnt udføres obduktionerne af en særlig sagkyndig læge i forbindelse med embedslægen. Selve den tekniske udførelse foretages af den sagkyndige læge. Embedslægens deltagelse i obduktionen og dermed den dobbelt kontrol af obduktionsfundene har til formål at skabe højst mulig sikkerhed for, at intet af relevans for retsvæsenet overses. Eftr ligsynslovens § 7, stk. 1, kan i stedet for embedslægen deltage "en anden læge, der repræsenterer denne". Med et citerede udtryk er der fra lovgivningsmagtens side givet udtryk for, at vedkommende anden læge bør være i besiddelse af den særlige retsmedicinske ekspertise, der findes hos embedslægerne. Deltager embedslægen ikke i obduktionen, varetages embedslægefunktionerne af statsobducenten eller dennes stedfortræder ved vedkommende retsmedicinske institut i

stedet for embedslægen.

Der foreligger ikke oplyst, i hvilket omfang embedslægerne deltager i de retslægelige obduktioner, men der synes at være en tendens til, at den embedslægelige medvirken ved obduktion af praktiske grunde er hyppigst for institutionerne i Københavns, Fyns og Århus amter, d.v.s. institutionerne i umiddelbar nærhed af et retsmedicinsk institut. Efter udførelse af en obduktion modtager embedslægen i alle tilfælde kopi af obduktionserklæringen.

I 1982 blev der foretaget 1.224 retslægelige obduktioner, når bortses fra obduktioner vedrørende Københavns kommune. Obduktionerne udgjorde ca. 20%, i København ca. 23% af antallet af retslægelige ligsyn, jfr. bilag.

2. Underudvalgets overvejelser og forslag

De hensyn til retssikkerheden, herunder retsforfølgningen, der ligger til grund for lovgivningens regler om foretagelse af retslægelige ligsyn, forudsætter, at disse ligsyn foretages med den størst mulige sikkerhed. Underudvalget finder det derfor afgørende, at disse ligsyn sker i et samarbejde mellem trænede politifolk og læger med en retsmedicinsk baggrund og erfaring. Det er underudvalgets opfattelse, at embedslægene udfører opgaverne i fuld overensstemmelse med de hensyn og intentioner, der ligger bag lovgivningen på dette område. Det er endvidere underudvalgets indtryk, at samarbejdet mellem politi og embedslæger forløber hensigtsmæssigt.

Underudvalget finder ikke behov for at foreslå ændringer med hensyn til embedslægeinstitutionernes deltagelse i de retslægelige ligsyn. Underudvalget skal dog gøre opmærksom på, at embedslægerne ikke efter ligsynsloven fra 1976 har særlige forpligtelser med hensyn til "almindelige" ligsyn, hvorfor bestemmelsen i § 18b) i bekendtgørelsen om embedslægeinstitutionernes virksomhed, der forudsætter en sådan pligt, er uden faktisk og retligt indhold.

Underudvalget har drøftet den særlige ordning for varetagelsen af retslægelige ligsyn i Københavns kommune. Denne ordning fungerer fuldt tilfredsstillende, og underudvalget finder

ikke grund til at foreslå ændringer heri. Det er underudvalget bekendt, at det udkast til vejledning om foretagelse af retslægelige ligsyn og obduktioner, der er udarbejdet af sundhedsstyrelsens forannævnte arbejdsgruppe, forudsætter en i princippet uændret procedure med hensyn til varetagelsen af retslægelige ligsyn i forbindelse med dødsfald i Københavns kommune.

Med hensyn til de retslægelige obduktioner finder udvalget, at kravet om embedslægelig deltagelse heri ikke er en forudsætning for at kunne tilgodese de retssikkerhedsmæssige hensyn, der ligger til grund for lovgivningens regler om obduktion. De betydelige variationer i de enkelte embedslægeinstitutioners faktiske medvirken ved obduktionerne må efter underudvalgets opfattelse tilskrives praktiske og ressourcemæssige forhold.

På den anden side finder underudvalget den gældende lovs princip om, at obduktionsfundene og obduktionserklæringernes konklusioner gennemgås og vurderes af to uafhængige læger, væsentligt. Underudvalget, finder endvidere, at embedslægernes deltagelse i obduktioner i en vis udstrækning er en forudsætning for varetagelsen af andre retsmedicinske opgaver.

Underudvalget finder på denne baggrund, at embedslægerne principielt bør medvirke ved de retslægelige obduktioner, og i alle tilfælde i obduktioner, der finder sted indenfor institutionernes område. Man må dog acceptere, at obduktioner, der finder sted udenfor institutionernes område, sker uden embedslægelig deltagelse, når tids- og ressourcemæssige hensyn gør dette umuligt.

IV. Undersøgelser af personers sundhedstilstand og sindstilstand samt undersøgelser i sager om umyndiggørelse og lavværgemål.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

I dette afsnit omtales nogle undersøgelser, der danner grundlag for afgivelse af syn- og skønslignende erklæringer over for politi- og retsmyndighederne. Embedslægeinstitutionerne har efter bekendtgørelsen om embedslægeinstitutionernes virksomhed pligt til at foretage disse undersøgelser. "Brugerne" er derimod ikke efter retsplejeloven forpligtet til at benytte sig af em-

bedslægernes bistand, men kan indhente sagkyndige erklæringer fra andre læger.

Efter bekendtgørelsen om embedslægeinstitutionernes virksomhed skal institutionerne således bistå rets- og politimyndighederne med undersøgelse af personers sundhedstilstand især i voldssager, sædelighedssager samt benådnings- og strafudsættelsessager, med undersøgelse af personers sindstilstand (mentalundersøgelser) samt med undersøgelse i sager vedrørende umyndiggørelse og lavværgemål.

a) Hovedparten af undersøgelserne vedrørende personers sundhedstilstand sker på politiets foranledning.

Embedslægernes undersøgelser i volds- og sædelighedssager foregår oftest på embedslægeinstitutionerne, men kan også finde sted på (det lokale) sygehus. Erklæring i benådnings- og strafudsættelsessager udfærdiges som regel på grundlag af forelagte akter, herunder lægeerklæringer.

Den på grundlag af undersøgelsen udfærdigede erklæring omtaler alle relevante forhold og munder ud i en konklusion. Erklæringen kan have betydning både i politiets efterforskningsarbejde og som materiale for anklagemyndigheden. Erklæringerne i benådnings- og strafudsættelsessagerne indgår i en administrativ sagsbehandling i gængs forstand.

Undertiden bliver embedslægerne anmodet om at foretage undersøgelse af legemshulheder, f.eks. for narkotika. Uanset at sådanne undersøgelser ikke efter en sproglig fortolkning er omfattet af udtrykket "undersøgelse af personers sundhedstilstand" er det indtrykket, at anmodninger om sådanne undersøgelser i almindelighed efterkommes. Retsmedicinsk institut i København har givet udtryk for den opfattelse, at der ikke bør anvendes instrumenter ved sådanne undersøgelser, bortset fra, hvad der er nødvendigt ved rutinemæssige gynækologiske undersøgelser.

Specielt i sædelighedssagerne kan det være afgørende, at den lægelige undersøgelse finder sted hurtigst muligt.

I 1982 foretog embedslægeinstitutionerne 770 personundersøgelser, jfr. bilag.

b) Mentalundersøgelse skal efter retsplejeloven foretages, hvis en sådan kan antages at have betydning for straffesagens afgørelse og er bl.a. indiceret, hvis der er grund til at form-

de, at sigtede er sindssyg, åndssvag eller mentalt afviger fra det normale.

Afgivelse af erklæring om mentalundersøgelse forudsætter altid en personlig undersøgelse af den sigtede. Til brug ved embedslægenes undersøgelse foreligger en omfattende dokumentation i form af skoleerklæringer, erklæringer fra forsorgscentre, akter i eventuelle tidligere straffesager m.v.

Mentalobservationerne er tidskrævende, varierende fra nogle til adskillige timer. Antallet af mentalobservationer udført af embedslæger har været faldende de senere år. I 1982 foretog embedslægeinstitutionerne 148 mentalobservationer. Ca. halvdelen af embedslægerne er fritaget for pligten til at udføre de pågældende undersøgelser, for to institutioners vedkommende er samtlige embedslæger fritaget.

c) Retsplejeloven indeholder procedurereglerne om gennemførelse af sager om umyndiggørelse og lavværgemål, mens de materielle regler herom findes i myndighedsloven.

Retten sørger for de omhandlede sagers oplysning og træffer bestemmelse om tilvejebringelse af udtalelser fra sagkyndige. Ved en ændring af retsplejeloven i 1979 blev det ikke længere fundet påkrævet at opretholde besemmelsen om, at der i nærmere angivne tilfælde skal foreligge en erklæring fra en overlæge ved sindssygehospital eller åndssvageanstalt eller fra en embedslæge.

De lægelige undersøgelser minder om undersøgelserne i forbindelse med mentalobservationer, men er langt mindre omfattende og det skriftlige dokumentationsmateriale har langt fra samme omfang. Det er indtrykket, at den største gruppe undersøgte er senil demente personer, ofte anbragt på plejehjem.

Sagerne kan undertiden være hastende, f.eks. hvor der er tale om personer, der ikke kan tage vare på sig selv.

I 1982 afgav embedslægeinstitutionerne 250 erklæringer i sager om umyndiggørelse og lavværgemål, jfr. bilag.

2. Underudvalgets overvejelser og forslag.

Udgangspunktet for underudvalgets vurdering af embedslægeinstitutionernes funktioner på de nævnte områder er, at der her

er tale om sagstyper, hvor en lægelig bedømmelse og vurdering kan udgøre en betydningsfuld del af politiets eller rettens beslutningsgrundlag. Det er overladt til politiets eller rettens bestemmelse, om erklæring skal indhentes og i givet fald, hvor den skal søges indhentet.

Det er underudvalgets opfattelse, at undersøgelser af personers sundhedstilstand i volds- og sædelighedssager i nogle tilfælde bør udføres af læger med retsmedicinsk ekspertise, mens undersøgelserne i andre tilfælde kan foretages af læger uden speciel retsmedicinsk baggrund Underudvalget finder, at undersøgelserne i sædelighedssager og undertiden også i voldssager kræver en særlig retsmedicinsk ekspertise og derfor som hovedregel bør udføres af embedslæger eller læger med en tilsvarende uddannelse og erfaring. Derimod finder underudvalget, at undersøgelserne i rene voldssager, hvor der alene er tale om redegørelse for læsioner og undersøgelser uden magtanvendelse for skjult narkotikum kan foretages af andre end retslæger.

Underudvalget finder, at embedslægernes varetagelse af de beskrevne opgaver ikke har givet anledning til væsentlige problemer.

Underudvalget er dog opmærksom på, at det i ganske få presserende tilfælde ikke har været muligt for politiet at komme i kontakt med en embedslæge i området. Det er underudvalgets opfattelse, at der - specielt med henblik på undersøgelser, der forudsætter en retsmedicinsk baggrund - bør sikres mulighed for, at undersøgelsen i presserende tilfælde kan foretages også uden for "normal arbejdstid". En løsning på problemet må imidlertid ses i sammenhæng med behovet for embedslægelig bistand i akutte situationer på andre områder, jfr. afsnit IX.

Underudvalget finder den nuværende formulering i § 18d) i bekendtgørelsen om embedslægeinstitutionernes virksomhed: "undersøgelse af personers sundhedstilstand" for snæver og skal anbefale bestemmelsen udvidet til at omfatte legemsundersøgelser.

Overlæge Peter Kramp, justitsministeriets retspsykiatriske undersøgelses klinik, har under en drøftelse med underudvalget givet udtryk for, at egentlige mentalobservationer efter hans opfattelse bør være en opgave for speciallæger i psykiatri. Af-

givelse af mentalobservationserklæringer kræver efter overlæge Kramps opfattelse som minimum 1 års ansættelse på en psykiatrisk sygehusafdeling.

Underudvalget finder, at embedslægeinstitutionernes erklæringer indebærer den fordel, at de er relativt korte og formuleret specielt med den videre anvendelse i retssystemet for øje. Det er udvalgets opfattelse, at embedslægerne særlige viden om det strafferetlige sanktionssystem er betydningsfuld for opgavernes varetagelse. Embedslægerne behandler endvidere sagerne forholdsvis hurtigt. De psykiatriske speciallægeerklæringer indeholder derimod nok en mere nuanceret vurdering af diagnosen samt en sikrere vurdering af behandling og prognose.

Den kraftige reduktion i antallet af erklæringer udfærdiget af embedslæger gør det vanskeligt for embedslægerne at fastholde den nødvendige ekspertise på området. Udvalget er endvidere opmærksom på, at læger, der i fremtiden udnævnes til embedslæger, ikke i almindelighed kan forventes at have opnået den nødvendige praktiske erfaring gennem arbejde på psykiatriske specialafdelinger. Dertil kommer, at den nuværende speciallægekapacitet muliggør, at opgaven løses af speciallæger i psykiatri, enten ambulant eller under indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Underudvalget skal på denne baggrund anbefale, at embedslægerne fritages for pligten til at udføre mentalobservationer. Underudvalget skal i denne forbindelse henvise til, at betænkning nr. 149/1956 om de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager anbefaler, at den her omhandlede opgave helt overgår til speciallæger i psykiatri.

Med hensyn til de lægelige undersøgelser i sager vedrørende umyndiggørelse og lavværgemål finder udvalget, at disse i mange tilfælde med fordel kan udføres af patientens egen læge, hvilket ikke sjældent sker i praksis. Forholdet mellem patienten og lægen kan i nogle tilfælde tale afgørende imod, at den praktiserende læge afgiver erklæring i disse sager. Underudvalget finder behov for, at muligheden for at lade den omhandlede opgave udføre som embedspligt for embedslægen bør opretholdes. Efter udvalgets opfattelse er der ikke behov for ændringer i det gældende lovgrundlag.

V. Embedslægeinstitutionernes funktioner i forbindelse med tvangsindlæggelse af sindssyge.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

Embedslægeinstitutionernes pligt til at yde rets- og politimyndighederne bistand i forbindelse med godkendelse af tvangsindlæggelser af sindssyge i medfør af sindssygeloven er udtrykkeligt nævnt i bekendtgørelsen om embedslægeinstitutioner.

Efter sindssygeloven skal embedslægeinstitutionerne godkende en læges beslutning om tvangsindlæggelse af en sindssyg patient på behandlingsindikation, d.v.s. tilfælde, hvor udsigterne for den syges helbredelse væsentligt forringes, hvis indlæggelse ikke finder sted.

Politiet er efter sindssygeloven forpligtet til at yde bistand ved tvangsindlæggelsen, når betingelserne herfor er til stede. Lovligheden af beslutningen om tvangsindlæggelse kan efter retsplejeloven kræves prøvet ved domstoelene.

Formålet med lovens krav om embedslægens godkendelse af tvangsindlæggelse på behandlingsindikation er at sikre, at den indlæggende læges beslutning i disse tilfælde, hvor forskellige vurderinger kan anlægges, efterprøves af en uafhængig, offentlig ansat læge.

Der medgår normalt mellem 1/2 - 3 timer til embedslægens behandling af en sag om tvangsindlæggelse. Sagerne har sjældent akut karakter.

Embedslægeinstitutionerne behandlede i 1982 377 sager om tvangsindlæggelse på behandlingsindikation.

2. Underudvalgets overvejelser og forslag.

Der er enighed i underudvalget om, at det lægelige overskøn, der i disse sager udøves af de uvildige og uafhængige embedslægeinstitutioner, har medvirket til opfyldelsen af de hensyn, der ligger bag lovens krav om særlig godkendelse ved bestemte indlæggelser.

Underudvalget er bekendt med, at spørgsmålet om sindssyge personers retssikkerhed for tiden er genstand for overvejelser i et af justitsministeriet nedsat udvalg. Underudvalget anbefaler,

at dette udvalg overvejer mebedslægernes fremtidige rolle i relation til foranstaltninger overfor sindssyge. Det er underudvalgets opfattelse, at embedslægernes særlige uddannelsesmæssige og stillingsmæssige baggrund indgår i disse overvejelser.

VI. Faderskabssager.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

I medfør af bekendtgørelsen om embedslægeinstitutionernes virksomhed påhviler det embedslægeinstitutionerne at afgive erklæringer om avlingstidspunkt for børn samt at udtage blodprøver i faderskabssager. Supplerende bestemmelser er givet i retsplejelovens kapital 42a om faderskabssager, hvorefter det påhviler retten at træffe bestemmelse om tilvejebringelse af bevismidlerne i sagen. Retten kan herunder pålægge parterne at fremstille sig til undersøgelse, afgive blodprøver m.v.

Justitsministeriet har ved et cirkulære af 30. marts 1955 fastsat regler om foretagelse af blodtypebestemmelse, herunder regler for indsendelse af blodprøver til retsmedicinsk institut. Udtagning af blodprøver med henblik på blodtypebestemmelse kan efter reglerne foretages af enhver læge.

Justitsministeriet og sundhedsstyrelsen har fastsat nærmere regler om vurderingen af avlingstiden. Efter justitsministeriets regler skal der i alle faderskabssager indhentes en udtalelse fra embedslægen, i København retslægerådet om den tidsfrist, indenfor hvilken et barn kan være avlet. Embedslægens udtalelse herom er ofte alene baseret på aflæsning af et skema og indebærer således ikke nogen selvstændig vurdering.

udførelsen af de beskrevne opgaver er ikke særligt tidskrævende for embedslægeinstitutionerne og kan i almindelighed indpasses i den daglige rutine.

I 1982 udtog institutionerne 836 blodprøver i faderskabssager og udførte 895 avlingstidsbestemmelser.

2. Underudvalgets overvejelser og forslag.

Underudvalget finder, at udtagelse af de omhandlede blod-

prøver i mange tilfælde med fordel kunne ske hos "klientens" sædvanlige læge, da klienten herved ofte vil kunne spres for transporttid m.v. Udtagelse af blodprøver under anvendelse af tvang kan kun forventes foretaget af embedslægen.

Herudover kan konkrete forhold indicere, at opgaven i det givne tilfælde bør udføres af embedslægen.

Der er efter underudvalgets opfattelse ikke behov for ændringer i det gældende lovgrundlag, der netop giver retten mulighed for at vælge den løsning, der forekommer rigtigst i det konkrete tilfælde.

Opgaven med hensyn til afgivelse af erklæringer om avlings-
tidspunktet anser underudvalget for en naturlig opgave for embedslægerne.

VII. Færdselslovssager.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

I dette kapitel omtales embedslægeinstitutionernes funktioner i relation til forskellige trafiksikkerhedsmæssige foranstaltninger efter færdselslovgivningen. Embedslægerne funktioner på dette område er fortrinsvis af rådgivende og kontrollerende karakter.

a. Kørekortsager.

I medfør af bekendtgørelsen om embedslægeinstitutionernes virksomhed yder embedslægeinstitutionen bistand til rets- og politimyndighederne ved vurdering af lægeattester til brug ved erhvervelse eller fornyelse af førerbevis (nu: kørekort).

Efter justitsministeriets bekendtgørelse om kørekort skal politiet, hvis det er i tvivl om en kørekortansøgers åndelige eller legemlige færlighed, forelægge sagen for embedslægen eller en anden af sundhedsstyrelsen hertil godkendt læge. Forud for afgørelsen af, om kørekort kan nægtes eller inddrages som følge af afhængighed af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer, skal der altid indhentes en udtalelse fra embedslægen.

Justitsministeriets cirkulære nr. 202 af 29. september 1967 indeholder nærmere regler om hvilke instanser, sagen skal forelægges for ved bestemte helbredsmangler. Der er tale om enten sundhedsstyrelsen, embedslægen eller bilinspektøren.

I de sager, der vedrører helbredsmangler, der kræver forelæggelse for embedslægen, kan kørekort udstedes, såfremt embedslægen anbefaler dette. Hvis dette ikke er tilfældet, skal sagen forelægges sundhedsstyrelsen.

Embedslægeinstitutionens funktion i disse sager består i en vurdering af den pågældende helbredsmangels betydning for ansørgernes muligheder for at føre motorkøretøj på betryggende måde. Vurderingen foretages på grundlag af det foreliggende materiale, eventuelt suppleret gennem drøftelse med ansøgerens læge.

Det sker - forholdsvis sjældent - at en læge under henvisning til lægelovens § 12 retter henvendelse til embedslægeinstitutionen om eventuel inddragelse af kørekort, fordi han i sin virksomhed er kommet "til kundskab om, at en person lider af sådanne sygdomme eller mangler i legemlig eller sjælelig henseende, at han i betragtning af de forhold, hvorunder han lever eller arbejder, udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare, ..." I sådanne tilfælde vil embedslægeinstitutionen normalt foretage henvendelse til politiet, hvis den pågældende person ifølge lægens oplysninger er til fare for sine medtrafikanter og ikke frivilligt har villet afstå fra at køre. I særlige tvivlstilfælde udbeder embedslægeinstitutionen sig en udtalelse fra sundhedsstyrelsen om det forelagte spørgsmål.

I de større embedslægeinstitutioner modtages i gennemsnit 5-8 kørekortager dagligt til udtalelse. Det embedslægelige arbejde med hver sag varer 5-10 minutter, i sjældne tilfælde, hvor der skal konfereres med f.eks. vedkommendes egen læge, op til 1/2 time.

I 1982 behandlede institutionerne 12.513 sager, hvoraf 482 indsendtes til vurdering i sundhedsstyrelsen. Til sammenligning kan anføres, at sundhedsstyrelsen i alt i 1982 fik forelagt 4.441 kørekortsager.

b. Fritagelse for pligten til at anvende styrthjelm og sikkerhedssele.

Pligten til at anvende sikkerhedssele og styrthjelm gælder ikke for personer, der er fritaget herfor ved lægeattest. Lægeattesten udstedes af ansøgerens sædvanlige læge eller af en speciallæge. I tvivlstilfælde skal sagen forelægges for embedslægen (Bekendtgørelse nr. 608 af 12. december 1975 (sikkerhedssele) og Bekendtgørelse nr. 254 af 17. maj 1976 (styrthjelm)).

Sundhedsstyrelsen har fastsat nærmere regler for, i hvilke tilfælde attest om fritagelse kan udstedes. Kopi af lægens fritagelsesattest skal indsendes til embedslægeinstitutionen.

Kopierne af fritagelsesattesterne vedrørende styrthjelm indsendes til sundhedsstyrelsen med markering af, om attesten er udstedt i overensstemmelse med reglerne eller ej.

I 1982 behandlede institutionerne 1.292 sager af den her omtalte art.

c. Spiritusprøver.

Efter § 19 i bekendtgørelsen om embedslægeinstitutionernes virksomhed skal embedslægeinstitutionen i samarbejde med amtsråds-kredsens politimestre og lægekredsforeningen etablere en ordning, hvorefter der til enhver tid er en læge eller embedslæge til rådighed for amtsråds-kredsens politimestre til udførelse af kliniske lægeundersøgelser og udtagelse af blodprøver ("spiritusprøver").

Det er ved bestemmelsen fastslået, at udførelse af spiritusprøverne efter ikrafttræelsen af lov om embedslægeinstitutioner kun subsidiært er en embedslægepligt, idet embedslægeinstitutionernes opgave for spiritusprøvernes vedkommende primært er at medvirke til at etablere den nævnte ordning.

I tilfælde, hvor der må anvendes magt for at få prøverne foretaget, er det nødvendigt, at disse udføres af en embedslæge. I almindelighed foretages de kliniske lægeundersøgelser af en embedslæge. Antallet af sådanne undersøgelser er lavt og faldende.

2. Underudvalgets overvejelser og forslag.

Det er underudvalgets indtryk, at embedslægeinstitutionerne har oparbejdet en betydelig rutine og ekspertise i behandlingen af kørekortsager. Efter udvalgets opafttelse bør muligheden for i et videre omfang at placere det lægelige overskøn i disse sager i embedslægeinstitutionerne tages op til overvejelse i justitsministeriet og sundhedsstyrelsen.

Efterhånden som der med det betydelige antal fritagelser for anvendelsen af styrthjelm og sikkerhedssele er dannet en fast praksis for sådanne fritagelser, finder underudvalget, at der - også for så vidt angår styrthjelme - er grundlag for at anbefale, at det overvejes af justitsministeriet og sundhedsstyrelsen at placere det lægelige overskøn hos embedslægeinstitutionerne. Underudvalget skal i denne forbindelse henlede opmærksomheden på det utilfredsstillende i, at en ulovligt udstedt tilladelse i hvert fald i en periode er gyldig.

Udvalget konstaterer, at de etablerede ordninger med hensyn til udtagelse af blodprøver og udførelse af kliniske undersøgelser overalt har fungeret tilfredsstillende efter etableringen af de ovenfor omtalte ordninger. Underudvalget finder ikke grund til at foreslå den nuværende ordning ændret.

VIII. Embedslægernes arresthusvirksomhed.

1. Grundlag, opgaver og embedslægelig funktion.

I medfør af lovens § 6, stk. 2, skal embedslægeinstitutionens læger behandle de indsatte i arresthusene inden for amtsråds-kredsen, hvor der ikke er ansat arrest- eller fængselslæge eller fastsat anden særlig ordning. Hertil svarer bekendtgørelsens § 19, stk. 2, hvorefter institutionens læger skal behandle sygdomstilfælde blandt de indsatte.

Embedslægernes opgaver på området har karakter af almen lægegerning.

Sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet har tidligere - under hensyn til, at en behandlende funktion ikke harmonerer med embedslægernes øvrige opgaver af fortrinsvis koordinerende, råd-

givende og kontrollerende karakter - givet udtryk for, at embedslægerne på længere sigt bør søges fritaget for deres behandlende opgaver på arresthusene.

Der er store variationer i embedslægeinstitutionernes tilrettelæggelse af arresthusvirksomheden bl.a. afhængigt af størrelsen af arresthusene. Enkelte institutioner har en daglig fast konsultationstid i arresthuse med mange indsatte, mens andre institutioner har en fast konsultationstid én eller to gange om ugen. Embedslægen tilkaldes endvidere i tilfælde af akut opstået sygdom i aften- og nattetimerne samt i week-ends tilkaldes i almindelighed vagtlæge.

I forbindelse med omtalen af embedslægernes arresthusvirksomhed hører det med, at embedslægerne tillige forestår de profylaktiske undersøgelser af de indsatte i arresthusene. Opgaven er ikke pålagt embedslægerne i lovgivningen. Grundlaget herfor er en aftale mellem embedslægeforeningen og justitsministeriet. Varetagelsen af de nævnte undersøgelser er således ikke en pligtmæssig embedslægelig opgave i egentlig forstand, og embedslægen oppebærer da også honorar for udførelsen af disse undersøgelser (45 kr. pr. undersøgelse). Justitsministeriet har i et cirkulære fastsat nærmere regler for hvilke profylaktiske undersøgelser, de indsatte skal tilbydes. I visse tilfælde skal nærmere angivne undersøgelser foretages f.eks. undersøgelse for hepatitis og TB-undersøgelse.

I 1982 havde embedslægerne i alt 10.335 konsultationer i arresthusene, og det kan anslåes, at der medgik ca. 4.000 arbejdstimer i den behandlende funktion og knap 1.000 timer på den profylaktiske funktion.

2. Underudvalgets overvejelser og forslag.

Som argumenter for at bibeholde den nuværende ordning med hensyn til behandling af de indsatte er det i underudvalget fremhævet, at den eksisterende ordning med embedslægernes lægelige betjening af arresthusene virker udmærket. De indsatte lider normalt ikke af sygdomme, der kræver mere end en almen lægelig baggrund for behandling, og embedslægerne kan henvise særlige tilfælde til speciallægebehandling. Embedslægernes special-

kendskab til retsmedicin samt den tillid i retssystemet, embedslægerne nyder i kraft af deres ansættelsesforhold, indebærer fordele netop i forbindelse med behandlingen af det specielle klientel i arresthusene. Hertil kommer, at en omlægning måtte forudsætte, at der blev knyttet en lønnet, fast alment praktiserende læge til hvert arresthus. De økonomiske konsekvenser heraf er betydelige. Nogle af direktoratet for kriminalforsorgen og Foreningen af Speciallæger i november 1982 foretagne beregninger viser, at en overgang til et system, hvorefter behandlingen af syge fanger varetages af alment praktiserende læger i stedet for af embedslægerne, vil indebære en årlig merudgift på kr. 1.963.200.

Selv om de sidst citerede synspunkter taler for at bevare arresthuslægevirkomheden som en embedslægeopgave, er et flertal i underudvalget enig om, at både den ressourcemæssige kapacitet og den mere samfundsmedicinske drejning, embedslægearbejdet har fået, både konkret og principielt taler med større vægt for, at denne arbejdsopgave overføres til andre læger. Merudgifterne ved at henlægge opgaven til andre læger må vurderes i sammenhæng med, at embedslægerne i givet fald vil indvinde tid til varetagelse af andre opgaver. Justitsministeriets repræsentant vurderer de nævnte hensyn anderledes og foreslår den gældende ordning opretholdt.

Med hensyn til de profylaktiske undersøgelser finder underudvalget, - i det omfang disse skal fortsætte - at det er mest hensigtsmæssigt, at de forebyggende undersøgelser foretages af den gruppe læger, der varetager sygdomsbehandlingen i arresthusene.

IX. Embedslægernes beredskab.

Behovet for embedslægelig bistand på det retsmedicinske område kan opstå på alle døgnets timer, og der er derfor også behov for, især for politiet at kunne komme i forbindelse med en embedslæge døgnet rundt.

Embedslægeinstitutionerne har i varierende grad iværksat praktiske foranstaltninger med henblik på at sikre bedre kontaktmuligheder med institutionens læger i aften- og nattetimer-

ne. I enkelte større institutioner påtager embedslægerne sig på skift beredskabet i en uge. I andre institutioner oplyser den automatiske telefonsvarer samtlige embedslægers private telefonnumre i en rækkefølge, der ændres hver 14. dag. Politiet har samtlige embedslægers private telefonnumre i politikredsen. Kommer politiet i kontakt med embedslægen, rykker denne ud, medmindre der er tale om forfald eller forretninger, der kan udsættes eller eventuelt varetages af en anden læge.

Det er underudvalgets indtryk, at vanskelighederne med at komme i kontakt med embedslægen næsten udelukkende opstår i relation til de mindre embedslægeinstitutioner.

Det er i forbindelse med omtalen i de foregående afsnit af de enkelte opgaver på det retsmedicinske område søgt vurderet, hvorvidt udførelsen af den enkelte opgave må anses for hastende.

Det er underudvalgets opfattelse, at behovet for et beredskab på det retsmedicinske område først og fremmest er til stede i volds- og sædelighedssager. De lægelige undersøgelser i disse kan i mange tilfælde udføres af andre læger (vagtlæger og skadestuelæger).

For visse undersøgelsers vedkommende må det dog foretrækkes, at de foretages af embedslægen. Undersøgelser, der må udføres under magtanvendelse, kan kun forventes foretaget af embedslægen.

Udvalget er bekendt med, at der har foreligget ganske få tilfælde, hvor politiet ikke har kunnet komme i kontakt med embedslægen.

Underudvalget finder, at behovet for beredskab af hensyn til udførelsen af opgaverne på det retsmedicinske område har et sådant begrænset omfang, at det ikke i sig selv kan begrunde etablering af en formaliseret vagtordning, men finder det tilstrækkeligt, at politiet er bekendt med embedslægernes telefonnumre.

Underudvalget med undtagelse af embedslægeforeningens repræsentant er af den opfattelse, at såfremt det undtagelsesvis skulle være nødvendigt på grund af sagens akutte karakter og dens vigtighed at kunne komme i forbindelse med en embedslæge, vil der kunne rettes henvendelse til en embedslæge/embedslægeinstitution uden for det pågældende område eller til retsmedicinsk

institut i København, idet problemet næppe vil være aktuelt uden for Sjælland. På Sjælland er der endvidere mulighed for at rette henvendelse til retsmedicinsk institut i København.

Oversigt over retsmedicinske opgaver
1982 ifølge årsberetninger
fra embedslageinstitutionerne.

BILAG 2

Opgaver	Ialt	Klæn- amt og Frb.	Fr. borg	Ros- kilde	V. Sjøll	St. Str.	Bom- holm	Fyn	5. jyll.	Rl- læ	Vej- le	Ring- køb.	Ar- hus	VI- borg	N. byll.
1. Retslægelige ligsyn	5.172	1.000	356	156	310	256	61	556	210	319	345	203	647	151	602
1a. Retslægelige ligsyn afvist (budsatt. rubr. B)		51	...	65	54	189	43	364	44	68	129	100	20	140	46
2. Retslægelige obduktioner	1.224	272	80	40	59	96	15	2148	35	48	89	44	193	11	94
3. Unders. af personers sundhedstilstand	258	53	46	4	13	6	2	44	6	10	4	19	6	13	32
b) seks. krim.	260	78	21	11	16	10	3	26	10	5	16	20	-	14	30
c) penådn. ans.	252	30	33	17	25	13	2	24	9	4	15	8	35	20	17
4. Mentalundersøgelser	180	14	132	1	2	15	-	31	3	9	-	9	16	23	25
5. Unyndigørelser	250	32	10	6	22	8	3	16	14	9	17	19	38	19	37
6. Avlingstidsbestemmelser	895	194	64	39	74	45	7	70	42	35	61	55	102	27	80
6a. Faderskabsbudsprøver	836	213	23	11	5	3	2	264	4	11	9	-	222	48	21
7. Tvangsendlægelser på behandlingsindk.	377	77	17	9	27	26	8	50	22	10	16	22	41	12	40
8. Kørekortsager talt	12.513	29	762	593	802	840	186	1.264	935	623	938	1.308	1.802	856	1.575
8a. Kørekortsager, indsendt til sundhedsst.	482 x)	21	...	21	32	31	6	49	46	13	57	24	87	12	83
9. Etablering af spiritusprøveordning - ikke i årsberetningen		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10. Arresthuse, antal konsultationer	10.335	.	271	739	636	646	102	2.850	433	478	604	308	1.409	245	1.614
11. Fritagelser for sikkerhedssele	973 x)	101	...	52	70	52	6	109	76	82	76	66	138	65	80
12. Fritagelser for styrthjelm	319 x)	21	...	11	21	32	4	41	27	38	17	18	24	23	42
13. Ligpas	119	22	7	-	3	5	4	14	19	13	2	3	10	-	17

1) Ved speciallæge, ikke opl. 1981.

2) Incl. obd. på sikringsstyrelsens begæring.

3) Anslået pers. meddelelse.

4) Incl. 1 uden for Nordjyllands amt.

X) Oplysninger mangler fra 1 eller flere embedslageinstitutioner.

Signaturforklaring:

- = Intet

. = tal kan ikke forekomme

... = oplysninger foreligger ikke

DANSK INSTITUT FOR KLINISK EPIDEMIOLOGI

SVANEMØLLEVEJ 25. 2100 KØBENHAVN Ø.

TLF.: (01) 20 77 77 . TLGR.: DANINDEX

d. 7. marts 1983

Notat til Indenrigsministeriets
udvalg om

UDFYLDELSE AF § 6 I
BEKENDTGØRELSE OM EMBEDSLÆGE-
INSTITUTIONERNES VIRKSOMHED

Af

Finn Kamper-Jørgensen

Indledning.

Paragraf 6 i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 vedrørende embedslægernes virksomhed lyder: "Embedslægeinstitutionen skal følge sundhedsforholdene i amtskredsen, påse at sundhedslovgivningen overholdes, samt henlede myndighedernes opmærksomhed på mangler ved de sundhedsmæssige foranstaltninger og fremkomme med forslag til forbedringer."

I en mere epidemiologisk sammenhæng tegner der sig således to hovedopgaver, nemlig:

- at følge sundhedsforholdene
- at være opmærksom på mangler ved de sundhedsmæssige foranstaltninger.

Nedenfor diskuteres disse to hovedopgaver.

Da det er min erfaring, at grafiske fremstillinger/modeller kan stimulere til bredere tankevirksomhed, har jeg inkluderet et par figurer med dette formål for øje. Indledningsvis vil jeg endvidere bemærke, at man undertiden ser udtrykkene direkte sundhedsindikatorer og indirekte sundhedsindikatorer optræde.

En direkte sundhedsindikator er et mål for sundhedstilstand/sygelighed, målt direkte i befolkningen (sådanne mål baseres altså ikke på at befolkningen har overskredet lægesøgningstærsklen/institutionstærsklen).

De såkaldte indirekte sundhedsindikatorer er ligeledes mål for sundhedsforhold/sygelighed, men typisk målt via institutioner som f.eks. lægepraksis, sygehus m.v. Sådanne mål kan give et forvansket billede af befolkningssygeligheden m.v. Udtrykkene anvendes enkelte gange i notatet.,

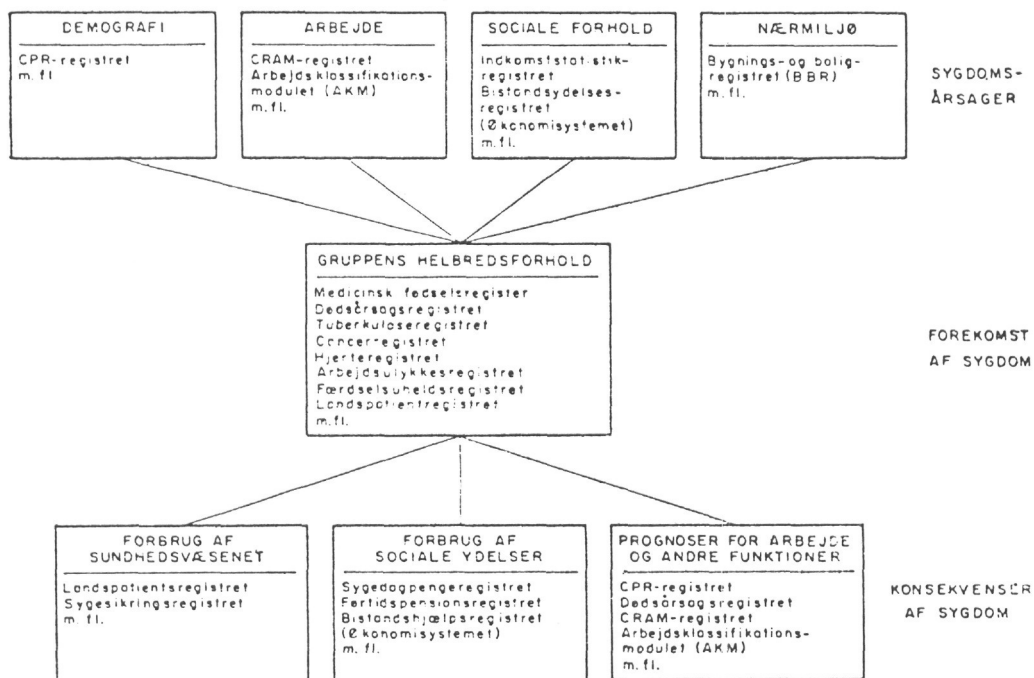
At følge sundhedsforholdene.

Denne opgave kan defineres snævert og den kan defineres bredt.

Figur 1 er hentet fra "Registre indenfor sundhedsområdet", DIKE 1982.

Figur 1.

Epidemiologiske undersøgelser og registre.



Går man snævert til opgaven kan man, jfr. figur 1, interesse sig for at følge, forekomst af og udvikling i død/dødsårsager og i sygelighed. Hertil kræves hensigtsmæssige sundhedsindikatorer, helst fremlagt på en sådan måde, at embedslægeinstitutionen (ELI) selvstændigt og umiddelbart kan anvende sådanne indikatorer som varslingsinstrument.

Dødsårsagsstatistikken, den medicinske fødselsstatistik, abortstatistik, statistik over anmeldelsespligtige smitsomme sygdomme, trafikulykkes- og arbejdsulykkesstatistik, tuberkulose og cancerstatistik er i dag de sundhedsindikatorer, som ELI umiddelbart,

periodisk (typisk årligt) har til rådighed.

Statistikernes laveste geografiske niveau er som hovedregel amtskommunen. Statistikkerne kan dog i princippet nedbrydes til kommuneniveau, men dette gøres ikke rutinemæssigt og i øvrigt sjældent ad hoc.

Det er hovedreglen, at der kræves en selvstændig bearbejdningsindsats af ELI for ud fra de omtalte statistikker at etablere hensigtsmæssige overvågningsindikatorer. Generelt sagt, er de statistiske udmeldinger ikke specielt tilrettelagt under hensyntagen til ELIs behov for bl.a. regionalfordelt statistik (amtskommune- og kommuneniveau). På den anden side er statistikken til rådighed og kan bruges.

Statistikkerne udpeger sjældent på amtskommunalt niveau de befolkningsgrupper, som har en særlig høj sygelighed og dødelighed.

De nævnte statistikker afspejler kun en beskeden del af de sundhedsforhold, som spiller en rolle for tilrettelæggelse af samfundets forebyggende og behandlende indsats. Da der endvidere ikke her i landet er etableret et rullende program for repræsentative sygelighedsundersøgelser af befolkningen, som også tillader udtalelser om det amtslige niveau, er den faktiske mulighed for ELI for via løbende sundhedsindikatorer at overvåge sundhedstilstanden yderst begrænset.

Man kan også gå bredere til opgaven. Som det fremgår af figur 1 kan man under begrebet "at følge sundhedsforholdene" interessere sig for konsekvenserne af sygdom som en slags indirektes sundhedsindikator.

Der er her tale om forbrug af sundhedsvæsenets ydelser (lægepraksis, sygehus, tandlæge, hjemmesygepleje, fysioterapi, lægemidler o.s.v.).

At bruge sådanne mål som sundhedsindikator kan i høj grad kritiseres, fordi målene snarere siger noget om de foranstaltninger, som samfundet stiller til rådighed, end om de sygdomsproblemer som er fremherskende.

Som konsekvensmål kan endvidere bruges statistik vedrørende sygefravær/sygedagpenge., førtidspensionering m.v. Også disse indikatorer er følsomme for den førte socialpolitik.

På den anden side er sådanne indikatorer bedre end slet ingen

indikatorer. En del af de nævnte konsekvensmål kan underopdeles efter diagnoser.

"At følge sundhedsforholdene" kan endelig omfatte den opgave, at følge udviklingen i risikoforhold, som erfaringsmæssigt er forbundet med høj risiko for at udvikle sygdom, jfr. kasserne "sygdomsårsager" i figur 1.

Generelt vil jeg konkludere, at der findes en del direkte og indirekte sundhedsindikatorer, som ELI i givet; fald kan anvende. De foreliggende indikatorer er imidlertid i almindelighed ikke tilpasset ELIs behov for regionalfordelt statistik. Endelig skal det anføres, at måske ikke alle embedslæger har det fulde kendskab til allerede foreliggende statistik.

Der kan derfor identificeres bl.a. følgende udviklingsopgaver:

1. At sikre, at ELI har et omfattende kendskab til allerede foreliggende statistik og statistikens anvendelsesmuligheder i forbindelse med "at følge sundhedsforholdene".
2. Ud fra eksisterende statistik at vurdere ELIs behov for hensigtsmæssige udmeldinger i rimelig, tilgængelig form, så disse kan tjene som overvågningsinstrumenter.
3. Forsøgsvist - i et par amtskommuner - at lave sådanne udmeldinger og herefter vurdere den nytte, som ELI har haft af udmeldingerne.
4. At sikre ELI adgang til relevant statistik, enten løbende eller ad hoc.
5. At sikre rimelig koordination til WHOs udvikling af sundhedsindikatorer, jfr. også danske bestræbelser i denne sammenhæng.

At henlede opmærksomheden på mangler ved de sundhedsmæssige foranstaltninger.

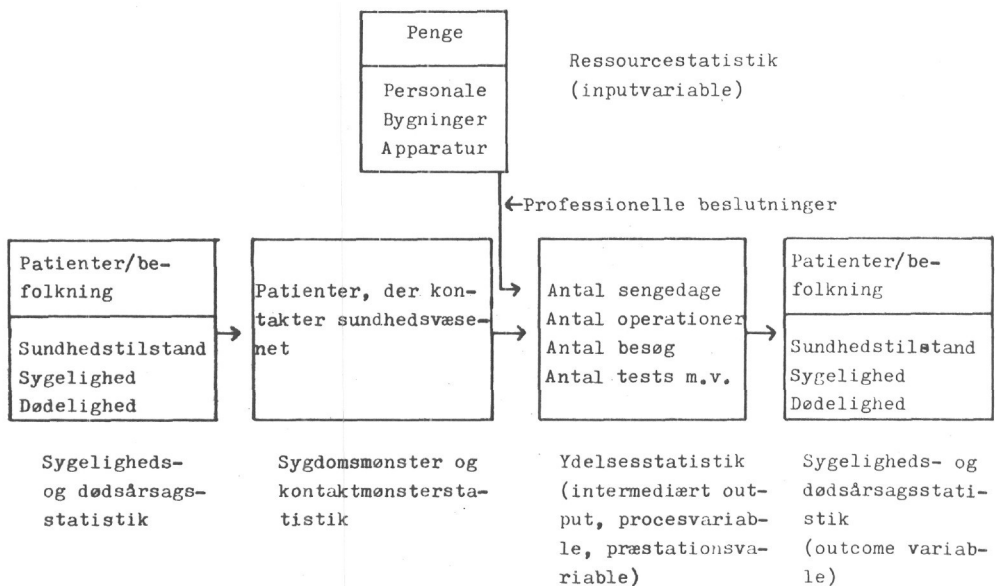
Groft sagt er der 4 hovedforhold, som er afgørende for sundhedstilstanden:

- A. De almene levekår (økonomi, bolig, fysisk miljø osv.)
- B. Den personlige livsstil (vaner, stofbrug/misbrug osv.)
- C. Sundhedsvæsenets forebyggende og behandlende indsats
- D. Vore medfødte egenskaber.

En relevant rådgivning fra ELI vedrørende mangler må medføre

ELI har muligvis en særlig forpligtigelse til på et generelt niveau at overvåge og vurdere udviklingen i de forebyggende og behandlende foranstaltninger i sundhedsvæsenet.

Figur 2.
Sundhedsvæsenets produktionsproces.



Figuren lader sig anvende på hver delsektor i sundhedsvæsenet, f.eks. almen praksis, sygehusvæsenet, speciallægepraksis m.v. og ud fra figuren kan man nærmere beskrive og vurdere, hvilke overvågningsinstrumenter, der allerede i dag er til rådighed for nærmere at kunne karakterisere de enkelte kasser i figuren.

Eksempelvis foreligger der på grundlag af Landspatientregistret en hensigtsmæssig sygdoms- og kontaktmønsterstatistik samt en ydelsesstatistik, som endog helt ned på kommuneniveau og i rimelig indeksform giver ELI mulighed for overvågning, - enten generelt eller ad hoc. Men der kræves også en vis tidsmæssig og bearbejdningmæssig indsats for nærmere at følge og vurdere udviklingen.

Det kan diskuteres, om ELI overhovedet skal gå ind i sådanne opgaver, da man jo har sygehusforvaltninger m.v., men Landspatientregistret er i givet fald et overvågningsinstrument, som relativt let kan finde anvendelse, hvis ELI aktuelt sættes i en sådan rådgivningssituation vedrørende mangler ved de sundhedsmæssige, behandlende foranstaltninger.

Tilsvarende vurderinger kan i princippet gennemføres for andre af sundhedsvæsenets delsektorer, men undlades i dette notat, I betænkning 809 fra 1977 er der foretaget den seneste, brede ajourførte gennemgang. Der henvises hertil.

Udviklingsarbejde ved DIKE.

DIKE betragter det som en forpligtelse at bistå ELI ved de udviklingsopgaver, som kan siges at udspringe af § 6.

På grundlag af vore tidligere overvejelser har vi allerede etableret følgende udviklingsarbejder/projekter:

1. Der er lavet en oversigt over registre: "Registre indenfor sundhedsområdet, - en oversigt over registreringssystemer, der kan anvendes i epidemiologisk forskning og i sundhedsplanlægning", DIKE 1982.

Publikationen er tilgået ELI og den indgår som et fast led i den kursusvirksomhed, som DIKE har i forhold til nuværende og vordende embedslæger, at kursisterne indføres i indholdet i denne publikation.

2. På kursus i epidemiologi, statistik og sundhedsplanlæg-

ning, som gennemføres for repræsentanter for samtlige ELI i Danmark, bliver temaet for det gennemgående gruppearbejde: Hvilke muligheder er der for at få virkeliggjort § 6?

3. På grundlag af DIKES dødsårsagsregister er vi for tiden - i samarbejde med Sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske afdeling - ved at etablere et let tilgængeligt dødelighedsindeks for alle landets amtskommuner og kommuner. Der er tale om det såkaldte SMR (Standardiseret Mortalitets Ratio) for perioden 1971 - 1975 og 1976 - 1980 for hver enkel kommune og opdelt efter køn og hovedgrupper af dødsårsager. Når SMR som indeks er at foretrække for den såkaldte summariske mortalitetsrate, er det fordi SMR fjerner den fejlkilde, som har at gøre med forskelle i kommunernes aldersfordeling.

Konkluderende vurderinger og forslag til udviklingsarbejde.

Jeg indleder med nogle negativt ladede vurderinger for derefter at vende disse til positive forslag til udviklingsarbejde.

Der findes i almindelighed i ELI ingen tradition for at følge sundhedsforholdene mere generelt ud fra rimelige og hensigtsmæssige indikatorer.

Den foreliggende statistik giver på nogle områder et rimeligt grundlag for at overvåge sundhedsforholdene, men mere systematiske udmeldinger, tilpasset ELIs behov, er ikke i tilstrækkeligt omfang en realitet.

De foreliggende indikatorer giver kun i begrænset udstrækning ELI mulighed for at overvåge sundhedsforholdene. Indikatorer for sundhed og sygelighed, baseret på regelmæssige befolkningsundersøgelser savnes f.eks.

Bl.a. ovennævnte vurderinger giver mig anledning til at fremsætte følgende forslag:

1. Det må gennem videre- og efteruddannelse i de kommende år sikres, at ELI har et omfattende og systematisk kendskab til allerede foreliggende relevant statistik på området.
2. ELIs behov for særlige udmeldinger fra foreliggende statistik bør formuleres, f.eks. som led i et udviklingsprojekt.
3. Der bør etableres et særligt udviklingsprojekt i de kommen-

de år, hvori der på grundlag af foreliggende statistik forsøges etableret hensigtsmæssige og relevante udmeldinger, typisk i form af let tilgængelige indikatorer. Et sådant udviklingsprojekt kan f.eks. baseres på et samarbejde mellem to embedslægeinstitutioner, Sundhedsstyrelsen samt DIKE.

På længere sigt må man forestille sig - evt. trinvist - at den nuværende årsberetning for embedslægeinstitutionerne suppleres med et skemaafsnit omfattende hensigtsmæssige og relevante indikatorer. I et parallelt tekstafsnit "sundhedsforholdene i x-amtskommune" kunne udviklingstendenser og problemer resumeres med henblik på overvejelser vedrørende hensigtsmæssige foranstaltninger.

Tidsperspektivet i et sådant projekt er skønsmæssigt 2 - 5 år .

En naturlig udløber af et sådant projekt ville være at formulere ønsker til fremtidige ikke i dag eksisterende indikatorer.

Embedslægeudvalget.
Skr:Indenrigsministeriet/
sundhedsstyrelsen.

Notat vedrørende embedslægevæsenet i Storbritannien,
Sverige, Norge og Finland.

Indledning.

Det nordiske embedslægevæsen i sin nutidige skikkelse er opstået på baggrund af nationale historiske forudsætninger kombineret med en "public health" tankegang - som først og fremmest opstod i den angelsaksiske verden i midten af forrige århundrede, men som også vandt indpas i en vis udstrækning i de øvrige europæiske lande. Indholdet i denne tankegang er et ønske om den bedst mulige sundhedstilstand for hele befolkningen, hvilket forudsætter et vist samfundsmæssigt engagement, som først for alvor opstod i forrige århundrede. Med baggrund i voksende miljøproblemer i bred betydning opstået i industribyernes slumområder, koleraens fremmarch samt store landvinvinger inden for hygiejnen skabtes Englands "Public Health Act" (1848), som senere er blevet betragtet som en milepæl inden for sundhedslovgivning. Den lagde ansvaret for det offentlige sundhedsarbejde (public health) på lokale og regionale myndigheder, som herefter ansatte et stadigt voksende antal specielt uddannede læger (Medical Officers of Health). Hermed opstod den første embedslægefigur, hvis opgaver først og fremmest blev af forebyggende karakter frem for blot at helbrede og lindre sygdom.

Storbritannien.

Medical Officers of Health (MO'sH) var kommunalt ansat og havde en lang række opgaver svarende til de danske embedslægers, bortset fra retslægelige opgaver som varetoges - og stadig varetages - af særlige retslæger:

- rådgive såvel lokale som centrale myndigheder i spørgsmål vedrørende omgivelseshygiejne og socialmedicinske forhold

- overvåge sundhedstilstanden i regionen og henlede myndighedernes opmærksomhed på mangler samt stille forslag til forbedringer
- føre tilsyn med medicinalpersoner på de centrale sundhedsmyndigheders vegne
- føre tilsyn med institutioner.

I forbindelse med en omfattende reorganisering af sundhedsvæsenet (The National Health Service) i England i 1974, indførtes samfundsmedicin som et nyt lægeligt speciale. Hensigten hermed var bl. a. at samfundsmedicinske speciallæger skulle overtage de til MO'sH og øvrige medicinske administratorer henlagte opgaver. Disse speciallæger skulle yderligere pålægges en væsentlig rolle i planlægning, koordination og evaluering af regionens sundhedsservice i bred betydning samt administrationen heraf

Reformens hovedformål var dels en samling af forskellige ansvarsområder til et enstrengt statsligt sundhedssystem og dels en regionsinddeling af landet på 4 forskellige niveauer centralt, regionalt, area og district under ledelse af The Department of Health and Social Security. I 1982 afskaffede man area-niveauet, således at strukturen nu minder om den danske (stat, amt og kommune).

For at blive fast ansat som læge på de forskellige niveauer kræves speciallægeanerkendelse i samfundsmedicin (Community medicine), samt at vedkommende kan betegne sig som Member of the Faculty of the Community Medicine. Uddannelsen varer som et minimum 5 år efter afsluttet turnusuddannelse og opnået autorisation som læge, og den svarer i store træk til den nu indførte speciallægeuddannelse i samfundsmedicin her i landet.

De nuværende samfundsmedicinere i England hører fagligt under Department of Health and Social Security, men ansættes af de forskellige niveauer henholdsvis centralt eller regionalt. Opgaverne er væsentligst rådgivende og koordinerende inden for sundhedsplanlægning med visse administrative beføjelser. Retsmedicin varetages i vid udstrækning af hospitalets ansatte patologer og ligsyn af lokale læger samt en lægdommer (coroner), mens mentalobservationer og tvangsindlæggelser i begge til-

fælde skal signeres af speciallæger i samfundsmedicin.

Vedrørende tilsynsopgaver har speciallægerne i samfundsmedicin tilsyn med hospitalsansatte læger, jordemødre og sygeplejersker, mens tilsyn med praktiserende læger og tandlæger foretages af en særlig komité (Family practitioner committee), som også varetager patientklager. Tilsyn med hygiejniske forhold er generelt et kommunalt ansvarsområde og varetages af en public health inspector, som ikke har nogen medicinsk uddannelse. Særlige spørgsmål kan forelægges for speciallægen i samfundsmedicin, som har et afgørende ord med hensyn til den sundhedsmæssige betydning i disse spørgsmål. Miljøopgaver vedrørende affald, rottebekæmpelse og forhold vedrørende særligt forurenende virksomheder varetages af Environmental Health Committee, hvori en speciallæge i samfundsmedicin har fast sæde.

Tilsyn med institutioner, plejehjem og alderdomshjem varetages ikke rutinemæssigt af speciallægen i samfundsmedicin, idet denne har et mere overordnet tilsyn og kan tilkaldes i særlige tilfælde.

I Wales, Nordirland og Skotland findes nogenlunde tilsvarende ordninger.

Finland.

Indtil begyndelsen af 1970'erne havde lenslægen i Finland funktioner nogenlunde som den danske embedslæges spændende over en lang række arbejdsopgaver. En stor del af lenslægernes arbejde var imidlertid koncentreret om retsmedicinske obduktioner. De var fagligt underordnede medicinalstyrelsen, men med visse opgaver for lensstyrelsen.

I medfør af lov om Halso- og Sjukvårdsvæsenets distriktsforvaltning af 30. december 1970 udgør lensstyrelser i hvert len på medicinalstyrelsens vegne den decentrale sundhedsmyndighed. De nuværende lenslæger ansættes således af lensstyrelsen i social- og hälsovårdsafdelingen. De står i visse spørgsmål fagligt under medicinalstyrelsen. Der findes en lenslæge i hvert af de 14 len, i et enkelt len findes tillige en assisterende lenslæge,, Herudover findes i samtlige len særlige retslæger, som varetager dels de retsmedicinske opgaver dels tilsyn med medicini-

nalpersonale og tvangsindlæggelser. Disse skal være speciallæger i retsmedicin og ansættes ligesom lenslægerne af lensstyrelsen

De nuværende lenslægers opgaver er således for en væsentlig del koncentreret om sundhedsplanlæggende opgaver, de skal koordinere folkehälsoarbetet, koordinere mellem sygehusvæsenet og företagshälsovården samt sørge for samarbejde mellem folkehälsoorganisationer, skoler og socialvæsenet.

Herudover har lenslægerne ansvaret på det decentrale niveau for bekæmpelsen af smitsomme sygdomme.

Hygiejne- og miljømedicinske spørgsmål varetages væsentligt af en i lensstyrelsen ansat hälsoinspektör.

I forbindelse med reformen inden for sundhedsvæsenet i begyndelsen af 1970'erne, hvorved en hel del af de statslige sundhedsmyndigheders opgaver blev henlagt til lensstyrelserne, blev lenslægernes opgaver ligeledes ændret, således at deres væsentligste arbejde nu består af socialmedicinske og sundhedsplanlæggende opgaver foruden ansvar for bekæmpelsen af smitsomme sygdomme.

Norge

Fylkeslægesetaten modsvarer det danske embedslægevæsen og er som dette et statsligt organ på det amtslige niveau - fylker -. Fylkeslægerne er fagligt- og administrativt underlagt helsedirektoratet. I Norge var der tillige statsligt ansatte distriktslæger og stadslæger indtil den 1. januar 1984.

I medfør af lov om helsetjeneste i kommunerne af 19. november 1982 uddelegeres det tidligere statslige ansvar for helsetjenesten til landets kommuner, ligesom de tidligere statslige ansatte distriktslæger nu også overførtes til kommunerne.

I hvert af de 18 fylker findes nu et fylkeslægeskontor med henholdsvis en fylkeslæge, en - dog oftest to - assisterende fylkeslæger, en kontorchef, en eller flere socialsekretærer/konsulenter og i nogle fylker tillige en fylkespsykiater foruden kontorpersonale. For Oslo by eksisterer der en selvstændig ordning svarende til stadslægeembedet i København.

Fylkeslægernes opgaver er nu ligesom i Finland væsentligst koncentreret omkring socialmedicinske opgaver og sundhedsplanlæggende opgaver, idet miljømedicinske opgaver i løbet af 1970'

erne med baggrund i oprettelsen af et miljøværn departement væsentligst er overtaget af andre instanser. Fylkeslægerne fører dog tilsyn med medicinalpersonale og har overordnet ansvar for bekæmpelsen af smitsomme sygdomme, som i det daglige væsentligst påhviler de tidligere distriktslæger, nu kommunalt ansatte læger. Fylkeslægerne har visse retsmedicinske opgaver, væsentligst attestudstedende i forbindelse med kørekort og tvangsindlæggelser, mens ligsyn og obduktioner varetages af de nu kommunalt ansatte læger og visse hospitaler.

Sverige.

Embedslægevæsenet i Sverige opstod i 1882 i form af statsligt ansatte provissialläkare, som i 1963 afløstes af lensläkare, hvilke dog fortsat var statsligt ansatte. Såvel provinsialläkare som senere lensläkare har haft opgaver nogenlunde svarende til de danske embedslægers. Dog har lensläkarnes retsmedicinske opgaver ikke omfattet retslægelige ligsyn eller obduktioner eller i det hele taget bistand til politimyndigheder udover udtalelser vedrørende kørekort.

I de 24 len var der typisk ansat en lenslæge, en assisterende lenslæge samt en lenshälsovårdskonsulent og i nogle len tillige en lenssygeplejerske.

Den 1. juli 1981 afvikledes imidlertid det svenske lenslægevæsen efter et længere forudgående udredningsarbejde og dets arbejdsopgaver blev fordelt mellem henholdsvis landstinget (de amtskommunale organer) og de statslige lensstyrelser, hvoraf sidstnævnte fik ansvaret for tilsynsvirksomheden. Denne opgavefordeling er et led i en større omstrukturering af hele hälso- og sjukvården i det svenske samfund, hvor der ligesom i de øvrige nordiske lande er sket en betydelig decentralisering af ansvaret.

Med ikrafttrædelsen af en ny hälso- og sjukvårdslov pr. 1. januar 1983 har landstinget nu foruden ansvaret for den traditionelle hälso- og sjukvård også ansvaret generelt for forebyggelse rettet mod hele befolkningen. Det er således landstingets opgave

ve dels at indsamle viden om, hvorledes miljøfaktorer i regionen påvirker sundhedstilstanden i en befolkningsgruppe, dels at bearbejde og formidle denne viden som beslutningsgrundlag for planlægning af hälso- og sjukvården og andre dele af samfundet.

I forbindelse med det nævnte udredningsarbejde er det påpeget, at landstinget for at kunne løse ovennævnte opgaver skulle opbygge miljømedicinske/samfundsmedicinske enheder. I øjeblikket er sådanne miljømedicinske enheder under opbygning i de enkelte landsting, og det forudsættes, at de tidligere lenslægers expertise anvendes i opbygningen af disse enheder. I det lovforberedende arbejde er der gjort en del ud af at beskrive, at miljømedicin i denne sammenhæng, ikke kun omfatter biologiske, kemiske og fysiske faktors indvirkning på individet, men tillige omfatter sociale- og psykologiske forholds indvirkning.

I og med at landstinget har fået til opgave at overvåge sundhedstilstanden og tilrettelægge sundhedstjenesten herefter, har man lagt vægt på, at de læger, der skal indgå i de miljømedicinske enheder også skal uddannes inden for epidemiologi og sundhedsøkonomi. Samfundsmedicin eksisterer ikke som speciale. Bekæmpelsen af smitsomme sygdomme er nu væsentligst henlagt til landstinget d.v.s. til lægerne i de miljømedicinske enheder, hvorimod tilsyn med medicinalpersonale udelukkende er henlagt til det centrale statslige organ nemlig socialstyrelsen. Sidstnævnte forhold er under overvejelse i øjeblikket.

Tilsynsvirksomhed såvel vedrørende institutioner som miljøforhold er henlagt til de statslige lensstyrelser.

Sammenfatning.

Der er visse fælles træk mellem udviklingen i Storbritannien og de nordiske lande på det sundhedsadministrative og organisatoriske område.

Det er således karakteristisk, at der inden for det seneste årti er foregået en betydelig udlægning af sundhedsopgaver til forskellige kommunale niveauer, ligesom man nogle steder har forsøgt at samle forvaltningen af social- og sundhedsydelser til ét system.

I forhold til embedslægens traditionelle opgaver er der en tendens i retning af, at arbejdsområdet opfattes som et samfundsmedicinsk speciale. Embedslægen opfattes som samarbejdspartner for de ansvarlige decentrale myndigheder i planlægning af sundhedsvæsenet og i den samlede sundhedsplanlægning. Der er en tendens i retning af at etablere profylaktiske foranstaltninger over for miljøpåvirkninger i bredeste betydning.

Skematisk oversigt over forhold vedrørende embedslæger i Danmark, Sverige, Norge og United Kingdom.

	Danmark	Sverige miljømedicinske enheder	Norge	Finland	UK
miljøopgaver	ja	ja, især overvågning af miljøet	nej	nej, varetages af helseinspektører	visse
soc.med. opgaver tilsyn med inst.	ja ja	ja nej, varetages af lensstyrelsen - de tidl. lensvårds konsulenter	ja	ja	ja
retsmed. opgaver tvangsindl., mental- erklæringer	ja ja	nej, varetages af hospitalet	nej, varetages af hospitalet og kommunalt ansatte læger og visse attester ja	speciallæger i retsmedicin - -	dels hosp. ansatte patologer og dels prakt. læger sammen med en lægekammer ja
tilsyn med medicinalpersoner	ja	nej, varetages af socialstyrelsen	ja	speciallæger i retsmedicin	ja, hosp. ansatte læger, jordemødre og sygeplejersker
sundhedsplanlægning	ja, i et vist omfang	ja	ja	ja	ja
bekæmpelse af smittesygdomme	ja	planlægning og koordination	ja	planlægning og koordination	planlægning og koordination
hører fagligt under	Sundhedsstyrelsen	Socialstyrelsen i visse spørgsmål	Helsedirektoratet	Medicinalstyrelsen	Department of Health and Social security
ansættelse	Statslig	Landstinget	Statslig	Länsstyrelsen: Afd. for social- og hälsovård	regionale sundhedsmyndighed
speciallæger	planlægges	overvejes	planlægges	retsleger, ja länsläkare, nej	ja

Lor nr. 381 af 13. juni 1973.

Lov om embedslægeinstitutioner in. v.

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde i Danmarks Dronning, gør vitterligt:
Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

§ 1. Indenrigsministeren opretter for hver amtsråds-kreds en embedslægeinstitution med én eller flere embedslæger. Embedslægeinstitutionen for Københavns amtsråds-kreds omfatter tillige Frederiksberg kommune.

Stk. 2. Ved embedslægeinstitutionen ansættes fornøden medhjælp til løsning af de opgaver, som pålægges institutionen.

§ 2. Indenrigsministeren fastsætter regler for den uddannelse, som læger skal have gennemgået efter lægevidenskabelig embedseksamen for at kunne få ansættelse som embedslæger.

Stk. 2. Inden en stilling som embedslæge besættes, indhenter indenrigsministeren en indstilling fra sundhedsstyrelsen. Indstillingen skal være begrundet og angive de bedst egnede ansøgere i nummerorden. Forinden indstillingen afgives, skal sundhedsstyrelsen indhente en sagkyndig vurdering af ansøgernes kvalifikationer fra et råd på 3 medlemmer, der udpeges af embedslægeforeningen for 4 år ad gangen.

§ 3. Embedslægerne hører i faglig henseende under sundhedsstyrelsen.

§ 4. Embedslægeinstitutionen er rådgiver for statslige myndigheder samt amtskommunale og kommunale myndigheder i amtsråds-kredsen i lægelige, hygiejniske, miljømæssige og socialmedicinske forhold.

§ 5. Embedslægeinstitutionen fører på sundhedsstyrelsens vegne tilsyn med den virksomhed, der udøves i amtsråds-kredsen af apoteker, læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, terapiasistenters med flere.

§ 6. Embedslægeinstitutionen yder bistand til rets- og politimyndighederne i det omfang, indenrigsministeren efter aftale med justitsministeren fastsætter bestemmelser herom.

Stk. 2. Embedslægeinstitutionens læger skal behandle de indsatte i arresthusene inden for amtsråds-kredsen, hvor der ikke er ansat arrest- eller fængselslæge eller fastsat anden særlig ordning.

§ 7. Indenrigsministeren fastsætter nærmere regler for embedslægernes virksomhed.

§ 8. Indenrigsministeren kan fastsætte regler for de sundhedsmæssige forhold på behandlings- og plejeinstitutioner m. v., skoler og daginstitutioner m. v. samt klinikker og lignende for lægelig behandling og legemspleje.

Stk. 2. I reglerne fastsættes bestemmelser om tilsynet med de nævnte institutioner m. v. samt om embedslægeinstitutionens opgaver i denne forbindelse.

Stk. 3.1 reglerne kan der gives kommunalbestyrelsen adgang til at udstede påbud og forbud over for institutioner m. v., der ikke

overholder reglerne. Over for institutioner, som drives af kommunalbestyrelsen, tilkommer denne adgang amtsrådet og over for institutioner, som drives af Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser, indenrigsministeren.

Stk. 4. Indenrigsministeren bemyndiges til i de forskrifter, der udfærdiges i medfør af denne paragraf, at fastsætte straf af bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne eller af påbud eller forbud, som kommunalbestyrelsen, amtsrådet eller indenrigsministeren har udstedt i henhold til forskrifterne.

Stk. 5. Kommunalbestyrelsen, amtsrådet samt embedslægeinstitutionen eller personer, der af disse myndigheder er bemyndiget til at foretage undersøgelser, har adgang til offentlige og private ejendomme for at tilvejebringe oplysninger til brug for beslutninger i henhold til loven eller regler udfærdiget med hjemmel i loven.

Stk. 6. Kommunalbestyrelsens og amtsrådets afgørelser i henhold til regler udfærdiget i medfør af denne paragraf kan påklages til indenrigsministeren.

Stk. 7. Kommunalbestyrelsens og amtsrådets afgørelser kan påklages af:

- 1) den, til hvem afgørelsen er rettet,
- 2) vedkommende embedslægeinstitution og
- 3) enhver, der må antages at have en individuel og væsentlig interesse i sagen udfald.

§ 9. Tidspunktet for ikrafttrædelsen af lovens §§ 2, 8, 10 og 11 fastsættes af indenrigsministeren. Ikrafttrædelsestidspunktet for lovens øvrige bestemmelser fastsættes af indenrigsministeren for hver enkelt amtsråds-kreds.

Stk. 2. Lov nr. 87 af 21. april 1914 om embedslægevæsenets ordning ophæves, efterhånden som denne lov træder i kraft i de enkelte amtsråds-kredse.

Stk. 3. Loven medfører ingen ændring i den nuværende ordning for stads-læge-embedet i Københavns kommune.

Stk. 4. De opgaver, der i lovgivningen er tillagt embedslægerne, kreds-lægerne eller amtslægerne, påhviler fremover embedslægeinstitutionerne.

§ 10. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning

sættes i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

§ 11. I lov nr. 138 af 10. maj 1915 om foranstaltninger mod smitsomme sygdommes udbredelse, som ændret senest ved § 1 i lov nr. 236 af 4. juni 1909, foretages følgende ændringer:

1. § 1, stk. 2, affattes således:

„Stk. 2. Epidemikkommissionen består af hver politikreds af politimesteren som formand, en af embedslægeinstitutionen udpeget embedslæge samt 3 af amtsrådet for 4 år valgte medlemmer. I Frederiksberg kommune vælges de 3 medlemmer af kommunalbestyrelsen. I Københavns kommune består epidemikkommissionen af politidirektøren som formand, stads-lægen og 3 af kommunalbestyrelsen for 4 år valgte medlemmer.“

2. I § 1, stk. 3, ændres „politimesteren“ til: „politimesteren eller politidirektøren“ og „kredslægen“ til: „embedslægen eller stads-lægen“.

3. I § 2, 1. og 2. pkt., ændres „aintslægen“ til: „en af embedslægeinstitutionen udpeget embedslæge“.

4. I § 4, stk. 3, ændres „kredslæge“ til: „embedslæge“.

5. I § 6, stk. 2, 2. pkt., ændres „kredslægen“ til: „embedslægeinstitutionen“ og „ham“ til: „denne“.

6.1 § 6, stk. 3, ændres „kredslægen“ til: „embedslægeinstitutionen“.

7. § 16, stk. 4, affattes således:

„Stk. 4. Såfremt en smitteførende person flytter til en anden amtsråds-kreds, skal han give embedslægeinstitutionen i den amtsråds-kreds, der fraflyttes, meddelelse herom. Endvidere skal embedslægeinstitutionen så vidt muligt holde sig underrettet om, hvor en smitteførende person har bolig, og,

når det oplyses, at vedkommende flytter til en anden amtsrådsreds, give vedkommende embedslægeinstitution meddelelse herom."

virken af den eller de i medfør af lovens § 10 særligt antagne læger snarest muligt efter den offentlige behandlings ophør tilstille sundhedsstyrelsen beretning om sygdommens forløb."

8. § 23 affattes således:

„§ 23. Når en sygdom har været under offentlig behandling i henhold til denne lov, skal embedslægeinstitutionen under med-

9. I § 24, *stk. 1*, ændres „kredslæge" til: „embedslægeinstitution".

Givet på Christiansborg Slot, den 13. juni 1973.

Under Vor Kongelige Hånd og Segl.

MAR GRETHE R.

Egon Jensen.

Bekendtgørelse om embedslægeinstitutionernes virksomhed.

I medfør af §§ 6 og 7 i lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m. v. og efter forhandling med miljøministeriet, jfr. § 56 i lov nr. 372 af 13. juni 1973 om miljøbeskyttelse, fastsættes følgende:

Kap. 1.

Administrative forhold.

§ 1. Embedsområdet for embedslægeinstitutionen er amtsrådskredsen. Embedslægeinstitutionen for Københavns amtsråds-kreds omfatter tillige Frederiksberg kommune.

§ 2. De ved embedslægeinstitutionen ansatte embedslæger er sideordnede. Embedslægerne vælger af deres midte en administrerende embedslæge. Indenrigsministeren kan fastsætte regler for valget.

Stk. 2. Embedslægerne fordeler institutionens opgaver mellem sig. Opgavefordelingen indberettes til **sundhedsstyrelsen**, der kan ændre heri.

Stk. 3. Hver embedslæge er ansvarlig for sit sagsområde.

Stk. 4. Den administrerende embedslæge forestår institutionens sekretariatsforretninger samt påser, at institutionens opgaver varetages.

Stk. 5. En ved embedslægeinstitutionen ansat underordnet læge handler på den embedslæges ansvar, som opgaven påhviler, jfr. stk. 2 og 3.

§ 3. Embedslægeinstitutionen hører i faglig henseende under sundhedsstyrelsen, men kan forelægge spørgsmål af **miljømæssig** art m. v. for miljøstyrelsen og spørgsmål af socialmedicinsk art for socialstyrelsen og sikringsstyrelsen.

Indenrigsmin. 3. s. kt. j. nr. **1973-5610-6.**

§ 4. Indenrigsministeren fastsætter regler for embedslægeinstitutionens budgetlægning og kasse- og regnskabsvæsen.

§ 5. Embedslæger skal have indenrigsministeriets tilladelse til at udøve privat lægevirksomhed eller have ansættelse som læge eller som lægelig rådgiver ved institutioner, virksomheder og lignende.

Kap. 2.

Generelt om embedslægeinstitutionens opgaver.

§ 6. Embedslægeinstitutionen skal følge sundhedsforholdene i amtsrådskredsen, påse at sundhedslovgivningen overholdes, samt henlede myndighedernes opmærksomhed på mangler ved de sundhedsmæssige foranstaltninger og fremkomme med forslag til forbedringer.

§ 7. Ved embedslægeinstitutionens rådgivning og bistand til statslige myndigheder samt til amtskommunale og kommunale myndigheder i amtsrådskredsen påhviler det institutionen at afgive erklæringer, deltage i møder og udvalgsarbejde m. v. samt i tilsyns- og kontrolarbejde.

Kap. 3.

Miljømæssige og hygiejniske forhold.

§ 8. Embedslægeinstitutionen yder bistand til de i lovgivningen om miljøbeskyttelse, vandløb, vandforsyning, levnedsmidler, bygning, boligbyggeri, boligtilsyn, fysisk planlægning og naturfredning nævnte myndigheder.

§ 9. Indenrigsministeren fastsætter efter forhandling med arbejdsministeren regler

om embedslægeinstitutionens pligter i forhold til det stedlige arbejdstilsyn og til direktoratet for arbejdstilsynet.

Kap. 4.

Socialmedicinske forhold.

§ 10. Embedslægeinstitutionen bistår statslige, amtskommunale og kommunale myndigheder ved disses planlægning og gennemførelse af sociale og sundhedsmæssige opgaver, herunder særligt:

- a) sundhedsplejerskeordninger
- b) hjemmesygeplejerskeordninger
- c) svangerskabshygienje- og fødselshjælpsordninger
- d) skolelægeordninger
- e) den primære social- og sundhedstjeneste
- f) institutioner inden for social- og sundhedsområdet
- g) lokalkomiteer vedrørende stofmisbrug og lignende.

Stk. 2. Embedslægeinstitutionen bistår de i § 23, stk. 2 og 4, i lov om sygesikring nævnte udvalg.

§ 11. Embedslægeinstitutionen rådgiver statslige, amtskommunale og kommunale myndigheder i sager vedrørende enkeltpersoners socialmedicinske forhold, såfremt der kræves embedslægelig indsigt.

Kap. 5.

Embedslægeinstitutionens opgaver for sundhedsstyrelsen.

§ 12. Embedslægeinstitutionen fører på sundhedsstyrelsens vegne tilsyn med den virksomhed, der udøves i amtsråds kredsen af apotekere og apotekspersonale samt med læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, sygehjælpere, terapiassistenter m. fl. (medicinalpersonalet).

Stk. 2. Tilsynet med apoteker, hospitalsapoteker samt med apoteksudsalg og distribuerende læger sker i samarbejde med de farmaceutiske visitatorer.

§ 13. Embedslægeinstitutionen skal holde sig underrettet om de i amtsråds kredsen virkende uautoriserede helbrederes virksomhed, jfr. lægelovens Kap. VI.

§ 14. Finder embedslægeinstitutionen, at der bør indledes politimæssig undersøgelse eller rejses tiltale mod en af de i §§ 12 og 13 omhandlede personer i anledning af dennes virksomhedsudøvelse afgiver institutionen indstilling herom til sundhedsstyrelsen.

§ 15. Finder embedslægeinstitutionen, at en medicinalperson kan være farlig for sine medmennesker under udøvelse af sin virksomhed, jfr. lovgivningen om sundhedsvæsenets centralstyrelse og de enkelte grupper af medicinalpersonale, eller i øvrigt er helt eller delvist uskikket til at udøve sin gerning, indberetter institutionen efter stedfunden undersøgelse forholdet til sundhedsstyrelsen.

§ 16. Efter nærmere af sundhedsstyrelsen fastsatte regler påhviler det embedslægeinstitutionen at:

- a) indberette om de sundhedsmæssige forhold i amtsråds kredsen
- b) indsamle og bearbejde medicinalstatistiske oplysninger
- c) udarbejde en årlig indberetning om embedslægeinstitutionens virksomhed
- d) give orientering om væsentlige forhold af sundhedsmæssig betydning og medvirke ved myndighedernes sundhedsoplysende virksomhed over for befolkningen eller grupper af denne i amtsråds kredsen
- e) virke for samarbejde mellem de forskellige grupper af medicinalpersoner
- f) føre fortegnelse over medicinalpersonalet
- g) forsyne medicinalpersoner med gældende bestemmelser m. v.
- h) deltage i planlægningen af befolknings forsyning med lægemidler.

§ 17. Embedslægeinstitutionen skal foranledige, at medicinalpersoner afgiver de anmeldelser og indberetninger, som de er pligtige at afgive, samt indberette til sundhedsstyrelsen, såfremt pålæg herom ikke efterkommes.

Kap. 6.

Retsmedicinske forhold.

§ 18. Embedslægeinstitutionen yder bistand til rets- og politimyndighederne i følgende tilfælde:

a) foretagelse af medicolegale ligsyn, jfr. ligsynsloven

b) foretagelse af ligsyn i øvrigt, jfr. ligsynsloven og ligbrændingsloven

c) udførelse af medicolegale obduktioner sammen med områdets statsobducent eller dennes stedfortræder efter herom gældende regler

d) undersøgelse af personers sundhedstilstand (især i voldssager, sædelighedssager samt benådnings- og strafudsættelsessager)

e) undersøgelse af personers sindstilstand (mentalundersøgelser)

f) undersøgelse i sager vedrørende umyndiggørelse og lavværgemål

g) afgivelse af erklæring om avlingstidspunkt for børn samt udtagelse af blodprøver i faderskabssager

h) godkendelse af tvangsindlæggelse af sindssyge, jfr. § 2, stk. 2, 2. pkt. i lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold

i) vurdering af lægeattester til brug ved erhvervelse eller fornyelse af førerbevis, jfr. § 3 i justitsministeriets bekendtgørelse nr. 258 af 28. juni 1966 om førerprøver, førerbeviser m. v.

§ 19. Embedslægeinstitutionen skal i samarbejde med amtsråds-kredsens politimestre og lægekredsförening etablere en ordning, hvorefter der til enhver tid er en læge eller embedslæge til rådighed for amtsråds-kredsens politimestre til udførelse af

kliniske lægeundersøgelser og udtagelse af blodprøver („spiritusprøver“).

Stk. 2. Embedslægeinstitutionens læger skal, hvor der ikke er ansat arrest- eller fængselslæge, behandle sygdomstilfælde blandt de indsatte i amtsråds-kredsens arresthuse.

Kap. 7.

Øvrige opgaver.

§ 20. De opgaver, der i lovgivningen er tillagt embedslægerne, kredslægerne og amtslægerne, påhviler embedslægeinstitutionerne.

Disse opgaver er bl. a. arbejdet i medfør af:

a) epidemilovgivningen

b) lovgivningen om karantæneforanstaltninger

c) koppevaccinationslovgivningen

d) lovgivningen om det civile beredskab m. v.

e) kønssygdomslovgivningen

f) lovgivningen vedrørende produktion, fremstilling, omsætning og eksport af levnedsmidler.

Kap. 8.

Ikrafttrædelsesbestemmelse.

§ 21. Tidspunktet for ikrafttrædelsen af denne bekendtgørelse fastsættes for hver enkelt amtsråds-kreds af indenrigsministeren.

Indenrigsministeriet, den 19. september 1974.

Jacob Sørensen.

/ Ebbe Sørensen.

Bekendtgørelse om reglement vedrørende sundhedsmæssigt tilsyn med institutioner, klinikker m.v.

I medfør af § 8 i lov af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v. fastsættes hermed følgende:

Kapitel 1.

Almindelige bestemmelser.

§ 1. Kegleme finder anvendelse overalt i landet. Regleme finder ikke anvendelse i Færøerne og Grønland. Regleme finder anvendelse overfor alle ved bekendtgørelsens ikrafttræden eksisterende forhold eller indretninger.

Stk. 2. De opgaver, der er tillagt embedslægeinstitutionen, varetages af vedkommande amts- eller kredslæge, indtil der i medfør af lov om embedslægeinstitutioner m.v. er oprettet en embedslægeinstitution i amtsråds kredsen.

Stk. 3. Embedslægeinstitutionens opgaver varetages i Københavns kommune af stads-lægeembedet.

Kapitel 2.

Pleje- og behandlingsinstitutioner m.v.

§ 2. Institutioner og lignende, der benyttes til pleje eller behandling af børn, unge, svangre eller fødende, syge, svagelige eller ældre samt institutioner, hvor personer er anbragt mod deres vilje, er i sundhedsmæssig henseende undergivet embedslægeinstitutionens, kommunalbestyrelsens, amtsrådets og indenrigsministeriets kontrol som angivet i stk. 2 og § 3.

Stk. 2. Embedslægeinstitutionen fører tilsyn med alle forhold af sundhedsmæssig interesse i de i stk. 1 nævnte institutioner m.v., herunder en forsvarlig sundhedsmæssig pleje samt god vedligeholdelse, orden og renlig-

hed, hygiejniske køkkenforhold, tilstrækkelige og hygiejniske sanitære installationer, forsvarlig opbevaring og intern transport af sundhedsfarligt affald, alsidig og tilstrækkelig forplejning, forsvarlig oplagring og fordeling af lægemidler samt med, at der findes det fornødne sygeplejepersonale.

§ 3. Såfremt der konstateres mangler med hensyn til de sundhedsmæssige forhold på en institution eller lignende, kan kommunalbestyrelsen give pålæg om de nødvendige foranstaltninger til afhjælpning af manglen. Hvis manglen ikke afhjælpes inden en af kommunalbestyrelsen fastsat frist, hvis den må anses for uafhjælpelig, eller hvis fortsættelsen af driften er forbundet med alvorlig fare for sundheden, kan kommunalbestyrelsen nedlægge helt eller delvist forbud mod institutionens eller hjemmets fortsatte anvendelse.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan, når særlige grunde taler herfor, samtidig med et påbud bestemme, at dette skal efterkommes uanset klage. Selv om denne beslutning påklages, skal påbudet efterkommes, indtil klagemyndigheden, jfr. § 8, stk. 6, i lov om embedslægeinstitutioner m. v. bestemmer andet.

Stk. 3. For de af kommunalbestyrelsen drevne institutioner beliggende i kommunen udøver amtsrådet de i stk. 1 og stk. 2 nævnte beføjelser.

Stk. 4. For de af Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser drevne institutioner beliggende i Københavns og Frederiksberg kommuner udøver indenrigsministeriet de i stk. 1 og stk. 2 nævnte beføjelser.

§ 4. Indenrigsministeren kan bestemme, at institutioner og hjem af en bestemt art, enkelte institutioner og hjem eller dele af disse helt eller delvis undtages fra § 2, hvor et sundhedsmæssigt betryggende tilsyn med virksomhedernes eller virksomhedens drift eller dele heraf føres på anden måde.

Kapitel 3.

Skoler og daginstitutioner.

§ 5. Institutioner og lignende, der benyttes til dagophold for børn, unge, syge, svage eller ældre, samt kostskoler, højskoler, ungdomsskoler og lignende er i sundhedsmæssig henseende undergivet embedslægeinstitutionens, kommunalbestyrelsens, amtsrådets og indenrigsministeriets kontrol som angivet i § 6.

§ 6. Særligt gælder, at daginstitutioner m. v., der anvendes af børn under den skolepligtige alder, er undergivet embedslægeinstitutionens tilsyn med alle forhold af sundhedsmæssig interesse, herunder med en forsvarlig sundhedsmæssig pleje samt god vedligeholdelse, orden og renlighed, hygiejniske køkkenforhold, tilstrækkelige og hygiejniske sanitære installationer og alsidig og tilstrækkelig forplejning.

Stk. 2. Såfremt der konstateres mangler på en af de i § 5 nævnte institutioner eller lignende med hensyn til de i stk. 1 omhandlede sundhedsmæssige forhold, finder reglerne i § 3 tilsvarende anvendelse.

§ 7. Indenrigsministeren kan bestemme, at institutioner m.v. af en bestemt art, enkelte anbringelsessteder eller dele af disse helt eller delvis undtages fra § 5 og § 6 stk. 1, hvor et sundhedsmæssigt betryggende tilsyn med virksomhedernes eller virksomhedens drift eller dele heraf føres på anden måde.

Kapitel 4.

Klinikker og saloner.

§ 8. Såfremt klinikker og saloner, der erhvervsmæssigt yder legemspleje af kortere varighed til fremme af udseendet eller almindeligt velvære, frembyder væsentlige mangler i hygiejnisk henseende, kan kommunalbestyrelsen meddele påbud om afhjælpende foranstaltninger og eventuelt nedlægge forbud mod fortsat drift af klinikken eller salonen. Det samme gælder erhvervsmæssigt drevne klinikker og saloner for diagnosticering og patientbehandling.

Stk. 2. Indenrigsministeren kan bestemme, at klinikker og saloner af en bestemt art helt eller delvis undtages fra stk. 1, hvor et sundhedsmæssigt betryggende tilsyn føres på anden måde.

Kapitel 5.

Straffe- og ikrafttrædelsesbestemmelser.

§ 9. Overtrædelse af denne bekendtgørelse og de i henhold til denne givne påbud eller forbud straffes med bøde.

Stk. 2. Denne bekendtgørelse træder i kraft den 1. oktober 1974.

Indenrigsministeriet, den 23. august 1974.

Jacob Sørensen.

/ Ebbe Sørensen.

Indenrigsministeriets cirkulære af 23. august 1974.

Cirkulære om reglement vedrørende sundhedsmæssigt tilsyn med institutioner, klinikker m.v.

(Til samtlige amtsråd, kommunalbestyrelser og embedslæger).

Kapitel 1.

Almindelige bemærkninger om lovgrundlaget, myndighederne og tilsynsordningen.

1. Ved indenrigsministeriets bekendtgørelse af 16. august 1974 er § 8 i lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m. v. sat i kraft med virkning fra 1. oktober 1974, og fra samme dato træder den af indenrigsministeriet i medfør af den nævnte bestemmelse udstedte bekendtgørelse om reglement vedrørende sundhedsmæssigt tilsyn med institutioner, klinikker m. v. — sundhedstilsynsreglementet — i kraft. Disse bestemmelser vedrører forhold, der hidtil har været reguleret gennem de lokale sundhedsvedtægter, og som ikke er omfattet af lov nr. 372 af 13. juni 1973 om miljøbeskyttelse og de i medfør af denne lovs §§ 4 og 5 fastsatte landsdækkende regler om forebyggelse af forureningen, jfr. miljøministeriets bekendtgørelse af reglement om miljøbeskyttelse af 29. marts 1974.

Ved miljøbeskyttelseslovens ikrafttrædelse ophæves sundhedsvedtægterne og samtidig nedlægges sundhedskommissionerne. Som det gælder for de områder, som er reguleret ved miljøbeskyttelsesreglementet, skal de kommunale råd derefter forestå administrationen af bestemmelserne i henhold til embedslægeinstitutionslovens § 8.

2. Det er derfor normalt kommunalbestyrelsen i den kommune, hvor en institution m. v. — det være sig statslige, amtskommunale, eller kommunale — er beliggende, der

er kompetent til at udstede påbud og forbud over for institutioner m.v., hvor der optræder sundhedsmæssigt uforvarselige forhold. I tilfælde, hvor der er tale om en af den pågældende kommune selv drevet institution beliggende i kommunen, udøves beføjelsen af vedkommende amtsråd, medens indenrigsministeren udøver beføjelsen over for institutioner, der drives af Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser, og som er beliggende i de to kommuner.

3. Ved administrationen af bestemmelserne i henhold til § 8 bistås kommunalbestyrelserne, amtsrådene og indenrigsministeriet af embedslægerne, d.v.s. embedslægeinstitutionen i de amtsråds kredse, hvor sådanne institutioner er oprettet, og ellers amts- og kreds-lægerne. I Københavns kommune bistås kommunalbestyrelsen af stads-lægeembedet.

Der påhviler således embedslægerne en særlig forpligtelse til at føre tilsyn på de kommunale råds vegne med de i sundhedsreglementets kapitel 2 nævnte pleje- og behandlingsinstitutioner samt de daginstitutioner, der anvendes af børn under den undervisningspligtige alder, jfr. kap. 3.

Herudover er embedslægerne imidlertid generelt forpligtet til at yde de kommunale råd bistand ved rådgivning om sundhedsmæssige forhold, f. eks. ved afgivelse af sagkyndig erklæring, deltagelse i møder og udvalgsarbejde hos vedkommende myndigheder, samt pligtige til at deltage¹ i tilsyns- og kontrolarbejde, om nødvendigt efter be-

sigtigelse eller observation af forholdene på stedet.

Det er ikke fundet hensigtsmæssigt i reglementet at give nærmere regler for samarbejdet mellem de kommunale råd og embedslægerne, men det forudsættes, at udstedelse af pålæg eller nedlæggelse af forbud normalt sker på grundlag af en embedslægeindstilling, ligesom der i det hele bør foregå løbende orientering embedslægerne og de kommunale myndigheder imellem om den sundhedsmæssige kontrol med de forskellige institutioner. Sager om fritagelse for tilsyn i medfør af reglementets § 4 og § 7 bør normalt af kommunalbestyrelsen forelægges embedslægeinstitutionen til udtalelse.

Man har ikke anset det for hensigtsmæssigt at foreskrive en generel pligt for de kommunale myndigheder til at inddrage embedslægeinstitutionerne i behandlingen af sager efter bekendtgørelsen. Man anser det imidlertid for væsentligt, at embedslægeinstitutionernes sagkundskab på bl. a. det sundhedsmæssige og hygiejniske område udnyttes i form af rådgivning ved behandling af sager efter bekendtgørelsen. Embedslægeinstitutionen bør derfor på et så tidligt stadium af sagsbehandlingen som muligt indtræde i denne, f. eks. ved deltagelse i forberedende møder i den kommunale forvaltning eller eventuelt ved møder i de pågældende kommunale råd eller udvalg eller ved at man beder embedslægeinstitutionen om en udtalelse over sagen. Man skal i denne forbindelse påpege behovet for, at der i tilsynssager er mulighed for, at embedslægeinstitutionen kan samarbejde med kommunalt og amtskommunalt sygeplejerskeudvalget samt særligt for så vidt angår sager om køkkenforhold med de kommunale levnedsmiddelkontrollenheder.

Kapitel 2.

Bemærkninger vedrørende de enkelte bestemmelser.

1. I de i reglementets kapitel 2 omtalte pleje- og behandlingsinstitutioner er det et fælles træk, at benytterne i reglen opholder sig på institutionen i længere tid, og at de modtager en vis pleje eller behandling, som rækker ud over kost og logi, således at de typisk står i et betydeligt afhængighedsfor-

hold til institutionens ledelse. I konsekvens heraf er der gennem bestemmelsen i § 2, stk. 2, foreskrevet, at embedslægerne skal føre tilsyn med de af kapitlet omfattede institutioner. Den her instituerede kontrol vedrører de hygiejniske, sundhedsmæssige forhold for benytterne, og ikke de egentlige behandlingsmæssige forhold.

Gruppen af institutioner omfatter principielt så forskellige institutioner som fødselsanstalter, børne- og ungdomshjem, særforsorgsanstalter, fængsler, sygehuse, sanatorier, rekonvalescenthjem, alderdomshjem, plejehjem samt forlægnings- og værnepligtstige.

I en række tilfælde vil der til de heromhandlede institutioner være knyttet lægelig sagkundskab i større eller mindre omfang, enten som led i institutionens behandlingsformål eller, i form af et vist lægeligt tilsyn. Behovet for et egentligt embedslægetilsyn vil være forskelligt for forskellige institutionstyper og varierende også for de enkelte institutioner.

I medfør af bestemmelsen i reglementets § 4 undtages sygehuse fra embedslægetilsynet, bortset fra køkken- og toiletforhold, centralvaskerier, sterilisations- og desinfektionsanlæg, indsamling, opbevaring og intern transport af særligt sundhedsfarligt affald samt depoter, herunder forhold vedrørende opbevaring og fordeling af lægemidler. Endvidere fritages forsvarets og civilforsvarets behandlingsinstitutioner for embedslægetilsyn.

2. Gruppen af institutioner, der omfattes af reglementets kapitel 3, omfatter så forskellige institutioner som skoler — herunder kostskoler for børn og unge samt ungdomsskoler og folkehøjskoler — vuggestuer, børnehaver, fritidshjem, legestuer, fritidsklubber samt daginstitutioner m. v. for syge, svagelige eller ældre personer.

Der vil ved disse institutioner normalt ikke være behov for et egentligt tilsyn fra sundhedsmyndighederne, ligesom der i en række tilfælde kan være etableret et specielt lægeligt tilsyn. For skolernes vedkommende gælder således lov nr. 266 af 7. juni 1972 om skolelærer. Det er derfor fundet tilstrækkeligt at lade det egentlige tilsyn ved embedslægeinstitutionen omfatte daginstitutioner for børn under den undervisningspligtige alder.

3. Kommunalbestyrelsens adgang efter § 8, stk. 1, til at meddele påbud og forbud i tilfælde af uhygiejniske forhold omfatter dels klinikker og saloner, hvor behandlingens hovedformål er at fremme kundens udseende eller almindelige fysiske velbefindende, såsom frisørsaloner, manicure-, skønhedsplejesaloner, og dels klinikker med egentlige diagnostiske og terapeutiske formål, hvor virksomheden udøves af personer, der ikke har offentlig autorisation. Bestemmelsen omfatter kun erhvervsmæssigt drevne klinikker, hvorved er udskilt den lejlighedsvis behandling, som typisk udføres i den behandlendes hjem.

Det bemærkes, at læger, tandlæger, fysio-

terapeuter og fodterapeuter i forvejen, i medfør af de særlige love for dette personel, er undergivet tilsyn fra embedslægerne, ligesom der i medfør af denne lovgivning er reaktionsmuligheder overfor disse grupper, hvis hvervet udøves mangelfuldt. Indenrigsministeriet modtager derfor i medfør af reglementets § 8, stk. 2, klinikker, der drives af dette offentligt autoriserede personel fra reglerne i stk. 1.

Bestemmelsen i §8, stk. 1, om klinikkerm.v. for diagnosticering og behandling vil herefter typisk omfatte praktiserende tandteknikere, kiropraktorer og ikke-autoriserede fodplejere og massører, samt medicinske laboratorier, hvor der ikke er en ansvarlig læge.

Indenrigsministeriet, den 23. august 1974.

Jacob Sørensen.

/ Ebbe Sørensen.

Bekendtgørelse om uddannelse af embedslæger.

I henhold til § 2, stk. 1, i lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner m.v. fastsættes:

§ 1. For at kunne opnå ansættelse som embedslæge kræves, at ansøgeren har tilslutning til at udøve selvstændig virksomhed som alment praktiserende læge eller autorisation til at udøve selvstændig virksomhed (erhverv) som fødselshjælper og læge, samt at ansøgeren har gennemgået et kursus af indtil 4 måneders varighed i samfundsmedicin og bestået den i tilknytning til kurset afholdte eksamen.

§ 2. Kursus i samfundsmedicin afholdes normalt hvert andet år.

Stk. 2. Kursus annonceres senest 6 måneder inden det påbegyndes.

§ 3. Til at forestå kursus nedsætter indenrigsministeren et nævn på indtil 12 medlemmer. Nævnet skal efter indenrigsministerens nærmere bestemmelse bestå af bl. a. repræsentanter for sundhedsstyrelsen, miljøstyrelsen, socialstyrelsen, Den almindelige danske Lægeforening og Embedslægeforeningen, samt efter indstilling fra undervisningsministeren repræsentanter for højere uddannelsesinstitutioner inden for fagområder, hvori der undervises på kursus.

Stk. 2. Medlemmerne af nævnet udpeges for 6 år ad gangen.

Stk. 3. Nævnet udpeger af sin midte en formand.

§ 4. For at blive optaget på kursus kræves, at den pågældende læge har tilladelse til at udøve virksomhed som alment praktiserende læge eller autorisation til at udøve selvstændig virksomhed (erhverv) som fød-

selshjælper og læge. Kursusnævnet kan dog under særlige omstændigheder dispensere fra denne bestemmelse.

Stk. 2. På kursus kan højst optages 20 læger. En læge kan søge om alene at deltage i undervisningen i et enkelt eller enkelte fagområder, dog således at elevtallet på kursus i disse fagområder ikke uden nævnets tilslutning kan overstige 20.

Stk. 3. Ved bedømmelse af ansøgninger om optagelse lægges vægt på ansøgerens forudgående kliniske, videnskabelige og administrative virksomhed samt eksamensresultat ved lægevidenskabelig embedseksamen. Nævnets afgørelser om optagelse på kursus er endelige.

§ 5. Nævnet fastsætter regler for undervisningens indhold og omfang. Undervisningen foregår i samarbejde med det lægevidenskabelige hovedområde ved et af universiteterne. Nævnet kan rette henvendelse til institutioner eller personer i øvrigt med henblik på disses medvirken ved undervisningens tilrettelæggelse og gennemførelse.

Stk. 2. Nævnet skal forud for afholdelsen af hvert kursus udpege en over for nævnet ansvarlig ledelse af det samlede kursus.

§ 6. Undervisningen omfatter følgende fagområder:

- a. Administration, lovgivning og planlægning.
- b. Epidemiologi og statistik.
- c. Socialmedicin.
- d. Hygiejne, herunder arbejds-hygiejne, bolig-hygiejne, ernærings-hygiejne, omgivel-seshygiejne m.v.
- e. Retslægelige fag.

§ 7. Der afholdes mundtlig eller skriftlig eksamen i hvert af de i § 6 nævnte 5 fagområder efter nævnets nærmere bestemmelser.

Stk. 2. En af nævnet udpeget lærer i det pågældende fag virker som eksaminator eller stiller skriftlige opgaver.

Stk. 3. Nævnet beskikker en censor for hvert af de i § 6 nævnte fagområder.

Stk. 4. Karaktergivning foretages i henhold til undervisningsministeriets bestemmelser om karaktergivningen ved de højere uddannelsesinstitutioner.

Stk. 5. For at kunne indstille sig til eksamen kræves normalt, at den pågældende har deltaget i undervisningen i samtlige fagområder. Nævnet kan dog tillade, at læger,

der i henhold til § 4, stk. 2, alene har deltaget i undervisningen i et enkelt eller enkelte fagområder, kan indstille sig til eksamen i disse fag.

§ 8. Deltagelse i kursus er gratis.

§ 9. Denne bekendtgørelse træder i kraft den 1. december 1973.

Stk. 2. Samtidig ophæves kgl. anordning nr. 149 af 6. maj 1954 om specialkursus og eksamen for embedslæger.

Stk. 3. Bestået embedslægeeksamen efter den i stk. 2 nævnte anordning og tidligere anordninger ligestilles med den i § 1 omhandlede uddannelse.

Indenrigsministeriet, den 14. november 1973.

Egon Jensen.

/ J. Tørning.

Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om uddannelse af embedslæger.

I indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 581 af 14. november 1973 om uddannelse af embedslæger foretages følgende ændringer:

1. § 1 affattes således:

„§ 1. For at kunne opnå ansættelse som embedslæge kræves, at ansøgeren har tilladelse til selvstændigt virke som læge eller ret til at betegne sig som alment praktiserende læge, samt at ansøgeren har gennemgået et kursus af indtil 4 måneders

varighed i samfundsmedicin og bestået den i tilknytning til kurset afholdte eksamen.

2. § 4, stk. 1, affattes således:

„For at blive optaget på kursus kræves, at den pågældende læge har tilladelse til selvstændigt virke som læge eller ret til at betegne sig som alment praktiserende læge. Kursusnævnet kan dog under særlige omstændigheder dispensere fra denne bestemmelse.”

Indenrigsministeriet, den 1. juli 1977.

Egon Jensen.

/ Niels Bentsen.

Oversigt over embedslægeinstitutioner, lokalkontorer, medicinalpersonale (ekskl. 12 timers
 embedslægeassistenter) og forholdstal mellem medicinalpersonale og indbyggertal (1.000
 personer pr. 1. januar 1982).

Institution (oprettel- sesår)	Lokalkt./ træffe- tidsordn. (trf.)	Antal kommu- ner	Indbyg- gere (1.000)	Embeds- læger	Syge- plejer- sker	Embeds- læge- ass.	Medici- nalper- sonale i alt	Forholdstal Indb./ em- beds- læger	Komm./ em- beds- læger
<u>Amt</u>									
Københavns (1982)	1 trf.	19	711	5	-	1	6	142	3,8
Frederiksborg (1974)	-	19	330	3	1	1	5	110	6,3
Roskilde (1977)	-	11	204	2	1	-	3	102	5,5
Vestsjællands (1983)	1+1 trf.	23	278	4	-	-	4	70	5,7
Storstrøms (1975)	1	24	260	4	1	-	5	65	6,0
Bornholms (1982)	-	5	47	1	-	-	1	47	5,0
Fyns (1976)	-	32	454	5	-	1	6	91	6,4
Sønderjyllands (1975)	-	23	250	3	-	-	3	83	7,7
Ribe (1981)	1	14	214	3	-	-	3	71	4,7
Vejle (1978)	-	16	327	4	-	1	5	82	4,0
Ringkøbing (1976)	2	18	264	3	-	1	4	88	6,0
Århus (1979)	2	26	577	7	1	1	9	82	3,7
Viborg (1979)	1	17	231	3	-	-	3	116	8,5
Nordjyllands (1974)	2	27	482	7	-	-	7	69	3,8
I alt	10/2 trf.	275	4.629	54	4	6	64		
Gennemsnit								81	5,5
Stadslægeembedet (1857)	-	1	491	3	1	-	4	163	0,3

